

## ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ РЕЛАПАРОТОМИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*Несмотря на развитие медицины, внедрение новых технологий актуальность проблемы релапаротомий остается высокой, особенно в экстренной хирургии. Частота релапаротомий колеблется от 0,5 до 7% общего числа хирургических вмешательств, выполняемых на органах брюшной полости. Летальность после релапаротомии остается высокой и составляет от 23,6 до 71,2%. В представленных наблюдениях основное число релапаротомий были выполнены по требованию, что составило 12 (85,7%), релапаротомии «по программе» – 2 (14,3%). В 6 (42,9%) случаях причиной релапаротомий были технические ошибки, в 5 (35,7%) – присоединение нового заболевания, 2 (14,3%) – тактическая ошибка, 1 (7,1%) – необоснованная релапаротомия. Умерло 2 (14,3%), выздоровело – 12 (85,7%), развившееся осложнение после релапаротомии наблюдалось в 1 случае.*

**Ключевые слова:** релапаротомия, причины релапаротомий, хирургические болезни

Введение. Несмотря на внедрение современных методов диагностики, разработке алгоритмов в тактике и лечения, риск развития ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, особенно после экстренных операций остается высоким. И в этой связи одним из сложных моментов в практической деятельности хирурга является принятие решения повторного хирургического вмешательства у пациентов при развившихся осложнениях в раннем послеоперационном периоде.

Частота релапаротомий колеблется от 0,5 до 7% общего числа хирургических вмешательств, выполняемых на органах брюшной полости. Летальность после релапаротомии остается высокой и составляет от 23,6 до 71,2% [Ахунджанов Б.А. и соавт., 1981; Гостищев В.К. и соавт., 1989; Стручков В.И. и соавт., 1981]. Это связано не только с трудностями в своевременной диагностике развившегося осложнения, но и морально-психологическими аспектами (Алиев С. А., 1998). В результате релапаротомии по поводу абдоминальных осложнений в 30-72% наблюдений выполняются поздно и часто необоснованно [Ахунджанов Б.А. и соавт., 1981; Батын Н.П., 1982; Гостищев В.К. и соавт., 1982].

Причины, по которым возникает необходимость проведения релапаротомии обусловлены многими факторами: неблагоприятным течением заболевания по поводу которой выполнена первоначальная операция, развитие острого заболевания, не связанной с первоначальной патологией, обострение сопутствующей патологии, не скорректированной во время первой операции в силу отсутствия условий для симулантной операции, допущенными техническими и тактическими ошибками. Основными причинами релапаротомии являются внутрибрюшные осложнения: разлитой и отграниченный перитонит, непроходимость кишечника, эвентрация, кишечные свищи, кровотечение. Среди них перитонит занимает ведущее место. На долю которого приходится от 46 до 75,1% всех повторных вмешательств в брюшной полости [Белокуров Ю.Н. и соавт., 1989; Гостищев В.К. и соавт., 1989].

По данным В. П. Петрова и соавт. (1994), при возникновении внутрибрюшных осложнений после операций на желудке, требующих выполнения релапаротомии, диагностические, тактические и технические ошибки допускались в 26,0%, в том числе и во время самой релапаротомии (Савельев В. С.). Но все же, развитие послеоперационных осложнений, по поводу которых выполняется релапаротомия, не всегда связана лишь с допущенными хирургическими ошибками (Миннегалиев М. М., 2000). Необходимость в релапаротомии может возникнуть после любого, даже технически безупречно выполненного оперативного вмешательства [Гулов М. К., 2004; Кузин Н. М., 2006].

Трудность диагностики осложнения в раннем послеоперационном периоде связана с тем, что клиническая картина менее выражена, симптомы стерты, так как развитие осложнения протекает на фоне проводимой интенсивной терапии. Только своевременная диагностика развившегося осложнения и повторное своевременное вмешательство может увенчаться успехом в лечении таких пациентов. Решение проблемы лежит в тщательном анализе каждого случая релапаротомии в клинической практике и профилактике развития ранних послеоперационных осложнений. Когда ситуация уже имеет место, то риск неблагоприятного исхода становится выше.

