

УДК 616-089.168.1-06

Ж.Н. КЫЖЫРОВ<sup>1</sup>, Н.А. ЖАНТАЛИНОВА<sup>1,3</sup>, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ<sup>2</sup>, К.Ж. БАЙЖИГИТОВ<sup>2</sup>,  
Т.А. ИСКАКОВА<sup>2</sup>, Ж.Е. БЕЙСЕЕВА<sup>1</sup>, А.Б. ЕРСЕЙТ<sup>1</sup>, Д.Ш. ЮСУПОВ<sup>1</sup>, А.К. ОМАРОВА<sup>1</sup>,  
Н.Ж. ЕРЖИГИТОВ<sup>1</sup>, М. АРИХАН<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №7, г. Алматы,

<sup>3</sup>Больница скорой неотложной помощи, г. Алматы

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ



Кыжыров Ж.Н.

Несмотря на достижения современной медицины, частота послеоперационных осложнений в торакальной, абдоминальной и сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, акушерстве и гинекологии остается высокой.

**Цель работы.** Изучить возможность использования прогностических интегральных шкал в клинической практике для оценки тяжести состояния больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов с выполненной релапаротомией в 2014-2015 гг. в Городской клинической больнице №7 и Больнице скорой неотложной помощи г. Алматы.

**Результаты и обсуждение.** Для оценки тяжести состояния больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями использован прогностический индекс релапаротомии, где прогностический индекс релапаротомии был до 10 баллов, частота релапаротомии должна быть минимальной. Однако, полученные данные свидетельствуют, что в этой группе причинными факторами выполнения повторных операций явились допущенные технические и тактические погрешности и вновь развившаяся острая патология органов брюшной полости (кровотечения из острых язв, кишечная непроходимость).

**Выводы.** В клинической практике у больных с перитонитом необходимо шире использовать прогностический индекс релапаротомии. Это поможет хирургу не только прогнозировать возможность релапаротомии, но и в зависимости от полученных баллов в момент первичной операции решить вопрос о программированной лапаросанации у тех больных, где прогностический индекс релапаротомии изначально высокий.

**Ключевые слова:** лапаротомия, причины, осложнение, прогнозирование, индекс, перитонит, релапаротомия, профилактика, лапаросанация.

Частота релапаротомии 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% [1, 2, 4, 5, 8]. Это связано не только с трудностями в своевременной диагностике развившегося осложнения, но и морально-психологическими аспектами [3, 6]. В результате релапаротомии по поводу абдоминальных осложнений в 30-72% наблюдений выполняются поздно и часто необоснованно [2, 7, 10].

Причины, по которым возникает необходимость проведения релапаротомии, обусловлены многими факторами: неблагоприятным течением заболевания, по поводу которого выполнена первоначальная операция, развитие острого заболевания, не связанного с первоначальной патологией, обострение сопутствующей патологии, не скорректированной во время первой операции в силу отсутствия условий для симультанной операции, допущенными техническими и тактическими ошибками. Основными

показаниями для повторного вмешательства являются внутрибрюшные осложнения: разлитой и отграниченный перитонит на фоне несостоятельности швов анастомоза или ушитой язвы, перфорации острых язв желудочно-кишечного тракта, ранняя спаечная кишечная непроходимость, формирование внутрибрюшных абсцессов, эвентерация, кишечные свищи, кровотечение. Среди них перитонит занимает ведущее место, на долю которого приходится от 46 до 75,1% всех повторных вмешательств на органах брюшной полости [2, 4, 7].

По литературным данным, 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 [5, 7, 9]. Но все же развитие послеоперационных осложнений, по поводу которых выполняется повторное вмешательство, не всегда связана лишь с допущенными хирургическими ошибками [3, 5, 9]. Необходимость в релапаротомии может

**Контакты:** Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и резидентуры КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел.: + 7 701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

**Contacts:** Zhanbai Naltaixanovich Kyzhyrov, MD, professor, head of the department of surgery and residency of department of surgery and residency of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph.: + 7 701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

возникнуть после любого, даже технически безупречно выполненного оперативного вмешательства [6, 8].

