

УДК 617 Р31

РЕЛАПАРОТОМИЯ: ПОКАЗАНИЯ, ТАКТИКА, РЕЗУЛЬТАТЫ

А.Д. АСЛАНОВ, Л.М. САХТУЕВА, О.Е. ЛОГВИНА, А.В. ЖИРИКОВ

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Резюме: На основании анализа 164 наблюдений (1,8% от общего числа операций на органах брюшной полости) авторы дают более точные показания к ранней релапаротомии и выработки оптимальной хирургической тактики устранения осложнений, возникающих после первичных операций. Они рекомендуют более широкое применение дополнительных методов диагностики послеоперационных осложнений, что приведет к снижению летальности после релапаротомий.

Ключевые слова: релапаротомия, перитонит, кровотечение, острая кишечная непроходимость, неинвазивные методы.

RELAPAROTOMY: INDICATIONS, TACTICS, RESULTS

ASLANOV A.D., SAHTUEVA L.M., LOGVINA O.E., JIRIKOV A.V.

Kabardino-Balkaria State University. H.M. Berbekova

Summary: Based on an analysis of 164 observations amounting to 1,8% of the total numbers of operations on organs of the abdominal cavity the authors give more exact indications to early relaparotomy and to more optimal methods to eliminate complications appearing after primary operations. They recommend wider use of addicional methods of diagnosis of postoperative complications which will result in less lethality after relaparotomies.

Key words: relaparotomies, perinoties, bleeding, acute intestinal obstruction, minimally invasive techniques.

Введение

Релапаротомия – это повторная лапаротомия, проводимая в послеоперационном периоде вскоре после первой операции однократно или многократно по поводу основного заболевания. Показания к релапаротомии следующие:

1. Прогрессирование основного заболевания (перитонит, панкреонекроз, инфаркт кишечника). Релапаротомия в хирургии желчно-каменной болезни (истечение желчи из ложа желчного пузыря и холедоха при его дренировании). Основными причинами могут быть распространенность заболевания, неадекватный объем первого вмешательства или неэффективность послеоперационной консервативной терапии.

2. Осложнение основного заболевания (абсцессы, флегмоны, аррозивные кровотечения, спаечная кишечная непроходимость).

3. Обострение или возникновение в послеоперационном периоде конкурирующих хирургических заболеваний (язвы, дивертикул, острый панкреатит).

4. Осложнения вследствие нарушения хирургической техники (недостаточность швов, недостаточность анастомозов, инородные тела, кровотечения по причине недостаточного гемостаза – соскальзывание лигатур).

Релапаротомия до настоящего времени остается важным методом лечения для устранения осложнений при операциях

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 [1].

Вызывает тревогу ситуация, когда частота релапаротомий после urgentных операций на органах брюшной полости остается стабильной, а послеоперационная летальность остается стабильно высокой [2].

Трудности диагностики послеоперационных осложнений и постановки показаний к релапаротомии связаны как с объективными причинами – с развитием интенсивной терапии, так и с субъективными – наличием психологического негативизма к повторной операции у хирурга и пациента.

Учитывая это, количество оперативных вмешательств, производимых на органах брюшной полости, постоянно расширяется, среди оперированных больных увеличивается количество лиц пожилого и старческого возраста, что обостряет проблему ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, требующих выполнения релапаротомий [3].

Материал и методы исследования

С целью уточнения причин, ведущих к повторным операциям на органах брюшной полости, своевременной диагно-

стики осложнений и выработки оптимальной хирургической тактики при них нами проанализированы 164 наблюдения (1,8% от общего числа операций – 9095 – на органах брюшной полости) релапаротомий, имевших место в работе наших двух клиник за последние 10 лет. За указанный период на органах брюшной полости выполнено 1332 плановых операций и 7763 – экстренных. Среди повторно оперированных мужчин было 106, женщин – 58. Больных старше 50 лет было 88 (53,5%). Операции, при которых возникли различные послеоперационные осложнения, потребовавшие релапаротомии, и результаты их (летальность) представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Характеристика больных,
которым выполнены релапаротомии**

