

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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.24.710

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

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек – 2025

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и городской клинической больницы №1, г. Бишкек.

Научный консультант:

Оморов Рахатбек Арсыбекович

член-корр. НАН КР,

доктор медицинских наук, профессор,

заведующий кафедрой факультетской хирургии

Кыргызской государственной медицинской

академии имени И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты:

Ведущая организация:

Защита состоится _____ 2025 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертации на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Национальный хирургический центр Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации _____

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте <http://www.vak.kg>

Автореферат разослан _____ 2025 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Э. Э. Кудаяров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 [М. К. Гулов, К. М. Курбонов, 2004; Р. А. Оморов и соавт., 2018; P. Colline et al., 2010] 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 возраст [Д. Б. Закиров и соавт., 2004; У. М. Абдуллаев, 2008 ; Г. Ф. Жигаев и соавт., 2008; Н. Д. Томнюк и соавт., 2010; В. И. Лупальцев и соавт., 2011; K. W. Kim et al., 2002] 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 [М. К. Абдулжалилов, У. М. Нажмутинов, 2005; Н. И. Бояринцев и соавт., 2008; Р. Н. Борисов, 2009; И. М. Батыршин и соавт., 2020; R. Gauzit, 2009; D. Hasper et al., 2009; C. Theunissen et al., 2011; Y. Carmelli et al., 2016].

Повторная операция – это всегда сложное нестандартное, опасное оперативное вмешательство, которое должно выполняться хирургом, имеющим большой клинический опыт [В. И. Миронов и соавт., 2007; З. А. Туйбаев, 2016; М. В. Варганов и соавт., 2019; И. М. Батыршин и соавт., 2020].

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 операций, развитием анестезиологии и реаниматологии, при операциях на печени, желудке, кишечнике, поджелудочной железе выполняются в виде расширенных, которые нередко осуществляются в виде резекции в сочетании с пластикой сосудов, желчных протоков, вплоть до пересадки органов [А. Г. Хасанов и соавт., 2006; М. П. Чупров, 2009; Е. Х. Акрамов, М. Т. Молдошева, 2019; R. R. Kumar et al., 2006; M. R. Cassidy, 2013].

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 [М. В. Кукош и соавт., 2005; Р. А. Оморов и соавт., 2005; Г. Ф. Рычковский и соавт., 2005; Х. А. Гамзатов, 2008; Р. А. Оморов и соавт., 2018; А. В. Осипов, 2018; P. S. Ming et al., 2009].

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. К увеличению числа осложнений, связанных с выполнением неадекватных по объему операций, на что указывают многие исследователи [В. П. Глабай, 2005; А. Г. Бебуришвили и соавт., 2009; В. Л. Генюк, 2008; М. В. Кукош и соавт., 2010; И. С. Малков и соавт., 2010; К. И. Мерсандова и соавт., 2019; K. Mandell, S. Arbabi, 2010].

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 [А. В. Андреев, 2008; Н. Боярынцев и соавт., 2015; G. Statescu et al., 2011; M. Chiarugi, 2011]. 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 тромбоэмболические осложнения [А. В. Федоров и соавт., 2005; Н. Д. Томнюк и соавт., 2010; В. Н. Хромова, 2011; D. S. Wald, 2002; В. С. Opmeer et al., 2010], а летальность колеблется в пределах 16-55% [М. Тирина, 2006; В. Н. Шапошников и соавт., 2011; В. Ф. Цхай, Н. В. Мерзликина, 2011; Д. С. Здзитовецкий и соавт., 2011; F. Vader, 2009].

При выполнении повторных операций существенно увеличиваются и сроки стационарного лечения, а следовательно и материальные затраты и кроме того, как утверждает Шакирова А. (2015), что после повторных операций существенно снижаются качества жизни оперированных. Однако Томнюк Н. Д. и соавт. (2010), Кныш В. И. и соавт. (2011), Туйбаев З. А. (2016) отмечают целесообразность выполнения повторных операций, как единственная мера спасения больного и при этом любой исход должен иметь объяснение, сделано ли все, что возможно было выполнить в данном случае.

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 профилактики 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 инициативная.

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

Задачи исследования:

1. Провести анализ частоты повторных операций 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.
3. Представить 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 с учетом характера осложнений.
6. Дать сравнительную оценку повторным операциям, 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:

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

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

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

4. 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%). Осложнений, требующих повторную операцию были следующие причины: не полностью обследованные больные до операции (7,3%), не в полном объеме выполнена 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 и перитонита 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 повысить эффективность лечения.

Внедрение полученных результатов. Основные положения работы (диагностика осложнений, критерии показаний к повторным операциям, меры профилактики осложнений после повторных операций) внедрены в повседневной практике хирургических отделений городской клинической больницы №1 (акт внедрения) г. Бишкек и включены в программу лекции и практических занятий студентов 4-6 курсов КГМА имени И.К. Ахунбаева, семинаров клинических ординаторов и аспирантов (акт внедрения).

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 диссертации доложены на научно-практической международной конференции КГМА им. И. К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2015, 2016, 2017, 2018, 2020), на совместном заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии КГМА и хирургов ГКБ №1, г. Бишкек (г. Бишкек, 2024) .

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По мере накопления материалов по диссертации опубликованы 20 научных работ, из них 5 в журналах ближнего зарубежья и 2 статьи в журналах дальнего зарубежья, рекомендованных НАК КР. Утверждено 2 рационализаторских предложений, № 63/2022 от 02.12. 2022 г. и № 64/2022 от 02.12.2022г. выданные патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 201 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица (шрифт 14, интервал 1,5), на русском языке и состоит из введения, главы обзора литературы, пяти глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 323 источников, из них 81 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 31 таблицами и 20 рисунками. Приложение.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении дана актуальность темы исследования, цель, задачи, новизна и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В главе 1 «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии» (обзор литературы) изложены причины повторных операций, их

частота и результаты после различных доступов. Обзор изложен критически с использованием литературных источников последних 10 лет и в достаточном количестве, чтобы судить о состоянии проблемы.

Глава 2 «Материалы, методы обследования больных с повторными операциями». Автором обследованы и выполнены повторные операции у 110 больных, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ№1 г. Бишкек с 2000 по 2020 год включительно.

Объектом исследования служили больные, у которых выполнены повторные операции.

Предметом исследования использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Критериями включения служили больные с заболеваниями органов брюшной полости, осложненных у которых возникли осложнения, требующие повторной операции.

Критериями исключения служили больные без осложнения в послеоперационном периоде.

