

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И. К. АХУНБАЕВА**

На правах рукописи
УДК [616.381-072.1-089+616.381-089.5]-089.193.4

АБДИЕВ АЛЛАН АСЫГАЛИЕВИЧ



**ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ
ЛАПАРОТОМНЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

14.01.17 – хирургия

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор, член-корр. НАН КР
Р.А. Омор

Бишкек -2025

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	2-3
ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5-11
ГЛАВА 1. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)...	12-44
1.1. Частота повторных операций в абдоминальной хирургии.....	12-15
1.2. Причины осложнений, требующих повторной операции.....	15-23
1.3. Диагностика и лечение осложнений, требующих повторной операции.....	23-34
1.4. Меры профилактики осложнений и их лечение при первой и после повторной операции	34-42
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВТОРНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ.....	45-54
2.1. Клиническая характеристика больных	45-49
2.2. Методы обследования.....	49-54
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ, КАК ПРИЧИНА ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	55-72
ГЛАВА 4. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ	73-85
ГЛАВА 5. РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, КАК ПРИЧИНА ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	86-103
ГЛАВА 6. РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ И ЭВЕНТРАЦИИ	104-130
6.1. Послеоперационный перитонит, как причина повторных операций.....	104-120
6.2. Эвентрации, как причина повторных операций.....	120-129

ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ	
ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ	131-150
7.1. Причины повторных операции.....	131-133
7.2. Ведение больных при повторной операции	133-147
7.3. Меры профилактики осложнений при выполнении первой операции.....	147-150
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	151-158
ВЫВОДЫ	159-160
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	161-162
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	163-200
ПРИЛОЖЕНИЯ	201-202

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ– аланинаминотрансаминаза

АСТ– аспартатаминотрансаминаза

ЖКТ– желудочно-кишечный тракт

ИВЛ– искусственная вентиляция легких

КГМА – Кыргызская Государственная Медицинская Академия

КТ– компьютерная томография

КОЕ - колониеобразующие единицы

КН – кишечная непроходимость

ЛИИ– лейкоцитарный индекс интоксикации

МРТ- магнитно-резонансная томография

НХЦ– Национальный хирургический центр

ОКН- острая кишечная непроходимость

ПОН - полиорганная недостаточность

ПТИ– протромбиновый индекс

РП – разлитой перитонит

ССВР- синдром системной воспалительной реакции

УЗИ– ультразвуковое исследование

ХОЗЛ- хронические обструктивные заболевания легких

ЭКГ– электрокардиограмма

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. В последние 20-25 лет многими исследователями отмечается существенный рост заболеваемости органов брюшной полости: паразитарные поражения печени, желчнокаменная болезнь, панкреатит, кишечная непроходимость [88; 137; 170; 261] при этом отмечается значительное увеличение поступающих с осложненными формами заболевания (местный, разлитой перитонит, печеночная недостаточность, механическая желтуха, холангит) лечение которых довольно сложное, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [4; 107; 111; 143; 209; 282] и часто после операции развивается ряд осложнений, требующих повторного оперативного лечения в связи с прогрессированием патологического процесса или возникновения осложнений, обусловленных недостаточно обоснованных технических решений в момент операции или неадекватном ведении ближайшего послеоперационного периода [3; 40; 49; 181; 255; 273; 278; 310].

Повторная операция – это всегда сложное нестандартное, опасное оперативное вмешательство, которое должно выполняться хирургом, имеющим большой клинический опыт [53; 158; 181; 213].

Наряду с изучением заболеваемости и совершенствованием методов диагностики существенно расширяется диапазон оперативных вмешательств даже при заболеваниях, которые ранее были отнесены к неоперабельным.

В настоящее время, в связи с совершенствованием техники, развитием анестезиологии и реаниматологии, при операциях на печени, желудке, кишечнике, поджелудочной железе выполняются расширенные вмешательства, которые нередко осуществляются в виде резекции в сочетании с пластикой сосудов, желчных протоков, вплоть до пересадки органов [12; 223; 235; 257; 283].

В лечении заболеваний печени, желчнокаменной болезни используются малоинвазивные вмешательства, в частности при ЖКБ, в настоящее время нередко стали использовать внутренние дренирующие операции,

необходимость которых вызвана патологией внепеченочных желчных путей, при выполнении которых требуется достаточно высокая квалификация хирурга [65; 133; 169; 170; 172; 187; 289].

Отмечающийся рост пациентов с заболеваниями печени и других органов брюшной полости и малого таза привело к расширению круга оперирующих хирургов, производящих операции не только лапаротомным, но и эндовидеохирургическим методом, а это привело с одной стороны к снижению ряда осложнений, а с другой – появлению новых осложнений, требующих сложных оперативных вмешательств, увеличению числа осложнений, связанных с выполнением неадекватных по объему операций, на что указывают многие исследователи [34; 68; 71; 134; 149; 155; 285].

Ряд исследователей отмечают сложности в определении показаний к повторным операциям, они часто являются запоздалыми и нередко необоснованными, что существенно влияет не только на исход операции, но и заболевания [23; 37; 48; 258; 305]. Это обусловлено отсутствием единых критериев для выполнения повторной операции, а также недооценкой признаков синдрома системной воспалительной реакции.

После повторных операций в 26-60% случаев наблюдаются послеоперационные гнойно-воспалительные, легочные и нередко тромбоземболические осложнения [209; 216; 225; 292; 320], а летальность колеблется в пределах 16-55% [41; 113; 226; 238; 246].

При выполнении повторных операций существенно увеличиваются и сроки стационарного лечения, а следовательно, и материальные затраты и кроме того, как утверждает А. Шакирова [237], что после повторных операций существенно снижаются качества жизни оперированных. Однако Н. Д. Томнюк и соавт. [209], В. И. Кныш и соавт. [123], отмечают целесообразность выполнения повторных операций, как единственная мера спасения больного и при этом любой исход должен иметь объяснение, сделано ли все, что возможно было сделать в данном случае.

3. А. Туйбаев [213] наиболее детально представил в докторской диссертации анализ результатов повторной операции в абдоминальной хирургии с учетом квалификации хирурга, выполняющего повторное вмешательство, оснащенности хирургического отделения, тяжести состояния больного. Повторные операции должен выполнять только высококвалифицированный хирург, способный решать сложные вопросы абдоминальной хирургии.

Анализ литературных сведений показал, что до настоящего времени не разработаны критерии показаний для повторного оперативного вмешательства, остается высокая летальность из-за запоздалого выполнения операции, не обоснован ряд мер по предотвращению осложнений после повторных операций. Выяснение причин этого вмешательства, их частоту, позволит разработать меры их профилактики при лапаротомных и лапароскопических операциях. Все это явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема диссертационной работы является инициативной.

Цель работы улучшить результаты повторных операции в абдоминальной хирургии, за счет своевременной диагностики и мер профилактики осложнений.

Задачи исследования:

1. Провести анализ частоты повторных операций на органах брюшной полости в ближайшем послеоперационном периоде после лапаротомных и лапароскопических методов, выявить причины их возникновения и характер.
2. Разработать алгоритм диагностики и показаний для выполнения повторных операций при желчеистечении и кишечной непроходимости.

3. Усовершенствовать меры профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений при операциях на печени и желчных путях за счет разработки новых и усовершенствования известных методов.

4. Изучить динамику синдрома системной-воспалительной реакции при повторных операциях и определить их значимость в прогнозе исхода повторных операций.

5. Определить эффективность повторных операций на органах брюшной полости с учетом характера осложнений.

6. Дать сравнительную оценку повторным операциям на органах брюшной полости, выполненным традиционно и с использованием разработанных мер профилактики.

Научная новизна полученных результатов:

1. Представлен анализ частоты повторных операций в абдоминальной хирургии в ближайшем послеоперационном периоде их причины и результаты лечения.

2. Обоснован комплекс методов диагностики для определения показаний к повторным операциям.

3. Усовершенствованы этапы операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах для предотвращения осложнений в ближайшем периоде.

4. Научно обоснован алгоритм тактики при желчеистечении, кровотечении, ранней кишечной непроходимости.

5. Построен алгоритм ведения пациентов в послеоперационном периоде после повторных операций.

6. Впервые представлена динамика признаков синдрома системной воспалительной реакции и их зависимость от течения послеоперационного периода.

7. Усовершенствована нутритивная поддержка при перитоните и кишечной непроходимости.

8. Дана сравнительная оценка эффективности повторных операций с учетом разработанных мер профилактики и лечения.

Практическая значимость полученных результатов:

Выполненный анализ результатов повторных операций позволил выявить причины осложнений, которые потребовали повторного оперативного лечения.

Построенный алгоритм диагностики и лечения желчеистечения дает возможность дифференцированно подходить к выбору метода лечения этого осложнения и в ряде случаев избежать повторной операции.

Разработанные и внедренные меры профилактики после повторных операций позволили снизить частоту осложнений и улучшить результаты лечения (рац. предложение).

Определение признаков синдрома системной воспалительной реакции после повторной операции дает возможность оценить течение послеоперационного периода, своевременно заподозрить осложнения и использовать наиболее адекватный метод лечения (рац. предложение).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Причинами повторных операций являются желчеистечение (33,6%), кровотечение (22,7), ранняя кишечная непроходимость (15,5%), перитонит (18,2%), и эвентрация (10%). Осложнения, требующих повторную операцию были следующие причины: не полностью обследованные больные до операции (7,3%), не в полном объеме выполненная предоперационная подготовка (8,1%), технические погрешности в момент выполнения операции и после нее (19,1%), длительное наблюдение с момента возникновения осложнения (16,4%), недостаточный учет характера сопутствующих заболеваний (19,1%).

2. Построение алгоритма диагностики и лечения желчеистечения позволяют избрать оптимальный метод лечения.

3. У 82,7% больных с повторной операцией выявлены признаки синдрома системной воспалительной реакции, определение этих показателей

в динамике после повторной операции позволяет судить о течении послеоперационного периода и своевременно выявить осложнение.

4. Важной мерой в лечении и профилактики осложнений при повторной операции является обязательное выполнение в момент операции регионарной лимфостимуляции в корень брыжейки.

5. Применение разработанных мер профилактики после повторной операции позволяет значительно повысить эффективность лечения.

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя в выполнении диссертационной работы состояло в планировании и осуществлении всех этапов исследования, выполнении повторных операций, обосновании повторных операций и ведение больных в послеоперационном периоде по разработанному алгоритму диагностики и лечения, анализе результатов исследования, статистической обработке полученных данных, анализе результатов, в формулировании выводов и практических рекомендаций.

Апробация полученных результатов исследования: Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на: научно-практической конференции в дни науки Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева «посвященной 90 летию со дня рождения выдающегося ученого, Героя Социалистического труда СССР, академика М. М. Миррахимова» (Бишкек, 12-14.04.2017 г); международной конференции «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» (Санкт-Петербург, 19-22.09.2017 г); в международном научном форуме дни науки-2019, «посвященный 80-летию Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева» (Бишкек, 10-12.04.2019 г); в международном научном форуме дни науки -2020 «посвященный 50-летию работы высокогорной научной базы Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева В Тоо-Ашуу» (Бишкек, 12-14.04.2020 г); в международном научном форуме дни науки - 2021 «посвященный COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение» (Бишкек, 12-14.04.2020 г.);

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликованы 21 научных работ, в том числе 5 научных публикаций опубликовано в зарубежных научных изданиях индексируемой системой «Scopus», 16 научных публикаций опубликовано в зарубежных научных изданиях, индексируемых системой РИНЦ, рекомендованных НАК ПКР.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 200 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица (шрифт 14, интервал 1,5), состоит из введения, главы обзора литературы, методологии методов исследования, пяти глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций и приложений. Диссертация иллюстрирована 31 таблицами и 20 рисунками. Список использованной литературы включает 323 источника (242 русскоязычных и 81 англоязычных авторов).

ГЛАВА 1. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ (обзор литературы)

К одной из наиболее сложных проблем медицины относятся повторные операции, необходимость выполнения которых возникает в результате многочисленных осложнений как после экстренных, так и плановых операций [33; 134; 148; 267; 275], что требует разработки ряда мер по предотвращению осложнений и методов их лечения.

1.1 Частота повторных операций в абдоминальной хирургии.

Частота повторных операций колеблется в широких пределах (2-21%) и во многом зависит по поводу каких заболеваний оперированы больные первично. Так, после операций на желудке, выполненных в плановом порядке повторные операции составляют 0,5-21,5%, а после экстренных 1,5-30% [9; 47; 49; 158].

С. И. Слизько [199] наблюдал 156 больных, которым выполнены повторные операции в связи с возникшими ранними внутрибрюшными осложнениями после операции, произведенных по поводу язвенного пилородуоденального стеноза (869 чел.), повторные операции составили 17,9%.

Э. А. Алыбаев и соавт. [21] осложнения в ближайшие сроки после операции ушивания язвы, которые потребовали повторной операции составили 4,2%. Корита Б.Р. и соавт. [125] после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, выполненной у 513 пациентов, ранние осложнения составили 7,8%, а потребовавшие релапаротомии 2%, летальные исходы отмечены у 1,6% оперированных.

Томнюк Н.Д. и соавт. [209] сообщают о частоте повторных операций. Из 6172 лапаротомий повторные операции потребовались у 201 (3,1%) больных в раннем послеоперационном периоде, при чем после плановых операций повторные операции составили 1,8%, а после экстренных 4%.

По данным В. И. Шапошникова и соавт. [238] из 1800 оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 258

были выполнены повторные операции (14,3%) по поводу возникших осложнений, наиболее часто причиной, которых была несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки.

Нередко возникают осложнения после операций, выполненных по поводу язвенной болезни, осложненной пилоростенозом [168; 199; 249; 251], авторы утверждают, что для профилактики осложнений необходимо перед операцией учитывать патоморфологическую форму (инфильтративная, рубцовая) стеноза.

После операций на печени, особенно радикальных, повторные операции выполняются нередко, и их частота по литературным данным колеблется от 3 до 18% [1; 5; 171].

В. Н. Егиев и соавт. [105] указывают, что сочетание острого калькулезного холецистита с холедохолитиазом сопровождается высокими показателями повторных операций от 2,0 до 4,5% и высокой частотой осложнений (холангит, панкреатит, холангические абсцессы и др.).

После операций, выполненных по поводу послеоперационных вентральных грыж повторные операции составляют 1-3% [221], а после паховых и бедренных грыж 0,1-0,3% тоже в связи с возникшими осложнениями после операции или не адекватно выполненной операции. Чаще осложнения наблюдаются при ущемлении грыж.

После аппендэктомии выполняемой в экстренном порядке повторные операции составляют 0,05-1% в связи с возникшими осложнениями и немаловажное, особенно в настоящее время, имеет значение, выполнялась операция лапаротомным доступом или лапароскопическим [96; 216; 226]. Так, А. А. Степнов [203], Д. Л. Колесников [124], А. К. Сорока [201], М. К. Fisher et al., [271] утверждают, что частота осложнений после лапаротомных операций составляет 5,4-12,6%, а после лапароскопических 0,2-8,3%.

Ряд исследователей отмечают, что повторные операции чаще выполняются после эндовидеохирургических вмешательств [74, 241] и

лечение их более сложное, а после лапаротомных осложнения наблюдаются реже и поэтому повторных операций меньше.

В последние годы, особенно при ЖКБ, большинство исследователей отдают предпочтение эндовидеохирургическим вмешательствам [11; 107], но после них повторные операции составляют 0,5-5%, в то время как после лапаротомной холецистэктомии повторные операции выполняются реже. По данным Ф. С. Курбонова и соавт. [135] у лиц пожилого и старческого возраста после ЛХЭ повторная операция выполняется чаще. Авторы сравнили ближайшие результаты после ЛХЭ с группой больных среднего возраста и отметили, что с увеличением возраста возрастает частота повторных операций.

Однако, анализ ятрогенных повреждений, который выполнили Алтыев Б.К. и соавт. [19] показал, что после традиционной лапаротомной операции ятрогенные осложнения составили 66,6% к числу всех осложнений, а после лапароскопической операции 31,4%. А. У. Айтикеев [6] представил анализ ЛХЭ у лиц пожилого возраста, повторная операция выполнена всего у одного больного из 680 оперированных старшего возраста. Автор убедительно показал, результаты зависят от детального обследования больных до операции, выполнения всех этапов операции, согласно требованиям оперативной техники и ведения больных с учетом характера сопутствующих заболеваний.

Причиной повторных операций является возникновение спаечного процесса, ведущего к кишечной непроходимости, которая развивается при воспалении органов брюшной полости и после оперативного вмешательства. Для профилактики спаечного процесса предложено много различных медикаментозных средств, но все они малоэффективны, спайки возникают повторно и выполненный адгезиолизис тоже не предотвращает спайкообразования [269; 270; 277; 308; 314].

Таким образом, анализ литературных сведений по частоте повторных операций подтверждает, что повторные операции не являются редкостью и

многие исследователи отмечают существенный рост этих операций, который обусловлен расширением показаний для выполнения обширных, трудоемких и нередко симультанных операций, после которых имеется высокий риск возникновения осложнений, требующих повторной операции [14; 91]. Анализ частоты повторных оперативных вмешательств указывает на необходимость выявления причин, которые послужили основанием для выполнения повторных операций [64] и разработки мер их профилактики.

1.2 Причины осложнений, требующих повторной операции.

Как и частота, так и причины возникновения осложнений, лечение которых возможно только повторной операцией, довольно многочисленные [83; 187]. Одной из них является послеоперационный перитонит, который может развиваться в связи со многими причинами [113; 176; 239; 246; 275; 276].

Необходимо отметить, что прогрессирование воспалительного процесса после удаления очага воспаления (аппендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративных язв, ликвидация кишечной непроходимости и др.), которое обусловлено недостаточной санацией брюшной полости в момент операции, неадекватным дренированием брюшной полости и в недостаточном объеме медикаментозной терапии в момент операции и после нее [27; 189; 205].

Немаловажное значение в течении послеоперационного периода придается дренированию брюшной полости, которое должно обеспечивать адекватный отток экссудата. С этой целью используют одиночные дренажи, дренажно-перчаточный выпускник, а А. С. Маслагин и соавт. [154], М. Айтназаров [7] использовали связку дренажей – фасину после холецистэктомии и эхинококкэктомии и отметили преимущества перед одиночным дренажом.

О. К. Дарменов и соавт. [90] факторами риска многих осложнений брюшной полости считают неадекватное дренирование, длительную и вынужденную позицию больного в постели, интраабдоминальная

гипертензия, вследствие раннего пареза желудочно-кишечного тракта, неадекватность послеоперационной анестезии со стойким ограничением активных движений передней брюшной стенки, раннее и бурное развитие спаечного процесса брюшины. Авторы утверждают, что в генезе развития послеоперационных гнойных осложнений существенное значение имеют перечисленные моменты, нивелирование которых в раннем послеоперационном периоде позволило снизить частоту осложнений на 31,4%.

Немаловажное значение придается выбору антибактериальной терапии при перитоните [2; 50], особенно при разлитом и тяжелом абдоминальном сепсисе [64].

Многие исследователи обращают внимание на выполнение комплексного лечения у больных, оперированных по поводу острого воспалительного заболевания брюшной полости, осложненного местным или распространенным перитонитом. Так, И. Н. Ломаченко и А. А. Тарасов [141] при остром аппендиците, осложненном перитонитом в комплекс лечения включали иммуномодулятор тималин и антибактериальный препарат метронидазол и сравнили с результатами лечения больных, которые эти препараты не получали. Авторами установлена положительная динамика клинических признаков и показателей иммунологической реактивности и ни у одного из них повторные операции не потребовались. Срок стационарного лечения удалось снизить с 24 до 17,1 койко-дней.

Прогрессирование перитонита может быть обусловлено и возникновением пареза кишечника после операции и если длительное время не удастся справиться с этим осложнением, то воспалительный процесс в брюшной полости достаточно быстро распространяется и усиливается [82; 248; 252; 292].

В. С. Топузов и соавт. [210] после 3528 операций на органах брюшной полости по поводу прогрессирования перитонита повторные операции выполнили у 101 больного (0,28%), летальность составила 17% (умерло 18

чел.). Н. Д. Томнюк и соавт. [209] перитонит как причину повторных операций отметили у 44%, а летальность при этом составила 70%. Учитывая тяжесть течения распространенного перитонита К. В. Костюченко [129], М. I. Musskopf [291] рекомендуют учитывать прогнозирование исходов хирургического лечения перитонита и на его результатах использовать меры профилактики.

Довольно частой причиной повторной операции является кровотечение, особенно тяжело это осложнение протекает при несвоевременной его диагностики, следовательно и запоздалой операции [78; 170]. Причиной кровотечения является не только нетщательный гемостаз, но оно может развиваться в результате: соскальзывания лигатуры с пузырьной артерии после холецистэктомии, при недостаточно герметичном ушивании или перевязке, прорезывании лигатуры перевязанной брыжейки аппендикулярного отростка после аппендэктомии, но нельзя исключить и влияние гемокоагуляционных свойств системы крови, на что указывают многие исследователи [59; 141; 149; 170; 287].

Кровотечение может возникать и из ушитой язвы. Так, Э. У. Алыбаев и соавт. [21] наблюдали 150 больных, которым по поводу перфоративной язвы выполнены были различные операции, но после ушивания в ближайшие дни после оперативного вмешательства отмечено кровотечение, которое явилось основанием для повторной операции у 4,2%.

При операциях на печени, выполняемых по поводу объемных и паразитарных заболеваний кровотечение может быть обусловлено прорезыванием швов, наложенных на печень. Л. П. Котельников и И. М. Будянская [130] провели анализ осложнений после резекции печени выполненной у 147 больных по поводу гемангиомы, гепатомы, доброкачественных и паразитарных кист печени и осложнения наблюдали у 38 оперированных (25,8%), у 2 было кровотечение и они были повторно оперированы, кровотечение остановлено.

Наибольший удельный вес из всех осложнений занимает печеночная недостаточность (15,5%). Большинство исследователей для предотвращения этого осложнения рекомендуют использовать препарат гепамерц, который положительно влияет на динамику биохимических показателей.

При операциях на печени, желчных путях одним из частых осложнений, требующих повторной операции, является желчеистечение.

Оно может быть обусловлено соскальзыванием лигатуры с пузырного протока или несостоятельностью клипса при лапароскопической холецистэктомии или наличием не выявленного дополнительного пузырного протока и при нетщательном гемостазе ложа удаленного пузыря.

Нередко желчеистечение возникает после операции, выполненной по поводу эхинококкоза, когда недостаточно тщательно ушит желчный свищ или он не обнаружен при ликвидации полости фиброзной капсулы методом абдоминализации, или в момент выполнения капитонажа был поврежден желчный проток и не замечен, а в послеоперационном периоде наблюдалось желчеистечение [7].

О механизме возникновения желчеистечения после операций по поводу ЖКБ сообщают многие исследователи и указывают на это осложнение как показание к выполнению повторной операции [137;161;171]. Желчеистечение возникает при оставлении конкремента в холедохе не замеченного или не выявленного в момент операции или не обнаруженной стриктуре холедоха. В этих случаях после удаления дренажа из холедоха по ходу раны длительное время выделяется желчь, что является показанием для выполнения дополнительных методов диагностики (холангиография, ретроградная панкреатография, эзофагодуоденоскопия) с целью установления источника желчеистечения, а затем выполнения повторной операции.

Сложными оперативными вмешательствами являются операции, выполняемые по поводу синдрома Мириizzi, при котором наблюдается механическая желтуха, холангит. Операции выполняются в один, либо два этапа [15; 163]. Авторы оперировали 107 больных с синдромом Мирриззи, из

них у 15 операция выполнена лапароскопически. В послеоперационном периоде несостоятельность анастомоза, потребовавшая повторной операции, возникла у 5 (4,6%), умерло 4 (3,7%).

А. В. Осипов [172] наблюдал и оперировал 24 больных с синдромом Мириззи из 2148 с ЖКБ, что составило 1,58%. Операции выполнял эндоскопически, переход на конверсию потребовался у 18 (4,7%), осложнения составили 18,8%. Автор утверждает, что эндовидеохирургические вмешательства при этой патологии могут применяться при наличии хорошо подготовленной бригады. Эти сообщения подтверждают сложности оперирования больных с синдромом Мириззи и часто возникающие осложнения, при которых требуется повторная операция.

Довольно большой удельный вес среди причин для повторной операции занимает формирование абсцесса в различных отделах брюшной полости: поддиафрагмальное, подпеченочное пространство, малый таз, а также межпетлевой абсцесс и как указывают многие исследователи [84; 254; 259; 281] они возникают в результате не полной санации брюшной полости, не адекватного дренирования, несвоевременного выявления скопления не удаленного экссудата, что способствует формированию абсцесса.

Нередко после операции развивается ранняя спаечная кишечная непроходимость, которая существенно ухудшает состояние больных, и повторная операция не всегда позволяет добиться выздоровления. При ней отмечается высокая летальность, иногда достигающая 60% [245].

По данным Н. Д. Томнюк и соавт. [209] ранняя спаечная болезнь явилась причиной релапаротомии 14% среди всех повторно оперированных, а летальность составила 50%. Высокий процент осложнений и летальности связан с несвоеременно выполненной операцией и быстрым развитием тяжелой степени эндотоксикоза. При кишечной непроходимости в возникновении эндотоксикоза большое значение имеет энтеральная недостаточность, при которой имеет место нарушение секреторной, механической и всасывательной функции приводящего отдела кишечника.

Происходит задержка содержимого и увеличивается активность бактериальной флоры, усиливаются процессы брожения, гниения с избыточным образованием метаболитических компонентов с последующим их поступлением в кровь, что может являться началом полиорганной недостаточности. На эти обстоятельства указывают ряд исследователей [87; 127; 242; 321]. Кроме того, это связано с трудностями диагностики и не оправданно длительным наблюдением за больными [89].

Гастродуоденальное кровотечение также является причиной повторных операций, особенно если оно возникает на почве стрессовых язв после обширных операций на печени, кишечнике, поджелудочной железе [76]. Это особая группа больных требующая исключительно индивидуального подхода в выборе метода и объема лечения [53; 175; 290].

К очень тяжелому осложнению, при котором выполняются повторные операции, это несостоятельность швов анастомоза на кишечнике при ущемленных грыжах [190; 191], при завороте сигмы, при различных типах кишечной непроходимости, при которой выполняется резекция кишечника. Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по методике Бильрот-II в различных модификациях. В литературе представлено много вариантов обработки культи двенадцатиперстной кишки, но ни один метод не гарантирует несостоятельности, все они имеют свои недостатки [35].

Осложнения, требующие повторной операции, возникают не только после резекции желудка, но и после вариантов ваготомии. Так, С. И. Слизько [199] наблюдал внутрибрюшное осложнение после резекции желудка у 9,2%, которым произведена повторная операция, а после вариантов ваготомии (селективная ваготомия) с органосберегающими операциями у 3,1%, а послеоперационная летальность соответственно 3,1% и 0,6%. Наиболее частым показанием для релапаротомии после резекции желудка является послеоперационный перитонит, основными причинами которого в половине случаев были несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (16 чел.)

и у 7 панкреонекроз. После выполнения различных вариантов ваготомии преобладали моторно-эвакуаторные расстройства. Различия между частотой после резекции и ваготомии были существенные. Осложнения чаще наблюдались после резекции желудка.

Значительный удельный вес среди всех повторных операций занимают ятрогенные повреждения. Они чаще возникают при операциях на печени, желчных протоках и других органах при этом отмечаются внутрибрюшное кровотечение, желчеистечение, развитие перитонита. Более часто эти осложнения наблюдаются при эндовидеохирургических вмешательствах как в плановом, так и экстренном порядке, но и не являются редкостью и при традиционных открытых операциях [19; 20; 43; 51; 305].

Нельзя не отметить такое осложнение как нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника, когда после любой операции может возникнуть парез кишечника и не ликвидированный его переход в паралитическую кишечную непроходимость, что иногда требует повторной операции [18; 37; 284; 313]. Это положение необходимо учесть у лиц старшего возраста. Как утверждают Ж. И. Ашимов и соавт. [69] патогенетический механизм кишечной непроходимости и внутрибрюшной гипертензии отягощают уже имеющуюся соматическую патологию и приводит к осложненному течению и возникновению тяжелых осложнений. При которых в результате резкого повышения внутрибрюшного давления развивается сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, часто являющиеся причиной смерти.

В. Н. Хромова [225] отмечает, что после операций на органах брюшной полости и после выписки из стационара могут возникать постгоспитальные послеоперационные осложнения, которые требуют повторной операции. Автор изучила 906 историй болезни больных с поздними послеоперационными осложнениями и из них повторная релапаротомия потребовалась у 8,6%.

Ряд исследователей [138; 280; 315; 320] указывают, что для суждения о частоте воспалительных осложнений брюшной полости необходимо учитывать не только те осложнения, которые возникают до выписки больных из стационара, но и те, которые выявляются в отдаленные сроки, так как у них тоже выполняются повторные операции в 3-10% случаях.

В. И. Кныш и соавт. [123] представили анализ повторных операций у 201 больных, которым по поводу новообразования ободочной кишки были выполнены операции в неотложном порядке. Осложнения возникли у 41 (20,3%), а летальность составила 9,9%. Основными причинами смерти была несостоятельность анастомоза толстой кишки, перитонит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, несостоятельность швов анастомоза желудка и тромбоэмболия легочной артерии.

Таким образом, ознакомление с причинами осложнений в абдоминальной хирургии при которых показано повторное оперативное лечение позволило отметить, что основными факторами являются кровотечение, желчеистечение, перитонит, спаечная ранняя кишечная непроходимость, несостоятельность швов анастомоза, гастродуоденальное кровотечение, формирование абсцесса и раневые осложнения.

Ряд исследователей отмечают, что характер осложнений почти одинаков как при лапаротомных, так и эндовидеохирургических операциях, но по их тяжести они более сложные после лапароскопических [49; 99; 323]. Оценка частоты осложнений и повторных операций после плановых и экстренных показала, что после экстренной операции они выполняются чаще. Так, по сведениям Н. Д. Томнюк и соавт. [209], которые располагали большим клиническим материалом (6172 лапаротомий) повторные операции потребовались в раннем послеоперационном периоде у 201 (3,1%) пациентов, при чем после плановых операций у 1,8% (39 чел.), а после экстренных у 162 (4%). Наибольшее число осложнений из всех повторно оперированных был перитонит (44%).

Также причиной релапаротомии явилась эвентрация у 20%, ранняя спаечная кишечная непроходимость составила 14%, внутрибрюшное кровотечение – 10%, несостоятельность швов анастомоза – 5%. Летальность после повторных операций составила 33%, в основном ее причиной была полиорганная недостаточность. А. Ж. Акешов и соавт. [8] также отмечают наибольшую частоту воспалительных осложнений после экстренных операций. Из 103 наблюдаемых больных осложнения возникли у 24 (23,3%) из них у 4 (3,9%) потребовалась повторная операция.

Таким образом в литературе представлены частота и характер осложнений в зависимости от того была ли операция произведена лапароскопически или лапаротомно, в плановом порядке или экстренном, но результаты их довольно противоречивы.

1.3 Диагностика и лечение осложнений, требующих повторной операции.

Одной из главных проблем в повторных операциях является диагностика осложнений, от своевременного их выявления зависит и срок выполнение операции. Все исследователи отмечают большие сложности в диагностике, так как после операции больные получают инфузионную терапию, обезболивающие средства, антибиотики, которые оказывают влияние на появление признаков осложнений и их оценку [98].

В диагностике учитываются результаты осмотра общего состояния: цвет кожных покровов, слизистых (бледность, цианоз, желтушность), частота пульса, дыхания, уровень артериального давления, температура и др.

Немаловажное значение придается оценка лабораторных и инструментальных методов исследования, которые позволяют заподозрить возникшее осложнение и принять срочные меры для их ликвидации [56; 68; 309].

В диагностике осложнений немаловажное значение имеют инструментальные методы, которые можно использовать и в лечении

осложнений, что дан отражение во многих работах [10; 11; 56; 97; 99; 149; 202; 244; 302].

Н. В. Шаврина и соавт. [236], располагали наблюдением за 103 больными с различной локализацией абсцесса брюшной полости, возникшими после операций, но своевременное выполнение УЗИ и под его контролем у 98% больных позволило добиться выздоровления.

Осложнения можно выявить и при лапароскопии, на что указывают многие исследователи [60; 206; 264; 304].

Одним из распространенных методов диагностики осложнений, требующих повторной операции, является УЗИ, метод прост и информативен особенно в диагностике перитонита [22; 23; 24; 42; 180] и кроме того УЗИ позволяет выполнить малоинвазивные повторные вмешательства при некоторых осложнениях [46].

Все исследователи придают важное значение срокам выполнения повторной операции [75; 274] и обращают внимание на важности прогностических и психологических факторов.

Особые трудности в диагностике осложнений наблюдаются при свежих повреждениях желчных протоков при лапароскопических операциях. Как отмечают К. М. Курбонов и Ф. И. Махмадов [136] к высокоинформативным методам диагностики локализации, уровня и характера повреждения желчных протоков являются ЭРХПГ, ЧЧГ и МР холангиопанкреатография. Только применение этих методов диагностики позволяет избрать наиболее адекватное лечение при повторной операции для устранения повреждений.

При любом возникшем осложнении наиболее часто развивается перитонит чаще всего это распространенный, диагностика и лечение которого очень сложные.

После повторной операции также развивается ряд осложнений. Это чаще раневые с возникновением эвентрации, стрессовые язвы желудка с осложнением (кровотечение, перфорация), развитие полиорганной недостаточности, бронхо-легочные и плевральные осложнения и сепсис,

формирование абсцессов в различных областях брюшной полости [38; 188; 195; 288; 293; 318; 319]. Хотя повторная операция и является единственным методом спасения жизни больного, но частота осложнений после нее достигает 30-60% и остается пока стабильной, а летальность при послеоперационном перитоните достигает 40-60% [17; 182; 243].

Основная причина неудовлетворительных результатов заключается в несвоевременной диагностике возникших осложнений и запоздалым сроком выполнения повторных операций.

В этом плане заслуживают внимания кровотечения после операций на гепатопанкреатодуоденальной области. Здесь вышеперечисленных методов диагностики бывает недостаточно для установления клинического диагноза, а выполнение диагностической лапаротомии с целью выявления источника кровотечения на фоне нестабильной гемодинамики при критическом состоянии больного, имеет огромный риск. На это обстоятельство указывают В. И. Мамчич и соавт. [151], которые наблюдали 5 больных с тяжелыми рецидивными абдоминальными кровотечениями. Они использовали УЗИ, мультиспиральную КТ, видеоэндоскопию и все же источник кровотечения не был выявлен. Авторы использовали диагностическую ангиографию с обязательным получением артериальной, капиллярной и венозной фазы с последующей чрезкатетерной эмболизацией выявленного источника кровотечения и у всех был достигнут гемостатический эффект.

Сложности диагностики и постановка показаний к повторной операции, как утверждают В. И. Демченко [9], О. Strobel et al. [307], обусловлены не только объективными причинами, но и наличием психологического негативизма к повторной операции у хирурга и больного. На эти обстоятельства обращают внимание и другие хирурги [16; 30; 279].

В лечении перитонита, особенно распространенного, учитывая существенные недостатки методов дренирования брюшной полости, применение проточного диализа, дозированного воздействия антисептиков, антибиотиков [240; 272], вынудили хирургов искать и использовать

открытые методы ведения брюшной полости с послеоперационным перитонитом. По мнению сторонников этого способа открытые методы позволяют санировать брюшную полость, контролировать течение перитонита, своевременно выявлять и дренировать гнойные очаги. При этом ряд исследователей рекомендуют использовать программированную релапаротомию [25; 67; 128; 153; 162; 165]. Однако О. Van Ruler et al. [317], Y. C. Woung [323] отдают предпочтение выполнять в начале лапароскопию.

С. Н. Гаврилов [63] в лечении распространенного перитонита использовал программированную релапаростомию с учетом шкалы интраоперационного прогнозирования и схемы антибактериальной терапии с обязательным ежедневным контролем бактериального посева. Эти подходы в лечении перитонита позволили добиться снижения осложнений с 64,6% до 46,4%, а летальность с 34,5 до 23,2%.

В. Ф. Цхай и соавт., [226] применили управляемую лапароскопию в лечении распространенного перитонита у 117 больных по разработанной ими методике и результаты сравнили с традиционным методом, который был использован у 214 больных, из них умерли 119(55,6%) больных. Наиболее частой причиной смерти был прогрессирующий перитонит. Авторы считают методом выбора лечение больных с распространенным перитонитом – управляемую лапароскопию.

Г. Б. Ивахов и соавт. [118] при распространенном перитоните на почве острого аппендицита рекомендуют выполнить лапароскопию, которая может быть и лечебной. При использовании лапароскопической аппендэктомии дренировать брюшную полость, такой подход к лечению перитонита аппендикулярного происхождения позволил авторам снизить частоту осложнений после операции и улучшить исход заболевания.

И. М. Батыршин и соавт. [181] большое значение придают прогнозированию исхода при разлитом перитоните и главной задачей в лечении считают устранение очага инфекции.

С. Б. Рахов, М. У. Муканов [183] в лечении больных перитонитом использовали экстракорпоральную иммунофармакотерапию с применением лейкоцитарной массы, что позволило уменьшить курсовую дозу антибиотиков и снизить частоту осложнений в 1,8 раз, а И. А. Ашимов и соавт. [27] придают большое значение селективным методам экстракорпоральной детоксикации и в опубликованных методических рекомендациях ими представлены показания, методика выполнения и противопоказания для использования гемосорбции, плазмафереза, ультрафиолетового облучения крови.

На особенности организации лечения этой группы больных обращают внимание многие исследователи [4; 13; 142; 298; 312] особенно у лиц пожилого и старческого возраста и у детей.

С появлением новых технологий для выполнения ряда операций на органах брюшной полости многие исследователи рекомендуют использовать видеолапароскопическую санацию, особенно при различных формах и распространенности перитонита [34; 101; 114; 164; 178; 286].

При перитоните, особенно распространенном, важное место в определении тяжести и выбора лечения занимают показатели синдрома системной воспалительной реакции и способы его коррекции [63; 108; 156; 177; 316]. В связи с особенностями морфофункционального строения брюшины, вследствие повышенной проницаемости, внутрибрюшное содержимое быстро оказывается в циркулирующей лимфе и крови. Нарушение регионарного брыжеечного лимфо- и кровотока быстро приводит к нарушению функции кишечника, что является одной из основных причин развития полиорганной недостаточности, поэтому в основе современного представления реакции организма на инфекцию лежит концепция сепсиса, а одним из клинических проявлений этого ответа является синдром эндогенной интоксикации [116; 188; 217; 219], который в начале выполняет защитный характер, а по мере прогрессирования ведет к развитию сепсиса, а затем полиорганной недостаточности.

Немаловажное значение при синдроме системной воспалительной реакции, придается методам его коррекции, однако в литературе мало освещена динамика показателей этого синдрома [185; 216; 220; 234].

К. С. Сыдыгалиев и соавт. [207] представили анализ публикации зарубежных и отечественных авторов, посвященных коррекции ССВА и отмечают, что все исследователи утверждают, что при любом заболевании, необходимо определить признаки ССВР и использовать методы коррекции уже в первые часы госпитализации.

Ряд исследователей в процессе коррекции синдрома стали использовать прямую или непрямую лимфогенную, регионарную лимфостимуляцию [45; 146]. Авторы утверждают, что применение лимфогенных технологий в лечении больных перитонитом ведет к быстрому купированию ССВР, эндотоксикоза в сравнении с стандартными схемами лечения. В целесообразности применения этого метода, и мы убедились в своей работе.

Большое значение в возникновении ряда осложнений имеет уровень внутрибрюшного давления, которое должно осуществляться в послеоперационном периоде и по показаниям выполнять меры коррекции [115].

Немаловажное значение в лечении воспалительных заболеваний органов брюшной полости и особенно в тех случаях, когда имеют место признаки синдрома системной воспалительной реакции, является применение иммунокорректоров.

А. А. Савченко и соавт. [193] в лечении больных с перитонитом использовали иммунокорректирующую терапию с включением имунофана в сочетании с внутривенными инфузиями инфезола и добились улучшения результатов лечения, но на какой процент снизились осложнения и летальность авторы не сообщают.

М. В. Варганов и соавт. [52] рекомендуют использовать общую и местную озонотерапию, так как озон уменьшает воспалительные реакции,

активизирует фагоцитарную функцию лейкоцитов и антиоксидантную систему защиты, повышает адаптацию возможности организма.

А. А. Сопуев и соавт., [200] в лечении перитонита использовали метронидазол в сочетании с мандолам и отметили улучшение результатов лечения, а В. Д. Скрипко и соавт. [198] в комплекс лечения больных перитонитом включали антиоксидант и отметили более быстрое снижение степени тяжести эндотоксикоза и нормализацию уровня ферментов печени.

Н. Б. Горбачев [77] в послеоперационном периоде использовал фармакологическую коррекцию ССВР и осложнения после релапаротомии удалось снизить почти в два раза.

В литературе обращено внимание на особенности ведения больных после повторной операции, выполненной по поводу желчного перитонита [135; 169; 256; 311; 322].

При выполнении повторной операции одним из важных этапов является санация брюшной полости независимо от характера развившегося осложнения, которое явилось причиной повторной операции. Если причиной было кровотечение, то после его остановки необходимо из всех отделов удалить сгустки крови и жидкую часть, так как они являются хорошей питательной средой для микрофлоры и при инфицировании может возникнуть перитонит. Поэтому удаление сгустков и жидкой части с орошением брюшной полости растворами антисептиков, озонированными растворами предотвращает возникновение перитонита. Такой же тактики придерживаются хирурги и при желчеистечении, после ликвидации причины желчеистечения брюшная полость санируется и дренируется.

У. Д. Имашов и соавт. [100] для санации брюшной полости при перитоните использовали физиологический раствор хлорида натрия, облученного двумя источниками световой энергии (ультрафиолетовое и инфракрасное). Этот раствор они вводили в брюшную полость и в послеоперационном периоде и отметили быструю санацию, уже на 3-4 сутки

посев роста не дал и наблюдалось улучшение общего состояния и иммунологических тестов.

А. Ж. Акешов, М. Н. Макеева [9] при операции по поводу острых заболеваний брюшной полости использовали орошение озонированным раствором брюшной полости и раны перед ушиванием и выполняли бактериологическое исследование до орошения и после. Установили достоверное снижение контаминации после орошения, что позволило снизить частоту осложнений с 20,4% до 9,7%. Эту методику использовали, и мы в момент повторной операции.

