

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения и социального развития России.

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультета.



Научно- исследовательская работа на тему:

**«Причины и характер постоперационных осложнений при
острых хирургических заболеваниях».**

Выполнила:

Студентка 10 группы, 4 курса
педиатрического факультета
Рамжаева Алина Сергеевна.

Проверил:

Доцент, к.м.н. Кухтенко Юрий
Владимирович.

Юрий Владимирович Кухтенко

Содержание:

- Введение _____ 3 стр.
- Цель научно-исследовательской работы _____ 3 стр.
- Задачи научно-исследовательской работы _____ 3 стр.
- Основные определения и понятия _____ 3 стр.
- Послеоперационные осложнения острого аппендицита _____ 4 стр.
- Послеоперационные осложнения острого холецистита _____ 5 стр.
- Послеоперационные осложнения острого панкреатита _____ 7 стр.
- Послеоперационные осложнения острой кишечной непроходимости _____ 8 стр.
- Послеоперационные осложнения почечной колики _____ 9 стр.
- Послеоперационные осложнения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки _____ 11 стр.
- Роль медицинского персонала _____ 12 стр.
- Вывод _____ 13 стр.
- Список литературы _____ 14 стр.

Введение

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости занимают видное место среди всех хирургических заболеваний. Под острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости подразумевают заболевания, возникающие внезапно, протекающие остро, сопровождающиеся болевыми ощущениями различной силы, раньше или позже осложняющиеся при несвоевременно начатом лечении перитонитом и имеющие ряд общих симптомов.

Наиболее важные признаки острых заболеваний органов брюшной полости заключаются в следующем: сильные внезапные боли в той или иной части живота или по всему животу, рвота, задержка стула и газов.

Наиболее частые заболевания, сопровождающиеся синдромом «острого живота»:

- Острый аппендицит
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Острая кишечная непроходимость
- Почечная колика
- Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки

Единственно правильное лечение острых заболеваний органов брюшной полости чаще всего состоит в немедленной операции!

Цель научно-исследовательской работы

Изучить способы причины и характер постоперационных осложнений при острых хирургических заболеваниях.

Задачи научно-исследовательской работы

- Выяснить и изучить причины и характер постоперационных осложнений при острых хирургических заболеваниях;

Основные определения и понятия

- **Острый аппендицит** - воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности. Одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения.

- **Острый холецистит**- острое (быстро развившееся, бурное) воспаление желчного пузыря. Чаще всего возникает у больных желчнокаменной болезнью при попадании камня в пузырный проток и его закупорке.
- **Острый панкреатит** - остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.
- **Острая кишечная непроходимость**- это опасное для жизни патологическое состояние, которое характеризуется нарушением прохождения содержимого желудочно-кишечного тракта по направлению от желудка к заднему проходу и обычно бывает осложнением самых различных заболеваний.
- **Почечная колика**- это острый приступ болей в поясничной области, вызванный резким нарушением оттока мочи из почки и нарушением кровообращения в ней. Боль обусловлена перерастяжением почечной лоханки под давлением мочи.
- **Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки**- это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и вытекание содержимого в брюшную полость. Всего в России язвенной болезнью страдает около 3 000 000 человек.

Послеоперационные осложнения острого аппендицита

Острый аппендицит относится к заболеваниям органов брюшной полости, характеризующиеся склонностью к развитию всевозможных осложнений. Именно их наличие и обуславливает неблагоприятные исходы аппендэктомий.

Осложнения острого аппендицита подразделяются по периодам возникновения на дооперационные и послеоперационные.

К **дооперационным** осложнениям относятся:

- аппендикулярный инфильтрат,
- аппендикулярный абсцесс,
- флегмона забрюшинной клетчатки,
- пилефлебит,
- перитонит.

Послеоперационные осложнения острого аппендицита классифицируются по клинико-анатомическому принципу. По срокам развития послеоперационные осложнения острого аппендицита подразделяются на ранние и поздние.