Всего было 110 больных, которым произведены повторные операции. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 2.1.1.

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

Большую группу составили женщины в сравнении с мужчинами. И наибольшее число больных было в возрасте от 40 до 60 лет. В результате обследования из 110 больных у 68 выявлены сопутствующие заболевания (61,8%).

Выполнен анализ заболеваний и установлено по поводу какого из них произведена первая операция (таблица 2.1.2).

Таблица 2.1.2 – Перечень заболеваний по поводу которых больные ранее оперированы

Заболевания	Всего	
	абс.ч.	%
Острый холецистит	44	40,0
Хронический холецистит	31	28,2
Кишечная непроходимость	7	6,4
Язвенная болезнь желудка, 12 перстной кишки	1	0,9
Эхинококкоз печени	9	8,2
Абсцедированный аппендикулярный инфильтрат	2	1,8
Острый аппендицит	8	7,3
Травма живота	1	0,9
Киста поджелудочной железы	1	0,9
Наружный каловый свищ	1	0,9
Вентральная послеоперационная грыжа	3	2,7
Разрыв кисты яичника	1	0,9
Полипоз желчного пузыря	1	0,9
Всего	110	100,0

Наибольшее число повторных операций составляли больные, которым первая операция произведена по поводу острого холецистита и хронического (соответственно 37,3 и 21,4%), реже повторные операции выполнены в связи с осложнениями, возникшими после аппендэктомии и операций по поводу кишечной непроходимости.

Выполнен анализ частоты осложнений и их характер (рисунок 2.1.2).

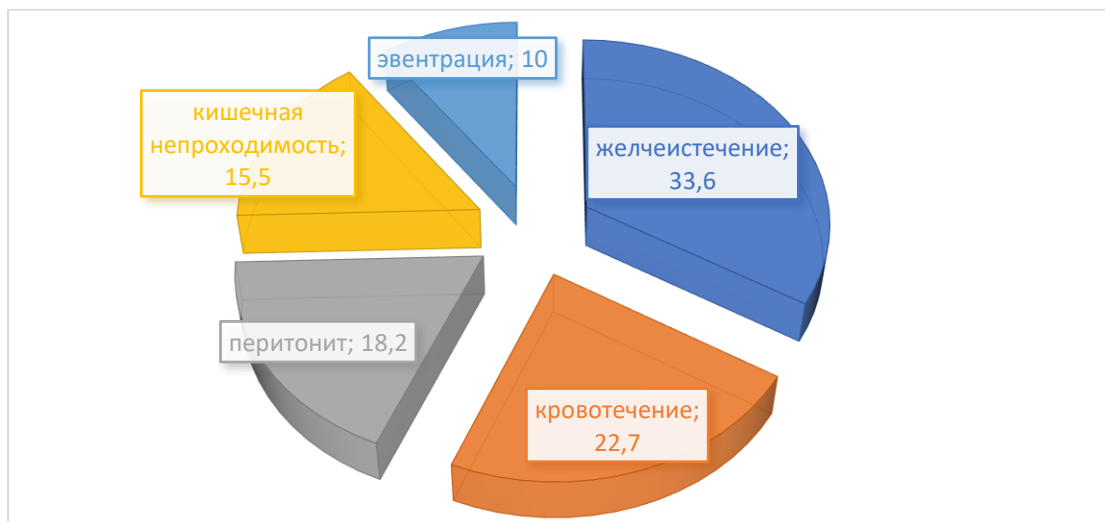


Рисунок 2.1.2 – Характер и частота осложнений, послуживших основанием для повторной операции.

Наиболее часто повторные операции были произведены в связи с возникшим желчеистечением (33,6%) и кровотечением (22,7%) и реже с перитонитом и эвентрацией.

Мы проследили имел ли значение доступ при котором выполнили первую операцию, лапаротомным или лапароскопическим (рисунок 2.2).

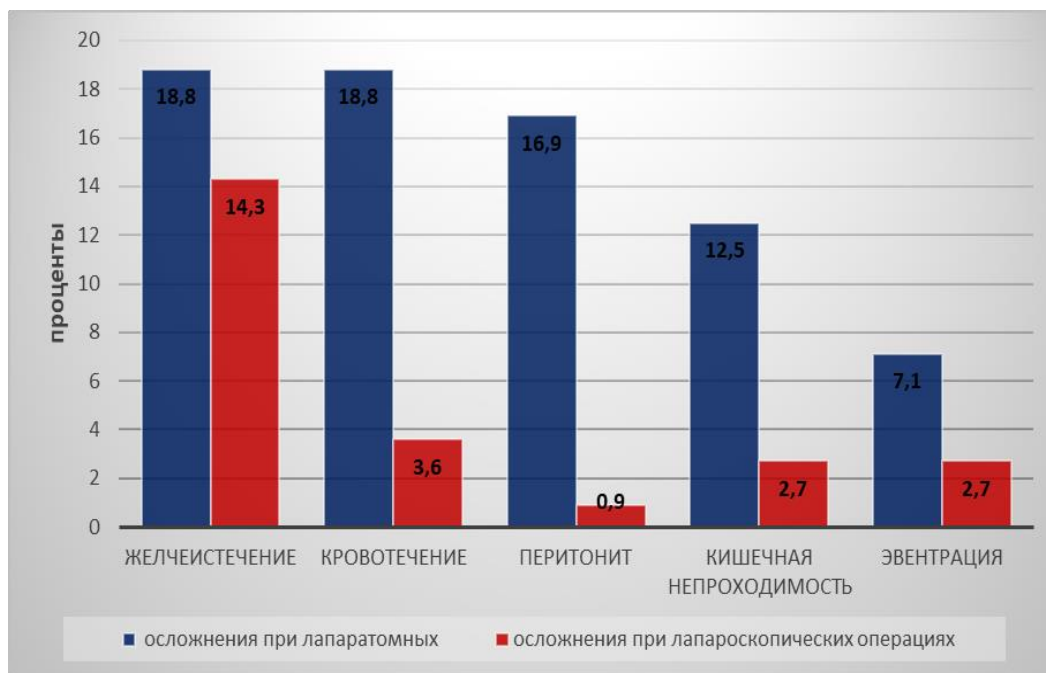


Рисунок 2.2 – Характер осложнений в зависимости от типа доступа.

Анализ характера осложнений в зависимости от доступа показал, что у большинства наблюдаемых нами больных первая операция произведена лапаротомным доступом, однако более тяжелые осложнения отмечены при видеохирургических вмешательствах, которые требовали более сложных повторных операций и более длительного стационарного лечения.

