



В. О. Сипливий,
І. А. Криворучко,
О. В. Євтушенко,
Б. В. Менкус,
Д. В. Євтушенко

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

РЕЛАПАРОТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Резюме. Релапаротомія в лікуванні післяопераційних ускладнень хірургічних операцій на органах черевної порожнини залишається складною проблемою сучасної хірургії.

Мета: вивчити причини виконання релапаротомій після хірургічних операцій на органах черевної порожнини залежно від характеру першого оперативного втручання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз виконання 74 релапаротомій після хірургічного лікування патології органів черевної порожнини. Перше оперативне втручання проведено з приводу гострого холециститу (11 хворих), холедохолітазу (4), гострого деструктивного апендициту (8), перфоративної виразки шлунку чи дванадцятипалої кишки (8), защемленої грижі (5), злукової кишкової непрохідності (9), перфорація тонкої або товстої кишок (7), непрохідності товстої кишки пухлинного генезу (19). Показами до виконання релапаротомій були перитоніт, рання злукова кишкова непрохідність, внутрішньочеревна кровотеча.

Висновки. Ускладнення, пов'язані з інтраабдомінальною інфекцією — перитоніт, що продовжується, перитоніт внаслідок неспроможності швів анастомозів є найбільш частою причиною релапаротомій після операцій на органах черевної порожнини, що потребує удосконалення як технології операцій, так і антибактеріальної терапії. Релапаротомія є життєвозберігаючою операцією при розвитку інтраабдомінальних ускладнень, але пов'язана з великим ризиком летальності.

Ключові слова: *релапаротомія, хірургічна операція, інтраабдомінальні ускладнення.*

Вступ

Релапаротомія в лікуванні післяопераційних ускладнень хірургічних операцій на органах черевної порожнини залишається складною проблемою сучасної хірургії. В літературі більше висвітлюються успіхи в лікуванні хірургічної патології, а робіт, присвячених лікуванню ускладнень операцій, мало. [1,2] Але релапаротомій виконуються повсюдно.

Частота релапаротомій коливається від 0,5 до 15 % і пов'язана з високою летальністю — від 24 до 71 % [1,2,3,5].

Релапаротомії виконують з приводу післяопераційного перитоніту, внутрішньочеревних абсцесів, кровотеч і т.д. [4,5,6]

Для об'єктивізації тяжкості стану хворого, прогнозування летальності, застосовують різні оціночні шкали тяжкості стану хірургічного хворого, а для обґрунтування релапаротомій — шкалу оцінки ентеральної недостатності [7,8].

Актуальним залишається питання аналізу характеру інтраопераційних ускладнень, ефективності їх лікування.

Мета дослідження

Вивчити причини виконання релапаротомій після хірургічних операцій на органах черевної порожнини, залежно від характеру першого оперативного втручання.

Матеріали та методи досліджень

Проведено ретроспективний аналіз виконання 74 релапаротомій після хірургічного лікування патології органів черевної порожнини з 2010 по 2019 рік на базі одного загальнохірургічного відділення м. Харкова за час їх перебування на стаціонарному лікуванні. В аналіз не включенні повторні втручання на панкреонекроз, мезентеріальний тромбоз. Чоловіків було 37, жінок 37. Вік хворих коливався від 19 до 87 років, середній вік склав 62 роки. 44 (59,5 %) хворих були у віці старше 60 років: у віці від 61 до 75 років — 27 хворих, від 76 до 90 років — 17. Усім хворим релапаротомія виконувалась «за вимогою».

Перше оперативне втручання проведено з приводу жовчнокам'яної хвороби, гострого холециститу, холедохолітазу, гострого деструк-



тивного апендициту, перфоративної виразки шлунку чи дванадцятипалої кишки, защемленої грижі, злукової хвороби очеревини, непрохідності товстої кишки пухлинного генезу. Показами до виконання релапаротомії були перитоніт, рання злукова кишкова непрохідність, внутрішньочеревна кровотеча.

Усім хворим проводилось клініко-лабораторне дослідження: оцінювалась реакція периферичної крові, основні біохімічні показники та електроліти крові (загальний білок, білірубін, активність АСТ, АЛТ, сечовина, креатинін, K^+Na^+), коагулограма. Інструментальні дослідження включали: ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини, рентгенографію або рентгеноскопію органів черевної порожнини та грудної клітки.

