

УДК 616.381-002.3-06-089.84

**С.М. АБУОВ\*<sup>1</sup>, Н.А. ЖАНТАЛИНОВА<sup>1</sup>, Г.Қ. БОСЫНБЕК<sup>1</sup>,  
А.Е. БЕКТЕМІР<sup>1</sup>, Р.М. АЙТЕЛІ<sup>1</sup>, Т.Р. ҚОНАҚБАЕВ<sup>1</sup>, Ж.С. ТАЙПАКОВА<sup>1</sup>,  
Ж.А. БИМЕНДЕ<sup>1</sup>, С.С.ҚАЙЫМОВ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ұлттық медицина университеті, к. Алматы, Қазақстан

## ХИРУРГИЯДАҒЫ РЕЛАПАРОТОМИЯЛАРДЫҢ СЕБЕПТІК ФАКТОРЛАРЫ

### ТҮЙІНДІ

Медицинаның дамуына, жаңа технологиялардың енгізілуіне қарамастан релапаротомия мәселесінің өзектілігі жоғары болып қалуда, әсіресе шұғыл хирургияда. Құрсақ қуысына жасалатын жалпы хирургиялық араласулар арасында релапаротомияның кездесу жиілігі 0,5-7% аралығында кездеседі. Релапаротомиядан кейінгі өлім көрсеткішінің деңгейі әлі күнге дейін жоғары болып қалуда және 23,6 - 71,2% арасында ауытқиды. Ұсынылған бақылауларды негізге алып, релапаротомиялар талаптарға сәйкес 16(84,2%), «бағдарлама бойынша» 3(15,8%) орындалды. 6(31,6%) жағдайда анастомоздың және ойық жараның тігілген жерінің ыдырап кетуінің орын алғаны анықталды. 6 (31,6%) науқаста қайта операция жасаудың себебі – жаңа аурудың пайда болуы (3 науқаста ішектің жіті пайда болған ойық жарасы тесілген, 3 науқаста – ерте дамыған ішек жабыспасы салдарынан ішегі түйілген). 3(15,8 %) жағдайда негізгі патологияның үдеуі байқалған (шажырқай қан тамырларының тромбозы). Ал 2 (10,5%) жағдайда тактикалық қателік жіберіліп, бірінші жасалған операцияның көлемі дұрыс анықталмаған, 1(5,3) науқаста іш қуысындағы асқынусыз ішек эвентерациясы анықталған және 1 (5,3%) науқаста гипердиагностика салдарынан релапаротомия негізсіз жасалған. 3 (15,8%) өліммен аяқталды, 16 (84,2%) сауығып, оның ішінде 1 жағдайда өздігімен жабылған ащыішек жыланкөзі қалыптасты.

**Кілт сөздер:** релапаротомия, хирургиялық әрекет, ішек жарасы, гипердиагностика.

Ауруды анықтаудың заманауи әдістерінің қолданысқа енгізілгеніне, науқасты жүргізу тактикасымен ем алгоритмдері өңделгеніне қарамастан, операциядан, әсіресе жедел операциядан кейін ерте дамитын ішқуысы асқынуларының қаупі әлі күнге дейін жоғары деңгейде. Осыған байланысты хирургтың күнделікті тәжірибесіндегі ең күрделі сәттердің бірі – операциядан кейін ерте кезеңде дамыған ішқуысы жағынан асқину пайда болған жағдайда қайтадан операция жасау туралы шешім қабылдау.[1]

Релапаротомиялардың жиілігі іш қуысы ағзаларына жүргізілген хирургиялық емнің жалпы санынан 0,5-7% құрайды. Релапаротомиядан кейінгі өлім көрсеткішінің деңгейі әлі күнге дейін жоғары болып қалуда және 23,6 - 71,2% арасында ауытқиды. Бұның себебі - дамыған асқинуды уақытылы анықтау қиындықтарымен және моральді-психологиялық аспектілермен байланысты. Соның нәтижесінде абдоминальді асқинулар салдарынан жасалатын релапаротомиялардың 30-72% кеш және жиі негізсіз жасалады. [2,3].

