

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

КРАСИЛЬНИКОВ ДМИТРИЙ МИХАЙЛОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Россия, 420012, Казань, ул. Бутлеров, 49, e-mail: dmkras131@gmail.com

МИРГАСИМОВА ДЖАУХАРИЯ МИРХАТИМОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлеров, 49, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru

АБДУЛЬЯНОВ АЙДАР ВАСЫЛОВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлеров, 49, e-mail: aabdulianov@mail.ru

ЗЕФИРОВ РУСЛАН АНДРЕЕВИЧ, канд. мед. наук, зав. отделением хирургии № 1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Россия, 420064, Казань, Оренбургский тракт, 138, e-mail: abdominalsurgery@mail.ru

ЗАХАРОВА АННА ВИКТОРОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлеров, 49, e-mail: zahanna83@yandex.ru

СЕМЕНОВА ИРИНА ИВАНОВНА, аспирант кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлеров, 49, e-mail: irena.1981@mail.ru

Реферат. Цель исследования – на основании ретроспективного изучения непосредственных результатов операций у пациентов при распространенных urgentных заболеваниях органов брюшной полости определить причины, способствующие формированию неудовлетворительных результатов лечения, и меры их профилактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты оперативных вмешательств 5 539 пациентов с острым аппендицитом, острым холециститом, ущемленной грыжей, острой кишечной непроходимостью, которым были выполнены в клинике хирургических болезней ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России на базе отделений абдоминальной хирургии, колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ за период с 2013 по 2019 г. **Результаты и их обсуждение.** Ранние послеоперационные осложнения у пациентов с острым аппендицитом возникли в 17,1% наблюдениях с летальностью 0,08%, у пациентов с острым холециститом – в 18,0% случаев с летальностью 1,7%, у оперированных по поводу ущемленной грыжи – у 23,8% пациентов с летальностью 3,2%, у оперированных по поводу острой кишечной непроходимости – в 29,2% наблюдений с летальностью 12,6%. Были установлены причины, способствующие развитию ранних послеоперационных осложнений, определены меры по их предотвращению. **Выводы.** Своевременное обращение пациентов за медицинской помощью и полноценная диагностика в приемно-диагностическом отделении имеют определяющее значение в исходах оперативного вмешательства у пациентов в urgentной хирургии.

Ключевые слова: ранние послеоперационные абдоминальные осложнения, причины осложнений, профилактика осложнений.

Для ссылки: Причины развития неудовлетворительных результатов в urgentной хирургии / Д.М. Красильников, Д.М. Миргасимова, А.В. Абдульянов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, вып. 3. – С. 81–85. DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(3).81-85.

CAUSES OF UNFAVORABLE OUTCOMES IN EMERGENCY SURGERY

KRASILNIKOV DMITRIY M., D. Med. Sci., professor, the Head of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: dmkras131@gmail.com

MIRGASIMOVA DZHAUKHARIYA M., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru

ABDULYANOV AIDAR V., C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: aabdulianov@mail.ru

ZEFIROV RUSLAN A., C. Med. Sci., the Head of the Department of surgery № 1 of Republican Clinical Hospital, Russia, 420064, Kazan, Orenburgskiy highway, 138, e-mail: abdominalsurgery@mail.ru

ZAKHAROVA ANNA V., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: zahanna83@yandex.ru

SEMENOVA IRINA I., graduate student of the Department of surgical diseases of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: irena.1981@mail.ru

Abstract. Aim. The aim of the study was to determine the causes contributing to unfavorable treatment outcomes and to define preventive measures based on a retrospective study of direct outcomes of surgeries in patients with common abdominal organ diseases. **Material and methods.** The outcomes of surgical interventions performed in the clinic of surgical diseases of Kazan State Medical University of the Ministry of Health of Russia at the departments of

abdominal surgery and coloproctology at Republic clinical hospital of the Ministry of health of the Republic of Tatarstan for the period from 2013 to 2019 on 5 539 patients with acute appendicitis, acute cholecystitis, pinched hernia, and acute intestinal obstruction were analyzed. **Results and discussion.** Early post-surgical complications in patients with acute appendicitis occurred in 17,1% of cases with 0,08% mortality, in 18,0% of cases with acute cholecystitis with 1,7% mortality, in 23,8% of patients with a pinched hernia with 3,2% mortality, and in 29,2% of cases of acute intestinal obstruction with 12,6% mortality. The reasons contributing to the development of early post-surgical complications were identified and the measures to prevent them were defined. **Conclusion.** Timely appeal for medical care by the patients and full-scale diagnostics performed at the admission department are of crucial importance for the outcome of the surgical intervention in emergency surgery.

