

УДК 617.55-089.168.1-06-07-08

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИБРЮШНЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

М.В. Кукош, В.И. Демченко, Г.И. Гомозов,
ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Кукош Михаил Валентинович – e-mail: kukoshm@mail.ru

Разработанный лечебно-диагностический алгоритм упорядочил очередность использования инструментальных методов исследования, благодаря чему стала возможной более ранняя диагностика послеоперационных внутрибрюшных осложнений, что привело к снижению послеоперационной летальности у больных, перенесших релапаротомию.

Ключевые слова: послеоперационные внутрибрюшные осложнения, релапаротомия, «синдром неадекватного послеоперационного периода», лечебно-диагностический алгоритм.

Developed diagnostic and treatment algorithm has streamlined the order of the use of instrumental methods of investigation, making it possible to have an earlier diagnosis of intra-abdominal-postoperative complications, which led to a decrease in postoperative mortality in patients who underwent relaparotomy.

Key words: early postoperative complications, relaparotomy, a syndrome of inadequate postoperative period, diagnostic and treatment algorithm.

Введение

Диапазон оперативных вмешательств, производимых на органах брюшной полости, постоянно расширяется в связи с развитием новых хирургических технологий. Несвоевременное обращение больных за медицинской помощью, тяжёлая патология, требующая хирургического вмешательства, обостряют проблему ранних послеоперационных осложнений, которые нередко требуют релапаротомии (РЛ). Летальность в 30–60% после РЛ обусловлена тяжестью состояния больных и количеством послеоперационных осложнений, не имеющих тенденции к снижению [1, 2].

Развитие интенсивной терапии, применение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия способствуют изменению клинической симптоматики развивающихся послеоперационных осложнений, стирают яркие признаки «катастрофы в брюшной полости» [3, 4], но несмотря на атипичность клинического проявления осложнений, бессимптомно их течения не бывает [5]. Всякое атипичное течение ближайшего послеоперационного периода надо рассматривать как «синдром неадекватного послеоперационного периода» («СНПП»), под которым следует понимать клинические проявления, свидетельствующие о развивающемся внутрибрюшном осложнении, которое может потребовать РЛ [6].

Цель исследования

Снизить летальность больных, нуждающихся в выполнении релапаротомии путем своевременного выявления послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

Материал и методы

Проанализированы результаты оперативных вмешательств, выполненных у 3494 пациентов с хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости, поступивших в МЛПУ клиническая больница № 7 г. Нижнего Новгорода, в период с 2003 по 2005 г. Проведен углубленный анализ результатов лечения 39 больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, потребовавшими выполнении РЛ.

Учитывая неудовлетворительные результаты лечения больных, перенесших РЛ, когда летальность достигала почти 70%, нами разработан и внедрен в практику с 2006 года лечебно-диагностический алгоритм для больных с внутрибрюшными осложнениями.

Проведена оценка эффективности алгоритма на основании сравнительного анализа сопоставимых по основным показателям групп больных (I группа – период с 2003 по 2005 гг., II группа – период с 2006 по 2007 гг.). У больных II группы диагностику послеоперационных внутрибрюшных осложнений проводили, используя разработанный алгоритм действий. «СНПП» был пусковым моментом для диагностического поиска, направленного на обнаружение причины развивающегося синдрома. Приоритетны в алгоритме неинвазивные методы диагностики, ведущим из которых является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Широкое применение методик и технологий УЗИ обусловлено в первую очередь доступностью, высокой мобильностью и точностью метода, что в большинстве случаев позволяет проводить раннюю диагностику острой хирургической патологии в послеоперационном периоде. Алгоритм диагностики послеоперационных осложнений представлен на рисунке.

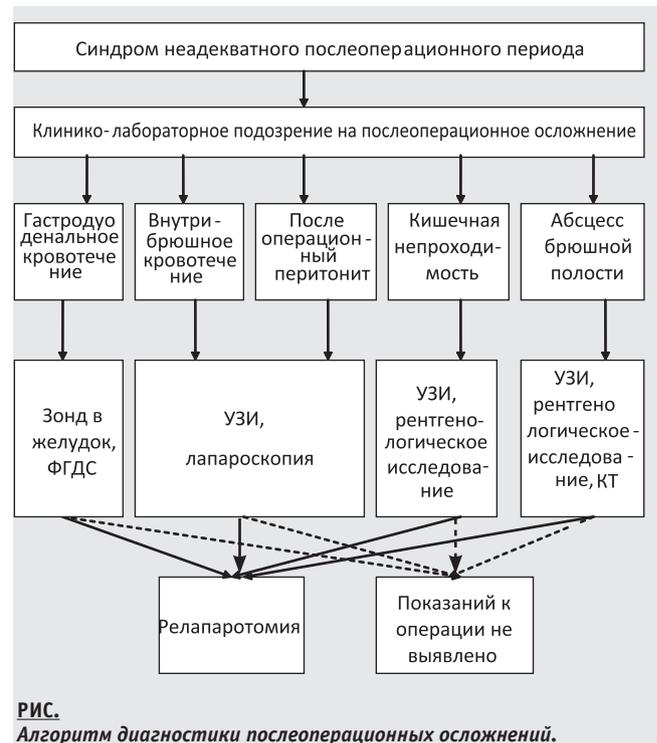


РИС.

