

Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина, Д.Э. Здзитовецкий, В.Р. Кембель, А.А. Белобородов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск)*

Абдоминальные вмешательства как в экстренной, так и в плановой хирургии не имеют тенденции к уменьшению. В то же время сохраняется определенный процент осложнений в послеоперационном периоде, который требует периодического анализа для возможного предотвращения или своевременного проведения эффективной релапаротомии. Анализ проведенных лапаротомий за последние 5 лет в ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича показал, что из 6172 операций осложнения имели место в 1,8 % при плановых вмешательствах и в 4,1 % — при экстренных операциях. Наибольшее число послеоперационных осложнений приходится на перитониты (44,3 %), где самая большая послеоперационная летальность — 69,7 %. Затем идут эвентрации — 20,4 %, ранняя спаечная непроходимость — 13,9 %, кровотечения — 9,9 % и сочетанная травма — 5,5 %. Причины осложнений разнообразны, но правильная диагностическая тактика и опыт хирурга дают возможность в течение короткого времени произвести адекватную релапаротомию.

Ключевые слова: релапаротомия, перитонит, травма

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS AFTER LAPAROTOMY

N.D. Tomnjuk, E.P. Danilina, D.E. Zdzitovetsky, V.R. Kembel', A.A. Beloborodov

Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Vojno-Jasenetsky, Krasnoyarsk

Abdominal interventions, both in emergency and in elective surgery do not tend to decrease. At the same time a certain percentage of complications in the postoperative period retain, and it requires periodic review for possible prevention or timely effective relaparotomy. Analysis of the laparotomy for the last 5 years in hospital N 6 named after N.S. Karpovich showed that out of 6,172 operations complications occurred in 1.8 % for planned surgery and in 4.1 % — for emergency operations. The largest number of postoperative complications accounted for peritonitis (44.3 %), where the greatest postoperative mortality made 69.7 %. Then come eversions — 20.4 % of complications, early adhesive obstructions — 13.9 %, bleedings — 9.9 %, and concomitant injuries — 5.5 %. Causes of complications varied, but the right diagnostic tactics and a surgeon's experience offers the possibility for a short time to produce adequate relaparotomy.

Key words: relaparotomy, peritonitis, trauma

Вопросы абдоминальной хирургии занимают одно из первых мест среди всех хирургических проблем, так как операциям подвергается огромное число людей [1]. Количество послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства, также не уменьшается [2]. В своей работе даже опытный хирург не может всего предвидеть, не всегда имеет в своем распоряжении достаточно надежных средств и времени, чтобы гарантировать благоприятный исход операции [4]. Однако любой исход должен иметь объяснение: все ли было сделано, что необходимо в данном конкретном случае?

Диагностика ранних послеоперационных осложнений трудна [2, 3]. Этому способствует общее состояние больного на момент оперативного вмешательства и нескольких первых послеоперационных дней, характером и тяжестью как основной, так и сопутствующей патологии. Несомненно, опыт и логическое мышление хирурга с хорошо организованной диагностической службой стационара, является ключевым звеном в диагностике осложнений.

Цель работы: обобщить результаты лечения больных, перенесших повторные операции на органах брюшной полости по поводу послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике хирургических болезней № 1 на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» за последние пять лет произведено 6172 лапаротомии, после которых 201 больному (3,3 %) потребовались повторные операции в раннем послеоперационном периоде. Плановых операций выполнено 2176 (35,3 %), после которых релапаротомии потребовались в 39 случаях (1,8 %). Экстренных операций насчитывалось 3996 (64,7 %), после них повторные операции проведены 162 больным (4,1 %). В группе больных, которым были выполнены релапаротомии, мужчин было 116, женщин — 85. Возраст колебался от 17 до 92 лет. В 64,7 % (130 больных) пациенты были в возрасте старше 65 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наибольшее число осложнений (89, 44,3 %) пришлось на перитонит: местный (ограниченный), в виде резидуальных абсцессов — у 17 (19,1 %), диффузный — у 23 (25,8 %) и распространенный — у 49 больных (55,1 %).

