



В. І. Лупальцов, К. О. Вандер

ПРИЧИНИ РАННІХ РЕЛАПАРОТОМІЙ В ХІРУРГІЇ

*Харківський національний
медичний університет*

© В. І. Лупальцов, К. О. Вандер

Реферат. *Вступ.* Незважаючи на впровадження сучасних методів діагностики, тактики і лікування захворювань органів черевної порожнини, ризик розвитку ранніх післяопераційних ускладнень залишається високим.

Мета дослідження — уточнення причин ранніх післяопераційних ускладнень і показань до їх оперативного лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано 3947 історій хвороби пацієнтів, оперованих за невідкладними показаннями. У 73 випадках в ранньому післяопераційному періоді були виконані релапаротомії (1,85 %).

Результати та їх обговорення. Основною нозологічною одиницею, при оперативному лікуванні якої були виконані релапаротомії, був гострий апендицит. Далі були проривна пілопородуоденальна виразка і защемлена грижа різної локалізації. Основними показаннями до релапаротомії служили прогресуючий перитоніт, рання спайкова кишкова непрохідність, внутрішньочеревні абсцеси і інфільтрати. У двох випадках під час релапаротомії патології виявлено не було — мала місце гіпердіагностика післяопераційного перитоніту і неспроможності швів анастомозу.

Висновки. 1. Основною причиною релапаротомій в ургентній хірургії є прогресування доопераційного перитоніту. 2. Другою за значимістю патологією є рання післяопераційна спайкова непрохідність кишечника. 3. Помилки інтраопераційної діагностики, тактики і техніки є третьою за значимістю причиною ранніх релапаротомій.

Ключові слова: *релапаротомія, причини, ранній післяопераційний період.*

Вступ

Незважаючи на впровадження сучасних методів діагностики, тактики і лікування, ризик розвитку ранніх післяопераційних ускладнень залишається високим. Одним із складних моментів у практичній хірургії є прийняття рішення про необхідність повторної операції при розвитку ускладнень в ранньому післяопераційному періоді.

За даними літературних джерел частота релапаротомій коливається від 0,5 до 8 % загального числа хірургічних втручань, які виконуються на органах черевної порожнини, з летальністю до 70 % [1, 2, 3, 4].

Труднощі діагностики ускладнень в ранньому післяопераційному періоді обумовлені меншою виразністю клінічної картини, стертістю симптомів на тлі інтенсивної терапії.

Релапаротомія — це повторний розтин черевної порожнини, який виконується з приводу ускладнень. Існує і дещо інше визначення релапаротомії, а саме: повторна лапаротомія, що проводиться в післяопераційному періоді незабаром після першої операції одноразово або багаторазово з приводу основного захворювання.

Стосовно термінів, протягом яких ці операції проводяться, думки розходяться. Одні автори, до релапаротомії відносять ті оперативні втручання, які виконуються в ранньому післяопераційному періоді з приводу ускладнень, що виникли до виписки хворого зі стаціонару. Разом з тим, інші опоненти це поняття розширюють, розділяючи терміни виконання повторної операції на окремі періоди, які включають ранній і пізній.

Розрізняють релапаротомію «на вимогу» і релапаротомію «за програмою». Показання до програмованої релапаротомії визначають під час першого хірургічного втручання, виходячи з інтраопераційної оцінки тяжкості деструктивно-запального процесу в черевній порожнині. Релапаротомія «на вимогу» виконується в екстреному порядку в разі несприятливого перебігу, незважаючи на, здавалося б, ефективну операцію [5, 6, 7].

Ряд авторів вважає, що повторні оперативні втручання в ранньому післяопераційному періоді також можуть бути мініінвазивними й у ряді випадків відповідають хірургічному лікуванню, адекватному традиційним «відкритим» оперативним втручанням [6].



Мета дослідження

Уточнення причин ранніх післяопераційних ускладнень і термінів їх виконання.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано 3947 історій хвороби пацієнтів, оперованих за невідкладними показаннями в хірургічному відділенні КНП «Міська клінічна лікарня № 31» ХМР за останні 10 років.

У ранньому післяопераційному періоді (1-21 доба після операції) релапаротомія була виконана 73 пацієнтам (1,85 %). Серед повторно оперованих чоловіків було 61 %, жінок — 39 %; середній вік склав 43 роки.

Релапаротомія була виконана на 1 добу після операції у 3 пацієнтів, на 4-5 добу — у 59 пацієнтів, на 6-8 добу — у 7 пацієнтів, у 2 пацієнтів виконувалися програмовані релапаротомії.