Характер первой операции	Общее число операций	Число больных, подвергшихся релапаротомии	Умерло больных
Аппендэктомия	5457	60	19
Операции на желудке и двенадцатиперстной кишке	1303	68	31
Операции на желчных протоках	1285	20	6
Операции при остром панкреатите	32	3	1
Операции на кишечнике, грыжесечения	911	15	8
Операции по поводу травм органов брюшной полости	96	9	7
Прочее	11	3	1
Всего	9095	178	73

Релапаротомия после аппендэктомии. Релапаротомия потребовалась у 60 (1,1%) из 5457 оперированных. Показаниями к ней были следующие осложнения: прогрессирование аппендикулярного перитонита у 12 больных, интоксикация и паралитическая кишечная непроходимость – у 18, ограниченные абсцессы брюшной полости – у 21, внутреннее кровотечение – у 3, несостоятельность культи червеобразного отростка – у 3, оставление инородного тела – у 1, эвентрация кишечника – у 1 и оставление части червеобразного отростка – у 1.

3 больным по поводу внутреннего кровотечения в брюшную полость после соскальзывания лигатуры с брыжейки отростка и 3 больным с несостоятельностью культи червеобразного отростка релапаротомия проведена в экстренном порядке. При этом раскрывали и удлинняли послеоперационную рану, прошивали и перевязывали кровоточащий сосуд, восстанавливали герметичность слепой кишки, проводили санацию брюшной полости и дренировали правую под-

здошную область перчаточнo-трубчатым дренажем. При перитонитах разлитого характера после релапаротомии прибегали к декомпенсации тонкой кишки одним из принятых методов (чаще назогастральная). Больным с ограниченными абсцессами брюшной полости (поддиафрагмальным у 9, абсцессом дугласова пространства – у 4, межпетельным абсцессом – у 3) при спаечной кишечной непроходимости – у 6, оставленном инородном теле – у 1, проводили отсроченную релапаротомию на 4-7 день. После 60 релапаротомий умерло 19 оперированных. У большинства из них острый деструктивный аппендицит осложнился прогрессированием перитонита в связи с поздней госпитализацией и операцией. После релапаротомии часто наступали печеночно-почечная недостаточность и септический шок, 11 из 40 умерших были пожилого и старческого возраста с атипично расположенными червеобразными отростками. У отдельных пациентов причинами прогрессирования дооперационного перитонита были недостаточная интраоперационная санация брюшной полости, неадекватное дренирование ее и недостаточно интенсивная терапия в послеоперационном периоде.

Результаты

Ранние неотложные релапаротомии после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. За анализируемый период выполнено 1303 операции на желудке по поводу гастродуоденальных язв. В связи с развившимися в послеоперационном периоде осложнениями у 68 (5,2%) оперированных потребовалась релапаротомия, 2 из них проведена релапаротомия. Показания к релапаротомии и их исход представлены в таблице 2.

Характер и объем повторных оперативных вмешательств на желудке зависели от осложнений, имевших место у каждого конкретного больного. При наличии клиники несостоятельности швов дуоденальной культи к релапаротомии прибегали в первые 4-7 дней. Через разрез в правом подреберье дренировали зону дуоденальной культи и подпеченочного пространства, релапаротомию заканчивали назодуоденальной декомпрессией. Несмотря на активную тактику лечения этого тяжелого осложнения, удалось спасти только 8 из 37 оперированных. При кровотечении в просвет желудочно-кишечного тракта прибегали к эндоскопии культи желудка и при подтверждении кровотечения проводили интенсивную консервативную терапию. При ее безуспешности или нарастании кровотечения прибегали к срочной релапаротомии. Производили гастротомию, накладывали гемостатические капроновые швы. При кровотечениях из «выключенной» дуоденальной язвы погруженную культю брали на держалки, выполняли дуоденотомию, «выключенные» кровоточащие язвы прошивали гемостатическими капроновыми швами. У 2 больных встретилось кровотечение в свободную брюшную полость: у одного из них при релапаротомии выявлен недостаточный гемостаз желудочно-ободочной связки, у другого – повреждение сосудов селезенки. Из 11 больных, по-