В обследовании больных использовали результаты клинических показателей (анамнез, признаки синдрома системной воспалительной реакции), лабораторные и инструментальные, позволяющие определить характер осложнений и оценить результаты повторных операций.

В оценке возникших осложнений после операций использовали классификацию по Clavie-Dindo (таблица 2.2.1)

Таблица 2.2.1 – Классификация хирургических осложнений по Clavien-Dindo

Степень	Определение
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 относиться лечение раневой инфекции.
II	Требуется лечение в виде гемотрансфузии, энтерального или парентерального питания.
III	Требуется хирургическое, эндоскопическое или радиологическое вмешательство.
IIIa	Вмешательство без общего обезболивания
IIIb	Вмешательство под общим обезболиванием
IV	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие интенсивной терапии, наблюдения в отделении реанимации, резекция органа
Iva	Недостаточность одного органа
Ivb	Полиорганная недостаточность
V	Смерть больного

**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 – является показателем эффективности релапаротомии.*

Полученные результаты статистически обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) и ошибки ряда (m), а степень достоверности вычисляли по t критерию таблицы Стьюдента.

Глава 3. «Результаты повторных операций при желчеистечении, как осложнение в абдоминальной хирургии» - в этой главе представлены результаты лечения 68 больных, у которых ряд осложнился желчеистечением.

Наиболее часто эти осложнения возникали после операций, выполненных по поводу ЖКБ, осложненной острым или хроническим холециститом, а также при паразитарных заболеваниях печени (таблица 3.1) альвеококкоз и эхинококкоз.

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

Патология	Всего		из них операции выполнены	
	абс.ч.	%	лапароскоп.	лапаротом.
Эхинококкоз	5	7,4	-	5
Альвеококкоз	12	17,6	-	12
Острый холецистит	21	30,9	15	6
Хронический холецистит	30	44,1	26	4
Всего абс.ч.	68	100,0	41	27
%			60,3	39,7

Из 68 больных первая операция лапароскопически выполнена у 41, а у 27 лапаротомным доступом.

Сроки появления желчеистечения колебались от одного часа до семи суток после первой операции. У больных этой группы особое внимание уделяли определению в динамике характера и количества отделяемого через страховой дренаж и результатов УЗИ и на их основании была разработана тактика ведения. Повторные операции были выполнены у 37 больных (таблица 3.2).

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

Типы операций	Всего больных	из них возникли осложнения					Всего осложнений
		нагноение раны	пневмония	плеврит	перитонит	ПОН	
Ушивание желчного свища (после эхинококкэктомии)	5		1	1		1	3
Повторное лигирование пузырного протока	9	1			1		2
Ушивание ложа желчного пузыря	5		1	1			2
Эндоскопическая тапиллосфинктеротомия	2						-
Релапаротомия с холедохолитотомией	7					1	1
Дренирование холедоха (при ятрогенном повреждении)	1						-
Реконструктивные восстановительные операции при ятрогенном повреждении	8		1	1	1		3
Всего	37	1	3	3	2	2	11 (29,7%)

Анализ осложнений по поводу которых выполняли повторную операцию показал, что желчеистечение наиболее часто возникало у больных, оперированных по поводу ЖКБ.

Среди причин наибольший удельный вес занимала недостаточность пузырного протока или соскальзывание лигатуры, что говорит о погрешностях операции. Необходимо отметить, что после повторной операции течение послеоперационного периода было сложным, у 11 возникли осложнения, которые составили 29,7%. Умерло 2 больных, у них повторная операция была запоздалой.

На основании наблюдений за больными с желчеистечением нами разработан алгоритм тактики (рисунок 3.1)



Рисунок 3.1 – Алгоритм тактики хирурга при желчеистечении.

Использование алгоритма позволяет выбрать наиболее оптимальную тактику в лечении желчеистечения.

Глава 4. «Повторные операции при внутрибрюшном кровотечении». В ней представлено число кровотечений, которое явилось причиной повторной операции. Под наблюдением находилось 25 больных у них показанием для повторной операции явилось внутрибрюшное кровотечение. Заболевания по поводу которых была выполнена первая операция даны в таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Заболевания по поводу которых произведена первая операция

Заболевания	Всего больных	из них оперированы доступом	
		лапаротомия	лапароскопия
Острый холецистит	11	9	2
Острый холецистит + холедохолитиаз	1	1	-
Хронический калькулезный холецистит	5	3	2
Хронический калькулезный холецистит + холедохолитиаз	2	2	-
Грыжесечение	1	1	-
Эхинококкоз печени	3	3	-
Разрыв кисты яичника	1	1	-
Эхинококкоз забрюшинного пространства	1	1	-
Всего	25	21	4

И в этой группе осложнений наибольший удельный вес занимали больные, оперированные по поводу ЖКБ. Диагностика кровотечения включала оценку общего состояния, определение количества крови, выделяемой через дренаж и показатели анализа крови и гемодинамики, а также важным методом было УЗИ. Анализ причин возникновения внутрибрюшного кровотечения дан в таблице 4.2.

Таблица 4.2 – Причины возникновения внутрибрюшного кровотечения

Причины	Всего
Соскальзывание лигатуры с артерий	5
Несостоятельность гемостаза артерий клипсом	2
Недостаточность гемостаза ложа пузыря	11
Повреждение сосуда малого сальника	1
Повреждение сосуда диафрагмы	1
Повреждение сосуда при капитонаже полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии	3
Недостаточный гемостаз ушитого разрыва яичника	1
Недостаточный гемостаз при грыжесечении	1
Недостаточный гемостаз поврежденной печени	1
Всего	25

Анализ причин кровотечения показал, что при операциях по поводу ЖКБ имело место соскальзывание лигатуры с артерий, кровотечение с недостаточностью наложения клипса на пузырную артерию, но наибольшее число было больных, у которых кровотечение связано с гипокоагуляцией ложа желчного пузыря. У оперированных по поводу эхинококкоза в момент выполнения капитонажа по Дельбе повреждены сосуды ткани печени, а у одного поврежден сосуд малого сальника.

