

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ

THE RESULTS OF REOPERATIONS WITH INTRA-ABDOMINAL HEMORRHAGE AND BILE LEAKAGE

R. Omorov
S. Aytbaev
A. Abdiev
A. Kanietov
S. Saparov
R. Kalmatov

Summary. aim of study — to present the results of reoperations with intra-abdominal hemorrhage and bile leakage in abdominal surgery. Reoperations were performed in 38 patients, of them for bleeding in 22 and bile leakage in 16 patients. Complications in early period occurred in 13 patients (34.2%) (pleuritis — 3, subdiaphragmatic abscess — 1, wound infection in 4, adhesive mechanical ileus — 1, infiltrate in the operating wound area — 4), two patients died from multiple organ dysfunction (5,6).

Keywords: abdominal cavity diseases, hemorrhage, bile leakage, reoperations, complications, mortality.

Оморов Рахатбек Арзыбекович
Д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР, КГМА
им. И. К. Ахунбаева

Айтбаев Съездбек Айылчиевич
К.м.н. ассистент, КГМА им. И. К. Ахунбаева
siezbekaitbaev@gmail.com

Абдиев Аллан Асыгалиевич
К.м.н., ассистент, КГМА им. И. К. Ахунбаева

Каниетов Айбек Кубанычбекович
Врач-хирург, ГКБ№ 1 г.Бишкек; ассистент, КГМА
им. И. К. Ахунбаева

Сапаров Сыймык
Врач-хирург, ГКБ№ 1 г.Бишкек; аспирант, КГМА
им. И. К. Ахунбаева

Калматов Роман Калматович
Д.м.н., профессор, ОшГУ
krkmtmc@gmail.com

Аннотация. цель исследования — представить результаты повторных операций при внутрибрюшном кровотечении и желчеистечении в абдоминальной хирургии. Повторные операции выполнены у 38 больных, из них по поводу кровотечения у 22 и желчеистечения у 16. Осложнения в ближайшие сроки возникли у 13 больных (34,2%) (плеврит — 3, поддиафрагмальный абсцесс — 1, нагноение раны у 4, спаечная кишечная непроходимость — 1, инфильтрат в области операционной раны — 4), умерли двое больных от полиорганной недостаточности (5,6).

Ключевые слова: заболевания органов брюшной полости, кровотечение, желчеистечение, повторные операции, осложнения, летальность.

Введение

Одной из сложных и окончательно не решенных проблем в абдоминальной хирургии является оперативное лечение внутрибрюшных кровотечений и желчеистечений [1,2]. Проблема осложнений в абдоминальной хирургии и повторные операции при их возникновении обусловлены высокими цифрами летальности, что заставляет хирургов вновь и вновь обращаться к этой проблеме и искать пути к снижению летальности [3]. Наиболее часто кровотечение и желчеистечение возникают после операций, выполненных при заболеваниях печени и желчного пузыря, особенно при их осложненных формах. С внедрением лапароскопических операций появился новый тип осложнений — это ятрогенные повреждения, лечение которых довольно сложное и не всегда заканчивается благоприятным исходом [4,5]. Большое значение в исходах повторных операций имеют сроки их выполнения, которые связаны со своевременной диагностикой [6,7]. В литературе

уделено достаточно внимания повторным операциям и многие исследователи отмечают, что важным моментом является увеличение числа больных лиц пожилого и старческого возраста, которые тяжело переносят повторные операции в сравнении с основным оперативным вмешательством из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, и кроме того отдаленные результаты после повторных операций значительно худшие, чем при первичных [8,9], а между тем в большинстве случаев повторные операции единственная мера для спасения жизни больного. Однако и после повторных операций также возникают осложнения и высокая летальность, идут поиски мер профилактики, которые позволили улучшить исходы и изучается характер осложнений и причины их возникновения.

Цель исследования — представить результаты повторных операций при таких осложнениях как внутрибрюшное кровотечение и желчеистечение.

Таблица. Типы операций после которых возникли осложнения

Типы операций	кровотечения	желчеистечения
Холецистэктомия из них: лапароскопическая	6	6
Лапаротомная	6	4
Эхинококкэктомия	2	2
Резекция печени	8	4
Всего	22	16

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 38 больных, которым были выполнены повторные операции в связи с внутрибрюшным кровотечением и желчеистечением. Они оперированы в период с 2015 по 2017 г. включительно. Из 38 больных женщин было 24 и мужчин 14, возраст колебался от 26 до 76 лет. Они были оперированы по поводу ЖКБ, осложненной острым холециститом 5 пациентов и 7 с хроническим, им операция выполнена лапароскопически, а у 10 минилапаротомным доступом. По поводу эхинококкоза оперировано 4 и альвеококкоза 12.