Вопросы диагностики и лечения перитонитов обсуждались на многочисленных конференциях, конгрессах, а в более широком плане обсуждены на IX Всероссийской конференции общих хирургов, который проходил в г. Ярославле в мае 2016 года [176].

Как утверждают многие исследователи, значительно сложнее предотвратить прогрессирование перитонита, если операция выполняется по поводу перитонита, особенно распространенного, возникшего на почве осложнения в послеоперационном периоде. В таких случаях в момент операции, после выявления причины перитонита (несостоятельность анастомоза, перфорация полого органа и др.) и ее устранения брюшную полость необходимо многократно промыть антисептическими растворами или раствором антибиотиков, озонированным раствором и дренировать все каналы брюшной полости с последующим проточным или фракционным диализом или многократным введением антибиотиков в брюшную полость с учетом характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. На эти необходимые требования при повторной операции указывают многие исследователи [4; 28; 55; 61; 72; 263] и применения различных дренирующих методик [192].

Перитонит является одной из причин летальности после повторных операций [85; 209; 291; 297; 299; 300].

После выполненной повторной операции всегда имеет место риск возникновения воспалительного процесса в месте выполненной операции и в области раны, поэтому многие исследователи говорят о необходимости бактериологического исследования для определения характера микрофлоры и ее чувствительности, а до получения результатов исследования назначать цефалоспорины III-IV поколения и подчеркивают, что бактериологическое исследование необходимо выполнять в динамике до полной ликвидации воспалительного процесса [79; 92; 189; 250; 296]. Кроме того, ряд исследователей утверждают, что при повторных операциях нередко имеет место полирезистентная микробная флора, которая является одной из основных причин неблагоприятного течения даже при адекватной хирургической санации очага инфекции. Учитывая это обстоятельство, авторы рекомендуют в качестве эмпирической стартовой терапии использовать цефазолин в комплексе с метронидазолом [94; 247; 255; 260; 266; 303].

В возникновении раневых осложнений большое значение играет госпитальная инфекция [103; 104; 112; 126; 197]. Этому вопросу посвящено ряд работ. Так, А. Дж. Манграм и соавт. [152], А. И. Мусаев и соавт. [160] представили анализ работ авторов отечественных и дальнего зарубежья, посвященных профилактике инфекций в области хирургического вмешательства и отметили, что соблюдение мер профилактики на всех этапах лечения (обследование больных, сроки госпитализации, подготовка к операции, выполнение операции и ведение после операции) позволяют снизить частоту воспалительных осложнений.

При возникновении осложнений, по поводу которых выполнены повторные операции, в большинстве случаев имеет место эндотоксикоз различной степени тяжести и ряд хирургов рекомендуют выполнять методы хирургической детоксикации (УФО аутокрови, лимфо-гемосорбцию и различные варианты плазмафереза) и определение степени тяжести

эндотоксикоза и с её учетом выполнять объем лечения в послеоперационном периоде [39; 109; 111; 131; 204].

К. С. Ризаев, А. Т. Эрметов, [184] в лечении перитонитов считают первостепенным применение метода интенсивной терапии в период нахождения больных в отделении реанимации, авторы предложили разработанный алгоритм дифференцированного подхода к интенсивной терапии, что позволило сократить сроки ИВЛ и время пребывания больных в реанимационном отделении, но как эти меры повлияли на исход заболевания авторы не сообщают.

И. Н. Пасечник и соавт. [173], А. В. Дмитриев и соавт. [95] у больных с критическим состоянием рекомендуют выполнять нутритивную метаболическую терапию с включением дипептида глутамина, что позволило исследователям снизить частоту инфекционных осложнений у повторно оперированных больных.

После повторных операций раневые осложнения существенно влияют на течение заболевания, наиболее часто возникают нагноение раны, эвентрация, частота которых достигает 30%, что увеличивает сроки стационарного и амбулаторного лечения. Для предотвращения раневых осложнений предложены инструментальные методики ушивания раны брюшной стенки, направленные на сближение краев операционной раны с возможностью контроля за течением раневого процесса [119; 301], использование антисептиков, антибиотиков, физических факторов и шовного материала.

Так как при возникновении осложнений имеет место нарушение иммунобиологической реактивности и состояния гемостаза, то многие исследователи рекомендуют в комплекс лечения обязательно включать иммунокорректоры, антикоагулянты, мембранопротекторы (антиоксиданты), и ремаксон, реамберин [57; 58; 59; 70; 253; 268], что способствует улучшению течения послеоперационного периода у повторно

оперированных, снижению воспалительных осложнений и метаболических нарушений.

Одной из сложных повторных операций является коррекция повреждения внепеченочных желчных протоков.

Б. К. Алтыев и соавт. [20] наблюдали и оперировали 121 пациентов с повреждением гепатохоледоха, из них у 83 повреждение было при традиционной открытой операции (66,6%) и у 38 (31,4%) при лапароскопической. Все они были повторно оперированы. Пассаж желчи в кишечник восстановлен у 14 больных швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатохоледоха, а у остальных (107 чел.) произведены различные варианты билиодигестивных анастомозов, но чаще выполняли гепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Осложнения после повторной операции возникли у 41 оперированного, что составило 33,9%, умерло 11 (9,1%). Основными причинами смерти были несостоятельность анастомоза, перитонит, острые язвы желудка и полиорганная недостаточность.

В литературе уделено внимание оценке отдаленных результатов повторных операций, выполненных по поводу возникших осложнений в абдоминальной хирургии [242; 258; 294].

А. Р. Шакирова и соавт. [237] представили отдаленные результаты повторных операций у 120 больных и сопоставили с 234 больными, у которых повторные операции не выполнены. При этом было установлено, что из числа больных, повторно оперированных в отдаленные сроки, 30% оперированы повторно по поводу: острой спаечной кишечной непроходимости – 14,7%; послеоперационной вентральной грыжи – 7,2%; абсцесса брюшной полости – 0,8%; восстановительная операция на кишечнике – 3,3%; лигатурного абсцесса послеоперационного рубца – 0,8%; резидуального холедохолитиаза – 1,7%; панкреонекроза – 0,8%; язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом – 0,8%. Авторы утверждают, что на всех этапах любой операции, она должна осуществляться

на оптимальном выборе способа и объема операции, тщательной ревизии, в момент её выполнения санации и дренировании брюшной полости, ведении раннего послеоперационного периода, борьбой с инфекцией и стимуляцией защитных свойств организма, коррекцией энтеральной недостаточности, лечением сопутствующих заболеваний. О необходимости соблюдения этих правил указывают и другие авторы [4; 32; 47; 147; 189; 212]. Выполнение этих требований будет способствовать предотвращению осложнений, а следовательно, и снижению частоты повторных операций. Мамакеев М.М. и соавт. [149], опубликовали методические рекомендации, в которых очень подробно изложены все этапы выполнения энтерального питания для ликвидации энтеральной недостаточности.

1.4 Меры профилактики осложнений и их лечение при первой и повторной операции.

Повторные операции являются единственным способом спасения жизни больных, но и после них также возникает ряд осложнений и отмечается высокая летальность, поэтому все исследователи обращают особое внимание на разработку мер в момент первой операции, которые предотвратили бы развитие осложнений и необходимость в выполнении повторного оперативного вмешательства.

В этом плане хирургами было обращено внимание на выбор доступа и при этом изменились подходы к выполнению операций на желчных протоках. Установлено, что при использовании традиционной лапаротомии довольно часто (до 40%) возникают раневые осложнения, часть из которых требует повторных операций как в ближайшие, так и отдаленные сроки. Эндовидеохирургические вмешательства стали внедряться, особенно в абдоминальной хирургии и наряду с этим методом осваивались операции из минилапаротомного доступа. Так, В. Н. Ходаков и Ю. С. Рямов [224] у 209 больных выполнили операции на желчевыводящих путях из минилапаротомного доступа, интраоперационные осложнения составили 0,95%, послеоперационные - 2,34%. Ни у одного из оперированных

повторная операция не потребовалась. Авторы считают операции из минидоступа альтернативой как традиционной, так и лапароскопической холецистэктомии, но авторы указывают, что операции из минидоступа относятся к сложным в исполнении вмешательством и их могут выполнять только специально подготовленные хирурги, владеющие навыками дистанционного оперирования и при наличии специального инструментария и осветительной системы.

С. М. Ахмадзода и соавт. [26] было обращено внимание, что при выполнении холецистэктомии у больных с вирусным гепатитом всегда есть угроза возникновения кровотечения и сложность его остановки. Есть риск инфицирования медицинского персонала и риск ятрогенных повреждений, которые требуют в большинстве случаев повторного оперативного вмешательства. Учитывая эти риски авторы разработали и внедрили методику холецистэктомии, которую применили у 19 больных с острым холециститом. В начале выполняли полное выделение желчного пузыря с окружающей паренхимой печени до 20мм, которое достигалось жидкими азотами с помощью универсального портального криодеструктора. Желчный пузырь удаляли от дна двумя видами наконечников, а ложе обрабатывали шаровидным монополярным электрокоагулятором. Пузырную артерию и проток перевязывали отдельно. В случае небольшого кровотечения из ложа – то оно остановилось электрокоагуляцией. Подпеченочное пространство дренировали. Криохолецистэктомия исключает применение колото-режущих инструментов. Послеоперационный период у всех прошел без осложнений, ни у одного повторная операция не потребовалась. Наблюдение за больными в течение года показало благоприятные исходы. Метод не очень прост, нуждается в особом оснащении операционной, но учитывая тяжесть состояния больных и риски осложнений, он оправдан.

Мерой профилактики кровотечения и желчеистечения является глубокое, вернее детальное знание особенностей вариантов пузырной артерии и протока. П. В. Белоус и В. В. Ващенко [36] с целью изучения

топографии пузырной артерии и протока выполнили исследования 278 препаратов артериального и протокового русла печени человека и при этом установили, что у 25,2% пузырная артерия связана с отхождением от дополнительной артерии к правой доле и ее можно обнаружить не в треугольнике Кало, а в треугольнике, который авторы называли “альтернативным”. Границами этого треугольника являются пузырный проток, дополняющий артерию правой доли печени. Знание этих особенностей позволит избежать таких осложнений, как кровотечение и желчеистечение. Особенно необходим учет этих показателей при выполнении эндовидеохирургических операций на печени и желчных протоках.

В абдоминальной хирургии при операциях на паренхиматозных органах должно уделяться особое внимание профилактике кровотечения.

Так, Б. А. Исмаилов и соавт. [120] использовали гемостатический имплантат “Гепроцел” на основе производных целлюлозы и утверждают, что препарат активизирует факторы коагуляционной активности в зоне аппликации без влияния на системное кровообращение и коагуляционные факторы и препарат может быть использован в качестве местного имплантата.

Ю. А. Пархисенко и соавт. [175] в начале в эксперименте, а затем в клинике с целью гемостаза при операциях на печени, поджелудочной железе (в основном при травмах) использовали препарат “Полигемостат” смешанный с плазмой крови, его наносили на раневую поверхность с дополнительной компрессией, ни у одного из 60 больных повторная операция не потребовалась.

При возникновении кровотечения в момент операции В. А. Горский и А. В. Воленко [78] предлагают использовать комбинированную фибрин-коллагеновую субстанцию, особенно при кровотечении паренхиматозных органов. Эту субстанцию они применили у 187 больных при традиционных

лапаротомных операциях и у 78 при ЛХЭ и добились тщательного гемостаза, ни у одного необходимости в повторной операции не было.

С целью профилактики повторных операций при ЖКБ, при планировании лапароскопической холецистэктомии Р. А. Оморев и соавт. [169; 170], J. C. Huang et al., [281] до операции рекомендуют выполнять КТ, так как при УЗИ не всегда удается выявить наличие конкрементов в холедохе, а в момент операции авторы рекомендуют не ограничиваться зондированием холедоха, а выполнять холедохоскопию, при достаточном диаметре холедоха. Этот метод нередко позволяет и извлечь конкременты, а при неуверенности в проходимости протока выполнить интраоперационную холангиографию. Подобной тактики придерживаются и Велигоцкий Н.Н. и соавт. [54].

Выполняемые операции на органах брюшной полости при заболеваниях, осложненных местным или разлитым перитонитом, выполненной по поводу любого возникшего осложнения сопровождаются болевым синдромом в результате патофизиологического процесса, который способствует нарушению функций многих органов и систем, что требует применения обезболивающих средств [66]. Наиболее распространенным методом является введение внутримышечно наркотического анальгетика, но при их использовании отмечается ряд побочных явлений, которые могут ухудшить течение послеоперационного периода [228].

Применяется и комбинированная анальгезия, в схему которой включаются парацетамол и нестероидные препараты, но их использование в послеоперационном периоде в абдоминальной хирургии не нашло широкого применения из за отсутствия разработанного режима.

Используется и введение анестетиков местно в операционную рану [214]. А. У. Айтеев [6] после ЛХЭ у лиц пожилого и старческого возраста для снижения болевого синдрома использовал орошение поддиафрагмального пространства и троакарных ран раствора лидокаина и отметил положительный эффект.

Для снижения болевого синдрома после операции А. Л. Чарышкин, С. А. Яковлев [229] рекомендуют преперитонеальную блокаду.

Многие хирурги, особенно после повторной операции, применяют эпидуральную блокаду, которая оказывает благоприятное влияние на течение послеоперационного периода, она не только снижает болевой синдром, но и способствует раннему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта. Но наблюдение за больными ведется врачом реаниматологом в период пребывания в отделении реанимации, а когда больного переводят в отделение, эпидуральный катетер удаляется и участие реаниматолога сокращается. В связи с отсутствием преемственности в использовании эпидурального катетера для дальнейшей терапии теряется преимущество этого обезболивания [214; 231]. Следовательно и в настоящее время остается одна из проблем – поиск обезболивания в послеоперационном периоде.

Е. Г. Бояринцев и соавт. [47] особое внимание уделили мерам профилактики раневых осложнений после первой операции, выполненной по поводу перитонита. Авторы наблюдали 411 больных. В первой [185] группе после окончания операции рана закрывалась наложением швов на брюшино-мышечно-апоневротический слой, затем редкие швы на кожу, а подкожно-жировая клетчатка дренировалась. Вторую группу составили 154 пациента у которых после завершения хирургического вмешательства в брюшной полости в ране помещали листок из медицинского силикона с ограничением брюшной полости. На кожу редкие швы, подкожная клетчатка дренирована. У больных третьей группы (72 чел.) с целью профилактики раневых осложнений использовал пролонгированную внутрибрюшную протеазу. Раневые осложнения в первой группе составили 29,5%, во второй – 13,2%, в третьей – 12,9%. Авторы рекомендуют использовать 2 и 3 способа.

Чрезвычайно важное внимание в литературе уделено мерам профилактики воспалительных осложнений после абдоминальных операций и особенно при повторных. Наиболее часто с этой целью антибиотики вводят внутримышечно или внутривенно и реже внутриартериальное. Но при

внутримышечном и внутривенном введении концентрация антибиотиков невелика, и чтобы достичь более высокой концентрации в очаге поражения появились результаты в начале экспериментальных, а затем клинических наблюдений о роли лимфатической системы при воспалительных заболеваниях, травмах. Этому началу послужили исследования Б. В. Огнева [166], Ю. И. Бородина и соавт. [44], Ю. М. Левина [139], которые установили, что лимфатическая система играет защитную роль, а при заболеваниях, операциях, травмах, но когда в лимфатической системе скапливается большое количество микробов или их продуктов распада, то она способствует генерализации воспалительного процесса, сепсису и полиорганной недостаточности, которая и является основной причиной летальности. В последующие годы многие исследователи разрабатывали зоны введения антибиотиколимфотропной смеси с учетом анатомии лимфатической системы, чтобы улучшить ее дренажную функцию. Большой вклад в разработку лимфогенных технологий внесли ученые Огнев Б.В. [166], С. У. Джумабаев [93], Ю. Е. Выренков [62], которые продолжили экспериментальные и клинические наблюдения. С. У. Джумабаев [93] длительное время возглавлял центр лимфологии Узбекистана, и его сотрудники разрабатывали зоны введения лимфотропной смеси в зависимости от цели.

Результаты исследования нашли отражение в многочисленных публикациях и в монографии, обобщающей многолетний труд.

К. Р. Рыскулова продолжала клинические исследования по лимфологии, большинство ее аспирантов, соискателей в своей работе использовали лимфогенные технологии, а многолетний труд обобщен в двух монографиях с учеником А. С. Бейшеналиевым [35].

Оценке эффективности лимфогенных технологий посвятили свои работы М. С. Любарский и соавт. [145; 146] и Ю. Е. Выренков [62].

Разрабатывались и способы введения лимфотропной смеси: прямой, когда смесь вводится в лимфатический сосуд, но методика сложная, требует

микрохирургических навыков хотя она эффективна, но широкого распространения не получила. Более широко используется непрямая регионарная лимфостимуляция – смесь вводится в зону максимального расположения очага поражения к лимфатическим узлам.

Ю. М. Левин [139] обосновал введение лимфотропной смеси в наружную часть голени в подкожную клетчатку, но после предварительного лимфостаза конечности, автор убедительно обосновал эффективность метода.

М. С. Любарский и соавт. [146] применили введение лимфотропной смеси в межостистый отросток T₁₂-L, при воспалительных заболеваниях органов малого таза. С. У. Джумабаев [93] и К. Р. Рыскулова [35] клинически обосновали введение смеси в круглую связку печени, в корень брыжейки кишечника с целью профилактики воспалительных осложнений и их лечения.

Наряду с разработкой зон введения лимфотропной смеси шли исследования какая концентрация антибиотиков в зоне поражения при этом методе и было установлено, что при лимфотропных технологиях в зоне поражения создается максимальная концентрация, а в крови терапевтическая концентрация удерживается в течение суток [110; 215].

Кроме того, все исследователи, которые использовали лимфогенные технологии утверждают, что метод способствует повышению иммунологической реактивности, ликвидации эндотоксикоза и воспалительного процесса. Учитывая эти качества, метод нашел широкое применение, который и мы использовали в своей работе.

Большинство хирургов обращает внимание на то обстоятельство, что при заболеваниях органов брюшной полости с местным и разлитым перитонитом необходим дифференцированный подход к тактике лечения, который должен включать щадящее оперативное вмешательство, применение физических факторов с целью санации гнойного очага, рациональное дренирование брюшной полости в сочетании с патогенетически

обоснованной инфузионной терапией и обезболивающими средствами [7; 100; 154]. Только при использовании такого подхода можно предотвратить возникновение осложнений, требующих повторного оперативного лечения.

К. М. Курбонов и К. Р. Назирбоев [137] обратили внимание, что при механической желтухе доброкачественного генеза имеет место вторичный иммунодефицит, который является одной из причин развития печеночной недостаточности и смерти больных и в комплекс лечения включали иммунокорректор имунофан внутримышечно, продолжительность введения зависела от степени тяжести желтухи. Используя этот препарат, наряду с адекватным оперативным вмешательством, удалось снизить длительность стационарного лечения и предотвратить развитие осложнений, требующих повторной операции. При использовании имунофана отмечали нормализацию Т- и В- лимфоцитов и иммуноглобулинов класса G.

Ряд исследователей после повторной операции, выполненной по поводу кишечной непроходимости и перитонита, особое внимание рекомендуют уделять коррекции энтеральной недостаточности, которая неизбежно возникает при этих осложнениях и применить меры детоксикации и восстановление энергообеспечения, с этой целью использовать препарат Реамберин [53; 87; 127].

Большинство исследователей отмечают, что при энтеральной недостаточности необходимо определять степень тяжести, а также в процессе лечения. Только при таком подходе можно судить об эффективности проводимого лечения.

Э. А. Корымасов и соавт. [128] разработали алгоритм определения степени тяжести энтеральной недостаточности с использованием 15 экспресс симптомов при разлитом перитоните и при этом выделили 5 степеней тяжести и рекомендуют определять их в процессе лечения, чтобы можно было судить об эффективности выполняемой коррекции. Использование алгоритма позволило автору снизить частоту осложнений.

Также после выполненных повторных операций необходимо применять меры направленные на восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника, так как возникающие динамические нарушения кишечника усиливают эндотоксикоз. В этом плане М. Дж. Ибрагимова [117] использовала КВЧ пунктуру и импульсное электростатическое поле, что позволило снизить частоту осложнений и сроки лечения. О. Х. Халидов и соавт. [233] применили чрескожную резонансную стимуляцию и тоже отметили более благоприятное течение послеоперационного периода.

У. Д. Имашов и соавт. [100] после релапаротомии в момент операции назогастральный зонд проводили за связку Трейтца, аспирировали содержимое и орошали раствором облученным двумя источниками световой энергии и сочетали с регионарной лимфостимуляцией через круглую связку печени.

Э. Х. Акрамов, М. Т. Молдошева [12] после операций, выполненных по поводу кишечной непроходимости с резекцией кишечника, уделяют внимание дезинтоксикационной терапии, так как основной причиной смерти у этой группы больных является тяжесть эндотоксикоза. В момент операции авторы использовали 3-4 литра раствора углеродминерального сорбента СУМС-1 с метронидазолом для дозированного орошения тонкого кишечника через назоинтестинальный зонд и ретроградное орошение толстого кишечника этим же раствором. Применяя этот метод авторы отметили более благоприятное течение послеоперационного периода как при первой, так и повторной операции, несостоятельность анастомоза не наблюдали и отметили сравнительное снижение показателей эндотоксикоза.

Таким образом анализ литературы по профилактике и лечению осложнений после повторных операций показал, что они должны быть многокомпонентными и направлены на основные звенья этиопатогенеза осложнений.

Резюме:

Ознакомление с литературными сведениями позволяет отметить следующее:

Частота послеоперационных осложнений, требующих повторной операции и летальности держится на стабильном уровне и отмечается их высокий процент;

Причины осложнений большинство исследователей видят в недостаточной ревизии в момент первой операции, ошибки в выборе объема операции, неадекватно выполненной и отсутствие комплексного подхода к ведению больных после операции;

Основными причинами повторных операций являются внутрибрюшное кровотечение, желчеистечение, ранняя спасчая кишечная непроходимость, ятрогенные повреждения, недостаточность швов анастомоза, паралитическая кишечная непроходимость и перитонит;

Все исследователи отмечают сложности в ранней диагностике осложнений, а их несвоевременное выявление ведет и запоздалому оперативному лечению, что и является одной из ведущих причин послеоперационной летальности.

В плане диагностики предложено ряд лабораторных исследований, УЗИ, построены алгоритмы диагностики, используется прогнозирование, но все они даже в комплексе не обеспечивают раннюю диагностику осложнений. И это является первостепенной задачей абдоминальной хирургии;

К сложной проблеме лечения осложнений, возникших после операции, относятся внутрибрюшное кровотечение, желчеистечение и уже при их раннем и обоснованном повторном лечении получены в большинстве случаев положительные результаты. Этого не наблюдается при возникновении несостоятельности ушитой язвы, ранней кишечной непроходимости, межкишечного анастомоза, культи двенадцатиперстной кишки, ятрогенных повреждениях и прогрессирующем перитоните.

Операции являются единственной мерой спасения больного, но после них также могут развиваться различные осложнения, что относится к нерешенной проблеме в настоящее время;

Обширная литература посвящена лечению перитонита, при этом используется программированная лапаротомия, лапароскопия, детоксикационная и противовоспалительная, но несмотря на эти меры частота осложнений и летальности после повторных операций остается высокой и требует разработок, которые позволили бы улучшить результаты.

Исходя из изложенного можно сделать вывод: проблема лечения осложнений в абдоминальной хирургии, требующих повторных хирургических вмешательств, еще далека от решения и поэтому требует дальнейшего углубленного исследования и, кроме того, анализ литературы показал, что немаловажное значение в решении этой проблемы является разработка мер профилактики осложнений при первичном и при повторном оперативном вмешательстве.

Все эти нерешенные задачи предстояло нам решить при выполнении данного исследования.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования являлись больные, оперированные по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости, осложненных процессом, требующим повторной операции (110 больных).

Предметом исследования являлись клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Критериями исключения являлись больные без осложнений в раннем послеоперационном периоде, оперированные по поводу заболеваний органов брюшной полости и при злокачественных новообразованиях.

Данные результаты базируются на проспективном исследовании больных, которым выполнены повторные операции в период от 2000 по 2020 год включительно. Больные были оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек и в других лечебных учреждениях, но в связи с возникшими осложнениями переведены в нашу клинику для выполнения повторной операции, но это были единичные больные (5 чел.-4,5%).

2.1 Клиническая характеристика больных.

Повторные операции в ближайшие сроки после оперативного лечения заболеваний органов брюшной полости выполнены у 110 больных, их распределение по полу и возрасту дано в таблице 2.1.1 и на рисунке 2.1.1.

Из числа наблюдаемых 110 пациентов, оперированных в экстренном порядке, было 61 (55,5%) и в плановом 49 (45,5%).

Таблица 2.1.1 – Распределение больных по полу и возрасту (n-110)

Пол	Всего		из них в возрасте						
	абс.ч	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
Жен.	68	61,8	1	2	8	18	22	12	5
Муж.	42	38,2	1	2	6	7	10	11	5
абс.ч	110		2	4	14	25	32	23	10
%		100,0	1,8	3,6	12,7	22,7	29,1	20,9	9,2

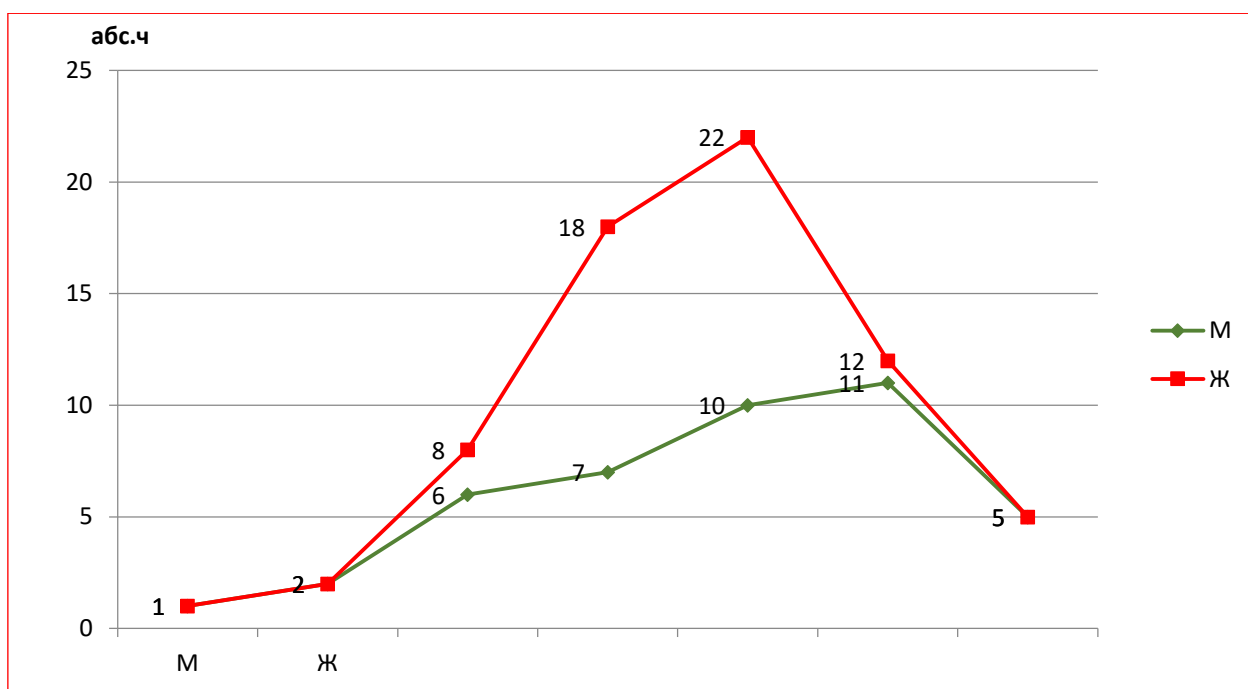


Рисунок 2.1.1. - Распределение больных, повторно оперированных по полу и возрасту (абс.ч.).

Нами выполнен анализ повторно оперированных с учетом операции, каким доступом они осуществлялись лапароскопическим или лапаротомным, при этом было установлено, что у 75 (68,2%) использован лапаротомный доступ, а у 35 лапароскопический (31,8%). Следовательно, преобладали больные оперированные лапаротомным доступом более, чем в 2 раза.

Анализ сопутствующих заболеваний при поступлении в стационар, показал, что сопутствующие заболевания имели место у 68 больных, что составило 61,8%, в основном они были обнаружены у пациентов старше 50 лет, а у лиц молодого и среднего возраста сопутствующие заболевания были реже. Из выявленной патологии установлено, что в основном это были сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, КБС, общий атеросклероз) и реже хронические бронхолегочные.

По поводу какого заболевания была выполнена первая операция дано в таблице 2.1.2.

Наибольшее число повторно оперированных составили больные с ЖКБ, осложненной острым (44 чел.) и хроническим калькулезным холециститом (31 чел.), реже были пациенты с эхинококкозом (9 чел.),

кишечной непроходимостью (7 чел.), острым аппендицитом (8 чел.), а с другими заболеваниями были единичные больные.

Таблица 2.1.2 – Перечень заболеваний по поводу которых больные ранее оперированы.

№	Заболевания	Всего	
		абс. ч.	%
1	Острый холецистит	44	40,0
2	Хронический холецистит	31	28,2
3	Кишечная непроходимость	7	6,4
4	Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки	1	0,9
5	Эхинококкоз печени	9	8,2
6	Абсцедированный аппендикулярный инфильтрат	2	1,8
7	Острый аппендицит	8	7,3
8	Травма живота	1	0,9
9	Киста поджелудочной железы	1	0,9
10	Наружный каловый свищ	1	0,9
11	Вентральная послеоперационная грыжа	3	2,7
12	Разрыв кисты яичника	1	0,9
13	Полипоз желчного пузыря	1	0,9
Всего		110	100,0

После первой выполненной операции возникли различные осложнения, которые требовали выполнения повторной операции, их характер дан в таблице 2.1.3 и на рисунке 2.1.2.

Наиболее часто причиной повторной операции было желчеистечение после операций выполненных по поводу ЖКБ и эхинококкоза. Также и кровотечение возникало после операций, проведенных по поводу осложненных форм ЖКБ.

Таблица 2.1.3 – Характер и частота осложнений, послуживших основанием для повторной операции

№	Тип осложнений	Всего	
		абс.ч.	%
1	Желчеистечение	37	33,6
2	Кровотечение	25	22,7
3	Перитонит	20	18,2
4	Кишечная непроходимость (ранняя послеоперационная)	17	15,5
5	Эвентрация	11	10,0
Всего		110	100,0

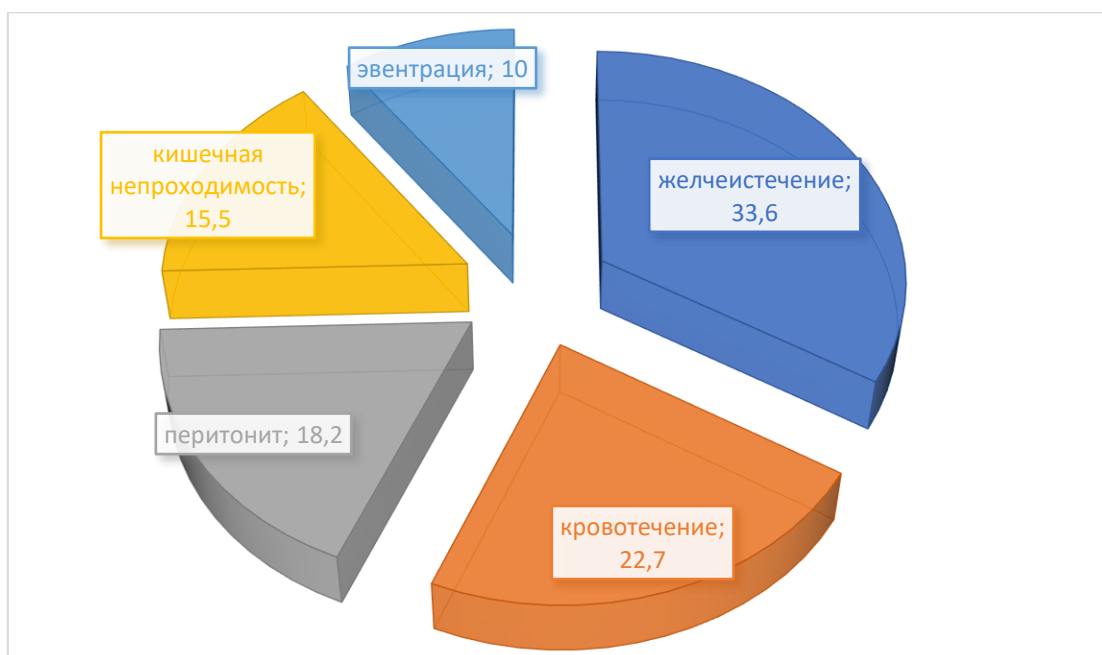


Рисунок 2.1.2 - Характер и частота осложнений (в %).

Результаты анализа повторных операций показали, что наиболее часто возникало желчеистечение и кровотечение (соответственно 33,6 и 22,7%). Необходимо отметить, что появление любого осложнения существенно влияло на течение послеоперационного периода и исход заболевания.

Клиническая характеристика больных с осложнениями каждой группы дана нами отдельно при описании характера осложнений, так как каждое из них имеет свои особенности.

2.2 Методы обследования.

При нетипичном течении послеоперационного периода после любой операции, при подозрении или явном выявлении осложнения мы, прежде чем выполнять повторную операцию, анализировали детально ход выполненной ранее операции, обращали внимание на возникшие сложности в момент её выполнения и это нередко позволяло нам решить вопрос о необходимости выполнения релапаротомии.

При подозрении на возникшие осложнения срочно выполняли общий анализ крови с вычислением ЛИИ по Кальф-Калифу Я.Я. [122], ЭКГ и УЗИ аппаратом сканер Samsung Medison Sono Ase R7 (Япония) в режиме реального времени серой шкалой, с применением линейного датчика линей 10=20, конвексного и секторального с частотой 7,0-12; 2,0-5,2; 1,5-3,6 МГц.

При УЗИ обращали внимание на наличие или отсутствие скопления жидкости в отдельных областях брюшной полости и состояние кишечника. Это исследование является важным при кровотечении, желчеистечении, возникновении кишечной непроходимости при котором наиболее важное значение в выборе метода лечения имеет состояние кишечника (вздутие, с горизонтальным уровнем), наличие или отсутствие перистальтики и жидкости в отлогих местах брюшной полости и др. Этому исследованию мы придавали важное значение, так как его результаты во многом способствуют более рациональному выбору метода лечения возникшего осложнения. При УЗИ обращали внимание на стояние дренажей, так как нередко УЗИ позволяло определить их срок удаления или наоборот необходимость продолжить их нахождение в брюшной полости. Также УЗИ использовали для выявления осложнений грудной полости (плеврит, пневмония) и раневых (серома, гематома, инфильтрат).

С момента появления подозрения на возникшее осложнение определяли количество признаков синдрома системной воспалительной реакции (АД, пульс, частота дыхания, температура и количество лейкоцитов), но дополняли их выполнением лабораторными исследованиями: СРБ в норме 0-1 мг/л, концентрацию которого определяли с помощью высокочувствительной турбометрии с латексным усилением иммуноферментного анализа (ИФА), Содержание альбумина определяли колориметрическим методом, а уровень прокальцитонина - количественным иммунохроматографическим биоанализатором, а диапазон концентрации с использованием эталонной карты: ≥ 10 нг/мл, ≥ 5 нг/мл; $\geq 0,25$ нг/мл; $< 0,25$ нг/мл; В норме прокальцитонин составляет 0,05-0,1 нг/мл. Уровень прокальцитонина – как показатель степени воспалительной реакции и степени тяжести эндотоксикоза. Лабораторные исследования выполняли в лаборатории ГКБ №1 и в лаборатории Бонецкого (частная лаборатория).

Определяли показатели функционального состояния печени и почек в динамике (билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, общий белок, мочевины, креатинин) по общепринятым методам.

По показаниям выполняли лапароскопию аппаратом Algeer, что позволяло выявить характер осложнения и решить вопрос о дальнейшей тактике ведения больных. В неясных случаях назначали КТ и МРТ.

В процессе лечения больных учитывали и результаты бактериологического исследования экссудата брюшной полости. Его брали с целью определения микрофлоры, ее чувствительности к антибиотикам и степени обсемененности. В момент операции брали 2 мл экссудата брюшной полости в стерильную пробирку, после операции, в период стояния дренажей путем их прокалывания. Из раны отделяемое брали стерильными тампонами. Оценка результата осуществлялась степенью обсемененности методом секторальных посевов: КОЕ $10^{3,4}$ - слабая, КОЕ $10^{5,6}$ - средняя, КОЕ 10^{7-8} - высокая. Это исследование выполняли в бактериологической лаборатории Департамента Государственной санитарно-эпидемиологического надзора.

Результаты бактериологического исследования представлены в главе 5,6, посвященных повторным операциям при ранней кишечной непроходимости и перитоните.

Необходимо отметить, что это как правило были тяжелые больные, поэтому лабораторные и инструментальные исследования выполняли многократно.

Ознакомление с литературой и личные наблюдения показали, что течение послеоперационного периода после повторной операции, как правило, протекает тяжело, отмечается высокая частота осложнений, которая достигает 50-60% и летальность 40-65%. Поэтому в своей работе мы все усилия направили на профилактику осложнений после повторной операции и их лечение чтобы добиться положительных результатов. Учитывая это обстоятельство в программу ведения больных после повторных операций и мер профилактики, мы включили меры по ликвидации очага воспаления, предотвращение прогрессирования воспалительного процесса и коррекцию нарушенных функций жизненно важных органов и систем. На протяжении многих лет мы совершенствовали методы ликвидации метаболических расстройств и использовали подходы для предотвращения раневых осложнений.

Мы выделили группу сравнения, а кроме того, полученные нами результаты сравнивали с показателями ведущих лечебных учреждений и давали сравнительную оценку.

В оценке возникших осложнений после первой и повторной операции мы пользовались классификацией Clavie-Dindo (таблица 2.2.1), которая более полно отражает не только характер осложнений, но и необходимое лечение.

Таблица 2.2.1 – Классификация хирургических осложнений по Clavien-Dindo

Сте- пень	Определение	абс.ч основ- ной группы n-58	%	абс.ч группы сравне- ния n-52	%
I	Любые отклонения от нормального послеоперационного течения, не требующие медикаментозного лечения или хирургического, эндоскопического, радиологического вмешательства. Разрешается терапевтическое лечение: антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты, физиотерапия. Сюда же относится лечение раневой инфекции	1	1,7	5	9,6
II	Требуется лечение в виде гемотрансфузии, энтерального или парентерального питания.	4	6,9	5	9,6
III	Требуется хирургическое, эндоскопическое или радиологическое вмешательство:	1	1,7	2	3,8
IIIa	Вмешательство без общего обезболивания.	3	5,2	5	9,6
IIIb	Вмешательство под общим обезболиванием.	1	1,7	3	5,7
IV	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны центральной нервной системы), требующие интенсивной терапии, наблюдения в отделении реанимации, резекции органа:				
IVa	Недостаточность одного органа	1	1,7	2	3,8
IVb	Полиорганная недостаточность	2	2,4	2	3,8
V	Смерть больного	2	3,4	4	7,7

*Применение этой классификации в оценке осложнений после первой операции являлось для нас основанием для разработки мер профилактики этих осложнений, а её использование после повторной операции – показателем эффективности релапаротомии.

Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением пакета программ statistica 6.0, с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (ς) и ошибки ряда (m), а степень достоверности вычисляли по t критерию таблицы Стьюдента.

Так как при первой операции использовалась во многих случаях лапароскопическая холецистэктомия, то мы даем описание типичного метода лапароскопической холецистэктомии.

Методика лапароскопической операции была следующей:

Под эндотрахеальным наркозом (в положении больного на спине, со сведенными ногами) после трехкратной обработки операционного поля йодонатом, создается карбоксиперитонеум через иглу Вериша, путем трансумбиликального разреза, далее устанавливается 10 мм. троакар, через который вводится эндовидеолапароскоп. После ревизии брюшной полости, под контролем лапароскопа устанавливаются дополнительные 2 троакара, в эпигастрии 10 мм. троакар, правее и ближе к круглой связке. Следующий 5 мм. троакар устанавливали ниже реберной дуги на 2-3 см. по среднеключичной или передне – подмышечной линии. Операционный стол переводится в положении Фовлера под углом 20-30° и поворачивается немного на левый бок. При наличии спаек между желчным пузырем и окружающими тканями, последний освобождается от них. Далее при помощи электрокоагулятора и диссектора выделяются элементы треугольника Кало, применяя технику «хобот слона» с рассечением брюшины в области шейки, с поэтапным гемостазом. Отдельно проводится скелетирование пузырной артерии и пузырного протока с клиппированием (проксимально две, дистально одну клипсу на пузырный проток и по одной проксимально и дистально на артерию) пересекаем ножницами между клипсами. Далее выполняется холецистэктомия с коагуляцией ложа желчного пузыря. В момент операции промывались подпеченочное и над печеночное пространство физиологическим раствором хлорида натрия. Желчный пузырь из брюшной полости удалялся через эпигастральную рану. Затем проводился

контроль на гемо- и холестаза. При надобности в подпеченочное пространство устанавливали контрольный микроирригатор через 5мм. порт в правом подреберье и фиксировался. Троакары удаляли под контролем камеры. Последней удалялась камера после панарамного осмотра брюшной полости. Раны ушивались.

Резюме:

Анализ клинического материала показал, что наиболее часто повторные операции выполняли у женщин (61,8%) в сравнении с мужчинами (38,2%). Наибольшую часть оперированных составили пациенты старше 50 лет (59,2%).

Оперативное лечение у большинства произведено было по поводу ЖКБ, осложненной острым или хроническим калькулезным холециститом, затем по поводу эхинококкоза печени (9 чел.), острого аппендицита (8 чел.), а с другой патологией было по 2-3 больных.

Чаще причиной повторных операций было желчеистечение (33,6%), также нередко наблюдалось внутрибрюшное кровотечение (27,7%), перитонит (18,2%) и ранняя послеоперационная кишечная непроходимость (6,4%).

Осложнения возникали, как после экстренных операций, так и вмешательств, выполненных в плановом порядке. У повторно оперированных, первые операции были выполнены у большинства лапаротомным доступом и реже лапароскопически.