Материал и методы. Нами анализированы случаи релапаротомии с 2011-2012 г.г. Всего больных было 14, которым были выполнены повторные вмешательства. Частота среди всех экстренных оперативных вмешательств составила 0,7%. Мужчин было 9 (64,3%), женщин 5 (35,7%). Средний возраст больных составил 41 лет. Средний койко-день после релапаротомии составил 17,5. По срокам поступления до 12 часов с момента заболевания было 7 пациентов (50,0%), до 24 часов – 4 (28,6%) и до 72 часов – 3 (21,4%).

По срокам релапаротомия была выполнена у 1 пациента через 1 сутки, у 6 – через 3 суток, у 5 – через 4 суток.

С острой абдоминальной патологией госпитализированы и оперированы 11 (78,6%), с травмой органов брюшной полости 3 (21,4%). С целью диагностики ранних осложнений после первичной операции больным проводились дополнительные методы исследования: УЗИ брюшной полости, КТ, ЭФГДС, миолапаротомия.

Результаты исследования. Анализируя представленный материал основное число релапаротомий были выполнены по требованию, что составило 12 (85,7%), релапаротомии «по программе» – 2 (14,3%). Изначально, после первой операции, в этих 12 случаях не было показаний для программированной лапароскопии, поэтому операции завершены ушиванием брюшной полости наглухо с оставлением контрольных дренажей. Программированная лапароскопия в 2 случаях была наложена ввиду позднего обращения больных и при первичной операции установлен распространенный перитонит с множественными межпетельными абсцессами, где однократная санация брюшной полости была не эффективна.

В 6 (42,9%) случаях причиной релапаротомий были технические ошибки, в 5 (35,7%) – присоединение нового заболевания, 2 (14,3%) – тактическая ошибка, 1 (7,1%) – необоснованная релапаротомия. Что касается технических ошибок, повлекших повторное вмешательство, нами в эту группу осложнений были отнесены несостоятельность швов межкишечного анастомоза, ушитой язвы 12-перстной кишки, тонкой кишки, несостоятельность швов культи червеобразного отростка, которая наблюдалась в 1 случае. В этом случае сформировался абсцесс правой подвздошной ямке с затеком в малый таз.

Вторую большую группу составили пациенты, у которых в раннем послеоперационном периоде развилась острая патология: рецидивное кровотечение из острых язв желудка и 12-перстной кишки не увенчавшихся успехом консервативными методами лечения, перфорации острых язв тонкой кишки, острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В этой связи применение в послеоперационном периоде у больных в первые 3 суток нахождения в отделении реанимации и получавших H2 блокаторы (фамотидин) с целью профилактики острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта в 3 случаях не предотвратили кровотечения.

В 2 случаях имело место допущенная тактическая ошибка: 1 больному с гигантской язвой тела желудка, осложненное продолжающимся кровотечением было выполнено прошивание язвы. Через 4 суток у больной был рецидив кровотечения из места прошитой язвы, 1 больному с проникающим ножевым ранением живота выполнена лапаротомия, но на 2 сутки после операции было выявлено повреждение почки.

В 1 случае показания к релапаротомии были расширены. Но это был тот случай, когда после проведенных дополнительных исследований все же оставались сомнения, и было принято решение в пользу повторной операции.

Особенно была затруднена диагностика послеоперационного осложнения в 3 случаях, где пациенты находились на продленной ИВЛ. Интоксикация у этих пациентов сохранялась, но не было четких клинико-лабораторных данных, а полученная информация УЗИ брюшной полости не развеяла сомнения, и нами была использована минилапаротомия, путем снятия 2-3 швов с операционной раны и проведения ревизии брюшной полости шарящим катетером или тупфером на наличие гнойного экссудата. В одном случае при этом обнаружили наличие тонкокишечного содержимого, и больной был взят на релапаротомию, а в 2 случаях убедились об отсутствии патологических примесей в брюшной полости.