Цель работы – изучить возможности использования прогностических интегральных шкал в клинической практике для оценки тяжести состояния больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 53 историй болезни пациентов с выполненной релапаротомией в 2014–2015 гг. в ГКБ №7 и БСНП г. Алматы. Частота среди всех экстренных оперативных вмешательств составила 0,7%. Мужчин было 34 (64,2%), женщин 19 (35,8%). Средний возраст больных составил 43 года. Средний койко-день после релапаротомии составил 18,5. По срокам поступления больных до 12 часов с момента заболевания было 27 пациентов (51%), до 24 часов – 15 (28,3%) и до 72 часов – 11 (20,7%). По срокам релапаротомия была выполнена у 3 пациентов через 1 сутки, у 11 – через 3 суток, у 9 – через 4 суток.

С острой абдоминальной патологией госпитализированы и оперированы 39 (73,6%) пациентов, с травмой органов брюшной полости 14 (26,4%). С целью диагностики ранних осложнений после первичной операции больным проводились дополнительные методы исследования: УЗИ брюшной полости, КТ, ЭФГДС, лапароскопия, минилапаротомия.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя предоставленный материал, основное число релапаротомий было выполнено по требованию, что составило 46 (86,8%), релапаротомий «по программе» – 7 (13,2%). Изначально, после первой операции, в 46 случаях не было показаний для программированной лапаросанкции, поэтому операции завершены ушиванием брюшной полости наглухо с оставлением контрольных дренажей. Программированная лапаросанкция в 7 случаях была наложена ввиду позднего обращения больных, и при первичной операции установлен распространенный перитонит с множественными межпетельными абсцессами, где однократная санация брюшной полости была недостаточной, хотя источник перитонита был удален.

При изучении причин повторных вмешательств выявлено, что в 11 (20,8%) случаях имела место несостоятельность швов ранее наложенных анастомозов и ушитых язв. Тогда как у 17 (32,1%) пациентов причиной повторного вмешательства явилось присоединение нового заболевания (перфорация острых язв кишечника у 9, ранняя спаечная кишечная непроходимость у 8). В 7 (13,2%) случаях наблюдалось прогрессирование основной патологии (тромбоз мезентериальных сосудов). В 7 (13,2%) случаях была допущена тактическая ошибка, неправильно выбранный объем операции при первичной операции, 6 (11,3) – эвентерация кишечника без выявленного осложнения в брюшной полости и в 5 (9,4%) была необоснованная релапаротомия ввиду гипердиагностики.

Что касается технических погрешностей, повлекших повторные вмешательства, 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 ямки с затеком в малый таз.

Вторую группу составили пациенты, у которых в раннем послеоперационном периоде развилась острая патология (присоединение нового заболевания): рецидивное кровотечение из острых язв желудка и 12-перстной кишки, не увенчавшихся успехом консервативными методами лечения, перфорации острой язвы 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  $H_2$ -блокаторы (фамотидин) с целью профилактики острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта в 2 случаях не предотвратили кровотечения.

В 2 случаях имела место допущенная тактическая ошибка: 1 больному с гигантской язвой тела желудка, осложненной 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-е сутки после операции было выявлено повреждение почки. В 1 случае была эвентерация кишечника без выявленного осложнения в брюшной полости. 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, когда 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 2 случая убедились в наличии гнойного выпота в брюшной полости.

Умерло 6 (11,3%), выздоровело – 12 (88,7%), из них в 1 случае сформировался тонкокишечный свищ, который открылся в операционную рану и процесс был ограниченным, поэтому повторное вмешательство не потребовалось, свищ закрылся на 13-е сутки после консервативного лечения.