Key words: early postoperative abdominal complications, causes of complications, prevention of complications.

For reference: Krasilnikov DM, Mirgasimova DM, Abdullianov AV, Zefirov RA, Zakharova AV, Semenova II. Causes of unfavorable outcomes in emergency surgery. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2020; 13 (3): 81-85.

DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(3).81-85.

Введение. Несмотря на значительные достижения в разработке новых методов диагностики, лечения, их технической реализации, национальных клинических рекомендаций, результаты хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости у части пациентов, особенно в старшей возрастной категории, остаются неудовлетворительными [1–6]. В связи с этим возникает необходимость поиска и внедрения более совершенных программ профилактики и комплексного лечения ранних послеоперационных абдоминальных осложнений (РПАО) [1, 2, 7–9].

Цель работы – на основании изучения непосредственных результатов операций у пациентов при наиболее распространенных неотложных заболеваниях органов брюшной полости установить причины, способствующие развитию неудовлетворительных результатов лечения и определить меры по их устранению.

Материал и методы. С этой целью нами проведены исследования по оценке результатов оперативных вмешательств 5 539 пациентов с острым аппендицитом, острым холециститом, ущемленной грыжей, острой кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней с 2013 по 2019 г.

Результаты и их обсуждение. По поводу острого аппендицита в клинике оперировано 2 493 (45,0%) пациента; РПАО возникли в 427 (17,1%) наблюдениях, 2 (0,08%) случая летального исхода. При детальном анализе результатов хирургического лечения установлено, что основными причинами развития осложнений явились запоздалое обращение за квалифицированной помощью в хирургическую клинику 586 (23,5%) пациентов, нетипичное расположение червеобразного отростка у 253 (10,1%), неполноценный сбор анамнеза заболевания и непринятие во внимание полученных данных клинико-объективных исследований у 92 (3,7%), необычное течение заболевания у пожилых пациентов, тем более при имеющейся сопутствующей патологии, в 77 (3,1%) наблюдениях и у 37 (1,5%) беременных, непроведение постоянного наблюдения за 52 (2,1%) пациентами, неудовлетворительная санация и неадекватное дренирование брюшной полости в 35 (1,4%) случаях. К наиболее тяжелым последствиям приводит неправильная трактовка анамнестических данных и результатов объективного исследования, что способствует гипердиагностике острого аппен-

дицита, ненужного выполнения операции по поводу острого «катарального» аппендицита, запоздалому выполнению повторного вмешательства. При этом во время первичного осмотра часто не принимается во внимание наличие в клинической картине симптомов основного заболевания, симулирующего в какой-то степени острый аппендицит. Так, в клинике аппендэктомия была произведена пациенту, у которого через 5 сут при релапаротомии установлена острая тонкокишечная непроходимость, вызванная образованием «двустволки» подвздошной кишки, отступа 15 см от слепой кишки (рис. 1).

После выполнения резекции части подвздошной кишки был сформирован илеотрансверзоанастомоз. В другом наблюдении после аппендэктомии также по поводу катарального аппендицита в результате нагноения раны сформировалась послеоперационная вентральная грыжа, по причине которой дважды выполнялось грыжесечение с использованием сетчатого имплантата. Ввиду постоянных жалоб, связанных с непроходимым болевым синдромом, пациентке произведена рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, был выявлен большой дивертикул двенадцатиперстной кишки, что и по-

