

УДК: 617-001.031/14-082

## Объективизация эффективности санационной релапаротомии у больных с осложненной язвенной болезнью

Муратов А.А., Туйбаев З.А., Мадалиев Т.Т., Камчиев К.А., Закирбай уулу А.  
Ошская городская клиническая больница, кафедра общей хирургии  
Ошского государственного университета, г.Ош

**Аннотация.** Изложены результаты объективизации эффективности санационной релапаротомии (СРЛ) при послеоперационном перитоните (ПП) у 15 оперированных больных с осложненной язвенной болезнью (ОЯБ) на базе ретроспективных когортных исследований. Большинство больных подвергнуты СРЛ в сроки больше 72 часов с момента первичной лапаротомии. Указаны различные методы дренирования, санации брюшной полости, реконструктивных оперативных вмешательств, ушивания лапаротомной раны. Показана достаточно высокая степень влияния полиорганной недостаточности с устойчивой связью и сопряженностью на отрицательный исход патологии, нежели другой фактор риска, каковым является преклонный возраст больных.

**Ключевые слова:** Санационная релапаротомия (СРЛ), послеоперационный перитонит (ПП), осложненная язвенная болезнь (ОЯБ), полиорганная недостаточность, лапаротомная рана.

## The objective assessment of the effectiveness of sanitation relaparotomy in patients with complicated peptic ulcer disease

Muratov A. A., Tuymbaev Z. A., Madaliev T. T., Kamchiev K. A., Sakirbay uulu A.  
Osh city clinical hospital, Department of General surgery, Osh state University, Osh city

**Annotation.** The results of objectification of the effectiveness of rehabilitation relaparotomy (CPL) in postoperative peritonitis (PP) in 15 operated patients with complicated peptic ulcer disease (NSA) on the basis of retrospective cohort studies are presented. Most patients were subjected to CPL in terms of more than 72 hours from the moment of primary laparotomy. Various methods of drainage, sanitation of the abdominal cavity, reconstructive surgery, suturing of the laparotomic wound are indicated. A sufficiently high degree of influence of multi-organ failure with stable coupling and conjugation on the negative outcome of the pathology is shown, rather than another risk factor, which is the advanced age of patients.

**Keywords:** Rehabilitation relaparotomy (RRL), postoperative peritonitis (PP), complicated peptic ulcer disease (CPUD), multiple organ failure, laparotomy wound.

**DOI:** 10.5281/zenodo.3271124

Изучены результаты систематического анализа акцентируемых технологий доступа, ревизии, оперативного приема, санации и дренирования брюшной полости при СРЛ у 15 больных с ПП, причиной которого была ОЯБ. Из них мужчин было 14, женщин – 1. Большинство больных (60%) подвергнуты СРЛ в сроки больше 72 часов с момента первичной лапаротомии.

Анализ включал и результаты целевого интервьюирования хирургов, привлеченных к СРЛ.

Анализ показывает, что, как и при другой патологии, при ОЯБ ведущей причиной релапаротомии является недостаточная санация брюшной полости во время первой операции (резекция желудка – 11, ушивание перфоративной язвы – 4). Поэтому для больных с ОЯБ представляется целесообразным усовершенствование техники санации брюшной полости с целью предупреждения ПП.

Наиболее часто используются силиконовые трубки различного диаметра с множеством боковых отверстий. Подобные дренажи вводятся в отлогие области брюшной полости (малый таз, боковые каналы, поддиафрагмальные и подпеченочные пространства). Удаление экссудата при этом

производится пассивно за счет разности давления между брюшной полостью и окружающей средой. Поэтому трубчатые дренажи должны вводиться в брюшную полость через боковую стенку живота, что обеспечивает лучшие условия для отведения экссудата путем самотека (рис.1).