Клиническая диагностика послеоперационного перитонита всегда затруднена, так она протекает на фоне полностью разрешившегося перитонита, по поводу которого выполнена первичная операция. Выраженной клинической симптоматики не наблюдается, и чаще всего симптомы проявления катастрофы в брюшной полости стерты. Но всегда должно настораживать врача сохранение или нарастание симптомов интоксикации после 3 суток интенсивного лечения. Только тщательное динамическое наблюдение и выявление отдельных симптомов помогут заподозрить и затем уточнить развившееся послеоперационное осложнение. И в этой связи возникает необходимость в клинической практике использования прогностических интегральных

шкал оценки тяжести состояния больных с перитонитом. Нами использован прогностический индекс релапаротомии (ПИР), предложенный группой аргентинских хирургов под руководством J.F. Pujado (1993) (табл. 1, 2).

Таблица 1 – Критерии, используемые для расчета прогностического индекса релапаротомии

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 релапаротомии

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

В представленных 53 случаях релапаротомии ПИР был следующим: до 10 баллов наблюдалось у 36 пациентов (68%), 11-12 баллов – у 8 (15,1%), 13-14 баллов – у 5 (9,4%) и >15 баллов – у 4 (7,5%). Согласно полученным данным в наших наблюдаемых случаях у 8 пациентов, где ПИР был до 10 баллов, частота релапаротомии изначально должна быть минимальной. Однако, полученные нами данные свидетельствуют, что в этой группе причинными факторами выполнения повторных операций явились допущенные технические и тактические погрешности и вновь развившаяся острая патология органов брюшной полости (кровотечения из острых язв, кишечная непроходимость).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, профилактика ранних послеоперационных осложнений, правильно выбранная тактика, объем операции и тщательное ее выполнение способствуют уменьшению риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

В ситуациях, где развились осложнения, только своевременная диагностика и вовремя выполненная релапаротомия приведут 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 прогностический индекс

релапаротомии. 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 прогностический индекс релапаротомии изначально высокий.

### Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Малков И.С., Киршин А.П., Салахов Э.К. Диагностика и лечение послеоперационных интраабдоминальных осложнений // Практическая медицина. – 2010. – №47. – С. 66
- 2 Томнюк Н.Д. Перитонит, как одна из причин летальных исходов // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – №10. – С. 81-84
- 3 Цхай В.Ф., Мерзликina Н.В. Релапаротомия и лапаростомия в лечении ранних послеоперационных осложнений // Хирургия. – 2011. – №6. – С. 27-31
- 4 Гольбрайх В.А. и др. Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом // Вестн. экспер. и клин. хир. – 2012. – Т. 5, №1
- 5 Подачин П.В. Этапные операции в хирургии распространенного перитонита. Дисс. док. мед. наук РНИМУ им. Пирогова. – М., 2014. – 283 с.
- 6 Дубровин И.А. Релапаротомия и релапароскопия при послеоперационном перитоните у больных пожилого и старческого возраста: дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2015. – 147 с.
- 7 Viehl C.T. et al. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II score is helpful in predicting the need of relaparotomies in patients with secondary peritonitis of colorectal origin // Swiss. Med. Wkly. – 2012. – No 25. – P. 142
- 8 Serclova Z. et al. Fascial closure of the abdominal wall by dynamic suture after topical negative pressure laparostomy treatment of severe peritonitis-results of a prospective randomized study // Rozhl. Chir. – 2012. – Vol. 91, No 1. – P. 26-31
- 9 Pauly S., Schulze F.P., Horstmann O. Value of One-Stage Surgical Treatment of Diffuse Peritonitis (Relaparotomy on Demand): A Single-Center Analysis // Zentralbl. Chir. – 2013. – No 10. – P. 34
- 10 Montravers P., Guglielminotti J., Zappella N. et al. Clinical Features and Outcome of Postoperative Peritonitis Following Bariatric Surgery // Obes Surg. – 2013. – No 19. – P. 119

### REFERENCES

- 1 Malkov IS, Kirshin AP, Salakhov EK. Diagnosis and treatment of postoperative intra-abdominal complications. *Prakticheskaya medicina = Practical medicine*. 2010;47:66 (In Russ.)
- 2 Tomnyuk ND. Peritonitis is one of the causes of deaths.