вторно оперированных в неотложном порядке, умерло 3. При ограниченных перитонитах при релапаротомии производили дренирование и санацию гнойной полости. При эвентрации кишечника выполняли тщательную ревизию органов брюшной полости с ликвидацией причины, вызвавшей эвентрацию. При тяжелой атонии и гастродилатации (после двусторонней стволовой ваготомии) предпочтение отдавали наложению дополнительного позади-ободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле по Гаккеру.

Таблица 2

Осложнения после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, потребовавшие релапаротомии

Вид осложнений	Число оперированных	Исход	
		Выздоровление	Умерло
Несостоятельность швов культи	37	8	29
Несостоятельность швов ушитой перфорированной язвы	3	1	2
Несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза	3	1	2
Внутреннее кровотечение	11	8	3
Ограниченный перитонит	18	18	–
Послеоперационный панкреатит	2	1	1
Послеоперационный холецистит	2	1	1
Порочный анастомоз после резекции желудка	3	1	2
Непроходимость анастомозов при дренирующих желудок операциях с ваготомией	9	7	2
Атония желудка и гастроплегия после двусторонней стволовой ваготомии	2	2	–
Эвентрация кишечника	2	–	2
Всего	92	48	44

Всего после 1827 различных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке (резекции желудка, органосохраняющие операции) по поводу язвенной болезни осложнения, потребовавшие релапаротомии, возникли у 92(5,2%) оперированных. Из них выздоровело 48 (52%), умерло 44(48%). Причиной смерти у 35 пациентов был перитонит, у 3 – тяже-

лая анемия, у 4 – печеночно-почечная недостаточность и у 2 – сердечно-сосудистая недостаточность.

После операций на желчных путях релапаротомии выполняют реже, чем после операций на желудке и кишечнике. Частота их колеблется от 0,7 до 4,6%. У анализируемых нами 1376 больных (желчнокаменная болезнь и ее осложнения) релапаротомия была выполнена у 22(1,6%). Из них после 704 экстренных холецистэктомий – у 14 (1,9%) и после 672 плановых – у 8(1,2%). Поводом для релапаротомии у 8 пациентов был желчный перитонит после удаления деструктивно измененного желчного пузыря. 5 больным релапаротомия выполнена в 1-е сутки с санацией брюшной полости, декомпрессией кишечника назоинтестинальным зондом, дренированием брюшной полости, 3 – с перитонитом после преждевременного выпадения из общего желчного протока дренажей, выведенных по Д.Л. Пиковскому. У этих больных при повторной операции общий желчный проток вновь был дренирован по А.А. Вишневному (у 2) и Керу (у 1). Из этой категории больных умерло 6. По поводу оставленных камней (холелитиаз вне- внутрипеченочных протоков) релапаротомии выполнена у 4 больных, у 3 из которых наступил летальный исход. При кровотечениях в брюшную полость из ложа желчного пузыря релапаротомия сделана у 2 пациентов, закончившаяся у обоих выздоровлением. По поводу острого послеоперационного панкреатита 3 релапаротомии закончились летальным исходом. По поводу подпеченочного абсцесса и эвентрации выполнены 4 релапаротомии с двумя летальными исходами. Одна больная оперирована дважды после холецистэктомии (релапаротомия по поводу перитонита и в связи с венозным инфарктом тонкой кишки после новокаиновой блокады) с выздоровлением. Особый интерес вызывает одно наше наблюдение, когда во время остановки кровотечения при холецистэктомии в лигатуру случайн был взят общий печеночный проток с развитием механической желтухи. Релапаротомия и снятие лигатуры с печеночного протока на 3-й день после первичной операции закончились выздоровлением. Всего из 22 больных после релапаротомии при осложнениях оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках умерло 14 (60%) оперированных.

