

СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И РАННИЕ ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Томнюк Н.Д., Рябков И.А., Давыдова Е.Н.

*МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича»,
Красноярск*

Подробная информация об авторах размещена на сайте
«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

В своей работе авторы анализируют осложнения, которые имели место в раннем послеоперационном периоде после экстренных полостных операций. Указывают на частоту осложнений, всевозможные причины их возникновения, а также лечения и профилактику.

Вопросы абдоминальной хирургии занимают одно из первых мест среди всех общехирургических проблем, так как операциям подвергается огромное число людей. Послеоперационные осложнения, требующие повторных вмешательств, тоже неуклонно растут. 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. Однако, любой исход должен иметь объяснение, сделано все необходимое, что возможно было сделать в данном случае.

Диагностика ранних послеоперационных осложнений трудна. Она обусловлена в первую очередь характером и тяжестью основного заболевания, поздним проявлением, недостаточно тщательной ревизией органов брюшной полости, недостаточной санацией и адекватностью дренирования; во-вторых, зависит от опыта хирурга, наличия хорошо организованной диагностической службой, оснащенной современной аппаратурой.

В клинике хирургических болезней № 1 на базе Городской больницы № 6 им. Н.С. Карповича за последние 5 лет произведено 6172 лапаротомии, после которых у 201 (3,1%) больных потребовались повторные операции в раннем послеоперационном периоде. Из них плановые вмешательства выполнены у 2176 человек, релапаротомия была необходима у 39 (1,8%), по экстренным показаниям опери-

ровано 3996 – релапаротомия осуществлена у 162 (~ 4%).

Мужчин было 116, женщин – 85, возраст от 17 до 92 лет; характерно, что 130 (64%) были старше 65 лет.

Наибольшее число осложнений – 89 (44%) пришлось на перитонит: местный ограниченный в виде резидуальных абсцессов – 17 (~20%), не ограниченный местный – 23 (24%) и разлитой у 49 (55%) пациентов.

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 патогномонических признаков гнойника на фоне проводимой антибактериальной терапии. Клиника зависела также от нозологической причины, локализации, распространенности перитонита, характера сопутствующих заболеваний, возраста. Это приводило к тому, что оперативное вмешательство порой выполнялось с опозданием до 10-15 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. Ведущим проявлением данного синдрома является волнообразность течения, когда после кажущейся ремиссии вновь наступает фаза обострения. Она может проявляться от нескольких дней до 2-3

недель: остается умеренный субфебрилитет, нейтрофиловый сдвиг на фоне невысокого лейкоцитоза, анорексия, тенденция к тахикардии, на этом фоне преобладает картина длительного рецидивирующего пареза кишечника, как самый ранний и довольно постоянный тревожный симптом 68 (80%) больных.

Физикальное исследование брюшной полости в этой категории больных, к сожалению, недостаточно информативны, исключение составляют «гноиники» дугласового пространства.

Из инструментальных методов исследования наиболее простым, доступным является обзорная рентгенография брюшной полости, хотя разрешающая ее способность невелика. Поддиафрагмальный абсцесс был подвержен у 6 (после спленэктомии) и у 2 признаки газообразующего гноиника брюшной полости (межпеченочные), после ножевых ранений.

Для ранней диагностики мы широко используем ультразвуковое исследование с компьютерной томографией. Их результаты обнадеживающие, диагноз подтвержден у 15 из 17, в двух случаях диагноз установлен при компримативной релапаротомии.

По поводу местного неограниченного (23) и разлитого перитонита (49) причинами были осложнения, вызванные несостоятельностью швов после резекции желудка, кишечника, тяжелых автодорожных, ножевых, огнестрельных и сочетанных повреждений. У 5 больных недостаточно полная ревизия во время первой операции, у 4-х неадекватное дренирование и ряд других моментов.

Лечение перитонита осуществлялось наряду с традиционными методами (антибиотики, иммунокорректоры), а также для санации брюшной полости использовали аппарат «Гейзер», а для дренирования - полупроницаемые мембранные дренажи, разработанные в клинике профессором Селезовым Е.А. У 11 больных была наложена внутриаортальная инфузия.