*Sovremennye naukoemkie tehnologii = Modern high technologies.* 2010;10:81-4 (In Russ.)

3 Tskhai VF, Merzlikina NV. Relaparotomy laparostomy and in the treatment of early postoperative complications. *Khirurgiya = Surgery.* 2011;6:27-31 (In Russ.)

4 Golbrayh VA. et all. Acute perforated ulcer of the small intestine in patients with generalized purulent peritonitis. *Vestnik eksperimentalnoi i klinicheskoi khirurgii = Journal of Experimental and Clinical Surgery.* 2012;5;1 (In Russ.)

5 Podachin PV. *Etapnye operacii v khirurgii rasprostranennogo peri-tonita. Diss. dok. med. nauk RNIMU im. Pirogova.* [Stages of operation in surgery diffuse peritonitis. Diss. Doctor. honey. Rnrmu they Sciences n.a. Pirogov.] Moscow; 2014. P. 283

6 Dubrovin IA. *Relaparotomiya i relaparoskopiya pri posleoperacionnom peritonite u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Diss. kand. med. Nauk* [Relaparotomy and relaparoskopiya at postoperative peritonitis in patients with middle and old age. Diss. Cand. Med. Sciences]. Volgograd; 2015. P. 147

7 Viehl CT. et al. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II score is helpful in predicting the need of relaparotomies in patients with secondary peritonitis of colorectal origin. *Swiss. Med. Wkly.* 2012;25:142

8 Serclova Z. et al. Fascial closure of the abdominal wall by dynamic suture after topical negative pressure laparostomy treatment of severe peritonitis-results of a prospective randomized study. *Rozhl. Chir.* 2012;91(1):26-31

9 Pauly S, Schulze FP, Horstmann O. Value of One-Stage Surgical Treatment of Diffuse Peritonitis (Relaparotomy on Demand): A Single-Center Analysis. *Zentralbl. Chir.* 2013;10:34

10 Montravers P, Guglielminotti J, Zappella N. et al. Clinical Features and Outcome of Postoperative Peritonitis Following Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2013;19:119

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ<sup>1</sup>, Н.А. ЖАНТАЛИНОВА<sup>1,3</sup>,  
Г.Т. БЕРИСТЕМОВ<sup>2</sup>, Қ.Ж. БАЙЖИГТОВ<sup>2</sup>, Т.А. ЫСҚАҚОВА<sup>2</sup>,  
Ж.Е. БЕЙСЕЕВА<sup>1</sup>, А.Б. ЕРСЕЙТ<sup>1</sup>, Д.Ш. ЮСУПОВ<sup>1</sup>,  
А.К. ОМАРОВА<sup>1</sup>, Н.Ж. ЕРЖИГТОВ<sup>1</sup>, М. ӘРИХАН<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

<sup>2</sup>№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

<sup>3</sup>Шұғыл көмек көрсету ауруханасы, Алматы қ.

#### ШҰҒЫЛ ХИРУРГИЯДАН КЕЙІНГІ ҚҰРСАҚ ІШІЛІК АСҚЫНУЛАР

Қазіргі заманғы медицинаның дамығанына қарамастан, кеуде, іш және қан тамырлары хирургиясында, жарақаттану және ортопедиялық, акушерлік және гинекологиялық операциялардан кейінгі асқынулардың жиілігі жоғары болып қалуда.

**Зерттеудің мақсаты.** Операциядан кейінгі құрсақ ішілік асқынулары бар науқастардың ауырлық жағдайын бағалау үшін клиникалық тәжірибеде интегралдық болжамдау деңгейін пайдалану мүмкіндігін зерттеу.

**Материал және әдістері.** Алматы қаласының №7 қалалық клиникалық ауруханасы мен шұғыл жәрдем көмек көрсету ауруханасында 2014-2015 жылдар аралығында іш қуысына

қайта операция жасалған 53 науқастың өткен ауру тарихына талдау жасалған.