Умерло 2 (14,3%), выздоровело – 12 (85,7%), развившееся осложнение после релапаротомии наблюдалось в 1 случае, где сформировался тонкокишечный свищ, который открылся в операционную рану и процесс был отграниченным, поэтому повторное вмешательство не было показанным.

Клиническая диагностика послеоперационного перитонита всегда затруднена, так она протекает на фоне не полностью разрешившегося перитонита по поводу которого выполнена первичная операция. Выраженной клинической симптоматики не наблюдается, симптомы стерты. Но всегда настораживает сохранение или нарастание симптомов интоксикации после 3 суток интенсивного лечения. Только тщательное динамическое наблюдение и выявление отдельных симптомов поможет заподозрить и затем уточнить развившееся послеоперационное осложнение. И в этой связи возникает необходимость в клинической практике использование прогностических интегральных систем оценки тяжести состояния больных с перитонитом. Нами использован прогностический индекс релапаротомий (ПИР), предложенный группой аргентинских хирургов под руководством J.F. Pujajo (1993).

Таблица 1 - Критерии, используемые для расчета прогностического индекса релапаротомий

Критерии	Баллы
Выполнение первой операции по экстренным показаниям	3
Дыхательная недостаточность	2
Почечная недостаточность	2
Парез кишечника (спустя 72 часа после операции)	4
Боль в животе (спустя 48 часов после операции)	5
Инфекционные осложнения в области операции	8
Нарушение сознания	2
Патологические симптомы, возникающие спустя 48 часов после операции	6

Таблица 2 - Частота повторных операций в зависимости от величины прогностического индекса релапаротомий (ПИР)

ПИР, баллы	Частота релапаротомий, %
< 10	8,7
11-12	40
13-14	90
> 15	100

В представленных 14 случаях релапаротомий ПИР был следующим: до 10 баллов наблюдалось у 8 пациентов (57,1%), 11-12 баллов – у 2 (14,3%), 13-14 баллов – у 1 (7,1%) и > 15 баллов – у 1 (7,1%). Согласно полученным данным в наших наблюдаемых случаях у 8 пациентов, где ПИР был до 10 баллов, частота релапаротомий изначально должна быть минимальной. Однако, полученные нами данные свидетельствуют, что в этой группе причинами факторами выполнения повторных операций явились допущенные технические и тактические погрешности и вновь развившееся острая патология органов брюшной полости (кровотечения из острых язв, кишечная непроходимость).

Выводы. Таким образом, профилактика ранних послеоперационных осложнений, правильно выбранная тактика, объем хирургического вмешательства и тщательное выполнение способствует уменьшению риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. В ситуациях, где развились осложнения, только своевременная диагностика и выполненная релапаротомия приведет к успешному исходу. В трудных клинических случаях и остающихся сомнениях правильней решить в пользу релапаротомии, чем ее выполнить в поздних сроках. В клинической практике у больных с перитонитом, необходимо шире использовать ПИР. Это поможет хирургу не только прогнозировать возможность релапаротомии, но и в зависимости от полученных баллов в момент первичной операции, решить вопрос о программированной лапароскопии у тех больных, где ПИР изначально высок.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алиев С.А. Психологические, морально-этические и деонтологические аспекты релапаротомии / С. А. Алиев //Хирургия.-1998.-№ 5-С. 50-53.).
- 2 Ахунджанов Б.А., Девятов В.Я., Ким И.П. и др. Ранняярелапаротомия. Хирургия 1981; 9: 94-97.
- 3 Батян Н.П. Клинические вопросы релапаротомии. Минск: Вышэйная школа 1982; 124.
- 4 Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В., Белокуров С.Ю. и др. Структура эндоинтоксикации при перитонитах и пути ее устранения. В кн.: Хирургия перитонита. Пленум правления хирургов РСФСР. Омск 1986; 39-40.
- 5 Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. и др. Многократные плановые санации брюшной полости при тяжелых послеоперационных внутрибрюшных гнойных осложнениях. В кн.: Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. Всероссийский съезд хирургов, 7-й: Тезисы. Л 1989; 32-33.
- 6 Гулов М. К. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения / М. . К. Гулов, К. М. Курбонов //Хирургия.-2004.-№ Ю-С. 24-26.
- 7 Кузин Н. М. Резекция желудка с формированием анастомоза по Ру / Н. М. Кузин, П. С. Ветшев, Ю. Б. Майорова // Хирургия.-2006.-№ 3-С. 4-10.
- 8 Миннегалиев М. М. Хирургическое лечение осложненных постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. канд. мед.наук / М. М. Миннегалиев; Казанский гос. мед.ун-т. - Казань, 2000.-26 с.
- 9 Савельев В. С., Гельфанд Б.Р., Филимонова М.И.Перитонит. М.: Литтера, 2006.-208 с.