В обследовании больных помимо общепринятых методов исследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость) использовано УЗИ с целью диагностики заболевания и в послеоперационном периоде для своевременного выявления осложнений брюшной и грудной полости, как метод наиболее информативный для выявления послеоперационных осложнений [3,7]. Полученные результаты обработаны путем вычисления относительных величин (%).

Результаты и их обсуждение

По поводу возникшего внутрибрюшного кровотечения оперировано 22 больных. Типы операций после которых возникло кровотечение и желчеистечение даны в таблице.

После холецистэктомии выполненной лапароскопически кровотечение возникло у 6 больных, у двух из них оно было обусловлено соскальзыванием лигатуры с пузырьной артерии, а у 4 из ложа удаленного желчного пузыря. Все они оперированы в первые 6 часов после операции. В их диагностике использованы показатели отделяемого через дренаж и результаты УЗИ при котором выявлено было скопление жидкости в подпеченоч-

ном пространстве, у 4 гемодинамические показатели были в пределах уровня к концу операции, а у двух наблюдалось снижение артериального давления и увеличивалась частота пульса, но основным показанием для выполнения лапаротомии были результаты УЗИ. Все они повторно оперированы, пузырьная артерия перевязана, а при кровотечении из ложа пузыря выполнено ушивание кровотокающих участков, а у двух к раневой поверхности фиксирована пластина «Тахокомб».

После лапаротомной холецистэктомии кровотечение также возникло у 6 больных, оно было из ложа желчного пузыря. Здесь также показанием явилось выделение крови из дренажей и снижение гемодинамических показателей, и основным решающим диагностическим приемом являлись результаты УЗИ. Из 6 больных — трое оперированы до 12 часов с момента выполнения операции, а 3 после 24 часов. При релапаротомии выполнена дополнительно электрокоагуляция кровотокающих участков, а у двух использована пластина «Тахокомб».

После эхинококкэктомии кровотечение отмечено у двух больных у которых после операции возникло снижение артериального давления, снижение уровня гемоглобина и выявлено наличие жидкости в подпеченочном пространстве. При релапаротомии установлено, что кровотечение обусловлено повреждением сосуда при ликвидации полости фиброзной капсулы путем капитонажа. Кровотечение остановлено путем ушивания.

У наибольшего числа больных кровотечение возникло после операций, выполненных по поводу альвеококкоза (8 больных) у них выполнена травматичная операция гемигепатэктомия (4 чел.) и атипичная резекция еще у 4 больных. Были сложности в определении срока повторной операции, так как у всех были выполнены травматичные операции с большой кровопотерей и длительной продолжительностью операции (6–7

часов). И несмотря на эти сложности кровотечение в брюшную полость было определено в первые 12 часов после операции. Повторные операции заключались в прошивании кровоточащих участков ткани печени и фиксацией пластины «Тахокомб». После повторной операции, выполненной по поводу кровотечения умер 1 больной у которого операция была выполнена по поводу альвеококкоза. Кровотечение остановлено, проведен комплекс мер, направленных на предотвращение печеночной недостаточности, но метаболические нарушения прогрессировали и больной погиб от полиорганной недостаточности.

Вторую группу составили 16 больных у которых повторные операции выполнены в связи с желчеистечением. После лапароскопической холецистэктомии желчеистечение возникло у 6 больных. Необходимо отметить, что при этом осложнении к повторной операции подходили строго индивидуально. Если через страхового дренажа в первые сутки выделялось большое количество желчи и не имело тенденции к уменьшению, а при УЗИ выявляли скопление жидкости в подпеченочном пространстве, то оперировали больных в первые сутки, таких пациентов было 4. При повторной операции у 2 выявлено пристеночное повреждение холедоха, холедох был дренирован по Керу, а у двух желчеистечение обусловлено было соскальзыванием клипс с пузырного протока, при повторной операции пузырный проток перевязан. Еще у двух больных желчеистечение через страхового дренажа не прекращалось и не уменьшалось и они были повторно оперированы, установлено, что желчеистечение было из ложа желчного пузыря.

У 4 больных после лапаротомной холецистэктомии желчеистечение потребовало повторного оперативного лечения. Оно было обусловлено у одного больного соскальзыванием лигатуры с пузырного протока, а у 3 из ложа желчного пузыря. При повторной операции пузырный проток перевязан, ложе пузыря ушито.

У двух больных после эхинококкэктомии наблюдалось желчеистечение, не имеющее тенденции к снижению количества желчи, что явилось основанием для повторной операции, при которой установлено, что желчеистечение связано с неушитым желчным свищом в момент первой операции.