Более эффективно трубчатые дренажи можно использовать, если создать систему сообщающихся сосудов: брюшная полость (первый сосуд) и склянка вместимостью 400-500 мл (второй сосуд) соединены силиконовой трубкой. В склянку заливается (50-100 мл) раствор антисептика, и она помещается ниже уровня больного на 30-50 см.

Трубка заполняется раствором антисептика, и наружный конец ее помещается в склянку обязательно в раствор антисептика. Таким образом создается система сифона и градиент в 300-400 мм вод. ст. обеспечивает разряжение, создает условия для активной аспирации экссудата из брюшной полости (рис.1).

Сущность закрытого лаважа брюшной полости заключается в том, что в послеоперационном периоде в течение 2-5 дней непрерывно промывается определенная зона брюшной полости с

одновременным удалением диализной жидкости. Диализная жидкость вводится в брюшную полость через тонкую трубочку, открывающуюся на дистальном конце дренажа. Последняя орошает

(промывает) определенную зону брюшной полости, а затем через боковые отверстия наружной трубки поступает внутрь дренажа и самотеком оттекает наружу.

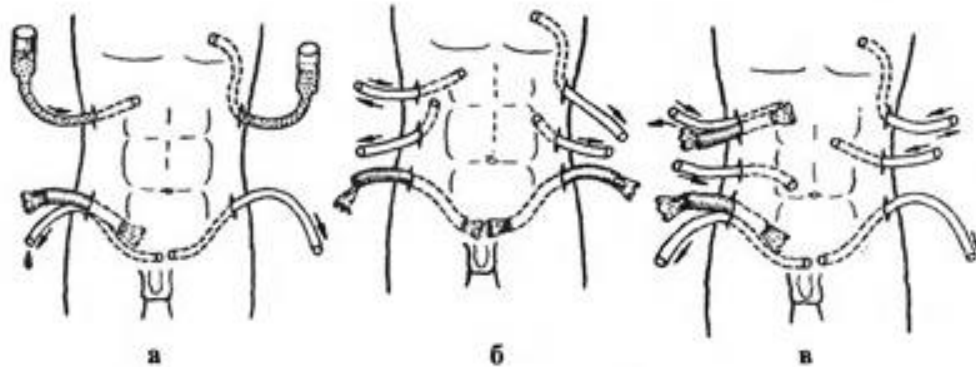


Рис.1. Варианты дренирования брюшной полости при ПП: а) активное дренирование для лаважа брюшной полости; б) пассивный дренаж брюшной полости для отток экссудата из брюшной полости самотеком; в) резиново-трубчатые дренажи брюшной полости

Зона орошения брюшной полости при регионарном лаваже зависит от местоположения дистального конца дренажа и расстояния между отверстиями для введения и отведения жидкости. Диаметр орошения определяется расстоянием между концом дренажа и первым от него отверстием на боковой стенке дренажной трубки. Так, при расстоянии 4 см диаметр орошения составляет 6-8 см, при 6 см — 8-10 см, при 8 см — 10-12 см.

Поскольку при регионарном лаваже объем диализирующего раствора небольшой, то возможно использование в течение 2-3 дней раствора фурацилина или изотонического раствора натрия хлорида, в который добавляются химические или биологические антисептики.

Ссылаясь на собственный опыт ведения больных с ОЯБ, хотелось бы отметить то, что у 6 из 15 больных в послеоперационном периоде (резекция желудка — 5, перфоративная язва — 1) имело место так называемое стерильное расхождение швов на 5-7-е послеоперационные сутки. Этому осложнению предшествовало появление на повязке небольшого количества кровянистого отделяемого. По мнению хирургов, имеющих опыт СРЛ такое раневое отделяемое свидетельствует о том, что глубокие слои раны уже разошлись и внутренности удерживает лишь кожные швы.

Стерильное расхождение швов во многих случаях объясняется не плохой техникой их наложения, не ранним вставанием больного, а недостаточной регенерационной способностью тканей в результате белковой недостаточности, что характерно для язвенных больных.

