

С.И. Третьяк¹, Л.В. Кирковский², О.О. Руммо², В.В. Кирковский¹

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Белорусский государственный медицинский университет¹,
УЗ «9-я городская клиническая больница»², г. Минск

Проведен анализ 13318 оперативных вмешательств на органах брюшной полости за период с 2002 по 2006 гг. в УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска. Изучены характер и частота послеоперационных осложнений, возникших у пациентов оперированных по поводу острых и хронических заболеваний органов брюшной полости в раннем послеоперационном периоде. Наиболее частыми и сложными в диагностике являются гнойно-септические осложнения.

Согласно недавно опубликованным данным, уровень послеоперационных осложнений при операциях на гастродуоденальной зоне достигает 40%, а при вмешательствах на желчном пузыре 29,6% [10]. В этом исследовании к послеоперационным осложнениям отнесены, в том числе флебиты периферических вен, циститы, воспалительные процессы дыхательной системы, нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, обострения хронических болезней, изменения психозмоциональной сферы. На долю внутрибрюшных осложнений, по мнению А.В. Фомина (2007г.), приходится 28,9%-37,8% [10]. Имеются также сообщения, свидетельствующие о том, что к наиболее часто встречающимся внутрибрюшным осложнениям относятся гнойно-септические осложнения (абсцессы, флегмоны, продолжающийся перитонит), внутрибрюшное кровотечение, а также ранняя спаечная кишечная непроходимость. [1,3,5-7,9]. Существует мнение, что к таковым осложнениям должны быть отнесены недиагностированные во время первичной операции, и продолжающиеся в послеоперационном периоде, патологические процессы связанные с ятрогенными повреждением внутрибрюшных органов [2,4,8].

В этой связи целью нашего исследования было: про-

ведение анализа характера и частоты послеоперационных осложнений возникших у пациентов оперированных по поводу острых и хронических заболеваний органов брюшной полости в раннем послеоперационном периоде. Было проанализировано 13318 экстренных и плановых хирургических вмешательств на органах брюшной полости за пятилетний период (2002-2006 г.г.). Операции выполнялись хирургами различной квалификации от врачей второй категории до хирургов высшей категории. В исследование не включались такие осложнения послеоперационного периода как воспалительные процессы подкожной клетчатки, флебиты катетеризованных подкожных вен, циститы, трахеобронхиты, послеоперационные пневмонии, психо-эмоциональные и сердечно-сосудистые осложнения.

Как показали наши исследования, за пять лет в хирургических отделениях 9-й клинической больницы было выполнено 13318 оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Из них 5942 плановых операций, 7376-экстренных. Из данных таблицы 1 следует, что наиболее часто показаниями для операции были аппендицит, холецистит и грыжи брюшной стенки. В подгруппу прочие операции на органах брюшной полости (табл. 1)

Таблица 1. Причины и характер хирургических вмешательств на органах брюшной полости, выполненных пациентам в УЗ 9 ГКБ г. Минска по экстренным и плановым показаниям с 2002 по 2006 гг.

Заболевания по поводу которых выполнена хирургическая операция	Количество больных	Характер хирургических вмешательств	Количество операций
Язвенная болезнь брюшной полости	50 (0,38%)	Резекция желудка	29 (0,22%)
Прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки	246 (1,85%)	Ушивание язвы и дренирующие желудок операции	328 (2,46%)
Желудочно-кишечное кровотечение	61 (0,46%)	Аппендэктомия	3454 (25,93%)
Острый аппендицит	3637 (27,31%)	Лапароскопическая аппендэктомия	204 (1,53%)
Хронический аппендицит	21 (0,16%)	Холецистэктомия	756 (5,68%)
Острый калькулёзный холецистит	1857 (13,94%)	Холецистэктомия + дренирующие операции	104 (0,78%)
Хронический калькулёзный холецистит	2468 (18,53%)	Лапароскопическая холецистэктомия	3465 (26,02%)
Ущемлённая грыжа	440 (3,30%)	Герниопластика с резекцией кишки	124 (0,93%)
Неущемлённая грыжа	2441 (18,33%)	Герниопластика без резекции кишки	2757 (20,70%)
Острая кишечная непроходимость	170 (1,27%)	Устранение причины + интубация кишки	141 (1,06%)
		Тоже + наложение межкишечного анастомоза	29 (0,22%)
Острый панкреатит	237 (1,78%)	Санация брюшной полости, дренирование сальниковой сумки	237 (1,78%)
Прочие заболевания органов брюшной полости	1690 (12,69%)	Прочие операции на органах брюшной полости	1690 (12,69%)
Всего	13318 (100%)		13318 (100%)

☆ Лечебно-профилактические вопросы

вошли пациенты оперированные по поводу закрытой и открытой травмы живота, кист поджелудочной железы, синдрома портальной гипертензии, опухолей печени и поджелудочной железы, паразитарных заболеваний печени и пр.

