

*В. Г. Богдан¹, В. Я. Янушко², А. Л. Попченко¹, Т. Е. Иванова¹, Н. Н. Дорох²,
И. П. Климчук², А. Л. Корзун¹, С. Е. Заславский²*

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК ПРИЧИНА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ

*Военно-медицинский факультет
в УО «Белорусский государственный медицинский университет¹,
УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко»²*

Оперативные вмешательства на сердце и аорте сопряжены с крайним напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов пациента в послеоперационном периоде, зачастую они проводятся в условиях искусственного кровообращения, носят многочасовой характер, сопровождаются значимой кровопотерей. Кроме того, контингент оперируемых больных, как правило, характеризуется выраженной сопутствующей патологией, прежде всего, со стороны сердечно-сосудистой системы. Все это,

несмотря на безукоризненное выполненное оперативное вмешательство, грамотное проведение анестезии и адекватное ведение послеоперационного периода, обуславливает развитие послеоперационных осложнений, в том числе и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, требующих повторного вмешательства и ухудшающих прогноз.

Цель исследования – выявить структуру острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, развивающихся в ближайшем

послеоперационном периоде у пациентов, оперированных на сердце и брюшной аорте и требующих оперативного лечения.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2014 год мы наблюдали 15 пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости, которая развилась в ближайшем послеоперационном периоде после кардиоваскулярных операций и потребовала оперативного вмешательства. Сосудистые операции проводились в плановом порядке в РНПЦ «Кардиология» и отделении сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко», остальные – в хирургическом отделении УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко».

Результаты и обсуждение. Характер кардиоакулярных операций был следующим: аортокоронарное шунтирование (4), протезирование клапанов сердца (3), резекция аневризмы брюшной аорты (7), подвздошно-бедренное аутовенозное протезирование (1).

У двух пациентов после аортобедренного протезирования (на 3 и 5 сутки) развилась полная эвентрация, которая была устранена в экстренном порядке путем повторного ушивания раны под общей анестезией. Предшествующая ушиванию ревизия органов брюшной полости не принесла дополнительных интраоперационных находок.

В трех случаях (на 2 сутки после АКШ, на 3 и 5 – после протезирования клапана) течение послеоперационного периода осложнилось прободением пилородуоденальной язвы. При этом признаки язвенного поражения ЖКТ на ФГДС в период госпитализации в стационар не определялись. В двух случаях диагностика была затруднена крайне тяжелым состоянием пациентов и нахождением их на ИВЛ, что потребовало проведение лапароцентеза на реанимационной койке. Еще в одном наблюдении диагноз перфорации полого органа был поставлен путем пункции жидкостного образования брюшной полости под ультразвуковым контролем – получено кишечное содержимое. Во всех наблюдениях произведено иссечение язвы с ушиванием.

У одного пациента 56 лет после подвздошно-бедренного аутовенозного протезирования послеоперационные боли животе были обусловлены перфорацией рака слепой кишки. Постановке диагноза помогла выполненная в срочном порядке колоноскопия. Произведена правосторонняя гемиколэктомия, больной поправился.

В одном случае на 3 сутки после АКШ мы наблюдали разрыв аневризмы брюшной аорты.

Характерно, что в течение двух суток с момента заболевания ухудшение общего состояния и нестабильность гемодинамики связывались с послеоперационными кардиальными осложнениями.

В одном наблюдении нас пригласили для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости к пациенту после протезирования аортального клапана и АКШ через 8 часов после операции. Пациент с нестабильной гемодинамикой, ожирением 3 ст., на ИВЛ. Выполнен лапароцентез. По катетеру из правого подреберья получена желчь. На лапаротомии диагностирован некроз желчного пузыря, желчный перитонит.

Наиболее часто (7 наблюдений) показанием к лапаротомии было нарушение мезентериального кровообращения с некрозом кишки. У 5 пациентов эта патология развилась после операций на брюшном отделе аорты, у 1 – после АКШ, у 1 – после протезирования аортального клапана. Во всех наблюдениях произведена резекция пораженного участка кишки.

Выводы

1. Наиболее частым острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости, требующим оперативного лечения в ближайшем послеоперационном периоде кардиоваскулярных операций, является нарушение мезентериального кровообращения с некрозом кишки. Эту патологию необходимо заподозрить и исключить, если на 3–4 сутки после операции не разрешается энтеральная недостаточность.

2. Второй по частоте острой хирургической патологией органной брюшной полости, требующей экстренного оперативного лечения в ближайшем послеоперационном периоде кардиоваскулярных операций, является прободная пилородуоденальная язва. Особенности ее клинического течения – отсутствие язвенного анамнеза, невысокая выраженность болевого и перитонеального синдромов вплоть до их отсутствия.

3. Причиной атипичного течения послеоперационного периода кардиоваскулярных операций в редких случаях могут быть: эвентрация; деструктивный бескаменный холецистит (без перфорации) с желчным перитонитом; рак ободочной (слепой) кишки с перфорацией; разрыв аневризмы брюшной аорты. Осматривая больного, хирург должен быть готов к распознаванию (или исключению) этой патологии.