В диагностике осложнений и оценке течения заболевания после повторной операции избраны методы, которые позволили оценить состояние больных до релапаротомии и определить результаты повторной операции. Это клинические методы, лабораторные (лейкоцитоз, ЛИИ, печеночные и почечные тесты, С-реактивный белок, прокальцитонин, бактериологическое исследование экссудата брюшной полости), и инструментальные (УЗИ), по показаниям КТ и МРТ.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ, КАК ПРИЧИНА ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Одним из грозных осложнений после операций, выполненных по поводу заболеваний органов брюшной полости, является желчеистечение, возникновение которого влияет не только на течение послеоперационного периода, но и на исход заболевания. Его частота не велика (0,1-4%), но нередко требует повторных операций на что указывает ряд исследователей [33; 91; 106; 107; 144; 190].

При выполнении органосохраняющих операций по поводу эхинококкоза печени это осложнение может возникнуть при повреждении желчных протоков, при не тщательном ушивании желчных свищей, открывающихся в полость кисты, а после радикальных при недостаточно полном холестазае [49].

После операций, произведенных по поводу альвеококкоза также может возникнуть желчеистечение, которое редко требует повторного вмешательства [5]. В нашем наблюдении данное осложнение чаще всего возникало после операций, проведённых по поводу желчнокаменной болезни. Оно может возникнуть из ложа удаленного желчного пузыря при не тщательном холестазае, при соскальзывании лигатуры или ее ослабления с пузырного протока, а также при ятрогенном повреждении желчных протоков. Трудности возникают при принятии решения о необходимости повторной операции, поскольку время её проведения существенно влияет на исход заболевания, а неоправданное вмешательство может привести к ухудшению состояния пациента.

В данной главе представлен анализ результатов лечения пациентов, у которых после операции отмечалось осложнение в виде желчеистечения. Всего под наблюдением находились 68 больных, прооперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 города Бишкек. Из 68 пациентов — 51 женщина и 17 мужчин в возрасте от 38 до 76

лет. Характер патологии по поводу которой оперированы больные дан в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Перечень заболеваний по поводу которых выполнена первая операция и возникло желчеистечение

№	Патология	Всего		из них операции выполнены	
		абс.ч.	%	лапароскоп.	лапаротом.
1	Эхинококкоз	5	7,4	-	5
2	Альвеококкоз	12	17,6	-	12
3	Острый холецистит	21	30,9	15	6
4	Хронический холецистит	30	44,1	26	4
Всего абс.ч.		68		41	27
%			100,0	60,3	39,7

Из 68 оперированных чаще занимали больные, которым операция произведена по поводу желчнокаменной болезни (острый, хронический холецистит, холедохолитиаз) – 51 (75%), по поводу паразитарного заболевания у 12 пациентов. Операции выполнялись лапаротомным и лапароскопическим доступом, но чаще при ЖКБ лапароскопическим (60,3%) и реже лапаротомным (39,7%).

Из 17 больных, у которых операцию выполняли по поводу паразитарных заболеваний (альвеококкоз, эхинококкоз печени) у 12 произведена резекция печени при альвеококкоза, а у 5 при эхинококэктомии желчеистечение отмечено после капитоножа и у одной после абдоминализации в результате прорезывания швов цисто-биллиарных свищей.

После операций, выполненных по поводу желчнокаменной болезни у 51 больных наблюдали желчеистечение, из них у 10 удаления желчного пузыря была проведена лапаротомным доступом, а у 41 лапароскопически.

Следовательно на нашем клиническом материале превалировали больные с желчеистечением у которых холецистэктомия выполнена лапароскопически (соответственно 41 и 10).

Из 68 больных – 3 оперированы лапаротомным доступом в лечебных учреждениях республики, а в нашу клинику они доставлены в связи с развившимся желчеистечением и перитонитом после холецистэктомии. Все остальные больные ранее оперированы в хирургических отделениях ГKB №1, г. Бишкек.

Сроки появления желчеистечения колебались от одного часа до семи суток после выполненной первой операции.

В определении желчеистечения учитывали общеклинические методы и особое внимание уделяли определению в динамике характера, количеству отделяемого через страховый дренаж и результатом УЗИ, которое выполняли каждые 2-3 дня.

В отношении больных с появлением желчи из дренажей мы придерживались следующей тактики:

1. При появлении желчи в первые часы после операции в большом количестве (200-250 мл. за 2 часа) вели наблюдение в течение не более шести часов, если выделение чистой желчи продолжалось, выполняли релапаротомию. После операции контроль УЗИ для выявления наличия жидкости в отделах брюшной полости.

2. При появлении желчи в небольшом количестве с примесью серозно-геморрагического отделяемого и отсутствии скоплений жидкости в подпечёночном пространстве и других областях по данным контрольного УЗИ, проводилось динамическое наблюдение. Ежедневно измерялось количество отделяемого. При тенденции к его снижению и отсутствии патологических изменений по УЗИ продолжали консервативное ведение до полного прекращения отделяемого и нормализации УЗИ-картины. Дренаж удаляли и обязательно через сутки выполняли УЗИ и решали вопрос о возможности выписки больного.

3. После наружного дренирования холедоха – измеряли суточное количество желчи и если количество не уменьшалось до 6-7 суток, выполняли холангиографию для исключения резидуального холедохолитиаза или стриктуры холедоха незамеченной во время первой операции.

4. В тех случаях, когда перед удалением дренажа из холедоха не делали контрольную холангиографию, а после удаления дренажа по его ходу выделялась желчь, то выполняли фистулохолангиографию для выявления причин желчеистечения.

5. Типы повторных операций при желчеистечении даны в таблице 3.2. Из 37 оперированных повторно по поводу желчеистечения у 21 операция первая выполнена лапаротомным доступом, а у 16 лапароскопическим.

Таблица 3.2 – Повторные операции при желчеистечении и характер осложнений в послеоперационном периоде

№	Типы операций	Всего боль- ных	Из них возникли осложнения					Всего ослож- нений
			Нагное- ние раны	пнев- мония	плев- рит	пери- тонит	ПОН	
1	Ушивание желчного свища (после эхинокок- кэктомии)	5		1	1		1	3
2	Повторное лигирование пузырного протока	9	1			1		2
3	Ушивание ложа желчного пузыря	5		1	1			2
4	Эндоскопическая папиллосфинктерот омия	2						-
5	Релапаротомия с холедохолитотомие й	7					1	1
6	Дренирование холедоха (при ятрогенном повреждении)	1						-
7	Реконструктивные восстановительные операции при ятрогенном повреждении	8		1	1	1		3
Всего		37	1	3	3	2	2	11 (29,7%)

После операции, выполненной по поводу альвеококкоза, повторных операций в связи с желчеистечением не выполнялось из-за отсутствия показаний. У всех 12 пациентов с первых суток после операции наблюдалось выделение желчи с примесью геморрагической жидкости, объём которой в первые 3–4 дня не превышал 200 мл в сутки. В последующем количество отделяемого постепенно снижалось: у 8 больных оно прекратилось на 4–7-е сутки, у остальных четырёх — на 8–9-е сутки. При контрольном УЗИ скопления жидкости не выявлялось.

Из пяти пациентов, которым была выполнена операция по поводу эхинококкоза печени, повторное хирургическое вмешательство потребовалось двоим. У всех пятерых желчеистечение появилось на вторые сутки после операции, однако у трёх количество выделяемой желчи постепенно уменьшалось и в дальнейшем полностью прекратилось. У двух больных объём отделяемой желчи превышал 100–150 мл в сутки, и при УЗИ было выявлено скопление жидкости в подпечёночном пространстве, в связи с чем им были проведены повторные операции. При релапаротомии установлено, что желчь выделялась из оставшейся части полости фиброзной капсулы, которая была ликвидирована абдоминализацией. Швы сняты, полость тщательно промыта озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, осушена, при ревизии обнаружен желчный свищ, который не был ушит при первой операции, поэтому при повторной операции свищ ушит полипропиленовым шовным материалом 3,0 и к нему фиксирована прядь большого сальника, брюшная полость дважды орошена озонированным раствором хлорида натрия. Послеоперационный период у обоих больных протекал без осложнений.

У одного больного был *echinococcosis multilocularis* печени и хронический калькулезный холецистит. Приводим следующее клиническое наблюдение:

Больной К-в уулу Д., 21 год, медицинская карта №4939/638, поступил в клинику 12.03.2015 с жалобами на постоянные тупые боли в правом

подреберье и эпигастральной области, периодически усиливающиеся и приобретающие приступообразный характер, особенно после приёма жирной пищи. Эти симптомы отмечались на протяжении 3–4 месяцев, при этом в последние дни состояние ухудшилось: боли усилились, появилась нарастающая слабость. Пациент обратился в диагностическое отделение ГКБ №1, где прошёл обследование, по результатам которого было рекомендовано оперативное лечение.

При поступлении общее состояние расценивалось как удовлетворительное. Пациент пониженного питания, сердечные тоны ритмичные, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 64 уд/мин. В лёгких дыхание везикулярное.

При УЗИ – печень не увеличена, контур ровный, структура печени однородная. В зоне 7 сегмента правой доли гиперэхогенное образование размером 91х59мм, в 5 сегменте образование 53х47мм и в 3 сегменте левой доли тоже гиперэхогенное образование размером 52х36мм. Портальная вена 12мм.

Желчный пузырь с перетяжкой в центре, грушевидной формы размером 52х18мм, стенка его уплотнена, в полости пузыря множество конкрементов размером 8,6мм (рисунок 3.1). Заключение: множественный эхинококкоз печени, ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

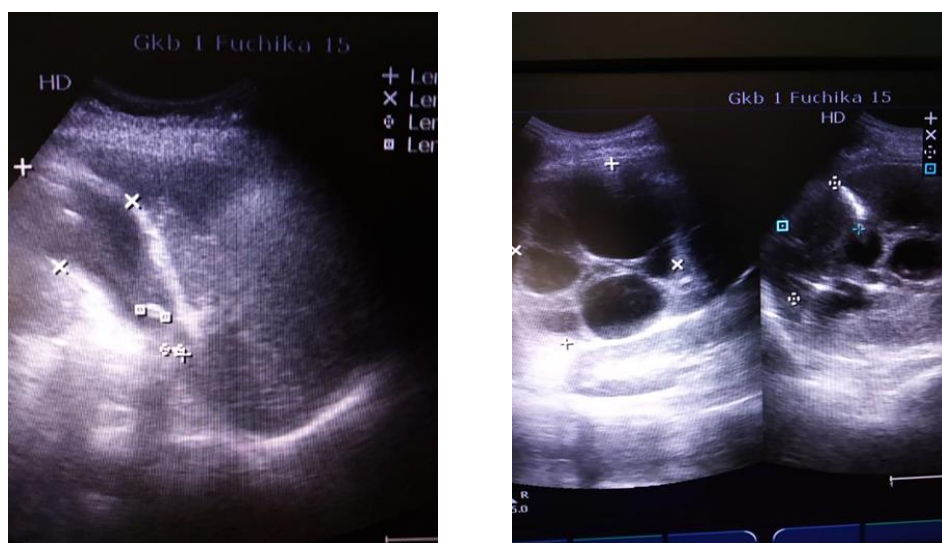


Рисунок 3.1 - Сонограмма печени и желчного пузыря больного К-ва Д. при поступлении.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: Э-2, П-5, С-70, Л-21, М-2, СОЭ-5мм/час.

ПТИ – 90%, билирубин – 11,6 мкмоль/л, мочевины – 4,8 ммоль/л, креатинин – 60,0 мкмоль/л; ЭКГ – без особенностей.

На основании обследования поставлен диагноз: множественный эхинококкоз печени, хронический калькулезный холецистит.

Операция была выполнена через сутки после поступления под эндотрахеальным наркозом с доступом по Федорову. После ревизии брюшной полости выполнена холецистэктомия от шейки, а затем две кисты ликвидированы выполнением перицистэктомии с наложением сквозных П-образных швов, а при локализации кисты в зоне 7 сегмента произведена эхинококкэктомия методом абдоминализации с дренированием брюшной полости.

После операции состояние соответствовало тяжести оперативного вмешательства. Через дренаж выделялось небольшое количество жидкости (50-60мл за сутки), а на 4 сутки появилась примесь желчи, стало ухудшаться состояние: нарастала слабость, повысилась температура, частый пульс и усилились боли в животе, выполняли посиндромное лечение, вели наблюдение. На 8е сутки появились признаки перитонита, через дренаж отделяемого не было, а при УЗИ обнаружено скопления жидкости в поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах, что явилось показанием для релапаротомии. При повторной операции выявлен желчный перитонит и желчный свищ в полости фиброзной капсулы в зоне 7 сегмента, который не был ликвидирован при первой операции. После обработки полости свищ был ушит, полость капсулы дренирована, а также произведено дренирование брюшной полости и малого таза. Перед этим брюшная полость многократно орошалась озонированным раствором хлорида натрия.

После операции состояние пациента было тяжёлым, что было связано с эндотоксикозом. Он получал противовоспалительное лечение (цефтриаксон внутривенно по 1,0 г два раза в сутки, метронидазол по 100 мл два раза в сутки), инфузионную терапию с применением гепатотропных препаратов (гептрал, эссенциале), а также реополиглюкина, полиглюкина и физиологического раствора хлорида натрия, а также меры для восстановления функции ЖКТ. Состояние пациента постепенно улучшалось. Температура нормализовалась на 4-й сутки после операции, боли в операционной ране прекратились на 5-й сутки, стул восстановился на 4-й сутки после повторной операции. На 6-й сутки при контрольном УЗИ был выявлен правосторонний плеврит, проведена плевральная пункция, после чего накопление жидкости прекратилось.

Дренажи из брюшной полости были удалены поэтапно на 5–6 сутки. Рана заживала первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан на 10-й день после повторной операции.

При обследовании через 2 месяца общее состояние пациента было удовлетворительным, жалоб не возникало. Анализ крови не показал отклонений от нормы. По результатам УЗИ печени и органов брюшной полости патология не выявлена.

Приведённое наблюдение иллюстрирует сложность операции при множественном эхинококкозе печени, особенно в сочетании с желчнокаменной болезнью. После выполненной симультанной операции возникло осложнение – желчеистечение с развитием перитонита, но благодаря комплексной терапии удалось больного спасти.

У одной больной (67 лет), оперированной по поводу эхинококкоза с ликвидацией полости фиброзной капсулы абдоминализацией, на 3-й день после операции через страховый дренаж начала выделяться серозно-геморрагическая жидкость с примесью желчи. В течение двух суток объём отделяемого не превышал 150-200 мл, а затем он снизился до 100-120 мл. Однако на 6-й день количество выделяемой желчи возросло до 250-300 мл, и

при УЗИ было выявлено наличие жидкости в подпеченочном пространстве. Необходимо отметить, что в эти сроки наблюдения состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастали явления эндотоксикоза, несмотря на выполнение комплексной медикаментозной терапии, появились признаки перитонита и на 9 сутки выполнена релапаротомия. При ревизии установлено, что желчеистечение обусловлено несостоятельностью ушитого желчного свища. Свищ повторно ушит. Брюшная полость промыта озонированным раствором и дренирована. После релапаротомии состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастали явления интоксикации и через 2 суток она умерла от полиорганной недостаточности, развившейся в результате прогрессирования желчного перитонита.

Результаты повторной операции у больных после эхинококкэктомии зависели от срока выполненной релапаротомии, чем раньше она производилась, тем лучшим был исход.

Наибольшую группу с желчеистечением составили больные, которые были оперированы по поводу желчнокаменной болезни (51 человек).

Из них по поводу острого холецистита лапароскопически оперированы 15 пациентов и по поводу хронического – 26. Из 15 оперированных по поводу острого холецистита ятрогенные повреждения холедоха имели место у одной больной. Ей повторная операция была выполнена в день операции (через 6 часов после операции). По страховому дренажу выделялась чистая желчь в первые часы после операции и при УЗИ обнаружено наличие жидкости в подпеченочном пространстве, что служило основанием для релапаротомии. При повторной операции установлено повреждение общего желчного протока размером 4 мм, через которое выделялась желчь. Произведено наружное дренирование холедоха, орошение брюшной полости и дренирование. Послеоперационный период протекал тяжело, но все же удалось добиться выздоровления. В данном наблюдении повреждение холедоха было связано с атипичным расположением пузырного протока и в момент его обработки был поврежден холедох.

У 8 пациентов при остром холецистите повторная операция была проведена в связи с различными осложнениями: у 4 пациентов — соскальзывание клипс с пузырного протока, у 3 — несостоятельность клипса, и у 1 — желчеистечение из ложа желчного пузыря. У 7 пациентов желчеистечение возникло в первые часы после операции, и у 6 из них была выполнена повторная операция.

При хроническом холецистите из 26 пациентов, прооперированных лапароскопически, повторная операция была проведена у 7 больных: у 5 — из-за соскальзывания клипс, а у 2 — по причине несостоятельности клипса. Из них 4 — оперированы в день операции, а 3 на вторые сутки, при чем у одного выполнена лапароскопия, которая явилась не только диагностическим, но и лечебным приемом; при лапароскопии обнаружена несостоятельность клипс, клипсы наложены повторно, выпот брюшной полости (желчь) удален.

Наиболее тяжело протекал послеоперационный период у больных, у которых желчеистечение возникло после холецистэктомии из лапаротомного доступа. После операции, произведенной при остром холецистите у 4 были ятрогенные повреждения общего желчного протока. Один из них был оперирован у нас в клинике, повреждение замечено в момент операции и ему произведена восстановительная операция. А трое оперированы в других лечебных учреждениях и доставлены к нам в клинику на 3 сутки после операции. У больных были выраженные явления разлитого желчного перитонита, желтуха и холангит. После кратковременной предоперационной подготовки им произведена релапаротомия при которой у 2 выявлено повреждение холедоха, а у одного - общего печеночного протока. Им выполнены реконструктивно-восстановительные операции, тщательная санация брюшной полости, дренирование подпеченочного пространства и боковых канальцов. Послеоперационный период протекал тяжело.

Желчеистечение после лапаротомной холецистэктомии наблюдалось у 10 больных, из них 6 оперированы по поводу острого холецистита и 4 —

хронического. Повторные операции выполнены у 6 больных. Это были пациенты, у которых в момент операции не в полном объеме выполнялись исследования по выявлению холедохолитиаза. Ревизия холедоха произведена лишь зондированием и операция закончена была наружным дренированием холедоха. На протяжении недели через дренаж выделялось 250-350мл желчи и не было тенденции к уменьшению. Им выполнена холангиография при которой обнаружена непроходимость холедоха из-за наличия конкремента. Одному из них выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, конкремент удален, проходимость холедоха восстановлена, наступило выздоровление, а остальным произведена релапаротомия и удаление конкремента из холедоха с повторным наружным дренированием. Недостаточная ревизия в момент операции приводит к тяжелому послеоперационному течению. Приводим 2 наблюдения:

1. Больная С-ва Г.Б., 37 лет, медицинская карта 951/138, поступила в клинику 21.01.2019 с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, рвоту и общую слабость. Боль появилась 3 дня назад, постепенно усиливаясь, в связи с чем было принято решение о проведении операции с диагнозом: острый калькулезный холецистит.

В результате обследования поставлен диагноз: острый калькулезный холецистит и она оперирована первые часы после поступления, выполнена холецистэктомия из мини доступа от шейки. Брюшная полость орошена озонированным раствором и дренирована. Через 24 часа после операции у больной появилась желтушность склер и кожных покровов, через дренаж выделялось содержимое с примесью желчи. Получала противовоспалительную и инфузионную терапию, но состояние не улучшалось, желтуха нарастала. Многократно выполнялось УЗИ брюшной полости и лабораторные исследования, уровень билирубина нарастал. Через 10 дней при УЗИ обнаружено наличие жидкости в подпеченочном пространстве и в малом тазу, диаметр холедоха 12мм, расширение внутрипеченочных протоков. Решено больную взять на повторную операцию

в связи с наличием признаков непроходимости холедоха и перитонита. 31.01.2019 т.е. через 10 дней после первой операции. При релапаротомии – обнаружено жидкость с примесью желчи и при ревизии установлена стриктура терминального отдела холедоха. А причиной желчеистечения явилось соскальзывание лигатуры, вследствие повышения внутрихоледо-холеального давления.

Выполнен билиоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру,а затем брюшная полость орошена озонированным раствором, осушена и введена однократно антибиотиколимфотропная смесь в круглую связку печени и в малый сальник. Холедох был дренирован микроирригатором для декомпрессии и санации анастомоза и желчных протоков. Брюшная полость также была дренирована.

После операции состояние было тяжёлым, пациентка получала интенсивную противовоспалительную терапию, инфузионную терапию с использованием гепатопротекторов, свежесзамороженной плазмы и эритроцитарной массы. Через микроирригатор вводились озонированный раствор хлорида натрия и антибиотики. Состояние стало улучшаться, снижался уровень билирубина, восстановлена функция желудочнокишечного тракта. Дренажи удалены на 7-8 сутки, заживление раны первичное. Пациентка находилась в стационаре 30 дней, из которых 20 дней — после повторной операции.

2. Больная К-к кызы А., 23 года, медицинская карта № 2295/410, госпитализирована в клинику 25.02.2019 с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и слизистых, слабость, тёмную мочу и повышение температуры. Боли впервые появились год назад, при УЗИ были выявлены мелкие конкременты и песок в желчном пузыре, однако боль носила тупой характер. Она периодически принимала спазмолитические препараты. За последние 2 недели боли стали интенсивными, прогрессивно нарастающими, прием спазмолитических средств был не эффективен, к перечисленным жалобам присоединилась желтушность кожи и слизистых и

больную направили на оперативное лечение с диагнозом: хронический калькулезный холецистит. Выполнено УЗИ, заключение – ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз (рисунок 3.2).

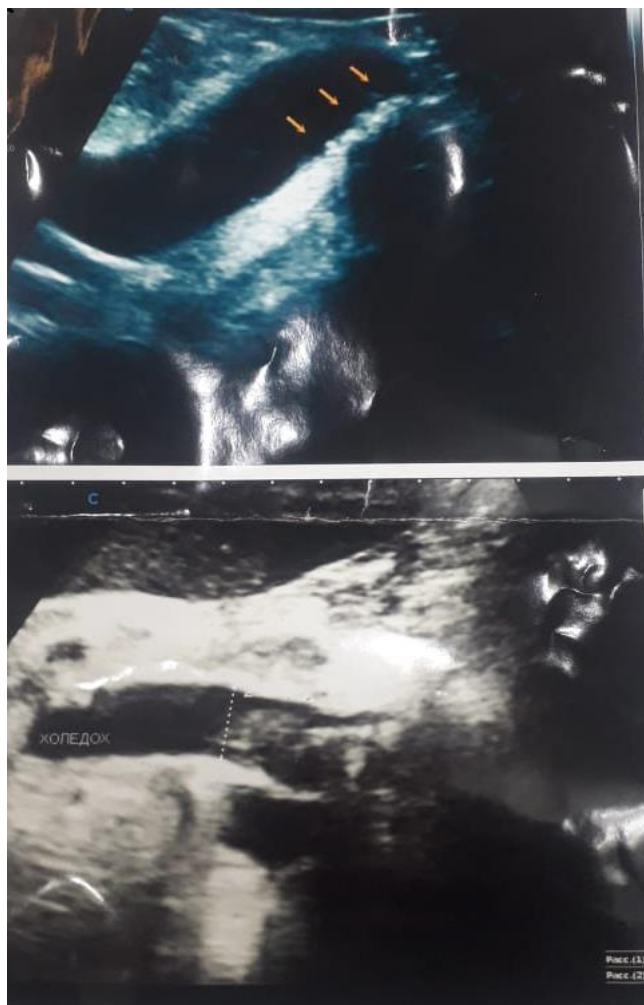


Рисунок 3.2 - Сонограмма печени и желчного пузыря больной К-ой А при поступлении.

После обследования определен характер заболевания и поставлен диагноз: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, механическая желтуха, холангит.

После кратковременной предоперационной подготовки, в основном включавшей инфузионную терапию, была проведена операция: холецистэктомия от шейки, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха по Вишневскому. Далее была выполнена интраоперационная холангиография. В первые сутки после операции состояние пациента было удовлетворительным, через дренаж выделялось по 250-350 мл желчи в сутки. Однако на 4-й день состояние резко

ухудшилось: появились боли в животе, выраженная слабость, температура поднялась до 38,5°C. По данным УЗИ, была выявлена жидкость в поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах, в малом тазу и в правой плевральной полости. Решено было взять больную на повторную операцию. При ревизии установлено, что дренажная трубка стоит в холедохе, но помимо дренажа желчь попадает в брюшную полость, холедох расширен, в брюшной полости жидкость с примесью желчи. Выполнена интраоперационная холангиография при которой выявлена стриктура терминального отдела холедоха, контраст в кишечник поступает поздно, тонкой струей (рисунок 3.3).

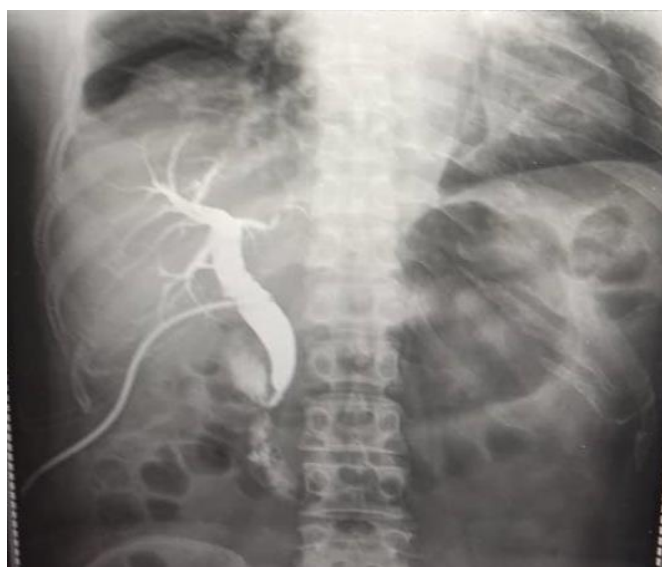


Рисунок 3.3. - Интраоперационная холангиограмма больной У-к кызы А.

Дренаж из холедоха удален, выполнен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру и транспеченочным дренированием левого долевого протока по Прадери, дренирование подпеченочного, поддиафрагмального пространства и малого таза.

Состояние больной после операции было тяжелое, выполнялась массивная противовоспалительная терапия, инфузионная с включением гепатотропных препаратов, что позволило улучшить ее показатели. По поводу плеврита выполнялись плевральные пункции.

В процессе лечения состояние улучшилось, заживление раны шло без осложнений, на 16 сутки после релапаротомии выписана домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга.

Данное клиническое наблюдение подтверждает важность детального обследования холедоха до операции и в момент ее выполнения у больных с указанием на приступообразные боли и при желтухе. При первой операции было решено, что проходимость холедоха восстановлена путем удаления мелких конкрементов из холедоха и не уделено достаточно внимания контролю проходимости протока.

У двух больных через наружный дренаж холедоха выделялась желчь в количестве не превышало за сутки 100-250мл. На 7е сутки дренаж удален, но по его ходу стала в большом количестве выделяться желчь, им произведена фистулохолангиография на основании результатов установлено наличие конкремента в общем желчном протоке. Оба повторно были оперированы, у одного из них состояние постепенно улучшалось, а один умер на вторые сутки после релапаротомии от полиорганной недостаточности.

Таким образом, из наблюдаемых нами больных с желчеистечением повторная операция выполнена у 37, что составило 33,6% ко всем повторно оперированным, умерло 2 (5,4%).

Анализ осложнений по поводу которых выполняли повторную операцию показал, что желчеистечение наиболее часто возникало у больных ЖКБ, осложненной острым или хроническим холециститом. Среди причин наибольший удельный вес занимала недостаточность пузырного протока или соскальзывание клипс или лигатуры, что говорит о погрешностях операции. Также нередко желчеистечение имело место при недостаточной ревизии проходимости холедоха в момент первой операции. При ревизии холедоха использовали в основном зондирование протока, а оно не обеспечивает полной информации о состоянии холедоха.

Наиболее сложной причиной желчеистечения были ятрогенные повреждения холедоха при которых повторная операция сложнее и течение послеоперационного периода более тяжелое. С возникшими осложнениями, мы благодаря комплексной медикаментозной терапии справились, но не смогли добиться ликвидации полиорганной недостаточности у двух больных, у которых повторная операция была запоздалой.

На основании наблюдений за больными с желчеистечением мы разработали алгоритм тактики хирурга при этом осложнении (рисунок 3.4).

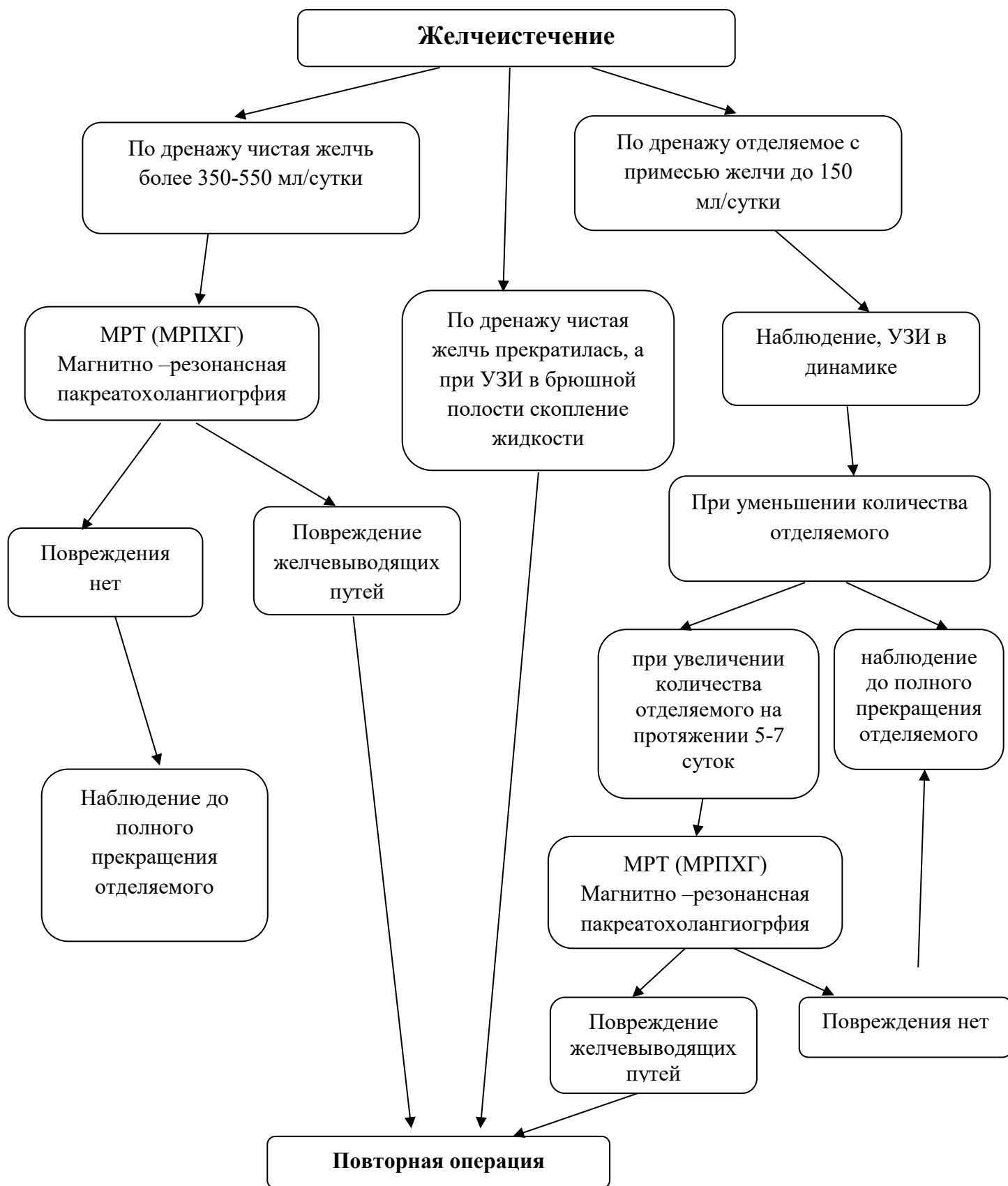


Рисунок 3.4 - Алгоритм тактики хирурга при желчеистечении.

Резюме:

Рассматривая желчеистечение как причину повторных операций необходимо отметить, что это осложнение имеет место чаще после операции выполненных по поводу заболеваний печени. Однако после первой операции выполненной по поводу альвеококкоза, желчеистечение наблюдается часто, но оно имеет тенденцию к самостоятельному прекращению, как это было в наблюдаемых нами случаях. После операций по поводу эхинококкоза причиной желчеистечения являлись не обнаруженные или недостаточно герметично ушитые желчные свищи при первой операции или несостоятельность швов ушитых желчных свищей.

Наиболее часто на нашем материале было желчеистечение после холецистэктомии, при чем при остром холецистите из 21 больного у 13 потребовалась повторная операция, а после хронического из 30 у 9 пациентов.

После лапароскопической холецистэктомии повторная операция была выполнена у 16 из 41 пациента, а после лапаротомной холецистэктомии — у 6 из 10. В любом случае после повторного вмешательства послеоперационный период протекал тяжело, и довольно часто возникали осложнения: нагноение раны у 1 из 37 повторно оперированных, пневмония у 3, плеврит у 3, прогрессирование перитонита у 2 и полиорганная недостаточность у 2 пациентов, что стало причиной смерти этих больных. Всего осложнений было 11 из 37 оперированных, что составило 29,7%.

Реже мы наблюдали желчеистечение после операций, выполненных по поводу эхинококкоза — это осложнение было связано с техническими погрешностями операции и недоучетом результатов обследования больных до операции.

Выполнение повторной операции при желчеистечении предусматривало устранение причины желчеистечения, но этого было недостаточно для благоприятного исхода, так как наличие желчи в брюшной

полости являлось причиной возникновения воспаления и нарушения функции желудочнокишечного тракта.

При выполнении повторной операции обращали особое внимание обработке брюшной полости (орошение озонированным раствором хлорида натрия), для профилактики возникновения паралитической кишечной непроходимости в круглую связку печени и малый сальник вводили антибиотики с лимфотропной смесью и дренировали подпеченочное пространство и нередко малый таз. В момент операции брали экссудат для бактериологического посева для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

После выхода из наркоза обращали особое внимание на профилактику легочных осложнений (дыхательная гимнастика, своевременное введение обезболивающих, ранняя активизация больных) назначали антибиотики цефтриаксон или цефазолин внутривенно в сочетании с метронидазолом, а после получения результатов посева – пересматривали антибиотики. Проводилась инфузионная терапия: вводились солевые растворы, свежезамороженная плазма, а также 400 мл озонированного раствора хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл на протяжении 5-6 дней. Обязательно включали гепатотропные препараты, так как при ЖКБ и эхинококкозе всегда имеют место нарушения функции печени. Весь этот комплекс мер мы использовали при повторных операциях и несмотря на их объем у 37 из повторно оперированных осложнения возникли у 11, т.е. почти у каждого третьего были выявлены осложнения. Также отмечены и легочные осложнения (3 - пневмония, 3 – плеврит) и по два наблюдения перитонит и полиорганная недостаточность.

ГЛАВА 4. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

После операций на органах брюшной полости возникают внутрибрюшные кровотечения, которые существенно утяжеляют состояние больных и требуют повторного оперативного лечения для выявления их причины и остановки. По сведениям многих исследователей их частота колеблется от 14 до 25% от числа всех осложнений после операции на органов брюшной полости [63; 88; 91]. Все авторы отмечают большое значение срокам выполнения повторной операции при этом осложнении, так как чем быстрее она выполнена, тем лучший исход и меньше возникает осложнений в послеоперационном периоде и более низкая летальность. Здесь имеет значение быстрое выполнение возможных методов диагностики, адекватного выбора обезболивания, доступа и менее травматичного вмешательства.

Под наблюдением находились 25 пациентов, прооперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости, у которых после операции возникло внутрибрюшное кровотечение, что потребовало выполнения повторной операции. В таблице 4.1 представлено распределение пациентов этой группы по полу и возрасту. Среди пациентов с кровотечением женщин было больше, чем мужчин.

Таблица 4.1 – Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	из них в возрасте					
		20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70
Жен.	18	2	3	2	4	5	2
Муж.	7	1	1	2	1	1	1
Всего	25	3	4	4	5	6	3

Наиболее часто кровотечение возникало у женщин в сравнении с мужчинами, но это связано с тем, что большинство женщин оперированы по

поводу ЖКБ, осложненной острым или хроническим холециститом в сравнении с мужчинами. Возраст повторно оперированных колебался от 23 до 78 лет, но среди женщин преобладали лица старше 50 лет (11 из 18), а среди мужчин до 50 лет (4 из 7).

Среди больных с внутрибрюшным кровотечением первая операция выполнена лапаротомным доступом у 21 и у 4 пациентов операция произведена лапароскопически (при ЖКБ). В экстренном порядке оперировано 13 больных и в плановом 12. Следовательно, на нашем материале почти в равном числе наблюдений кровотечение отмечено у оперированных как в экстренном, так и плановом порядке. Необходимо было учесть по поводу какой патологии были оперированы больные, результаты представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2 – Заболевания по поводу которых произведена первая операция

№	Заболевания	Всего больных	из них оперированы доступом	
			лапаротомия	лапароскопия
1	Острый холецистит	11	7	4
2	Острый холецистит + холедохолитиаз	1	1	-
3	Хронический калькулезный холецистит	5	2	3
4	Хронический калькулезный холецистит + холедохолитиаз	2	2	-
5	Грыжесечение	1	1	-
6	Эхинококкоз печени	3	3	-
7	Разрыв кисты яичника	1	1	-
8	Эхинококкоз забрюшинного пространства	1	1	-
Всего		25	18	7

Наиболее высокий удельный вес занимали больные, оперированные по поводу ЖКБ, осложненной холециститом (острый – 12 и хронический 7), из них у 3 ЖКБ была осложнена холедохолитиазом, трем произведена эхинококкэктомия на печени. У остальных отмечено по 1 наблюдению (грыжи, разрыв кисты яичника).

Мы считали необходимы выяснить в какие сроки после операции установлено кровотечение и какой тип операции был выполнен. Полученные данные приведены в таблице 4.3.

Типы 4.3 – Типы выполненных операций и сроки возникновения осложнений

№	Типы операций	Всего больных	Сроки возникновения осложнений (в сутках)		
			1	2	4
1	Холецистэктомия	16	9	5	2
2	Холецистэктомия + наружное дренирование	2	2	-	-
3	Холецистэктомия + внутреннее дренирование	1	1	-	-
4	Грыжесечение	1	-	-	1
5	Эхинококкэктомия	4	1	3	-
6	Ушивание разрыва кисты яичника	1	-	1	-
Всего		25	13	9	3

После удаления желчного пузыря, выполнено у 16 пациентов внутрибрюшное кровотечение и было отмечено у 9 в первые сутки после операции, причем у 5 уже в первые часы после вмешательства, а у 5 через 2 дня и еще у 2 на 4 сутки после операции.

Выявление этого осложнения включало общее состояние, учет количества выделяемой крови через дренаж, показатели лабораторного

анализа, исследования крови и гемодинамические. Важными методами было УЗИ и сведения о количестве и качестве выделяемой крови через дренаж. Позднее вмешательство на 4 сутки было связано с нечеткими проявлениями осложнения и необходимостью дополнительного обследования больных, наслоением признаков тяжелых сопутствующих заболеваний.

После операций, проведённых по поводу эхинококкоза печени (у 3 пациентов) и забрюшинного образования (у 1 пациента), релапаротомия была выполнена у одного больного на первые сутки, а у трёх — на вторые сутки. У одного пациента уже в первые сутки через дренаж начала выделяться чистая кровь, в связи с чем была срочно проведена повторная операция. У остальных трёх клиническая картина внутрибрюшного кровотечения была неясной: несмотря на стабильные показатели гемодинамики, на вторые сутки при ультразвуковом исследовании была выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

У двух из 25 повторно оперированных по поводу внутрибрюшного кровотечения повторная операция была выполнена на 4 сутки. Один из них был с большой пахово-мошоночной грыжей, ему произведена операция в плановом порядке – грыжесечение, пластика по Бассини. В первые сутки через резиновый выпускник выделялось небольшое количество геморрагической жидкости, а затем прекратилось, но усилились боли в области послеоперационной раны, пальпировался болезненный инфильтрат и вновь увеличилось геморрагическое отделяемое по выпускнику. Решено выполнить повторную операцию, выявить источник кровотечения. При повторной операции источник не обнаружен, подкожная, предпузырная клетчатка и ткани брюшной стенки имbibированы кровью. Рана была тампонирована, однако состояние пациента оставалось тяжёлым, с прогрессирующими признаками полиорганной недостаточности, которая, несмотря на проводимую медикаментозную терапию, направленную на восстановление нарушенных функций, привела к летальному исходу.

Нами произведен так же анализ причин возникновения внутрибрюшного кровотечения (таблица 4.4).

При рассмотрении причин кровотечения было установлено, что при операциях, выполненных по поводу ЖКБ, соскальзывание лигатуры с артерии было у 5 больных, у 2х кровотечение связано с не надежным лигированием клипса на пузырьную артерию, операция у 2 выполнялась лапароскопически. Наибольший удельный вес составили больные, у которых кровотечение было обусловлено недостаточным гемостазом ложа желчного пузыря. (11 чел.).

Таблица 4.4 – Причины возникновения внутрибрюшного кровотечения

№	Причины	Всего
1	Соскальзывание лигатуры с артерий	5
2	Несостоятельность гемостаза артерий клипсом	2
3	Недостаточность гемостаза ложа пузыря	10
4	Повреждение сосуда малого сальника	1
5	Повреждение сосуда диафрагмы	1
6	Повреждение сосуда при капитонаже полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии	3
7	Недостаточный гемостаз ушитого разрыва яичника	1
8	Недостаточный гемостаз при грыжесечении	1
9	Недостаточный гемостаз поврежденной печени	1
Всего		25

У больных, оперированных по поводу эхинококкоза у 2 вовремя ушивания цисто-билиарного свища, были повреждены сосуды перикапсулярной ткани печени, а у одного оперированного по поводу эхинококкоза забрюшинного пространства был поврежден сосуд малого сальника, что и явилось причиной кровотечения. Еще у одной больной кровотечение связано с повреждением сосуда диафрагмы при ликвидации остаточной полости. Представляем данное клиническое наблюдение:

Пациентка О-ва Г.С., 52 лет, история болезни №1106/158, поступила в клинику 23.02.2020 с жалобами на наличие свища в правом подреберье с гнойным отделяемым, повышение температуры, общую слабость, усиливающуюся при физической нагрузке. Девять лет назад была

оперирована по поводу эхинококкоза печени и выписана в удовлетворительном состоянии. Однако около двух месяцев назад состояние ухудшилось: появились боли в правом подреберье, сформировался свищ в области послеоперационного рубца с гнойным отделяемым, повысилась температура. По месту жительства получала лечение, включая антибиотики и перевязки, но положительной динамики не наблюдалось. При УЗИ было выявлено кистозное образование в печени, после чего пациентку направили на оперативное лечение.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пациентка истощена, кожные покровы бледные. В правом подреберье определяется плотный послеоперационный рубец, в центре которого — свищ размером 0,5×1 см с гнойным отделяемым.

