

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕЛАПАРОТОМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

С. В. Малик, В. І. Подлесний, Д. О. Лавренко, І. В. Ксьонз

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м.Полтава

EXPERIENCE OF RELAPAROTOMY APPLICATION IN SURGICAL TREATMENT OF THE ABDOMINAL CAVITY ORGANS DISEASES

S. V. Malyk, V. I. Podlesnyi, D. O. Lavrenko, I. V. Ksyonz

Лікування ускладнень, що виникають після операцій на органах черевної порожнини, є актуальною проблемою абдомінальної хірургії [1 – 3]. За даними статистики, частота повторних оперативних втручань становить 0,5 – 7% в структурі всіх операцій з використанням лапаротомії [3], при цьому летальність, сягає 23,6 – 74,7% [4, 5]. Особливо небезпечні оперативні втручання, що виконують за невідкладними показаннями, після яких частота повторних операцій становить у середньому 3,6% [6, 7].

На теперішній час питання релапаротомії пов'язане, насамперед, з технічними та тактичними труднощами, деонтологічними проблемами та необхідністю аналізувати власні помилки й невдачі [4, 8].

Мета дослідження: визначити місце релапаротомії в структурі оперативних втручань на органах черевної порожнини, проаналізувати показання і строки її виконання.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В період з 2011 по 2014 р. в хірургічній клініці 1–ї міської клінічної лікарні (м. Полтава) релапаротомія виконана у 127 хворих. Вік пацієнтів від 16 до 94 років, у середньому 55 років. Працездатного віку було 68 (53,5%) хворих. Чоловіків було 66, жінок – 61. Хворі обстежені з використанням клінічних, лабораторних, та інструментальних (ультразвукове дослідження, гастродуоденофіброскопія, комп'ютерна томографія, рентгенологічні дослід-

Реферат

За період з 2011 по 2014 р. у хірургічній клініці 1–ї міської клінічної лікарні (м. Полтава) релапаротомія виконана у 127 хворих. Встановлено, що релапаротомія є безальтернативним оперативним втручанням з приводу таких загрозливих для життя станів, як внутрішньочеревна кровотеча, непрохідність кишечника у стадії декомпенсації, евентрація, прогресуючий перитоніт, абдомінальний компартмент синдром III – IV ступеня. Частота використання релапаротомії після виконання ургентних оперативних втручань більша, ніж після планових (співвідношення 4 : 1). Для покращення результатів лікування потрібні індивідуальна оцінка стану та вибір оптимальної хірургічної тактики під час первинного та повторного оперативного втручання.

Ключові слова: черевна порожнина; післяопераційні ускладнення; релапаротомія; лапаростома.

Abstract

During 2011 – 2014 yrs in Surgical Clinic of The First City Clinic (Poltava) a relaparotomy was performed in 127 patients. There was established, that relaparotomy constitutes the only one procedure for such life threatening states, as intraabdominal bleeding, ileus in a decompensation stage, eventration, progressing peritonitis, abdominal compartment syndrome stages III – IV. The rate of relaparotomy application after performance of urgent operative interventions is bigger than after planned operations (ratio 4 : 1). Individual estimation of a state and choice of optimal surgical tactics during primary and secondary operative interventions are needed to improve the results of treatment.

Key words: abdominal cavity; postoperative complications; relaparotomy; laparostomy.

ження) методів, консультацій суміжних фахівців.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Первинні операції були плановими у 24 (18,9%) хворих, за невідкладними показаннями оперовані 103 (81,1%).

Втручання виконували за таких нозологічних форм (табл. 1)

Для об'єктивної оцінки стану хворих та встановлення його тяжкості застосовували такі шкали [7 – 11].

1. Класифікація гострих порушень функцій органів і систем при синдромі поліорганної недостатності (за В. В. Чаленко, 1998).

2. Шкала оцінки тяжкості хворих з гострим сепсисом (В. О. Сипливий, 2005).

3. Оцінка тяжкості стану хворого за шкалою APACHE II (1985).

4. Шкала SOFA (Sequential Organ Failure Assessment, 1994).

5. Мангеймський індекс перитоніту (1987) та обчислення прогнозованої летальності (1994).

6. Прогностичний індекс релапаротомії (1993).

7. Індекс черевної порожнини (1998).

8. Критерії діагностики сепсису з класифікацією Американського коледжа пульмонологів і Товариства спеціалістів з критичної медицини (ACCP/SCCM, 1992).