При возникновении внутрибрюшного кровотечения у большинства операция была произведена в день выявления осложнений. У единичных больных на 2-е сутки и лишь у одного больного после грыжесечения операция выполнена на 4-е сутки. Все 25 больных повторно оперированы и их типы даны в таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Повторные операции при внутрибрюшном кровотечении и частота осложнений после них

Тип операции	Всего больных	из них возникли осложнения					
		плеврит	нагноение раны	парез кишечника	эвентрация	ПОН*	Всего
Лапаротомия, перевязка пузырной артерии	7	-	-	-	-	-	-
Лапаротомия, ушивание ложа пузыря	9	2	-	-	-	-	3
Лапаротомия тампонирование ложа пузыря	2	1	-	-	-	-	1
Лапаротомия, перевязка сосуда малого сальника	1	-	-	-	-	-	-
Лапаротомия, ушивание сосуда печени и сосуда диафрагмы после эхинококкэктомии	3	-	-	1	-	-	1
Повторное ушивание разрыва кисты яичника	1	-	-	-	-	-	-
Недостаточность гемостаза поврежденной ткани печени (5 операций у одного больного)	1	-	1	-	-	-	1
Тампонирование повреждения печени	1	-	-	-	1	1	2
Всего	25	3	1	1	1	1	8

ПОН* - полиорганная недостаточность.

У всех больных удалось остановить кровотечение, лишь у одного, у которого было повреждение печени, повторная операция выполнялась 5 раз, но все же кровотечение удалось остановить.

При повторной операции выполняли тщательный гемостаз и восполняли кровопотерю, и осуществляли раннюю активизацию больных. Анализ причин возникновения кровотечения показал, что большинство из них явились технические погрешности в момент операции и нетщательный гемостаз ложа желчного пузыря.

При повторной операции осложнения возникли у 7 больных. Умер 1 от полиорганной недостаточности. Полученные данные свидетельствуют о необходимости применения мер профилактики, которые должны выполняться при первой операции и мер профилактики после повторной операции.

На основании наблюдения за больными с внутрибрюшным кровотечением нами был построен алгоритм (рисунок 4.2)



Рисунок 4.2 – Алгоритм внутрибрюшного кровотечения.

Глава 5. «Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость как причина повторной операции в абдоминальной хирургии», в ней представлены результаты повторных операций у 17 больных мужчин- 8, женщин - 9, большинство из них старше 50 лет. Перечень заболеваний по поводу которых была выполнена первая операция дан в таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Перечень заболеваний по поводу которых выполнена первая операция

Заболевания	Всего больных	из них		из них оперированы доступом	
		экстренная	плановая	лапаротомным	лапароскопическим
Острый холецистит	3	3	-	3	-
Хронический холецистит	7	-	7	5	2
Язвенная болезнь 12 перстной кишки осложненная кровотечением	1	1	-	1	-
Кишечная непроходимость	2	2	-	2	-
Аппендикулярный абсцесс	2	2	-	2	-
Долихосигма	1	-	1	1	-
Полипоз желчного пузыря	1	-	1	-	1
Всего	17	8	9	14	3

Наиболее часто возникала кишечная непроходимость после операций, выполненных по поводу ЖКБ, и ее осложнений.

Анализ сроков появления признаков кишечной непроходимости показал, что они появились от 3 до 9 суток после операции и при этом выявлены наиболее часто встречающиеся признаки (таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Признаки и их частота при ранней кишечной непроходимости

Признаки	Всего
Задержка стула и газов	15
Рвота	9
Вздутие живота	11
Высокий тимпанит	16
Притупление в отлогих местах живота	9
Схваткообразные боли	15
Боль разлитая по всему животу	6
Болезненность при пальпации живота	9
Тахикардия	16
Частое дыхание	16
Напряжение мышц брюшной стенки	8
Положительный симптом Щеткина-Блюмберга	6
Повышение температуры	8
Лейкоцитоз $>12,0 \times 10^9/\text{л}$	13
ЛИИ $>5,0$	15

В оценке состояния использовали признаки синдрома системной воспалительной реакции и установили, что при этом осложнении у большинства больных выявляется по 3-4 признака синдрома.

Использовали УЗИ и рентгенологическое исследование, при которых обнаруживали вздутие кишечника и у большинства наличие горизонтальных уровней. Анализ первой операции показал, что признаки кишечной непроходимости у больных были после операции холецистэктомия (10 человек из 17) и по одному-два наблюдения после других операций (резекция желудка, резекция сигмы). В первые сутки с момента выявления признаков кишечной непроходимости оперировано всего 3 больных, от 24 до 72 часов еще 5, от 3 до 5 суток продолжали консервативное лечение у 8, а у одного операция была выполнена лишь через 7 суток.

Все больные оперированы, их типы даны в таблице 5.3.

Таблица 5.3 – Типы повторных операций и характер осложнений после них

Тип операции	Всего больных	из них возникли осложнения					Всего
		плеврит	нагноение раны	парез кишечника	эвентрация	ПОН*	
Рассечение спаек	13	2	1	1	1	1	5
Рассечение спаек + резекция тонкого кишечника	2	2					2
Рассечение спаек + илеостомия	1						
Рассечение спаек + вскрытие просвета тонкого кишечника и удаление камня	1						
Всего	17	4	1	1	1	1	7

ПОН* – полиорганная недостаточность.

Повторные операции в этой группе больных не представляли сложностей и заключались в рассечении спаек, рассечении спаек в сочетании с резекцией кишечника, у одного с энтеротомией и удалением конкремента, но течение послеоперационного периода у всех было тяжелым с выраженным эндотоксикозом и парезом кишечника. Лечение было направлено на восстановление функции кишечника, ликвидацию эндотоксикоза и улучшение дренажной функции лимфатической системы применением лимфотропных технологий.

Осложнения после повторной операции возникли у 7 из 17 оперированных, что требовало более длительное стационарное лечение ($16,1 \pm 1,12$ койко-дней). Умер один больной в связи с нарастающей полиорганной недостаточностью.

В послеоперационном периоде проследили динамику признаков ССВР и при этом установили, что при благоприятном течении идет постепенное уменьшение количества признаков, в то время как при возникновении осложнений количество признаков увеличивается.

Наблюдения за больными с ранней кишечной непроходимостью позволило разработать алгоритм тактики (рисунок 5.1)



Рисунок 5.1 – Алгоритм ранней кишечной непроходимости.

Глава 6. «Релапаротомия при послеоперационном перитоните и эвентрации».

Повторные операции по поводу перитонита выполнены у 20 больных, их возраст колебался от 19 до 85 лет, но большинство были старше 40 лет. Заболевания, после которых возник перитонит даны в таблице 6.1.

