

Ролеевич И. И., Цемахое Ю. Г., Тур Г. Е.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
В ОНКОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ДИНАМИКА ЗА 7 ЛЕТ**

*Минский городской клинический онкологический диспансер,
Республика Беларусь*

Правильный учет риска послеоперационных осложнений (ПО) при выполнении операции у онкологического больного помогает хирургу выбрать правильную тактику и правильный объем оперативного вмешательства.

Анализ риска развития ПО в масштабах целого лечебного учреждения позволяет найти дальнейшие способы уменьшить число ПО и летальности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ ПО и летальности с 2006 по 2013 гг. во 2-м онкохирургическом отделении Минского городского клинического онкологического диспансера.

Результаты и обсуждение. В целом, на фоне увеличения числа выполненных в отделении операций на 15,2 % в 2013 г. по сравнению с 2006 г. отмечено уменьшение числа ПО, которое в 2013 г. составило 4,7 % по сравнению с 7,8 % в 2006 г. Общее число гнойных осложнений уменьшилось и в 2013 г. составило 2,9 % по сравнению с 6,2 % в 2006 г.

Вместе с тем, число случаев перитонита по причине несостоятельности анастомоза несколько увеличилось на фоне увеличения числа выполняемых операций и составило 15 случаев в 2013 г. по сравнению с 13 случаями несостоятельности в 2006 г., что не повлияло на увеличение смертности от этого осложнения.

По сравнению с 2006 годом более чем в 2 раза уменьшилось число случаев послеоперационной спаечной кишечной непроходимости: 11 пациентов в 2006 г., 5 пациентов в 2013 г.

Усиление контроля за адекватным обезболиванием после операции, обязательное использование наркотических анальгетиков в качестве премедикации привело к уменьшению количества случаев прободения стрессовых язв желудка и 12-перстной кишки: в 2006 году — 4 пациента, в 2013 г. таких осложнений не было.

Число случаев желудочно-кишечных кровотечений уменьшилось с 9 в 2006 г. до 0 в 2013 г., что мы связываем с обязательным выполнением гастродуоденоскопии в предоперационном периоде и проведением адекватной профилактики кровотечений не менее чем двумя противоязвенными препаратами.

За последние 7 лет отмечено уменьшение случаев послеоперационной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), которая ранее занимала первое место в структуре послеоперационной летальности. В 2007 г. отмечено увеличение случаев ТЭЛА — 15 по сравнению с 12 в 2006 г. В дальнейшем число ТЭЛА несколько уменьшалось от года к году и в 2013 г. ТЭЛА после операции не отмечено. В отделении применяется обязательное введение до операции низкомолекулярных гепаринов с коррекцией дозы в зависимости от веса пациента, эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация пациентов.

В целом за последние 7 лет послеоперационная летальность снизилась с 1,79 % в 2006 г. до 1,5 % в 2013 г.

При анализе характера оперативных вмешательств установлено, что риск послеоперационных осложнений и летальности значительно выше после паллиативных и симптоматических, чем после радикальных операций.

Выводы:

1. Перитонит как осложнение несостоятельности анастомоза стоит на первом месте как гнойно-септическое осложнение в онкохирургических отделениях проктологического профиля.

2. Число пациентов с послеоперационными тромбгеморрагическими осложнениями может быть значительно уменьшено за счет проведения планомерной комплексной профилактики.

3. Основной профилактикой послеоперационных осложнений является выбор адекватного объема хирургических вмешательств, учитывая тяжесть состояния пациента и наличие у пациента сопутствующей патологии.

4. Объем оперативного вмешательства у пациентов, которым нельзя выполнить радикальную операцию из-за распространения опухолевого процесса, должен быть определен, исходя из высокого риска послеоперационных осложнений у этой группы пациентов.