- Ранние осложнения возникают в течение двух недель с момента операции. В эту группу входят большинство осложнений со стороны послеоперационной раны (гнойно-воспалительные процессы, расхождение краев раны без или с эвентрацией; кровотечения из раны передней брюшной стенки) и все осложнения со стороны смежных органов.
- Поздними послеоперационными осложнениями острого аппендицита считаются заболевания, развившиеся по истечении двухнедельного послеоперационного периода. Среди них наиболее часто встречаются: Из осложнений со стороны послеоперационной раны — инфильтрат, абсцесс, лигатурный свищ, послеоперационная грыжа, келлоидные рубцы, невриномы рубцов. Из острых воспалительных процессов в брюшной полости — инфильтраты, абсцессы, культит. Из осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта — острая механическая кишечная непроходимость, спаечная болезнь.

Причинами возникновения послеоперационных осложнений острого аппендицита являются:

- Несвоевременное обращение больных за медицинской помощью.
- Поздняя диагностика острого аппендицита (вследствие атипичного течения заболевания, неправильной интерпретации имеющихся типичных для воспаления червеобразного отростка клинических данных).
- Тактические ошибки врачей (отсутствие динамического наблюдения за больными с сомнительным диагнозом острого аппендицита, недооценка распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, неправильное определение показаний к дренированию брюшной полости).
- Ошибки в технике операции (травмирование тканей, ненадежное лигирование сосудов, неполное удаление червеобразного отростка, плохое дренирование брюшной).
- Прогрессирование хронических или возникновение острых заболеваний смежных органов.

Послеоперационные осложнения острого холецистита

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) включает группу заболеваний в основном органов гепатодуоденальной зоны, возникающих или усиливающихся после проведения холецистэктомии или иной расширенной операции на желчных путях, которые были произведены преимущественно по поводу желчнокаменной болезни. Основная

характеристика синдрома — связь с перенесенной холецистэктомией может быть различной.

Постхолецистэктомический синдром включает заболевания, у которых связь с холецистэктомией очевидна (например, синдром длинной культы пузырного протока), но есть заболевания, где связь непосредственно с операцией не столь явна (холепанкреатит и др.).

Определения отдельных заболеваний, включаемых в ПХЭС:

- **Истинное новообразование камней** в поврежденном общем желчном протоке протекает нередко с нарушением циркуляции желчи и развитием инфекционно-воспалительного процесса.
- **Ложный рецидив камнеобразования**, или «забытые» камни желчного протока - камни, существовавшие на момент операции и по разным причинам не удаленные из общего желчного протока в момент оперативного лечения.
- **Стенозирующий папиллит** - рубцово-воспалительное сужение большого дуоденального сосочка, приводящее часто к развитию желчной, а иногда и панкреатической гипертензии, а также нарушению оцелачивания двенадцатиперстной кишки.
- **Хронический билиарный панкреатит** (хронический холепанкреатит) - хронический панкреатит, связанный с дисфункцией билиарной системы, чаще с желчной гипертензией.
- **Гепатогенные гастродуоденальные язвы** - язвы, связанные с нарушением функции печени и билиарной системы, в частности, наблюдаемые при желчной гипертензии.
- **Рубцовые сужения общего желчного протока** - послеоперационные (посттравматические) сужения общего желчного протока разной степени, приводящие к нарушению циркуляции желчи и развитию инфекционно-воспалительных процессов в желчных путях.
- **Синдром длинной культы пузырного протока** - увеличивающаяся в размерах под влиянием желчной гипертензии культя пузырного протока, вызывающая нередко выраженный болевой симптомокомплекс и оказывающаяся местом новообразования камней.

Классификация

Общепризнанной классификации постхолецистэктомического синдрома нет. Чаще в повседневной практике используется следующая систематизация:

1) Заболевания, связанные с ранее выполненным оперативным вмешательством:

- Резидуальный холедохолитиаз;

- Длинная культя пузырного протока или неполное удаление желчного пузыря;
- Стенозирующий папиллит;
- Стеноз терминального отдела холедоха;
- Травматические стриктуры протоков вследствие ятрогенного повреждения гепатикохоледоха;
- Инородные тела желчных протоков (лигатуры, дренажи).

2) Заболевания, напрямую не связанные с выполненной операцией:

- Хронический гастрит;
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- Дуоденит;
- Хроническая дуоденальная непроходимость;
- Хронический панкреатит;
- Хронический гепатит;
- Хронический колит.

