

УДК 616.33-002.44

## ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ РЕЛАПАРОТОМИЮ

Шакирова А. Р., Смолькина А. В., Хусаинов Ш. И., Герасимов Н. А., Баринов Д. В., Рогова Ю. Ю., Прокина Е. Ф.

*ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет». Ульяновск, Россия  
(432000, г. Ульяновск, ул. Л.Толстого, 42) e-mail: smolant1@yandex.ru*

Целью данного исследования явилось изучение отдаленных результатов у больных, перенесших релапаротомию, в зависимости от характера послеоперационного осложнения.

Основной частью работы явился углубленный ретроспективный анализ результатов исследования и лечения 354 пациента с заболеваниями органов брюшной полости, которые были распределены на две группы. Основная группа – 120 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, потребовавшими выполнения повторных операций. Группу сравнения составили 234 человека, оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. Анализ отдаленных результатов свидетельствуют о повышении числа неудовлетворительных результатов у больных, перенесших релапаротомию. Качество жизни пациентов после повторных оперативных вмешательств достоверно снижено по опроснику GSRS по сравнению с пациентами, которым не проводились релапаротомии. В отдаленном периоде после релапаротомии 30,0 % пациентов были оперированы повторно по поводу: острой спаечной кишечной непроходимости – (14,7 %), послеоперационной вентральной грыжи – (12,4 %), абсцесса брюшной полости – (0,8 %), восстановительной операции на кишечнике – (3,3 %), лигатурного абсцесса послеоперационного рубца – (0,8 %), резидуального холедохолитиаза – (1,7 %), панкреонекроза – (0,8 %), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом – (0,8 %). Профилактика развития внутрибрюшных осложнений должна осуществляться на этапе выполнения первичного оперативного вмешательства и ведения раннего послеоперационного периода и заключаться: в оптимальном выборе способа и объема операции; тщательной ревизии, санации и дренировании брюшной полости; борьбой с инфекцией и стимуляции защитных сил организма, нормализации гомеостаза, борьбой с сопутствующими осложнениями.

Ключевые слова: релапаротомия, хирургическое лечение, отдалённые результаты, качество жизни.

## LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS AFTER RELAPAROTOMY

Shakirova A. R., Smolkina A. V., Khusainov Sh. I., Gerasimov N. A., Barinov D.V., Rogova Yu. Yu., Prokina E. F.

*FGBOU VPO "Ulyanovsk State University." Ulyanovsk, Russia  
(432000, Ulyanovsk, st. Tolstoy, 42) e-mail: smolant1@yandex.ru*

The aim of this study was to investigate the long-term outcome in patients undergoing relaparotomii depending on the nature of post-operative complications.

The main part of the study was a retrospective analysis of the results of in-depth research and treatment of 354 patients with diseases of the abdominal organs, which were divided into two groups. The core group – 120 patients with postoperative intraabdominal complications, need to perform repetitive operations. Comparison group consisted of 234 patients operated on an emergency basis on the abdominal organs, which were not repeated surgeries. Analysis of long-term results show an increase in the number of poor results in patients undergoing relaparotomii. The quality of life of patients after repeated surgery was significantly reduced in GSRS questionnaire compared with patients who were not relaparotomii. In the late period after relaparotomii 30.0% of patients were operated on again about: acute adhesive intestinal obstruction – (14.7 %), postoperative ventral hernia – (12.4 %), abdominal abscess (0.8 %), reconstructive surgery on the gut – (3.3 %), ligature abscess scar – (0.8%), residual choledocholithiasis – (1.7 %), pancreatic necrosis – (0.8 %), duodenal ulcer complicated by stenosis – (0.8 %). Prevention of intra-abdominal complications should be carried out on the primary stage of the surgery and management of early postoperative period and concluded: in the optimal choice of the method and extent of the procedure, a thorough revision, sanitation and drainage of the abdominal cavity; fight infection and stimulate the body's defenses, the normalization of homeostasis, wrestling with the attendant complications.

Key words: relaparotomy, surgical treatment, long-term outcomes, quality of life.

## **Введение**

Релапаротомия до сих пор является важным методом лечебной программы для устранения осложнений операций на органах брюшной полости, представляет собой сложное оперативное вмешательство, проводимое в самых неблагоприятных условиях. В то же время именно релапаротомия остается наиболее эффективным методом коррекции прогрессирующей патологии органов брюшной полости и устранения возникших в послеоперационном периоде патологических состояний, угрожающих жизни пациента [5, 4].