Релапаротомия жасау қажеттігінің себептері көптеген факторларға байланысты: біріншіден операцияға себеп болған аурудың асқинулы ағымды болуы, бірінші аурумен қосарланып басқа бір жедел аурудың пайда болуы, бірінші рет операция жасау барысында симультанды операция жасау мүмкіндігі болмаған соң қоса емделмеген жанасқан аурудың асқинуы, операция барысында жіберілген техникалық және тактикалық қателіктер.[4] Қайта операция жасаудың негізгі көрсеткіштері - іш қуысы жағынан дамыған келесі асқинулар: анастомоздың немесе ойық жараның тігілген

жерінің ыдырап кетуіне байланысты немесе асқазан-ішек жолының жіті пайда болған ойық жараларының тесілуі салдарынан жайылмалы немесе шектелген перитониттің дамуы, ерте дамыған ішек жабыспасы салдарынан ішектің түйілуі, іш қуысы ішілік абсцестердің пайда болуы, эвентерация, ішек жыланкөздері, қан кету. Жоғарыда аталған себептердің ішінде бірінші орында перитонит тұр және де оның үлесіне іш қуысы ағзаларына қайта жасалған операциялардың 46 - 75,1% келеді.[5,6].

В.П. Петров және авт. (1994) мәліметтері бойынша асқазанға жасалған операциялардан кейін пайда болатын және релапаротомияны қажеттетін ішқуысы асқынулары кезінде 26,0% жағдайда диагностикалық, тактикалық және техникалық қателіктер жіберілген, тіпті релапаротомия жасау барысында өзінде де. Алайда, қайта операция жасауды қажеттетін асқынулар жіберілген хирургиялық қателіктер мен ғана байланысты емес. Релапаротомия жасау қажеттігі тіпті еш бір техникалық мінсіз жасалған операциядан кейінде пайда болуы мүмкін.[7,8]

Операциядан кейінгі ерте пайда болған асқинуды уақытылы анықтаудың қиындығы оның клиникалық көрінісінің айқын болмауымен байланысты, өйткені асқину қарқынды ем жүргізу фонында дамиды. Пайда болған асқинуды уақытылы анықтап, оған уақытылы қайталап операция жасалса ғана ем сәтті болуы мүмкін. Мәселені шешудің бір жолы – клиникалық тәжірибеде жасалған әрбір релапаротомияға мұқият сараптама жүргізу және операциядан кейін ерте пайда болатын асқынулардың алдын алу. [9]

\* sapar66kz@mail.ru

**Зерттеу мақсаты.** релапаротомияларға сараптама жүргізу нәтижесінде олардың себептерін анықтап алдын алу жолдарын нұсқау.

**Материал және әдістер.** Біз 2 жыл ішінде жасалған 19 релапаротомияға жанжақты сараптама жүргіздік. Жедел түрде жасалған барлық операциялардың ішіндегі жиілігі 0,82% тең болды. Еркектер саны 11 (57,9%), әйелдер саны - 8 (42,1%). Науқастардың орта жасы - 41 жас. Релапаротомиядан кейінгі орташа төсек-орын күні - 17,5. Ауруханаға келіп түсу мерзімі: ауру басталған соң 12 сағатқа дейін 9 науқас (47,3%), 24 сағатқа дейін - 6 (31,6%) науқас және 72 сағатқа дейін - 4 (21,1%) науқас.

Релапаротомия жасау мерзімі: 3 науқаста 1 тәуліктен кейін, 9 науқаста - 3 тәуліктен соң, 7 науқаста - 4 тәуліктен соң.

Ауруханаға жедел абдоминальді патологиямен 15 (78,9%) науқас жатқызылып, операция жасалды, ал 4 (21,1%) іш қуысы ағзаларының жарақатымен келіп түсті. Бірінші операция жасалған соң асқынуларды ерте анықтау мақсатында келесі зерттеу әдістері қосымша қолданылды: іш қуысын УД зерттеу, КТ, ЭФГДС, минилапаротомия.

**Зерттеу нәтижелері.** Материалды сараптау нәтижесі бойынша, релапаротомияның көбі, яғни 16 (84,2%), талаптарға сәйкес жасалған және 3 (15,8%) релапаротомия «бағдарлама бойынша» жасалған. Аталған 16 жағдайда бірінші операциядан кейін бағдарламалы түрде лапаросанация жасауға көрсеткіштер болмаған, сондықтан операция іш қуысына бақылау түтікшесін қалдырып, операция жасау орнын тегістеп тігумен аяқталған. Ал 3 жағдайда бағдарламалы түрде лапаросанация жасау көрсеткіштері - науқастардың медициналық көмекке кеш жүгініп, бірінші операция кезінде ішек арасындағы көптеген абсцесстер мен жайылмалы перитониттің анықталуы. Бұл жағдайда перитониттің себебі жойылса да, іш қуысына бір рет санация жүргізу жеткіліксіз болады.

