

**ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ  
В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**А.Ж. Акешов, У.Р. Айткулов, Е.Ж. Жолдошбеков**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** цель – дать анализ осложнений в экстренной абдоминальной хирургии. Представлена частота и характер осложнений у 103 больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний (холецистит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость, перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки). Из 103 больных у 24 возникли осложнения (23,3%). Чаще наблюдались раневые осложнения (у 14 из 24), плевриты у 4, абсцессы у 2, перитониты у 2 и острая легочно-сердечная недостаточность у 2. Умерло 4 (3,9%) от полиорганной недостаточности

**Ключевые слова:** острые заболевания органов брюшной полости, оперативное лечение, осложнения, летальность.

**ТЕЗ АТКАРЫЛУУЧУ АБДОМИНАЛДЫК ХИРУРГИЯДАГЫ КАБЫЛДООЛОРДУН  
МҮНӨЗҮ ЖАНА МЕЗГИЛДҮҮЛҮГҮ**

**А.Ж. Акешов, У.Р. Айткулов, Е.Ж. Жолдошбеков**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** максат – тез аткарылуучу абдоминалдык хирургиядагы кабылдоолорго талдоо жүргүзүү. Курч хирургиялык ооруларга (холецистит, кысылган чурку, курч мүнөздөгү ичегиден жин өтпөөчүлүк, ашказан менен он эки эли ичеги жарасынын перфорациясы) байланыштуу операция жасалган 103 бейтаптын ичинен 24ү (23,3%) оорунун кабылдоосуна чалдыгышкан. Көбүн эсе жарааткы кабылдоо (24 бейтаптын 14үндө) орун алган, 4 бейтап – плевритке, 2 бейтап – абсцеске (ириңдөө) жана 2 бейтап курч мүнөздөгү өпкө-жүрөк кемтиги даргына чалдыккан. Полиоргандык кемтиген улам 4 бейтап каза тапкан (3,9%).

**Негизги сөздөр:** ич көңдөй органдарынын курч мүнөздөгү оорулары, операция жолу менен дарылоо, оорунун кабылдоолору, леталдык учурлар.

**CHARACTER AND FREQUENCY OF COMPLICATIONS  
IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY**

**A.J. Akeshov, U.R. Aitkulov, E.Zh. Zholdoshbekov**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** the purpose – to give the analysis of complications in the emergency abdominal surgery. The frequency and nature of complications in 103 patients operated for acute surgical diseases (cholecystitis, strangulated hernia, acute intestinal obstruction, perforation of gastric and duodenal ulcers). Of 103 patients, 24 had complications (23.3%). More often there were wound complications (in 14 of 24), pleurisy in 4, abscesses in 2, peritonitis in 2 and acute pulmonary heart failure in 2. Died 4 (3.9%) of multiple organ failure

**Key words:** acute diseases of the abdominal cavity organs, surgical treatment, complications, lethality.

**Введение.** Повышение технического уровня оснащённости хирургических отделений, совершенствование анестезиологии и реаниматологии, использование современных методов диагностики, внедрение в практику все новых и новых антибиотиков позволили расширить диапазон хирургических операций в экстренной и плановой хирургии [1, 2], но, несмотря на эти достижения, послеоперационные осложнения остаются на высоком уровне. Причиной этому является по-

вышение заболеваемостью острыми хирургическими патологиями, немаловажное значение имеют сроки поступления больных в стационар [3, 4]. Большинство исследователей отмечают, что в последние годы увеличилось число больных, госпитализированных с деструктивными формами заболевания, кроме того отмечается существенное снижение реактивности организма, увеличилось количество микрофлоры с устойчивыми формами к антибиотикам, а также рост тех-

ногенных катастроф, военных конфликтов и террористических актов [6, 7, 8]. Использование мер профилактики способствует снижению осложнений, но до конца не решило проблему.

Наибольший удельный вес занимают раневые осложнения, которые ведут к увеличению сроков лечения и материальным затратам. Идут поиски все новых и новых мер профилактики, которые бы позволили снизить частоту осложнений в экстренной абдоминальной хирургии.

**Цель работы** – представить анализ осложнений в экстренной абдоминальной хирургии.

**Материал и методы исследования.**

Аналізу подвергнуты 103 истории болезни больных, оперированных в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. Из 103 больных женщин – 55, мужчин – 48, возраст их колебался от 18 до 93 лет, но большая часть больных была в возрасте старше 40 лет (56 из 103 – 54,4%). Характер заболеваний и сроки поступления даны в таблице №1.