УЗИ – печень не увеличена, структура неоднородная. В правой доле печени выявляется образование с плотными стенками до 6 мм и наличием жидкости. Заключение: Остаточная полость после эхинококкэктомии (рисунок 4.1).

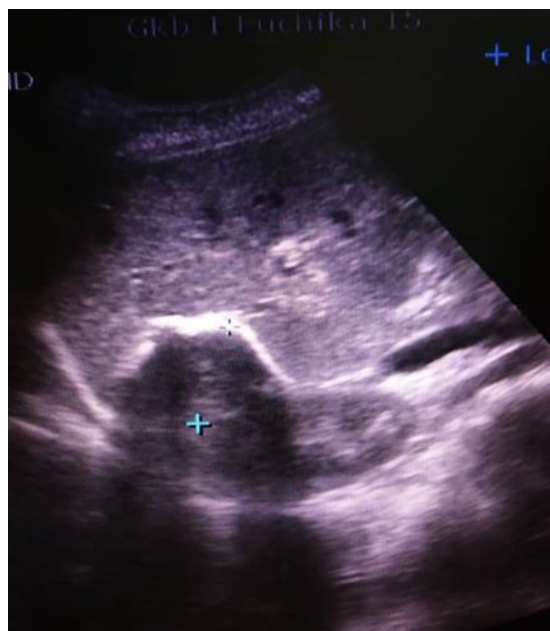


Рисунок 4.1 – Сонограмма печени больной О-вой Г.С. до операции.

При фистулографии контраст проникает в полость, расположенную в зоне 7-8 сегментов печени.

После предоперационной подготовки, под эндотрахеальным наркозом, доступом по Федорову с иссечением старого рубца вскрыта брюшная полость, при осмотре обнаружены спайки между печенью и правым куполом диафрагмы. С существенными техническими трудностями была произведена мобилизация печени от диафрагмы, вскрыта киста, из которой выделилось 150–200 мл густого гноя с резким зловонным запахом. Гнойное содержимое полностью эвакуировано, полость дважды обработана раствором декасана, также обработаны окружающие ткани. Частично иссечена фиброзная капсула, на её края наложены гемостатические швы. Поддиафрагмальное пространство дренировано. Свищевой ход иссечен. Доставлена в отделение реанимации, продолжена ИВЛ. За состоянием больной вели наблюдение. Но в течении двух часов отмечено ухудшение, снизилось артериальное давление, частый нитевидный пульс, гемоглобин снизился до 95 г/л, повязка обильно промокла кровью. При сонографии обнаружено наличие жидкости в брюшной полости под диафрагмой, в подпеченочном пространстве и в малом тазу.

Было установлено наличие внутрибрюшного кровотечения. Пациентка экстренно направлена на повторное оперативное вмешательство. В ходе ревизии источником кровотечения оказался сосуд диафрагмы. Сосуд перевязан, кровотечение остановлено, кровь из брюшной полости удалена, брюшная полость и операционная рана орошена раствором декасана. Поддиафрагмальное пространство, подпеченочная область и малый таз дренированы.

После операции состояние пациентки оставалось тяжёлым, что было связано с значительной кровопотерей (около 800 мл) и травматичностью вмешательства. Проводилась интенсивная противовоспалительная и инфузионная терапия, включающая переливание эритроцитарной массы, плазмы, полиглюкина, реополиглюкина и солевых растворов. Постепенно состояние улучшалось, рана заживала первичным натяжением. Пациентка выписана на восьмые сутки после повторной операции.

Данное наблюдение подтверждает сложность ликвидации остаточной полости в зоне 7-8 сегментов печени.

При разрыве кисты яичника кровотечение возникло вследствие недостаточной остановки кровотечения в области разрыва.

У одного пациента во время первой операции не был выявлен и перевязан добавочный сосуд, что впоследствии стало причиной развития внутрибрюшного кровотечения.

При выявлении внутрибрюшного кровотечения у большинства пациентов повторная операция была выполнена в день выявления осложнения, лишь у единичных больных после эхинококкэктомии и холецистэктомии на 2 сутки, а у больного после грыжесечения на 4 сутки.

При установлении внутрибрюшного кровотечения выполнялись повторные операции лапаротомным доступом, их типы даны в таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Повторные операции и частота осложнений после них

№	Тип операции	Всего больных	Из них возникли осложнения						Всего
			плеврит	нагноение раны	ДВС	парез кишечника	эвентрация	ПОН*	
1	Лапаротомия, перевязка пузырной артерии	7	-	-	-	-	-	-	-
2	Лапаротомия, ушивание ложа пузыря	8	2	-	1	-	-	-	3
3	Лапаротомия тампонирующее ложе пузыря	2	1	-	-	-	-	-	1
4	Лапаротомия, перевязка сосуда малого сальника	1	-	-	-	-	-	-	-
5	Лапаротомия, ушивание сосуда печени и сосуда диафрагмы после эхинококкэктомии	3	-	-	-	1	-	-	1
6	Повторное ушивание разрыва кисты яичника	1	-	-	-	-	-	-	-
7	Недостаточность гемостаза поврежденной ткани печени (5 операций у одного больного)	1	-	1	-	-	-	-	1

8	Тампонирувание повреждения печени	1	-	-	-	-	1	1	2
9	Тампонирувание операционной раны	1	-	-	-	-	-	1	1
Всего		25	3	1	1	1	1	1	8

ПОН* - полиорганная недостаточность.

Во время повторного вмешательства уточняли источник кровотечения и применяли соответствующие методы его остановки. В случаях ненадежного лигирования или соскальзывания лигатуры с пузырьной артерии, сосуд перевязывался повторно. При кровотечении из ложа желчного пузыря применяли коагуляцию или ушивание, а в отдельных случаях (у 4 пациентов) использовали гемостатическую пластину Тахокомб. У двух больных потребовалось тампонирувание ложа пузыря, так как при попытках ушивания кровотечение возобновлялось.

У всех больных удалось кровотечение остановить, и лишь у одного, у которого при первой операции не был выявлен дополнительный сосуд пузырьной артерии, который явился причиной кровотечения, при перевязке которого было повреждение ткани печени. После этого у него вновь возникло кровотечение из участка поврежденной ткани печени, по поводу которой был повторно оперирован нами 5 раз. Ушивались места повреждения ткани печени с наложением швов, но кровотечение продолжалось и при последней операции выполнено тампонирувание раны печени. Послеоперационное течение было тяжелым, проводилась массивная противовоспалительная, гемостатическая и кровозамещающая терапия, благодаря которой удалось больного спасти. В послеоперационном периоде у него возникло нагноение раны. При контрольном обследовании через 1 и 3 месяца после операции состояние больного удовлетворительное.

После эхинококкэктомии при перицистэктомии возникло внутрибрюшное кровотечение, выполнена релапаротомия. При ревизии выявлен поврежденный сосуд, он был ушит, и брюшная полость дренирована. У 2х больных послеоперационный период протекал без

осложнений, а у одной возник парез кишечника, но выполненными мерами медикаментозной терапии и установкой назогастрального зонда с орошением желудка озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл удалось восстановить функцию кишечника и добиться выздоровления.

При забрюшинной локализации кисты эхинококкоза, возникло кровотечение в связи с повреждением сосуда малого сальника, повторная операция заключалась в прошивании и перевязке кровоточащего сосуда малого сальника и дренировании поддиафрагмального и забрюшинного пространства.

У пациентов разрывом кисты яичника кровоточащий сосуд прошит, кровотечение остановлено, малый таз дренирован.

При повторной операции по поводу кровотечения уделяли особое внимание максимальному удалению излившейся крови и сгустков, орошению брюшной полости и раны раствором декасана, обладающего бактериоцидным действием. М. Ж. Алиев [17] экспериментально и клинически доказал, что раствор декасана обладает не только сколексоцидным, но и хорошим бактерицидным действием, что явилось основанием для использования его для орошения брюшной полости. Для орошения брюшной полости мы использовали озонированный раствор хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, обладающий бактерицидными свойствами. Этот раствор применялся для предотвращения инфицирования брюшной полости и снижения обсеменения раны. В свою очередь, В. С. Глоба и соавторы [167] использовали озонированный раствор для санации лимфатической системы при лечении экспериментального перитонита, что позволило им убедиться в его положительном воздействии.

Среднее пребывание больных в стационаре после повторных операций, выполненных по поводу внутрибрюшного кровотечения, составляло от 7 до 23 койко-дней, а в целом по группе $11,6 \pm 1,17$.

Анализ полученных результатов показал, что как после экстренных, так и после плановых операций могут возникнуть внутрибрюшные кровотечения, требующие проведения повторной операции. На нашем материале это осложнение составило 22,7% по отношению ко всем послеоперационным осложнениям.

Анализ причин возникновения послеоперационных кровотечений показал, что причиной у большинства из них явились технические погрешности в момент первой операции: не тщательное лигирование пузырной артерии, не надежное лигирование клипса — это в основном при ЖКБ, а наибольшую группу составили больные с не тщательным гемостазом ложа желчного пузыря.

При эхинококкозе кровотечение чаще всего обусловлено недоучетом анатомического расположения сосудов печени и повреждением сосуда диафрагмы.

При релапаротомии у всех больных осуществляли тщательный гемостаз с его контролем к концу операции. После операции осложнения обнаружены у 7 больных (28%), а осложнений 8, у одного пациента отмечено 2 осложнения. Умер один от полиорганной недостаточности.

На основе анализа причин возникновения внутрибрюшного кровотечения и результатов оперативного лечения, нами был разработан алгоритм, который помогает хирургу выбрать наиболее эффективную тактику для устранения этого осложнения (см. рисунок 4.2).

Анализ симптоматики и результаты обследования больных показали, что если в первые часы после операции через дренаж выделяется свежая кровь, то это указывает на серьезное повреждение сосудов, которое и вызвало внутрибрюшное кровотечение, в таких случаях необходима повторная операция для выяснения причины и остановки кровотечения. В тех случаях, когда в первые часы после операции через дренаж выделяется небольшое количество отделяемого (70-80 мл) с примесью свежей крови, то тогда можно продолжить динамическое наблюдение и стандартное

консервативное лечение. В то же время если в послеоперационном периоде появляются признаки синдрома системной воспалительной реакции, то это должно не только насторожить хирурга, но и выполнять меры, направленные на ликвидацию синдрома.

Полученные данные свидетельствовали о необходимости разработки мер профилактики, которые должны выполняться при первой операции и мер профилактики при повторных операциях. После повторной операции больные нуждаются в особом их ведении, что изложено нами в последней главе диссертации.

Резюме:

Внутрибрюшное кровотечение относится к числу наиболее частых осложнений после операций, выполненных на органах брюшной полости как в экстренном, так и плановом порядке. На нашем материале это осложнение составило 22,7% по отношению ко всем осложнениям, при которых потребовалась повторная операция.

Причинами этого осложнения являются технические погрешности в момент операции, недостаточно полное обследование перед первой операцией, нетщательный гемостаз. У большинства повторно оперированных первая операция выполнена по поводу ЖКБ осложненной острым или хроническим холециститом, при других оперативных вмешательствах - реже.

При анализе причин внутрибрюшного кровотечения было установлено, что основной причиной являются допущенные технические погрешности. При лапароскопических операциях это недостаточно гемостаз, клипсы не обеспечивали остановку кровотечения, а при лапаротомных операциях довольно частой причиной являлось соскальзывание лигатуры и не обнаружение добавочного сосуда в момент первой операции, что привело к повреждению ткани печени при повторном оперативном вмешательстве, которое в свою очередь явилось причиной вновь возникшего кровотечения и 5 повторных релапаротомий. Довольно большой удельный вес занимало кровотечение из ложа желчного пузыря.

При эхинококкозе причина была в недостаточном знании сосудистой системы печени, что привело к повреждению и возникновению кровотечения. При разрыве кисты яичника была выполнена нетщательная остановка кровотечения.

Следовательно, причинами этого осложнения являлись тактические и технические погрешности в выполнении первой операции. В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение, направленное на восполнение кровопотери, профилактику воспалительных осложнений, лечение сопутствующих заболеваний, но несмотря на проводимые меры у 1 больного наступил летальный исход. Возраст умершего был 68 лет. Причиной смерти была полиорганная недостаточность.

ГЛАВА 5. РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, КАК ПРИЧИНА ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Одной из причин требующих выполнения повторных операций является ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, которая наблюдается в 10-15% от числа всех осложнений после многих операций, выполненных как в экстренном порядке, так и в плановом. При возникновении этого осложнения часто требуется повторная операция. Большинство исследователей отмечают увеличение числа больных с этой патологией и этот рост не имеет тенденции к снижению [29; 31; 102]. Это обстоятельство авторы объясняют не только увеличением числа оперированных, но и тем, что большинство оперируется с деструктивными формами заболеваний, у которых риск возникновения спаечного процесса выше. При возникновении ранней послеоперационной непроходимости консервативные меры малоэффективны, поэтому выполняется релапаротомия для устранения причин. Однако, после повторных операций наблюдается высокая частота послеоперационных осложнений и летальности, которая в течение последних 15-20 лет сохраняется на высоком уровне и колеблется от 24 до 50% [80; 81; 157; 265].

Все исследователи отмечают большие трудности в своевременной диагностике этой патологии, что связано со значительными вариантами клинических проявлений и стертости, а несвоевременная диагностика ведет к запоздалому оперативному лечению, что и является причиной смерти. Здесь главное значение имеет дифференциальная диагностика между функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, которые имеют место в течение первых 3-5 суток с момента выполнения многих операций и нарушением, связанным с возникновением механического препятствия (чаще спайки). Немаловажное значение имеет и выполнение интенсивной терапии, с коррекцией нарушенных функций, назначение анальгетиков и стимуляция кишечника, которые также влияют на проявление

признаков и диагностику ранней кишечной непроходимости [89; 147; 269; 270; 277].

Все эти сложности остаются не решенными до настоящего времени.

В своей работе мы исследовали частоту возникновения ранней кишечной непроходимости, а также других осложнений, требующих повторных операций. Мы постарались выявить причины их появления и улучшить результаты лечения путем своевременной диагностики и оптимизации методов терапии.

Учитывая значимость ранней диагностики кишечной непроходимости, мы уделили особое внимание результатам объективного клинического обследования и использованию специализированных методов диагностики. После операции обращали внимание на течение после операционного периода и если отмечались приступообразные боли в животе, задержка стула и газов, обращали внимание на результаты объективного исследования (форма живота, данные перкуссии и аускультации) и если выявляли нарушения, то срочно выполняли УЗИ и обзорную рентгенографию брюшной полости, которые позволяли подтвердить наличие возникшей ранней кишечной непроходимости. Эти исследования необходимо выполнять не позже в первые два часа с момента поступления. При обнаружении признаков ранней кишечной непроходимости в первые часы можно использовать стимуляцию перистальтики кишечника и при ее ликвидации продолжить наблюдение в течение суток. Если же стимуляция перистальтики не эффективна, то показана повторная операция, так как затягивание с ее сроками ухудшает состояние больных и усугубляет морфологические изменения кишечника. Это положение диктует необходимость наблюдения за такими больными не более 6-7 часов, что и было использовано нами в основной группе больных.

При возникновении кишечной непроходимости повторные операции были выполнены у 17 больных, их возраст колебался от 17 до 73 лет.

Мужчин было 8, женщин 9. Их распределение по возрасту дано в таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Распределение больных с кишечной непроходимостью по полу и возрасту

Пол	Всего	из них в возрасте						
		до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70
Жен.	9	-	-	1	2	3	2	1
Муж.	8	1	-	1	1	2	2	1
Всего	17	1	-	2	3	5	4	2

Большинство больных были старше 50 лет (11 из 17). Перечень заболеваний, после операций которых возникла ранняя кишечная непроходимость дан в таблице 5.2 и в этой группе, как и при других осложнениях, которым требовалась повторная операция, наибольшее число больных оперировано по поводу ЖКБ осложненной острым (3 чел.) и хроническим калькулезным холециститом (7 чел.).

В двух наблюдения были пациенты со спаечной кишечной непроходимостью и аппендикулярным абсцессом. По одному наблюдению оперировано по поводу полипоза желчного пузыря, долихосигмы и язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением. Оперативное лечение чаще выполнялось по поводу ЖКБ и ее осложнений. У 3 операция выполнена лапароскопически, а у остальных с применением минилапаротомного и традиционного (5чел.) доступа. В экстренном порядке оперировано 8 пациентов и в плановом 9.

Таблица 5.2 – Перечень заболеваний, по поводу которых выполнена первая операция

№	Заболевания	Всего больных	Из них		Из них оперированы доступом	
			экстренная	плановая	лапаротомным	лапароскопическим
1	Острый холецистит	3	3	-	3	-
2	Хронический холецистит	7	-	7	5	2
3	Язвенная болезнь 12 перстной кишки осложненная кровотечением	1	1	-	1	-
4	Кишечная непроходимость	2	2	-	2	-
5	Аппендикулярный абсцесс	2	2	-	2	-
6	Долихосигма	1	-	1	1	-
7	Полипоз желчного пузыря	1	-	1	-	1
Всего		17	8	9	14	3

При анализе частоты повторной операции мы обратили особое внимание на сроки появления признаков кишечной непроходимости после операций, выполненных по поводу заболеваний органов брюшной полости. И при этом установлено, что сроки возникновения схваткообразных болей и задержки стула и газов колебались от 3 до 9 суток (таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Сроки появления признаков кишечной непроходимости после операции

Срок (в сутках)	Всего	Повторные операции с момента появления признаков
	абс.ч.	
До 1 суток	-	3
От 1 до 3	2	5
От 3 до 5	5	8
От 5 до 7	7	-

Более 7	3	1
Всего	17	17

Из числа наблюдаемых больных наиболее часто признаки кишечной непроходимости появлялись в сроки от 5 до 7 суток (7 чел.), после 7 суток возникли нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта у 3, но и в сроке от 3 до 5 дней было 5 больных.

В результате наблюдения за клиническими проявлениями кишечной непроходимости, возникшей в ранние сроки после операций, были установлены наиболее частые признаки (таблица 5.4).

Ведущими признаком являлась боль, которая носила схваткообразный характер, задержка стула и газов, рвота. При объективном обследовании отмечена болезненность при пальпации, повышение температуры, увеличение частоты дыхания и пульса, а из выполненных лабораторных исследований – повышение количества лейкоцитов более $12,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг в лейкоцитарной формуле (палочкоядерные более 10%) и высокий ЛИИ (выше 5,6) все это указывало на наличие признаков синдрома системной воспалительной реакции и тяжелого эндотоксикоза.

Таблица 5.4 – Признаки и их частота при ранней кишечной непроходимостью

№	Признаки	Всего
1	Задержка стула и газов	15
2	Рвота	9
3	Вздутие живота	11
4	Высокий тимпанит	16
5	Притупление в отлогих местах живота	9
6	Схваткообразные боли	17
7	Боль, разлитая по всему животу	6
8	Болезненность при пальпации живота	9
9	Тахикардия	16
10	Частое дыхание	16
11	Напряжение мышц брюшной стенки	8
12	Положительный симптом Щеткина-Блюмберга	6
13	Повышение температуры	8
14	Лейкоциты $>12,0 \times 10^9/\text{л}$	13

15	ЛИИ>5,0	15
----	---------	----

При подозрении на кишечную непроходимость проводили рентгенологическое исследование (обзорный снимок брюшной полости) и УЗИ. Результаты обследования представлены в таблицах 5.5 и 5.6.

При рентгенологическом исследовании обращали внимание на диаметр петель кишечника локальное или равномерное, наличие горизонтальных уровней и на выявление выпота в брюшной полости и малом тазу. У всех исследованных на рентгенограмме брюшной полости определены горизонтальные уровни (чаши Клойбера).

Таблица 5.5 – Рентгенологические признаки кишечной непроходимости

Признаки	Всего больных
	абс.ч
Расширение петель кишечника: локальное	5
Равномерное	12
Наличие горизонтальных уровней (чаши Клойбера)	17
Наличие жидкости в брюшной полости	6

Таблица 5.6 – Ультразвуковые признаки кишечной непроходимости

Признаки	Всего больных
Расширение петель кишечника: локальное	8
Равномерное	9
Усиленная перистальтика	7
Отсутствие перистальтики	7
Антиперистальтика	3
Секвестрация жидкости в просвет кишечника	2

При УЗИ локальное расширение петель кишечника обнаружено было у 8 и равномерное у 9, усиление перистальтики было у 7 и ее резкое ослабление или отсутствие у 7 наблюдаемых пациентов и антиперистальтика у 3. УЗИ при кишечной непроходимости затруднено в связи с выраженной

пневматизацией кишечника, затрудняющей осмотр органов брюшной полости.

При возникновении болей в животе, ухудшении общего состояния и наличии вышеперечисленных жалоб и на основании результатов обследования трудно было решить – все это связано с перенесенной операцией и возникшем нарушении функции кишечника, особенно в первые 3-5 суток после операции или это обусловлено таким осложнением, как ранняя спаечная кишечная непроходимость. В начале выполняли лечение, направленное на восстановление функции кишечника (стимуляция), коррекцию водно-электролитных нарушений и ликвидацию гиповолемии, восполнение дефицита калия, использование реологически активных средств, нормализацию белкового обмена. Эти мероприятия продолжали выполнять и после повторной операции и инфузионную терапию, а при отсутствии эффекта больных повторно оперировали (см. табл. 5.3).

В течение первых суток с момента появления признаков кишечной непроходимости оперированы 3 больных, от 24 до 72 часов, повторная операция выполнена еще у 5, от 3 до 5 суток – консервативная терапия продолжалась еще у 8, а у одного пациента – операция произведена лишь через 7 суток. Позднее выполнение операции и обусловило тяжелое течение послеоперационного периода и летальный исход.

Мы выполнили анализ произведенных первичных операций после которых возникла ранняя кишечная непроходимость (таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Типы выполненных ранее операций

№	Типы операций	Всего больных
1	Холецистэктомия	10
2	Холецистэктомия + устранение свища 12 перстной кишки	1
3	Резекция желудка	1
4	Ликвидация непроходимости (спайки)	2
5	Вскрытие аппендикулярного абсцесса	2
6	Резекция сигмы	1
Итого		17

Большинство больных было, выполнено удаление желчного пузыря (10 чел.), одному произведена холецистэктомия и ликвидация холедоходуоденального свища, по два случая были пациенты, ранее оперированные по поводу спаечной кишечной непроходимости и аппендикулярного абсцесса и по одному случаю – резекция желудка и резекция сигмы. Все они были повторно оперированы в связи с возникновением такого осложнения как ранняя кишечная непроходимость, типы повторных операций даны в таблице 5.8.

Таблица 5.8 – Типы повторных операций и характер осложнений после них

№	Тип операции	Всего больных	Из них возникли осложнения					
			плеврит	нагноение раны	парез кишечник	Эвентраци	ПОН*	Всего
1	Рассечение спаек	13	1	1	1	1	1	5
2	Рассечение спаек + резекция тонкого кишечника	2	2					2
3	Рассечение спаек + илеостомия	1						
4	Рассечение спаек + вскрытие просвета тонкого кишечника и удаление камня	1						
Всего		17	3	1	1	1	1	7

ПОН*-полиорганная недостаточность.

У большинства выполнено рассечение спаек, но несмотря на малотравматичность операции осложнения после повторного хирургического вмешательства возникли у 5 больных. Рассечение спаек и резекция тонкого кишечника произведены у 2 больных, здесь у одного из них была странгуляционная кишечная непроходимость, кишечник признан нежизнеспособным и произведена резекция. Еще у одного больного после рассечения спаек наложена илеостома для разгрузки (декомпрессии) кишечника в связи с длительным безуспешным консервативным лечением и поздним выполнением повторной операции. Еще у одного больного, оперированного по поводу холедоходуоденального свища при повторной операции выявлена обтурация тонкого кишечника конкрементом, которая и явилась причиной кишечной непроходимости. При выполнении повторной операции с целью предотвращения пареза кишечника в брыжейку тонкого кишечника вводили антибиотики с лимфотропной смесью и 2мл прозерина и обратили внимание, что парез кишечника возник только у одного, а у остальных функция восстановилась на 3-4 сутки.

После повторных операций осложнения возникли у 7 из 17 оперированных и их среднее пребывание в стационаре после повторной операции составило $16,1 \pm 1,12$ койко-дней, а среднее пребывание всей группы $20,4 \pm 1,28$ койко-дней.

В процессе работы и анализа причин возникновения кишечной непроходимости нами в двух случаях установлено, что в момент первой операции хирург не уделил внимания обнаруженным изменениям, которые потом явились причиной ранней кишечной непроходимости. Приводим их истории болезни:

1. Пациентка Д-ва К., 70 лет, медицинская карта №4499/636, поступила в клинику 24.04.2019 с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту и общую слабость.

Боли беспокоили пациентку в течение 5 лет. При проведении УЗИ был диагностирован калькулезный холецистит. Пациентка отказалась от

операции, однако в последнее время приступы болей стали более частыми и продолжительными, что послужило основанием для направления на стационарное лечение.

При осмотре состояние пациентки удовлетворительное. Дыхание в легких везикулярное, тоны сердца приглушены, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., пульс 72 уд. /мин, ритмичный. В правой подвздошной области живота – рубец после аппендэктомии.

Консультирована кардиологом, рекомендовано УЗИ сердца. Результаты УЗИ сердца – заключение – атеросклероз аорты, недостаточность аортального клапана, полости сердца не расширены.

УЗИ – брюшной полости – заключение ЖКБ, окклюзионный холецистит, реактивный панкреатит, мочекаменный диатез почек (рисунок 5.1).

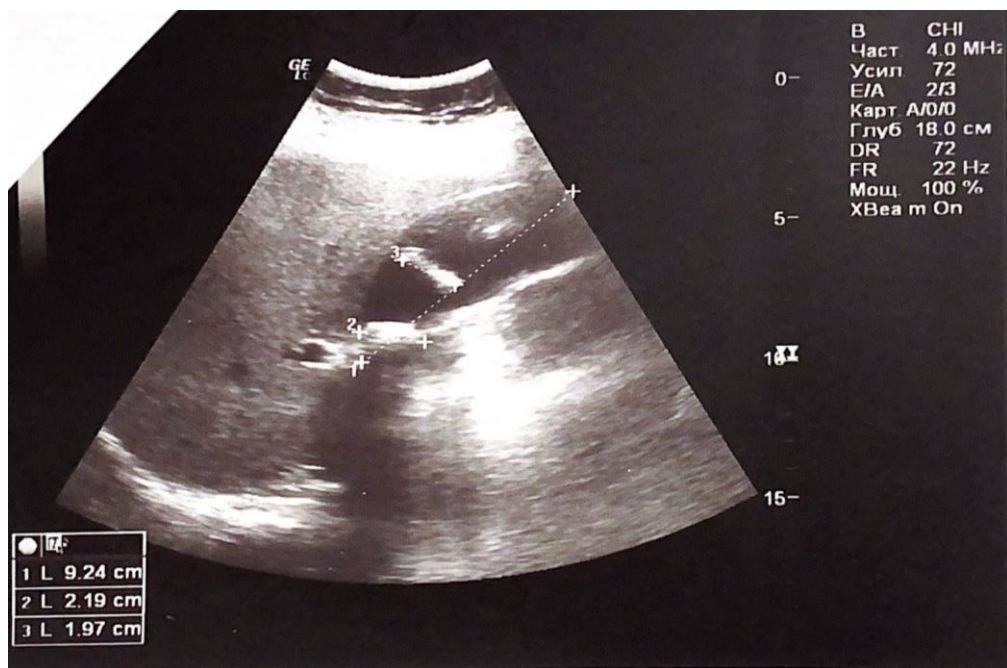


Рисунок 5.1 - Сонограмма печени и желчного пузыря больной Д-вой К. при поступлении.

На основании результатов клинического, лабораторных и УЗИ определён диагноз – ЖКБ, установлен окклюзионный холецистит, атеросклероз аорты, недостаточность аортального клапана.

После проведения обследования и подготовки 24.04.2019 выполнена лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным обезболиванием 3 портовым доступом. Операция прошла без особенностей и закончена дренированием подпеченочного пространства. При ревизии брюшной полости выявлена спайка в илеоцекальной области, но она не была рассечена. На протяжении 4 суток после операции состояние было удовлетворительным, гемодинамика была стабильной, а на 5 сутки больная стала отмечать схваткообразные боли в животе, вздутие и неотхождение газов. Была выполнена консервативная терапия с включением препаратов, стимулирующих функцию кишечника в течение 2 суток, но эффект от которой был незначительным. Выполнено УЗИ при этом обнаружено вздутие петель кишечника антиперистальтика, наличие небольшого количества жидкости в малом тазу и подпеченочном пространстве. Решено, что у больной имеет место механическая кишечная непроходимость, возможно спаечного генеза и 02.05.2019 выполнена лапаротомия верхнесрединным доступом. При ревизии выявлены спайки, идущие от ложа удаленного аппендикулярного отростка, которые создавали непроходимость тонкого кишечника. Спайки рассечены, проходимость восстановлена. В ложе желчного пузыря выявлено небольшое количество жидкости с примесью желчи, клипсы на пузырном протоке состоятельны. В корень брыжейки тонкого кишечника введена однократно антибиотиколимфотропная смесь для восстановления функции кишечника. Дренирование подпеченочного пространства, правого бокового канала и малого таза.

После операции состояние больной было средней тяжести, обусловленное интоксикацией. Пациентка получала антибиотики внутривенно, препараты, стимулирующие деятельность кишечника, а также инфузионную терапию. Состояние постепенно улучшалось, однако потребовалось более длительное стационарное лечение. В стационаре она провела 24 койко-дня, из которых 16 дней — после релапаротомии.

Данный случай заслуживает внимания тем, что при ревизии брюшной полости при лапароскопии обнаружены спайки в илеоцекальной области тонкого кишечника, но в момент ЛХЭ спайки не были рассечены, а после операции они явились причиной кишечной непроходимости. Утверждать о необходимости рассечения спаек при ЛХЭ затруднительно, так как они могут возникать повторно и явиться причиной кишечной непроходимости.

2. Пациентка Б-ва Б.Т., 66 лет, медицинская карта 6929/1079, поступила в клинику 29.06.2018 с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры и выраженную слабость. В ходе обследования в клинике при УЗИ обнаружено: печень не увеличена, структура крупнозернистая, желчный пузырь размером 10,2х4,8 см, стенка утолщена до 6 мм, в просвете конкременты у шейки пузыря (рисунок 5.2).

Заключение: ЖКБ, острый окклюзионный холецистит



Рисунок 5.2 - Сонограмма печени и желчного пузыря больной Б-вой Б.Т. при поступлении.

На основании полученных результатов анализа больная оперирована лапаротомным доступом. В момент операции выявлен холедоходуоденальный свищ, в просвете пузыря мелкие конкременты. Произведена холецистэктомия и ликвидация дуоденального свища, дренирование подпеченочного пространства.

Состояние больной после операции было удовлетворительное, получала антибиотики, инфузионную терапию, обезболивающие.

На 7 сутки после операции появились схваткообразные боли в животе, задержка газов и стула, рвота. При УЗИ брюшной полости обнаружено вздутие кишечника с наличием горизонтальных уровней. В течение двух суток выполняли консервативное лечение, направленное на стимуляцию кишечника, инфузионную и противовоспалительную терапию, состояние не улучшалось, симптомы кишечной непроходимости то уменьшались, то нарастали и через 2 суток с момента ухудшения состояния и появления схваткообразных болей выполнена повторная операция (срединным доступом). До повторной операции провели анализ выполненной первой операции и возникло подозрение, что возможно в данном случае имеет место желчнокаменная кишечная непроходимость, что и подтвердилось в момент релапаротомии. При ревизии установлено наличие конкремента в петле подвздошной кишки, обтурирующего полностью просвет. Выше расположения камня рассечена петля кишечника, конкремент удален, рана ушита.

Послеоперационный период протекал тяжело с явлениями пареза кишечника, выраженной интоксикацией. Получала инфузионную терапию, стимуляцию кишечника и постсиндромное лечение. Состояние больной нормализовалось на 4 сутки стали отходить газы, на 5 был стул, на 5 сутки температура пришла в норму и характерные боли исчезли. Заживление раны шло вторичным натяжением. Выписана на 41 сутки, а после повторной операции больная провела в стационаре 34 койко-дней.

В данном наблюдении, учитывая наличие пузырно-дуоденального свища необходимо было тщательно проверить тонкий кишечник на наличие в нем конкремента, хотя это выполнить не всегда удается. ChatGPT сказал:

Множество исследователей, наблюдавших это осложнение, подчеркивают атипичное течение желчнокаменной кишечной непроходимости, что часто приводит к необходимости поздней повторной операции. Все они также указывают на тяжелое течение послеоперационного периода [222; 262; 306;] и высокую летальность. Основными причинами этого считают сложности в диагностике и наличие сопутствующих заболеваний, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Особые сложности возникали в диагностике такого осложнения как спаечная кишечная непроходимость раннего периода у больных, у которых первая операция была выполнена также по поводу кишечной непроходимости. Представляем данный случай из клинической практики:

Больная М-ва Г.М., 38 лет, медицинская карта 9940/1317, поступила в клинику 07.09.2019 с жалобами на интенсивные боли в животе, рвоту, а также задержку газоотведения и стула. Эти симптомы беспокоили её на протяжении последних 3 суток. Болея в течение 3 суток. В результате обследования установлена острая кишечная непроходимость и после кратковременной подготовки взята на операцию, в момент которой при ревизии обнаружен спаечный процесс в основном в зоне тонкого кишечника. Петли тонкого и толстого кишечника вздуты. Спайки острым путем разъединены, восстановлена проходимость кишечника, брюшная полость дренирована. После операции выполняли стимуляцию кишечника, массивную инфузионную терапию; антибиотики. Состояние постепенно улучшалось, но на 6 сутки после операции появились боли в животе, вздутие, задержка газов и стула. При многократном УЗИ обнаружено вздутие петель кишечника с наличием горизонтальных уровней. На протяжении 5 суток выполнялась консервативная терапия, но состояние не улучшалось, при контрольном УЗИ на фоне вздутых петель кишечника определялась

жидкость в брюшной полости, а при объективном обследовании обнаружены симптомы перитонита. На 5 сутки после появления признаков кишечной непроходимости выполнена повторная операция – при ревизии органов брюшной полости на фоне спаечного процесса, перитонита и нарушения проходимости, выявлена перфорация тонкого кишечника. Произведено рассечение спаек и резекция тонкого кишечника (25см), наложен илеотрансверзоанастомоз по Кимбаровскому. Послеоперационный период протекал тяжело, но все же удалось добиться выздоровления.

Очень сложным было ведение послеоперационного периода из-за тяжести эндотоксикоза. Своевременная диагностика повторной непроходимости затруднена была тем, что в первые дни после операции наблюдались признаки нарушения функции кишечника. Но учитывая то обстоятельство, что в первые 5-6 дней удавалось восстановить функцию кишечника, решено продолжить наблюдение. Но на фоне улучшения состояния вновь возникли боли в животе, задержка стула и газов, отмечено наличие 3-4 признака синдрома системной воспалительной реакции и при УЗИ вновь выявлено вздутие кишечника с горизонтальными уровнями и антиперистальтика. Все это указывало на наличие повторно возникшего препятствия в кишечнике, но операция не выполнялась, проводили повторную стимуляцию кишечника, которая наоборот усугубила эндотоксикоз, операция у обеих больных была запоздалой.

У 15 повторно оперированных бактериологическое исследование позволило установить характер микрофлоры и степень обсемененности. При этом обнаружена следующая микрофлора:

E. coli – 3

Staphylococcus aureus – 3

Pentostaphylococcus – 2

Fragillis -2

Staphylococcus haemolytica – 2

Ассоциация микробов у 3

Из числа выявленных штаммов лишь у 2 была средняя степень обсемененности КОЕ⁶, а у остальных высокая, КОЕ 8,9.

Мы проследили за динамикой показателей ССВР и при этом установили, что перед повторной операцией из 17 наблюдаемых нами больных у 12 имели место 4 признака синдрома и у 5 два (повышение температуры выше 38°C и частота пульса выше 90). Динамика показателей дана в таблице 5.9.

Таблица 5.9 - Динамика показателей ССВР после операции, у больных оперированных по поводу ранней кишечной непроходимости (n-17)

Сроки обследования	Количество признаков			
	1	2	3	4
Перед повторной операцией	-	2	5	10
Через 1 сутки после операции	-	4	1	12
Через 3 суток	1	4	4	8
Через 5-8 суток	6	8	2	1

После операции через сутки количество признаков оставалось на уровне дооперационных величин, на 3 сутки снизилось количество больных с 4 признаками и в последующие сроки продолжалось их снижение, но если у больных возникало осложнение, то шло вновь нарастание количества признаков синдрома, что было для нас сигналом для поиска возникшего осложнения и пересмотра объема лечения. У одного из наблюдаемых нами больных после релапаротомии, несмотря на комплексную медикаментозную терапию, показатели ССВР оставались на прежнем уровне, нарастала полиорганная недостаточность, которая явилась причиной смерти, здесь было запоздалое оперативное лечение.

Особенности ведения послеоперационного периода у этой групп изложены нами в 7 главе.

Резюме:

Ранняя послеоперационная спаечная непроходимость как осложнение после операции на органах брюшной полости не является редкостью и на нашем материале составила 15,5% по отношению ко всем осложнениям,

которые требовали повторного лапаротомного вмешательства. Более часто это осложнение наблюдалось после операций, выполненных по поводу ЖКБ, осложненной острым или хроническим калькулезным холециститом, а больных с другой патологией было по 1-2 человека.

Из 17 первая операция в экстренном и плановом порядке произведена соответственно у 8 и 9.

Лапароскопически первая операция выполнена у 3, а лапаротомная у 14. Сроки возникновения кишечной непроходимости колебались от 1 и до 9 суток, но наиболее часто от 5 до 7 суток (у 7 из 17). В диагностике использовали клинические показатели, рентгенологическое и УЗИ и все они подтверждали наличие такого осложнения как кишечная непроходимость, но слишком длительное время применяли консервативное лечение, предполагая возможность ликвидировать осложнение консервативным путем и операция выполнена лишь у 3 больных в первые сутки от момента возникновения непроходимости, еще у 5 в сроки от 24 часов до 72, а у 8 больных от 3 до 5 суток, у одного только на 8 сутки. Поздними сроками операций можно объяснить тяжелое течение после операции. Операция в основном включала рассечение спаек, а у 2 резекцию кишечника.

Послеоперационный период после релапаротомии протекал тяжело, с высоким числом осложнений, из 17 оперированных осложнения возникли у 7, умер 1 больной в связи с нарастающей полиорганной недостаточности, которая обусловлена поздним выполнением повторной операции (8 суток).

Полученные результаты анализа повторных операций показали, что диагноз у большинства больных был определен своевременно у 15 из 17, а у многих повторная операция выполнялась поздно, наблюдение вели от 3 до 8 суток, что является недостатком лечения больных с таким осложнением как ранняя кишечная непроходимость.

Большинство исследователей, как и мы, считают, что при ранней кишечной непроходимости длительная консервативная терапия недопустима,

необходим контроль за течением заболевания и срок наблюдения не должен превышать 6 часов.

На основании длительного наблюдения за больными с кишечной непроходимостью и полученными результатами нами был построен алгоритм (рисунок 5.3)



Рисунок 5.3 - Алгоритм ранней кишечной непроходимости.

ГЛАВА 6. РЕЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ И ЭВЕНТРАЦИИ

6.1 Послеоперационный перитонит, как причина повторных операций.

Перитонит, как осложнение острых хирургических заболеваний брюшной полости, является одним из основных причин летальности. За последние десятилетия, несмотря на внедрение новых методов лечения, применения антибиотиков с широким спектром действия, разработки мер профилактики прогрессирования воспалительного процесса, летальность от перитонита не снижается.

Одним из самых тяжелых осложнений составляют пациенты с послеоперационным перитонитом, причины которого многообразны. В литературе существует множество классификаций перитонита, но наиболее часто используется та, которую применяет большинство хирургов. Согласно этой классификации выделяют три типа перитонита: 1 — первичный перитонит, который развивается в результате воспалительных заболеваний органов брюшной полости или травм, когда воспаление затрагивает брюшину; 2 — послеоперационный перитонит, возникающий после хирургического вмешательства на органах брюшной полости; 3 — третичный перитонит, который развивается после повторных операций, проведённых по поводу перитонита. При этом при каждом варианте отмечается характер микрофлоры, характер экссудата и распространенность воспалительного процесса, этой классификацией пользовались, и мы в своей работе. Кроме того, после операции может наблюдаться прогрессирование воспалительного процесса в результате недостаточно полной санации брюшной полости в момент операции при острых воспалительных заболеваниях, осложненных перитонитом, при неадекватном выборе метода операции, при недооценке выявленного патологического процесса. После операции воспалительный процесс в брюшной полости продолжается, что во многих случаях требует

повторного оперативного лечения (релапаротомия) на что указывают многие исследователи [41; 85; 189; 317].

Релапаротомия выполняется и при перитоните, возникшем в результате несостоятельности швов анастомоза, при незамеченном повреждении в момент первой операции полого органа [140; 186; 263; 275].

Немаловажное значение имеет определение перитонита продолжающимся или возникшем в результате осложнения послеоперационного периода. В этом плане мы придавали большое значение анамнезу и при этом отметили, что при продолжающемся перитоните после выполненной первой операции температура остается повышенной, держатся признаки воспалительной реакции и несмотря на лечение интоксикация нарастает. При УЗИ обнаруживаются отдельные скопления жидкости или между петлями кишечника. Эти показатели указывают на продолжающийся перитонит и необходимость повторной операции.

Что же касается возникших осложнений, являющихся причиной перитонита, то при тщательном анализе установлено, что если течение послеоперационного периода отличается от типичного при такой же операции, то это является основанием для поиска причины возникновения перитонеальных признаков.