Послеоперационные осложнения острого панкреатита

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТА

Согласно международной классификации, различают следующие осложнения острого панкреатита:

- органная недостаточность (транзиторная, постоянная);
- системные осложнения (с поражением органов-мишеней, в том числе панкреатогенный и септический шок);
- местные осложнения — острое панкреатическое скопление жидкости, панкреатическая псевдокиста, острое некротическое скопление (стерильное, инфицированное), отграниченный некроз (стерильный, инфицированный), перипанкреатический инфильтрат, панкреатический абсцесс, панкреатогенный перитонит (ферментативный (асептический), инфицированный (гнойный)), флегмона забрюшинной клетчатки (некротическая (асептическая), септическая);
- другие осложнения — тромбоз воротной/селезеночной вены, стеноз выхода из желудка, некроз ободочной кишки, аррозивное кровотечение (внутрибрюшное, в желудочно-кишечный тракт), внутренние и наружные дигестивные свищи, механическая желтуха и др.

Перипанкреатический инфильтрат (парапанкреатит)

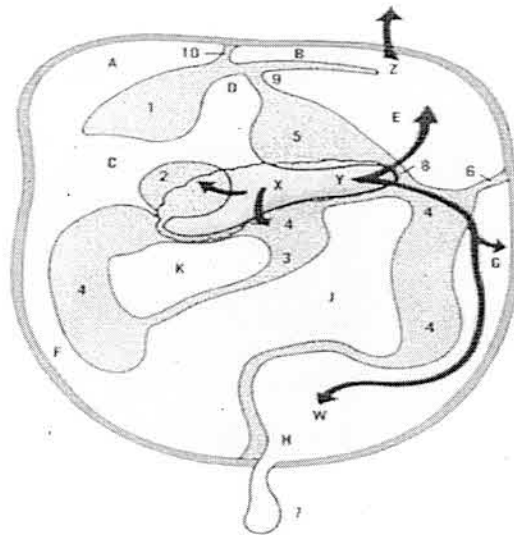


Рис. 7. Пути распространения процесса при остром панкреатите:
Пространства: А — правое поддиафрагмальное; В — левое поддиафрагмальное; С — правое подпеченочное; D — малый сальник; E — околоселезеночное; F — правое паракольное; G — левое паракольное; H — тазовое; J — левое забрюшинное; K — правое забрюшинное.
Проекции: 1 — венечная связка; 2 — двенадцатиперстная кишка; 3 — тонкая кишка; 4 — ободочная кишка; 5 — желудок; 6 — диафрагмально-ободочная связка; 7 — мошонка; 8 — желудочно-селезеночная связка; 9 — печеночно-желудочная связка; 10 — серповидная связка.
Пути распространения: W — в левое паракольное пространство и мошонку; X — прорыв в двенадцатиперстную или ободочную кишку; Y — в околоселезеночное или левое паракольное пространство; Z — через диафрагму в плевральную полость.

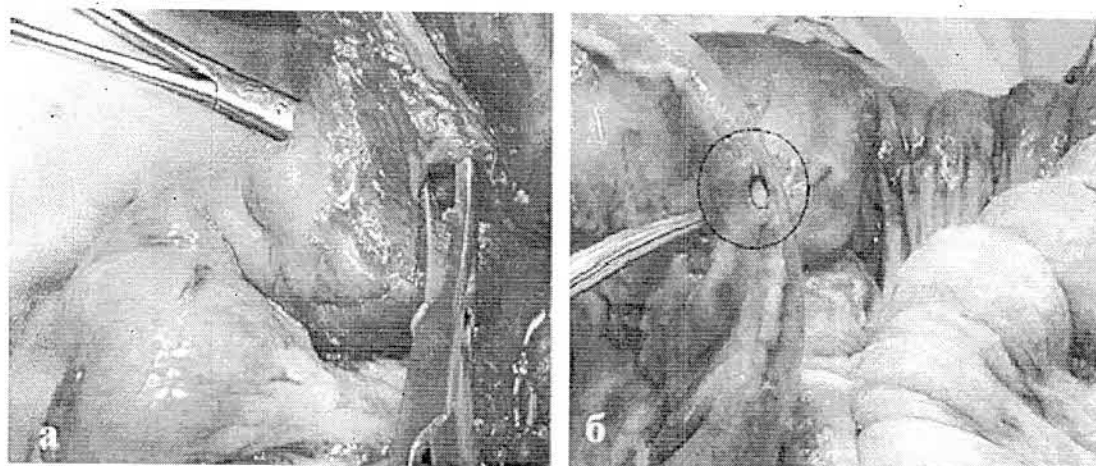
Послеоперационные осложнения острой кишечной непроходимости