Таблица 6.1 – Заболевания, после которых возник перитонит

Заболевания	Всего	Экстренные операции	Плановые операции	Доступ лапаротомный	Доступ лапороскопический
Кишечная непроходимость	2	2	-	2	-
Абсцесс брюшной полости	2	2	-	2	-
Острый аппендицит	4	4	-	4	-
Острый холецистит	5	5	-	5	-
Травма брюшной полости	1	1	-	1	-
Хронический калькулезный холецистит	4	-	4	3	1
Резекция поджелудочной железы	1	-	1	1	-
Наружный каловый свищ	1	-	1	1	-
Всего	20	14	6	19	1

Экстренные операции были у 14 и плановые у 6. Больных с продолжающимся перитонитом было 4, а с возникшим перитонитом после 1 операции 16. Сроки возникновения перитонита были от 1 до 8 суток.

Все больные оперированы и типы операций даны в таблице 6.2.

Таблица 6.2 – Типы повторной операции и характер осложнений

Тип операции	Всего больных	из них возникли осложнения						Всего осложнений	Всего больных с осложнением
		плеврит	нагноение раны	парез кишечника	каловый перитонит	эвентрация	ПОН*		
Санация брюшной полости и дренирование	13	1	1	1			1	4	3
Санация + колостома	1				1	1		2	1
Санация + холедохолитотомия	1	1						1	1
Санация + перевязка культи пузырного протока	1								
Санация + нефростома	1		1					1	1
Санация + ампутация матки	1		1					1	1
Санация брюшной полости и дренирование забрюшинного пространства	1	1	1					2	1
Санация + холедохоеюноанастомоза по Ру	1	1						1	1
Всего	20	4	3	1	1	1	2	12	9

*ПОН – полиорганная недостаточность.

Большинству больных при повторной операции выполняли санацию брюшной полости и ликвидацию осложнения, которое явилось причиной перитонита. После операции исследовали признаки ССВР (таблица 6.3).

Таблица 6.3 – 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 суток	-	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

При благоприятном течении количество признаков уменьшилась, а при возникновении осложнения - отмечали увеличение количества признаков.

После повторной операции состояние было тяжелое, которое обусловлено частым возникновением пареза кишечника и нарастающим интоксикацией.

Наши наблюдения показали, что причиной послеоперационного продолжающегося перитонита является недостаточно адекватная обработка брюшной полости и не в полном объеме выполненная противовоспалительная терапия.

Повторные операции в связи с возникновением эвентрации выполнены были у 11 больных, из них 4 женщин и 7- мужчин. Характер заболевания по поводу которых были выполнены первые операции дан в таблице 6.4.

Таблица 6.4 – Характер заболеваний по поводу которых выполнена первая операция и доступ

Характер заболеваний	Всего	из них операция:		доступ:	
		экстренная	плановая	лапаротомный	лапароскопический
Острый холецистит	3	3	-	1	2
Острый аппендицит	2	2	-	2	-
Хронический холецистит	2	-	2	1	1
Послеоперационная грыжа	2	-	2	2	-
Кишечная непроходимость	2	2	-	2	-
Всего	11	7	4	8	3

В первые сутки после операции эвентарция возникла у одного, на вторые сутки еще у одного, а у остальных в более поздние сроки (на 6 у 4, на 8 у 4 и на 9 у 1). Все они повторно оперированы, после операции осложнения возникли у 8 из 11 оперированных.

На основании наблюдения и лечения больных с перитонитом нами был построен алгоритм тактики (рисунок).

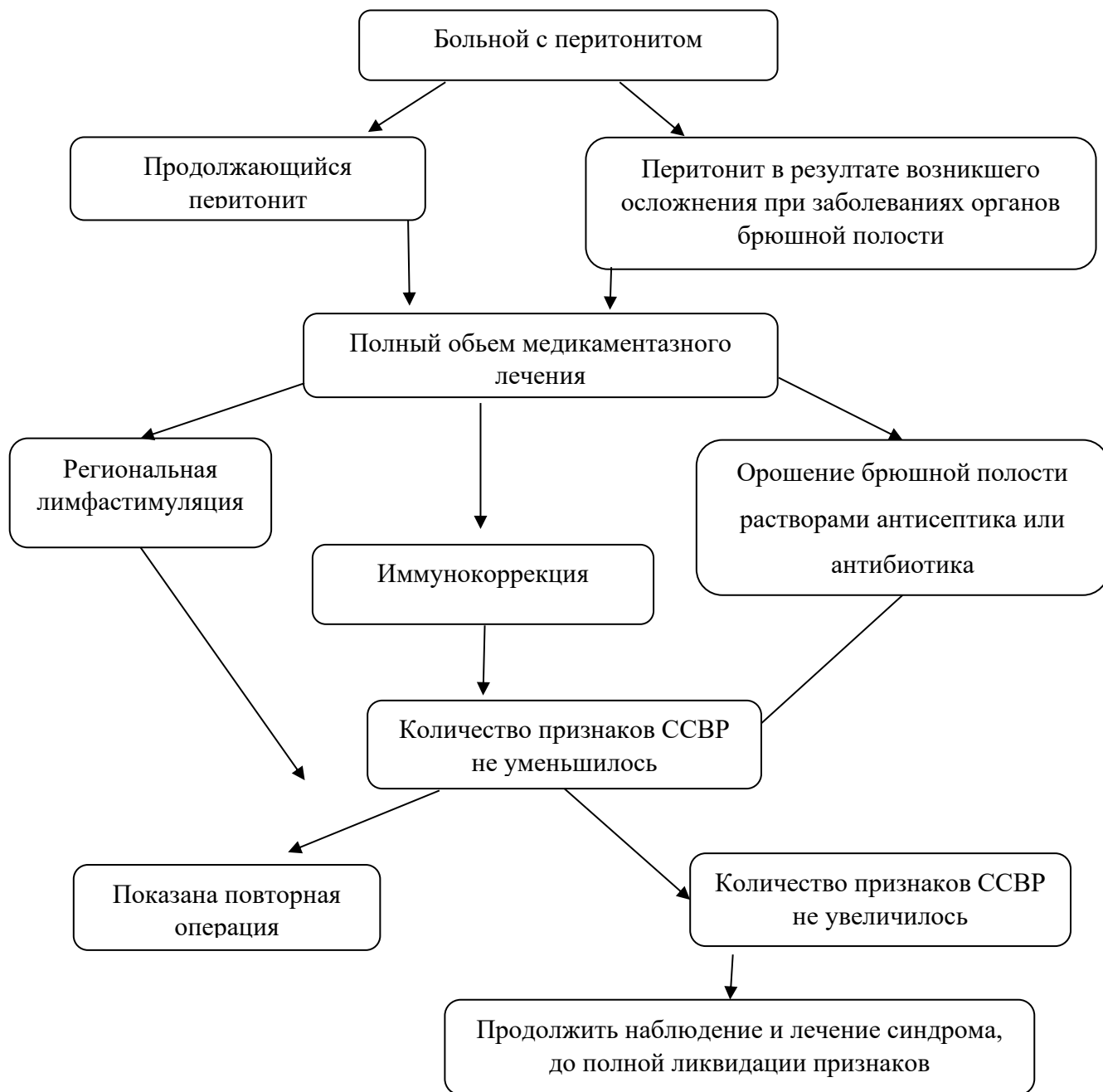


Рисунок – Алгоритм больных с перитонитом.