Однако, в нашем случае у 4 из 6 больных с расхождением лапаротомных швов имело место вялотекущий отграниченный перитонит. Хирурги, имеющие опыт релапаротомий рекомендуют ушивать лапаротомную рану с резиновыми патрубками с помощью которых стягиваются края лапаротомной раны после иссечения краев раны (рис.2).

Контроль за источником инфекции часто заключается в простой процедуре — иссечение ушитой перфоративной язвы, что имело место в 4-х

случаях. Иногда для удаления фокуса инфекции требуется больший объем повторного вмешательства. В частности, при резекции желудка, ре-резекция культи желудка (4 случая) либо наложение реконструктивного У-образного анастомоза (5 случаев).

Зачастую повторная операция после резекции желудка носит вынужденный реконструктивный характер. Безусловно, любая реконструкция в этой области на фоне ПП чревата осложнениями. Однако, в целях адекватного восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта были выполнены операции реконструктивного характера. В частности, у 1 больного была выполнена дегастроэнтеростомия, резекция петли тощей кишки, ре-резекция желудка по Бальфуру. У другого больного ре-резекция тощей кишки после выполнения операции по дегастроэнтеростомии и ушивания отверстия в тощей и поперечно-ободочной кишке. У 2-х больных была выполнена ре-резекция культи желудка с наложением У-образного анастомоза.

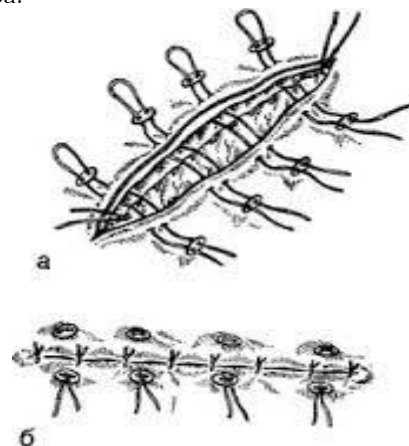


Рис.2. Ушивание лапаротомной раны при СРЛ

Хирурги, имеющие опыт СРЛ утверждают, что выбор оперативного приема - формирование нового анастомоза между культей желудка и тонким кишечником - зависит от источника инфекции, степени воспаления брюшины, а также тяжести состояния

больного. Какой бы объем операции не выполнен во время СРЛ, проведение назолеональной интубации у больных в течение 3-5 послеоперационных суток является обязательной. Все без исключения хирурги отдают предпочтение дренажам с активной аспирацией.

Хирурги, имеющие большой опыт СРЛ считают, что само по себе факт дренирования брюшной полости при ПП зачастую создаёт фальшивое чувство надежности и страховки, так как многие клиницисты на основании того, что дренажи, размещенные во всех отлогах местах, иногда оказываются неэффективными. Они также считают, что до сих пор противоречива роль послеоперационного перитонеального лаважа через такие дренажные трубки.

Аутопсия больных, у которых применялся перитонеальный диализ, показывает, что дренажи, как правило, изолируются от брюшной полости спайками и прилегающими органами, а во время диализа промывается лишь ограниченный канал — ложе дренажа (рис.3). Такой случай мы наблюдали у 2-х больных во время аутопсии.

С целью создания широкого, длительно существующего, раневого канала, дающего свободный отток содержимого, отграничения гнойно-некротических очагов от свободной брюшной полости, возможности каких-либо манипуляций с дренажами, включая их замену, как считают хирурги, имеющие опыт СРЛ, возможно при использовании широких перчаточных полосок, сопровождающих эти дренажи.

Большую проблему представляет закрытие релапаротомической раны. Ткани операционной раны становятся ломкими, отдельные слои слипаются. В этой связи, хирурги, имеющие опыт повторных вмешательств, рекомендуют не стремиться обязательно послойному закрытию раны, ибо в таком случае швы легко прорезаются. Вместо этого слои раны следует прошивать швами по Данати, нити же завя-

зываются над двумя резиновыми трубочками. Такие сквозные прошивные швы удаляются только через 12-14 дней после операции. Такая технология закрытия раны применена у 7 из 15 оперированных больных.

