

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

\*\*И.А. Криворучко, \*И.А.Тарабан

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины,  
кафедра хирургии \*№1 и \*\*№2

**Актуальность.** Хирургическое лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений является актуальной проблемой из-за сохраняющейся высокой летальности, достигающей при развитии синдрома множественной дисфункции органов 80%.

**Цель исследования:** оценка результатов выполнения повторных операций внутрибрюшных послеоперационных осложнениях

**Материалы и методы исследования:** проведен ретро- и проспективный анализ хирургического лечения 197 больного в возрасте от 18 до 78 лет, у которых были выполнены реоперации при внутрибрюшных осложнениях. Оценивались: критерии SIRS, APACHE II score, шкала MODS, острофазовые показатели (С-реактивный белок, IL - 6), уровень прокальцитонина с помощью полуколичественного метода, Анти-ЛПС-IG всех классов, микробиологическая характеристика возбудителей инфекции. Диагностика также включала: рентгенисследование органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, компьютерную томографию и непрямую регистрацию внутрибрюшного давления в динамике комплексного лечения больных.

**Результаты исследования.** Вынужденную релапаротомию («по-требованию») производили тогда, когда неблагоприятное течение заболевания во время первой операции не прогнозировалось (148 больных). Ее выполняли в связи со следующими обстоятельствами: прогрессирование распространенного гнойного перитонита и панкреонекроза в послеоперационном периоде, а также развившийся инфаркт кишечника, абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства, инфицированные гематомы или флегмоны забрюшинной клетчатки; острая спаечная непроходимость кишечника, кровотечения из хронических и острых язв желудка или двенадцатиперстной кишки, перфорация язв, аррозивные кровотечения в брюшную полость или желудочно-кишечный тракт; недостаточность швов желудочных и кишечных анастомозов, перфорации полых органов ятрогенного происхождения, инородные тела брюшной полости, кровотечения вследствие недостаточного гемостаза, соскальзывания лигатур или клипп. К недостаткам стандартной хирургической тактики (выполнение вынужденной релапаротомии) следует отнести: опасность неполной элиминации источника интраабдоминальной в ходе единственной операции; позднюю диагностику развившихся осложнений; несвоевременное принятие решения о необходимости повторного вмешательства.

Релапаротомия «по-программе» (59 больной, в том числе лапаростомия – у 18) выполнялась в следующих случаях: перфорация толстой кишки, которую не удалось надежно ушить или экстериоризировать в связи с неустойчивой гемодинамикой и в связи с этим невозможность одномоментной ликвидации источника перитонита; распространенный инфицированный панкреонекроз; оставление тампонов в брюшной полости с гемостатической целью для контроля за источником кровотечения, если последний не был надежно

устранен при первой операции (принцип Damage Control Surgery); острая мезентеральная непроходимость. Дискутабельными показаниями к проведению релапаротомии «по программе» по нашему мнению являются: 1) разлитой фибринозно-гнойный или каловый перитонит; 2) анаэробный перитонит; 2) синдром интраабдоминальной гипертензии без явлений синдрома MODS. Противопоказанием к повторному вмешательству на органах брюшной полости служила нарастающая полиорганная недостаточность, рефрактерная к терапевтическому воздействию. Исключением из этого правила составляли случаи продолжающихся внутрибрюшных или желудочно-кишечных кровотечений, когда оперативное лечение не имело альтернативы. К недостаткам этой хирургической тактики следует отнести: опасность неполной элиминации источника перитонита в ходе единственной операции; позднюю диагностику развившихся осложнений; несвоевременное принятие решения о необходимости повторного вмешательства. Лапаростомию выполняли, когда брюшную полость нельзя было закрыть (большое натяжение, ведущее к повреждению фасций и высокому внутрибрюшному давлению с развитием в последующем abdominal compartment syndrome (ACS); при тяжелой травме с большой потерей тканей брюшной стенки или после некрэктомии по поводу некротизирующего фасциита при ретроперитонеальной перфорации полого органа; крайняя степень отека органов брюшной полости и забрюшинного пространства после травм, а также плохое состояние фасций после множественных лапаротомий. Следует помнить, что открытый живот — это «катаболический дренаж», который из-за большой поверхности обеспечивает условия для потери жидкости и белка, и тяжелого процесса заживления раны потребляющего калории и белки. Процесс заживления брюшной раны оставляет ограниченный интервал времени, в течение которого возможно выполнить раннее закрытие. Этот интервал открывается, когда отек спадает и ограничивается, когда полость брюшины между стеной и внутренними органами становится облитерированной грануляционной тканью. Продолжительность интервала непостоянная, но в отсутствии инфекции, он обычно продолжается от середины первой послеоперационной недели до середины второй недели. О частоте возникновения тех или иных вторичных осложнений, развивающихся после релапаротомии и значительно утяжеляющих послеоперационный период, можно судить лишь приблизительно, так как у одного и того же больного нередко развиваются сразу 2-3 и более осложнений. По нашим обобщенным данным вторичные осложнения возникли у 57,9% больных, общая летальность составила 23,4% .

**Выводы:** считаем, что плановая релапаротомия и лапаростомию показаны ограниченному числу больных: больным с абдоминальным сепсисом и MODS, когда источник инфекции у них не был адекватно санирован во время первой операции; больным с ACS, либо тем из них, у которых закрытие лапаротомной раны грозит его развитием; больным с тяжелыми комбинированными травмами и массивным внутрибрюшным кровотечением, для остановки которого необходима тугая тампонада с использованием марлевых тампонов.