Глава 7. «Особенности ведения больных после повторной операции».

В этой главе выделены причины, которые явились основанием для повторных операций и изложены особенности введения больных после операций с учетом осложнений послуживших причиной повторного вмешательства (рисунок 7.1).



Рисунок 7.1 – Причины возникновения осложнений (в %).

Наиболее частой причиной до операции служило то обстоятельство, что не были учтены сопутствующие заболевания и не в полном объеме выполнено исследование. В момент операции причиной повторной операции были технические погрешности, неполная ревизия, а после операции являлась недостаточная коррекция сопутствующих заболеваний. Учитывая эти причины возникновения осложнений, которые явились показанием к повторной операции, в последующем больные были консультированы кардиологом, терапевтом, а при сахарном диабете эндокринологом. Вопрос о выборе обезболивания решался совместно с анестезиологом. Перед повторной операцией выполняли предоперационную подготовку, направленную на коррекцию выявленных нарушений. Повторную операцию выполняли средне-срединным доступом с санацией брюшной полости озонированным раствором хлорида натрия, который обладает хорошим бактерицидным действием.

При повторной операции выполненной по поводу любого осложнения включали регионарную лимфостимуляцию в корень тонкого и толстого кишечника, эта мера способствовала более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника, но при перитоните считали однократное введение лимфотропной смеси недостаточно и поэтому в брыжейку тонкого кишечника фиксировали микроирригатор и выводили наружу и через него в послеоперационном периоде 1-2 раза в сутки на протяжении 5-6 дней вводили антибиотиколимфотропную смесь.

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. Особое внимание уделяли нутритивной поддержке, так как у больных с повторными операциями, как правило, имеет место энтеральная недостаточность, связанная с длительным голоданием. Учитывая это обстоятельство мы использовали раннее энтеральное питание, а у крайне тяжелых больных препарат Кабивен, после введения которого наблюдалось улучшение состояния и восстановление функции кишечника.

Повторные операции мы стремились выполнять менее травматично и закончить дренированием брюшной полости. В момент операции использовали максимально лимфогенные технологии, чтобы обеспечить достаточно полную противовоспалительную, инфузионную и стимулирующую функцию кишечника. Обязательно учитывали характер осложнений, которые послужили основанием для повторной операции и избирали наиболее адекватный метод коррекции. На основании наблюдений, нами построен алгоритм ведения больных после релапаротомии (рисунок 7.2)



Рисунок 7.2 – Алгоритм ведения больных после релапаротомии.

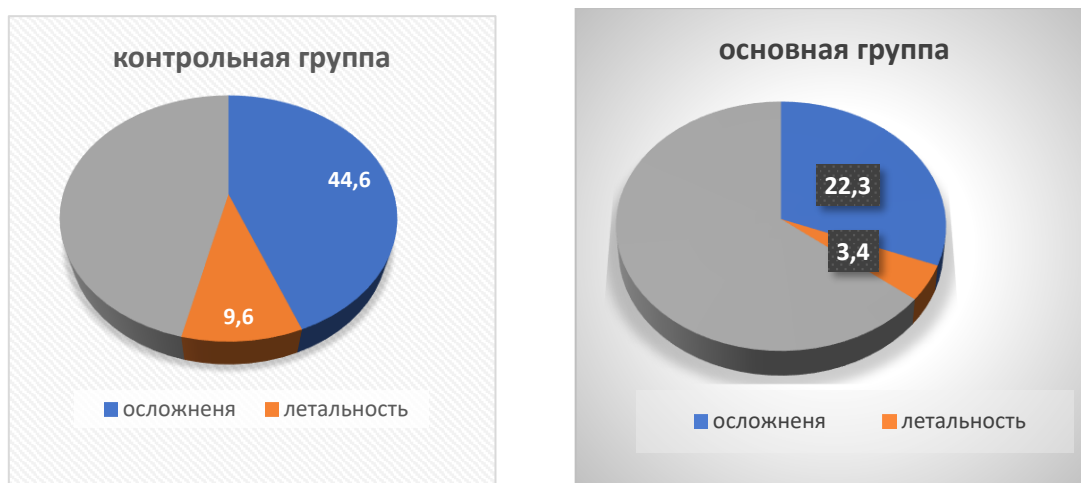


Рисунок 7.3 – Результаты повторной операции у больных контрольной и основной групп.

Полученные результаты осложнений мы распределили по классификации Clavien Dindo чтобы можно было оценить эффективность нашего подхода к лечению больных с осложнениями, требующих повторной операции.

Таблица 7.2 – 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 результатов показал что использование нашего подхода позволило снизить частоту осложнений с 50 до 22,4% а летальность с 7,7 до 3,4%.

Кроме того мы свои полученные результаты сравнили с результатами других авторов которые выполняли тоже повторные операции в абдоминальной хирургии.

Ф.И.О авторы	Год публикации	Количество больных	Частые осложнения %	Летальность, %
Томнюк Н.Д. и соавт.	2008	202	67,7	31,4
Третьяк С.И и соавт.		109	71,2	33,6
Жидков С.А.	2007	94	82,4	35,0
Шакирова А.И. и соавт.	2017	120	52,8	42,4
Наши результаты	2022	110	35,5	6,4

Сопоставление наших результатов с исходами других авторов показало, что наши результаты не уступают другим исследователям А при сравнении с некоторыми из них даже выше.

Таким образом полученные результаты нашей многолетней работы позволили определить характер и частоту осложнений, требующих повторной операции, показали возможность улучшения повторных вмешательств при индивидуальном подходе и ведении послеоперационного периода.

Мы также детально проанализировали причины смерти больных после повторных операций. Умерло 7 из 110 оперированных (6,4%). При желчеистечении умерло 2, оба пожилого возраста.