**Нәтижелері және талқылауы.** Операциядан кейінгі құрсақ ішілік асқынулары бар науқастардың ауырлық жағдайын бағалау үшін іш қуысына қайта операция жасауға болжамдық индексін қолданған. Іш қуысына қайта операция жасауға болжамдық индексі 10 балл болса іш қуысына қайта операция жасау жиілігі аз болуы тиіс. Алайда, қайта дамыған жіті іш қуысы ағзаларының бұзылыстары (жіті ойық жарадан қан кету, ішек өтімсіздігі) мен осы топта қайта операция жасауға себепті ықпал техникалық және тәсілдік жіберілген қателер болды деп алынған деректерді айғақтайды.

**Қорытынды.** Клиникалық тәжірибеде, іш пердесінің қабынуы бар науқастарда, қайтадан ішті ашу болжамдық индексін кеңінен пайдалану керек. Бұл хирургке қайтадан ішті ашу мүмкіндігін болжауға көмектесу мен қатар, сонымен қатар біріншілік операция кезінде алынған балына сәйкес, қайтадан ішті ашу болжамдық индексі бастапқыда жоғары науқастар үшін бағдарламаланған іш қуысын тазалау мәселелерін шешуге болады.

**Негізгі сөздер:** іш қуысын ашу, себептер, асқынулар, болжам индексі, перитонит, іш қуысын қайта ашу, алдын алу, іш қуысын тазалау.

#### S U M M A R Y

**Zh.N. KYZHYROV<sup>1</sup>, N.A. ZHANTALINOVA<sup>1,3</sup>,  
G.T. BERISTEMOV<sup>2</sup>, K.Zh. BAIZHIGITOV<sup>2</sup>, T.A. ISKAKOVA<sup>2</sup>,  
Zh.E. BEYSEYEVA<sup>1</sup>, A.B. ERSEIT<sup>1</sup>, D.Sh. YUSUPOV<sup>1</sup>,  
A.K. OMAROVA<sup>1</sup>, N.Zh. ERZHIGITOV<sup>1</sup>, M. ARIKHAN<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kazakh national medical university n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.,

<sup>2</sup>City Clinical Hospital №7, Almaty c.,

<sup>3</sup>Hospital emergency ambulance, Almaty c.

#### POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL COMPLICATIONS IN EMERGENCY SURGERY

Despite the advances of modern medicine, the incidence of postoperative complications in thoracic, abdominal and vascular surgery, traumatology and orthopedics, obstetrics and gynecology remains high.

**Objective.** Explore the use of integrated prognostic scales in clinical practice to assess the severity of the condition patients with postoperative intra-abdominal complications.

**Material and methods.** A retrospective analysis of 53 patients with histories made relaparotomy 2014-2015 in the City Clinical Hospital №7 and emergency hospital emergency Almaty.

**Results and discussion.** To assess the severity of the condition patients with postoperative intra-abdominal complications relaparotomy used prognostic index. Where relaparotomy Prognostic Index was up 10 points, relaparotomy frequency should be minimal. However, the findings suggest that in this group of causative factors perform reoperations were committed technical and tactical errors and re-evolved acute abdominal pathology (bleeding from acute ulcers, intestinal obstruction).

**Conclusions.** In clinical practice, patients with peritonitis, you must make greater use of prognostic index relaparotomy. This will help the surgeon is not only to predict the possibility relaparotomy, but also according to the score at the time of primary surgery, to solve the problem of programmed laparosanatsii in those patients where prognostic index relaparotomy initially high.

**Key words:** laparotomy, causes, complications, prognosis index, peritonitis, relaparotomy, prevention, laparosanatsiya.

Для ссылки: Кыжыров Ж.Н., Жанталинова Н.А., Беристемов Г.Т., Байжигитов К.Ж., Искакова Т.А., Бейсеева Ж.Е., Ерсейт А.Б., Юсупов Д.Ш., Омарова А.К., Ержигитов Н.Ж., Арихан М. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения в неотложной хирургии // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 8 (170). – P. 10-13

Статья поступила в редакцию 04.07.2016 г.

Статья принята в печать 25.07.2016 г.