Қайталап операция жасау себептерін зерттегенде 6 (31,6%) жағдайда анастомоздың және ойық жараның тігілген жерінің ыдырап кетуінің орын алғаны анықталды. Ал 6 (31,6%) науқаста қайта операция жасаудың себебі - жаңа аурудың пайда болуы (3 науқаста ішектің жіті пайда болған ойық жарасы тесілген, 3 науқаста - ерте дамыған ішек жабыспасы салдарынан ішегі түйілген). Тағы 3 (15,8%) жағдайда негізгі патологияның үдеуі байқалған (шажырқай қан тамырларының тромбозы). 2 (10,5%) жағдайда тактикалық қателік жіберіліп, бірінші жасалған операцияның көлемі дұрыс анықталмаған, 1 (5,3) науқаста іш қуысындағы асқынусыз ішек эвентерациясы анықталған және 1 (5,3%) науқаста гипердиагностика салдарынан релапаротомия негізсіз жасалған.

Қайта операция жасауға себеп болған техникалық кемшіліктер тобына ішекке салынған анастомоз тігістерінің ыдырауын, 12-елі ішек пен ащы ішектің ойық жарасы тігісінің ыдырауын, соқыр ішекке салынған тігістің ыдырауын (1 жағдайда орын алды) жатқыздық. Осының салдарынан оң жақ мықын тұсында абсцесс пайда болып, жамбас қуысына қарай тараған.

Екінші топта операциядан кейінгі ерте кезеңде жедел патология (жаңа ауру) дамыған науқастар жинақталды: асқазан мен 12-елі ішектің жіті пайда болған ойық жараларынан консервативті ем әдістерінің жүргізілгеніне қарамастан қайтадан қан кету, ащы ішектің жіті пайда болған ойық жарасының тесілуі, ішек жабыспасы салдарынан ащы ішектің жіті түйілуі. Аталған себептерге байланысты операциядан кейінгі 3 күн ішінде науқастарға жансақтау бөлімінде асқазан-ішек жолының жоғарғы бөліктерінде жіті пайда болған ойық жаралардан қан кетудің алдын алу мақсатында Н2 блокаторларды (фамотидин) тағайындау 2 науқаста нәтиже бермей, қан кету байқалды.

2 жағдайда тактикалық қателік орын алған: асқазанда алып ойық жарасы бар және одан қан кетумен асқынған 1 науқаста операция кезінде ойық жарасы тігіліп қана қойылған. 4 тәуліктен соң тігілген ойық жарадан қайтадан қан кеткен. Пышақпен ішін тесіп өткен жарақат алған 1 науқасқа лапаротомия жасалған, алайда екінші тәулікте оның бүйрегі жарақаттанғаны анықталды.

1 жағдайда іш қуысындағы асқынусыз ішек эвентерациясы анықталды. 1 жағдайда релапаротомияға кеңейтілген көрсеткіш анықталды, өйткені қолданылған қосымша зерттеу әдістеріне қарамастан, күдік болды, сондықтан қайтадан операция жасау керек деген шешім қабылданды.

Өкпенің жасанды вентиляциясы ұзартылған 3 науқаста операциядан кейінгі асқынуды анықтау ерекше қиындық тудырған. Бұл науқастарда интоксикация белгілері сақталғанмен, айқын клиникалық-зертханалық мәліметтер болмады, ал ультрадыбыспен зерттеу нәтижесі күмәнді сөйілтпеді. Сондықтан минилапаротомия жасалды: операциядан кейінгі жарадан 2-3 тігіс шешіліп, іш қуысында іріңді экссудаттың бар-жоқтығы тінту катетері немесе тупфердің көмегімен тексерілді. Бір жағдайда ащы ішектің тесілгені анықталып, науқасқа релапаротомия жасалды. Ал 2 жағдайда іште іріңді экссудаттың болғаны анықталды.