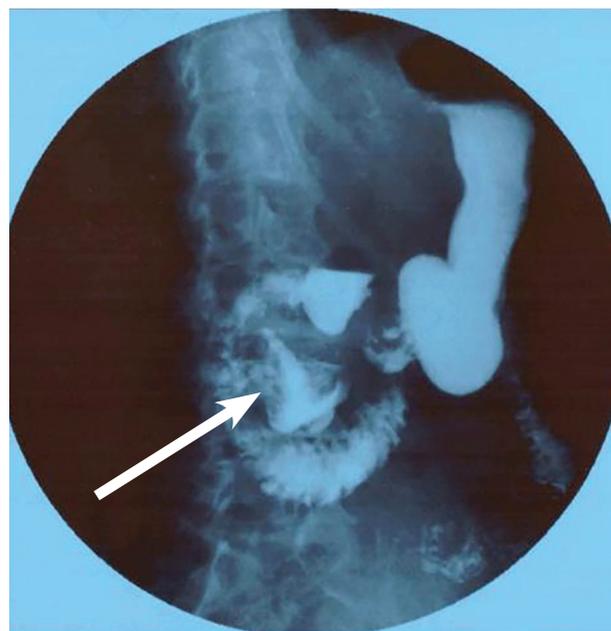


Рис. 1. Рентгенограмма желудка и двенадцатиперстной кишки. Определяется большой дивертикул нисходящей части двенадцатиперстной кишки

служило причиной ошибочного выполнения аппендэктомии (рис. 2). В случаях недостаточной санации и дренирования брюшной полости практически у всех пациентов сформировались абсцессы брюшной полости, что являлось показанием к чрескожному дренированию гнойных полостей.

По поводу острого холецистита оперировано 2 265 (40,9%) пациентов, из них 708 (31,3%) поступили в клинику позже 24 ч с момента заболевания, что приводило к частой деструкции желчного пузыря, развитию местного, порой не отграниченного перитонита. Согласно проведенному анализу причинами неудовлетворительных результатов операций также явились необоснованная задержка в выполнении операции, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста при холедохолитиазе и обтурационной желтухи (609; 26,9%), настойчивое выполнение лапароскопической холецистэктомии, особенно при деструктивном холецистите и несвоевременном переходе на лапаротомию (315; 13,9%). Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 408 (18,0%) пациентов, летальный исход был в 38 (1,7%) случаях.

У 504 (9,1%) пациентов, поступивших с ущемленными грыжами, запоздалое поступление за медицинской помощью в хирургический стационар было отмечено в 207 (41,1%) наблюдениях, что привело к некрозу ущемленного органа (рис. 3).

Поздняя операция, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, была произведена в 76 (15,1%) случаях, выбор неоптимального варианта или масштаба операции установлен у 68 (13,5%) пациентов. Невыполнение разработанного в клинике алгоритма ведения раннего послеоперационного периода: недостаточный объем интенсивной терапии проведен у 64 (12,7%) оперированных, непроведение всех видов стимуляции кишечника и ненадлежащий контроль за состоянием функции паренхиматозных органов – у 73 (14,5%). Ранние послеоперационные осложнения возникли у 120 (23,8%) пациентов, умерло 16 (3,2%) пациентов.

По поводу острой кишечной непроходимости оперировано 277 (5,0%) пациентов, из них позднее обращение в стационар установлено у 65 (23,5%). Основные недочеты состояли в невыполнении

разработанной в клинике программы ранней диагностики у 95 (34,3%) пациентов. Так, в одном из наблюдений пациентка на протяжении 2 лет регулярно обращалась в терапевтическую клинику с периодическими болями в животе и рвоту 1–2 раза в неделю, потерю в весе до 15 кг. При поступлении в хирургический стационар была срочно выполнена рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, при проведении которой установлено наличие высокой тонкокишечной непроходимости (рис. 4). На операции выявлена аденокарцинома тощей кишки, практически полностью циркулярно перекрывающая просвет кишки (рис. 5).

В другом наблюдении поздняя диагностика была обусловлена неправильной трактовкой клинико-объективных данных и результатов рентгенологических исследований в связи с редкой формой кишечной непроходимости. Во время проведения операции установлена желчнокаменная кишечная непроходимость, при этом удалось низвести крупный конкремент в толстую кишку, избежав при этом вскрытия просвета тонкой кишки (рис. 6, 7).