Клинические проявления местного (ограниченного) перитонита не всегда были отчетливо выражены. Распознавание резидуальных гнойников, особенно остаточных абсцессов брюшной полости,

представляло большие трудности из-за стертости клинической картины и отсутствия характерных признаков абсцедирования на фоне проводимой антибактериальной терапии. Клиника также зависела от нозологической причины, локализации очага, характера сопутствующих заболеваний, возраста больного. Это привело к тому, что оперативное вмешательство порой выполнялось с опозданием на 10–11 дней.

Наряду с неспецифичностью клинической картины, в ней все же имеются некоторые общие черты. В течение многих лет мы пользуемся понятием «синдром неадекватного послеоперационного периода». Характерным проявлением данного синдрома является волнообразность течения клинических проявлений заболевания, когда после кажущейся ремиссии, вновь наступает фаза обострения. Она может проявляться от нескольких дней до 2–3 недель: остается умеренный субфебрилитет, нейтрофильный сдвиг на фоне высокого лейкоцитоза, анорексия, тенденция к тахикардии. На этом фоне преобладает картина длительного рецидивирующего пареза кишечника, как самый ранний и довольно постоянный признак, что наблюдалось в 68 (76,4 %) случаях. Данные физикального исследования брюшной полости у этой категории больных, к сожалению, недостаточно информативны, исключение составляют «гноиники» дугласового пространства.

Из специальных методов исследования, наиболее простым и доступным является обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости, хотя, разрешающая ее способность невелика. Рентгенологически поддиафрагмальный абсцесс был подтвержден у 6 больных (после спленэктомии) и у 2 наблюдались признаки газообразующего гноиника брюшной полости (межпепельные абсцессы) после ножевых ранений.

Для ранней диагностики мы широко используем ультразвуковое исследование и компьютерную томографию. Их результаты обнадеживающие: диагноз подтвержден у 17, а в двух случаях диагноз был верифицирован при подтверждающей релапаротомии.

Причинами диффузного и разлитого перитонита были осложнения, вызванные несостоятельностью швов после резекции желудка, кишечника, тяжелых автодорожных, ножевых, огнестрельных и сочетанных повреждений. У 5 больных была выполнена недостаточно полная ревизия во время первой операции, у 4 — неадекватное дренирование брюшной полости и ряд других моментов.

В проблеме релапаротомии одним из важных вопросов является определение срока, в течение которого должно быть выполнено повторное оперативное вмешательство. Если при кровотоечения решающее значение имеют минуты, то при перитонитах допустимо какое-то время для активного наблюдения. Однако трудно говорить о каких-либо конкретных временных рамках. При подозрении

на перитонит необходимо использовать все возможные методы, которые помогли бы ускорить и установить истину.

Релапаротомия требует общего обезболивания. Вскрытие живота проводится через первичный доступ, и только в единичных случаях выполняется новый разрез. Сам объем операции — минимальный. Санация брюшной полости проводится с использованием аппарата «Гейзер». Операция заканчивается введением новокаина в корень брыжейки (если позволяет артериальное давление), интубацией кишечника и адекватным дренированием брюшной полости или локального гноиника. Для дренирования используются полупроницаемые мембранные дренажи, редоновские дренажи, двухпросветные трубки, перчаточные резинки, в редких случаях — сигарообразные дренажи. Летальность в этой группе больных составила 69,7 % (62 больных).

К числу послеоперационных осложнений относится эвентерация, которая, по данным разных авторов, составляет до 29 % от общего числа других послеоперационных осложнений. У нас эта цифра равнялась 20,4 % (41 больной). Причинами эвентерации были: интоксикационный синдром при перитоните и нагноении ран, послеоперационные парезы, пожилой возраст и ослабленное состояние больных. Подкожная эвентерация отмечена у 18, полная — у 23 больных с выпадением в рану сальника и петель кишечника.