Следует признать тревожной ситуацией, когда частота релапаротомий после urgentных операций на органах брюшной полости остается стабильной (2,3–9,0 %), а послеоперационная летальность не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем 40–50% [1, 2, 3]. Летальность при этом составляет 20,9–37,2 % [6, 7]. Это и явилось показанием для данного исследования.

**Цель исследования:** изучение отдаленных результатов у больных, перенесших релапаротомию в зависимости от характера послеоперационного осложнения.

## **Материал и методы исследования**

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения больных, оперированных в хирургических отделениях Центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) г. Ульяновска за период с 2000 по 2012 г., где располагается часть клинической базы кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета под руководством профессора Мидленко В. И. За изучаемый период времени произведено 15818 операций на органах брюшной полости, после которых возникли послеоперационные осложнения, потребовавшие выполнения 159 релапаротомий (1,0 %).

Основной частью работы явился углубленный ретроспективный анализ результатов исследования и лечения 354 пациентов с заболеваниями органов брюшной полости, которые были распределены на две группы. Основная группа (группа А) – 120 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, что составило 0,7 % от общего количества оперированных, потребовавшими выполнения повторных операций. Группу сравнения (группа Б) составили 234 человека (1,4 %), оперированных в экстренном порядке на органах брюшной полости, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. Среди 120 больных основной группы, перенесших релапаротомию мужчин было 81 (67,5 %), женщин – 39 (32,5 %) в возрасте от 16 до 79 лет. В свою очередь, во второй группе мужчин было 122 (52,1 %), женщин – 112 (47,8 %). Средний возраст пациентов составил  $47,6 \pm 2,3$  года. Среди осложнений, которые потребовали выполнения повторной операции, преобладают прогрессирующий и послеоперационный перитонит – 25,0 %, затем

следуют кишечная непроходимость – 11,7 %, абсцессы брюшной полости – 15,0 %, эвентрация – 5,8 % (табл. 1).

Таблица 1

Осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомии

Осложнение	Всего больных		Из них умерло	
	Абс.	%	Абс.	%
Перитонит	30	25,0	14	11,7
Абсцесс брюшной полости	18	15,0	3	2,5
Перитонит + эвентрация	6	5	2	1,7
Эвентрация	7	5,8	-	-
Кровотечение	18	15,0	5	4,2
Механическая кишечная непроходимость	14	11,7	2	1,7
Несостоятельность желудочно-кишечного анастомоза	3	2,5	1	0,8
Несостоятельность швов ушитой язвы	4	3,4	–	
Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки	2	1,6	1	0,8
Кишечные свищи	2	1,6	–	
Панкреонекроз	12	10,0	6	5,0
Прочие	4	3,4	–	
Итого	120	100,0	34	28,4

Самыми частыми осложнениями после операции на желудке и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является несостоятельность культи ДПК – 1,6 % и швов анастомоза – 2,5 %, кровотечение в брюшную полость и в просвет пищеварительного тракта – 11,7 %, панкреонекроз – 10,0 %. В группу прочие (3,4 %) вошли осложнения после экстренных оперативных вмешательств по поводу травмы мочевого пузыря и острой генитальной патологии.

Клинические исследования больных в стационаре проводили комплексно, учитывая возраст, пол, длительность болезни, анамнез, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений. При поступлении в стационар и процессе лечения в динамике изучалась периферическая кровь, проводилось рентгенологическое обследование, ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерная томография, лапароскопия.

Из 354 исследуемых пациентов у 292 (82,4%) были диагностированы сопутствующие заболевания (ожирение, хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, обструктивный бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз и др.). Комбинация 2–3 и более сопутствующих заболеваний, в основном, сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, наблюдалась у 40 (11,3 %) больных, что создавало дополнительные сложности в их лечении.

Для оценки качества жизни использовали специализированный опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), разработанный отделом изучения качества жизни в ASTRA Hassle (I. Wiklund 1998), который используется для оценки качества жизни больных гастроэнтерологического профиля. Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0., считая различия статистически значимыми при  $p < 0,05$ . При этом из 120 пациентов основной группы, перенесших релапаротомию, опрос проведен у 72 пациентов. В группе сравнения – 234 пациента, анкетировано было 119 больных. На основании полученных данных производилась сравнительная оценка отдаленных результатов и качества жизни больных, перенесших релапаротомию и группы сравнения.

