УДК 616.381-002:616-007.271

В. Н. Хромова

ПОСТГОСПИТАЛЬНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Аннотация. Изучено 906 историй болезни больных с поздними послеоперационными осложнениями после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, поступивших в отделение гнойной хирургии повторно, после амбулаторного долечивания за 5 лет. 60 % больных с постгоспитальными послеоперационными осложнениями были лицами трудоспособного возраста. Летальность (в исследуемой группе пациентов составила) 10 %. В зависимости от сроков, прошедших после операции до повторного поступления, больных разделили на 3 группы. Среди осложнений преобладали нагноения ран. 57,6 % больных с указанными осложнениями нуждались в оперативном вмешательстве, остальные получали консервативную терапию. Постгоспитальные послеоперационные осложнения встречались часто и требовали дополнительных затрат.

Ключевые слова: хирургические вмешательства на органах брюшной полости, поздние послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения, абсцесс, лигатурные свищи

Abstract. The author has studied 906 case reports of patients with late postoperative purulent complications, iteratively admitted to purulent infection department during 5 years. 60 % of patients with late postoperative purulent were people of working age. Mortality rate was 10 %. 3 groups of patients were singled out regarding the time after the operation until readmission. Among all the complications, purulent infection predominated. 57,6 % of patients with postoperative purulent complications needed surgery. Postoperative complications in abdominal surgery after discharge from hospital were often registered and needed additional expenditures.

Key words: surgical operations on abdominal cavity organs, late postoperative pyoinflammatory complications, abscess, ligature fistulas.

Введение

Несмотря на достижения современной медицины, одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии остается проблема гнойной хирургической инфекции [1–3].

По данным отечественных авторов, частота возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в хирургии органов брюшной полости и забрюшинного пространства не имеет тенденции к снижению и составляет в зависимости от характера заболевания и вида оперативного вмешательства от 6 до 67 % [3, 4].

Ранние гнойные раневые осложнения возникают в период пребывания больного в стационаре примерно у 5–35 из 100 оперированных пациентов, составляя 2,7–37,8 % всех госпитальных инфекций [5, 6].

Поздние послеоперационные осложнения, регистрируемые после выписки больного из стационара, практически не отражаются в статистической отчетности. Однако 40 % инфекций области хирургического вмешательства диагностируются на постгоспитальном этапе лечения, являясь основной причиной повторной госпитализации пациентов в стационар после амбулаторного долечивания [7].

Несмотря на многочисленность работ по проблемам хирургической инфекции, почти все они посвящены послеоперационным гнойным осложнениям, возникающим в период лечения больных в стационаре.

В отечественной научной литературе практически не анализируются случаи поздних постгоспитальных послеоперационных раневых осложнений. Зарубежные же авторы считают необходимым подобный анализ [8–10].

Цель исследования: анализ количества и характера постгоспитальных послеоперационных гнойных раневых осложнений в зависимости от сроков выписки из стационара и вида перенесенного оперативного вмешательства.

1. Объекты, материалы и методы исследования

За период с 2001 по 2005 г. в отделение гнойной хирургии МУЗ «Городская клиническая больница № 2 им. В. И. Разумовского» г. Саратова после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства в различные сроки после выписки из стационара повторно поступили 906 пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями области оперативного доступа. Из них 422 пациента (46,6 %) оперированы в нашей клинике, 484 (53,4 %) в различных стационарах города и области. Структура хирургических заболеваний и характер первично перенесенных оперативных вмешательств у обследуемых больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура хирургических заболеваний и перенесенных оперативных вмешательств у обследуемых больных

Нозологическая форма	Вид перенесенной операции	Кол-во больных	
		абс.	%
1	2	3	4
Грыжи брюшной стенки, в том числе послеоперационные	Грыжесечение с пластикой местными тканями, с ненатяжной пластикой, с резекцией кишки	164	18,1
Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холецистит. Холедохолитиаз	Холецистэктомия без дренирования, с наружным дренированием холедоха, наложение билиодегистивных анастомозов	84	9,3
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, перфорация, кровотечение, рак желудка	Резекция желудка, ушивание язвы, ваготомия, пилоропластика, прошивание язвы, гастрэктомия	79	8,7
Острый аппендицит	Аппендэктомия	121	13,3
Острая кишечная непроходимость	Резекция кишечника, операция Гартмана, наложение стомы, энтеролиз с интубацией	61	6,7
Рак поперечно-ободочной и прямой кишки	Гемиколэктомия, резекция сигмы, прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация	36	4,0
Аденома предстательной железы. Карбункул почки. Мочекаменная болезнь. Стриктура мочеточника	Открытая чрезпузырная аденомэктомия, нефрэктомия, удаление конкремента, пластика мочеточника	62	6,8