В любом случае – повторная операция единственная мера спасения жизни больного, хотя после этого вмешательства тоже развиваются осложнения от 16 до 75% [48; 73; 148; 226], а летальность колеблется от 14 до 32%. Эти больные требуют творческого, комплексного подхода к их лечению с учетом основных звеньев патогенеза. Несмотря на то, что к настоящему времени довольно широко установлена техника операций, оптимальные методы обезболивания, способы санации брюшной полости, имеется широкий спектр противовоспалительных средств, а процент осложнений и летальности снизился незначительно. Это положение во многом связано с несвоевременным распознаванием перитонита и

запоздалым сроком оперативного лечения, на это обстоятельство также указывают многие исследователи [91; 132; 196].

Необходимо отметить, что в большинстве случаев клинические проявления послеоперационного перитонита неспецифичны, нередко атипичны, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, влияет и прием медикаментозных средств после операции (антибиотики, обезболивающие и дезинтоксикационные средства), а также причиной позднего оперативного вмешательства является наличие психологического негативизма к повторной операции у хирурга и пациента на что обращает внимание ряд хирургов [86; 106].

Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов, которые перенесли повторные операции по поводу послеоперационного перитонита. Среди них было 11 мужчин и 9 женщин, возраст пациентов варьировал от 19 до 85 лет (см. таблицу 6.1.1). Большинство из них были старше 40 лет (16 из 20), и 10 пациентов имели возраст старше 60 лет.

Таблица 6.1.1 – Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	из них в возрасте						
		до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70
Жен.	9	-	-	1	3	1	2	2
Муж.	11	1	-	2	1	1	3	3
Всего	20	1	-	3	4	2	5	5

В диагностике послеоперационного перитонита мы придавали значение детальному изучению выполненной первичной операции и ее особенностям течения послеоперационного периода, соответствует ли оно выполненной операции или имеются атипичные проявления, а также обращали внимание на динамику показателей синдрома воспалительной реакции после выполненной операции и если они нарастали, то выполняли исследования для выявления возникшего осложнения и затем решали в пользу повторной

операции. Также учитывали результаты УЗИ – при наличии выпота в брюшной полости, вздутии кишечных петель и отсутствия или снижения перистальтики.

Из наблюдаемых нами 20 больных у 4 был продолжающийся перитонит, обусловленный патологией, по поводу которого оперирован больной, а у 16 перитонит в результате возникших после операции осложнений. Заболевания, после которых возник перитонит даны в таблице 6.1.2.

Таблица 6.1.2 – Заболевания, после которых возник перитонит

№	Заболевания	Всего	Экстренные операции	Плановые операции	Доступ лапаротомный	Доступ лапароскопический
1	Кишечная непроходимость	2	2	-	2	-
2	Абсцесс брюшной полости	2	2	-	2	-
3	Острый аппендицит	4	4	-	4	-
4	Острый холецистит	5	5	-	5	-
5	Травма брюшной полости	1	1	-	1	-
6	Хронический калькулезный холецистит	4	-	4	3	1
7	Резекция поджелудочной железы	1	-	1	1	-
8	Наружный каловый свищ	1	-	1	1	-
Всего		20	14	6	19	1

У наибольшего числа больных выполнена первая операция по поводу ЖКБ, осложненной острым (5 чел.) и хроническим холециститом (4 чел.), еще 4 пациента оперированы по поводу острого аппендицита, а по поводу кишечной непроходимости и абсцесса брюшной полости было по 2 наблюдения, а тупая травма живота, резекция поджелудочной железы и наружный свищ были по одному наблюдению.

Экстренные операции были проведены у 14 пациентов, а в плановом порядке — у 6. Из 20 прооперированных пациентов 19 underwent лапаротомию, и только 1 пациенту была выполнена лапароскопическая операция.

В этой группе мы проследили за сроками возникновения осложнения перитонитом и сроками выполненной повторной операции (таблица 6.1.3).

Больных с продолжающимся перитонитом было 4, а с возникшим перитонитом после первой операции наблюдали 16.

Таблица 6.1.3 – Сроки появления осложнения и сроки повторной операции

	На какие сутки							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Сроки появления осложнений	1	4	5	2	1	4	1	2
Сроки выполнения повторной операции	5	7	6	2				

У одного больного осложнение возникло через сутки после операции, но у наибольшего числа на 2-3 сутки (9 чел.), у 4 на шестые сутки и по 1-2 наблюдению перитонит возник на 5, 7, 8 сутки. Диагностика почти у всех была затруднительной особенно у больных старше 60 лет (10 чел.).

При выявлении признаков перитонита больные были повторно оперированы в первые сутки 5 больных, через 2 суток – 7, через 3 суток – 6 и через 4 суток – 2. В период наблюдения для уточнения осложнения

выполняли общий анализ крови, УЗИ и клинические признаки синдрома системной воспалительной реакции.

Все 20 больных оперированы под эндотрахеальным наркозом срединным доступом, типы операций даны в таблице 6.1.4.

Таблица 6.1.4 – Типы повторной операции и характер осложнений

№	Тип операции	Всего больных	Из них возникли осложнения						Всего осложнений	Всего больных с осложнением
			плеврит	нагноение	парез кишечника	каловый перитонит	эвентрация	ПОН*		
1	Санация брюшной полости и дренирование	14	1	1	1			1	5	3
2	Санация + колостомы	1				1	1		2	1
3	Санация + холедохолитотомия	1	1						1	1
4	Санация + перевязка культи пузырного протока	1								
5	Санация + ампутация матки	1		1					1	1
6	Санация брюшной полости и дренирование забрюшинного пространства	1	1	1					2	1
7	Санация + холедохоеюноанастомоз по Ру	1	1						1	1
Всего		20	4	3	1	1	1	2	12	9

ПОН* – полиорганная недостаточность.

Большинству пациентов выполнена санация брюшной полости и ее дренирование, а у одного кроме санации была наложена колостома, в связи с длительным парезом кишечника на фоне перитонита. Применение стомы с целью декомпрессии позволило предотвратить прогрессирование процесса, улучшить состояние больного и добиться выздоровления.

У больных, у которых выполнена санация брюшной полости и дренирование, послеоперационный период протекал тяжело, осложнения возникли у 3 больных, а всего осложнений 4, т.е. у 1 больного было 2 осложнения.

Особо сложности при первой операции наблюдались при остром холецистите, осложненном перивезикулярным абсцессом или инфильтратом.

Парез кишечника возник у одного больного, проведена комплексная медикаментозная терапия, но у одного из них развилась полиорганная недостаточность, которая и явилась причиной смерти.

У одной больной после операции уже через сутки ухудшилось состояние, появилась желтуха, а затем перитонеальные явления.

Представляем это наблюдение:

Больная Ч-ва Р.К., 55 лет, медицинская карта 2434/429, поступила в клинику 29.02.16 с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры и нарастающую слабость. При обследовании: состояние больной средней тяжести, беспокойна. Живот правильной конфигурации, при пальпации резко болезненный в правом подреберье, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Количество лейкоцитов составило $14,2 \times 10^9/\text{л}$.

УЗИ – печень не увеличена, желчный пузырь размером 13,5x7,4см, у шейки конкременты и наличие выпота, расположенного вокруг желчного пузыря (больше у шейки), желчные протоки не расширены (рисунок 6.1.1).

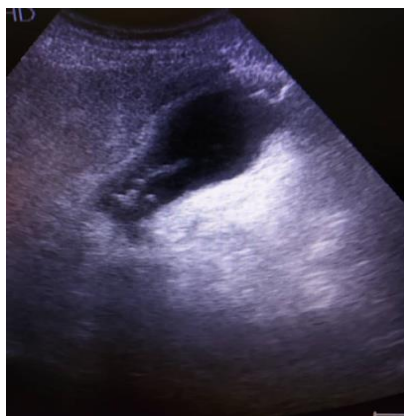


Рисунок 6.1.1 - Сонограмма печени и желчного пузыря больной Ч-вой Р.К. перед первой операцией.

Заключение: острый окклюзионный холецистит, перивезикулярный абсцесс.

После короткой предоперационной подготовки была выполнена операция через лапаротомный доступ. При ревизии обнаружен увеличенный желчный пузырь, местами покрытый налетами фибрина, а также перивезикулярный абсцесс.

Из-за воспалительного процесса вокруг пузыря, с техническими трудностями, была выполнена холецистэктомия от шейки с гемостазом. При осмотре расширение холедоха не выявлено. Операция закончена дренированием ложа пузыря без ревизии проходимости холедоха.

После операции, начиная с первых суток, отмечала усиление болей в животе, нарастающую слабость. Получала обезболивающие средства, инфузионную и противовоспалительную терапию, но состояние не улучшалось, на 4 сутки появилась желтуха и резкая болезненность в правом подреберье и по всему животу. При УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве, расширение холедоха до 1 см и наличие конкремента в его просвете, что стало показанием для повторной операции.

На 5 сутки после первой операции выполнена повторная операция – при ревизии в подпеченочном пространстве мутная жидкость с примесью желчи, холедох расширен, произведена холедохолитотомия, конкремент

удален, холедох дренирован по Вишневскому. Послеоперационный период осложнился плевритом, который был излечен плевральными пункциями. Состояние быстро улучшалось, желтуха исчезла и на 15 сутки после операции выписана в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение подтверждает трудности операции при осложнении ЖКБ перивезикулярным абсцессом, но при любом осложнении необходима ревизия холедоха для предотвращения повторной операции, которую так тяжело переносят больные. В данном наблюдении, учитывая сложности операции мы следили за течением послеоперационного периода, своевременно выявляли причину ухудшения состояния и выполняли повторную операцию.

Еще у одного больного причиной повторной операции явились признаки перитонита на фоне желчеистечения. Больной была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. После операции через дренаж выделялась жидкость с примесью желчи. В процессе наблюдения, несмотря на стабильное количество желчи, появились признаки перитонита: сильные боли в животе, повышение температуры, болезненность и напряжение в животе, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве и малом тазу. Выполнена релапаротомия, в ходе которой обнаружено выделение желчи из пузырного протока, который был перевязан. Брюшная полость была очищена озонированным раствором и дренирована, а также выполнена регионарная лимфостимуляция через круглую связку печени. Послеоперационный период протекал тяжело, но благодаря комплексному медикаментозному лечению удалось добиться выздоровления.

У одной больной в связи с недостаточно выясненным анамнезом после операции появилась клиника перитонита. Больная поступила с диагнозом хронический калькулезный холецистит, выполнено традиционное обследование, но больная не указала, что накануне ей был сделан аборт.

После холецистэктомии боли в животе быстро нарастали, ухудшилось общее состояние, повысилась температура до 38,5°C, при пальпации живот резко болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При УЗИ обнаружено скопление жидкости в малом тазу. Срочно взята на повторную операцию, при которой установлена перфорация матки и разлитой перитонит. Была выполнена ампутация матки с дренированием брюшной полости. После операции возник парез кишечника, но комплексным лечением удалось восстановить функцию кишечника.

Данное наблюдение подтверждает необходимость детального изучения анамнеза и исследования гинекологического статуса. Вряд ли хирург взял больную на операцию в день поступления в стационар, если было бы выяснено, что накануне сделан аборт.

Еще у одного больного, оперированного по поводу абсцесса брюшной полости, после операции состояние больного ухудшилось, температура продолжала оставаться высокой, боли в животе усилились, а при УЗИ была выявлена свободная жидкость в брюшной полости и осумкованное образование в забрюшинном пространстве. При релапаротомии санирована брюшная полость озонированным раствором хлорида натрия, дренирована, а затем вскрыт абсцесс забрюшинного пространства и дренирован.

Один больной оперирован по поводу кишечного свища, свищ был ликвидирован, но после операции на 3 сутки появились боли в животе, повышение температуры тела до 39°C, лейкоциты $14,1 \times 10^9/\text{л}$. При УЗИ обнаружена жидкость в малом тазу. Решено, что у больного возникла несостоятельность анастомоза и перитонит. Взят на повторную операцию, при ревизии обнаружен мутный выпот в брюшной полости, швы на кишечнике состоятельные, местами на петлях кишечника налеты фибрина. Брюшная полость тщательно обработана озонированным раствором хлорида натрия, дренирована. Послеоперационный период протекал тяжело, но все же удалось добиться выздоровления.

Из 20 повторно оперированных больных умерло 3 в результате нарастающей полиорганной недостаточности. Приводим 3 наблюдения:

1. Больная К-ва К.А. 65 лет, медицинская карта 8698/1020 поступила в клинику 27.08.16 с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, нарастающую слабость. Больной себя считает в течение 3 суток. После обследования был поставлен диагноз долихосигма и кишечная непроходимость. После подготовки, включающей инфузионную терапию и промывание желудка с помощью назогастрального зонда, пациент был прооперирован, выполнена резекция сигмовидной кишки. После операции на 2 сутки появились боли в животе, ухудшилось общее состояние, вели наблюдение и лечение на протяжении 2 суток, но несмотря на проводимые меры состояние ухудшалось, нарастали признаки кишечной непроходимости. Повторно оперирована, при релапаротомии обнаружена странгуляционная кишечная непроходимость. Тяж рассечён, на странгуляционную борозду наложены серо-серозные швы. Но после операции состояние не улучшилось, на 6 сутки в связи с возникновением признаков перитонита, взята вновь на повторную операцию, при которой выявлена перфорация кишечника на месте ранее ушитой странгуляционной борозды. Произведена резекция тонкого кишечника, дренирование брюшной полости. После операции выполняли массивную терапию, но состояние оставалось тяжелым, нарастали признаки полиорганной недостаточности, и больная умерла. Всего проведено ею в стационаре 29 койка/дней. Анализ истории болезни показал, что вряд ли следовало выполнять резекцию кишечника, с наложением анастомоза, более целесообразно было бы после резекции кишечника дополнить операцию илиостомией.

2. Больной С-в А.М., 19 лет, история болезни 7798/1146, поступил в клинику 27.07.10 с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, задержку стула и газа. При обследовании установлена острая кишечная непроходимость. В момент операции выявлена странгуляционная кишечная непроходимость, тяж рассечен, на странгуляционную борозду наложены

серо-серозные швы, брюшная полость дренирована. После операции состояние ухудшилось, боли вновь усилились и через 4 дня после первой операции выполнена вторая, при которой обнаружена несостоятельность в области странгуляционной борозды. Произведена резекция кишечника, дренирована брюшная полость. Несмотря на проводимую терапию, явления ПОН нарастали, и больной умер.

Это наблюдение подтверждают, что причиной перитонита была несостоятельность швов в области странгуляционной борозды и в момент первой операций было недостаточно уделено внимания определению жизнеспособности кишечника.

3. Больной Р-в З.М., 39 лет, история болезни 8199/1098, был госпитализирован в клинику 21.08.2015 с жалобами на боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,5°C и усиливающуюся слабость. Из анамнеза известно, что пациент страдает уже около 2 месяцев, когда впервые появились боли. На месте проживания он получал антибиотики, что приводило к временному улучшению, однако боли возвращались. При поступлении его состояние было средней тяжести, температура составляла 38°C, АД 120/80, пульс — 94 в минуту. При пальпации живота отмечалась болезненность в правой подвздошной области, при глубоком пальпировании определялось болезненное уплотнение (инфильтрат). Уровень лейкоцитов составлял $18,5 \times 10^9/\text{л}$, а также были повышены СРБ и прокальцитонин.

По данным УЗИ в правой подвздошной области выявлено гипоэхогенное образование с нечёткими границами и жидкостью в центре. Было принято решение, что у пациента имеется аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием. Через сутки с момента поступления доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость и при этом выявлен гангренозный аппендицит с местным гнойным перитонитом. Илеоцекальная область дренирована марлевым тампоном с резиновым выпускником (сигарета). После операции состояние оставалось тяжелым,

на 4 сутки появились признаки разлитого перитонита, произведена повторная операция – дренирование и санация брюшной полости. После операции выполняли массивную противовоспалительную, детоксикационную терапию, но несмотря на проведенное лечение состояние ухудшалось, нарастали явления полиорганной недостаточности, которая и явилась причиной смерти.

В процессе наблюдения за больными с перитонитом мы исследовали клинические показатели ССВР и лабораторные данные (лейкоциты и ЛИИ). Их динамика дана в таблице 6.1.5 и 6.1.6.

Мы рассмотрели показатели ССВР в группе больных, у которых после повторной операции не было осложнений и в группе, у которых послеоперационный период осложнился и при этом установлено, что в первой группе шло постепенное уменьшение количества признаков, на 10 сутки после операции лишь у одного выявлен один признак.

В группе пациентов с осложнениями показатели ССВР длительное время сохранялись, это в основном за счет трех умерших больных, у которых развилась полиорганная недостаточность.

Таблица 6.1.5 – Динамика количества показателей ССВР больных после повторной операции по поводу перитонита в зависимости от течения послеоперационного периода

Сроки обследования	Больные без осложнения, количество признаков				Больные с осложнениями, количество признаков			
	1	2	3	4	1	2	3	4
До повторной операции	-	-	8	2	-	2	6	2
Через 3 сутки	-	2	6	2	-	3	5	2
Через 6 суток	2	8	-	-	-	4	2	4
Через 10 суток	1	-	-	-	2	2	3	3
Через 14 суток	-	-	-	-	2	2	3	3

Существенные различия выявлены в показателях количества лейкоцитов и ЛИИ (рисунок 6.1.2 и 6.1.3).

После повторной операции в группе больных, у которых послеоперационный период не был осложнен шло постепенное снижение ЛИИ, хотя и на 10 сутки он оставался повышенным, в то время как во второй группе максимальное повышение ЛИИ наблюдалось на 3 и 6 сутки, в сроки когда возникали осложнения. Также отмечена динамика в количестве лейкоцитов. Эти сведения подтверждают необходимость определения клинических и лабораторных показателей ССВР, чтобы своевременно выявить возникновение осложнения.

После операции исследовали уровень СРБ и прокальцитонина (таблица 6.1.6).

Таблица 6.1.6 – Динамика ЛИИ и количество лейкоцитов после повторной операции в зависимости от течения послеоперационного периода

Показатели	Всего больных	Сроки обследования без осложнения				С осложнениями сроки обследования			
		1	3	6	10	1	3	6	10
СРБ $M_1 \pm m_1$	10	221,8± 2,1	244,5± 2,17	181,2± 2,37	94,5± 1,18	218,4± 1,18	217,7± 1,8	168,4± 1,12	162,4± 1,18
Прокальцитонин $M_2 \pm m_2$	10	3,1± 0,05	3,7± 0,04	2,1± 0,09	1,12 ± 0,07	3,2± 0,97	4,1± 0,49	3,2± 0,09	2,1± 0,12
Р – степень достоверности $M_1 - M_2$	10	>0,05	<0,0 5	<0,0 01	<0,0 01	>0,05	<0,0 5	<0,00 1	<0,0 01

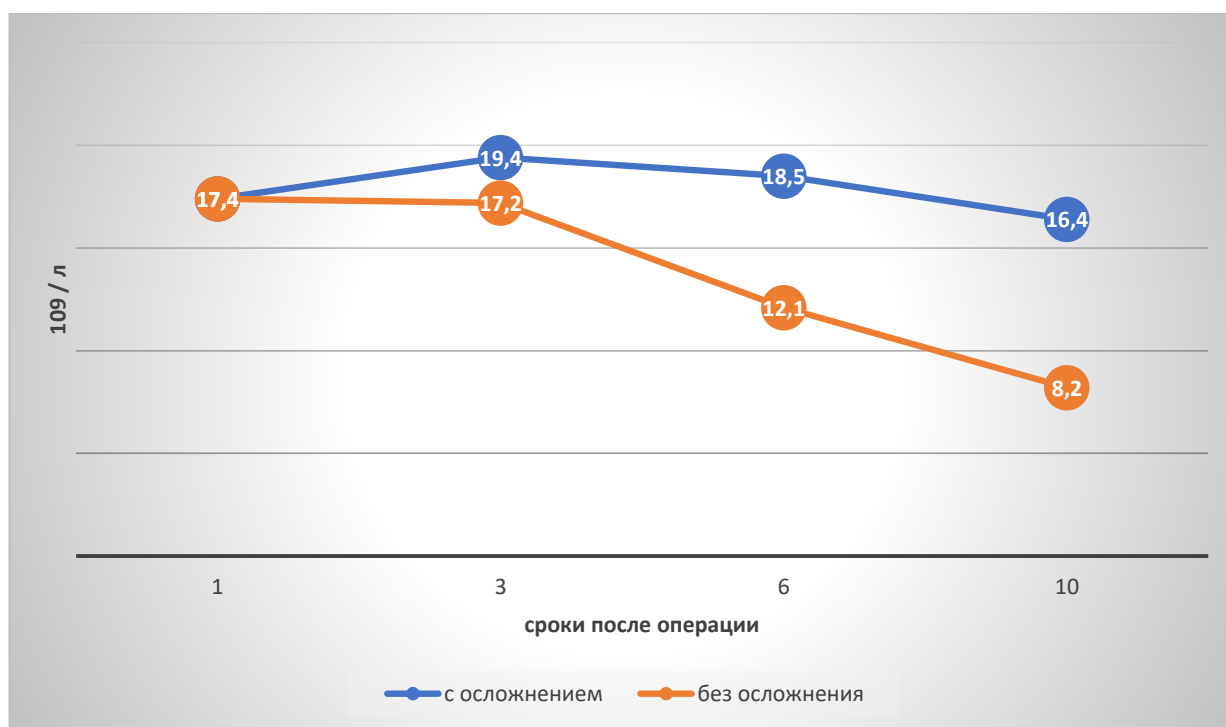


Рисунок 6.1.2 - Динамика количества лейкоцитов.

Мы обратили особое внимание на уровень СРБ и прокальцитонина, которые исследовали на 3 и 6 сутки после повторной операции и при этом отметили, что при благоприятном течении эти показатели снижаются, в то время как при возникновении осложнений они остаются на высоком уровне.

Анализ повторных операций показал, что перитонит является частым и тяжелым осложнением в абдоминальной хирургии. После операции на органах брюшной полости перитонит может быть продолжающим или в связи с возникновением осложнения после операции.

Анализ осложнений после повторной операции показал, что осложнения возникли почти у половины больных (9 чел. Из 20), а количество осложнений было 12. При повторной операции возникают 2-3 осложнения, у одного больного, поэтому за больными должно быть особое наблюдение, оценка любого признака, не свойственного для течения послеоперационного периода должна настораживать врача и принимать все меры для предотвращения развития осложнения. Также необходимо учитывать

динамику показателей ССВР и если сохраняется хотя бы 1-2 признака, то это сигнал для поиска причины этих признаков.

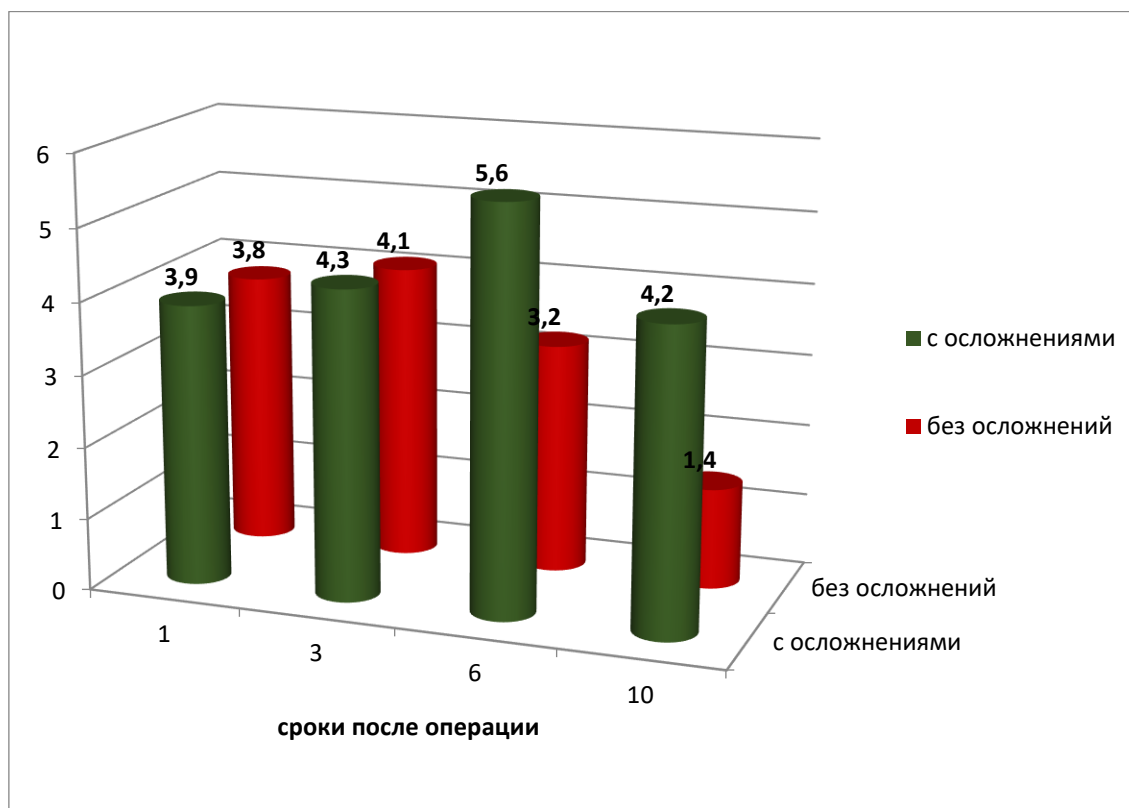


Рисунок 6.1.3 - Динамика лейкоцитарного индекса интоксикации.

Наши наблюдения показали, что причиной послеоперационного продолжающегося перитонита является не адекватная обработка брюшной полости и не достаточная противовоспалительная терапия, одни антибиотики не обеспечивают профилактику рецидива перитонита, необходимо пересмотреть используемые антибиотики и методы их введения в организм больного и сочетать с иммунокорректорами, антисептиками, физическими методами и дезинтоксикационной терапией.

При выявлении признаков синдрома системной воспалительной реакции необходимо детальное обследования и в зависимости от характера осложнения выполнить повторную операцию.

После повторных операций наиболее часто возникает плеврит, но своевременная его диагностика и лечение не представляли сложностей,

главное его выявить своевременно и начать лечение. Среди 20 больных у 4 плеврит осложнил течение заболевания и был излечен.

Тяжелым осложнением является парез кишечника, особенно для больных пожилого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. В профилактике и лечении этого осложнения мы использовали назогастральный зонд с промыванием желудка, введение стимулирующих медикаментозных средств и массивная антибактериальная терапия, а в момент операции осуществляли введение антибиотико-лимфотропной смеси в корень брыжейки тонкого и толстого кишечника.

Одним из тяжёлых осложнений перитонита является развитие стрессовых язв желудка с последующими осложнениями. Среди наблюдаемых нами больных на фоне продолжающегося перитонита у одного больного возникли стрессовые язвы, которые осложнились профузным желудочно-кишечным кровотечением. Предпринятые меры не дали возможности спасти больного, он умер от нарастающей полиорганной недостаточности. Нами с целью профилактики стрессовых язв больным, оперированным по поводу перитонита начиная с первых суток после операции назначали пантопрозол по 40 мг, разведенным на физиологическим растворе ввели внутривенно в течение 5 суток.

Раневые осложнения имели место у 4 больных, лечение выполняли традиционно, они возникали в связи с инфицированием раны в момент операции, не смотря на то, что при любой операции, выполненной по поводу перитонита, мы перед ушиванием раны осуществляли её орошение антисептическим или чаще озонированным раствором для снижения обсемененности. Эти меры использовали для профилактики раневых осложнений.

6.2 Эвентрация, как причина повторных операций.

Эвентрация – одно из осложнений абдоминальной хирургии, частота которого по данным различных авторов колеблется от 3 до 5%. Это осложнение наиболее часто возникли после экстренных оперативных

вмешательств, но и после плановых операций не являются исключением [33; 48; 119; 301].

Эти многочисленные осложнения возникают при воспалительных процессах, это чаще всего нагноение раны, особенно если воспалительный процесс распространяется на все слои брюшной стенки [73], формирование инфильтрата в области операционной раны, также причиной эвентрации являются сопутствующие заболевания, при которых наблюдается повышение внутрибрюшного давления (бронхо-легочные заболевания, нарушения вернее, затрудненное мочеиспускание), а также причиной могут являться осложнения послеоперационного периода (парез кишечника, перитонит) при которых повышается внутрибрюшное давление, которое и способствует расхождению краев раны и выпадению сальника или петель тонкого кишечника. Немаловажное значение имеет снижение иммунологической реактивности организма, при котором замедляется процесс заживления раны, большое значение имеет и шовный материал, и методы завершения ушивания операционной раны при первой операции [218].

Эвентрация может возникать в различные сроки после операции, но большинство исследователей указывают, что наиболее часто в период 5-7 суток и чаще у лиц пожилого и старческого возраста в связи с частым наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, снижением иммунологической реактивности. Однако, Самарцев В.А. и соавт. [194] детально изучили причины и факторы риска у 62 больных, оперированных повторно по поводу эвентрации, утверждают, что на развитие эвентрации влияет только хирургическая инфекция в послеоперационном периоде, а следовательно концепция профилактики эвентрации должна быть связана с предотвращением воспалительных осложнений.

Среди повторно оперированных было 11 больных, у которых после операций, выполненных по поводу заболеваний органов брюшной полости возникла эвентрация, что составило 10,5% к числу всех повторно оперированных. Из них 4 были женщины и 7 мужчины. Женщины, как

правило, были моложе 55 лет, с средним возрастом $49,4 \pm 2,12$ года, в то время как средний возраст мужчин составил $70,6 \pm 5,4$ года, при этом большинство из них были старше 60 лет. Сопутствующие патологии выявлены у всех 11, у мужчин имели место бронхолегочные заболевания (бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма), а у женщин из 4 у 3 – гипертоническая болезнь и у одной КБС. Характер заболеваний, по поводу которых была выполнена первая операция дан в таблице 6.2.1. Повторные операции выполнены под эндотрахеальным наркозом.

Таблица 6.2.1 – Характер заболеваний по поводу которых выполнена первая операция и доступ

№	Характер заболеваний	Всего	из них операция:		доступ:	
			экстренная	плановая	лапаротомный	Лапароскопический
1	Острый холецистит	3	3	-	1	2
2	Острый аппендицит	2	2	-	2	-
3	Хронический холецистит	2	-	2	1	1
4	Послеоперационная грыжа	2	-	2	2	-
5	Кишечная непроходимость	2	2	-	2	-
Всего		11	7	4	8	3

Из перечисленных заболеваний, по поводу которых выполнена первая операция острый холецистит у 3 больных, а с другими заболеваниями всего по 2 пациента и судить после какого типа операции чаще наблюдалась эвентрация затруднительно. По экстренным показаниям операция была

выполнена у 7 и в плановом порядке оперированы 4, следовательно чаще возникала эвентрация после выполненных экстренных операций, что очевидно связано с большой контаминацией операционной раны, так как вмешательства эти выполнялись при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости. Но среди наблюдаемых нами больных немаловажное значение имели сопутствующие заболевания, которые не были учтены хирургами.

Лапаротомным доступом первая операция выполнена у 8, лапароскопически у 3. Из 11 пациентов у 2 возникло осложнение после повторной операции, и им потребовалась еще одна хирургическая вмешательство. Эта группа пациентов была особенно тяжелой.

Мы проанализировали сроки возникновения эвентрации после операции и установили, что в первые сутки после вмешательства эвентрация развивалась у одного пациента, на вторые сутки — у другого, а у остальных пациентов — в более поздние сроки (на 6 у 4, на 8 у 4 и на 9 у 1).

После операции, выполненной по поводу острого холецистита, у двух больных потребовались две повторные операции, приводим эти два наблюдения:

1. Больной Б-в Б.Т., 42 лет, медицинская карта 1725/220, поступил в клинику 07.02.20 с диагнозом острый калькулезный холецистит. Из анамнеза выяснилось, что пациент страдает бронхиальной астмой и получает противоаллергические препараты и гормоны. При обследовании общее состояние средней тяжести, беспокоен из-за болей в животе, положительные симптомы острого холецистита. Температура – 38,5°C. Пульс 92 в мин., лейкоциты $12,7 \times 10^9/\text{л}$, показатели функционального состояния печени в пределах нормы.

УЗИ – печень у реберной дуги, структура однородная. Желчный пузырь 65x24мм стенка пузыря утолщена до 6мм у шейки вклинившийся конкремент, холедох не расширен (рисунок 6.2.1).

Заключение: ЖКБ, острый холецистит, окклюзионный.

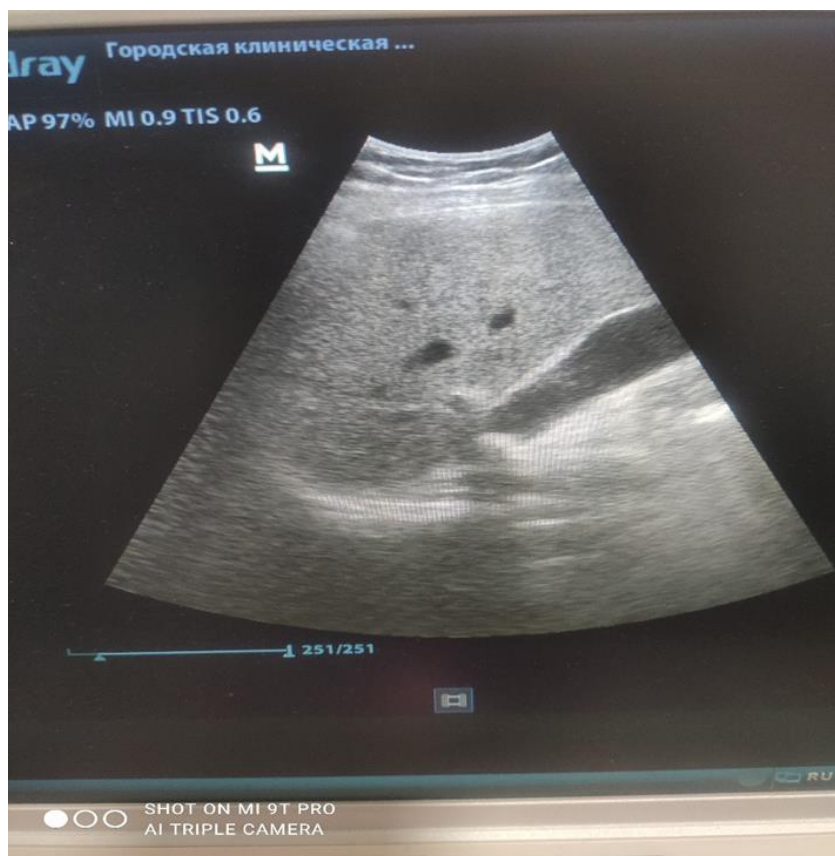


Рисунок 6.2.1 - Сонограмма больного Б-ва Б.Т. при поступлении.

В результате обследования, противопоказаний для выполнения ЛХЭ не выявлено, получено согласие больного на ЛХЭ.

После кратковременной предварительной подготовки выполнена лапароскопическая холецистэктомия с 4 портовым доступом, операция прошла без особенностей. Через 2 суток после операции внезапно усилились боли в животе, резко ухудшилось общее состояние, вздутие живота, рвота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, а при УЗИ выявлено наличие жидкости в подпечечном пространстве. Решено, что у больного возник перитонит, необходима повторная операция. Доступом по Кохеру вскрыта брюшная полость и обнаружена перфорация язвы двенадцатиперстной кишки и разлитой перитонит. Язва ушита, брюшная полость тщательно промыта и дренирована. После операции состояние постепенно улучшалось, температура нормализовалась, пульс 80 в мин., количество лейкоцитов – $6,1 \times 10^9/\text{л}$, газы и стул отходили, но на 6 сутки после повторной операции в

момент сильного кашля возникло расхождение швов брюшной стенки с эвентрацией сальника под кожу. Произведено повторное ушивание брюшной стенки с дренированием подкожной клетчатки.

Состояние больного постепенно улучшалось, но возникло нагноение раны с вовлечением в процесс подкожной клетчатки, заживление раны шло вторичным натяжением. Выписан на 21 сутки после повторной операции в удовлетворительном состоянии.

2. Больной А-в К.Т. 49 лет, история болезни 847/101 доставлен в клинику с диагнозом острый холецистит. Из анамнеза установлено, что болен 4 дня, страдает хроническим обструктивным бронхитом. При обследовании общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, наблюдаются единичные сухие хрипы. Живот обычной конфигурации, значительно болезненный в правом подреберье, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

УЗИ – печень не увеличена, желчный пузырь 10,2х6,8см, стенки его утолщены до 5мм, в просвете конкремент (рисунок 6.2.2).

Заключение: ЖКБ, острый холецистит.



Рисунок 6.2.2 - Сонограмма печени и желчного пузыря больного А-ва К.Т.

Общее количество лейкоцитов составило $13,3 \times 10^9/\text{л}$; в лейкоцитарной формуле выявлено повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов (12%) и снижение лимфоцитов (до 20%). По результатам обследования установлен диагноз: желчнокаменная болезнь, острый холецистит.

После обследования оперирован лапаротомным доступом в правом подреберье, произведена холецистэктомия от шейки, затем дренирование брюшной полости. В первые двое суток состояние было удовлетворительное, температура в норме, показатели гемодинамики стабильные.

Через 2 дня в момент сильного приступа кашля в области операционной раны появилось выбухание, швы на коже сняты и в рану предлежал сальник. Срочно взят в операционную, произведено орошение выпавшей пряди сальника и раны, ушивание брюшной стенки через все слои, подкожная клетчатка дренирована резиновым выпускником. Состояние больного после повторной операции улучшалось, но на 9 сутки вновь при кашле наступила повторная эвентрация кишечника. Выполнено повторное ушивание после тщательной обработки кишечной петли и краев раны. Брюшная полость закрыта послойно, через все слои брюшной стенки. Подкожная клетчатка дренирована микроирригатором с боковыми отверстиями, через который ежедневно вводилось по 2–3 мл раствора декасана. На кожу наложены редкие швы. После повторного оперативного вмешательства состояние пациента начало улучшаться, рана зажила вторичным натяжением. Выписан на 18-е сутки после первой операции.

Оба наблюдения показали, что необходим учет сопутствующих заболеваний и применять меры для предотвращения обострения заболевания и профилактики возможных осложнений, которые могут явиться причиной эвентрации. При выявлении бронхолегочных сопутствующих заболеваний необходимо с момента выхода из наркоза выполнять дыхательную гимнастику, вибромассаж грудной клетки, периодически ингаляции кислорода и средств, способствующих отхождению мокроты. Кроме того,

после операции необходимо наложение повязки, предотвращающей нагрузку на брюшную стенку.

Еще у двух повторно оперированных нами больных по поводу эвентрации первая операция была выполнена при вентральной послеоперационной грыже, оба были в возрасте старше 50 лет. Приводим одно клиническое наблюдение:

Пациент Б-ой Б.С., 51 год, медицинская карта №292, поступил в клинику 15.02.2019 с жалобами на увеличение грыжевого выпячивания в области ранее перенесённой операции и появление болей после физической нагрузки. Из анамнеза выяснено, что около 20 лет назад ему была выполнена операция по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, состояние было удовлетворительное. Два года назад в пупочной области появилось грыжевое выпячивание, которое быстро увеличивалось, появились боли особенно после физической нагрузки, обратился в ЦСМ и было рекомендовано оперативное лечение.

При обследовании состояние пациента удовлетворительное: дыхание в легких везикулярное, сердечные тоны ритмичные, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, по средней линии выше и ниже пупка — плотный послеоперационный рубец, в центре которого определяется грыжевое выпячивание размером 10×6 см, вправляемое в брюшную полость и болезненное при пальпации. Диаметр грыжевых ворот составляет 6 см. Противопоказаний к оперативному вмешательству не выявлено, получено информированное согласие на проведение операции.

Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена операция — после рассечения кожи и подкожной клетчатки, выделен грыжевой мешок, после - вскрыт, содержимым был сальник, который вправлен и выполнена пластика грыжевых ворот. В послеоперационном периоде на 6 сутки возникла эвентрация большого сальника при незначительном физическом напряжении.

Пациент был экстренно направлен в операционную для проведения хирургического вмешательства, под эндотрахеальным обезболиванием швы распущены, в подкожной клетчатке обнаружена прядь салника, которая после обработки вправлена в брюшную полость, швы на брюшину – непрерывные, а затем грыжевые ворота ушиты наложением узловых швов через все слои. При этом было выявлено наличие расслоения мышц и апоневроза и поэтому для укрепления аутопластики при ушивании грыжевых ворот использована полипропиленовая сетка, охватывающая шов с каждой стороны на 3 см. подкожная клетчатка дренирована двумя микроиригаторами, которые были удалены после прекращения отделяемого (7е сутки).

После операции получал антибиотики, обезболивающие средства и инфузионную терапию, выполнял дыхательную гимнастику, дозированные движения конечностей, вибромассаж грудной клетки.

Производили УЗИ через каждые 2-3 дня для оценки течения раневого процесса и состояния органов брюшной и грудной полости. Рана зажила первичным натяжением. Выписан на 10 сутки после повторной операции.

Мы проанализировали частоту возникновения и характера осложнений после повторной операции, выполненной по поводу эвентрации и при этом установили, что у 5 из 11 оперированных возникли различные осложнения. Так, нагноение раны имело место у 2, плеврит осложнил послеоперационный период у 1, повторная операция по поводу эвентрации потребовалась у 2.

При возникновении нагноения раны выполняли лечение под повязкой, с учетом фазы раневого процесса, при плеврите выполняли плевральные пункции, при повторной эвентрации – повторная операция.

Средняя продолжительность госпитализации в данной группе пациентов составила $14,8 \pm 1,12$ койко-дня.

Анализ причин возникновения эвентрации показал, что у ряда больных недостаточно учтены сопутствующие заболевания (4 чел.), не приняты активные меры к профилактике возможных легочных обострений

заболевания (4 чел.), не обеспечена иммобилизация брюшной стенки. Возникшие осложнения требовали комплексного подхода к лечению осложнений после повторных операций и более длительного пребывания в стационаре.

Резюме:

Анализ полученных результатов показал, что в абдоминальной хирургии после ряда операций на органах брюшной полости возникает перитонит, лечение которого сложное, требует индивидуального подхода в лечении и не всегда успешное, особенно трудное для диагностики перитонита и оценки решения о дальнейшем лечении, особенно решение о необходимости выполнения повторной операции. Здесь очень важным моментом является решение о релапаротомии у лиц пожилого и старческого возраста, так как запоздалое выполнение операции нередко заканчивается летальным исходом, а необоснованная повторная операция усугубляет состояние больных. Необходимо детальное наблюдение за больными и внимательно следить за динамикой признаков ССВР и если количество признаков нарастает, то попытаться выяснить причину, определить развивающееся осложнение и принять меры по предотвращению его прогрессирования.