### Результаты исследования

С целью исследования нами также был проведен анализ качества жизни по опроснику GSRS у больных после выполнения первичных оперативных вмешательств и релапаротомии через 1, 3, 5, 12 лет. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов по опроснику GSRS через 1, 3, 5, 12 лет после операции

	Время исследования							
	Через 1 год		Через 3 года		Через 5 лет		Через 12 лет	
Название шкалы GSRS	Основ. группа	Группа сравн.	Основ. группа	Группа сравн.	Основ. группа	Группа сравн.	Основ. группа	Группа сравн.
Абдоминальная боль (AP)	4,21±0,5	3,42±0,2	3,54±1,1	2,79±0,8	2,52±0,6	2,33±0,4	2,68±0,4	1,93±0,5
	$p \leq 0,001$		$p < 0,05$		$p \leq 0,001$		$p < 0,05$	
Диарейный синдром (DS)	2,35±0,5	2,31±0,4	2,16±0,6	1,94±0,4	2,52±0,6	2,33±0,4	2,06±0,3	1,62±0,4
	$p < 0,001$		$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$	
Диспептический синдром (IS)	2,56±0,3	2,31±0,2	2,32±0,2	1,85±0,6	1,91±0,6	1,65±0,2	1,82±0,2	1,46±0,2
	$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$	
Констипационный синдром (CS)	1,86±0,2	1,73±0,4	1,75±0,1	1,69±0,2	1,74±0,4	1,61±0,4	1,78±0,8	1,41±0,3
	$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$	
Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (RS)	3,44±0,3	2,12±0,1	2,92±0,8	1,81±0,2	2,86±0,6	1,79±0,4	2,84±0,2	1,76±0,2
	$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$		$p < 0,05$	

Через 1 год после оперативных вмешательств оказалось существенно снижено в двух группах пациентов качество жизни по опроснику GSRS по следующим шкалам: «Абдоминальная боль» (AP), «Диспептический синдром» (IS) и «Синдром

гастроэзофагеального рефлюкса» (RS).

Данные проведенного исследования свидетельствуют, что наиболее низкие показатели качества жизни оказались у пациентов после выполнения релапаротомии, прежде всего, по шкалам (AP) –  $(4,21 \pm 0,5)$  балла, (RS) –  $(3,44 \pm 0,3)$  балла, (IS) –  $(2,56 \pm 0,3)$  балла. Это, возможно, связано с тем, что пациенты этой группы страдали тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Более высокие показатели качества жизни оказались у пациентов, которым не проводились повторные оперативные вмешательства: (AP) –  $(3,42 \pm 0,2)$  балла, выше на 18 %, (IS) выше на 10 % и составило –  $(2,31 \pm 0,2)$  балла, (RS) –  $(2,12 \pm 0,1)$  балла, выше на 38 %, чем у пациентов основной группы.

Через три года после операции у больных, перенесших релапаротомию, качество жизни улучшилось по всем шкалам опросника GSRS, особенно по шкалам (AP) – на 16 %, (IS) – на 9 %, (RS) – на 15 %, в то же время как в группе сравнения эти показатели улучшились на – 18 %, – 20 %, – 14 % соответственно. При сравнении у больных основной группы по шкале (AP) отмечается ухудшение на 21 % и составил –  $(3,54 \pm 1,1)$  балла, в группе Б этот показатель составил –  $(2,79 \pm 0,8)$  балла. По шкале (IS) качество жизни через 3 года у пациентов группы А на 21 % ниже –  $(2,32 \pm 0,2)$  балла, по сравнению с группой Б –  $(1,85 \pm 0,6)$  балла. По шкале (RS) показатель качества жизни после релапаротомии –  $(2,92 \pm 0,8)$  балла, в группе сравнения –  $(1,81 \pm 0,2)$  балла, что лучше на 38 %.