Кишечная непроходимость запускает целый каскад многообразных патологических процессов, затрагивающих все органы и системы, но в центре событий находится сама тонкая кишка, являясь первичным и основным источником эндогенной интоксикации. Тяжелые гомеостатические нарушения и морфологические изменения тонкой кишки сохраняются даже после успешного оперативного разрешения непроходимости, что является причиной развития послеоперационных осложнений.

Осложнения после операций по поводу острой кишечной непроходимости

| Осложнения | п | % |
|------------------------------------------------|----|------|
| Одиночные перфорации тонкой кишки | 11 | 25,6 |
| Множественные перфорации тонкой кишки | 10 | 23,3 |
| Послеоперационный распространенный перитонит | 8 | 18,5 |
| Деструкция и некроз тонкой кишки | 7 | 16,3 |
| Несостоятельность швов межкишечных анастомозов | 6 | 14,0 |

| | | |
|-------------------------------|----|-----|
| Несостоятельность энтеростомы | 1 | 2,3 |
| Всего | 43 | 100 |



Программированная санация брюшной полости. Послеоперационный распространенный фибринозно-гнойный перитонит: а, б — острая перфорация тонкой кишки

Послеоперационные осложнения почечной колики

Классификация послеоперационных осложнений

- Ранние – как правило, развиваются в первые 7 суток после операции;
- Поздние – развиваются через различные сроки после выписки из стационара

Со стороны раны:

1. Кровотечение из раны
2. Нагноение раны
3. Эвентрация
4. Послеоперационные грыжи
5. Лигатурные свищи

Со стороны оперированного органа (анатомической области):

- Несостоятельность швов анастомоза (желудка, кишки, бронха и пр.).

- Кровотечение.
- Формирование стриктур, кист, свищей (внутренних или наружных).
- Парезы и параличи.
- Гнойные осложнения (абсцессы, флегмоны, перитонит, эмпиема плевры и пр.).

Со стороны других органов и систем:

- Со стороны ССС – острая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, тромбозы и тромбофлебтиты, ТЭЛА;
- Со стороны ЦНС – острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), парезы и параличи;
- Острая почечная, печеночная недостаточность.
- Пневмония.

Послеоперационные осложнения можно представить в виде схемы



Послеоперационные осложнения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

1. Несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы.

Несостоятельность швов связана, как правило, с их прорезыванием в результате слабости неполноценных тканей в зоне язвы или технических погрешностей. Наличие несостоятельности швов ведет к развитию перитонита и требует срочной релапаротомии. Результаты лечения во многом зависят от сроков диагностики этого осложнения. В этих случаях ценным диагностическим приемом является дача больному 1-2 глотков водорастворимого контраста для выявления несостоятельности швов, что позволяет на рентгенограмме выявить выход контрастного вещества за пределы полого органа. Другими информативными методами исследования являются фиброгастродуоденоскопия и лапароскопия.

Повторное ушивание язвы требует экономного иссечения омертвевших тканей на месте дефекта стенки с целью ушивания полноценных тканей и перитонизацию их сальником на ножке. К этому месту следует подвести через отдельный разрез силиконовый дренаж. Обязательным этапом в этих случаях является установка двухпросветного чрезназального зонда для декомпрессии и раннего энтерального зондового питания.

2. Желудочно-кишечное кровотечение.

Грозным осложнением в послеоперационном периоде является желудочно-кишечное кровотечение, которое возникает из ушитой язвы, или из второй язвы желудка и 12-перстной кишки. При кровотечении необходимо выполнить иссечение язвы с ушиванием, или резекцию желудка (при отсутствии разлитого перитонита). У ослабленных больных пожилого и старческого возраста возможно ограничиться прошиванием места кровотечения.

3. Нарушение эвакуации из желудка.