Повторные операции были выполнены 109 пациентам в раннем послеоперационном периоде в связи с возникшими осложнениями, что составило 0,82% от общего количества оперированных. Средний возраст этих пациентов составлял $47,93 \pm 7,79$ лет. Мужчин было 69 (63,3%), женщин 40 (36,7%). Анализ причин вынудивших выполнить релапаротомию этим больным показал, что наиболее частыми осложнениями были осложнения гнойно-септического характера. Они встречались у 47 больных (43,12% случаев). Внутрибрюшные кровотечения были причиной релапаротомий у 32 (29,36%) пациентов. Ранняя спаечная кишечная непроходимость стала причиной повторной операции у 17 (15,59%) больных. Обращает на себя внимание довольно большое количество осложнений, возникших из-за технических и тактических ошибок операционной бригады, приведших к ятрогенным повреждениям при первичной операции – 13 (11,93%) пациентов, от общего количества послеоперационных осложнений.

Изучение характера и частоты послеоперационных осложнений в зависимости от вида заболевания и хирургического вмешательства по поводу которого, оно проводилось у данных пациентов показало, что они существенно отличались в различных подгруппах.

Как видно из таблицы 2, осложнения, потребовавшие повторных вмешательств после операций на гастродуоденальной зоне возникли в 11 случаях, что составило 3,08% от всех операций на этих органах. После аппендэктомии этот показатель составил 0,57%, а после холецистэктомий и дренирующих операций на желчеотводящих путях – 0,30%. После наложений анастомозов во время экстренных хирургических вмешательств необходимость релапаротомий была наиболее частой и составила 8,49%. После операций по поводу острого панкреатита релапаротомии проводились 10 раз (4,22%). По данным нашего исследования наибольшее количество гнойно-септических осложнений наблюдалось после операций по поводу заболеваний желудка и 12-перстной киш-

ки, аппендиците и после наложения межкишечных анастомозов. Большое количество различных осложнений было отмечено в подгруппе прочих заболеваний органов брюшной полости. Это, по всей видимости, можно объяснить тем, что наиболее сложные и травматичные операции выполнялись пациентам в этой подгруппе.

К подгруппе гнойно-септические осложнения послеоперационного периода отнесены выявленные в процессе релапаротомии ограниченные или распространенные воспалительные процессы гнойного характера. При этом структура этих осложнений была различной. При повторных операциях на гастродуоденальной зоне чаще всего воспалительный процесс носил распространённый характер по причине несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки или её стенки после дуоденопластики. Только в двух случаях этот процесс носил ограниченный характер в виде абсцесса подпечёночного пространства.

При релапаротомии после аппендэктомии во всех случаях выявлялись абсцессы различного размера и локализации. Чаще всего, (у восьми пациентов) обнаруживали абсцесс малого таза. У трёх больных выявлены 2 и более абсцессов различной локализации. В раннем послеоперационном периоде у больных оперированных по поводу холецистита и механической желтухи выявлены 3 случая абсцессов ложа желчного пузыря. У стольких же пациентов этот процесс носил распространённый характер в связи с выявленной негерметичностью швов на стенке холедоха и двенадцатиперстной кишки, также в связи с соскальзыванием лигатуры с культи пузырного протока. Как видно из данных таблицы 2, в 5,23% случаев после наложения межкишечных анастомозов по поводу гангрены кишки при ущемлённых грыжах и при кишечной непроходимости в послеоперационном периоде развивалась несостоятельность швов. Она приводила к возникновению распространённого гнойного перитонита.

Деструктивный панкреатит стал причиной релапаротомии в раннем послеоперационном периоде в 4 случаях (1,69%). Как правило, после лапароскопической и ультрасонографической верификации характера процесса, отрицающих наличие патологии со стороны желчевыводящих протоков, даже в случаях углубления тяжести функционально-метаболических расстройств, продолжалась

Таблица 2. Характер и частота послеоперационных осложнений в зависимости от вида хирургического вмешательства

Причина хирургического вмешательства (количество операций)	Характер осложнений			
	Гнойно-септические осложнения	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	Внутрибрюшные кровотечения	Ятрогенные повреждения, технические ошибки
Заболевания желудка и 12-ти перстной кишки (357)	10 (2,80%)	-	1 (0,28%)	-
Аппендицит (3658)	11 (0,30%)	4 (0,11%)	5 (0,14%)	1 (0,03%)
Холецистит, механическая желтуха (4322)	6 (0,14%)	3 (0,07%)	2 (0,05%)	2 (0,05%)
Анастомозы при кишечной непроходимости и ущемлённых грыжах (153)	8 (5,23%)	2 (1,31%)	2 (1,31%)	1 (0,65%)
Панкреатит (237)	4 (1,69%)	2 (0,84%)	4 (1,69%)	-
Прочие заболевания (1690)	8 (0,47%)	6 (0,36%)	17 (1,01%)	9 (0,53%)
Всего (13318)	47 (0,35%)	17 (0,13%)	32 (0,24%)	13 (0,09%)

Таблица 3. Средняя длительность времени, необходимого для постановки показаний к проведению повторного хирургического вмешательства при различных формах послеоперационных осложнений

Характер осложнений послеоперационного периода	Время между первой и повторной операцией (часы)
Гнойно-септические осложнения	106±36
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	76±14
Внутрибрюшные кровотечения	18±12
Ятрогенные повреждения, технические ошибки	46±13

интенсивная консервативная терапия согласно разработанной в клинике схеме. Тем не менее, у 4 пациентов нарастающие признаки перитонита вынудили дежурную бригаду хирургов выполнить диагностическую лапаротомию. Во время операции у всех больных был выявлен ферментативный перитонит, на фоне некротизирующего панкреатита. Согласно полученным нами данным частота подобного осложнения в подгруппе прочие заболевания не отличалась от таковой в других подгруппах.

