

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Клюйко Д.А., Корик В.Е., Жидков С.А., Жидков А.С., Зайцев М.В.

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на активное внедрение передовых диагностических и лечебных технологий в хирургическую практику, показатели летальности после экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости (ОБП) остаются на достаточно высоком уровне. Кроме того, в последнее время наблюдается неуклонный рост числа пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих одну или несколько хронических сопутствующих патологий, утяжеляющих течение основного заболевания. Проблема выбора срока проведения, метода и объёма повторного оперативного вмешательства остаётся одной из наиболее актуальных в абдоминальной хирургии [1,2].

Цель. Определить рациональный способ выполнения повторных оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 110 медицинских карт пациентов, госпитализированных в хирургические отделения УЗ «2ГКБ» г. Минска в период с 2015 по 2018 гг., которым выполнялись два и более оперативных вмешательства по поводу основной патологии ОБП. Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от типа повторных операций. Первая группа – пациенты которым проводилась релапароскопия, вторая группа – пациенты которым проводилась лапароскопия после лапаротомии, третья группа – пациенты которым проводилась релапаротомия.

Из 110 пациентов женщин было 43 (39%), мужчин – 67 (61%). Релапароскопия была выполнена 28 пациентам (25,5%), лапароскопия после лапаротомии – 26 (23,6%), релапаротомия – 56 (50,9%). Средний возраст пациентов, которым выполнялась релапароскопия, составил 54,16 ±21,9 года. Первыми операциями у данной группы пациентов были: ЛХЭ при остром холецистите, в том числе с дренированием холедоха 10 (35,7%) случаев; лапароскопическая аппендэктомия при деструктивных формах аппендицита 4 случая (14,3%); дренирование сальниковой сумки при остром панкреатите 3 случая (10,7%), а также ушивание пробной язвы желудка/ДПК 3 случая (10,7%). В группе пациентов, которым применялась лапароскопия после лапаротомии средний возраст составил 55,27 ±21,8 лет. Первыми

операциями были: резекция участка ободочной кишки с формированием концевой колостомы по поводу ОКН опухолевого генеза 5 случаев (19,2%); аппендэктомия при деструктивных формах аппендицита 4 случая (15,4%); иссечение язвы ДПК с пилоропластикой 4 случая (15,4%); рассечение спаек при ОКН спаечного генеза 4 случая (15,4%). Средний возраст пациент в группе, где осуществлялась релапаротомия составил $61,5 \pm 15,5$. Первыми операциями у пациентов данной группы были: резекция участка ободочной кишки с формированием концевой колостомы по поводу ОКН опухолевого генеза 9 случаев (16,1%); реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике 7 случаев (12,5%); вскрытие и дренирование забрюшинного абсцесса при панкреатите 7 случаев (12,5%); Ушивание прободной язвы ДПК (желудка), пилороластика 5 случаев (8,9%); лапароскопический адгезиолизис при ОКН спаечного генеза 4 случая (7,1%); ЛХЭ при остром холецистите 4 случая (7,1%).

Результаты. Основными показаниями к повторной операции были: значение пресепсина (более 300 нг/мл), уровень С-реактивного белка более 6 мг/л, лейкоцитоз более 11 тыс. (при адекватной АБ-терапии), а также результаты УЗИ живота в динамике (наличие свободной жидкости, расширение петель кишечника). Всё это оценивалось комплексно с учётом индивидуальных особенностей каждого пациента, что позволяло оптимально определить дальнейшую тактику лечения. Показатели летальности были следующими: в группе «релапароскопия» – 6 пациентов (21,4%); в группе «лапароскопия после лапаротомии» – 9 пациентов (34,6%); «релапаротомия» – 26 пациентов (46,4%).

Выводы.

1. Современные технологии позволяют достаточно широко подходить к выбору метода проведения повторной операции при патологии ОБП.
2. Применение видеохирургической техники позволяет существенно снизить послеоперационную летальность в случае необходимости осуществления повторной операции.

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. Григорьев Е.Г. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита [Текст] / Е.Г. Григорьев, С.Л. Колмаков, Е.В. Нечаев // Бюллетень ВСНЦСО РАМН, 2015. - №3 (41). - С. 218-219.