Дальнейший анализ результатов диагностики и оперативного лечения в данной группе показал, что недостаточная предоперационная подготовка была проведена у 39 (14,1%) пациентов, поздняя операция – у 32 (11,5%), выбор неоптимального варианта операции осуществлен у 26 (9,4%) пациентов, неэффективная интенсивная терапия в послеоперационном периоде и несвоевременное установление формирующегося РПАО – у 23 (8,3%). Все это способствовало неблагоприятному течению раннего послеоперационного периода у 81 (29,2%) пациента, развитию летального исхода в 35 (12,6%) случаях.

Выводы. Своевременное поступление пациентов в медицинское учреждение и проведение совершенной программы диагностики в приемно-диагностическом отделении (ПДО) имеют определяющее значение в исходах оперативного вмешательства у пациентов. Необходимо строго соблюдать существующие клинические рекомендации и осуществлять последовательность и обстоятельность в программе диагностики. Изначально надо целеустремленно и аналитически проводить сбор анамнеза и тщатель-

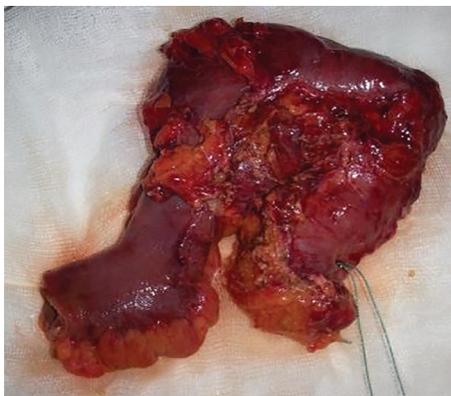


Рис. 2. Резецированная петля подвздошной кишки, являвшаяся причиной развития острой кишечной непроходимости

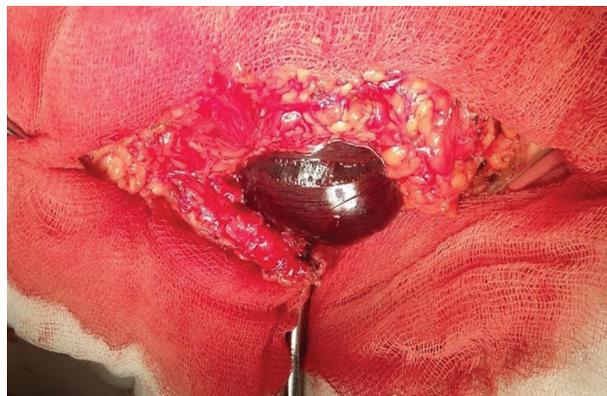


Рис. 3. Петля подвздошной кишки, ущемленная в грыжевых воротах, у пациента с бедренной грыжей. Явные признаки некроза ущемленной кишки