Сарапталып отырған науқастардың ішінде 3 (15,8%) қайтыс болған, 16 (84,2%) аурудан сауыққан, олардың біреуінің ащы ішегінде жыланкөз түзіліп, ол операциядан кейінгі жараға ашылған, бірақ үрдіс шектеулі болғандықтан, қайтадан операция жасау қажеттілігі болмады да, жыланкөз консервативті ем нәтижесінде 13 тәуліктен соң жабылды.

**Кесте 1.** Релапаротомияның болжам индексін есептеуде қолданылатын критерийлер

Критерийлер	Балл
Бірінші операцияны жедел көрсеткіштер бойынша жасау	
Тыныс алу жетіспеушілігі	
Бүйрек жетіспеушілігі	
Ішектің парезі (операциядан кейін 72 сағаттан соң)	
Іштің ауыруы (операциядан кейін 48 сағаттан соң)	
Операция жасалған тұста инфекциялық асқынулардың дамуы	
Есінен тану	
Операциядан кейін 48 сағаттан соң пайда болған патологиялық симптомдар	

**Кесте 2.** Релапаротомияның болжам индексіне (РБИ) сәйкес қайта операция жасау жиілігі

РБИ, баллдар	Релапаротомия жиілігі, %
< 10	8,7
11-12	40
13-14	90
> 15	100

Операциядан кейін дамитын перитонитті клиникалық анықтау әрқашан едәуір қиындықтар тудырады, өйткені ол бірінші операция жасаудың себебі болған, әлі де толық жазылмаған бастапқы перитонит фонында дамиды. Аурудың клиникалық белгілері айқын болмайды және жиі жағдайда іш қуысында дамып жатқан апаттың белгілері мардымсыз болады. Алайда, жүргізіліп отырған қарқынды емге қарамастан 3 тәулік бойы интоксикация белгілерінің сақталуы немесе үдеуі дәрігерді алаңдатуы тиіс. Науқастың жағдайын мұқият бақылау арқасында және аурудың кейбір белгілерін анықтау арқылы ғана операциядан кейінгі асқынудың дамығанына күдіктеніп, кейін оны дәлелдеуге болады. Осыған байланысты клиникалық тәжірибеде перитониты бар науқастардың жағдайының ауырлығын бағалау үшін болжам интегралды межелерді қолдану қажеттігі туындайды. Біз өз тәжірибемізде J.F. Pusaño (1993) бастаған аргентиналық хирургтар ұсынған релапаротомияның болжам индексін (РБИ) қолдандық.

Сараптап отырған 19 релапаротомия жағдайында РБИ төмендегідей болды: 11 (57,9%) науқаста 10 баллға дейін, 3 (15,8%) науқаста - 11-12 балл, 1 (5,3%) науқаста - 13-14 балл және 1 (5,3%) науқаста - 15 баллдан астам. Алынған мәліметтерге сәйкес, РБИ 10 баллға дейін Релапаротомияның болжам индексіне (РБИ) сәй-

кес қайта операция жасау жиілігі РБИ, баллдар Релапаротомия жиілігі, % < 10 8,7 11-12 40 13-14 90 > 15 100 болған 11 науқаста релапаротомия жиілігі басынан бастап ең төмен деңгейде болуы тиіс. Бірақ, біздің мәліметтерге сәйкес, бұл науқастарға қайта операция жасаудың себептері - жіберілген техникалық және тактикалық кемшіліктер мен іш қуысы ағзаларының қайтадан дамыған жедел патологиясы (жіті дамыған ойық жаралардан қан кету, ішектің түйілуі).

**Қорытынды.** Сонымен, операциядан кейін ерте дамитын асқынулардың алдын алу, дұрыс таңдалған ем тактикасы, операция көлемі және операцияны мұқият жасау операциядан кейін ерте дамитын асқынулардың қаупін едәуір төмендетеді. Асқину дамыған жағдайларда оларды уақытылы анықтап, уақытылы релапаротомия жасау ғана емнің сәтті аяқталуына әкеледі. Қиындық тудырған клиникалық жағдайларда және күмәнді жағдайларда релапаротомияны кейінге қалдырмай, бірден жасаған абзал. Клиникалық тәжірибеде перитониты бар науқастарда РБИ кеңінен қолданған жөн. Бұл хирургқа релапаротомия жасау мүмкіндігін болжауға септігін тигізіп қана қоймай, бірінші операция кезіндегі баллдарды есептей отырып, басынан РБИ жоғары науқастарда бағдарламалы лапароскопия жасау қажеттігіне де нұсқайды.

## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Манвелов Л., Тюрников В., Кадыков А., Тригеменальная невралгия: эпидемиология, этиология, пат1. Алиев С.А. Психологические, морально-этические и деонтологические аспекты релапаротомии. Хирургия.-1998.-№ 5-С. 50-53.
2. Ахунджанов Б.А., Девятков В.Я., Ким И.П. и др. Ранняя релапаротомия. Хирургия 1981; 9: 94-97.
3. Батян Н.П. Клинические вопросы релапаротомии. Минск: Высшая школа 1982; 124.
4. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В., Белокуров С.Ю. и др. Хирургия перитонита. Пленум правления хирургов РСФСР. Омск 1986; 39-40.
5. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдоденко А.Л. и др. Многократные плановые санации брюшной полости при тяжелых послеоперационныхвнутрибрюшных гнойных осложнениях. В кн.: Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. Всероссийский съезд хирургов, 7-й: Тезисы. Л 1989; 32-33.
6. Гулов М.К. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова-2004. -№ 10-С. 24-26.
7. Кузин Н.М. Резекция желудка с формированием анастомоза по Ру. Хирургия.-2006.-№ 3 - С. 4-10.
8. Миннегалиев М.М. Хирургическое лечение осложненных постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. канд. мед.наук. Казанский гос. мед.ун-т. - Казань, 2000. -26 с.
9. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонова М.И. Перитонит. М.: Литтера, 2006.-208 с

## АННОТАЦИЯ

Несмотря на развитие медицины, внедрение новых технологий актуальность проблемы релапаротомий остается высокой, особенно в экстренной хирургии. Частота релапаротомий колеблется от 0,5 до 7% общего числа хирургических вмешательств, выполняемых на органах брюшной полости. Летальность после релапаротомии остается высокой и составляет от 23,6 до 71,2%. В представленных наблюдениях основное число релапаротомий были выполнены по требованию, что составило 16 (84,2%), релапаротомии «по программе» – 3 (15,8%). В 6 (31,6%) случаях имело место несостоятельность швов ранее наложенных анастомозов и ушитых язв. Тогда как у 6 (31,6%) пациентов, причиной повторного вмешательства явилось присоединение нового заболевания (перфорация острых язв кишечника у 3, ранняя спаечная кишечная непроходимость у 3). В 3 (15,8%) случаях наблюдалось прогрессирование основной патологии (тромбоза мезентеральных сосудов). В 2 (10,5%) случаях была допущена тактическая ошибка, не правильно выбранный объем операции при первичной операции, 1 (5,3) – эвентерация кишечника без выявленного осложнения в брюшной полости и в 1 (5,3%) была необоснованная релапаротомия ввиду гипердиагностики. Летальный исход у 3 (15,8%), выздоровело – 16 (84,2%) из них в 1 случае сформировался тонкокишечный свищ, который закрылся самостоятельно.

**Ключевые слова:** релапаротомия, хирургическое вмешательство, язва кишечника, гипердиагностика.

## SUMMARY

Despite the development of medicine, introduction of new technologies, the relevance of the relaparotomies's problem remains high, especially in emergency surgery. Relaparotomies frequency ranges from 0.5 to 7% of the total number of surgical procedures performed on the abdominal organs. Mortality after relaparotomii remains high, ranging from 23.6 to 71.2%. In the observations submitted by the main numbers of relaparotomies were performed demandly, which accounted for 16(84.2%), relaparotomii "by program" - 3 (15.8%). In 6 (31.6%) cases occurred anastomosis suture failure and stitched ulcers. Whereas in 6 (31.6%) patients, the cause of re-intervention was the accession of a new disease (perforation of the intestine in acute ulcers was found in 3 patients, early adhesive intestinal obstruction in 3patient). In 3(15.8%) cases, there was progression of the underlying pathology (thrombosis of mesenteric vessels). In 2 (10.5%) cases, was made a tactical error, not correctly selected volume of operations at primary surgery, in 1 case (5.3%) - eventeratsiya bowel revealed no complications in the abdomen and in 1 case (5,3%) due to overdiagnosis was unjustifiedrelaparotomy. 3 died (15.8%), recovered - 16 (84.2%), in one of them formed enteric fi stula, which closed own.

**Keywords:** relaparotomy, surgical intervention, intestinal ulcers, hyperdiagnostics.