Результати досліджень та їх обговорення

У хворих, оперованих з приводу ЖКХ, гострого холециститу релапаротомії виконані у 11 хворих, з них у 7 після лапароскопічної холецистектомії, у 4 — після відкритої. Показаннями до виконання релапаротомії після лапароскопічної холецистектомії у 5 випадках був великий дебіт виділення жовчі по дренажу та клініка жовчного перитоніту, у 2 — клініка кровотечі у черевну порожнину, у 1 — клініка перитоніту невстановленого характеру. Причиною жовчного перитоніту у 2 випадках було витікання жовчі через куксу пузирної протоки. Хворі оперовані на 5 та 9-ту добу після першої операції — проведено перев'язку кукси протоки, санацію та дренування черевної порожнини. У 3 випадках було діагностовано пошкодження гепатикохоледоху. Пошкодження у 1 хворого було діагностовано після конверсії з приводу внутрішньочеревної кровотечі — виконано зовнішній дренаж жовчної протоки. На другий день після першої операції проведено релапаротомію. Діагностовано другий тип пошкодження гепатикохоледоху за Bismuts — сформовано гепатикоєюноанастомоз за Ру. У подальшому, через 47 діб проведено третє втручання — розтин та дренування абсцесу S5, S7, S8 печінки. У 2 хворих пошкодження гепатикохоледоху діагностовано після проведення ЕРПХГ. В одному випадку релапаротомія проведена на 7 добу — накладено бігепатикоєюноанастомоз за Ру (четвертий тип пошкодження за Bismuts), у другому — на 9 добу (третій тип пошкодження за Bismuts) — накладено гепатикоєюноанастомоз за Ру. У подальшому в одному випадку проводилась пункція піддіафрагмального абсцесу під контролем УЗД, а потім виконана релапаротомія, санація та дренування абсцесу. В одного хворого проведено дві релапаротомії: на 3 добу - з приводу внутрішньочеревної кровотечі, 6 добу — з приводу

перитоніту. У одному випадку з клінікою не встановленого перитоніту на 6 добу проведено релапароскопію — діагностовано панкреатогенний перитоніт. Після холецистектомії відкритим способом показом до релапаротомії були: внутрішньочеревна кровотеча на першу добу після операції (1 випадок), жовчовитікання з клінікою жовчного перитоніту (2 випадки) — операції проведені на 2 та 6 добу, злукова непрохідність тонкої кишки (1 випадок) — релапаротомія проведена на 4 добу.

Релапаротомії проведено у 4 хворих з приводу ЖКХ, холедохолітіазу, гострого холангіту. У 2 випадках причиною релапаротомії було жовчовитікання з клінікою жовчного перитоніту. У одному випадку діагностовано випадіння зовнішнього дренажа холедоху — виконано повторне дренування, в другому — неспроможність шва холедоходуоденоанастомозу — проведено зовнішнє дренування холедоху, з ушиванням неспроможності анастомозу. У 1 хворого після холецистектомії з приводу гангренозного холециститу, гострого холангіту після ЕПСТ розвинулась клініка гострої шлунковокишечної кровотечі на третю добу. Діагностовано кровотечу з папілотомної рани — проведено релапаротомія, дуоденотомія, шов папіли. У 1 хворій старечого віку на 7 добу після операційного періоду розвинулась клініка гострої перфорації дванадцятипалої кишки — проведена релапаротомія (хвора померла).

Релапаротомія виконана у 8 хворих, оперованих з приводу гострого гангренозного або гострого гангренозно-перфоративного апендициту, апендикулярного абсцесу, перитоніту. Показами до релапаротомії у 6 хворих була клініка перитоніту. Релапаротомії у даних випадках виконані на 2–8 добу після першої операції — проведені санації черевної порожнини, з трансназальною інтубацією тонкої кишки. Помер один хворий похилого віку. У двох випадках релапаротомія проведена на 1 та 2 добу, у зв'язку з клінікою внутрішньочеревної кровотечі.