Результати досліджень та їх обговорення

Основним захворюванням, при якому були виконані релапаротомії, був гострий апендицит (37); релапаротомії було виконано з таких причин:

- прогресування апендикулярного перитоніту — у 10 пацієнтів,
- рання спайкова кишкова непрохідність — у 13 пацієнтів,
- абсцеси черевної порожнини — у 3 пацієнтів,
- інфільтрат черевної порожнини — у 3 пацієнтів,
- кровотеча у черевну порожнину — у 3 пацієнтів;
- неспроможність кукси червоподібного відростка — у 1 пацієнта;
- нерозпізнані під час операції інші захворювання органів черевної порожнини — у 4 пацієнтів (розрив або перекут кісти лівого яєчника, дивертикул Меккеля).

На нашу думку, існуючий і досі діагноз «рання спайкова кишкова непрохідність», раціонально трактувати як форму перебігу післяопераційного перитоніту. Тоді у 62 % випадків релапаротомій при гострому апендициті причиною її був післяопераційний перитоніт. На жаль, сьогодні не існує обґрунтованих критеріїв, за якими можна достовірно диференціювати в післяопераційному періоді прогресуючий доопераційний перитоніт від післяопераційного перитоніту, як ускладнення інтраопераційних похибок і помилок техніки, тактики або особливостей захворювання у конкретного хворого.

На другому місці були пацієнти з проривною пілородуоденальною виразкою — 16 випадків; причинами релапаротомій були:

- прогресування перитоніту — у 8 пацієнтів,

- рання спайкова кишкова непрохідність — у 4 пацієнтів,
- абсцеси черевної порожнини — у 3 пацієнтів,
- неспроможність швів — у 1 пацієнта.

Як бачимо, і тут у 75 % пацієнтів показанням для релапаротомії був післяопераційний розповсюджений перитоніт.

Третє місце склали пацієнти, оперовані з приводу защемлених гриж різної локалізації (7 пацієнтів) з такими показаннями до релапаротомії:

- некроз защемленої кишкової петлі — у 4 пацієнтів,
- рання спайкова кишкова непрохідність — у 1 пацієнта,
- абсцеси черевної порожнини — у 1 пацієнта
- неспроможність швів анастомозу — у 1 пацієнта.

Ця група пацієнтів суттєво відрізняється від попередніх — у 86 % випадків (якщо об'єднати 1, 3 і 4 групи) причиною релапаротомії були похибки визначення життєздатності защемленої кишкової петлі.

Пацієнти, оперовані з приводу різних видів гострої кишкової непрохідності, були на четвертому місці (9); причинами релапаротомій були:

- післяопераційний перитоніт — у 2 пацієнтів,
- рання спайкова кишкова непрохідність — у 2,
- кровотеча у черевну порожнину — у 1,
- неспроможність швів — у 3;
- евентрація — у 1.

У цій групі також перитоніт був основною причиною релапаротомії.

У двох випадках релапаротомію було виконано з приводу рецидиву шлунково-кишкової кровотечі виразкової етіології.

Ще у двох випадках під час релапаротомії патології виявлено не було, мала місце гіпердіагностика післяопераційного перитоніту в одному випадку і неспроможність швів — в іншому.

У всіх випадках релапаротомія виконувалася з серединного доступу з ретельною ревізією регіону операції на предмет технічних помилок.

Аналіз отриманих даних дає можливість таким чином класифікувати причини релапаротомій:

I. Ускладнення основного захворювання:

- прогресування основного захворювання;
- ускладнення основного захворювання, що розвинулися після операції;

II. Ускладнення операції:

- похибки хірургічної техніки під час операції;
- похибки хірургічної тактики під час операції;



- похибки післяопераційного ведення пацієнтів (раннє видалення дренажів, неадекватна антибактеріальна терапія тощо);

III. Захворювання, не діагностовані під час операції.

IV. Хибна релапаротомія:

- внаслідок гіпердіагностики ускладнень;
- запланована, але без належних показань.

Найбільш складною виявилася діагностика неспроможності швів анастомозу після резекції тонкої кишки, що було обумовлено малосимптомним протіканням цього ускладнення на тлі антибіотикотерапії, інтубованого кишечника й літнього або старечого віку пацієнтів.

Обґрунтованість і ефективність програмованих релапаротомій оцінити складно через малу кількість спостережень.