Окончание табл. 1

1	2	3	4
Онкозаболевания матки, придатков. Фибромиома матки, киста яичника, патология беременных	Ампутация и экстирпация матки, операции на придатках, кесарево сечение	200	22,1
Инфицированный деструктивный панкреатит, эхинококкоз печени	Лапаротомии при панкреонекрозе, вскрытие забрюшинной флегмоны, эхинококкэктомия	44	4,9
Сочетанная патология	Симультанные операции, комбинированные	45	5,0
Неизвестны		10	1,1
Всего		906	100,0

У 584 (64,5 %) больных хирургические вмешательства были выполнены в экстренном порядке, у 322 (35,5 %) – в плановом. 132 (22,6 %) пациента, оперированные по неотложным показаниям, и 56 (17,4 %), оперированные в плановом порядке по поводу развившихся внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде, перенесли от 1 до 5 релапаротомий.

Среди исследуемых было 395 (43,5 %) мужчин и 511 (56,4 %) женщин, средний возраст которых составил 42 ± 7,5 года.

Диагностика постгоспитальных послеоперационных осложнений носила комплексный характер и включала клинические (сбор анамнестических данных, физикальное обследование больного), лабораторные (определение клинических и биохимических показателей крови и мочи, бактериологическая идентификация возбудителя раневой инфекции с определением чувствительности к антибактериальным препаратам) и инструментальные (ультразвуковое и рентгенологическое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, эндоскопическое исследование органов брюшной и грудной полостей, при необходимости компьютерная и магнитно-резонансная томография) методы обследования всех больных.

В соответствии с классификацией постгоспитальных послеоперационных раневых осложнений предложенной, Н. А. Баулиным и соавт. (1988) [11], все пациенты были разделены на три группы (рис. 1).

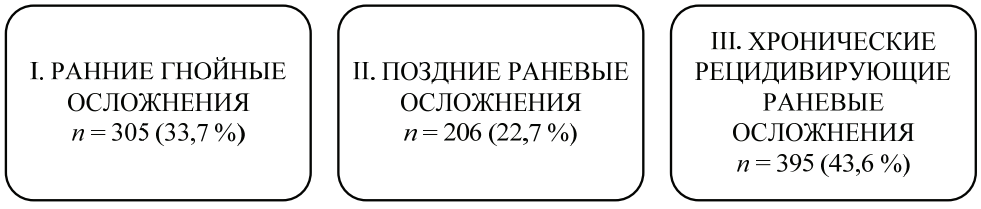

Рис. 1. Постгоспитальные послеоперационные раневые осложнения (*n* = 906, 100 %)

К I группе были отнесены 305 (33,7 %) пациентов, повторно госпитализированных в сроки до 5 дней после выписки из стационара с ранними гнойными осложнениями. Клиническими проявлениями последних были: нагноение послеоперационных ран в пределах подкожной клетчатки у 161 пациента (17,9 %); обширное нагноение раны с эвентрацией вследствие перитонита и флегмоны глубоких слоев брюшной стенки – у 11 (1,2 %); инфильтраты обла-

сти лапаротомического доступа – у 32 (3,5 %); абсцессы, нагноившиеся гематомы над- и подапоневротического пространств – у 77 (8,5 %) больных; абсцессы брюшной полости и кишечные свищи, самопроизвольно вскрывшиеся через послеоперационную рану, – у 14 (1,5 %) и 10 (1,1 %) пациентов.

Во II группу вошли 206 (22,7 %) больных с поздними послеоперационными раневыми осложнениями, возникшими в сроки от 6 дней до 2 месяцев после выписки из стационара. Причинами повторных госпитализаций у пациентов II группы явились: нагноение послеоперационной раны – 23 (2,5 %) пациента, гнойные свищи – 38 (4,2 %), абсцессы передней брюшной стенки – 44 (4,8 %), инфильтраты области лапаротомического рубца – 40 (4,4 %), эвентрации – 8 (1 %), флегмоны брюшной стенки – 11 (1,2 %), самопроизвольно вскрывшиеся через операционный доступ абсцессы – 25 (2,7 %), свищи брюшной полости и малого таза – 17 (1,9 %).

III группу составили 395 (43,6 %) пациентов, обратившихся за медицинской помощью в сроки от 2 месяцев до 38 лет после выписки из стационара с хроническими рецидивирующими гнойными осложнениями области оперативного доступа в виде лигатурных свищей – 159 (17,5 %) пациентов, инфильтратов – 80 (8,8 %), рецидивирующих абсцессов – 78 (8,6 %) и флегмон брюшной стенки – 37 (4,2 %), свищей брюшной полости – 41 (4,5 %).