Алгоритм диагностики послеоперационных осложнений.

Результаты исследования

Повторные оперативные вмешательства были осуществлены в I группе (3494 человека) у 39 больных (1,1%), им выполнено 63 РЛ. Во II группе (2213 человек) РЛ перенесли 44 человека (2%), 85 РЛ.

Возраст пациентов варьировал в I группе от 19 до 86 лет (60,1±2,4), во II группе – от 21 до 88 лет (54,1±2,7), p=0,20.

В I группе мужчин было 25 (64,1%), женщин 14 (35,9%), во II группе мужчин было 31 (70,5%), женщин 13 (29,5%), при этом отличие разделения по полу между группами статистически не значимо (p=0,70).

Разница не имела статистической значимости как в целом, так и по половому признаку: средний возраст мужчин в I группе составил 55,2±2,8 лет, во II группе – 49,7±2,9 лет (p=0,20), средний возраст женщин в I группе составил 68,8±3,6 лет, во II группе – 64,3±5,0 лет (p=0,79).

Таким образом, возрастно-половой состав изучаемых групп не имел статистически значимых различий, что сделало возможным сравнение их результатов.

Наиболее частым внутрибрюшным осложнением был распространенный перитонит, развившийся у 55 больных (66,3%). Послеоперационные кровотечения (внутрибрюшные и гастродуоденальные) – у 12 (14,5%), абсцесс брюшной полости у 10 (12,0%), послеоперационная кишечная непроходимость у 5 (6,0%), ятрогенное повреждение холедоха (перевязка) у 1 больного (1,2%).

В обеих группах РЛ чаще выполнялись после ранее проведенной экстренной операции. Так, в I группе у 32 больных РЛ была выполнена после экстренных операций (что составило 82%), во II группе у 35 (79,5%), p=0,99. Это обусловлено исходно тяжелым состоянием пациентов, у которых первичные оперативные вмешательства выполняли на фоне разлитого перитонита, геморрагического или травматического шока, часто в ночное время.

По поводу послеоперационного перитонита (ПП) РЛ была выполнена 55 больным (66,3%).

Чаще всего послеоперационный перитонит развивался после экстренных операций. Так, ПП развился у больных, перенесших первичную экстренную операцию у 23 (88,5%) пациентов I группы и у 24 (82,8%) II группы.

У 14 (53,8%) пациентов I группы, оперированных в экстренном порядке и 16 (55,2%) II группы ($p=0,568$), уже во время первого оперативного вмешательства был выявлен острый перитонит различной степени распространённости.

Причинами развития ПП являлось его прогрессирование – 28 (51,0%), несостоятельность швов – 16 (29,1%), ишемический некроз кишечной стенки – 8 (14,5%), не диагностированная первичная патология – 2 (3,6%), острая прободная язва ДПК – 1 (1,8%).

Основным источником ПП (16 больных – 29,1%) явилась несостоятельность швов (культы ДПК, после пилоропластики, ран желудка, ушитых перфоративных язв, анастомозов) – 8 больных (30,8%) в I группе и 8 (27,6%) – во II группе ($p=0,514$). Чаще всего отмечалась несостоятельность швов ХДА – у 2 (7,7%) в I группе и у 4 (13,8%) во II группе. Среди прочих источников ПП были выявлены: перфорации желудка и кишечника, тромбоз мезентериальных сосудов, инфицированный панкреонекроз, травмы внутренних органов, не выявленные раны холедоха.

У 22 пациентов I группы (84,6%) и 23 больных II группы (79,3%) был выявлен разлитой перитонит ($p=0,439$). Наиболее тяжелые формы перитонита (гнойный, фибринозно-гнойный, каловый) встречались в 54,6% в I группе и в 52,2% во II группе.

Всего от ПП в I группе умерло 18 из 26 больных, перенесших РЛ (69,2%), во II группе 15 из 29 больных (51,7%), $p=0,147$.

Второй по частоте причиной РЛ было послеоперационное кровотечение (ПК) – 12 больных (14,5%).