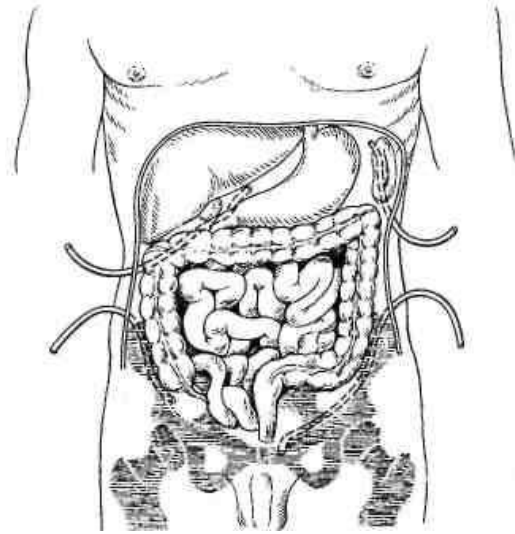


Рис.3. Схема размещения дренажей и процесса их экстеризации

Таким образом имеется зависимость и сопряженность профессиональной квалификации хирурга с конечным благополучным результатом СРЛ. В этих условиях, сила влияния полиорганной недостаточности на отрицательный исход патологии достаточно высокий, причем, с устойчивой связью и сопряженностью.

Влияние полиорганной недостаточности на возрастание шансов неблагоприятного исхода более выражена, нежели другой фактор риска, каковым является преклонный возраст больных.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

#### Литература:

1. АСКЕРХАНОВ Г.Р., ГУСЕЙНОВ А.Г., ЗАГИРОВ У.З., СУЛТАНОВ Ш.А. Программированная релапаротомия при перитоните // Хирургия. - 2000. - №8. - С.20-23.
2. АШИМОВ И.А., ЧАПЫЕВ М.Б., ТУЙБАЕВ З.А. и др. Сравнительные результаты вынужденных и программированных релапаротомий // Медицина и экология. — 2010. - №1 (54). — С.60-64.
3. ГАРАЕВ В.Н. ШАКИРОВ М.И. Пути повышения эффективности ушивания лапаротомных ран в профилактике инфекционных осложнений // В кн.: Актуальные вопросы хирургии / Сборник научно-практических работ, посвященный 90-летию кафедры общей хирургии РостГМУ. - Ростов-на Дону, 2006.- С.174-176.
4. ГЛАБАЙ В.П., ШАРОВ А.И., АБРАМОВ А.А. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости // Медицинский академический журнал. - 2003. — Том 3, №2. — С.28-29.
5. КЕРИМАЛИЕВ Т.К. Профилактика осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.27. — Бишкек, 2006. — 21 с.
6. КИЖАЕВА Е.С., ЗАКС И.О. Полиорганная недостаточность в интенсивной терапии // Вестник интенсивной терапии. - 2004. - №3. - С. 14-18.
7. КРИГЕР А.Г., ШУРКАЛИН Б.К., ГЛУШКОВ П.С. и др. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Хирургия. - 2003. - №8. - С. 19-23.
8. РЫСБЕКОВ М.Т. Комплексная оперативно-техническая профилактика постгастрорезекционных расстройств при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.27. — Бишкек, 2007. — 22 с.
9. ТУЙБАЕВ З.А., ЫДЫРЫСОВ И.Т., АШИМОВ Ж.И. Релапаротомии: понятия, сроки и значения // Хирургия Кыргызстана. — 2009. - №3. — С.114-118.