2. Результаты исследования

По данным нашего исследования, 22,1 % перечисленных осложнений наблюдался после гинекологических операций, 19,3 % – после хирургических вмешательств на желудке и кишечнике с наложением анастомозов, 18,1 % – после грыжесечений с различными видами пластик, 13,4 % – после наиболее распространенной операции – аппендэктомии, 9,3 % – после операций на органах гепатобилиарной зоны. 6,8 % принадлежит вмешательствам урологического профиля, 5 % – симультанным операциям, 6 % – прочим (табл. 1).

При анализе первичной документации частота раневых осложнений, впервые возникших и зарегистрированных в поликлинике, составила 533 случая (58,8 %), у всех этих больных заживление ран, по данным стационара, было отмечено по типу первичного натяжения.

В данную группу вошли 340 (37,5 %) больных с гладким течением послеоперационного периода, у которых жалоб и осложнений при выписке не было и 193 (21,3 %) пациента, у которых отмечалось длительное дренирование раны, повышение температуры тела более 5 дней после операции, беспокоили болевые ощущения в области рубца.

Частота рецидивирующих осложнений, к которым отнесены случаи хирургической раневой инфекции, развившейся в период нахождения больного в стационаре и купированной к моменту выписки с последующим ее возникновением на постгоспитальном этапе лечения, составила 373 (41,2 %).

К этим случаям отнесены пациенты с осложненным течением раннего госпитального этапа послеоперационного периода и последующим заживлением ран вторичным натяжением.

Максимальный срок возникновения послеоперационного осложнения составил 38 лет после хирургического вмешательства, минимальный – 1 сутки.

При сравнении частоты встречаемости различных форм гнойно-воспалительных процессов в зависимости от сроков повторной госпитализации выявлено, что у больных I группы среди осложнений преобладали нагно-

ения послеоперационных ран 161 (17,9 %), во II группе чаще встречались абсцессы и гнойные свищи брюшной полости, самопроизвольно вскрывшиеся через лапаротомную рану 107 (11,7 %), в III группе превалировали лигатурные и кишечные свищи, инфильтраты брюшной стенки 239 (26,3 %).

В 537 (59,3 %) наблюдениях распространение гнойно-воспалительного процесса было в пределах подкожной клетчатки, в 369 (40,7 %) – захватывало глубокие слои брюшной стенки и брюшную полость. При первоначальной его локализации в области подкожной клетчатки переход в более глубокие отделы раневой полости отмечался в 291 (32,1 %) случае, из брюшной полости по ходу операционного доступа – в 316 (34,9 %), в остальных 607 (67,0 %) случаях процесс был локальным.

Как поверхностные, так и глубокие гнойно-воспалительные раневые осложнения протекали с разной степенью выраженности общих клинических проявлений от легких – у 518 (57,2 %) больных, до средней степени тяжести – 227 (25,1 %) и тяжелых – 161 (17,7 %).

591 (65,2 %) пациент с перечисленными раневыми осложнениями потребовал оперативного лечения, остальные 315 (34,8 %) лечились консервативно. Летальность составила 91 (10 %) случай.

3. Обсуждение полученных результатов

Как показали наши исследования, постгоспитальные раневые осложнения – это те осложнения, которые не были диагностированы в стационаре в раннем послеоперационном периоде и проявились через некоторое время после выписки из хирургического отделения, что совпадает с данными литературы о «поликлиническом» нагноении «стационарной» раны [11, 12]. Механизм развития ранних и поздних послеоперационных осложнений представляется нам следующим образом: традиционная антибактериальная терапия замедляет развитие воспалительного процесса и оттягивает его на более поздний срок. После снятия швов в ране быстро уменьшается воспаление, происходит ороговение эпидермиса, который служит хорошим барьером для внедрения инфекции извне. Однако в шовном канале длительно сохраняются реактивные изменения, в то время как сам по себе разрез кожи заживает полностью. Раневой процесс за 7–14 суток не заканчивается, заживает кожа, но не глубже лежащие ткани, раневая полость может существовать 3–4 недели, поддерживая скрыто протекающий воспалительный процесс. Таким образом, гнойные осложнения, возникшие и сформировавшиеся в период нахождения больного в стационаре, проявляются после выписки, что создает впечатление постгоспитального нагноения.