В лечении послеоперационного перитонита необходимо использовать комплексное лечение, которое позволило бы ликвидировать воспалительный процесс, восстановить функциональное состояние желудочно-кишечного тракта и снизить степень эндотоксикоза. Мы использовали эти меры в лечении больных перитонитом, но из 20 нам не удалось достичь выздоровления у 3.

Эвентрация как осложнение, требующее повторного оперативного лечения, не является редкостью и на нашем материале это осложнение составило 10,0% чаще оно возникало у лиц пожилого и старческого возраста. На нашем материале 5 больных были в возрасте до 50 лет, а остальные старше и сопутствующие заболевания обнаружены у всех 11. К сожалению,

не всегда учитывались сопутствующие заболевания, не проводилась предоперационная подготовка, не выполнялось в полном объеме лечение сопутствующих заболеваний, обострение которых часто является причиной эвентрации, не выполнялись меры профилактики осложнений в послеоперационном периоде.

Осложнения возникали после лапаротомного доступа, но операции в клинике чаще выполняли лапаротомным доступом. Преобладали осложнения, возникающие после экстренных операций в сравнении с плановыми. Повторные операции выполнены по поводу эвентрации у всех 11 больных, они заключались в повторном ушивании передней брюшной стенки. Операция не травматичная, но послеоперационный период протекает тяжело, так как это осложнение чаще возникает у ослабленных и у лиц старшего возраста. Чтобы снизить это осложнение необходимо использовать меры профилактики после любого оперативного вмешательства на органах брюшной полости. Осложнения после повторных операций возникли у 5 из 11 оперированных, но они были вовремя обнаружены и излечены к моменту выписки, но потребовалось более длительное пребывание в стационаре. Летальных исходов не было.

ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ.

7.1 Причины повторных операций.

В процессе работы мы уделили особое внимание выявлению причин, послуживших показанием для повторной операции после оперативных вмешательств по поводу заболеваний органов брюшной полости. Из наблюдаемых и оперированных повторно было 110 больных, из них первая операция произведена была лапаротомным доступом 75 (68,2%) и видеохирургическим у 35 (31,8%). Превалировали больные после операции, выполненных лапаротомным доступом и лишь 1/3 – лапароскопическим. Возможно это обусловлено тем, что на первом этапе больше операции производили из минилапаротомного доступа, а в последние годы чаще стали применять эндовидеохирургические вмешательства, особенно при ЖКБ.

Таблица 7.1.1 – Причины повторных операций в абдоминальной хирургии

№	Причины на этапах лечения	Всего	
		абс.ч	%
1	До операции: не полное обследование до операции	8	7,3
2	не учтен анамнез	4	3,6
3	не учтены сопутствующие заболевания (их тяжесть)	12	10,9
4	не в полном объеме предоперационная подготовка	9	8,1
5	В момент операции: неполное обследование органов брюшной полости	7	6,4
6	технические погрешности	21	19,1
7	После операции: длительное наблюдение за течением возникшего осложнения	18	16,4
8	недостаточная коррекция сопутствующих заболеваний	29	19,1
9	Причина не установлена	10	9,1

Анализ повторных операций позволил выделить причины на всех этапах лечения: до операции, в момент выполнения ее и в послеоперационном периоде (таблица 7.1.1 и рисунок 7.1.1).

Наибольший удельный вес занимали осложнения, которые развились на почве технических погрешностей (19,1%), длительное наблюдение (16,4%) и недостаточная коррекция сопутствующих заболеваний (19,1%), другие причины наблюдали реже.



Рисунок 7.1.1 - Причины возникновения осложнений (в %).

Выполнение повторной операции требует особого подхода, учитывая, что это единственный шанс для спасения больного, а хирург и больной, как правило, не всегда готовы для принятия окончательного решения.

В данной главе представлены используемые нами подходы к диагностике осложнений, послуживших основанием для проведения повторных оперативных вмешательств, а также принципы лечения в послеоперационном периоде с учетом характера выявленных осложнений. Все наши усилия были направлены на своевременное выявление осложнений

после повторной операции и выбор метода его лечения, а также на разработку мер профилактики с учетом причин, которые обусловили развитие осложнений и тех нарушений, которые имели место в конкретном случае.

7.2 Ведение больных при повторной операции.

Характер и объем медикаментозной терапии зависел от заболевания и обнаруженного осложнения в момент повторной операции, но общим для всех осложнений были противовоспалительная терапия, которая предотвращает возникновение гнойно-воспалительных осложнений. Антибиотики в начале назначали эмпирически – чаще цефазолин или цефтриаксон, а затем в динамике исследовали микрофлору отделяемого ран, брюшной полости и чувствительность к антибиотикам, и с учетом результатов меняли антибиотики. Основанием для назначения антибиотиков явились результаты исследования микрофлоры и к цефтриаксону и цефазолину сохранялась чувствительность.

Общей мерой для всех осложнений при повторной операции являлась обработка брюшной полости озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл и дренирование. Также общей мерой было выполнение регионарной лимфостимуляции в зоне максимального расположения лимфатических сосудов к очагу поражения. Эту меру мы использовали у всех больных, так как после операции остается риск возникновения пареза кишечника, продолжение перитонита, поэтому необходимо воздействие на лимфатическую систему. В комплекс лечения включали обезболивающие средства и ранняя активизация больных. Другие меры, которые были применены даны после операции в зависимости от характера осложнения.

Мы как и ряд исследователи [136; 182; 184; 204] считаем, что одним из первоочередных этапов лечения должно быть максимально радикальное устранение источника, вызвавшего осложнение и инфицирование брюшной полости. В тех случаях, когда полное устранение источника невозможно,

необходимо прибегнуть к его надежной изоляции, с последующим проведением антибактериальной терапии, интенсивной инфузионной поддержки и иммунокорригирующего лечения. Перед повторной операцией мы стремились оценить все результаты исследования, которые подтверждали необходимость выполнения повторного вмешательства, особенно у пациентов старшего возраста, у которых неоправданно выполненная повторная операция резко ухудшает состояние и может явиться причиной смерти. При этом тщательно анализировали историю развития заболевания, по поводу которого был оперирован больной, особенности первой операции, течения послеоперационного периода и какие они отличия от обычного течения после такого же оперативного вмешательства. Это позволяло оценить в данный момент состояние больного, определить, а чаще заподозрить осложнение, которое требует выполнения релапаротомии. Из числа наблюдаемых нами больных (110чел.) у 21 уже при анализе этих данных было заподозрено осложнение (19,1%), которое потребовало дополнительных исследований для уточнения характера осложнения и выполнение релапаротомии. Учет перечисленных данных уже у 1/5 части больных давал возможность решиться на такое спасающее вмешательство как повторная операция.

Это положение нашло подтверждение и на наблюдаемых нами больных, у одной из которых была выполнена ЛХЭ. После операции возникли признаки ранней кишечной непроходимости, ознакомления с ходом операции показал, что появление признаков кишечной непроходимости обусловлены спайками обнаруженными хирургом при первой операции. Больная своевременно взята на повторную операцию, послеоперационный периода протекал без осложнений. Еще у одной больной после операции появились признаки ранней кишечной непроходимости, мы проанализировали ход первой операции и учли, что была ЖКБ, осложненная холецистодуоденальным свищом, сразу заподозрена желчнокаменная кишечная непроходимость, больная оперирована повторно и хотя

послеоперационный период протекал очень тяжело с длительно не снижающимися показателями синдрома системной воспалительной реакции (тахикардия, лейкоцитоз, повышение температуры), нам удалось её спасти. Эти наблюдения подтверждают ценность наблюдения за течением после операции и учет хода первой операции. Игнорирование этого положения может привести к запоздалому повторному оперативному лечению на это указывают многие исследователи [189; 307].

Учитывая высокую частоту осложнений после операций на органах брюшной полости, которые нередко обусловлены недостаточным объемом обследования, игнорированием сопутствующей патологии и неполноценной предоперационной подготовкой, мы считали крайне важным проведение консультаций со смежными специалистами перед повторным хирургическим вмешательством. Особое внимание уделялось пациентам с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и системный атеросклероз. Совместно с профильными специалистами принимались решения относительно объема и длительности предоперационной подготовки, а также определялись особенности ведения послеоперационного периода. Все повторно оперированные консультированы перечисленными специалистами.

Перед повторной операцией всегда вели обсуждение с врачом анестезиологом, кардиологом или терапевтом, а при сахарном диабете обязательно с участием эндокринолога, определяли объем и продолжительность предоперационной подготовки.

Перед повторной операцией включали меры коррекции выявленных нарушенных функций, объем и продолжительность лечения сопутствующих заболеваний.

Немаловажным моментом для исхода повторной операции является выбор метода обезболивания, но в этом плане среди хирургов нет единого мнения. Если одни рекомендуют эпидуральное обезболивание [150; 222] обосновывая тем, что этот метод более эффективен у больных с тяжелыми

сопутствующими заболеваниями и у лиц пожилого и старческого возраста. При эпидуральном обезболивании быстро наблюдается нормализация дыхательной и сердечно-сосудистой систем, есть возможность ранней активизации, то другие [113; 205] применяют эндотрахеальный наркоз. Какой избрать метод обезбоживания мы решали совместно с анестезиологом. В своей работе использовали эндотрахеальный наркоз.

Большое значение мы придавали выбору доступа (рисунок 7.2.1), при появлении такого осложнения как перитонит, ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, оптимальным доступом считали средне-срединную лапаротомию, при которой можно свободно выполнить все этапы операции, санацию и дренирование брюшной полости, но и она не должна превышать 10-14 см, так как большой размер доступа ведет к длительному болевому синдрому после операции. Локализацию доступа мы избирали в соответствии с расположением патологического очага, но чаще всего это была срединная лапаротомия и лишь в единичных случаях был доступ в подвздошной области.

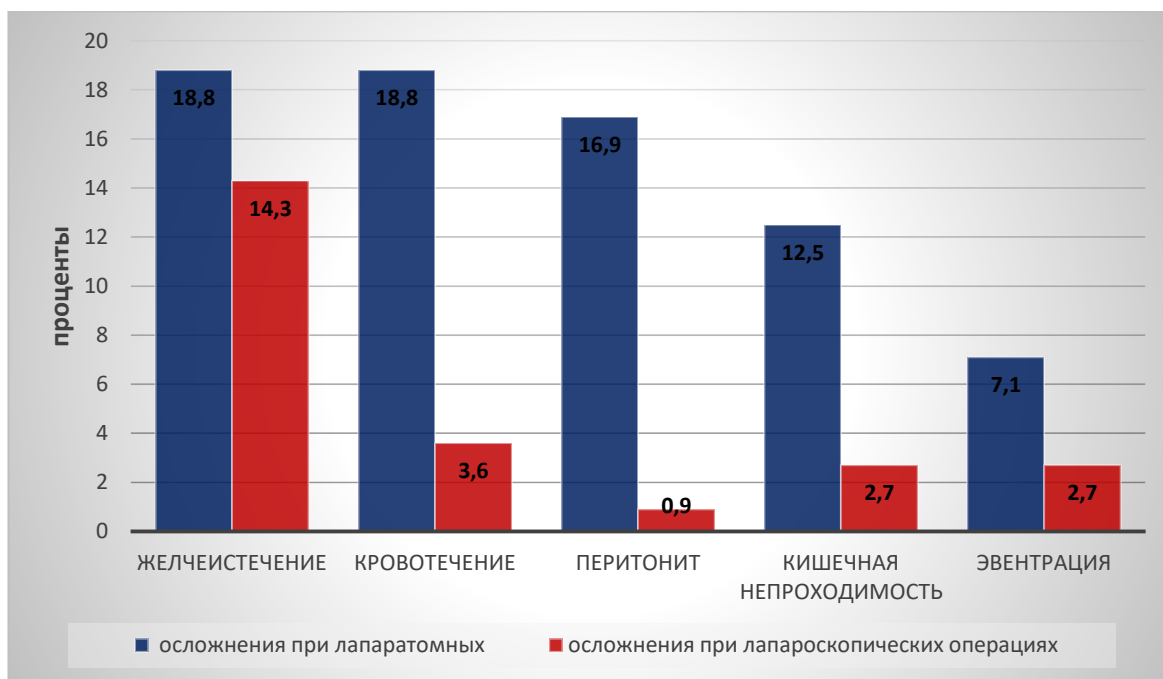


Рисунок 7.2.1 - Характер осложнений в зависимости от типа доступа.

ChatGPT сказал:

Мы проанализировали используемые хирургические доступы с целью оценки их влияния на частоту послеоперационных осложнений и выявили, что у 11 пациентов (10%) доступ оказался недостаточно адекватным. Это затрудняло выполнение ключевых этапов оперативного вмешательства и, вероятно, могло стать одной из причин развития осложнений.

Так, при эхинококкозе печени при расположении больших кист в зоне 7,8 сегментов доступ был в правом подреберье по Федорову, в то время как у 6 из 11 операцию можно было выполнить из менее травматичного для данной локализации кист, торакального доступа.

Учитывая тяжесть состояния больных особенностью выполнения повторной операции, должна быть малотравматичность, тщательный гемостаз, бережное отношение к тканям и операция должна заканчиваться дренированием брюшной полости с учетом выявленного осложнения. Этих положений придерживались мы в своей работе.

Брюшную полость ушивали через все слои, на кожу редкие швы, подкожную клетчатку дренировали двумя микроирригаторами, через которые в первые 3-4 дня вводили раствор декосана или озонированный раствор хлорида натрия. Выполняли УЗИ и при увеличении зоны инфильтрации выполняли ревизию раны или снимали 1-2 шва, полуспиртовую повязку (физиотерапевтические процедуры). Это предотвращало нагноение раны.

Мы провели анализ осложнений, которые требовали повторную операцию и установили, что они чаще возникали при лапаротомном доступе (рисунок 7.2.2).

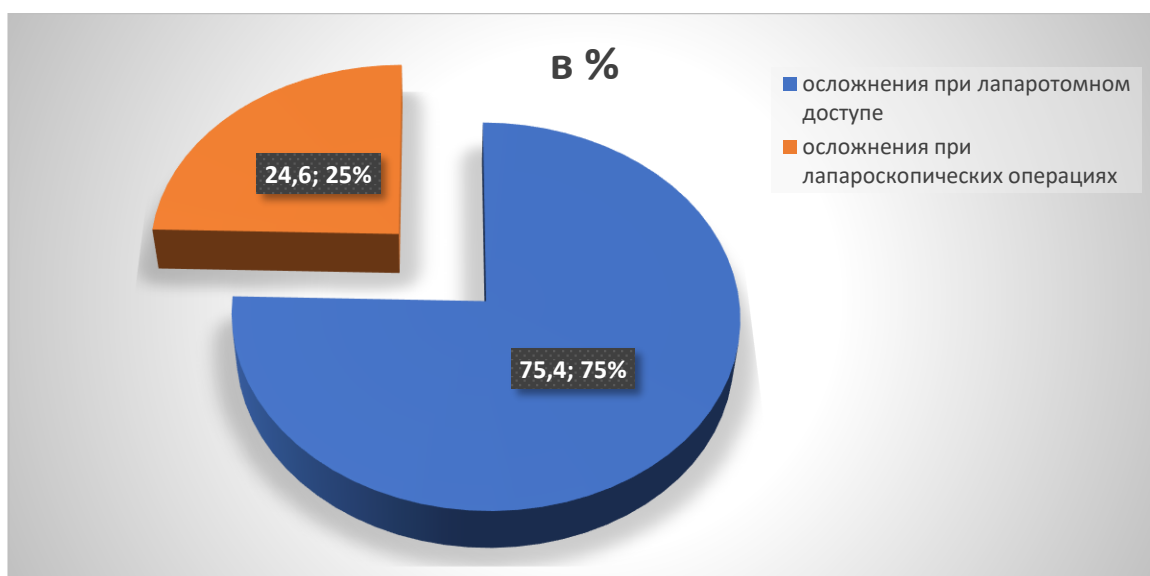


Рисунок 7.2.2 - Удельный вес осложнений при лапаротомном и лапароскопическом доступе (в%).

Во время повторной операции были выполнены следующие этапы: устранение причины осложнения, проведение регионарной лимфостимуляции для лечения и профилактики воспалительных процессов, а также восстановления функции желудочно-кишечного тракта. Брюшная полость и операционная рана были очищены с использованием озонированного раствора хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. В послеоперационном периоде была проведена интенсивная противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия для коррекции метаболических нарушений.

Перед операцией и после нее больным с перитонитом и кишечной непроходимостью обязательно устанавливали назогастральный зонд, а у наиболее тяжелых назоинтестенирование. Придавали значение раннему энтеральному питанию и ранней активизации пациентов.

При релапаротомии, независимо от характера осложнений, всегда есть риск возникновения пареза кишечника, поэтому мы у всех больных выполняли однократное введение антибиотика в корень брыжейки тонкого и толстого кишечника с лимфотропной смесью (регионарная лимфостимуляция), а при наличии гнойного перитонита в брыжейку тонкого

кишечника фиксировали микроирригатор для введения антибиотико-лимфотропной смеси в послеоперационном периоде. Наши наблюдения показали, что у 58 больных, у которых использовали регионарную лимфостимуляцию лишь у одного возник парез кишечника, который был быстро ликвидирован медикаментозными средствами.

К настоящему времени уже убедительно доказано [44; 62; 146; 159; 166] экспериментальными и клиническими исследованиями, что применение регионарной лимфостимуляции улучшает дренажную функцию лимфатической системы. Способствует ликвидации воспалительного процесса и эндотоксикоза. На данный момент доказано, что регионарная лимфостимуляция полноценно блокирует болевые импульсы из очага поражения и воздействует на периферическую нервную систему, ведет к снижению болевого синдрома и способствует восстановлению моторной функции кишечника [179; 208]. Наши исследования показали целесообразность применения этого метода при повторных операциях, особенно если релапаротомия выполнена в связи с возникшим перитонитом или ранней кишечной непроходимости. Способ прост и не требует больших материальных затрат, зато эффективен.

В заключительном этапе у больных с перитонитом и кишечной непроходимостью, выполняли интестинальное зондирование, через которое осуществляли промывание озонированным раствором хлорида натрия. Это также способствовало восстановлению функции кишечника и уменьшению эндотоксикоза и после операции через зонд выполняли аспирацию, а затем раннее энтеральное питание, учитывая то обстоятельство, что у этих больных наблюдается энтеральная недостаточность.

При повторной операции по поводу желчеистечения микроирригатор был зафиксирован в круглую связку печени, и после операции в течение 4-5 дней вводили смесь через него. Это способствовало более быстрой ликвидации воспалительного процесса и восстановлению функций кишечника.

При повторной операции, выполненной по поводу внутрибрюшного кровотечения, в момент операции устраняли источник кровотечения, а после уделяли внимание восполнению кровопотери и если она превышала 500мл, то переливали эритроцитарную массу, свежзамороженную плазму, а при меньшей кровопотере – различные растворы (полиглюкин, реополиглюкин, солевые растворы с обязательным включением комплекса витаминов). Осложнения после операции возникли у 11 больных, но они были излечены к моменту выписки, умер один от полиорганной недостаточности.

При повторной операции, выполненной в связи с желчеистечением, устраняли источник желчеистечения, а после операции назначали антибиотики, обезболивающие средства, солевые растворы, но обязательно в комплексе с гепатотропными препаратами. Осложнения после релапаротомии возникли у 7, умер – один.

Более сложным было ведение больных, оперированных по поводу ранней кишечной непроходимости и перитонита так как наблюдается тяжелая степень эндотоксикоза и синдрома ССВР. Здесь необходимы не только противовоспалительная и обезболивающая терапия, но и коррекция водно-солевого, белкового обменов, – энтеральной недостаточности и лечение сопутствующих заболеваний. Все это направлено на стимуляцию кишечника, снижение интоксикации и нормализацию нарушенных функций. Обязательной мерой должно быть назогастральное дренирование желудка через зонд или интестинальное, через которое мы орошали желудок и тонкий кишечник озонированными растворами, а затем выполняли раннее энтеральное питание.

Энтеральному питанию мы уделяли особое внимание. У 5 больных с перитонитом и кишечной непроходимостью использовали препараты пролюглюкин, реполюглюкин.

Орошение озонированным раствором предотвращает процессы брожения, гниения, так как озон обладает мощным бактерицидным действием на аэробную и анаэробную флору, снижается всасывание

продуктов распада и инфицирование брюшной полости. А раннее энтеральное питание способствовало восстановлению функции кишечника и энергообеспечения. На важность этих мер указывают и другие исследования [242; 321].

Тяжесть состояния больных с ранней кишечной непроходимостью обусловлена в основном поздним оперативным вмешательством, быстрым нарастанием эндотоксикоза. Лишь у 2 больных операция повторная произведена через сутки с момента появления признаков кишечной непроходимости, а остальным длительно выполняли консервативное лечение, направленное на стимуляцию функции кишечника, отмечалось временное улучшение, а затем вновь усиливались признаки непроходимости и вновь продолжалась консервативная терапия, на фоне которой усиливалась степень тяжести эндотоксикоза и нарастали признаки синдрома системной воспалительной реакции.

При рентгенологическом и УЗИ обнаруживались признаки кишечной непроходимости, а наблюдение продолжалось, это явилось причиной возникновения осложнений (у 7 чел.) после повторной операции и полиорганной недостаточности и смерти 3 больных.

В последнее время мы изменили подходы к выбору срока повторной операции и консервативное лечение выполнялось не более чем на протяжении 6 часов и лишь в единичных случаях более суток. Эта мера позволила улучшить исходы повторной операции.

Очень тяжелую группу составили больные с перитонитом, после повторной операции осложнения возникли у 9 из 20 оперированных, а всего осложнений было 12. Несмотря на наши усилия по профилактике осложнений и их лечение умерло 3 больных от полиорганной недостаточности.

После повторной операции, выполненной по поводу эвентрации, выполняли противовоспалительную терапию, инфузионную и давали препараты для стимуляции перистальтики кишечника, чтобы предотвратить

развитие динамической кишечной непроходимости, раннюю активизацию, фиксацию передней брюшной стенки (бандаж).

Анализ возникновения эвентрации показал, что она наблюдалась при недоучете сопутствующих легочных заболеваний как до первой операции, так и после ее. Осложнения возникли у 5 больных.

Особое внимание у повторно оперированных мы уделяли динамике показателей синдрома системной воспалительной реакции, так как у большинства из них (98 чел.) обнаруживали по 3-4 признака. После повторной операции в течение 6-7 суток, а иногда и дольше, наблюдали признаки синдрома. Если эти признаки постепенно снижались, это указывало на благоприятное течение послеоперационного периода. В случае их увеличения мы рассматривали это как сигнал для поиска причины и выявления возможных осложнений. Показатели синдрома стали важным индикатором для оценки риска возникновения осложнений и прогноза заболевания. Определять показатели синдрома каждые 3-5 дней. Мы убедились, что после повторной операции очень сложно судить о течении заболевания и в этом плане существенную помощь оказывает определение количества признаков ССВР. На основании полученных результатов мы построили алгоритм (рисунок 7.2.3)

Применение разработанного нами алгоритма облегчает работу хирурга и направлена на улучшения результатов повторных операции в абдоминальной хирургии.

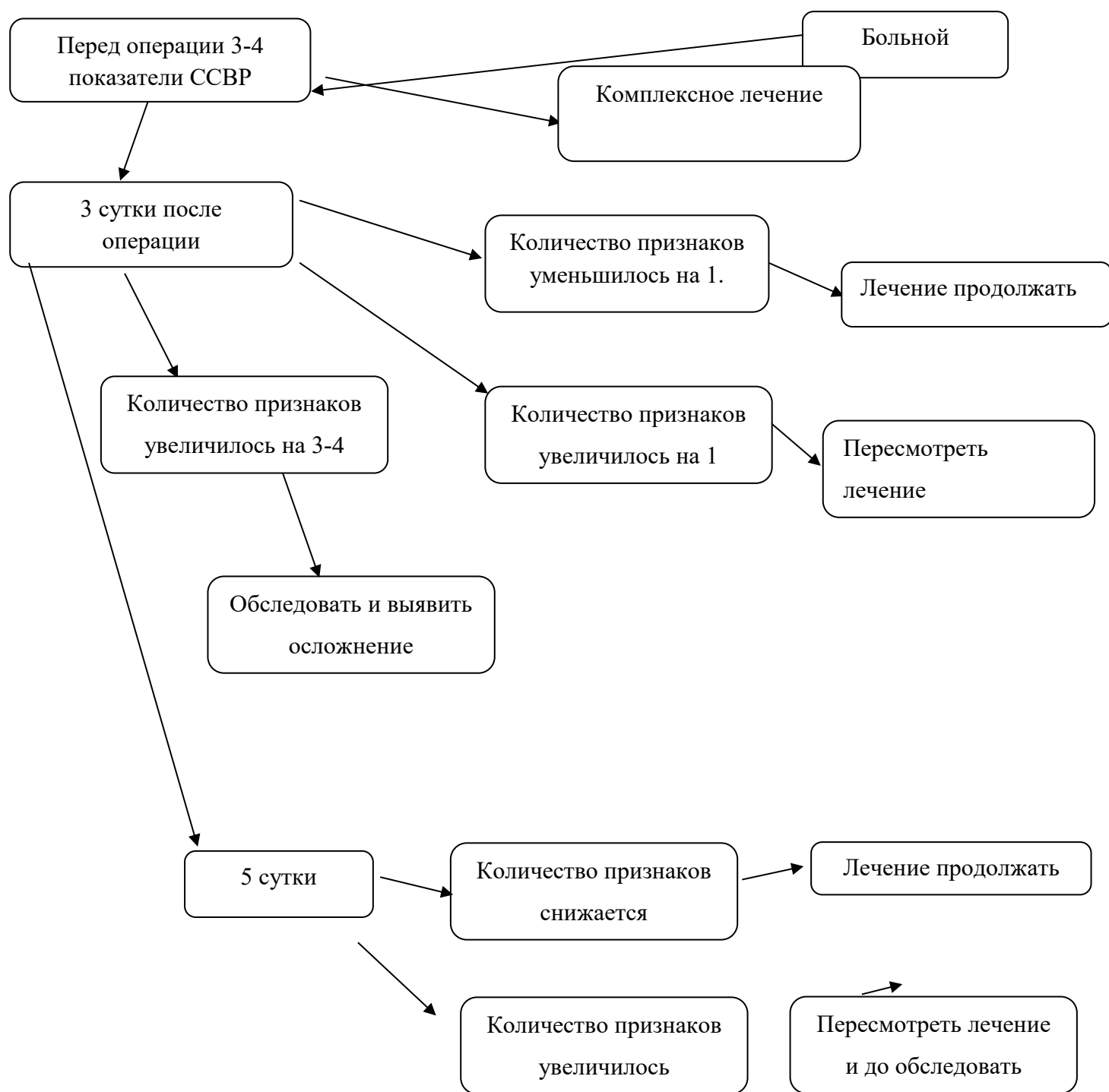


Рисунок 7.2.3 - Алгоритм оценки динамики ССВР при повторных операциях в абдоминальной хирургии.

Кроме того, наблюдение за повторно оперированными больными позволило нам разработать алгоритм ведения больных после повторных операций (рисунок 7.2.4).



Рисунок 7.2.3 - Алгоритм ведения больных после релапаротомии.

В результате выполненных исследований мы решили сравнить наши результаты повторных операций в абдоминальной хирургии с данными другими исследователями, которые в широком плане использовали

повторные операции в лечении ряда возникших осложнений в послеоперационном периоде (таблица 7.2.2).

Таблица 7.2.2 – Результаты повторных операций по данным многих авторов

№	Ф.И.О.	Год опубликования	Кол-во больных	Осложнения %	Летальность %
1	Н. Д. Томнюк и соавт.	2008	201	67,7	31,4
2	С. И. Третьяк и соавт.		109	71,2	33,6
3	С. А. Жидков	2007	94	82,4	35,0
4	А. В. Шакирова и соавт.	2017	120	52,8	42,4
5	Ф. В. Иванов	2024	172	81,4	14,1
Наши результаты		2022	110	35,5	6,4

Анализ литературных сведений показал, что частота осложнений колеблется соответственно 46,4-82,4% и летальность 23,2-66,7%. Высокие показатели все исследователи отмечают у лиц пожилого и старческого возраста, у которых более выраженные явления синдрома системной воспалительной реакции и весьма трудно поддается коррекции.

Нами выполнен анализ результатов повторных операций при различных осложнениях и при этом установлено, что несмотря на использование комплекса мер профилактики, осложнения возникли у 39 из 110 оперированных больных, что составило 36,1%. При выявленных осложнениях нами использованы адекватные методы лечения, но 6 больных не удалось спасти, они погибли от полиорганной недостаточности.

Мы распределили осложнения по классификации Clavien-Dindo [259] в группе, где мы использовали максимально меры профилактики и лечения (основная группа) и группу в которой применяли традиционные меры (группа сравнения), что позволило оценить ценность наших мер (таблица 7.2.1).

Таблица 7.2.1 – Распределение осложнений по классификации Clavien-Dindo

Степень	Определение	абс.ч основ- ной группы n-58	%	абс.ч группы сравне- ния n-52	%
I	Любые отклонения от нормального послеоперационного течения, не требующие медикаментозного лечения или хирургического, эндоскопического, радиологического вмешательства. Разрешается терапевтическое лечение: антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты, физиотерапия. Сюда же относится лечение раневой инфекции.	1	1,7	5	9,6
II	Требуется лечение в виде гемотрансфузии, энтерального или парентерального питания.	4	6,9	5	9,6
III	Требуется хирургическое, эндоскопическое или радиологическое вмешательство:	1	1,7	2	3,8
IIIa	Вмешательство без общего обезболивания.	3	5,2	5	9,6
IIIb	Вмешательство под общим обезболиванием.	1	1,7	3	5,7
IV	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие интенсивной терапии, наблюдения в отделении реанимации, резекции органа:				
IVa	Недостаточность одного органа.	1	1,7	2	3,8
IVb	Полиорганная недостаточность.				
V	Смерть больного.	2	3,4	4	7,7

Анализ осложнений двух групп показал, что в группе больных, у которых мы использовали меры профилактики осложнений, их диагностику и лечение осложнения имели место у 13 (22,4%) в то время как в группе сравнения у 26 из 52 (50%), а летальность соответственно - 3,4 и 7,7%.

7.3 Меры профилактики осложнений при выполнении первой операции.

В результате ознакомления с причинами возникновения осложнений, которые явились показанием для повторной операции и было отмечено какие должны быть использованы меры для их профилактики.

Каждый хирург перед операцией должен тщательно проанализировать результаты обследования пациента и определить объем предстоящего вмешательства. При абдоминальных операциях важно применять периоперационное введение антибиотиков, чтобы предотвратить развитие воспалительных осложнений.

Для профилактики кровотечения необходимо по ходу всей операции выполнять тщательный гемостаз и даже при рассечении спаек обращать внимание на гемостаз, очень хорошо знать пути кровоснабжения очага поражения и легировать пересекаемые сосуды. После выполненного основного и не основного этапов операции проверить на гемостаз. Это касается выполнения операции видеолaparоскопическим и лапаротомным доступом. Используя эти подходы можно предотвратить возникновение кровотечения.

Для профилактики желчеистечения до операции необходимо учесть локализацию протоков, из которых возможно возникновение желчеистечения. При операции на печени, желчных путях детально знать ход желчных протоков и в момент операции осуществлять их перевязку. При эхинококкозе печени, особенно при ликвидации полости фиброзной капсулы методом абдоминализации проверить на наличие свищей и холестаза. Это поможет избавить больного от повторной операции.

Выполнение операции при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, осложненных перитонитом, здесь при первой операции необходимо удалить очаг, тщательное удаление экссудата из брюшной

полости не травмируя кишечник, а затем выполнить орошение брюшной полости раствором антисептика, антибиотика или озонированным раствором для снижения контаминации области операции и раны. Необходимо выполнить регионарную лимфостимуляцию в брыжейку тонкого и толстого кишечника, а при наличии гнойного экссудата в брыжейку кишечника фиксировать микроирригатор и через него выполнять регионарную лимфостимуляцию. В послеоперационном периоде продолжить лечение, воздействующее на все звенья патогенеза заболевания. Операционную рану ушить нерассасывающимся шовным материалом.

При кишечной непроходимости сократить минимально сроки обследования, наблюдения и они должны составлять не более 6 часов, так как длительная задержка операции приводит к необратимым изменениям кишечника. В момент операции также выполнять регионарную лимфостимуляцию, а при наличии уже развившего пареза кишечника использовать интестинальное зондирование.

Для профилактики эвентрации при ушивании операционной раны использовать не рассасывающийся шовный материал и после операции обязательное ношение бандажа, а также необходимо учесть такие сопутствующие заболевания как хронический бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма, их обострение может явиться причиной эвентрации.

Если при первой операции возникает необходимость в резекции кишечника, то с целью профилактики осложнений, при наложении межкишечных анастомозов, первый ряд на слизистую оболочку использовать длительно рассасывающийся шовный материал (викрил 2,0; 3,0), а на остальные ряды применять нерассасывающийся монофилометрический шовный материал (полипропилен и пролен).

Таким образом наши исследования показали, что повторные операции в абдоминальной хирургии не являются редкостью, причины их многообразны, диагностика сложная, а послеоперационное течение тяжелое, что требует индивидуального подхода в выборе объема лечения. Использование разработанного нами подхода и комплекса мер профилактики

позволили повысить эффективность повторных операций, что явилось решением цели и задачи исследования.

Резюме:

Анализ причин осложнений, послуживших показанием для повторной операции, показал, что кровотечение и желчеистечение явились причиной неадекватного выбора операции и техническими погрешностями в момент операции.

Причиной повторной операции довольно часто являлась ранняя кишечная непроходимость, при возникновении которой слишком долго выполняли консервативное лечение, и повторная операция была запоздалой, что и было основной причиной смерти у одного больного.

Перитонит составлял группу больных с продолжающимся кровотечением (4 чел.), а у остальных перитонит развился на почве послеоперационных осложнений. Эвентрация осложнила течение послеоперационного периода у 11 больных.

После повторных операций мы сосредоточили все усилия на борьбе с эндотоксикозом, профилактике легочных осложнений и мерах, направленных на стимуляцию кишечника. Эти аспекты стали основными, при этом особое внимание было уделено лечению сопутствующих заболеваний. Однако, несмотря на выполнение всех мер с учетом состояния больного, характера осложнений, послуживших показанием для повторной операции, осложнения возникли у 39 из 110 повторно оперированных (35,5%), а умерло 7 больных (6,4%). Сравнение наших результатов с данными ряда авторов, которые отмечали осложнения после повторной операции в 42 – 68%, а летальность от 15 до 62%, наши результаты показали более низкий процент осложнений (35,5%) и летальности (6,4%), но все же и эти данные подтверждают сложность этой проблемы и необходимость разработки мер профилактики возникновения осложнений после первой операции и совершенствования после повторного хирургического вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является профилактика и лечение осложнений после повторных операций. В настоящее время довольно широко выполняются различные типы и объемы операций при острых хирургических заболеваниях и в плановом порядке, после которых могут возникнуть осложнения, требующие повторного вмешательства. Накоплен большой опыт по использованию лапаротомных доступов и эндовидеохирургических технологий. Однако, несмотря на достижения, частота осложнений, не только не имеет тенденции к снижению, но и отмечается неуклонный их рост. Одним из сложных вопросов до настоящего времени является ранняя диагностика осложнений, так как раннее выявление осложнений позволяет своевременно выполнить повторную операцию, а запоздалое оперативное лечение сопровождается высоким процентом осложнений и летальности. Это еще одна не решенная проблема в абдоминальной хирургии. Учитывая эти обстоятельства, нами была поставлена цель улучшить результаты повторных операций за счет разработки и уточнения показаний к их выполнению, совершенствованию диагностики осложнений и мер их профилактики в послеоперационном периоде.

Объектом исследования служили 110 больных, которым были выполнены повторные операции, а предметом исследования явились результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов.

Наши исследования основаны на проспективном анализе больных, которым были выполнены повторные операции в течение 20 лет. Из 110 пациентов 68 были женщинами (61,8%), а 42 — мужчинами (38,2%). Возраст пациентов варьировался от 16 до 82 лет, при этом большинство из них были старше 50 лет.

Первые операции, после которых возникли осложнения были выполнены лапаротомным доступом у 75 (68,2%) больных и лапароскопически у 35 (31,8%), следовательно, большую часть больных составляли лица, оперированные лапаротомным доступом. В экстренном порядке оперировано 61 (55,5%) и в плановом 49 (44,5%).

При рассмотрении заболеваний, по поводу которых оперированы все больные, было установлено, что у 60 (54,5%) произведена операция по

поводу ЖКБ, осложненной острым или хроническим холециститом, по поводу эхинококкоза 9 (8,2%), острого аппендицита 8 (7,3%), кишечной непроходимости 7 (6,4%), а с другой патологией (26 чел.-23,6%), среди них были единичные больные. Следовательно, повторные операции выполнялись чаще всего в связи с осложнениями, возникшими при оперативном лечении ЖКБ.

Анализ осложнений показал, что наиболее часто показанием для повторного оперативного лечения было желчеистечение (33,6%). Причиной повторной операции кровотечение было у 22,7%, разлитой перитонит у 18,2%, ранняя кишечная непроходимость у 15,5% и эвентрация у 10%. Наиболее частым осложнением, требующим повторной операции, было желчеистечение.

Мы провели анализ результатов повторных операций для каждого из указанных осложнений.

Желчеистечение отмечено после первой операции у 68 больных, причем после лапароскопических у 41 (60,3%) и лапаротомных у 27 (39,7%). В результате наблюдения за больными с желчеистечением нами был разработан алгоритм тактики хирурга при желчеистечении, применение которого позволило избежать повторной операции почти у половины больных (31 чел.), а 37 повторно оперированы. В диагностике желчеистечения использованы клинические показатели, лабораторные и инструментальные, при этом было установлено, что причиной желчеистечения у 9 больных было соскальзывание лигатуры с пузырного протока или ослабление лигатуры или клипса. Желчеистечение из ложа желчного пузыря было у 5 больных, ятрогенное повреждение холедоха или долевых протоков у 9, а еще у 9 причиной повторной операции были нераспознанные конкременты в холедохе в момент первой операции (резидуальный холедохолитиаз).

У 5 больных с эхинококкозом печени причиной желчеистечения было повреждение желчных протоков при ликвидации полости фиброзной капсулы. Следовательно, основными причинами желчеистечения была несостоятельность пузырного протока, не тщательный гемостаз ложа пузыря

и ятрогенные повреждения. Повторные операции выполнялись с учетом выявленной причины желчеистечения (лигирование пузырного протока, ушивание ложа желчного пузыря, холедохолитотомия, реконструктивные операции, ушивание свища после эхинококкэктомии).

Ознакомление с причинами желчеистечения показало, что они в основном были обусловлены недостаточным объемом обследования до операции и в момент её выполнения в результате технических погрешностей. Течение послеоперационного периода было тяжелым, из 37 оперированных осложнения возникли у 11, что составило 29,7%, умерло 2 в связи с развившейся полиорганной недостаточности на почве перитонита.

Следующим осложнением, требующим повторной операции, было внутрибрюшное кровотечение (25 человек). В этой группе в основном операции выполнялись лапаротомным доступом, а только у 4 пациентов — лапароскопически. Основную группу составили больные, оперированные по поводу ЖКБ и ее осложнений, а у 3 по поводу эхинококкоза печени и по 1 наблюдению были пациенты пахово-мошоночная грыжа и разрыва кисты яичника. Причиной кровотечения у большинства была недостаточность гемостаза ложа пузыря (11 чел.), у 5 выявлено соскальзывание лигатуры с пузырной артерии, у 2х несостоятельность клипс, а у 3х повреждение сосуда при капитонаже и ликвидации полости фиброзной капсулы, другие причины выявлены у единичных больных. Причинами внутрибрюшного кровотечения являлись технические погрешности при выполнении первой операции.

Повторные операции выполнялись с учетом выявленной причины кровотечения (перевязка пузырной артерии, ушивание ложа пузыря, ушивание поврежденного сосуда, тампонирование ложа пузыря).

Необходимо отметить, что течение послеоперационного периода было тяжелым, осложнения обнаружено у 7 больных, умер после повторной операции один.

Еще одним осложнением, при котором выполнялась повторная операция, была ранняя кишечная непроходимость, которая возникла у 17 больных. Она наблюдалась после операций, выполненных по поводу ЖКБ у 10, после операции по поводу язвенной болезни у 1, после спаечной

кишечной непроходимости и вскрытия аппендикулярного абсцесса – по 2 наблюдения и по 1 случаю после операции по поводу долихосигмы. Наибольшие сроки наблюдения в выборе срока операции наблюдались при этом осложнении, так как после абдоминальных операций в первые 3-5 суток нередко наблюдаются нарушения ЖКТ, особенно у лиц старшего возраста. Необходимо отметить, что из 17 наблюдаемых своевременно выполнена повторная операция была у 8, а у остальных (9 чел.) длительное время вели наблюдение и выполняли стимулирующую терапию, что усугубляло их состояние. Повторная операция выполнялась после неоднократного УЗИ и рентгенологического исследования подтверждающих наличие непроходимости. Операция в основном заключалась в рассечении спаек и восстановлении проходимости кишечника, но у 2 больных выполнена резекция тонкого кишечника, у одного пациента вскрытие просвета кишечника и наложение еюностомы и еще у одного энтеротомия и удаление желчного конкремента. Необходимо отметить, что послеоперационный период протекал исключительно тяжело, с нарушением функции кишечника и тяжелой степенью эндотоксикоза. Несмотря на проведенное комплексное лечение, осложнения возникли у 7 из 17 больных, умер один пациент.

Следующей группой осложнений, которая явилась причиной релапаротомии были пациенты с послеоперационным перитонитом (у 20 чел.). Это осложнение после неотлаженной операций возникло у 14, а после плановых у 6. Лишь у одного пациента первая операция была выполнена лапароскопически, в то время как у остальных — лапаротомным доступом. Наибольшую группу составили пациенты, оперированные по поводу острого и хронического холецистита (9 человек), далее следовали 4 пациента с аппендэктомией, по 2 пациента с кишечной непроходимостью и абсцессом брюшной полости, и по одному случаю с травмой брюшной полости, резекцией поджелудочной железы и наружным каловым свищом. Из 20 наблюдаемых пациентов у 4 сохранялся продолжающийся перитонит, в то время как у 16 перитонит развился как осложнение после первой операции. Повторные операции при продолжающемся перитоните обычно заключались

в санации брюшной полости антисептическими или озонированными растворами с адекватным дренированием и проведении детоксикационной терапии. В случае перитонита, возникшего из-за осложнений после первой операции, лечение включало устранение первичного осложнения, санацию брюшной полости, дренирование, использование лимфогенных технологий и детоксикацию. Необходимо отметить исключительно тяжелое течение послеоперационного периода, которое было обусловлено эндотоксикозом и несмотря на проведенное комплексное ведение больных осложнения возникли у 9 повторно оперированных, а всего осложнений было 12 из них, умерло 3 пациента.