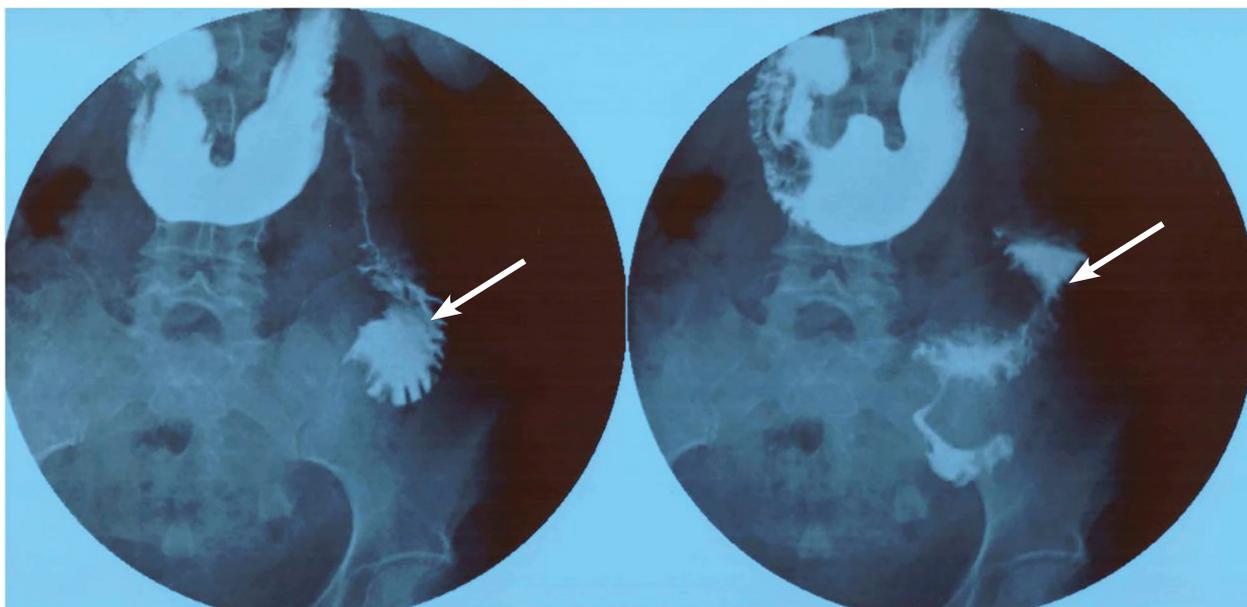


Рис. 4. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта.
Определяется задержка прохождения контраста в начальном отделе тощей кишки

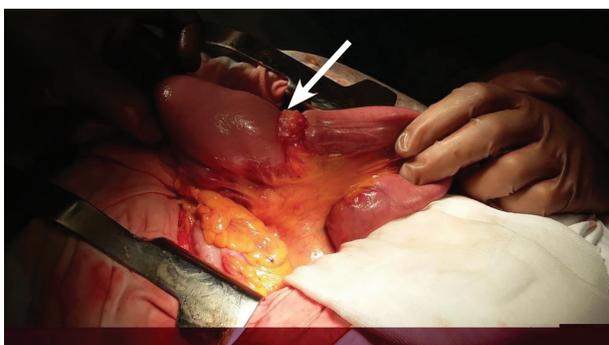


Рис. 5. Циркулярная опухоль тощей кишки с признаками острой кишечной непроходимости: расширен приводящий отдел и нормальный по диаметру отводящий отдел тощей кишки



Рис. 6. Внутри просвета подвздошной кишки определяется инородное тело, обтурирующее ее просвет



Рис. 7. Крупный желчный конкремент, низведенный в толстую кишку, откуда он вышел естественным путем

ный осмотр пациента, что порой позволяет даже без специальных методов исследования установить диагноз. В последующем проводятся лабораторные анализы, объем назначения которых зависит от тяжести состояния пациента. Выполняются лучевые методы диагностики: УЗИ, обзорная рентгенография грудной клетки, брюшной полости, контрастные ис-

следования ЖКТ, по показаниям КТ, МРТ, МРХПГ, фистулография. По обоснованным показаниям проводятся внутриорганные и внутриполостные эндоскопические исследования: гастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия, после госпитализации в стационар – видеолапароскопия, торакоскопия. И только при необходимости применяются специальные методы диагностики: тонкоигольная биопсия с цитологией и бактериоскопией, радиоизотопные исследования, пробы с красящими веществами. Кроме того, вся диагностическая программа должна осуществляться быстро, по показаниям, с учетом возраста пациентов, тяжести их состояния, имеющих особенностей течения патологического процесса, сопутствующих заболеваний.

Необходимо в обязательном порядке проводить консультации смежных специалистов как при поступлении пациента в ПДО, так и в раннем послеоперационном периоде стационарного лечения. Составляющими положительного исхода лечения также являются качественная интенсивная предоперационная подготовка, направленная на коррекцию нарушений гомеостаза, функций органов и систем,