Еще у 4 больных желчеистечение возникло после операции, выполненных по поводу альвеококкоза печени. За ними вели наблюдение и при отсутствии уменьшения желчи они были повторно оперированы — выполнен холестаза.

При повторной операции после ликвидации причины кровотечения и желчеистечения брюшную полость

многократно орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8–10мкг/мл и брюшную полость дренировали подпеченочное пространство и малый таз. После операции выполняли УЗИ через 1–2дня для выявления осложнений и назначали противовоспалительную терапию (цефазолин или цефтриаксон по 1,0 внутривенно два раза в сутки в сочетании с метронидазолом 100 мл 2 раза в сутки внутривенно), обезболивающие средства по показаниям и инфузионную терапию, которая обязательно включала гепатотропные препараты, комплекс витаминов, свежемороженную плазму, реополиглокин и солевые растворы.

После операции создавали функционально выгодное положение для обеспечения дренирования брюшной полости и уже с первых часов после операции — дыхательную гимнастику и лечение сопутствующих заболеваний.

Однако, несмотря на активное ведение больных и выполнения комплекса мер профилактики осложнения возникли у 13 из 38 оперированных (34,2%): плеврит у 3 (излеченный пункциями), поддиафрагмальный абсцесс у одного (излечен дренированием под контролем УЗИ), нагноение раны у 4, инфильтрат в области операционной раны у 4 и у одного на 4 сутки после повторной операции возникла спаечная кишечная непроходимость — выполнена ререлапаротомия, наступило выздоровление.

Умерло 2 больных, одна больная после повторной операции, выполненной по поводу эхинококкоза печени осложненной желчеистечением, но после операции, несмотря на комплекс мер, полиорганная недостаточность нарастала, что явилось причиной смерти. И один больной умер также от полиорганной недостаточности, оперированный по поводу альвеококкоза печени, ему повторная операция была выполнена также по поводу желчеистечения.

Таким образом, наши наблюдения показали, что после операций на органах брюшной полости грозным осложнением являлся кровотечение и желчеистечение:

1. После повторных операций необходимо выполнение комплекса мер для коррекции метаболических нарушений.
2. Осложнения после повторных операций составили 36,1%, а летальность 5,6%.
3. Основным методом диагностики кровотечения и желчеистечения являлось ультразвуковое исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили, А. Г. Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде [Текст] / А. Г. Бебуришвили, И. В. Михин, А. Н. Акинчиц // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 5. — С. 25–29.
2. Жигаев, Г. Ф. Повторные операции на желчных путях после холецистэктомии [Текст] / Г. Ф. Жигаев, А. Д. Быков, И. С. Зутьхарова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2008. — Том 61, № 3. — С. 77–78.
3. Бояринцев, Н. М. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии [Текст] / Н. М. Бояринцев // Хирургия. — 2015. — № 4. — С. 72–75.
4. Акинчин, А. Н. Показания к применению и технология релапаротомии [Текст] / А. Н. Акинчин // Материалы Всероссийской конференции общества хирургов. Астрахань. — 2006. — С. 243–245.
5. Martinez-Casas I. Preoperative risk factors for mortality after relaparotomy, analysis of 254 patients [Text] / I. Martinez-Casas, Y.Y. Sancho, E. Nve // Langenbecks. Arch. Surg. — 2010. — Vol. 396, № 5. — P. 527–534.
6. Шапошников, В. И. повторные операции при язвенной болезни [Текст] / В. И. Шапошников, В. А. Авакимян, Р. К. Карипиди // Кубанский научно-медицинский вестник. — 2011. — № 6. — С. 181–184.
7. Бордаков, В. Н. Ультразвуковой метод диагностики интра-абдоминальных послеоперационных осложнений [Текст] / В. Н. Бордаков // Военная медицина. — 2010. — № 3. — С. 75–79.
8. Голик, А. Д. Повторные операции в urgentной хирургии [Текст] / А. Д. Голик, В. Н. Ситников, М. В. Турбин // Сборник трудов международного хирургического конгресса. Ростов-на-Дону. — 2005. — С. 117–118.
9. Woung, Y. C. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery [Text] / Y. C. Woung // Am. Surg. — 2012. — Vol. 78, № 9. — P. 926–932.

© Оморов Рахатбек Арзыбекович, Айтбаев Съездбек Айылчиевич (siezbekaitbaev@gmail.com),
Абдиев Аллан Асыгалиевич, Каниетов Айбек Кубанычбекович, Сапаров Сыймык,
Калматов Роман Калматович (krkmkmc@gmail.com).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



КГМА им. И. К. Ахунбаева