Таблиц 1

Характер заболеваний и сроки поступления в стационар

Заболевания	всего		Из них поступили			
	Абс. ч.	%	До 6 ч.	6-12ч	12-24	24-72
Острый холецистит	77	74,7	12	25	19	21
Перфорация желудка и 12 п.к.	4	3,9	3	1	-	-
Кишечная непроходимость	6	5,8	4	1	1	-
Ущемление грыжи	8	7,8	4	2	2	-
Острый панкреатит	4	3,9	4	-	-	-
Проникающие ранения брюшной полости	4	3,9	4	-	-	-
итого	103		31	29	22	21
%		100,0	30,1	28,2	21,4	20,3

В разработку мы взяли больных с острым холециститом, перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, ущемлением грыж, острым панкреатитом и больных, которые были доставлены с проникающим ранением брюшной полости и провели анализ их сроков поступления в стационар. Мы не включали больных с острым аппендицитом, так как это будет предмет нашего специального исследования.

Наибольшее число больных было с острым холециститом, их удельный вес составил 74,7%, а сроки госпитализации до 6 часов поступило 12 из 103, от 6 до 12 часов – 25 и позже 3 суток с момента заболевания было 21 больной. Больные с перфоративной язвой поступили 4 больных, троя из них до 6 часов с момента заболевания и один позже 6 часов. Больные с кишечной непроходимостью и ущемлением грыж все поступили в сроки до суток, а с острым панкреатитом и проникающим ножевым ранением все в сроки до 6 часов. Пациентов с ущемлением грыж было по 3 наблюдения с послеоперационной вентральной грыжей и ущемлением диафрагмальной грыжи.

Все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием и все, кроме больных с острым холециститом, оперированы в первые часы поступления. Больные с острым холециститом с явлениями местного перитонита, наличием перивезикального абсцесса или инфильтратом оперированы в первые часы поступления с кратковременной предоперационной подготовкой (38 чел.), и остальные в течение первых двух суток.

В обследовании больных при поступлении выполняли общий анализ крови и мочи, ЭКГ, УЗИ и по показаниям обзорную рентгенографию брюшной полости (кишечная непроходимость, перфоративная язва). С целью профилактики осложнений больные получали антибиотики внутримышечно (гентамицин по 80 мг два раза в сутки или ампициллин по 500 тыс. единиц 4 раза в сутки), обезболивающие средства и инфузионную терапию.

Полученные результаты исследования обработали путем вычисления относительных величин (%).

**Результаты и их обсуждение.**

Все больные оперированы, типы операций и характер осложнений даны в таблице 2.

Таблица 2

Типы операций и характер осложнений

Тип операции	Всего	из них возникли осложнения							Всего
		кровотечение	желчеистечение	поддиафрагмальный абсцесс	перитонит	плеврит	нагноение раны	ПОН	
Холецистэктомия	77	1	1			1	1		4
Ушивание перфоративной язвы	4			1			1	1	3
Кишечная непроходимость	резекция петли	2					2		2
	рассечение спаек	4					1		1
Грыжесечение	пластика полипропиленовой сеткой	4				1	1		2
	ушивание диафрагмы	4				1	1	1	4
Некрэктомия и дренирование сальниковой сумки	4				1	1	1	1	4
Ушивание поврежденной петли кишечника	4			1			2	1	4
Итого всего	103	1	1	2	2	4	10	4	24/23,3%

\* ПОН – полиорганная недостаточность.

Анализ осложнений после операции показал, что во всех группах оперированных больных возникли осложнения. После холецистэктомии, выполненной по поводу деструктивной формы, осложнения имели место у 4 (5,2%), у одной возникло внутрибрюшное кровотечение, выполнена повторная операция, послеоперационный период протекал без осложнений. Еще у одной возникло желчеистечение, но повторная операция не потребовалась, желчеистечение постепенно уменьшилось и на 7 сутки прекратилось самостоятельно, по одному наблюдению отмечено нагноение раны и плеврит. После ушивания перфоративной язвы у одного возник поддиафрагмальный абсцесс, излеченный дренированием под контролем УЗИ и у одного – нагноение послеоперационной раны. После операции, выполненной по поводу кишечной непроходимости из 6 оперированных, осложнения в виде нагноения ран отмечено у 3 больных, у одного после рассечения спаек, и у двух после резекции кишечника.