ранняя операция при установленном диагнозе с выбором оптимального варианта хирургического пособия и полноценной терапией в послеоперационном периоде. Вышеизложенная программа профилактики и диагностики РГАО будет способствовать значительному улучшению результатов оперативного лечения, существенному снижению послеоперационной летальности.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Руководство для врачей / В.С. Савельев. – М.: МИА, 2014. – 544 с.
2. Затевахин, И.И. Неотложная абдоминальная хирургия: методическое руководство для практикующего врача / И.И. Затевахин; под ред. И.И. Затевахиной, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. – 488 с.
3. Абдуллаев, Э.Г. Актуальные вопросы релапаротомии: монография / Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин. – Владимир: Изд-во ВлГУ, 2016. – 192 с.
4. Анализ причин ошибок в неотложной абдоминальной хирургии / Д.М. Красильников, Д.М. Миргасимова, И.И. Малова [и др.] // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по организационным и клиническим разделам неотложной помощи; 23 ноября 2018 г., г. Казань. – Казань, 2018. – С.220–221.
5. Наиболее частые осложнения в абдоминальной хирургии / Н.Д. Томнюк, Д.Э. Здитовецкий, Е.П. Данилина [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 2. – С.100–102.
6. Причины релапаротомий / В.В. Тезяев, Е.М. Хавина, А.В. Бесов [и др.] // МедиАль. – 2017. – № 2 (20). – С.36–39.
7. Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения – диагностика и хирургическое лечение / Ж.Н. Кыжыров, Ы.А. Алмабаев, Н.А. Жанталинова [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – № 1. – С.401–405.
8. Хаджибаев, А.М. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений / А.М. Хаджибаев, Х.Х. Асомов, У.Р. Рискиев // Вестник экстренной медицины. – 2012. – № 1. – С.5–10.
9. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 5. – С.56–60.

REFERENCES

1. Savelyev VS. Rukovodstvo po neotlozhnoy khirurgii organov bryushnoy polosti: Rukovodstvo dlya vrachey [Guidelines for emergency abdominal surgery: A guide for doctors]. Moskva: MIA [Moscow: MIA]. 2014; 544 p.
2. Zatevakhin II, Kiriienko AI, Sazhina AV. Neotlozhnaya abdominal'naya khirurgiya: Metodicheskoye rukovodstvo dlya praktikuyushchego vracha [Emergency Abdominal Surgery: A Guide for a Practitioner]. Moskva: MIA [Moscow: MIA]. 2018; 488 p.
3. Abdullaev EG, Babyshin VV. Aktual'nyye voprosy relaparotomii: monografiya [Actual issues of relaparotomy: monograph]. Vladimir: Izd-vo VIGU [Vladimir: VISU Publishing House]. 2016; 192 p.
4. Krasilnikov DM, Mirgasimova DM, Malova II. Analiz prichin oshibok v neotlozhnoy abdominal'noy khirurgii [Analysis of the causes of errors in emergency abdominal surgery]. Materialy V Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii po organizatsionnym i klinicheskim razdelam neotlozhnoy pomoshchi, 23 noyabrya 2018goda, Kazan' [Materials of the V All-Russian Scientific and Practical conferences on organizational and clinical sections of emergency care; November 23, Kazan]. 2018; 220-221.
5. Tomnyuk ND, Zdzitovetsky DE, Danilina EP. Naiboleye chastyye oslozhneniya v abdominal'noy khirurgii [The most frequent complications in abdominal surgery]. Sibirskoye meditsinskoye obozreniye [Siberian Medical Review]. 2013; 2: 100-102.
6. Tezyaev VV, Khavina EM, Besov AV. Prichiny relaparotomiy [Reasons for relaparotomy]. MediAl. 2017; 2 (20): 36-39.
7. Kyzhyrov AN, Almabaev YA, Zhantalinova NA. Ranniye posleoperatsionnyye vnutribryushnyye oslozhneniya – diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye [Early postoperative intra-abdominal complications – diagnosis and surgical treatment]. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta [Bulletin of the Kazakh National Medical University]. 2016; 1: 401-405.
8. Hadzhibayev AM, Asomov KhKh, Riskiev UR. Diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye rannikh posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhneniy [Diagnosis and surgical treatment of early postoperative intra-abdominal complications]. Vestnik ekstreynoy meditsiny [Bulletin of emergency medicine]. 2012; 1: 5-10.
9. Gostishchev VK, Dibirov MD, Khachatryan NN. Novyye vozmozhnosti profilaktiki posleoperatsionnykh oslozhneniy v abdominal'noy khirurgii [New opportunities for the prevention of postoperative complications in abdominal surgery]. Khirurgiya; Zhurnal imeni NI Pirogova [Surgery; Journal named after NI Pirogov]. 2011; 5: 56-60.