Еще одним осложнением, которое требовало повторной операции явилась эвентрация (11 чел.). Причиной явились в основном у лиц старше 60 лет, у пациентов с сопутствующими заболеваниями. Повторная операция при эвентрации заключалась в ушивании и выполнении мер профилактики для предотвращения повторного осложнения. Осложнения возникли у 5 из 11 больных.

При повторных операциях нами выполнялись меры, направленные на предотвращение осложнений.

В процессе работы мы оценили результаты повторных операций в группе больных, где использовали традиционные подходы (52чел.) (санация брюшной полости, удаление экссудата, дренирование, противовоспалительная терапия, антибиотики, метронидазол, инфузионная терапия), стимуляция кишечника медикаментозными средствами, обезболивание. Анализ результатов показал, что после операции осложнения тяжелым течением возникли у 23 из 52 оперированных, что составило 50,0%, умерло 4 больных (7,7%). Наиболее частыми осложнениями были, парез кишечника, плевриты и нагноение ран. Мы проанализировали эти осложнения и разработали меры профилактики, которые включали до операции, особенно при кишечной непроходимости, перитоните: введение назогастрального зонда с удалением содержимого и орошали желудок озонированным раствором. В момент операции ликвидировали причину

осложнения, удаляли тщательно экссудат, кровь, желчь с орошением брюшной полости озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, для снижения обсемененности раны и брюшной полости. Затем с целью предотвращения пареза кишечника вводили в корень брыжейки тонкого и толстого кишечника антибиотиколимфотропную смесь. При гнойном перитоните и при кишечной непроходимости в брыжейку кишечника фиксировали микроирригатор и выводили наружу, через него вводили антибиотиколимфотропную смесь на протяжении 4-5 суток. Кроме того, у больных с перитонитом и после операций, выполненных по поводу кишечной непроходимости через назогастральный зонд или назоинтестинальную интубацию выполняли орошение тонкого кишечника озонированным раствором хлорида натрия дозированно и ретроградно вводили озонированный раствор в толстый кишечник. Эта мера существенно вела к снижению эндотоксикоза. Мы использовали эту методику учитывая результаты экспериментальных исследований Глоба В.С. и соавт. [167], которые были выполнены при перитоните с применением озонированной дистиллированной воды ректально и установили, что метод обеспечивает санацию лимфатической системы. После операции применяли инфузионную терапию с обязательным включением гепатотропных препаратов и озонированных растворов, особое внимание после повторной операции нами было уделено нутритивной поддержке, так как у больных повторно оперированных, из-за длительного голодания развивается энтеральная недостаточность, после операции стремились использовать раннее энтеральное питание. Применение различных смесей недостаточно эффективно, и мы довольно часто сочетали энтеральное питание с парентеральным. Уделяли внимание ранней активизации.

При эвентрации после операции создавали условия для заживления раны и предотвращения повышения внутрибрюшного давления.

В процессе работы мы уделяли внимание динамике признаков синдрома системной воспалительной реакции. Перед повторной операцией, и после нее определяли количество признаков и это оказалось ценным тестом

для своевременного выявления осложнений после повторной операции. Если после операции идет повышение количества признаков, то это было для нас сигналом для поиска осложнений.

На основании наблюдения за больными после повторной операции нами разработан алгоритм ведения больных этой группы. И все же, несмотря на все наши усилия, частота осложнений, составила 35,5%, а умерло 7 больных в основном от полиорганной недостаточности, что составило 6,4%.

Наши наблюдения показали, что повторная операция является спасительным этапом, но и после неё могут возникнуть осложнения, требующие больших усилий для своевременной диагностики и лечения. Многие исследователи, которые выполняли повторные операции, также отмечают тяжесть течения послеоперационного периода, частоту осложнений и высокую летальность. Несмотря на наши усилия в лечении осложнений в абдоминальной хирургии, осложнения в группе сравнения составили 50,0%, у половины оперированных, а летальность 7,7%, а в основной, где мы использовали разработанные нами подходы для профилактики осложнения выявили у 13 из 58 оперированных, что составило 22,4%, частота снизилась в два раза, а летальность с 7,7% до 3,4%, тоже в 2 раза.

Чтобы оценить наши результаты мы их сопоставили с данными исследований хирургов, которые выполняли повторные операции и убедились, что наши результаты не уступают опубликованным данным других исследователей.

Таким образом, анализ причин возникновения осложнений в абдоминальной хирургии, требующих повторной операции показал, что улучшения результатов можно добиться путем тщательного обследования больных до операции, выполнения оперативного вмешательства согласно требованиям, а после повторной операции использовать комплекс мер, направленных на предотвращение осложнений и их лечение, что и явилось решением нашей цели и задач исследования.

ВЫВОДЫ:

1. Частота повторной операции была следующей: желчеистечение (33,6%), кровотечение (22,7%), ранняя кишечная непроходимость (15,5%), перитонит (18,2%) и эвентрация (10%). Основными причинами повторной операции было неполноценное обследование больных до операции (7,3%), не в полном объеме выполнена предоперационная подготовка (8,3%), технические погрешности в момент операции и после неё (19,1%), длительное наблюдение с момента возникновения осложнения (16,4%) и недостаточный учет тяжести и характера сопутствующего заболевания (19,1%). Осложнения, требующие повторной операции, чаще возникали после лапаротомной первой операции, в сравнении с лапараскопической.

2. Построенные и внедренные алгоритмы мер профилактики и лечения желчеистечения и ранней кишечной непроходимости позволили улучшить результаты повторных операции.

3. Использование санации брюшной полости и операционной раны при осложнениях после операции на печени и желчных протоках озонированных растворов хлорида натрия, регионарной лимфостимуляции с учетом максимального расположения лимфатических узлов к очагу поражения (круглая печени, корень брыжейки тонкого и толстого кишечника, переходная складка в правой подвздошной области) и нутритивная поддержка способствуют снижению частоты осложнений и летальности.

4. При возникновении осложнений, требующих повторной операции, частота выявления признаков синдрома воспалительной реакции составляет 84,7%, их определение в процессе лечения позволяет своевременно оценить течение послеоперационного периода и выявить осложнение и применить наиболее адекватный метод лечения.

5. Оценка результатов повторных операции показало, что наиболее тяжелые течение послеоперационного периода наблюдается при перитоните

и ранней кишечной непроходимости, реже осложнения имели место при кровотечении, желчеистечении.

6. Использование разработанных алгоритмов, мер профилактики осложнений в момент операции и после нее, учет признаков синдрома системной воспалительной реакции и применение лимфогенных технологии позволило снизить частоту осложнений с 44,1% до 22,3%, а летальность с 9,6% до 3,4%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Если течение послеоперационного периода отличается от обычного наблюдаемого, то необходимо проанализировать ход выполненной ранее операции – выполнить дополнительные обследования для выявления причин необычного течения.

2. При подозрении на возникшее осложнение после операции использовать все возможные методы диагностики, чтобы подтвердить или исключить осложнения (анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, УЗИ и по показаниям компьютерная томография, синдром системной воспалительной реакции).

3. Перед повторной операцией, особенно у лиц пожилого и старческого возраста необходимо оценить степень функциональных изменений органов и систем с уточнением факторов операционно – анестезиологического риска.

4. При выявлении признаков внутрибрюшного кровотечения, эвентрации повторную операцию выполнять в экстренном порядке, при желчеистечении использовать дифференцированный подход в выборе срока повторной операции.

5. При ранней послеоперационной кишечной непроходимости консервативное лечение выполнять продолжительностью не более 6 часов, если после консервативного лечения после кратковременного улучшения вновь появляется схваткообразная боль, а при УЗИ обнаруживаются признаки кишечной непроходимости, то необходимо выполнить релапаротомию.

6. При выполнении повторной операции, независимо от характера осложнений, выполнять введение антибиотика с лимфотропной смесью в корень брыжейки тонкого кишечника, в лимфотропную смесь добавлять 2мл прозерина, а при гнойном перитоните в брыжейку тонкого кишечника фиксировать микроирригатор и через него после операции вводить один раз в сутки антибиотики и лимфотропную смесь для предотвращения пареза кишечника и ликвидации воспалительного процесса.

7. При повторной операции по поводу перитонита в момент операции удалять экссудат и брюшную полость санировать озонированным раствором хлорида натрия для снижения микробного обсеменения, а затем выполнить адекватное дренирование брюшной полости.

8. Для выбора объема лечения после повторной операции использовать разработанный нами алгоритм.

9. После выполнения повторной операции по поводу перитонита, обратить особое внимание на коррекцию энтеральной недостаточности с использованием раннего энтерального питания в сочетании с парэнтеральным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдиев, А.А. Профилактика осложнений после резекции печени, выполненной по поводу альвеококкоза [Текст] / А.А. Абдиев, С.А. Айтбаев // Вестник хирургии Казахстана. Алматы.- 2013.- Том 34, №2.- С. 10-13.
2. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия [Текст] / Практическое руководство // под ред. В.С. Савельева. М.: Литература.- 2006.- 168с.
3. Абдулжалилов, М.К. Анализ причин релапаротомий в больнице скорой медицинской помощи [Текст] / М.К. Абдулжалилов, У.М. Нажмутинов // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии», Ростов на Дону.- 2005.- 109с.
4. Абдуллаев, У.М. Диагностика, профилактика и лечение послеоперационного распространенного перитонита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / У.М. Абдуллаев: автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.00.27. М.- 2008.- 24с.
5. Айтбаев, С.А. Резекционная хирургия печени при очаговых образованиях печени [Текст] / С.А. Айтбаев, Б.А. Авасов // Молодой ученый. Казань.- 2016.- №25.- С. 158-161.
6. Айтикеев, А.У. Профилактика и лечение осложнений при лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.У. Айтикеев: автореф. дисс. канд. мед. наук. Бишкек.- 2022.- 28с.
7. Айтназаров, М. С. Малоинвазивные методы в оперативном лечении эхинококкоза печени [Текст] / автореф. дис. канд.мед. наук, - 2017.16с.
8. Акешов, А.Ж. Характер и частота осложнений в экстренной абдоминальной хирургии [Текст] / А.Ж. Акешов, У.Р. Айткулов, Е.Ж. Жолдошбеков // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. Бишкек.- 2018.- №2.- С. 46-49.

9. Акешов, А.Ж. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии и меры их предупреждения [Текст] / А.Ж. Акешов, М.Н. Макеева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. Бишкек.- 2019.- №1.- С. 74-79.
10. Акинчиц, А.Н. Малоинвазивные технологии в коррекции осложнении абдоминальной хирургии [Текст] / А.Н. Акинчиц, А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин //Состояние здоровья населения Волгоградской области и основные мед. технологии коррекции: материалы научно-практ. конф. Волгоград.- 2005.- С. 44-45.
11. Акинчиц, А.Н. Малоинвазивные технологии в профилактике и коррекции осложнении после операций на печени [Текст] / А.Н. Акинчиц, А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина // Вестник Волгоградского ГМУ.- 2013.- №1.- С. 51-53.
12. Акрамов, Э.Х. Интраоперационная детоксикация при острой кишечной непроходимости [Текст] / Э.Х. Акрамов, М.Т. Молдошева // Здравсохранение Кыргызстана.- 2019.- №3.- С. 55-57.
13. Александров, В.Г. Особенности тактики и организации лечения больных послеоперационным перитонитом в провинциальных муниципальных учреждениях здравоохранения [Текст] / В.Г. Александров: автореф. дисс. канд. мед. наук.- М.- 2004.- 23с.
14. Александрович, Г.Л. Неотложные релапаротомии [Текст] / Г.Л. Александрович, А.Г. Росмяков, Н.И. Бояринцев // Владивосток Издательство Дальневосточного упта.- 1989.- 148с.
15. Алиджанов. Ф.Б. Диагностика и хирургическая тактика синдрома Мириззи II типа [Текст] / Ф.Б. Алиджанов, Ф.К. Гуломов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXV конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Алматы.- 2018.- С. 79-80.
16. Алиев, С.А. Роль субъективных факторов в прогнозировании результатов релапаротомии [Текст] / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Сборник

трудов международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии».- 2005.- 110с.

17. Алиев, С.А. Назоинтестинальная интубация в хирургии острой кишечной непроходимости и перитонита: прошлое, настоящее и будущее [Текст] / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Хирургия.- 2021.- №10.- С. 92-100.

18. Алимов, Р.Р. Парез кишечника при панкреатогенном перитоните [Текст] / Р.Р. Алимов, О.Г. Изотова, Х.К. Каимов // Скорая мед. помощь.- 2006.- №2.- С. 60-61.

19. Алтыев, Б.К. Анализ внутрибрюшных осложнений лапароскопической холецистэктомии [Текст] / Б.К. Алтыев, Ф.А. Хаджибаев, О.У. Рахимов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 268-269.

20. Алтыев, Б.К. Интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков – методы их коррекции [Текст] / Б.К. Алтыев, Ф.А. Хаджибаев, О.У. Рахимов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXV международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Алматы.- 2018.- С. 16-17.

21. Алыбаев, Э.У. Сравнительная оценка результатов различных оперативных вмешательств при перфоративной пилородуоденальной язве [Текст] / Э.У. Алыбаев, К.И. Исмаилов, Р.Т. Керимбаев // Хирургия Кыргызстана.- 2006.- №3.- С. 43-46.

22. Андреев, А.В. Ультразвуковая визуализация газа в брюшной полости при неосложненном течении послеоперационного периода [Текст] / А.В. Андреев, А.Г. Приходько, Н.С. Андреева // Материалы Всероссийского конгресса лучевых диагностов. М.- 2007.- С. 23-24.

23. Андреев, А.В. Возможности ультразвукового исследования в диагностике послеоперационных внутрибрюшных кровотечений [Текст] / А.В. Андреев, А.Г. Приходько, Л.Г. Измайлова // Сборник тезисов IV съезда

врачей ультразвуковой диагностики Южного федерального округа.- 2008.- №4.- С. 112-113.

24. Андреев, А.В. Ультразвуковая диагностика послеоперационного перитонита [Текст] / А.В. Андреев, А.Г. Приходько, В.А. Авакимян // Вестник хирургической гастроэнтерологии.- 2009.- №2.- С. 21-24.

25. Аскерханов, Г.Р. Программированная релапаротомия при перитоните [Текст] / Г.Р. Аскерханов, А.Г. Гусейнов // Хирургия.- 2000.- №8.- С. 20-23.

26. Ахмадзода, С.М. Криохолецистэктомия [Текст] / С.М. Ахмадзода, З.С. Тогойбеков, З.В. Табаров // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXV международного конгресса гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Алматы.- 2018.- С. 20-21.

27. Ашимов, И.А. Селективные методы экстракорпоральной детоксикации[Текст] / И.А. Ашимов, Т.А. Акматов, К.К. Акназаров // Методические рекомендации. Бишкек.-1999.-8-21с.

28. Багдасаров, В.В. Внутривентральные послеоперационные осложнения у пострадавших с повреждениями живота при сочетанных травмах [Текст] / В.В. Багдасаров, А.В. Тавадов, Е.А. Багдасарова // Инфекции в хирургии.- 2010.- Том 8, №2.- С. 44-49.

29. Байгазаков, А.Т. Эффективность одномоментных эндовидеохирургических операций у гинекологических больных с сочетанной хирургической патологией [Текст] / А.Т. Байгазаков, Б.С. Ниязов, М.С. Мусуралиев // Московский хирургический журнал. Москва.- 2015.- №5.-С.46-49.

30. Байчоров, Э.Х. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Э.Х. Байчоров, Б.Б. Хадиев, Р.З. Макушкин // Хирургия.- 2009.- №11.- С. 18-22.

31. Баранов, Б.А. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости [Текст] / Б.А. Баранов, М.Ю. Карбов // Хирургия.- 2006.- №7.- С. 56-60.
32. Бебуришвили, А.Г. Релапароскопия в раннем послеоперационном периоде [Текст] / А.Г. Бебуришвили // III Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии: тезисы.- 2000.- 9с.
33. Бебуришвили, А.Г. Методологические и технологические аспекты релапаротомии [Текст] / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц // Хирургия.- 2006.- №11.- С. 35-39.
34. Бебуришвили, А.Г. Выполнения лапароскопических вмешательств у ранее оперированных больных [Текст] / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.А. Воробьев // IV Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии: тезисы докл.-М.- 2009.- №1.- С. 204-205.
35. Бейшеналиев, А.С. Клинико-иммунологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.С. Бейшеналиев, К.Р. Рыскулова // Бишкек: Госконцерн «Учкун».- 1995.- 172с.
36. Белоус, П.В. Новая топографо-анатомическая область расположения пузырной артерии при ее отхождении от дополняющей артерии к правой доле печени [Текст] / П.В. Белоус, В.В. Ващенко // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 6-7.
37. Белеков, Ж.О. Анализ причин ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков[Текст]/ Ж.О. Белеков, У.Х. Джапиев, Н.А. Маманов // Московский хирургический журнал.- Москва, 2015. - №. – С.35-39.
38. Белужников, А.Б. Коррекция синдрома эндогенной интоксикации при распространенном перитоните с использованием лимфотропных технологий [Текст] / А.Б. Белужников, М.С. Любарский, В.В. Николаев // Бюллетень СО РАМН.- 2008.- Том 133, №5.-С. 67-70.

39. Бондарев, Р.В. Сравнительные результаты лечения больных острым разлитым перитонитом при использовании методов хирургической детоксикации [Текст] / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев // Украинский журнал том , XI №2.- 2008.- С. 73-77.
40. Борисов, Р.Н. Значение релапаротомии при комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / Р.Н. Борисов // Журнал Сибирское медицинское обозрение.- 2009.- Том 50, №2.- С. 13-16.
41. Борисов, Р.Н. Оценка эффективности лечения больных с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / Р.Н. Борисов, В.А. Белобородов // Сибирский медицинский журнал.- 2011.- №1.- С. 20-22
42. Боровский, В.В. Использование эхографии в диагностике послеоперационного перитонита [Текст] / В.В. Боровский, А.А. Савран // Материалы Всерос. Конгресса лучевых диагностов. Москва.- 2007.- С. 5-6.
43. Бородач, А.В. Некоторые частные вопросы патогенеза острого калькулезного холецистита [Текст] / А.В. Бородач, В.А. Бородач // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 276-277.
44. Бородин, Ю.И. Фундаментальные исследования в лимфологии и их внедрение в клиническую практику [Текст] / Ю.И. Бородин, Ю.Е. Выренков, Т.А. Зедгенидзе // М: Медицина.- 1985.- 252с.
45. Бородин, Ю.И. Очерки клинической лимфологии [Текст] / Ю.И. Бородин, В.А. Труфалин, М.С. Любарский // Новосибирск.- 2001. – 191с.
46. Бородин, М.А. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым наблюдением у больных с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства [Текст] / М.А. Бородин, Д.М. Красильников, И.В. Зайпуллин // Эндоскоп. хир.- 2006.- №2.- С. 2-11.
47. Бояринцев, Н.И. Повторные операции в экстренной и плановой хирургии у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Н.И. Бояринцев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2005.- №5.- С. 148-149.

48. Бояринцев, Н.М. Повторные операции в экстренной и плановой хирургии [Текст] / Н.М. Бояринцев // Хирургия.- 2015.- №4.- С. 72-75.
49. Бояринцев, Н.И. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии [Текст] / Н.И. Бояринцев, Е.В. Николаев, Н.В. Ташкинов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2008.- Том 61, №3.- С. 76-77.
50. Брискин, Б.С. Антибактериальная терапия у больных с тяжелыми формами распространенного перитонита [Текст] / Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хоматрян // Consiliummedicum.- 2008.- №1.- С. 23-26.
51. Быстов, С.А. Билиарные осложнения после минимально инвазивных операций на желчевыводящих путях [Текст] / С.А. Быстов, С.Е. Каторкин, Е.В. Шестаков // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 277-278.
52. Варганов, М.В. Антибактериальный эффект применения озонотерапии в хирургии [Текст] / М.В. Варганов, К.В. Фатихова, К.В. Журавлев // Актуальные вопросы биологии и медицины: Сб. научн. работ. Ижевск.- 2005.- С. 442-446.
53. Варганов, М.В. Опыт сочетанного применения NPWT- терапии и инфузии реамберина в терапии несостоятельности швов гастроэнтероанастомоза после резекции желудка [Текст] / М.В. Варганов, А.А. Микличев, В.В. Ларин // Хирургия.- 2019.- №8.- С. 91-100.
54. Велигоцкий, Н.Н. Современные диагностика и лечение осложненных и малосимптомных форм желчнокаменной болезни и билиарного панкреатита [Текст] / Н.Н. Велигоцкий, А.П. Велигоцкий, С.Э. Арутюнов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 278-279.
55. Винник, О.С. Применение озонированного физиологического раствора при санации брюшной полости у больных, оперированных по поводу панкреонекроза [Текст] / О.С. Винник, С.В. Якимов, О.В. Анишина // Озон и методы эфферентной терапии в медицине: тез. докл. II Всероссийской конф. Нижний Новгород.- 2000.- С. 86-87.

56. Вишневский, А.Н. Лапароскопия в лечении послеоперационного перитонита [Текст] / А.Н. Вишневский, К.В. Стегний, В.Г. Раповка // Тихоокеанский мед. журнал.- 2011.- №1.- С. 34-36.
57. Власов, А.П. Пути повышения возможностей естественных механизмов детоксикации при остром перитоните [Текст] / А.П. Власов // Кубанский научный медицинский вестник.- 2010.- №2.- С. 17-22.
58. Власов, А.П. Понятие системного коагулопатического дистрессиндрома в хирургии, его патогенез и принципы профилактики [Текст] / А.П. Власов, В.В. Трофимов, Т.И. Власова // Хирургия.- 2019.- №9.- С. 66-73.
59. Власов, А.П. Состояние системы гемостаза при остром тяжелом перитоните на фоне терапии Ремаксан [Текст] / А.П. Власов, Ш.А.С. Аль-Кубайси, Т.И. Власова // Хирургия.- 2020.- №2.- С. 65-72.
60. Воробьев, А.А. Особенности лапароскопических вмешательств у ранее оперированных больных [Текст] / А.А. Воробьев, А.Н. Акинчиц, А.Г. Бебуришвили // Научные исследования в реализации программы и здоровья населения России: материалы III междунар. хир. конгр. Волгоград.- 2008.- С. 104-105.
61. Воронков, Д.Е. Санация брюшной полости при лечении распространенного перитонита [Текст] / Д.Е. Воронков, О.А. Костырной, О.А. Суляева // Таврический медико-биологический вестник.- 2011.- Том 14, №4.- С. 41-44.
62. Выренков, Ю.Е. Эффективность эндолимфатической терапии в зависимости от степени тяжести интоксикации при абдоминальном сепсисе [Текст] / Ю.Е. Выренков // Материалы III съезда лимфологии. Россия. М.- 2008.- С. 78-79.
63. Гаврилов, С.Н. Интраоперационное прогнозирование программированных релапаротомий при распространенном перитоните [Текст] / С.Н. Гаврилов: автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.17. Якутск.- 2011.- 23с.

64. Галиманов, Ф.В. Этапная тактика хирургического лечения больных третичным перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом [Текст] / Ф.В. Галиманов, М.И. Прудков, Т.М. Богомягова // Инфекции в хирургии.- 2010.- №1.- С. 19-20.

65. Гамзатов, Х.А. Сравнительная оценка методов прогнозирования исходов острого перитонита [Текст] / Х.А. Гамзатов // Вестник хирургии.- 2008.- том 167, №6.- С. 96-99.

66. Гельфанд, Б.Р. Синдром интраабдоминальной гипертензии: научный обзор [Текст] / Б.Р. Гельфанд // Медицина неотложных состояний.- 2008.- №5.- С.5-15.

67. Гельфанд, Б.Р. Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита варианты тактических решений [Текст] / Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, П.В. Подачин // Инф. в хирургии.- 2009.- №4.- С. 26-31.

68. Генюк, В.Л. Эндоскопические технологии метод профилактики осложнений [Текст] / В.Л. Генюк // Эндоскоп. хир.- 2008.- №3.- С. 13-15.

69. Героитология в хирургии [Текст] / Ж.И. Ашимов, Б.С. Ниязов, Р.Т. Назаралиев и др. // Здравеохранение Кыргызстана.- 2019.- №4.- С. 133-136.

70. Гирш, А.О. Иммунореактивность у больных сахарным диабетом с разлитым гнойным перитонитом [Текст] / А.О. Гирш, В.Т. Долгих, О.А. Мальков // Бюллетень Сиб. Отд. Росс. Академии мед. наук.- 2006.- №1.- С. 27-34.

71. Глабай, В.П. Релапаротомия в абдоминальной хирургии [Текст] / А.О. Гирш, В.Т. Долгих, В.П. Глабай// Сборник науч. Трудов междунар. Хир. Конгресса Ростов-на-Дону.- 2005.- 117с.

72. Глухов, А.А. Применение видеолaparоскопической гидропрессивной санации брюшной полости при остром перитоните [Текст] / А.А. Глухов, В.Г. Суханов, А.П. Остроушко // Вестник эксперим. и клин. хирургии.- 2009.- Том 2, №3.- С. 199-206.

73. Голик, А.Д. Повторные операции в ургентной хирургии [Текст] / А.Д. Голик, В.Н. Ситников, М.В. Турбин // Новые технологии в хирургии: сб. тр. международного хирургического конгресса. Ростов – на – Дону.- 2005.- С. 117-118.
74. Головкова, И.Г. Роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / И.Г. Головкова: автореф. дисс. канд. мед. наук. Хабаровск.- 2006.- 25с.
75. Гольбрайх, В.А. Прогностические и психологические аспекты релапаротомии у больных с послеоперационным перитонитом [Текст] / В.А. Гольбрайх, М.И. Пароваткин, Ю.В. Кухтенко // Новые технологии в хирургии: Межд. хир. конгресс.- М. - 2005.-С.119-120.
76. Гольбрайх, В.А. Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / В.А. Гольбрайх // Вестн. экспер. и клин. хир.- 2012.- Том 5, №1.- С. 101-102.
77. Горбачев, Н.Б. Фармакологическая коррекция синдрома системного воспалительного ответа в послеоперационном периоде распространенного перитонита [Текст] / Н.Б. Горбачев: автореф. дисс. канд. мед. наук.- 2009.- 23с.
78. Горский, В.А. Окончательный гемостаз при операциях на паренхиматозных органах [Текст] / В.А. Горский. А.В. Воленко // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXVI международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Алматы.- 2018.- С. 25-26.
79. Гостищев, В.К. Диагностика и хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости [Текст] / В.К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, В.И. Мисник // Материалы IX Всеросс. съезда хирургов.- 2000.- С.158-160.
80. Гостищев, В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей [Текст] / В.К. Гостищев // М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА.- 2007.- 763с.

81. Грясов, В.И. Тактические подходы к лечению острой тонкокишечной непроходимости [Текст] / В.И. Грясов, В.В. Перфильев, Н.П. Карташева // Материалы IX Всеросс. съезда хирургов.- 2000.- 155с.
82. Григорьев, С.Г. Релапаротомия, вопросы терминологии [Текст] / С.Г. Григорьев, В.А. Петров, Т.С. Григорьева // Хирургия.- 2003.- №6.- С. 60-62.
83. Григорьев, Е.Г. Профилактика и лечение нагноения лапаротомной раны в хирургии тяжелых и осложненных форм распространенного гнойного перитонита [Текст] / Е.Г. Григорьев, С.А. Колмаков, Е.В. Нечаев // Бюллетень ВСНЦСО РАМН.- 2005.- №3.- С. 217-218.
84. Григорьев, Е.Г. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита [Текст] / Е.Г. Григорьев, С.А. Колмаков, Е.В. Нечаев // Бюллетень ВСНЦСО РАМН.- 2005.- №3.- С. 219-221.
85. Григорьев, Е.Г. Патофизиологические механизмы бактериального эндотоксикоза при распространенном перитоните [Текст] / Е.Г. Григорьев, Ю.Б. Лишманов, Ю.М. Галеев // Патологическая физиология и экспериментальная терапия.- 2009.- №2.- С. 33-36.
86. Григорян, Р.А. Релапаротомия после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке [Текст] / Р.А. Григорян // М.: МИА.- 2007.- 400с.
87. Грищенко, С.Н. Интенсивная терапия больных перитонитом с полиорганной дисфункцией [Текст] / С.Н. Грищенко, С.Н. Корогод // Вестник хир.- 2013.- №3.- С. 127-128.
88. Гулов, М.К. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения [Текст] / М.К. Гулов, К.М. Курбонов // Хирургия.- 2004.- №10.- С. 24-26.
89. Данилов, А.М. Основные причины неблагоприятных исходов лечения больных с острой кишечной непроходимостью [Текст] / А.М. Данилов, А.П. Михайлов, А.П. Напалив // Материалы IX Всеросс. съезда хирургов.- 2000.- С. 159-160.

90. Дарменов, О.К. Факторы риска развития послеоперационных гнойников брюшной полости [Текст] / О.К. Дарменов, Н.И. Оразбеков, И.А. Ташев // Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №1, спец. выпуск.- С.26-27.
91. Демченко, В.И. Релапаротомия в лечении осложненного послеоперационного периода [Текст] / В.И. Демченко: автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.17. Нижний Новгород.- 2010.- 19с.
92. Дехнич, А.В. Антибактериальная терапия осложненных интраабдоминальных инфекций: от чего зависит успех [Текст] / А.В. Дехнич, Р.С. Козлов, А.В. Голуб // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.- 2011.- №2.- С. 158-162.
93. Джумабаев, С.У. Лимфатическая терапия в хирургии желудка [Текст] / С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаев // Ибн-Сино, Ташкент.- 1992.- 208с.
94. Дибиров, М.Д. Новые возможности антибактериальной терапии интраабдоминальных инфекций, вызванных полирезистентной микробной флорой [Текст] / М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян, А.И. Исаев // Хирургия.- 2019.- №12.- С. 74-84.
95. Дмитриев, А.В. Глютамин как компонент нутритивно-метаболической терапии пациентов хирургического профиля в условиях ОРИТ [Текст] / А.В. Дмитриев, И.А. Мачулина, А.Е. Шестопалов // Хирургия.- 2021.- №8.- С. 98-106.
96. Дронов, А.Ф. Пути снижения ранних послеоперационных осложнений при различных формах аппендикулярного перитонита у детей [Текст] / А.Ф. Дронов, Н.Д. Шумов, А.В. Бородачев // XXI Всесоюзный съезд хирургов: тез докл. Ташкент.- 1986.- С. 94-95.
97. Дуданов, И.П. Лапароскопическая санация брюшной полости при послеоперационном перитоните [Текст] / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев // материалы IV Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. М.- 2003.- С. 47-48.

98. Дуданов, И.П. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений [Текст] / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев // Хирургия.- 2007.- №3.- С. 22-25.
99. Дуданов, И.П. Лечение ранних послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев, Н.Н. Алощева // Вестник хирургии.- 2009.- №4.- С. 49-52.
100. Егиналиев, А. Особенности ведения больных после релапаротомии [Текст] / А. Егиналиев, У. Имашов, Д. Вишняков // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии. Бишкек.- 2001.- С. 88-90.
101. Елистратова, Е.Е. Лапароскопия как альтернатива релапаротомии [Текст] / Е.Е. Елистратова: автореф. дисс. канд. мед. наук.14.01.17.- Волгоград.- 2004.- 19с.
102. Ермолаев, А.С. Острая тонкокишечная непроходимость. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии А.С. Ермолаев, Н.С. Утешов, Г.В. Пахомова // Тез докл. Всеросс. конф. хирургов.- 1997.- С. 77-79.
103. Ерюхин, И.А. Хирургические инфекции: новый уровень познания и новые проблемы [Текст] / И.А. Ерюхин // Инфекции в хирургии.- 2003.- №1.- С. 2-7.
104. Ерюхин, И.А. Тяжелая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис [Текст] / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников // Хирургия.- 2006.- №2.- С. 9-14.
105. Егиев, В.Н. Применение методики “Rendezvous” в лечении острого калькулезного холецистита осложненного холедохолитиазом [Текст] / В.Н. Егиев, М.И. Царев, К.Д. Даматов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 27-28.
106. Жебровский, В.В. Осложнения в хирургии живота [Текст] / В.В. Жебровский // М.: ООО «Медицинское информационное агенство».- 2006.- 448с.

107. 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.

108. Жидовинов, А.А. Значение ЛДФ и цитокинового статуса в диагностике и прогнозировании осложнений распространенного перитонита [Текст] / А.А. Жидовинов // Областной клинической-100: Науч.-практ.сб.- Волгоград.- 2005.- С.91-97.

109. Жидовинов, Г.И. Диагностика и лечение синдрома эндогенной интоксикации при перитоните различной этиологии [Текст] / Г.И. Жидовинов, С.С. Маскин, В.В. Матюхин // материалы Российской научно-практической конференции. Анапа.- 2009.- С. 22-27.

110. Жолдошбеков, Е.Ж. Синдром диабетической стопы [Текст] / Е.Ж. Жолдошбеков // Бишкек: Кут-Бер.- 2012.- 168с.

111. Закиров, Д.Б. Критерии оценки течения послеоперационного перитонита у больных разлитым перитонитом [Текст] / Д.Б. Закиров, В.А. Ступин, И.Е. Гридчик // Юбилейный сборник научных трудов к 75 летию проф. Ю.М. Панцырева. М.- 2004.- С. 63-72.

112. Здзитовецкий, Д.Э. Динамика микробного пейзажа распространенного перитонита при этапном введении брюшной полости [Текст] / Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов, Т.Б. Сказка // Сиб. мед. обозрение.- 2011.- №2.- С. 71-73.

113. Здзитовецкий, Д.Э. Анализ частоты распространенного перитонита и результатов по лечению в многопрофильном стационаре [Текст] / Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов // Соврем. проблемы науки и образование.- 2012.- №2.- С. 105-106.

114. Зеркалов, В.Н. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии [Текст] / В.Н. Зеркалов, Н.А. Ефиненко // Неотложная медицинская помощь. М.- 1997.- С. 17-19.

115. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургии [Текст] / Б.С. Ниязов, Р.А. Курманов, Ю.К. Уметалиев и др. // Здравоохранение Кыргызстана.- 2019.- №4.- С. 151-157.

116. Зубарев, П.Н. Эндолимфатическая и лимфотропная лекарственная терапия в абдоминальной хирургии [Текст] / П.Н. Зубарев, Г.П. Синенченко, А.А. Курыгин // СПб.: Фолиант.- 2005.- 224с.

117. Ибрагимова, М.Дж. Применение КВЧ – punctures и импульсных низкоинтенсивных электростатических полей в раннем послеоперационном периоде после обширных гинекологических операций [Текст] / М.Дж. Ибрагимова // Медицина Кыргызстана.- 2013.- №3.- С. 34-39.

118. Ивахов, Г.Б. Лапароскопическая хирургия – распространенного аппендикулярного перитонита [Текст] / Г.Б. Ивахов, А.В. Сажин, И.В. Ермаков // Хирургия.- 2020.- №5.- С. 20-26.

119. Иванов, Ф.В. Лечение пациентов с распространенным перитонитом [Текст]/Ф.В. Иванов //Современные проблемы науки и образования .-№1. – 2024.- с.- 21.

120. Исмаилов, Б.А. Результаты сравнения гемостатической активности нового имплантата “Гепроцел” в условиях *in vitro* [Текст] / Б.А. Исмаилов, Р.А. Садыков, З.Р. Хайбулина // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 38-39.

121. Кабанов, М.Ю. Возможности эндоскопического лечения холедохолитиаза у пациентов 80 лет и старше [Текст] / М.Ю. Кабанов, Н.И. Глушков, К.В. Семенцов // Хирургия.- 2021.- №16.- С. 45-52.

122. Кальф – Калиф, Я.Я. о лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении [Текст] / Я.Я. Кальф – Калиф // Врачебное дело. – 1941.- №1. – С. 31 – 36.

123. Кныш, В.И. Результаты повторных операций при первичном раке ободочной кишки [Текст] / В.И. Кныш, Ш.К. Мухаммедаминов, Е.Л. Ожиганов // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.- 2011.- С. 81-84.

124. Колесников, Д.Л. Антибиотикопрофилактика при остром аппендиците [Текст] / Д.Л. Колесников: автореф.дис. канд. мед. наук.- 14.01.17.- Н.Новгород.- 2003.- 25с.
125. Корита, В.Р. Особенности хирургических вмешательств при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки // В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, Н.А. Колпаков, В.С. Кузьменко // Бюллетень ВСНЦСО РАМН.- 2007.- Том 56, №4.- С.101-102.
126. Косинец, А.Н. Инфекции в хирургии: практическое руководство [Текст] / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков // Витебск: ВГМУ.- 2006.- 510с.
127. Косинец, В.А. Применение препарата реамберин в комплексной терапии распространенного гнойного перитонита [Текст] / В.А. Косинец, М.Г. Сачек, Г.Г. Кондратенко // Хирургия.- 2010.- №1.- С. 59-63.
128. Кормасов, Е.А. Алгоритм диагностики и лечения синдрома энтеральной недостаточности при перитоните [Текст] / Е.А. Кормасов, С.А. Иванов, М.В. Кенарская // Вестник хирургии.- 2023.- №2.- С. 28-36.
129. Костюченко, К.В. Прогнозирование исходов хирургического лечения распространенного перитонита [Текст] / К.В. Костюченко: автореф.дисс. док. мед. наук. 14.00.27.- 2009.- 36с.
130. Котельникова, Л.П. Профилактика и лечение осложнений после резекции печени [Текст] / Л.П. Котельникова, И.М. Будянская // Вестник хирургии.- 2012.- №6.- С. 67-70.
131. Крапивин, Б.В. Определение послеоперационного состояния больного при остром перитоните математическим методом [Текст] / Б.В. Крапивин, С.Х. Мукобеков, Д.А. Орлов // Материалы Всероссийской конференции хирургов. Тюмень.- 2003.- С. 34-36.
132. Кригер, А.Г. Диагностика и лечение послеоперационных осложнений [Текст] / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков // Хирургия.- 2003.- №8.- С. 19-23.
133. Кукош, М.В. Релапаротомия как критерий качества медицинской помощи в экстренной абдоминальной хирургии [Текст] / М.В. Кукош, Г.И.

Гомозов // Новые технологии в хирургии. Международный хирургический конгресс Ростов на Дону.- 2005.- С. 126-128.

134. Кукош, М.В. Релапаротомия имеет свое место в хирургии [Текст] / М.В. Кукош, В.И. Демченко // Актуальные проблемы современного практического здравоохранения: Материалы сборника трудов 17 межрег. научно-практ. конф. академика Н.Н. Бурденко, Пенза.- 2010.- С. 181-182.

135. Курбонов, К.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита [Текст] / К.М. Курбонов, Н.М. Даминова // Хирургия.- 2007.- №8.- С. 24-28.

136. Курбонов, К.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита. Варианты тактических подходов при “свежих” повреждений желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии[Текст] / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 51-52.

137. Курбонов, К.М. Состояние иммунного статуса при механической желтухе доброкачественного генеза и пути их коррекции [Текст] / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Алматы.- 2018.- С. 32-33.

138. Кутин, А.А. Позднее гнойное осложнение после нефрэктомии “лигатурный” абсцесс забрюшинного пространства [Текст] / А.А. Кутин, Н.И. Мосиенко, С.К. Кленский // Хирургия.- 1998.- №4.- С. 53-54.

139. Левин, Ю.М. Основы лечебной лимфологии [Текст] / Ю.М. Левин // М: Медицина.- 1986.- 287с.

140. Лиханов, И.Д. Синдром системного воспалительного ответа у больных с перитонитом и возможности его коррекции [Текст] / И.Д. Лиханов, В.Л. Цепелев // Сибирский медицинский журнал.-2007.- №1.- С.21-23.

141. Ломаченко, И.Н. Эффективность применения нового иммуномодулятора тималина и метронидазола в комплексном лечении

перитонита у детей [Текст] / И.Н. Ломаченко, А.А. Тарасов // Всесоюзный XXI съезд хирургов: тез докл. Ташкент.- 1986.- С. 100-101.

142. Луммер, К.Б. Обоснование критериев завершения программированных санационных вмешательств при лечении распространенного перитонита [Текст] / К.Б. Луммер: автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.00.27.- 2010.- 19с.

143. Лупальцев, В.И. Комплексное лечение распространенного перитонита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.И. Лупальцев, В.И. Ягнюк, Р.С. Ворошук // Курский научно-практический журнал.- 2011.- №3.- С.87-90.

144. Луцевич, О.Э. Послеоперационные осложнения при остром холецистите и его осложненных формах у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / О.Э. Луцевич, А.С. Урбанович, А.А. Амерханов // Московский хир. журнал.- 2012.- №6.- С. 17-23.

145. Любарский, М.С. Лимфотропное введение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений [Текст] / М.С. Любарский, А.Б. Белужников, Э.Д. Филиппов // Проблемы в клинической и экспериментальной лимфологии. М.- 1992.- С. 104-105.

146. Любарский, М.С. Новые методы регионарной лимфотропной терапии в клинической практике [Текст] / М.С. Любарский, А.А. Смагин, В.В. Морозов // Бюллетень С.О. РАМН.- 2007.- №2.- С.65-71.

147. Майстренко, Н.А. Современные подходы в диагностике и лечении ранней послеоперационной кишечной непроходимости [Текст] / Н.А. Майстренко, А.А. Курыгин, Ю.Н. Сухопара // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград.- 2000.- С. 190-191.

148. Макушкин, Р.З. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Р.З. Макушкин, Э.Х. Байгоров, Б.Б. Хадиев // Хирургия.- 2009.- №11.- С. 18-22.

149. Мамакеев, М.М. Модифицированные методы послеоперационного энтерально-зондового питания при

гастродуоденальном кровотечении [Текст] / М.М. Мамакеев, О.Н. Нарбеков, А.К. Кутманбеков // Методические рекомендации.- 1994.- 6с.

150. Маматов, Э.А. Особенности эпидуральной анестезии у больных с хирургической патологией органов брюшной полости и малого таза при сопутствующих заболеваниях [Текст] / Э.А. Маматов, А.К. Шаршенов, Н.Э. Маматова // Методические рекомендации. Бишкек.- 2005.- 21с.