При ущемлении вентральной послеоперационной грыжи у 4 использована полипропиленовая сетка, у одной после операции возник плеврит, излечен плевральными пункциями и еще у одного нагноение раны. После операции, выполненной по поводу ущемления диафрагмальной

грыжи, осложнения отмечены у всех оперированных, один из которых умер от развившейся полиорганной недостаточности.

Также у всех оперированных по поводу острого панкреатита, возникли осложнения, а у 4 оперированных по поводу проникающего ранения брюшной стенки с повреждением кишечника также послеоперационный период протекал с осложнением

Из числа осложнений наиболее часто отмечено нагноение операционной раны, плеврит осложнил течение послеоперационного периода у 4 больных, а другие осложнения были по 1-2 наблюдения. У большинства больных возникшие осложнения излечили до выписки из стационара, умерло 4 пациента.

При анализе умерших, которые погибли от возникшей полиорганной недостаточности, было отмечено, что все они пожилого и старческого возраста (74, 77, 87, 93 лет), до операции у всех выявлены сопутствующие заболевания: общий атеросклероз, КБС, гипертоническая болезнь, что представляло высокий риск операции. Так, один больной: поступил с перфоративной язвой желудка с уже развившимся разлитым перитонитом, с уже имевшей место пневмонией и легочной

недостаточности, в день операции умер от полиорганной недостаточности. Второй больной оперирован по поводу панкреонекроза, операция включала удаление некротических участков и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, состояние после операции оставалось тяжелым и несмотря на выполнение комплексной терапии он на 3 день умер от полиорганной недостаточности. Третий больной оперирован по поводу ножевого ранения брюшной полости с повреждением кишечника, после операции умер через 3 часа, не приходя в сознание, выполнение реанимационных мер не имело успеха. И четвертый больной, 93 лет оперирован по поводу ущемления диафрагмальной грыжи пищеводного отверстия, ему была произведена лапаротомия, низведение органов брюшной полости и пластика диафрагмы. Он поступил в клинику с явлениями легочно-сердечной недостаточности, после операции состояние оставалось тяжелым и несмотря на проведенное лечение он умер на 3 сутки после операции.

Анализ случаев летальности показал, что у лиц пожилого и старческого возраста при возникновении острых хирургических заболеваний имеется высокий риск операции. Полученные результаты лечения больных с острыми заболеваниями показали, что необходимо усилить меры профилактики осложнений и пересмотреть подходы к оперативному лечению пожилых больных и ведение их после операции. Этому вопросу и будут посвящены наши дальнейшие исследования.

**Выводы:**

1. После неотложных операций при заболеваниях и травмах органов брюшной полости частота осложнений составила 23,3%, а летальность 3,9%.
2. Для повышения эффективности оперативного лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо усилить меры профилактики, которые позволят снизить частоту осложнений и летальность.

**Литература**

1. Белокрицкий, Д.В. роль некоторых факторов в неспецифической резистентности в возникновении частых послеоперационных осложнений [Текст] / Д.В. Белокрицкий, И.И. Кудряшова, Н.Г. Смирнов // М. ст. науч. тр. – 2003. – С. 7-9.
2. Гостищев, В.К. Инфекции в хирургии [Текст] / В.К. Гостищев. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 768 с
3. Семина, Н.А. Внутрибольничная инфекция как проблема биобезопасности [Текст] / Н.А. Семина // Вестник Российской академии наук. М. – 2012. - №10. – С. 48-50
4. Мусаев, А.И. Профилактика раневых осложнений в хирургии и оперативной гинекологии [Текст] / А.И. Мусаев, Ж. Мамасали уулу, Н.А. Мусаева // Бишкек: Кут Бер. – 2015. – 119 с.
5. Левин, Ю.М. Лимфотропная антибиотикотерапия [Текст] / Ю.М. Левин, В.М. Буянов, К.Ю. Данилов // Хирургия. – 1987. - №1. – С. 72-75.
6. Привольнев, В.В. Основные принципы местного лечения ран и раневой инфекции [Текст] / В.В. Привольнев, Е.В. Каракулин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия – 2011. – Том 13, №3. – С. 214-222.
7. Goldman, D.A. Strategies to prevent and control the emergence and spread of antimicrobial – resistant microorganisms in hospital [Text] / D.A. Goldman // JAMA. – 2006. - #3. – P. 234-240.