Висновки

1. Основною причиною релапаротомій в ургентній хірургії є прогресуючий перитоніт.
2. Залишається складною інтраопераційна діагностика життєздатності защемленої кишкової петлі.
3. Помилки інтраопераційної діагностики, тактики і техніки є третьою за значимістю причиною ранніх релапаротомій.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Асомов ХХ, Рискієв УР. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Вестник экстренной медицины. 2010;4:90-3.
2. Батян НП. Клинические вопросы релапаротомии. Минск: Вышэйная школа; 1982. 124 с.
3. Гулов МК, Курбонов КМ. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения. Хирургия. 2004;10:24-6.
4. Bader FG, Schroder M, Kujath P, Muhl E. Diffuse postoperative peritonitis – value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy. Eur. j. med. res. 2009;14(11):491-6.
5. Novak P. Secondary peritonitis prognosis assessment. Rozh. Chir. 2011;90(10):543-8.
6. Wang YC. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery. Am. Surg. 2012;78(9):926-32.
7. Gloor B, Wente MN, Muller CA. Indications for surgical therapy and operative technique in acute pancreatitis. Swiss. Surg. 2000;6:241-3.

REFERENCES

1. Asomov XX, Riskiev UR. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie rannih posleoperacionnyh vnutribryushnyh oslozhnenij. Vestnik ekstrenoj mediciny. 2010;4:90-3 [In Rus.].
2. Batyan NP. Klinicheskie voprosy relaparotomii. Minsk: Vyshejnaya shkola; 1982. 124 s. [In Bel.].
3. Gulov MK, Kurbonov KM. Posleoperacionnye vnutribryushnye krvotoczenia. Hirurgiya. 2004;10:24-6 [In Rus.].
4. Bader FG, Schroder M, Kujath R, Muhl E. Diffuse postoperative peritonitis – value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy. Eur. j. med. res. 2009;14(11):491-6.
5. Novak P. Secondary peritonitis prognosis assessment. Rozh. Chir. 2011;90(10):543-8.
6. Wang YC. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery. Am. Surg. 2012;78(9):926-32.
7. Gloor B, Wente MN, Muller CA. Indications for surgical therapy and operative technique in acute pancreatitis. Swiss. Surg. 2000;6:241-3.

ПРИЧИНЫ РАННИХ РЕЛАПАРОТОМИЙ В ХИРУРГИИ

В. И. Лупальцов, К. А. Вандер

Реферат. Введение. Несмотря на внедрение современных методов диагностики, тактики и лечения заболеваний органов брюшной полости, риск развития ранних послеоперационных осложнений остаётся высоким.

Цель исследования — уточнение причин ранних послеоперационных осложнений и показаний к их оперативному лечению.

Материалы и методы. Проанализированы 3947 историй болезни пациентов, оперированных по неотложным показаниям. В 73 случаях в раннем послеоперационном периоде были выполнены релапаротомии (1,85 %).

Результаты и их обсуждение. Основной нозологической единицей, при оперативном лечении которой были выполнены релапаротомии, был острый аппендицит. Далее были прободная пилородуоденальная язва и ущемлённая грыжа различной локализации. Основными показаниями к релапаротомии были прогрессирующий перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшные абсцессы и инфильтраты. В двух случаях во время релапаротомии патологии выявлено не было — имела место гипердиагностика послеоперационного перитонита и несостоятельности швов анастомоза.

Выводы. 1. Основной причиной релапаротомий в ургентной хирургии является прогрессирование дооперационного перитонита. 2. Второй по значимости патологией является ранняя послеоперационная спаечная непроходимость кишечника. 3. Ошибки интраоперационной диагностики, тактики и техники являются третьей по значимости причиной ранних релапаротомий.

Ключевые слова: *релапаротомия, причины, ранний послеоперационный период.*

CAUSES OF EARLY RELAPAROTOMIES IN SURGERY

V. I. Lupaltsov, K. O. Vander

Summary. Introduction. Despite the introduction of modern methods of diagnosis, tactics, and treatment of diseases of the abdominal organs, the risk of developing early postoperative complications remains high.

The aim of this study is to clarify the causes of early postoperative complications and indications for their surgical treatment.

Materials and methods. 3947 case histories of patients operated on for urgent indications were analyzed. In 73 cases, relaparotomies were performed in the early postoperative period (1.85 %).

Results and discussion. The main nosologic unit, during the surgical treatment of which relaparotomies were performed, was acute appendicitis. Then there was a perforated pyloroduodenal ulcer and a strangulated hernia of various localization. The main indications for relaparotomy were progressive peritonitis, early adhesive intestinal obstruction, intra-abdominal abscesses, and infiltrates. In two cases, no pathology was detected during relaparotomy — there was an over diagnosis of postoperative peritonitis and anastomotic suture failure.

Conclusion. 1. The main cause for relaparotomies in urgent surgery is the progression of preoperative peritonitis. 2. The second important cause is early postoperative adhesive intestinal obstruction. 3. Errors in intraoperative diagnostics, tactics, and techniques are the third leading cause of early relaparotomies.

Key words: *relaparotomy, causes, early postoperative period.*