С возникшим кровотечением умер один больной пожилого возраста с большой пахово-мошоночной грыжей.

В группе оперированных по поводу ранней кишечной непроходимости умер 1 больной, которому первая операция выполнена по поводу спаечной кишечной непроходимости, но после операции возникла повторно кишечная непроходимость, применялись консервативные метода но явления непроходимости не уменьшались, взят на повторную операцию на 8 сутки.

При осложнении первой операции перитонитом умерло 3 больных у всех трех долго вели наблюдение, а затем в связи неэффективностью лечения взяли на повторную операцию и выполнили весь объем терапии, но спасти их не удалось из-за нарастающей полиорганной недостаточности.

Анализ умерших после повторных операций показал, что из 7 две женщины и 5 мужчин, лиц пожилого и старческого возраста 5 из 7, и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Поздняя повторная операция явилась причиной прогрессирования заболевания и смерти у 3 больных, а у 4 позднее выполнение повторной операции было обусловлено сложностью диагностики возникшего осложнения.

Мы попытались выяснить каким доступом были выполнены первые операции и при этом установлено, что после открытых лапаротомных операций повторные операции выполнены у 91 больных (82,7%), после лапароскопических у 19 (17,3%). В экстренном порядке оперировано 61 (54,5%) в плановом 41 (45,5%).

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

Любой хирург перед операцией должен проанализировать результаты обследования больного и наметить ее объём. При абдоминальном вмешательстве перед операцией использовать периоперационное введение антибиотика, что позволит предотвратить воспалительные осложнения.

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 этапа операции проверить на гемостаз. Это касается операции видеолапароскопическим 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 микроиригатор и через него выполнять регионарную лимфостимуляцию. В

послеоперационном периоде продолжить лечение воздействующее на все звенья патогенеза заболевания. Операционную рану ушить нерасасывающимся 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 лимфлстимуляцию, 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 нерасасывающийся 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.

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%). Зависимости от доступа выполненной операции не обнаружено.

2. Осложнения, требующие повторной операции чаще, возникали после лапаротомной первой операции, в сравнении с лапароскопической.

3. Построенные и внедренные алгоритмы мер профилактики после повторной операции способствуют улучшению результатов.

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 возникновение осложнения. Выявить осложнения и применить наиболее адекватный метод лечения.

5. Одной из ведущих причин ССВР является энтеральная недостаточность, которая требует выполнения коррекции и всех этих лечения больших с повторной операций.

6. После повторных операций возникают различные осложнения, которые влияют на течение послеоперационного периода и их исход, но своевременное их выявление и использование комплекса методов лечения.

7. Использование разработанных мер профилактики осложнений после повторных операций позволило снизить их частоту осложнений с 44,1% до 22,3%, а летальность с 9,6% до 3,4%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

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

- При подозрении на возникшее осложнение после операции использовать все возможные методы диагностики, чтобы подтвердить или исключить осложнения (анализ крови, ЛИИ, УЗИ и по показаниям КТ, синдром системной воспалительной реакции).

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

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

- 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.

- 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.

- 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.

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

- После выполнения повторной операции по поводу перитонита, обратить особое внимание на коррекцию энтеральной недостаточности с использованием озонированных смесей.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Абдиев, А. А. Осложнения стрессовых язв желудка как причина смерти [Текст] / А. А. Абдиев, Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев // Известия вузов Кыргызстана. - 2015. - №4. - С.59-61; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_24292799_12508675.pdf

2. Результаты повторных операций при альвеококкозе [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Наука и новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №4. - С.46-49; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_29817220_29069192.pdf

3. Динамика поступления больных альвеококкозом печени в Кыргызской Республике [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Известия Вузов Кыргызстана. - 2017. - №6. - С.41-43; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_29817026_26752450.pdf

4. Абдиев, А. А. Профилактика пострезекционной печеночной недостаточности при альвеококкозе печени [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – Санкт-Петербург, 2017. – С.213-214; То

же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://hepatoassociation.ru/wp-content/uploads/2011/01/17-09-19_Gepato_abstr.pdf

5. **Абдиев, А. А.** Желчеистечение – как причина повторных операций в абдоминальной хирургии [Текст] / А. А. Абдиев, С. А. Айтбаев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии. - 2017. - №6.- С.187-190; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_32738437_79809548.pdf

6. **Абдиев, А. А.** Повторные операции в абдоминальной хирургии и их эффективность [Текст] / Р. А. Оморов, А. А. Абдиев // Известия Вузов Кыргызстана. – 2017. - №1. – С.41-43; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_28864806_54038369.pdf

7. **Абдиев, А. А.** Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии (обзор литературы) [Текст] / А. А. Абдиев // Наука и новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. - №1. – С.49-52; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_28865648_46394631.pdf

8. Сочетание альвеококкоза с эхинококкозом печени [Текст] / С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев и др. // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию Дагестанского государственного медицинского университета. - 2017. - С. 18-19; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35118456>

9. Желчеистечение как осложнение после операции на печени и желчных путях [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев и др. // Тенденции развития науки и образования. – Самара, 2018. – №39. – С.47-50; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_36297980_21277139.pdf

10. Результаты повторных операций при внутрибрюшных кровотечениях и желчеистечении [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. А. Каниетов, А. А. Абдиев и др. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Естественные и технические науки. – Москва, 2018. - №6 – С.205-209; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35565952>

11. Результаты оперативного лечения больных альвеококкозом печени [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. К. Каниетов, А. А. Абдиев // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2018. - №1. – С.74-79; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_32763662_70094888.pdf

12. **Абдиев, А. А.** Лечение плевролегочных осложнений после резекции печени по поводу альвеококкоза печени [Текст] / А. А. Абдиев, А. Э. Эркинбеков, М. С. Абдрасулова // Вестник Кыргызской государственной

медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - 2019. –№II. - С.71-73; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_41299674_66121957.pdf

13. Лапароскопическая задне-петлевая ректопексия сетчатым имплантом (клиническое наблюдение) [Текст] / Р. А. Оморов, С. А. Айтбаев, А. А. Абдиев, Б. Т. Токтогазиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Сборник материалов посвященный 80-летию КГМА им. И.К. Ахунбаева.- 2019. – часть II. - С.104-107; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2019/vestnik-dni-nauki-kgma-2-2019.pdf>

14. Стрессовые язвы желудка как осложнение в абдоминальной хирургии [Текст] / Р. А. Оморов, А. А. Абдиев, А. Ж. Акешов, М. С. Абдрасулова // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - 2020. - №5-6. - С.56-62; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_44745652_22867410.pdf