У хворих, оперованих з приводу перфоративної виразки, релапаротомії виконані у 10. У 8 випадках перша операція виконувалась з приводу перфоративної виразки, розповсюдженого перитоніту, абсцесів черевної порожнини. Релапаротомія у них проведена на 3–8 добу. У 1 випадку релапаротомія проведена з приводу інтраабдомінальної кровотечі на 2 добу, у 1 — на 4 добу з приводу неспроможності швів ушитої язви. Померло 5 хворих похилого та старечого віку з вираженою хронічною патологією, кахексією, розвитком поліорганної недостатності.

Із приводу защемленої післяопераційної вентральної грижі великих розмірів у поєднанні зі злуковою кишковою непрохідністю, перитоні-

том — оперовано 5 хворих. Показом до релапаротомії була клініка ентеральної недостатності та перитоніту. Релапаротомії проведені на 3-7 добу. Померло 2 хворих похилого віку.

Релапаротомію проведено у 9 хворих, оперованих з приводу гострої злукової кишкової непрохідності. При першій операції резекція ділянки тонкої кишки проведена у 2 випадках, ушивання перфорації тонкої кишки — у 1, інтубація тонкої кишки — у 6. Релапаротомія проведена на 3–7 добу у зв'язку зі збереженням клініки перитоніту. При релапаротомії кишкові нориці виявлені у 5 випадках, внутрішньочеревні абсцеси — у 2. У одному випадку релапаротомія проведена у зв'язку з клінікою внутрішньочеревної кровотечі - проведена спленектомія. Померло 2 хворих, яким проведена резекція тонкої кишки при першій операції внаслідок неспроможності швів анастомозу та перитоніту.

У хворих, оперованих з приводу перфорації тонкої або товстої кишок релапаротомія виконана у 7. При першій операції перфорація дивертикула кишки виявлена у 3 випадках, перфорація повздошньої кишки при хворобі Крона (1 випадок), ВІЛ інфекції в поєднанні з мікобактеріальною інфекцією (1 випадок), перфорація сигмоподібної кишки після її низведення (1 випадок). Ушивання перфоративного отвору при першій операції проведено у 4 випадках, резекція сигмоподібної кишки з накладанням анастомозу — у 1, правостороння геміколектомія — у 1, накладання сигмостоми — у 1 випадках. Повторні втручання проведені на 3–6 добу після першої. При релапаротомії сигмостомія проведена у 1 випадку, правостороння геміколектомія — у 1, у решти 5 проведена санація черевної порожнини з роз'єднанням злук. Померло 3 хворих: 1 хворий з ВІЛ інфекцією, 1 хворий — з перфорацією дивертикулу тонкої кишки, абсцесами черевної порожнини, загальним перитонітом, 1 хворий з перфорацією низведеної сигмоподібної кишки, абсцесом тазу та перитонітом.

У хворих, оперованих з приводу непрохідності товстої кишки пухлинного генезу, релапаротомія проведена у 19. Показами до першої операції у цій групі були явища кишкової непрохідності, клініка перитоніту або абсцесу черевної порожнини внаслідок перфорації пухлини. Релапаротомія проведена у 4 хворих після правобічної геміколектомії при першій операції. У 1 випадку спостерігалась неспроможність швів анастомозу (хворий помер), у 3 інших — явища злукової кишкової непрохідності — проведена трансназальна інтубація тонкої кишки. Після лівосторонньої геміколектомії релапаротомія проведена у 3 випадках. У 1 випадку спостерігався розрив висхідного

відділу товстої кишки, неспроможність швів анастомозу (проведена субтотальна колектомія, у 1 — після формування трансверзостоми показами до релапаротомії був перитоніт, у 1 — злукова хвороба. Померла хвора старечого віку.

Після виконання операції Гартмана релапаротомія проведена у 4 хворих. У 2 випадках показом до релапаротомії була клініка перитоніту у 2 — злукова непрохідність кишки на тлі перитоніту. Померло 3 хворих.

Після резекції сигмоподібної кишки у 2 хворих з накладанням швів апаратним методом показом до релапаротомії була клініка їх неспроможності. При релапаротомії сформовані колостоми.