10. ФЕДОРОВ А.В., САЖИН А.В. Внутривентрикулярные послеоперационные осложнения: релапаротомия или релапароскопия // В кн.: Новые технологии в хирургии / Мат. Междунар. хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С.143.
11. БЫДЫРЫСОВ И.Т. Анализ причин и сравнительная оценка результатов вынужденной и спланированной ре- и релапаротомии // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Бишкек, 2010. – 28 с.
12. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.
13. MARSHALL J.C., INNES M., DELLINGER R.P. To review the biologic characteristics of, and management approaches to, intra-abdominal infection in the critically ill patient // Crit. Care Med. - 2003. - V.31. – N.8. - P.2228-2237.
14. MCNELIS J., MARINI C., KALIMI R. et al. A comparison of predictive outcomes of APACHE II and SAPS II in a surgical intensive care unit // Am. J. Med. Qual. - 2001. - V.16. – N.5. - P.161-165.

#### Literature:

1. ASKERKHOV G. R., GUSEYNOV A. G., ZAGIROV U. Z. SULTANOV, SH. A. Programmed relaparotomy in peritonitis // Khirurgiya. - 2000. - №8. - P. 20-23.
2. ASHIMOV I. A., M. B. CHAPIEV, TUYBAEV Z.A. et al. Comparative results of internally and programmed relaparotomies // Medicine and ecology. – 2010. - №1 (54). – P. 60-64.
3. GARAYEV V. N. SHAKIROV M. I. Ways of increase of efficiency of closure of laparotomy wounds in the prevention of infectious complications // In the book.: Topical issues of surgery / Collection of scientific and practical works dedicated to the 90th anniversary of the Department of General surgery of Rostsmu. - Rostov-on don, 2006.- P. 174-176.
4. GLABAY V. P., SHAROV A. I., ABRAMOV, A. A. Relaparotomy after emergency operations on the organs of abdominal cavity // Medical academic journal. - 2003. – Volume 3, No. 2. – P. 28-29.
5. KERIMALIEV T.K. Because Prevention of complications after emergency operations on the organs of abdominal cavity // Avtoref. Diss. ... kand. honey. sciences'. 14.00.27. – Bishkek, 2006. – 21 p.
6. KIYAEVA E. S., ZAKS I. O. multiple Organ failure in the intensive therapy // Bulletin of intensive therapy. - 2004. - №3. - P. 14-18.
7. KRIGER A. G., SHURKALIN B. K., GLUSHKOV P. S. et al. Diagnosis and treatment of postoperative intra-abdominal complications // Surgery. - 2003. - №8. - P. 19-23.
8. RYSBEKOV M.T. Comprehensive operational and technical prevention of postgastroectomy disorders in patients with complicated ulcer disease of stomach and duodenal ulcers // author. dis. ... kand. honey. sciences'. 14.00.27. – Bishkek, 2007. – 22 p.
9. TUYBAEV Z. A., YDYRYSOV I. T. ASHIMOV J. I. Relaparotomy: concepts, terms and values // Surgery Kyrgyzstan. – 2009. - №3. – P. 114-118.
10. FEDOROV A.V., SAZHIN A. V. Intra-Abdominal postoperative complications, relaparotomy or relaparoscopy // In the book.: New technologies in surgery / Mat. International. surgical Congress. – Rostov-on-don, 2005. – P. 143.
11. YDYRYSOV I. T. Analysis of causes and comparative evaluation of the results of forced and planned re - and relaparotomy // Avtoref. dis... kand. honey. sciences'. – Bishkek, 2010. – 28 p.
12. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.
13. MARSHALL J.C., INNES M., DELLINGER R.P. To review the biologic characteristics of, and management approaches to, intra-abdominal infection in the critically ill patient // Crit. Care Med. - 2003. - V.31. – N.8. - P.2228-2237.
14. MCNELIS J., MARINI C., KALIMI R. et al. A comparison of predictive outcomes of APACHE II and SAPS II in a surgical intensive care unit // Am. J. Med. Qual. - 2001. - V.16. – N.5. - P.161-165.