Таблиця 1. Захворювання органів черевної порожнини

Захворювання	Кількість хворих	
	абс.	%
Злоякісні новоутворення	24	18,9
ЖКХ. Хронічний холецистит (нориці, жовтяниця)	13	10,2
Виразкова хвороба шлунка та ДПК	12	9,4
Порушення мезентеріального кровообігу	11	8,7
Гострий панкреатит	9	7,1
Гострий апендицит	8	6,3
Гостра спайкова непрохідність кишечника	7	5,5
Травма органів	7	5,5
ЖКХ. Гострий холецистит	5	4,0
Хвороба Крона	4	3,1
Хронічний панкреатит (псевдокіста ПЗ)	4	3,1
Флегмона заочеревинного простору	4	3,1
Защемлена грижа	4	3,1
Піосальпінкс	3	2,4
Післяопераційна грижа черевної стінки	2	1,6
Абсцес печінки	2	1,6
Дивертикульоз товстої кишки	1	0,8
Нориці тонкої та товстої кишки	1	0,8
Первинний бактеріальний перитоніт	1	0,8
Перфорація прямої кишки	1	0,8
Аденома передміхурової залози	1	0,8
Поліп сліпої кишки	1	0,8
Гострий гнійний парапроктит	1	0,8
Пролежні сечового міхура	1	0,8
Разом ...	127	100

Примітка. ЖКХ – жовчнокам'яна хвороба; ДПК – дванадцятипала кишка; ПЗ – підшлункова залоза.

Таблиця 2. Причини виконання повторних оперативних втручань

Захворювання	Кількість хворих	
	абс.	%
Абсцес черевної порожнини і заочеревинний	23	18,1
Внутрішньочеревна кровотеча, гематоми	18	14,1
Прогресуючий перитоніт	16	12,5
Непрохідність кишечника	11	8,7
Перфорація гострих виразок	9	7,1
Евентрація	9	7,1
Жовчний перитоніт	8	6,3
Неспроможність швів	8	6,3
Післяопераційний панкреатит(панкреонекроз)	4	3,1
Search control	4	3,1
Ятрогенні пошкодження	3	2,4
Damage control	2	1,6
Діагностична релапаротомія	2	1,6
Нориці травного каналу	2	1,6
Мезентеріальний тромбоз	2	1,6
Резидуальний холедохолітаз	2	1,6
Відрив, міграція дренажів у черевну порожнину	2	1,6
Шлунково-кишкова кровотеча	1	0,8
Перфорація хронічної виразки ДПК	1	0,8
Разом ...	127	100

Встановлені основні причини виконання повторних оперативних втручань, насамперед, це: абсцес че-

ревної порожнини та заочеревинного простору — у 23 (18,1%) хворих, внутрішньочеревна кровотеча

та гематоми — у 18 (14,1%), прогресуючий перитоніт — у 16 (12,5%), післяопераційна рання спайкова непрохідність кишечника — в 11 (8,7%), евентрація — у 9 (7,1%), перфорація гострих виразок — у 9 (7,1%), жовчний перитоніт — у 8 (6,3%), неспроможність швів анастомозів — у 8 (6,3%), Damage control, Search control — у 6 (4,8%), післяопераційний панкреонекроз — у 4 (3,1%), інші причини — у 15 (11,9%), поєднані ускладнення спостерігали у 21 хворого.

Залежно від показань до виконання повторних оперативних втручань пацієнти розподілені на клінічні групи.

1. У 57 пацієнтів відзначали прогресування та ускладнений перебіг основного захворювання (абсцес черевної порожнини, прогресуючий перитоніт, перфорація гострих виразок, нориці травного каналу).

2. У 3 пацієнтів виявлені конкуруючі гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, що виникли після операції (ракова непрохідність товстої кишки, перфорація хронічної виразки ДПК, кровотеча з хронічної виразки ДПК).

3. У 67 хворих виникли ускладнення внаслідок виконання оперативного втручання (евентрація, ятрогенні ушкодження, внутрішньочеревна кровотеча, спайкова непрохідність кишечника, неспроможність кишкових швів, післяопераційний панкреатит тощо). Захворювання, з приводу яких здійснено релапаротомію, наведені у *табл. 2*.

Релапаротомія "на вимогу" виконана у 96 (75,6%) хворих, програмована лапаросанация, в тому числі search та damage control — у 21 (16,5%), поєднані показання до виконання повторних оперативних втручань — у 10 (7,9%).