В проблеме релапаротомии одним из важных вопросов является: в течение какого периода допустимы диагностические поиски и объем оперативного вмешательства. Если при кровотечениях решаю-

щее значение имеют минуты, то при перитонитах допустимо какое-то время для активного наблюдения. Однако, трудно говорить о каких-либо конкретных временных рамках, необходимо использовать все возможные методы, которые помогли бы установить истину. Обезболивание было общим. Релапаротомию проводили через первичный доступ, и только в единичных случаях – новый разрез. Сам объем операции – минимальный. Операцию заканчивали адекватным дренированием брюшной полости, введением, если позволяло артериальное давление, новокаина в корень брыжейки и, при необходимости, - интубация кишечника, далее – интенсивная терапия посиндромно.

Летальность в этой группе больных была 73 (70%).

К числу послеоперационных осложнений относится эвентерация, которая по разным авторам составляет до 29% от общего числа других послеоперационных осложнений. У нас эта цифра – 46 (20%) больных.

Причинами эвентерации были интоксикационные синдромы при перитоните, нагноении ран, послеоперационные парезы, пожилые и ослабленные больные. У 4-х эвентерация случилась на 2-е сутки из-за технических накладок после экстренной лапаротомии, а всего у 5-ти - после плановых операций в сроки от 5 до 12 дней. Подкожная эвентерация отмечена у 18 и полная у 23, где имелось расхождение всех слоев с выпадением сальника и петель кишечника.

Как показывает опыт, при эвентерации наиболее оправдана активная хирургическая тактика – немедленная операция. Суть хирургического вмешательства заключается в ревизии брюшной полости, как причины эвентерации и устранения ее 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 и ослабленным больным, чтобы снизить частоту эвентерации.

Летальность составила 29 (63%) больных, которая обусловлена развитием

перитонита кишечника, свищей полиорганной недостаточности.

Ранняя послеоперационная спаечная болезнь отмечена у 34 (14%) больных. Чаще после перенесенных операций по поводу проникающих ножевых ранений органов брюшной полости, аппендэктомий, гинекологических и онкологических операций, после перитонита.

Диагностика этих осложнений 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 в/м, гипертоническую клизму, паранефральная блокада и наблюдали в течение 2-3 часов. При усилении болей диагноз механической непроходимости более вероятен (из 19 у 21). Операция заключалась в устранении непроходимости, санации брюшной полости и интубацией кишечника. В одном случае при болезни Крона выведена стома. Летальность составила 17 больных (50%).

У 21 (10%) из экстренно оперированных больных в раннем послеоперационном периоде потребовалась повторная релапаротомия из-за кровотечения. У больных кровотечение было в желудочно-кишечный тракт (резекция кишки, желудка), у 9-ти – в свободную брюшную полость (ранение печени, селезенки, поджелудочной железы, диафрагмы), у 3-х – в плевральную и у одного – после ранения нижней полой вены и аорты. Источником кровотечений были сосуды, недостаточно легированные.

Летальность составила 7 (33%). Причина – нагноение, кишечные свищи, полиорганная недостаточность.

В отдельную группу мы выделили 11 (5%) больных, которые перенесли тяжелые сочетанные травмы – это автодорожные, падение с высоты. Все они имели повреждения трубчатых костей таза, костей ребер, ЧМТ с повреждением внутренних органов. Оперированы в разные сроки по экстренным показаниям. И в последствии еще неоднократно по поводу различных осложнений: перитонит, несостоятельность швов и др. Летальность составила 9 (39%).

Таким образом, число различных осложнений после экстренных операций остается высоким, следовательно, и летальность. Поэтому в некоторых случаях допустимы диагностические поиски в течение короткого времени на фоне консервативной терапии. Объем оперативного пособия требует общего обезболивания и минимального объема с последующей, посиндромной терапией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Журавский Л.С. Релапаротомия. - Л., 1974.
2. Мышкин К.И. Послеоперационная болезнь. - Саратов, 1978.
3. Шалимов А.А. и др. Острый перитонит. – Киев, 1981.
4. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. – М., 1979.
5. Мышкин К.И. и др. Релапаротомия после экстренных хирургических вмешательств. – «Хирургия», № 2, 1989, с. 39-42.

ABDOMINAL SURGERY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS STRUCTURE AND EARLY REOPERATIONS

Tomnyuk N.D., Ryabkov I.A., Davydova Ye.N.
N.S. Karpovich city clinical hospital № 6, Krasnoyarsk

In their work the authors analyse the complications, which took place in early postoperative period after emergency cavitory surgeries. They emphasise the complications frequency, various causes of their appearance, their treatment and preventive measures.