Как показывает опыт, при эвентерации наиболее оправдана активная хирургическая тактика — немедленная операция. Суть хирургического вмешательства заключается в ревизии брюшной полости и устранении причины эвентерации. Ушивание лапаротомной раны дополняется в наложении 3–4 так называемых поддерживающих швов, т.е. через все слои передней брюшной стенки до брюшины. С целью профилактики эти швы мы накладываем всем тяжелым, тучным и ослабленным больным, чтобы снизить частоту эвентераций. Летальность, составившая 63,4 % (26 больных), была обусловлена развитием перитонита, кишечных свищей и полиорганной недостаточностью.

Ранняя послеоперационная спаечная болезнь отмечена в 13,9 % (28 больных). Чаще она была после перенесенных операций по поводу проникающих ножевых ранений органов брюшной полости, аппендэктомии, гинекологических и онкологических операций, а также перитонита любой этиологии и распространенности.

Диагностика этого осложнения трудна, особенно в раннем периоде, когда идет дифференциация между спаечной и паралитической непроходимостью. У 19 больных мы прибегли к так называемой «провокации». Больным вводили питуитрин внутримышечно, гипертонический раствор внутривенно, выполнялась гипертоническая клизма, паранефральная блокада. При усилении болей в первые два часа после стимуляции кишечника диагноз механической непро-

ходимости считали более вероятным, что было подтверждено у 19 из 21 больных. Операция по поводу механической непроходимости заключалась в ее устранении, санации брюшной полости и интубации кишечника. В одном случае, при болезни Крона, была выведена стома. Летальность составила 50 % (14 больных).

У 20 (9,9 %) из экстренно оперированных больных в раннем послеоперационном периоде потребовалась повторная лапаротомия из-за кровотечения. У 7 больных кровотечение было в желудочно-кишечный тракт (резекция желудка, кишки), у 9 – в свободную брюшную полость (ранение печени, селезенки, поджелудочной железы, брыжейки, диафрагмы), у 3 – в плевральную полость после ранения диафрагмы и легкого, у одного – после ранения нижней полой вены и аорты. Источниками кровотечений были недостаточно лигированные сосуды. Умерло 7 больных, причинами смерти явились нагноения лапаротомной раны, кишечные свищи, перитонит, сочетанная полиорганная недостаточность.

В отдельную группу мы выделили 11 больных (5,5 %), которые перенесли тяжелые сочетанные травмы (автомобильные, падение с высоты). Все они имели, наряду с повреждением внутренних органов, повреждение костного каркаса и черепно-мозговую травму. Операции им произведены в разные сроки по экстренным показаниям. В последствие 7 человек были оперированы неоднократно по поводу различных осложнений (перитонит, несостоятельность швов, кровотечения и др.). Умерло 9 больных.

Сведение об авторах

Томнюк Николай Дмитриевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 246-94-06)

Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович – кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой хирургических болезней № 1 Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 246-94-06; e-mail: zdz64@mail.ru)

Белобородов Алексей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 246-94-06; e-mail: beloborodov-a@yandex.ru)

Данилина Елена Петровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 246-94-06)

Кембель Вера Родионовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1 Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 246-94-06)

ВЫВОДЫ

1. Частота осложнений после абдоминальных операций у плановых пациентов значительно меньше, чем у экстренных, что объясняется более полным предоперационным обследованием.

2. Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются перитонит, эвентрация, ранняя спаечная кишечная непроходимость и внутрибрюшные кровотечения.

3. Диагностика послеоперационных осложнений представляет трудности из-за стертости клинической картины, отсутствия характерных лабораторных признаков на фоне антибактериальной терапии, а также наличия сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малков И.С. Острый живот // Практическая медицина. – 2010. – № 47. – С. 45–48.

2. Новиков В.А., Юдаев В.Н. Релапаротомия после операций на органах брюшной полости. // Альманах клинической медицины. – 2005. – № 8. – С. 54–61.

3. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Атаджанов Ш.К., Эрметов А.Т. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений в ургентной абдоминальной хирургии. // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. № 2. – С. 230–230.

4. Цуман В.Г., Синенкова Н.В., Семилев Э.А., Щербина В.И. Ультразвуковое исследование и малые инвазивные вмешательства у детей с абсцессами брюшной полости. // Альманах клинической медицины. – 1999. – № 2. – С. 311–318.