151. Мамчич, В.И. Рентгенохирургическая диагностика и лечение послеоперационных кровотечений в гепатопанкреатодуоденальной области [Текст] / В.И. Мамчич, С.В. Верещагин, И.Н. Мыценко // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 55-56.

152. Манграм, А.Дж. Профилактика инфекций в области хирургического вмешательства [Текст] / А.Дж. Манграм, Т.К. Хоран, М.Л. Пирсонг // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.- 2003.- Том 5, №1.- С. 74-101.

153. Маскин, С.С. Неотложные и программированные релапаротомии в абдоминальной хирургии [Текст] / С.С. Маскин // Материалы Российской научно-практической конференции. Анапа.- 2009.- С. 146-148.

154. Маслагин, А.С. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии [Текст] / А.С. Маслагин, Н.В. Комаров, О.В. Канашкин // Эндоскопическая хирургия.- 2005.- №4.- С. 22-23.

155. Мерсаидова, К.И. Лапароэндоскопические вмешательства при ханцистохоледохолитиазе (техника Rendezvous) [Текст] / К.И. Мерсандова, М.И. Прудков, С.В. Нишневич // Хирургия.- 2019.- №7.- С. 36-42.

156. Механов, И.Д. Синдром системного воспалительного ответа у больных с перитонитом и возможности его коррекции [Текст] / И.Д. Механов, В.Л. Цепелев // Сиб. мед. журнал.- 2007.- №1.- С. 21-23.

157. Миннулмен, М.М. Хирургическая тактика при ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости [Текст] / М.М. Миннулмен, А.В. Абдульянов, Я.Ю. Николаев // Инновационные технологии в медицине.- 2014.- Том 2.- С. 86-91.

158. Миронов, В.И. Релапаротомия в лечении послеоперационных осложнений при острой абдоминальной патологии [Текст] / В.И. Миронов, А.П. Фролов, Е.В. Золотарева // Второй съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока.- 2007.- С. 128-129.

159. Мусаев, А.И. Лимфостимулирующая терапия в коррекции синдрома системной воспалительной реакции [Текст] / А.И. Мусаев, У.Э. Усубакунов // Казанский медицинский журнал. Казань.- 2016.- №2.- С. 239-244.

160. Мусаев, А.И. Инфекционный контроль в отделениях высокого риска. Экономическая значимость инфекции в области хирургического вмешательства [Текст] / А.И. Мусаев, Э.Б. Исаев, Э.Максут, // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. Бишкек.- 2018.- №2.- С. 58-63.

161. Мусаев, У.С. Меры профилактики послеоперационных осложнений у больных с механической желтухой [Текст] / У.С. Мусаев // Медицинские кадры XXI века. Бишкек.- 2014.-№3.- С.84-87.

162. Мустафин, Р.Д, Программированная релапаротомия в лечении гнойного перитонита [Текст] / Р.Д. Мустафин, В.Е. Кутуков, Ю.В. Кучин // Хирургия.- 2004.- №10.- С. 27-31.

163. Назыров, Ф.Г. Хирургическое лечение больных синдромом Мириззи [Текст] / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, А.Х. Бабаджанов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы междунар. конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Алматы.- 2018.- С. 36-37.

164. Николаев, Е.В. Лапароскопическое лечение ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости [Текст] / Е.В. Николаев, Н.В. Ташкинов, Н.И. Бояринцев // Материалы VII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. М.- 2004.- С. 113-114.

165. Нихинсон, Р.А. Программированная релапаротомия в лечении разлитого перитонита [Текст] / Р.А. Нихинсон, Е.П. Данилина, А.Г. Гитлина // Вестник хирургии.- 1990.- №12.- С. 88-90.

166. Огнев, Б.В. Очерки хирургии: М.: Медицина,- 1961.- 212с.
167. Озонотерапия при санации лимфатической системы после лечения экспериментального перитонита [Текст] / В.С. Глоба, Ю.С. Салехова, Б.К. Сарембаев и др // Здоровоохранение Кыргызстана.- 2011.- №2.- С. 40-41.
168. Окоемов, М.И. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов в современных условиях [Текст] / М.И. Окоемов, Н.М. Кузин, Ю.Б. Майорова// Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; Материалы Всеросс. научн. практ. конференции хирургов. Саратов.- 2003.-С. 17-18.
169. Оморев, Р.А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] / Р.А. Оморев, Ж.Т. Конурбаева, Р.Т. Усенбаев // Бишкек: ОсОО «Maxima».- 2005.- 337с.
170. Оморев, Р.А. Желчеистечение как осложнение после операции на печени и желчных протоках [Текст] / Р.А. Оморев, С.А. Айтбаев, А.А. Абдиев // Тенденция развития науки и образования. Самара.- 2018.- №39.- С. 47-50.
171. Оморев, Р.А. Результаты повторных операций при внутрибрюшных кровотечениях и желчеистечении [Текст] / Р.А. Оморев, С.А. Айтбаев, А.А. Абдиев // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Естественные и технические науки.Москва.- 2018.- №6.- С. 205-209.
172. Осипов, А.В. Место лапароскопических операций в лечении пациентов с синдромом Мириззи [Текст] / А.В. Осипов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Алматы.- 2018.- С. 89-90.
173. Пасечник, И.Н. Периоперационная нутритивная поддержка хирургических больных [Текст] / И.Н. Пасечник, В.Ю. Рыбинцев, К.М. Маркелов // Хирургия.- 2020.- №10.- С. 95-104.

174. Пархисенко, Ю.А. Опыт применения препарата “полигемостат” смешанного с плазмой крови при травмах печени в эксперименте [Текст] / Ю.А. Пархисенко, А.К. Воронцов, Р.С. Калашник // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 71-72.

175. Пархисенко, Ю.А. Применение препарата “полигемостат” для обеспечения гемостаза паренхиматозного и капиллярного кровотечения при травмах и операциях на печени, поджелудочной железе [Текст] / Ю.А. Пархисенко, А.К. Воронцов, А.И. Жданов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 73-74.

176. Перитонит от А до Я (по материалам IX Всероссийской конференции общих хирургов, Ярославль, май 2016г.) [Текст] / Ю.В. Плотников, Э.Э. Топузов, Е.А. Ерохина и др. // Вестник хирургии.- 2017.- Том 176, №1.- С. 102-106.

177. Пермяков, П.Е., Патогенетические аспекты синдрома ишемии-реперфузии в прогрессировании системного воспаления и эндотоксикоза при кишечной непроходимости [Текст] / П.Е. Пермяков, А.А. Жидовинов, В.А. Журнаджьянц // Вестник ВолГМУ.-2010.- №33.- С.111-114.

178. Покровский, Е.Ж. Возможности видеолапароскопической санации брюшной полости при вторичном распространенном перитоните [Текст] / Е.Ж. Покровский // Эндоскопическая хирургия.- 2010.- №1.- С. 13-15.

179. Применение регионарной аналгезии в лечении острого панкреатита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.И. Мидленко, С.К. Лонская, А.В. Зайцев и др. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион.- 2012.- Том 21, №1.- С. 61-65.

180. Приходько, А.Г. Ультразвуковая диагностика послеоперационного перитонита [Текст] / А.Г. Приходько, В.А. Авакимян, А.В. Андреев // Вестник хирургии гастроэнтерологии.- 2009.- №2.- С. 51-55.

181. Прогнозирование и дифференцированный подход в лечении больных с вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом [Текст] /

И.М. Батыршин, С.А. Шляпников, А.Е. Демко и др. // Хирургия.- 2020.- №5.- С. 27-34.

182. Радикальное устранение источника перитонита – кардинальная проблема хирургического лечения перитонита [Текст] / А.С. Ермолов, А.В. Воленко, В.А. Горский и др. // Анналы хирургии.- 2016.- №3.- С. 211-215.

183. Рахов, С.Б. Экстракорпоральная иммунофармакотерапия в комплексном лечении у больных с интраабдоминальной инфекцией [Текст] / С.Б. Рахов, М.У. Муканов // Вестник хирургии Казахстана.-2012.-№1., спец. выпуск.- С.11-12.

184. Ризаев, К.С. Интенсивная терапия распространенного перитонита [Текст] / К.С. Ризаев, А.Т. Эрметов // Вестник хирургии Казахстана.-2012.- №1, спец. выпуск.- С.50-51.

185. Родоман, Г.В. Синдром системной воспалительной реакции и риск развития полиорганной недостаточности у пациентов с острым некротическим панкреатитом [Текст] / Г.В. Родоман, Т.И. Шапаева, Д.В. Плоткин // Вестник РГМУ.- 2012.- №3.- С. 4-10.

186. Рыбачков, В.В. Перитонит [Текст] / В.В. Рыбачков, К.В. Костюченко, С.В. Маевский // Ярославль: Яр Медиа Групп.- 2010.- 305с.

187. Рычковский, Г.Ф. Релапаротомия: причины и исходы [Текст] / Г.Ф. Рычковский, А.А. Третьякова, Ю.П. Стрельцов // Сборник научн. трудов междунар. хир. конгресса. Ростов-на-Дону.- 2005.- С.136-137.

188. Савельев, В.С. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение [Текст] / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд // «Медицинское информационное агентство».-2010.- 352с.

189. Савельев, В.С. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита [Текст] / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин // Анналы хирургии.- 2008.- №1.- С. 26-32.

190. Саволук, С.И. Прогнозирование риска несостоятельности билиодигестивного анастомоза на основе данных поляризационного исследования стенки холедоха [Текст] / С.И. Саволук, В.О. Лосев //

Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 86-87.

191. Саволук, С.И. Результаты применения мультимодальной программы быстрого восстановления при хирургическом лечении больных с желчнокаменной болезнью [Текст] / С.И. Саволук, В.И. Зубаль, Р.О. Балацкий // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 88-89.

192. Савченко, Ю.П. Лечение распространенного перитонита с применением различных дренирующих методик [Текст] / Ю.П. Савченко, И.В. Голиков, Е.В. Куевда // Материалы Российской научно-практической конференции. Анапа.- 2009.- С. 113-115.

193. Савченко, И.П. Иммунокорректирующая терапия у больных с гнойным перитонитом [Текст] / И.П. Савченко, М.М. Гладинец, А.А. Кусаинов // Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №1, спец. выпуск.- С.34-35.

194. Самарцев, В.А. Факторы риска развития эвентраций в абдоминальной хирургии [Текст] / В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, М.В. Кузнецова // Хирургия.- 2020.- №10.- С. 68-73.

195. Сараев, А.Р. Патогенез и классификация распространенного перитонита [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров // Хирургия.- 2019.- №12.- С. 106-111.

196. Сергиенко, В.И. Роль системной воспалительной реакции и эндотелиальной дисфункции в патогенезе желчного перитонита [Текст] / В.И. Сергиенко, Э.А. Петросян, А.А. Боташев // Вестник Волг ГМУ.- 2011.- №38.- С. 60-63.

197. Синенченко, Г.И. Госпитальная инфекция у больных с ралитым перитонитом [Текст] / Г.И. Синенченко, С.И. Перегудов, С.В. Смиренин // Инфекции в хирургии.- 2009.- №3.- С. 40-42.

198. Скрипко, В.Д. Обоснование применения реамберина в комплексном лечении больных с острой тонкокишечной непроходимостью

[Текст] / В.Д. Скрипко, А.Л. Коваленко, В.А. Заплутанов // Вестник хирургии.- 2017.- Том 176, №1.- С. 80-86.

199. Слизько, С.И. Ранние внутрибрюшные осложнения и их профилактика в хирургии язвенного пилородуоденального стеноза [Текст] / С.И. Слизько // Журнал Гомельского Гос. мед. университета.- 2004.- №1.- С. 56-59.

200. Сопуев, А.А. Эффективность сочетанного применения метрида и мандола в лечении разлитого перитонита [Текст] / А.А. Сопуев, А.У. Черигбаев, Б.С. Ниязов // Хирургия рубежа XX и XXI века. Бишкек.- 2000.- С. 180-185.

201. Сорока, А.К. Сравнительная характеристика методов оперативной диагностики в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / А.К. Сорока // Эндоскопическая хирургия.- 2013.- №2.- С.18-20.

202. Стегний, К.В. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений [Текст] / К.В. Стегний, А.Н. Вишневский // Тихоокеанский мед. журнал.- 2009.- №2.- С. 75-77.

203. Степнов, А.А. Лапароскопия послеоперационных осложнений [Текст] / А.А. Степнов // Передовые технологии в лечении заболеваний и повреждений под редакцией В.Рязанова. Краснознаменск.- 2007.- 239с.

204. Стручков, Ю.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита [Текст] / Ю.В. Стручков, Н.В. Горбачева // Хирургия.- 2007.- №7.- С. 12-15.

205. Суковатых, Б.С. Выбор способа хирургического вмешательства при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, А.В. Неласов // Вестник хирургов.- 2009.- №6.- С. 29-33.

206. Суковатых, Б.С. Показания, противопоказания и технология видеоэндоскопических санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, П.А. Иванов // Хирургия.- 2012.- №5.- С.18-23.

207. Сыдыгалиев, К.С. Хирургический сепсис современное состояние проблемы, клиническая диагностика и лечение [Текст] / К.С. Сыдыгалиев, А.Т. Тойгонбаев, Б.А. Ибраимов // Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева. Бишкек.- 2018.- №1.- С. 90-94.

208. Тимофеев, В.В. Боль, патофизиология, и концепция комплексной анальгетической защиты [Текст] / В.В. Тимофеев, А.В. Талан, А.К. Састараев // Казань.- 2001.- 212с.

209. Томнюк, Н.Д. Перитонит, как одна из причин летальных исходов [Текст] / Н.Д. Томнюк // Современные наукоемкие технологии.- 2010.- №10.- С. 81-84.

210. Топузов, В.С. Послеоперационные прогрессирующие перитониты у детей [Текст] / В.С. Топузов, Л.М. Бредихин, Ю.А. Шелудько // XXXI Всесоюзный съезд хирургов: тез докл. Ташкент.- 1986.- С. 117-117.

211. Торгунаков, А.В. Возможности хирургической коррекции сахарного диабета 2 типа [Текст] / А.В. Торгунаков, С.А. Торгунаков // Медицина.- 2015.- Том 14, №2.- С. 56-60.

212. Тотиков, В.З. Хирургическая тактика при деструктивных холециститах у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.З. Тотиков, В.Д. Слепушкин, А.Э. Кибизова // Хирургия.- 2005.- №6.- С. 20-23.

213. Туйбаев, З.А. Компетентностный подход к объективизации качества повторных операций [Текст] / З.А. Туйбаев: автореф. дисс. докт. мед. наук. 14.00.17.- Бишкек.- 2016.- 38с.

214. Уваров Д.Н. Эффективность и безопасность введения местных анестетиков в операционную рану после операций на органах нижнего этажа брюшной полости [Текст] / Д.Н. Уваров // Регионарная анестезия и лечение острой боли.- 2008.- Том II, №4.- С.1-7.

215. Уметалиев, Т.М. Концентрация линкомицина и гентамицина в крови и ране при различных путях введения [Текст] / Т.М. Уметалиев, Х.С. Бебезов, И.К. Акылбеков // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии. Бишкек.- 2001.- С. 190-194.

216. Федоров, А.В. Внутрибрюшные послеоперационные осложнения: релапаротомия или релапароскопия [Текст] / А.В. Федоров, А.В. Сажин // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии».- 2005.- С. 143-145.
217. Федоров, В.Э. Синдром системного воспалительного ответа при осложнениях желчнокаменной болезни в сочетании с механической желтухой [Текст] / В.Э. Федоров, Н.Б. Захарова, О.Е. Лочина // Вестник хирургии.- 2020.- №1.- С. 102-108.
218. Федосеев, А.В. Способ ушивания апоневроза после лапаротомии в ургентной хирургии [Текст] / А.В. Федосеев, В.В. Рыбачков, А.С. Инютин // Хирургия.- 2020.- №1.- С. 40-46.
219. Фурсов, А.А. Новые аспекты патогенеза системной воспалительной реакции [Текст] / А.А. Фурсов, А.Б. Саплина, А.Г. Соколович // Общая реаниматология.- 2008.- Том 4, №2.- С. 84-87.
220. Халимов, Э.В. Метод лабораторной диагностики системной воспалительной реакции [Текст] / Э.В. Халимов, А.Ю. Михайлов, А.А. Жуйкова // Вестник современной клинической медицины.- 2019.- Том 12, №6.- С. 72-76.
221. Харитонов, С.В. Закономерность неосложненного раневого процесса у больных со срединной вентральной грыжей после различных видов пластики передней брюшной стенки [Текст] / С.В. Харитонов, Н.А. Кузнецов, И.Д. Немов // Хирургия.- 2013.- №1.- С. 47-50.
222. Харитонов, С.В. Диагностика и лечение желчнокаменной тонкокишечной непроходимости (с комментарием) [Текст] / С.В. Харитонов, И.Б. Раннев, С.С. Харитонов // Хирургия.- 2018.- №5.- С. 28-32.
223. Хасанов, А.Г. Результаты миниинвазивных вмешательств при повторных операциях на брюшной полости [Текст] / А.Г. Хасанов, А.Ф. Бадретдинов, М.А. Нуритдинов // Хирургия.- 2006.- №11.- С. 29-32.

224. Ходаков, В.В. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа [Текст] / В.В. Ходаков, Ю.С. Рямов // Хирургия.- 1997.- №8.- С. 47-49.
225. Хромова, В.Н. Постгоспитальные послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии [Текст] / В.Н. Хромова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки.- 2011.- №2.- С. 128-134.
226. Цхай, В.Ф. Релапаротомия и лапаростомия в лечении ранних послеоперационных осложнений [Текст] / В.Ф. Цхай, Н.В. Мерзликина // Хирургия.- 2011.- №6.- С. 27-34.
227. Цхай, В.Ф. Десятилетний опыт применения управляемой лапаростомии в лечении распространенного гнойного перитонита [Текст] / В.Ф. Цхай, В.И. Барабаш, Н.В. Мерзликин, Р.В. Сорокин // Вестник хирургии.-2011.- №1.- С. 51-57.
228. Чарышкин, А.Л. Послеоперационная анальгезия у больных после лапаротомии [Текст] / А.Л. Чарышкин, С.А. Яковлев, В.Ю. Бекин // Сибирский медицинский журнал.- 2011.- №3.- С. 64-65.
229. Чарышкин, А.Л. Приперитонеальная блокада в профилактике послеоперационных осложнений у больных с аппендикулярным перитонитом [Текст] / А.Л. Чарышкин, С.А. Яковлев // Современные проблемы науки и образования.- 2014.- №1.- С.201-206.
230. Чарышкин, А.Л. Приперитонеальная блокада у больных после лапаротомии [Текст] / А.Л. Чарышкин, С.А. Яковлев, В.Ю. Бекин // Вестник экстренной и клинической хирургии.- 2011.- Том IV, №2.- С.354-355.
231. Чарышкин, А.Л. Проблемы диагностики и лечения острого аппендицита [Текст] / А.Л. Чарышкин, С.А. Яковлев // Ульяновский медико-биологический журнал.- 2015.- №1.- С.92-100.
232. Червятенко, К.В. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде с использованием лимфотропных методик при торакальных ранениях [Текст] / К.В.

Червятенко, В.В. Нимаев, М.С. Любарский // Бюллетень СО РАМН.- 2014.- Том 34, №1.- С. 37-40.

233. Чрескожная резонансная стимуляция в комплексной коррекции внутрибрюшной гипертензии и динамической кишечной непроходимости у больных тяжелым острым панкреатитом [Текст] / О.Х. Халидов, В.С. Фомин, А.Н. Чудков и др. // Анналы хирургической гепатологии.- 2018.- Том 23, №3.- С. 23-30.

234. Чупахин, О.Н. Коррекция системной воспалительной реакции при остром панкреонекрозе [Текст] / О.Н. Чупахин, Б.Г. Юшков, М.А. Ранцев // Экспериментальная гастроэнтерология.- 2012.- №7.- С. 34-39.

235. Чупров, М.П. Ранняя диагностика эндотоксикоза у больных аппендикулярным перитонитом [Текст] / М.П. Чупров // Материалы Российской научно-практической конференции.- 2009.- С.49-50.

236. Шаврина, Н.В. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении абсцессов брюшной полости [Текст] / Н.В. Шаврина, А.С. Ермолов, П.А. Ярцев // Хирургия.- 2019.- №11.- С. 29-37.

237. Шакирова, А.Р. Отдаленные результаты хирургического лечения больных, перенесенных релапаротомии [Текст] / А.Р. Шакирова, А.В. Смолькина, Ш.И. Хусаинов // Сб. научн. тр. Ульяновского гос. университета.- 2015.- Том 12.- С. 34-38.

238. Шапошников, В.И. Повторные операции при язвенной болезни [Текст] / В.И. Шапошников, В.А. Авакимян, Г.К. Каририди // Кубанский научн. мед.вестник.- 2011.- Том 129, №8.- С. 181-184.

239. Шуркалин, Б.К. Послеоперационные осложнения у больных с перитонитом [Текст] / Б.К. Шуркалин // Хирургия.- 2003.- №4.- С. 32-35.

240. Шуркалин, Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита [Текст] / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия.- 2007.- №2.- С.24-28.

241. Юрасов, С.Е. Послеоперационный перитонит: причины развития и результаты лечения [Текст] / С.Е. Юрасов // Материалы Всероссийской конференции хирургов. Тюмень.- 2003.- С. 163-164.
242. Яковлев, А.Ю. Коррекция метаболизма больных перитонитом – к вопросу о средствах и тактике применения антигипоксантов [Текст] / А.Ю. Яковлев // Вестник интенсивной терапии.- 2017.- №1.- С. 91-94.
243. Agresta, F. Peritonitis: laparoscopic approach [Text] / F. Agresta // World F. Emerg. Surg.- 2006.- Vol. 1.- P. 9-10.
244. Anegawa, G. Indications for emergency surgery for perforated diverticulitis in elderly Japanese patients ≥ 80 years of age [Text] / G. Anegawa // Surg. Today.- 2013.- Vol. 11, #5.- P. 1366-1365.
245. Bacos, E. Postoperative adhesions the everlasting topical subject [Text] / E. Bacos, J. Korcek, M. Dubai // Rozhl. Chir.- 2006.- Vol. 85, #3.- P. 134-138.
246. Bader, F. Diffuse postoperative peritonitis value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy [Text] / F. Bader, M. Schröder, P. Kujath // Eur. J. Med. Res.- 2009.- Vol. 14, #11.- P. 491-496.
247. Bassetti, Matteo. Treatment of Infections Due to MDR Gram-negative Bacterioe [Text] / Matteo Bassetti, Maddalena Reghin, Antonio Vena // Frontiers in Medicine.- 2019.- Vol. 6, #74.- P. 1-10.
248. Basu, A. Early elevation of intra abdominal pressure after laparotomy for secondary peritonitis: a prefictor of relaparotomy? [Text] / A. Basu, P. Pai // World J. Surg.- 2008.- Vol. 32, #8.- P. 1851-1856.
249. Batorfi, J. Surgical treatment of stenosed duodenal ulcers [Text] / J. Batorfi, K. Kiss, Z. Radna // Acta Chir. Hung.- 2002.- #93.- P. 37-44.
250. Boiko, V.V. Application of decamethoxin solution in the treatment of surgical peritonitis [Text] / V.V. Boiko, V.K. Lohachev, M. Tymchenko // Klin Khir.- 2012.- Vol. 12.- P. 16-19.

251. Bowden, T.A. Role of highly selective vagotomy and duodenoplasty in the treatment of postbulbar duodenal obstruction [Text] / T.A. Bowden, V.H. Hooks, D.A. Rogers // Am. J. Surg.- 1999.- Vol.159, #1.- P. 15-19.
252. Brasel, K. Comparison of on demand vs planned relaparotomy strategy in patients with severe peritonitis: a randomized trial [Text] / K. Brasel, M. Hameed, M. Sarr // Can. J. Surg.- 2009.- Vol. 52, #1.- P. 56-58.
253. Buttenschoen, K. Effect of major abdominal surgery on the host immune response to infection [Text] / K. Buttenschoen, K. Fathimani, D.C. Buttenschoen // Curr. Opin. Infect. Dis.- 2010.- #3.- P. 259-267.
254. Carlo, I.D. Emergency gastric ulcer complications in elderly. Factors affecting morbidity and mortality in relation to therapeutic approaches [Text] / I.D. Carlo, A.V. Toro, F. Sparatore // Min. Chir.- 2006.- #4.- P. 325-332.
255. Carmelli. Y. Ceftazidime – avibactam or best available therapy in patients with ceftazidime – resistant Enterobacteriaceae and pseudomonas aeruginosa complicated urinary tract infections or complicated intra- abdominal infections (RE-PRISE): a randomized, pathogen – directed, phase 3 study [Text] / Y. Carmelli, J. Armstrong, P.J. Laud // Lancet Infect Dis.- 2016.- #20.- P. 1473-3099.
256. Cartu, D. Postoperative biliary peritonitis diagnosis and treatment difficulties [Text] / D. Cartu, I. Georgescu, R. Nemes // Chirurgia (bucur).- 2006.- Vol. 101, #2.- P. 169-173.
257. Cassidy, M.R. Reducing Postoperative pulmonary complications with a Multidisciplinary patient care program [Text] / M.R. Cassidy // YAMA Surg.- 2013.- Vol. 5, #1.- P. 6-8.
258. Chiarugi, M. Outcome of laparotomy for severe secondary peritonitis [Text] / M. Chiarugi // Ann. Ital. Chir.- 2011.- Vol. 82, #5.- P. 377-382.
259. Clavien P, Sanabria J, Strasberg S. Proposed classification of complication of surgery with examples of utility in cholecystectomy/[Text]/ Clavien. P, Sanabria J. Strasberg S.// Surgery. 1992; 111:518-526. PMID: 1598671

260. Clowes, A. In vitro susceptibility of a collection of carbapenem – resistant Enterobacteriaceae and *Pseudomonas aeruginosa* to Ceftazidime / Avibactan and Ceftolozane / tazobactam [Text] / A. Clowes, M. Lam, C. Hamula // ASM Microbe.- 2016.- 480p.
261. Colline, P. College national des gynécologues et obstétriciens français [Text] / P. Colline, M. Ballester, A. Fanconier // Y Gynecol. Obstet.Biol. Reprod.- 2010.- Vol. 39, #8.- P. 123-135.
262. Date R.S. Gallbladder perforation: case series and systematic review [Text] / R.S. Date, S.G. Thrumurthy, S. Whiteside // International Journal of Surgery.- 2012.- #10.- P. 63-68.
263. Dindo D, Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. / Dindo D., Demartines N. and Clavien P.A.//Annals of Surgery. 2004;240(2):205-213. PMID:15273542. PMC1360123.
264. Dunne, N. Establishing pneumoperitoneum: verres or Hasson? The debate continues [Text] / N. Dunne, M.I. Booth, T.C. Dehn // Ann. R. Coll. Surg. Engl.- 2011.- Vol. 93, #1.- P. 22-24.
265. Durgakeri, P.U. Post-operative intraperitoneal adhesion prevention – the recent knowledge [Text] / P.U. Durgakeri, M. Kaska // Rozhl chir.- 2006.- Vol.6, #85.- P. 286-289.
266. Eckmann, C. Ceftolozane / tazobactam for the treatment of complicated intra-abdominal infections [Text] / C. Eckmann, J. Solomkin // Expert Opin Pharmacother.- 2015.- #16.- P. 271-281.
267. Engelberger, S. Postoperative course after emergency colorectal surgery for secondary peritonitis in the elderly is often complicated by delirium [Text] / S. Engelberger // Int.Surg.- 2012.- Vol. 97, #2.- P. 129-134.
268. Esposito, S. Immune system and surgical site infection [Text] / S. Esposito // J. Chemother.- 2001.- #1.- P. 12-16.

269. Ezberci, F. Intraperitoneal tenoxican to prevent abdominal adhesion formation in a rat peritonitis model [Text] / F. Ezberci // Surgery today.- 2006.- Vol. - 36.- P. 361-366.
270. Fazio, V.W. Reduction in adhesive small-bowel obstruction by seprafilm adhesion barrier after intestinal resection [Text] / V.W. Fazio // Diseases of the Colon and Rectum.- 2006.- Vol. - 49.- P. 1-11.
271. Fisher, M. Is Interval appendectomy necessary after successful conservative treatment of appendiceal mass in children? [Text] / M. Fisher, M. Mattes-Dennis // Arch Dis Child. 2008.- 27p.
272. Fugger, R. Die perforations peritonitis (urachen Therapie. Ergebnisse, prognostische Factoren) [Text] / R. Fugger, F. Herbst, A. End // Acta Clin.- 1998.- #2.- P. 11-14.
273. Gauzit, R. Epidemiology, management and prognosis of secondary nonpostoperative peritonitis [Text] / R. Gauzit // Arch. Surg.- 2009.- Vol. 10, #2.- P. 119-127.
274. Ghorban-Poor, M. Complications of Entry Using direct Trocar and/or Veress Needle compared with Modified open Approach entry in laparoscopy; six year experience [Text] / M. Ghorban-Poor // Urol. J.- 2013.- Vol. 10, #2.- P. 861-865.
275. Gonullu, D. Laparotomy in patients with severe secondary peritonitis [Text] / D. Gonullu, F.N. Koksoy, O. Demiray // Turk, J. Trauma. Emerg. Surg.- 2009.- Vol. 15, #1.- P. 52-57.
276. Grosso, G. Major postoperative complications and survival for colon cancer elderly patients [Text] / G. Grosso // BMC Surg.- 2012.- Vol. 12, #1.- P. 20-21.
277. Gutt, C.N. Fewer adhesion after laparoscopic surgery [Text] / C.N. Gutt, T. Onill // Surgical endoscopy and other interventional techniques.- 2014.- #18.- P. 898-906.

278. Hasper, D. Management of severe abdominal infections [Text] / D. Hasper, J.C. Schefold, D.C. Baumgart // Recent Pat Anti-infect. Drug. Discov.- 2009.- Vol. 4, #1.- P. 57-65.
279. Hau, T. Planned relaparotomy on demand in the treatment of intra-abdominal infections [Text] / T. Hau, C. Ohmann, A. Wolmershauser // Arch Surg.-1995.- №11.- P.1193-1196.
280. Hotobkiss, R.S. Engl. Surgical intra-abdominal infections [Text] / R.S. Hotobkiss, I.E. Kazl // J. Med.- 2003.- Vol. 342.- P. 138-150.
281. Huang, J.C. Laparoscopic management for seprafilm – induced sterile peritonitis with paralytic illness: report of 2 cases [Text] / J.C. Huang, C.C. Jeh, C.H. Hsieh // J. Minim. Invasive Gynecol.- 2012.- Vol. 19, #5.- P. 663-666.
282. Kim, K.W. Postoperative anatomic and pathologic findings at CT following gastrectomy [Text] / K.W. Kim, B.I. Chi, Y.K. Han // Radiographics.- 2002.- Vol. 22, #2.- P. 323-336.
283. Kumar R.R. Factors affecting the successful management of intra-abdominal abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage [Text] / R.R. Kumar, Y.T. Kim, Y.S. Haukoos // Dis Colon Rectum.- 2006.- Vol. 49, #2.- P. 183-189.
284. Lamme, B. Clinical predictors of ongoing infection in secondary peritonitis: systematic review [Text] / B. Lamme, C.W. Mahler, O. Ruler // World J. Surg.- 2006.- Vol. 30, #12.- P. 2170-2181.
285. Mandell, K. Relaparotomy for severe intra-abdominal infections [Text] / K. Mandell, S. Arbabi // Surg. Infect.- 2010.- Vol. 11, №3.- P. 307-310.
286. Marshall, J.C. Intra-abdominal infections [Text] / J.C. Marshall // Microbes Infect.- 2004.- Vol. 6, #11.- P. 1015-1025.
287. 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. 395, #5.- P. 527-534.
288. Men, S. Percutaneous drainage of abdominal abscess [Text] / S. Men, O. Akhan, M. Koroglu // Eur/ J. Radiol.- 2002.- Vol. 43, #3.- P. 204-218.

289. Ming, P.S. Risk factors of postoperative infections in adults with complicated appendicitis [Text] / P.S. Ming, T.Y. Yan, C.H. Tat // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.- 2009.- Vol. 19, #3.- P. 244-248.
290. Montravers, P. Clinical Features and outcome of postoperative peritonitis following bariatric surgery [Text] / P. Montravers, Y. Guglielminotti, N. Zappella // Obs. Surg.- 2013.- #19.- P.119-121.
291. Musskopf, M.I. Prognostic factors associated with in hospital mortality in patients with spontaneous bacterial peritonitis [Text] / M.I. Musskopf // Ann. Hepatol.- 2012.- Vol. 11, #6.- P. 915-920.
292. Opmeer, B.C. Cost of relaparotomy on demand versus planned relaparotomy in patients with severe peritonitis: an economic evaluation with in a randomized controlled trial [Text] / B.C. Opmeer, K.R. Boer, O. Ruler // Crit. Care.- 2010.- Vol. 114, #3.- P. 97-98.
293. Pauly, S. Value of One-Stage surgical treatment of Diffuse peritonitis (Relaparotomy on Demand); A single center analysis [Text] / S. Pauly, F.P. Schulze, O. Horstmann // Zentralbl. Chir.- 2013.- #10.- P. 34-35.
294. Proniak, M.M. Peculiarities of treatment of patients, suffering postoperative peritonitis, complicated by abdominal sepsis [Text] / M.M. Proniak // Klin. Khir.- 2012.- #5.- P. 36-39.
295. Quyn, A.Y. The open abdomen and temporary abdominal closure systems – historical evolution and systematic review [Text] / A.Y. Quyn, C. Johnston, P. Hall // Colorectal. Dis.- 2012.- Vol. 14, #8.- P. 429-438.
296. Rather, S.A. Drainage vs no drainage in secondary peritonitis with sepsis following complicated appendicitis in adults in the modern era of antibiotics [Text] / S.A. Rather, S.U. Bari, A.A. Malik // World J. Gastro intest Surg.- 2013.- Vol. 5, #11.- P. 300-305.
297. Ruler, O. Failure of available scoring systems to predict ongoing infection in patients with abdominal sepsis after their initial emergency laparotomy [Text] / O. Ruler // BMC Surg.- 2011.- Vol. 45, #3.- P. 34-35.

298. Sartelli, M. Complicated intra-abdominal infections in Europe: preliminary data from the first three months of the CIAO Study [Text] / M. Sartelli, F. Catena, L. Ansaloni // World J Emerg.- Surg.- 2012.- Vol. 7, #1.- P.15-17.
299. Scheim, M. Surgical management of intra-abdominal infection: is there any evidence? [Text] / M. Scheim // Langenbecks Arch. Surg.- 2002.- Vol. 387.- P. 1-7.
300. Seguin, P. Risk factors for multidrug – resistant bacteria in patients with post operative peritonitis requiring intensive care [Text] / P. Seguin // J Antimicrob. Chemother.- 2010.- Vol. 65, #2.- P. 342-346.
301. Serclova, Z. Fascial closure of the abdominal wall by dynamic suture after topical negative pressure laparostomy treatment of severe peritonitis-results of a prospective randomized study [Text] / Z. Serclova // Rozhl. Chir.- 2012.- Vol. 91, #1.- P. 26-31.
302. Sharp, H.T. Complications associated with optical access laparoscopic trocars [Text] / H.T. Sharp // Obstet. Gynecol.- 2002.- Vol.99.- P. 553-555.
303. Shields, R.K. Ceftazidime owibactam is superior to other treatment regimens against carbapenem resistant Klebsiella pneumonia bacteremia [Text] / R.K. Shields, M.H. Nguyen, L. Chen // Antimicrob Agents Chemother.- 2017.- #61.- P. 13-17.
304. Slutzki, S. The laparoscopic second-look for ischaemic bowel disease [Text] / S. Slutzki, Z. Halpern // Surg. Endoscop.- 1996.- Vol. 10.- P. 729-731.
305. Statescu, G. Surgical reoperations for postoperative peritonitis [Text] / G. Statescu, M. Carausu // Rev. Med. Chir. Sor. Med. Nat. Iasi.- 2011.- Vol. 115, #4.- P. 1124-1130.
306. Stefanidis, D. Gallbladder perforation: risk factors and outcome [Text] / D. Stefanidis, K.R. Sirinek, J. Bingener // J. Surg. Res.- 2006.- #131.- P. 204-208.
307. Strobel, O. Surgical therapy of peritonitis [Text] / O. Strobel, J. Werner, M.W. Buchler // Chirurg.- 2011.- Vol. 82, #3.- P. 242-248.

308. Szonestein, S. Laparoscopic lysis of adhesions [Text] / S. Szonestein, E. LoMenzo, C. Simpfendorfer // World J Surg.- 2006.- Vol. 30, #4.- P. 535-540.
309. Tekelioglu, U.J. The prolonged effect of pneumoperitoneum on caeliac autonomic functions during laparoscopic surgery; are we aware? [Text] / U.J. Tekelioglu // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.- 2013.- Vol. 17, #7.- P. 895-902.
310. Theunissen, C. Management and outcome of high risk peritonitis: a retrospective survey 2005-2009 [Text] / C. Theunissen, S. Cherifi, R. Karmali // Int. J. Infect. Dis.- 2011.- Vol. 15, #11.- P. 769-773.
311. Thrumuerthy, S.G. Peritonitis from an abdominal wall biloma: a unique reason to avoid prophylactic surgical drainage [Text] / S.G. Thrumuerthy, S.V. Shetty, J.B. Ward // Ann R. Coll. Surg. Engl.- 2011.- Vol. 93.- P. 144-146.
312. Torer, N. Prognostic factors of the mortality of postoperative intra-abdominal infections [Text] / N. Torer // Infection.- 2010.- Vol. 38, #4.- P. 255-260.
313. Tsoneva, D. Abdominal compartment syndrome [Text] / D. Tsoneva // Khirurgia.- 2007.- #5.- P. 33-37.
314. Tsumura, H. Laparoscopic adhesiolysis for recurrent postoperative small bowel obstruction [Text] / H. Tsumura, T. Ichikawa, Y. Murakami // Hepatogastroenterology.- 2004.- Vol. 51, #58.- P. 1058-1061.
315. Turina, M. Management of established surgical site infections [Text] / M. Turina, W.G. Cheade // Surg. Infect (larchmt).- 2006.- Vol. 7, #3.- P. 33-41.
316. Utzolino, S. Postoperative sepsis: diagnosis, special features, management [Text] / S. Utzolino, U.T. Hopt, M. Kaffarnik // Zentralbl. Chir.- 2010.- Vol. 135, #3.- P. 240-248.
317. Van Ruler, O. Decision making for relaparotomy in secondary peritonitis [Text] / O. Van Ruler, B. Lamme, R. de Vos // Dig. Surg.- 2008.- Vol. 25, #5.- P. 339-346.
318. Viehl, C.T. The Acute physiology and Chronic Health Evaluation II score is helpful in predicting the need of relaparotomies in patients with secondary

peritonitis of colorectal origin [Text] / C.T. Viehl // Swiss. Med. Wkly.- 2012.- #25.- 142p.

319. Visokai, V. Relaparotomy for complications of urgent abdominal disorders [Text] / V. Visokai, L. Lipska, P. Bergmann // Rozhl Chir.- 2006.- Vol. 85, #4.- P. 180-185.

320. Wald, D.S. Wound healing under pathological conditions [Text] / D.S. Wald // Inf. Medicina Propraxi.- 2002.- Vol. 10.- P. 6-10.

321. Wiesner, W. Small bowel ischemia caused by strangulation in complication in complicated small bowel obstruction. CT finding in 20 cases with histopatological correlation [Text] / W. Wiesner, K. Mortell // YBRBTR.- 2011.- Vol. 94.- P. 309-314.

322. Wittmann, G.H. Intraabdominal infections. Pathophysiology and treatment [Text] / G.H. Wittmann // New York. Marcel Dekker. Inc.- 2011.- 84p.

323. 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.

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГKB №1 им. К.Р.
Рыскуловой, д.м.н., профессор
Мусаев А.И.

«13» января 2025



АКТ внедрения результатов научно –исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности.

1. Автор внедрения. Абдиев Аллан Асыгалиевич.
2. Наименование научно-технических работ, (или) результаты научной и (или)научно-технической деятельности: Способ местной детоксикационной терапии при разлитом перитоните.
3. Краткая аннотация: Нами разработан и определен наиболее эффективный метод борьбы с эндотоксикозом после повторных операций причиной которой явилось разлитой перитонит.

Предложенная нами методика имеет следующие преимущества.

Мы большое значение придавали назогастральному и назоинтестинальному зондированию, удаляли содержимое желудка и орошали желудок озонированным раствором, а в момент операции зонд проводили в тонкий кишечник ниже связки Трейтца, удаляли содержимое и орошали кишечник озонированным раствором. Это предотвращало процесс брожения и гниения кишечного содержимого и снижению инфицирования брюшной полости и способствовало ликвидации интоксикации.

У особо тяжелых больных с перитонитом и кишечной непроходимостью помимо назоинтестинальной интубации (4 чел.) ретроградно в толстый кишечник также вводили озонированный раствор. Применение этих мер способствовало снижению степени эндотоксикоза и позволяло восстановить функцию желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования. Улучшить результаты повторных операции в абдоминальной хирургии, за счет снижения эндотоксикоза после повторных операций.

4. Эффект от внедрения: Орошения тонкого кишечника озонированным раствором в сочетании с ретроградным орошением толстого кишечника при разлитом перитоните способствует снижению эндотоксикоза.

Анализ результатов показал, что использование нашего подхода позволило снизить частоту осложнений с 50 до 22,4%, а летальность с 7,7

до 3,4%. Экономическая и социальная значимость внедрения – сокращение сроков пребывания в стационаре и уменьшение койко-дней.

5. **Место и время внедрения:** основные результаты выполненного исследования внедрены в хирургических отделениях ГKB №1 им. К.Р. Рыскуловой 10.06.2022г.
6. **Форма внедрения:** Орошения тонкого кишечника озонированным раствором в сочетании с ретроградным орошением толстого кишечника при разлитом перитоните применяются в клинической практике работы хирургического отделения ГKB №1 им. К.Р. Рыскуловой.

Представитель организации, в котором внедрена разработка

Заместитель главного врача по
лечебной работе ГKB №1 им.
К.Р. Рыскуловой, д.м.н., и/о
профессора



Мусав У.С.

Представитель организации, из которого исходит внедрение

Заведующий кафедрой факультетской
им. К.Р. Рыскуловой хирургии КГМА
им. И.К. Ахунбаева, член. корр. НАН КР,
д.м.н., профессор
10.06.2022.



Оморов Р.А.

Подпись Оморова Р.А. заверяю
Зав. общим отделом
И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАТЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