У 0,13 % пациентов изученных подгрупп в послеоперационном периоде выявлены признаки ранней острой кишечной непроходимости, что являлось показанием для релапаротомии. Частота этого осложнения значительно не отличалась в отдельных подгруппах. Тем не менее, анализ протоколов повторных вмешательств показал, что в некоторых случаях, несмотря на вынесенный послеоперационный диагноз, механический илеус по описанию характера патологии по сути дела отсутствовал, так как хирурги не находили во время релапаротомии раздутой кишки до механического препятствия и спаившейся после него.

Обращает на себя внимание относительно высокий процент такого осложнения раннего послеоперационного периода как внутрибрюшное кровотечение в подгруппе прочие заболевания брюшной полости. Так, если после аппендэктомии в 0,14% случаев причиной повторного хирургического вмешательства было кровотечение из культи брыжейки червеобразного отростка, то подобное осложнение было зарегистрировано в 17 случаях (1,01%) у пациентов из подгруппы прочие заболевания органов брюшной полости. Такое осложнение чаще всего наблюдалось у пациентов оперированных по поводу портальной гипертензии и закрытой травмы органов брюшной полости с повреждением печени.

Ятрогенные повреждения и технические ошибки, также наиболее часто имели место в подгруппе прочие заболевания органов брюшной полости. Основная суть их состояла, к примеру, в нескольких случаях повреждения хирургическими инструментами органов брюшной полости недиагностированными во время первой операции; неполной ревизии органов брюшной полости, что приводило к неполноценной диагностике их повреждений при травме живота.

Не вызывает сомнений тот факт, что результаты лечения пациентов с развившимися в послеоперационном периоде осложнениями различного характера зависят от своевременности их диагностики и проведения адекватной хирургической коррекции. Как видно из таблицы 3, анализ времени, прошедшего от первичного хирургического вмешательства до повторной операции показал, что оно колебалось в достаточно большом диапазоне – от

нескольких часов при внутрибрюшном кровотечении до нескольких суток при формировании абсцесса брюшной полости.

Таким образом, анализ частоты интраабдоминальных послеоперационных осложнений у пациентов оперированных по поводу патологии органов брюшной полости свидетельствует о том, что они встречаются в 0,82% случаев.

Наиболее часто они носят гнойно-септический характер и развиваются на почве несостоятельности швов анастомозов у пациентов, оперированных по поводу илеуса различного генеза, заболеваний желудка и 12-ти перстной кишки. Такие осложнения встречаются в 0,35% случаев от всех оперированных.

Наиболее сложными в диагностике являются гнойно-септические осложнения, так как на их обнаружение и постановку показаний к релапаротомии потребовалось в среднем в группе 106±36 часов.

Литература

1. Абуховский, А. А. Причины образования и профилактики спаек брюшины после операций на тонкой кишке: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0027: Минск. гос. мед. ин-т. Минск, 1992. 19 с.
2. Авдосьев, Ю. В. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. Актуальные вопросы интервенционной радиологии (рентгенохирургии). РСО-Алания, г. Владикавказ, 2004. 28 с.
3. Бабаев Фамиль Аликером Оглы. Диагностика, лечение и профилактика осложнений после операций на желчных путях и поджелудочной железе: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.0027: Росс. универ. дружбы народов. М., 2006. 45 с.
4. Гальперин, Э. И., Кузовлев, Н. Ф. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии // Хирургия. 1998. № 1. С. 5 – 7.
5. Ирхин, А. А. Профилактика внутрибрюшных и раневых осложнений при различных вариантах холецистэктомии у больных с деструктивным холециститом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0027: Волгоградский гос. мед. универ. Волгоград, 2007. 23 с.
6. Милонов, О. Т., Тоскин, К. Д., Жебровский, В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. 560 с.
7. Савчук, Т. Д. Гнойный перитонит. М.: Медицина, 1979. 188 с.
8. Скумс, А. В. Отдаленные результаты билиобилиарного анастомозирования при коррекции повреждения желчных протоков во время выполнения холецистэктомии // Клин. Хирургия. – 1999. № 11. С. 10 – 13.
9. Тоскин, К. Д., Жебровский, В. В., Березницкий, Ф. Г. Послеоперационные внутрибрюшинные и внебрюшинные абсцессы // Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. С. 84 – 133.
10. Фомин, А. В. Механизмы системной адаптации, их нарушение и коррекция в абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.0027: Витебский гос. мед. ин-т. Смоленск, 2007. 29 с.