В период от 3 до 5 лет после операции у больных основной группы отмечено улучшение качества жизни по шкалам: (AP) – на 29 %, в группе сравнения – на 16 %, (IS) – на 17 %, в группе сравнения – на 10 % (рис. 7). Однако при сравнении двух групп в этот период времени наблюдается ухудшение качества жизни у пациентов основной группы на 7 %. Более значимое улучшение показателей качества жизни в промежуток от 3 до 5 лет у пациентов основной группы можно объяснить более медленным восстановлением состояния в послеоперационном периоде. По шкале (IS) через 5 лет после операции качество жизни у группы больных после релапаротомии –  $1,91 \pm 0,6$  балла, в группе сравнения на 13,6 % лучше –  $1,65 \pm 0,2$  балла. По шкале качества жизни (RS) в этот же период времени также наблюдалось ухудшение показателя у больных после релапаротомии – на 37 % и составил –  $2,86 \pm 0,6$  балла, в группе сравнения этот показатель составил  $1,79 \pm 0,4$  балла.

Ухудшение качества жизни на 5 % по шкале «Абдоминальная боль» и на 2 % по шкале «Констипационный синдром» в период от 6 до 12 лет после операции отмечено у больных после релапаротомии. При этом, в этот же период наиболее значимое улучшение качества жизни наблюдалось у больных группы Б – на 17 % и на 30 % при сравнении с основной группой пациентов. По шкале (IS) у пациентов основной группы в

этот период качество жизни практически не изменилось –  $(1,82 \pm 0,2)$  балла, однако в группе сравнения составило –  $(1,46 \pm 0,2)$  балла, что улучшилось на 11 %. При исследовании качества жизни у пациентов основной группы в отдаленном периоде после операции наблюдалось ухудшение по шкале (IS) – на 19 %. Качество жизни по шкале (RS) в период от 6 до 12 лет после операции у больных в двух группах значимо не изменилось, но при сравнении основной группы с пациентами группы Б отмечалось ухудшение на 36 % .

Таким образом, проведенное нами исследование качества жизни пациентов по опроснику GRSR в четырех точках: через 1, 3, 5, 12 лет показало неудовлетворительные результаты после релапаротомии, а также относительно удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты у пациентов, которым не проводились повторные хирургические вмешательства.

Нами проведен сравнительный анализ качества жизни пациентов в отдаленном периоде после операции и изучение отдаленных результатов после повторного оперативного вмешательства. В результате исследования 59 пациентов (24,6 %) из общего количества исследуемых больных были прооперированы повторно после выписки из стационара. Из них 30 % больных, перенесших релапаротомию и 19,1 % – группы сравнения.

Наши данные свидетельствуют, что причинами повторных оперативных вмешательств после выписки из хирургического отделения у основной группы больных стали: острая спаечная кишечная непроходимость – 9 пациентов (14,7 %), послеоперационные вентральные грыжи – 15 пациентов (12,4 %), абсцесс брюшной полости – 1 пациент (0,8 %), восстановительные операции на кишечнике – 4 пациента (3,3 %), лигатурный абсцесс п/о рубца – 1 пациент (0,8 %), резидуальный холедохолитиаз – 2 пациента (1,7 %), панкреонекроз – 1 пациент (0,8 %), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом – 1 пациент (0,8 %).

Причинами повторного оперативного лечения у пациентов группы сравнения (группы Б) стали: острая спаечная кишечная непроходимость – 2 пациента (0,8 %), послеоперационные вентральные грыжи – 7 пациентов (2,9 %), ущемленная п/о грыжа – 1 пациент (0,4 %), восстановительные операции на кишечнике – 8 пациентов (3,4 %), лигатурный абсцесс п/о рубца – 1 пациент (0,4 %), резидуальный холедохолитиаз – 1 пациент (0,4 %), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом, – 1 пациент (0,4 %).

Кроме того, нами были проанализированы отдаленные результаты качества жизни у оперированных больных по стандартной трехбалльной системе хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. Параметрами, характеризующими отдаленные результаты хирургического вмешательства, являлись наличие у пациентов боли,

расстройств пищеварения, прогрессирования сопутствующих и конкурирующих заболеваний, приводящие к ухудшению общего состояния больных. По результатам исследования больных после оперативного лечения, в группу с хорошими отдаленными результатами вошли 40 (21 %) пациентов, из них 17 % после релапаротомии. Данные больные чувствовали себя полностью здоровыми, отмечали хорошее самочувствие в отдаленном периоде после операций, не придерживались строгой диеты. В группу с удовлетворительными результатами вошел 121(63 %) пациент. Пациенты отмечали улучшение состояния, но беспокоили периодические боли в животе, появления диспепсических расстройств. Болевой синдром у пациентов после релапаротомии в большинстве случаев появился в период 1 мес. – 1 год после хирургического вмешательства. Обращает на себя тот факт, что у 16 пациентов (22,2 %) болевой синдром сохранялся после выписки из стационара. Неудовлетворительны результат был обнаружен у 30 (16 %) больных с выраженными жалобами на болевой синдром, диспепсию, необходимость систематического и динамического наблюдения и лечения у хирурга и других специалистов.