В послеоперационном периоде нарушение эвакуации из желудка проявляется срыгиванием и рвотой. Это осложнение может быть обусловлено функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта или иметь механическую природу. С диагностической и лечебной целью в этих случаях показано введение назогастрального зонда и эвакуация содержимого из желудка. Одновременно больному осуществляют парентеральное питание, коррекцию электролитов и активную борьбу с послеоперационным парезом кишечника (гипертонический раствор хлорида натрия внутривенно, прозерин по 1 мл 2-3 раза в день подкожно, двухсторонняя новокаиновая

паранефральная блокада и др.). Необходимо рентгенологическое обследование желудка с целью установления причины непроходимости.

Если после проведенной в течении 5-6 дней консервативной терапии, несмотря на отсутствие пареза кишечника, явления застоя в желудке не разрешаются или рентгенологически определяется непроходимость анастомоза - показана релапаротомия.

Механические причины эвакуации из желудка при ушивании язвы могут быть следующие:

- наличие стеноза не выявленного во время операции;
- сужение области привратника в результате ушивания (дефект техники);
- резко выраженный перигастрит и перидуоденит.

При наличии механической причины нарушения эвакуации содержимого из желудка следует выполнить резекцию желудка. У больных с крайне высокой степенью операционного риска показано наложение гастроэноаноанастомоза.

4. Гнойные осложнения брюшной полости.

К этой группе осложнений относятся поддиафрагмальный, подпеченочный абсцессы, абсцесс Дугласова пространства и межкишечные абсцессы. Эти осложнения чаще всего связаны недостаточно тщательным туалетом брюшной полости, а также вирулентностью микроорганизмов. Для своевременной диагностики гнойных осложнений брюшной полости следует своевременно обращать внимание на появление болей в животе, наличие упорного пареза желудочно-кишечного тракта, гипертермии, увеличение ЧСС, воспалительные сдвиги в лейкоцитарной формуле.

С целью инструментальной диагностики внутрибрюшинных осложнений показано применение эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых, радионуклидных, ангиографических исследований, компьютерной и магнито-резонансной томографии.

При наличии клинических лабораторно-инструментальных данных о развитии внутрибрюшных гнойных осложнений показано вскрытие и дренирование гнойников с использованием стандартных доступов (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс Дугласова пространства и др.).

Роль медицинского персонала

От медицинского персонала зависит профилактика, ранняя диагностика и лечение послеоперационных осложнений при острых хирургических заболеваниях.

Вывод

Вопросы абдоминальной хирургии занимают одно из первых мест среди всех общехирургических проблем, так как операциям подвергается огромное число людей. Послеоперационные осложнения, требующие повторных вмешательств, тоже неуклонно растут. В своей работе даже опытный хирург не может всего предвидеть, не всегда имеет в своем распоряжении достаточно надежных средств и времени, чтобы гарантировать благоприятный исход операции. Однако, любой исход должен иметь объяснение, сделано все необходимое, что возможно было сделать в данном случае.

Диагностика ранних послеоперационных осложнений трудна. Она обусловлена в первую очередь характером и тяжестью основного заболевания, поздним проявлением, недостаточно тщательной ревизией органов брюшной полости, недостаточной санацией и адекватностью дренирования; во-вторых, зависит от опыта хирурга, наличия хорошо организованной диагностической службой, оснащением современной аппаратурой.

Список литературы

- Клиническая хирургия. Национальное руководство. // Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М. - ГЭОТАР-Медиа. – 2009, linmed.ru
- Методическая разработка к практическому занятию ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Изд. УГМА, Екатеринбург, 2011, studfiles.net
- Методическая разработка к практическому занятию «Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложнённая перфорацией» Изд. УГМА, Екатеринбург, 2011, studfiles.net
- Неотложная хирургия органов брюшной полости: Учебное пособие для студ. мед. вузов/ Под ред. В. В. Левановича. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007, linmed.ru
- Руководство по скорой медицинской помощи. 2007, медпортал.com
- Хирургические болезни Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений // Под ред. А.Ф. Черноусова - М. ГЭОТАР-Медиа. 2010, cheb-bsmp.med.cap.ru

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 10 группы
Рамжаевой А.С.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаний по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии. Качество литературы и надежность информационных источников, логичность, убедительное изложение материала с использованием данных экспериментальных исследований, доказательств материалов, найденных в процессе работы студента позволяют признать аргументированность исследования.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, и заслуживает оценки «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.