**Н.А. ЖАНТАЛИНОВА, Ж.О. СЕНГИРБАЕВ, Н.Ж. АБДЫКАЛИКОВ, Д. ГАЛЫМ,  
Ж.Ж. ТАСТАНБЕКОВА, Д.К.ТАСТАНБЕКОВ**  
УРГЕНТТІ ХУРУРГИЯДАҒЫ РЕЛАПАРОТОМИЯНЫҢ СЕБЕПШІ ФАКТОРЛАРЫ

**Түйін:** Медицинаның дамуына, жаңа технологиялардың енгізілуіне карамастан, релапаротомия мәселесі манызды болып калуда, әсіресе жедел хирургияда. Құрсак қуысына жасалған хирургиялық әрекеттердің ішінде релапаротомияның кездесуі 0,5%-дан 7%-ға дейін құрап отыр. Релапаротомиядан кейін өлім көрсеткіші жоғары, яғни 23,6%-дан 71,2%-ға дейін құрайды. Ұсынылып отырған бақылауда релапаротомияның негізгі бөлігі талап бойынша жасалған, яғни 12(85,7%) құрайды, «бағдарлама бойынша» релапаротомия – 2(14,3%). 6(42,9%) жағдайда релапаротомияға техникалық қателіктер себепші болған, 5(35,7%) – басқа аурулардың қосылуы, 2(14,3) – тактикалық қателіктер, 1(7,1%) – көрсеткішсіз релапаротомия. 2(14,3%) – қайтыс болған, 12(85,7%) – жазылып шыққан, 1 – жағдайда релапаротомиядан кейін дамыған асқинулар байқалды.

**Түйінді сөздер:** релапаротомия, релапаротомия себептері, хирургиялық аурулар

**N.A. ZHANTALINOVA, ZH. SENGIRBAYEV, N. ABDYKALIKOV, D. GALYM,  
ZH. TASTANBEKOVA, D. TASTANBEKOV**  
CAUSATIVE FACTORS RELAPAROTOMY IN URGENT SURGERY

**Resume:** Despite medicine development, introduction of new technologies and relevance of a relaparotomy remains high, especially in emergency surgery. Relaparotomy frequency ranges from 0.5 to 7% of the total number of surgical procedures performed in the abdominal cavity. Mortality after relaparotomy remains high and ranges from 23.6 to 71.2%. In the presented supervision the main quantity of a relaparotomy were executed on demand that made 12 (85.7%), relaparotomy "according to the program" - 2 (14.3%). In 6 (42.9%) cases, the cause relaparotomy were technical errors in 5 (35.7%) - the accession of a new disease, 2 (14.3%) - a tactical error, 1 (7.1%) - an unjustified relaparotomy. Died - 2 (14,3%), recovered - 12 (85,7%), the developed complication after a relaparotomy was observed in one case.

**Keywords:** relaparotomy, reasons of relaparotomy, surgical diseases