При обследовании основной группы пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными отдаленными результатами причинами болевого синдрома явились: спаечная болезнь брюшной полости –16 пациентов, послеоперационная вентральная грыжа – 8 пациентов, билиарная патология – 13 пациентов, хронический рецидивирующий панкреатит –11 пациентов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 5 пациентов, прочие – 3 пациента. Хотелось отметить, что из 72 анкетированных больных основной группы 39 (54 %) пациента сменили работу по болезни и 17 (23,6 %) пациента получили инвалидность.

Полученные данные свидетельствуют о преобладании числа неудовлетворительных результатов у больных, перенесших релапаротомии, и хороших результатов у пациентов группы сравнения.

Таким образом, мониторинг параметров качества жизни и изучения результатов операции позволяет объективизировать оценку состояния больных и результатов хирургического лечения больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, которые потребовали выполнения релапаротомии в ближайшем и отдаленном периодах.

## **Выводы**

1. Анализ отдаленных результатов свидетельствуют о повышении числа неудовлетворительных результатов у больных, перенесших релапаротомии. Качество жизни пациентов после повторных оперативных вмешательств достоверно снижено по опроснику GSRS по сравнению с пациентами, которым не проводились релапаротомии.

2. В отдаленном периоде после релапаротомии 30,0 % пациентов были оперированы повторно по поводу: острой спаечной кишечной непроходимости – (14,7 %), послеоперационной вентральной грыжи – (12,4 %), абсцесса брюшной полости – (0,8 %), восстановительной операции на кишечнике – (3,3 %), лигатурного абсцесса послеоперационного рубца – (0,8 %), резидуального холедохолитиаза – (1,7 %), панкреонекроза – (0,8 %), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом – (0,8 %).

3. Профилактика развития внутрибрюшных осложнений должна осуществляться на этапе выполнения первичного оперативного вмешательства и ведения раннего послеоперационного периода и заключаться: в оптимальном выборе способа и объема операции; тщательной ревизии, санации и дренировании брюшной полости; борьбе с инфекцией и стимуляции защитных сил организма, нормализации гомеостаза, борьбе с сопутствующими осложнениями (дыхательными, сердечно-сосудистыми, почечными и др).

#### Список литературы

1. Блувштейн Г. А. Релапаротомии (показания, техника, исходы): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 1993. – 39 с.
2. Бебуришвили А. Г., Михин И. В., Акинчиц А. Н. и др. Релапароскопия в раннем послеоперационном периоде // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 5. – С. 25–29.
3. Глабай В. П. Релапаротомия в абдоминальной хирургии / В. П. Глабай, И. А. Шаров, А. В. Архаров // Сборник науч. трудов междунар. хир. конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 117.
4. Кукош М. В., Демченко В. И. Релапаротомия имеет свое место в хирургии // Актуальные проблемы современного практического здравоохранения: сборник трудов 17 межрег. научно-практ. конф. памяти академика Н. Н. Бурденко. – Пенза, 2010. – С. 181–182.
5. Миронов В. И. Фролов А. П., Золотарева Е. В. Релапаротомии в лечении послеоперационных осложнений при острой абдоминальной патологии // Второй съезд хирургов Сибири и Дальнего Востока. – Новосибирск, 2007. – С. 128–129.
6. Рычковский Г. Ф. Третьяков А. А., Стрельцов Ю. П. и др. Релапаротомия: причины и исходы // Сборник науч. трудов междунар. хир. конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 136.
7. Шакирова А. Р. Отдалённые результаты и качество жизни больных, перенёсших релапаротомию: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ульяновск, 2010. – 21 с.

#### Рецензенты:

Островский В. К., д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский

государственный университет», г. Ульяновск.

Родионов В. В., д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.