Хронические рецидивирующие осложнения области хирургического доступа являются продолжением ранних осложнений, не поддающихся лечению или неправильно леченных, так как с течением времени происходит отграничение очагов инфекции в рубцовой ткани с образованием замкнутых, полузамкнутых полостей, формированием микроабсцессов, гранулем, что резко снижает в дальнейшем эффективность проведения антибактериальной терапии и служит причиной многочисленных рецидивов гнойно-воспалительных процессов в отдаленном послеоперационном периоде.

Ряд авторов прямой связи между перенесенной операцией и поздней постгоспитальной раневой инфекцией, возникающей через значительные промежутки времени – от нескольких месяцев до десятка лет после перене-

сенной операции, «не находят», относя ее к самостоятельным острым гнойно-воспалительным процессам, что является предметом дискуссий [12].

Подобная разноречивость литературных данных объясняется отсутствием единого методологического подхода к анализу послеоперационных осложнений [13]. В периоде реконвалесценции и отдаленных последствий хирургических вмешательств клинические признаки выздоровления больных при любых заболеваниях опережают обратное развитие морфологических изменений. Это определяется в первую очередь разной длительностью процессов организации и вторичной перестройки тканей по ходу раневого канала и в других очагах повреждений разного генеза. Окончательная перестройка рубцов и восстановление проводимости в поврежденных нервах могут растягиваться на неопределенно долгое время. Поэтому репарация тканей после операции обычно остается неполной, что служит основанием считать гнойно-воспалительные процессы, возникающие через десятки лет после перенесенного хирургического вмешательства, постгоспитальным осложнением.

Заключение

Для оценки качества работы хирургического стационара учитывают только ранние госпитальные послеоперационные осложнения. Инфекции области хирургического вмешательства, диагностируемые после выписки из стационара, практически не отражаются в статистической отчетности. В связи с чем 30 % осложнений диагностируются на постгоспитальном этапе в угоду статистике. Многие осложнения трудно уловить за размытыми формулировками, не позволяющими идентифицировать их истинный характер. Объясняется это штрафными санкциями со стороны страховых компаний, расценивающих инфекцию, послужившую причиной повторной госпитализации пациента и явившуюся следствием предыдущего пребывания больного в стационаре, как дефект оказания медицинской помощи и репрессивным характером расследований, проводимых эпидемиологами, что приводит к сокрытию многих случаев гнойно-септических осложнений и искажению статистики. Вместе с тем известно, что стоимость амбулаторного лечения постгоспитального нагноения послеоперационной раны практически в 2 раза больше, чем долечивание нагноившейся раны в стационаре, что приводит к возрастанию экономического ущерба [12] .

Возможность снижения частоты постгоспитальных раневых осложнений заключается в ранней диагностике и эффективном лечении госпитальных нагноений.

В большинстве случаев скрыто протекающий гнойно-воспалительный процесс области хирургического вмешательства выявить на ранних этапах послеоперационного периода бывает сложно, что приводит к увеличению количества хронических рецидивирующих поздних раневых осложнений.

И все же, несмотря на определенные трудности, а порой и неожиданности, диагностика их у подавляющего большинства больных является реально выполнимой задачей.

Список литературы

1. **Гостищев, В. К.** Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии : методические рекомендации / В. К. Гостищев. – М. [издано при поддержке Glaxo Wellejne]. – 2001. – 8 с.

2. **Малков, И. С.** Интраоперационная профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений / И. С. Малков, М. И. Шакиров, Е. З. Низамутдинов и др. // Казанский медицинский журнал. – 2006. – Т. 87, № 2. – С. 108–110.
3. **Чернов, В. Н.** Принципы профилактики раневой инфекции и лечения ран / В. Н. Чернов, А. И. Маслов, Д. Н. Мариев // Раны и раневая инфекция : труды Всероссийской конференции общих хирургов. – Ярославль, 2007. – С. 225–230.
4. **Белокуров, Ю. Н.** Актуальные вопросы хирургического сепсиса / Ю. Н. Белокуров, А. Н. Ларичев // Раны и раневая инфекция : труды Всероссийской конференции общих хирургов. – Ярославль, 2007. – С. 66–69.
5. Лечение ран / С. Г. Измайлов, Г. А. Измайлов, И. В. Тюдушкина и др. – Казань : Изд-во Казанского гос. техн. ун-та, 2003. – С. 137–144.
6. **Шляпников, С. А.** Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете / С. А. Шляпников // Инфекции в хирургии. – 2003. – № 1 (1). – С. 14– 21.
7. Поздние гнойные послеоперационные осложнения / В. Д. Кузнецов, Н. В. Бобовникова, В. Ф. Михайлов, В. В. Антонов // Хирургия. – 1998. – № 7. – С. 48–52.
8. **Wald, D. S.** Wound healing under pathological conditions / D. S. Wald // Inf. Medicina propraxi. – 2002. – V. 10. – P. 6–10.
9. **Hotobkiss, R. S.** N. Engl. Surgical intra – abdominal infections. / R. S. Hotobkiss, I. E. Kazl // J. Med. – 2003. – V. 342. – P. 138–150.
10. **Turina, M.** Management of established surgical site infections / M. Turin, W. G. Cheadle // Surg Infect (Larchmt). – 2006. – V. 7 (Suppl. 3). – P. 33–41.
11. Профилактика и лечение гнойных осложнений в хирургии и травматологии / Н. А. Баулин, Н. М. Хоменко, Н. А. Пьянов и др. – М., 1988. – Р. 78–81.
12. **Кутин, А. А.** Позднее гнойное осложнение после нефрэктомии («лигатурный» абсцесс забрюшинного пространства) / А. А. Кутин, Н. И. Мосиенко, С. К. Кленский, М. А. Кутин // Хирургия. – 1998. – № 4. – С. 53–54.
13. **Милонов, О. Б.** Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин. – М. : Медицина, 1990. – 558 с.