У двох хворих з клінікою непрохідності тонкої та товстої кишок пухлинного генезу при першій операції проведено лікування непрохідності — трансназальна інтубація тонкої кишки. Після стабілізації стану хворих при релапаротомії проведено видалення пухлини - правобічна геміколектомія (1 випадок), операція Гартмана (1 випадок).

Після накладання обхідного анастомозу при першій операції для відновлення прохідності кишки без видалення пухлини внаслідок її поширеності у 2 хворих релапаротомія проведена внаслідок неспроможності швів. Помер 1 хворий. Усього в даній групі померло 6 хворих із 19.

Релапаротомію визначають як повторне розкриття черевної порожнини у перші 60 днів після хірургічного втручання на органах черевної порожнини. Релапаротомія, проведена у першу 21 добу після хірургічного втручання, визначається як рання релапаротомія, після 21 доби — пізня [3]. Найбільш частою причиною ранніх релапаротомій є ускладнення, пов'язані з першою операцією, такі як кровотеча, перитоніт, евентерація, а причиною пізніх релапаротомій — злукова кишкова непрохідність [1, 3, 5, 6].

У нашому дослідженні всі релапаротомії проведені у терміни від 1 до 15 доби після першої операції, тобто були ранніми. Тільки третя релапаротомія у хворого з кровотечею та пошкодженням гепатикохоledоху при лапароскопічній холецистектомії була проведена на 47 добу після першої операції - була пізньою.

Причини релапаротомій залежали від характеру хірургічної патології органів черевної порожнини, характеру та типу операції-лапароскопічна чи відкрита операція.

Найбільш частою причиною релапаротомій 59 (79.7 %) випадків були ускладнення, пов'язані з інтраабдомінальною інфекцією-перитоніт, що продовжується, неспроможність швів анастомозів. Це свідчить про необхідність подальшого удосконалення як технічних аспектів оперативних втручань, так і антибактеріальної терапії



інтраабдомінальної інфекції. Наші дані співпадають з даними літератури [2, 3, 4, 5].

Кровотеча була другою за частотою причиною релапаротомій — 8 (10.8 %) випадків, при цьому 4 з них спостерігались після холецистектомій, 2 — після апендектомії. Жовчовитікання та жовчний перитоніт після холецистектомії (лапароскопічної, відкритої) були третьою причиною — 7 (9.5 %) випадків релапаротомій. Наше дослідження показало, що пошкодження гепатикохоледоху при лапароскопічній холецистектомії супроводжується тяжкими ускладненнями, які потребували тривалого лікування, що співпадає з даними літератури [9].

Релапаротомія в лікуванні інтраабдомінальних ускладнень після хірургічних операцій на органах черевної порожнини пов'язана з високим ризиком летальності.

Висновки

1. Ускладнення, які пов'язані з інтраабдомінальною інфекцією — перитоніт, що продовжується, перитоніт внаслідок неспроможності швів анастомозів є найбільш частою причиною релапаротомій після операцій на органах черевної порожнини, що потребує удосконалення як технології операцій, так і антибактеріальної терапії.

2. Жовчовитікання і кровотеча є домінуючою причиною релапаротомій після холецистектомії. Пошкодження гепатикохоледоху при лапароскопічній холецистектомії супроводжуються тяжкими ускладненнями, які потребують тривалого лікування.