15. **Абдиев, А. А.** Ведение больных после повторных операций в абдоминальной хирургии [Текст] / А. А. Абдиев, А. Э. Эркинбеков, У. К. Казиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии. Сборник материалов Международного научного форума Дни науки КГМА – 2021, «COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение». – 2021. – часть I. – С.65-68; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2021/dni-nauki-1-2021.pdf>

16. Сравнение компьютерной томографии с эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографией в диагностике и первые шаги в эндоскопической папиллосфинктеротомии [Текст] / С. Ш. Сапаров, С. А. Айтбаев, А. А. Абдиев и др. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии. Сборник материалов Международного научного форума Дни науки КГМА – 2021, «COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение». – 2021. – часть I. – С.111-113; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2021/dni-nauki-1-2021.pdf>

17. Коррекция синдрома воспалительной реакции при перитоните различного генеза [Текст] / А. А. Абдиев, М. Ж. Алиев, А. Ж. Акешов, К. Т. Туратбекова // Вестник Смоленской Государственной медицинской академии. - Смоленск, 2022. – Т.21. - №1. - С.118-125; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_48488810_24034707.pdf

18. Role of videolaparoscopy in the surgical treatment of hepatic cystic echinococcosis [Текст] / А. А. Абдиев, Б. Т. Токтогазиев, С. А. Айтбаев и др. // Biomedicine, 2022. - 42(6). – С. 1268-1271; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]:

https://www.researchgate.net/publication/366806152_Role_of_videolaparoscopy_in_the_surgical_treatment_of_hepatic_cystic_echinococcosis

19. Results of repeat operation for early adhesive intestinal obstruction [Текст] / А. А. Абдиев, Н. Н. Маматов, А. С. Токтосунов и др. // Biomedicine, 2022. - 42(6). – С. 1272-1274; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: <https://biomedicineonline.org/article/results-of-repeat-operation-for-early-adhesive-intestinal-obstruction/>

20. Повторные операции при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе [Текст] / А. А. Абдиев, С. Ш. Сапаров, А. С. Токтосунов и др. // Наука. Образование. Техника. - 2024.- №2.- С.152-157; То же [Электронный ресурс]. – [Режим доступа]: https://elibrary.ru/download/elibrary_67895167_26558816.pdf

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Абдиева Аллана Асыгалиевича на тему «Причины и результаты повторных операций при лапаротомных и лапароскопических вмешательствах в абдоминальной хирургии» представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

Ключевые слова: заболевания органов брюшной полости, осложнения, повторные операции, меры профилактики.

Цель исследования: повысить эффективность повторных операций в абдоминальной хирургии.

Объект исследования: 110 больных, которым выполнена повторная операция.

Предмет исследования: Клинические, лабораторные, инструментальные.

Полученные результаты и их новизна. Установлен характер осложнений: Желчеистечение (33,6%), кровотечение (22,7%), перитонит (18,2%), ранняя кишечная непроходимость (15,5%) и эвентрация (10,0%). Причиной осложнений явились: не полное обследование до операции и в момент ее выполнения, не учтение сопутствующих заболеваний. Повторные операции включали ликвидацию осложнений, санации брюшной полости и дренирование. Меры профилактики осложнений после повторной операции: использование озонированного раствора, применение регионарной антибиотиколимфоцитарной смеси, коррекцию синдрома системной воспалительной реакции и нутритивную поддержку. Все это позволило снизить осложнения с 44,1% до 22,3%, и летальность с 9,6 до 3,4%.

Область применения: хирургия.

14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасын алуу үчүн Абдиев Аллан Асыгалиевичтин “Абдоминалдык хирургиядагы лапаротомиялык жана лапароскопиялык кийлигишүүлөрдө кайра жасалган операциялардын себептери жана натыйжалары” аттуу темадагы диссертациялык ишинин

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: курсак көңдөйүнүн органдарынын оорулары, татаалдашуулар, кайра жасалган операциялар, алдын алуу чаралары.

Изилдөөнүн максаты: абдоминалдык хирургияда кайра жасалган операциялардын натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөөнүн предмети: кайра операция жасалган 110 бейтап.

Изилдөө предмети: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык

Алынган натыйжалар жана алардын жанылыгы: Татаалдашуунун мүнөзү аныкталды: өтгүн куюлушу (33,6%), кан кетүү (22,7%), перитонит (18,2%), ичегилердин эрте бүтөлүп калышы (15,5%) жана эвентация (10,0%). Татаалдашуунун себептери: операцияга чейин жана аны ишке ашыруу учурунда толук текшерүүдөн өткөрбөө, коштолгон ооруларды эсепке албоо эсептелет. Кайра жасалган операция татаалдашууларды, ич көңдөйүн санитардык тазалоону жана дренажды ичине камтыйт. Кайра жасалган операциядан кийин татаалдашууну алдын алуу чаралары: озондогон эритмени колдонуу, аймактык антибиотик-лимфоциттик аралашманы колдонуу, сезгенүү реакциясынын системалуу синдромун коррекциялоо жана нутритивдик колдоо. Мунун баары оорунун татаалдашуусун 44,1%дан 22,3%ке, өлүмдү 9,6%дан 3,4%га төмөндөтүүгө мүмкүндүк берди.

Колдонуу тармагы: хирургия.

SUMMARY

of the dissertation of Abdiev Allan Asygalievich on the topic "Causes and results of repeated operations during laparotomy and laparoscopic interventions in abdominal surgery" submitted for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 14.01.17 – surgery

Key words: diseases of the abdominal cavity, complications, repeated operations, preventive measures.

The purpose of the study: to increase the efficiency of repeated operations in abdominal surgery.

The object of the study: 110 patients who underwent repeated surgery.

Subject of research: Clinical, laboratory, instrumental. The results obtained and their novelty. The nature of complications was established: Bile discharge

(33.6%), bleeding (22.7%), peritonitis (18.2%), early intestinal obstruction (15.5%) and eventration (10.0%). The cause of the complications were: incomplete examination before and at the time of surgery, failure to take into account concomitant diseases. Repeated operations included the elimination of complications, abdominal rehabilitation and drainage. Measures to prevent complications after repeated surgery: the use of an ozonated solution, the use of a regional antibiotic-lymphocyte mixture, correction of systemic inflammatory reaction syndrome and nutritional support. All this reduced complications from 44.1% to 22.3%, and mortality from 9.6% to 3.4%.

Scope of application: surgery.