Хромова Валентина Николаевна
аспирант, Саратовский государтсвенный медицинский университет им. В. И. Разумовского; врач-хирург, отделение № 2 гнойной хирургии, Городская клиническая больница № 2 им. В. И. Разумовского

E-mail: armaur@list.ru

Khromova Valentina Nikolaevna
Postgraduate student, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, surgeon, purulent surgery unit № 2, Municipal Clinical Hospital № 2 named after V. I. Razumovsky

---

УДК 616.381-002:616-007.271

Хромова, В. Н.

Постгоспитальные послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии / В. Н. Хромова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 2 (18). – С. 128–134.

УДК 618.35: 618.145

Н. И. Фадеева, О. В. Ремнева, С. Д. Яворская, Т. И. Горбачева

ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Аннотация. Рассмотрен процесс улучшения перинатальных исходов у пациенток с репродуктивной дисфункцией и хроническим эндометритом путем проведения патогенетически обоснованной прегравидарной подготовки. Проведенный клинико-статистический анализ особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у 56 пациенток показал, что комплексная прегравидарная подготовка с включением витаминно-минеральных фитокомплексов, иммуномодуляторов способствует первичной профилактике плацентарной недостаточности, снижая заболеваемость новорожденных в 3,5 раза.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, прегравидарная подготовка, фитотерапия.

Abstract. The article analyses the improvement of perinatal outcomes in patients with reproductive disfunction and chronic endometritis by carrying out pathogeneticly proved preparation for pregnancy. The authors carried out a clinical-statistical analysis of 56 patients' pregnancies, childbirths and conditions of newborns. The study has shown that complex preparation for pregnancy with addition of vitamin-mineral phytocomplexes, immunomodulators promotes primary preventive maintenance of placental insufficiency, reducing a sickness rate of newborns 3,5 times.

Key words: placental insufficiency, preparation for pregnancy, a phytotherapy.

Введение

В настоящее время в России отчетливо прослеживается тенденция к ухудшению состояния здоровья населения страны. По данным статистики, 85–98 % женщин фертильного возраста имеют различные соматические заболевания. С каждым годом неуклонно растет частота гинекологической патологии в основном за счет воспалительных и гормонозависимых заболеваний [1]. Среди многих причин женской инфертильности важное место занимает хронический эндометрит, который возникает вследствие внутриматочных манипуляций, перенесенного инфекционного процесса, применения внутриматочной контрацепции. Основная гипотеза сегодняшнего дня – хронический эндометрит как результат дисбаланса между эндокринной и иммунной системами организма, с одной стороны, и инфекционными патогенами – с другой [2]. На фоне хронического эндометрита нарушается рецепция к гормонам яичников, меняется местный иммунитет, не происходит формирования полноценного имплантационного окна, вследствие чего блокируются процессы имплантации и полноценной инвазии трофобласта, что приводит к бесплодию, ранним потерям беременности или формированию первичной плацентарной недостаточности [3]. Учитывая, что при хроническом эндометрите в патологический процесс включаются многие системы организма, монотерапия, как правило, малоэффективна. Необходимость многокомпонентной подготовки женщин с хроническими эндометритами к беременности сомнений не вызывает. Однако высокая медикаментозная нагрузка в прегравидарный период может породить ряд новых проблем: аллергизацию организма, фор-