3. Релапаротомія є життєвозберігаючою операцією при розвитку інтраабдомінальних ускладнень, але пов'язана з великим ризиком летальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Ткаченко А. А. Релапаротомия. — Киев: Феникс, 2001. — 360 с.
2. Patel H., Patel P., Shah D. K. Relaparotomy in general surgery department of tertiary care hospital of Western India. *Int Surg.* 2017 Jan;4(1):344-347.
3. Michal Mik, J ustyna Magdzinska, Lukasz Dziki, Marcin Tchorzewski, Radzislaw Trzcinski. Relaparotomy in colorectal cancer surgery-Do any factors influence the risk of mortality? A case controlled study. *International Journal of Surgery* 12 (2014) 1192-1197.
4. Omer Basol, Husein Pulat, Ismail Zihni, Sedat Damar, Ali Duran et al. Predictive factors affecting mortality in relaparotomis. *Int J Clin Exp Med* 2016;9(7):14656-14662.
5. Кыжиров Ж. Н., Женталинова Н. А., Абуов С. М. и др. Релапаротомия в лечении послеоперационных осложнений при острой патологии органов брюшной полости. *Medicine (Almaty)*, №12 (186), 2017; 43-47.
6. Сипливый В. А., Гринченко С. В., Доценко и др. Релапаротомия в лечении распространенного перитонита послеоперационного перитонита. *Харківська хірургічна школа №2*, 2017; 46-49.
7. Сипливый В. А., Гринченко С. В., Доценко В. В., Евтушенко Д. В., Робак В. И. Релапаротомия и видеолапароскопия у больных с разлитым перитонитом с учетом показателей синдрома энтеральной недостаточности. *Вісник Української медичної стоматологічної академії. Актуальні проблеми сучасної медицини. Том 13, випуск 1 (41); 157-159.*
8. Сипливый В. А. Оценка тяжести состояния хирургического больного/ В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. — К. : «Майстерня книги», 2009. — 128 с.
9. Бойко В. В., Смачило Р. М., Малоштан О. В., Тищенко О. М. Жовчні нориці (сучасна концепція лікування) / Харків : Промінь, 2017. 160 с.

РЕЛАПАРОТОМИЯ
В ЛЕЧЕНИИ
ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
ХИРУРГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*В. А. Сипливый,
И. А. Криворучко,
А. В. Евтушенко,
Б. В. Менкус,
Д. В. Евтушенко*

Резюме. Релапаротомия в лечении послеоперационных осложнений хирургических операций на органах брюшной полости остается сложной проблемой современной хирургии.

Цель: изучить причины выполнения релапаротомий после хирургических операций на органах брюшной полости, в зависимости от характера первого оперативного вмешательства.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ выполнения 74 релапаротомий после хирургических операций на органах брюшной полости. Первое оперативное вмешательство проведено по поводу острого холецистита (11 больных), холедохолитиаза (4), острого деструктивного аппендицита (8), перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (8), ущемленной грыжи (5), спаечной кишечной непроходимости (9), перфорация тонкой или толстой кишок (7), непроходимости толстой кишки опухолевого генеза (19). Показаниями к выполнению релапаротомий были перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение.

Выводы: Осложнения, связанные с интраабдоминальной инфекцией - перитонит, несостоятельность швов анастомозов является наиболее частой причиной релапаротомий после операций на органах брюшной полости, требует совершенствования как технологии операций, так и антибактериальной терапии. Релапаротомия является жизнесберегающей операцией при развитии интраабдоминальных осложнений, но сопряжена с большим риском летальности.

Ключевые слова: *релапаротомия, хирургическая операция, интраабдоминальные осложнения.*

RELAPAROTOMY
IN THE TREATMENT
OF INTRA-ABDOMINAL
COMPLICATIONS OF
ABDOMINAL SURGERY

*V. A. Sypliviy,
I. A. Kryvoruchko,
A. V. Ievtushenko,
B. V. Menkus,
D. V. Ievtushenko*

Summary. Relaparotomy in the treatment of postoperative complications of abdominal surgery remains a complex problem in modern surgery.

Purpose: to study the causes of relaparotomy after surgical operations on the abdominal organs, depending on the nature of the first surgical intervention.

Material and Methods: A retrospective analysis of the performance of 74 relaparotomies after surgical treatment of abdominal pathology was performed. The first surgical intervention was performed because of acute cholecystitis (11 patients), choledocholithiasis (4), acute destructive appendicitis (8), perforated stomach or duodenal ulcers (8), strangulated hernia (5), adhesive intestinal obstruction (9), perforation of thin or colon (7), obstruction of the colon of tumor origin (19). Indications for relaparotomy were peritonitis, early adhesive intestinal obstruction, intraperitoneal bleeding.

Conclusions: Complications associated with intra-abdominal infection — peritonitis, peritonitis due to insolvency of anastomotic sutures, is the most common cause of relaparotomy after operations on the abdominal organs, requires improvement of both technology of operations and antibacterial therapy. Relaparotomy is a life-saving surgery in the development of intra-abdominal complications, but it is associated with a greater risk of mortality.

Key words: *relaparotomy, surgical operation, intra-abdominal complications.*