Источник кровотечения у 8 больных (66,7%) локализовался внутри брюшной полости, у 4 (33,3%) пациентов – в просвете желудочно-кишечного тракта.

Чаще всего послеоперационные кровотечения отмечались после экстренных операций. Так, ПК развилось у больных, перенесших первичную экстренную операцию у 4 (57,1%) пациентов I группы и 3 (60%) II группы.

Причиной послеоперационного кровотечения было неадекватное лигирование сосудов в 2 (16,7%) случаях, недостаточный гемостаз зоны операции на желудке и 12-перстной кишке – в 3 (25%), паренхиматозных органов – в 1 (8,3%), области гепатодуоденальной зоны – в 3 (25%), ятрогенное ранение селезенки – в 2 (16,7%), кровотечение из варикозно расширенных вен кардиального отдела желудка – в 1 (8,3%) случае.

В разделе послеоперационных гастродуоденальных кровотечений послеоперационная летальность была равной, в каждой группе из 2 больных, перенесших РЛ, умер 1 больной.

В разделе послеоперационных внутрибрюшных кровотечений РЛ была выполнена 8 больным. В I группе из 5 больных, перенесших РЛ, умерло 2 (40%), во II группе из 3 оперированных больных выздоровели все.

Всего в I группе умерло 3 из 7 больных, перенесших РЛ (42,9%), во II группе умер 1 из 5 больных (20%), $p=0,424$.

По поводу послеоперационных абсцессов брюшной полости РЛ была выполнена 10 больным (12,0%).

Внутрибрюшные абсцессы сформировались у 5 (100%) больных I группы и у 4 (80%) больных II группы после первичной экстренной операции.

В поддиафрагмальных пространствах абсцессы были расположены у 1 больного I группы. Подпеченочную локализацию выявили у 4 больных I группы и 2 пациентов – второй. У 3 больных II группы развилась клиника абсцесса сальниковой сумки.

У 7 из 10 больных (70%) абсцедирование произошло после недостаточности швов.

Абсцессы брюшной полости были выявлены в период с 10-х по 27-е сутки послеоперационного периода у больных I группы и с 4-х по 15-е сутки у пациентов II группы. В течение 10 суток после первичной операции абсцесс был вскрыт в I группе у 1 больного (20%), во II группе у 3 (60%).

От абсцессов брюшной полости в I группе умерло 4 из 5 больных, перенесших РЛ (80%), во II группе 1 из 5 (20%).

Таким образом, в I группе, из 39 больных, перенесших релапаротомию, умерло 26 человек (66,7%). Во II группе из 44 больных, перенесших релапаротомию, умерло 18 (40,9%), данное различие статистически значимо ($p=0,016$).

Выводы

Своевременная релапаротомия – это единственная возможность спасти жизнь оперированному больному при ряде тяжелых послеоперационных осложнений: послеоперационный перитонит, кишечная непроходимость, кровотечения и др. Однако своевременная релапаротомия возможна только при условии ранней диагностики внутрибрюшных осложнений.

Помогает в этом использование такого понятия, как «синдром неадекватного послеоперационного периода».

Появление того или иного варианта «синдром неадекватного послеоперационного периода» диктует необходимость немедленного диагностического поиска, направленного на обнаружение причины развивающегося синдрома.

Внедрение алгоритма ведения больных с «синдром неадекватного послеоперационного периода» позволяет своевременно произвести релапаротомию и значительно уменьшить процент летальности после них.

Активная диагностическая и хирургическая тактика в отношении больных с «синдром неадекватного послеоперационного периода» способствовала снижению послеоперационной летальности у больных, перенесших релапаротомию на 25,8% (с 66,7 до 40,9%).



ЛИТЕРАТУРА

1. Кукош М.В., Гомозов Г.И. Релапаротомия как критерий качества медицинской помощи в экстренной абдоминальной хирургии. Новые технологии в хирургии. Международный хирургический конгресс. Ростов-на-Дону. 2005. С. 126.
2. Назыров Ф.Г., Девятков В.Я. Драмы и трагедии в хирургии. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. 287 с.
3. Бордаков В.Н. Диагностическая ценность инструментальных методов исследования в определении показаний к релапаротомии после неотложных операций на органах живота: дис. канд. мед. наук. С.-Пб. Военно-мед. акад. 1997. 136 с.
4. Канорский И.Д., Василькова З.Ф., Суховеров А.С. Ранняя релапаротомия в хирургии органов брюшной полости. Хирургия. 1994. № 6. С. 23-25.
5. Григорян Р.А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: МИА, 2005. 400 с.
6. Нихинсон Р.А., Дудникова Г.Ю. Релапаротомия (вопросы диагностики и тактики). Вестн. хир. 1988. № 7. С. 88-93.