Відкрите ведення черевної порожнини (лапаростомія) застосовували для запобігання абдомінального компартмент синдрому, при термінальному перитоніті та множинних абсцесах черевної порожнини, рецидивуючій перфоративній порожнинних органів, дефекті передньої черевної стінки після травми або некритичного фасцитів, необхідності візуального контролю органів,

що перебували у стані некробіозу (сегменти кишечника при мезентеріальному тромбозі та травмі, анастомози та шви кишечника).

В одного пацієнта у середньому виконано 2,5 операції (табл. 3).

Після виконання повторних оперативних втручань, померли 29,9% хворих. Основною причиною смерті була поліорганна недостатність на тлі інтоксикації.

ВИСНОВКИ

1. Релапаротомія є безальтернативним оперативним втручанням з приводу таких загрозливих для життя станів, як внутрішньочеревна кровотеча, непрохідність кишечника у стадії декомпенсації, евентрація, прогресуючий перитоніт, абдомінальний компартмент синдром III — IV ступеня тощо. Частота виконання релапаротомії після ургентних оперативних втручань більша, ніж після планових (співвідношення 4 : 1).

Таблиця 3. Кількість повторних оперативних втручань

Кількість операцій в одного хворого	Кількість хворих	Загальна кількість операцій
1	2	2
2	92(11)	184
3	18	54
4	7	28
5	4	20
7	2(1)	14
10	1	10
13	1	13
<i>Примітка.</i>	В дужках наведена кількість хворих, первинно оперованих в інших лікувальних закладах.	

2. Основними показаннями до виконання релапаротомії є прогресування (ускладнений перебіг) основного захворювання та ускладнення, що виникли під час виконання першого оперативного втручання.

3. Після повторного оперативного втручання летальність становила 29,9%.

4. Для покращення результатів лікування необхідні індивідуальна оцінка стану хворого та вибір оптимальної хірургічної тактики під час виконання первинного та повторного оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

- Бойко В. В. Влияние цитокиноориентированной терапии на частоту развития гнойно—септических осложнений и выживаемость больных с послеоперационным перитонитом / В. В. Бойко, Ю. В. Иванова // Хірургія України. — 2011. — № 2 (38). — С. 54 — 59.
- Лапаростомия в сочетании с вакуум—терапией в комплексном лечении вторичного генерализованного перитонита / Ю. З. Лифшиц, П. А. Зайченко, В. Л. Валецкий [и др.] // Там же. — 2012. — № 2. — С. 37 — 40.
- Factors affecting mortality in generalized postoperative peritonitis: multivariate analysis in 96 patients / S. Mulier, F. Penninckx, C. Verwaest, L. Filez // World J. Surg. — 2003. — Vol. 27, N 4. — P. 379 — 384.
- Кондратенко П. Г. Роль и место релапаротомии в лечении тяжелых форм распространенного перитонита / П. Г. Кондратенко, Е. А. Мумров // Харк. хірург. школа. — 2005. — № 1.1 (15). — С. 38 — 40.
- Батян Н. П. Клинические вопросы релапаротомии / Н. П. Батян. — Минск, 1982. — 126 с.
- Андрющенко В. П. Програмована і вимушена релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії / В. П. Андрющенко, С. Т. Федоренко, Л. Р. Чайковська // Харк. хірург. школа. — 2006. — № 1(20). — С. 137 — 140.
- Mariette C. Surgical management of post—operative peritonitis / C. Mariette // J. Chir. (Paris). — 2006. — Vol. 143, N 2. — P. 84 — 87.
- Mannheimer Peritonitis—Index / M. Linder, H. Wascha, U. Feldmann [et al.] // Chirurg. — 1987. — Bd. 58, H. 2. — S. 84 — 92.
- Сипливый В. А. Оценка тяжести состояния хирургического больного / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь. — К.: Наук. світ, 2004. — 101 с.
- Иванова Ю. В. Комплексное лечение интраабдоминальных форм гнойно—септических осложнений / Ю. В. Иванова, И. В. Гусак // Клін. хірургія. — 2007. — № 5—6. — С. 70.
- Сипливый В. А. Шкала оценки тяжести состояния больных с острым сепсисом / В. А. Сипливый, С. В. Гринченко, А. В. Береснев // Там же. — 2005. — № 3. — С. 46 — 49.