По поводу острого деструктивного панкреатита оперировано 84 больных, релапаротомия произведена 8 из них в сроки от 7 до 30 дней по поводу прогрессирующего перитонита. Несмотря на интенсивную консервативную терапию, включая и гемосорбцию, удалось излечить только 2.

На 1370 различных вмешательств на кишечнике, включая и грыжесечения, у 23(1,6%) пациентов выполнена релапаротомия. Она являлась минимальной по объему, результаты ее сходны с результатами релапаротомий после операций на желудке. Показаниями для релапаротомий служили следующие осложнения: несостоятельность кишечных анастомозов (у 7), разлитой перитонит (у 5), кровотечение (у 4), непроходимость кишечника (у 3), повреждение мочевого пузыря

при скользящей грыже в время грыжесечения (у 2) и прочие осложнения (у 2). Умерло после релапаротомии в этой группе 16 (66%) оперированных.

Травма органов брюшной полости наблюдалась у 230 больных. После 230 операций релапаротомия потребовалась у 16 (7%) пациентов, у одного из них была повторная релапаротомия. Показаниями к релапаротомии были: продолжающееся кровотечение (у 14), пропущенное повреждение внутренних органов (у 2). Ранняя релапаротомия выполнена у 7 человек, отсроченная – у 9. Из 16 релапаротомий 12 выполнены после операций при проникающих и колотых ранениях живота. Летальный исход в этой группе больных был 13 (80%).

Выводы

Таким образом, приведенные нами данные свидетельствуют о высокой летальности (48%) после релапаротомии. Проблематичными остаются раннее выявление послеоперационных осложнений и своевременная их ликвидация. Необходимо тщательно изучать клиническую симптоматику раннего послеоперационного периода и при необходимости использовать дополнительные методы исследования (рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические, включая и лапароскопию). Во всех сомнительных ситуациях вопрос следует решать в пользу повторной операции. Особенно внимательно следует быть после экстренных операций на желудочно-кишечном тракте, после «трудных культей» двенадцатиперстной кишки при резекции желудка. Своевременная диагностика хирургического заболевания и адекватная операция с соблюдением правил асептики и щадящий хирургической техники, грамотное послеоперационное ведение оперированных являются профилактикой всех видов релапаротомий [4].

Список литературы

1. **Абдулжалилов М.К.** Релапаротомия: актуальность вопроса // Хирургия. - 2005. Т.3 С.25-28.
2. **Аскерханов Г.Р.** Программированная релапаротомия // Хирургия. - 2000. Т.4 С.12-14.
3. **Соболев В.Е.** Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшинных осложнений // Хирургия -. 2007. №3. С. 22-25.
4. **Соболев В.Е.** Перитонит. М.: Наука, 2006. 240 с.

Сведения об авторах

Асланов Ахмед Дзонович – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии, медицинский факультет, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова; 360017, КБР, г. Нальчик ул. Ватутина, д. 22, кв. 16.; e-mail: dr-aslanov1967@mail.ru

Сахтуева Любовь Мухамедовна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии, медицинский факультет, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова; 360004, КБР, г. Нальчик, ул. Мечиева, 268. e-mail: ghmedfak@bk.ru

Логвина Оксана Евгеньевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии, медицинский факультет, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова; 360022, КБР, г. Нальчик, ул. Ленина, д. 71, кв. 20 e-mail: oхy2001@mail.ru

Жириков Артур Владимирович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии, медицинский факультет, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова; 360017, КБР, г. Нальчик, ул. Чкалова, 16/1 e-mail: arturmed@mail.ru

Ответственное за переписку лицо: **Бабушкина Наталья Викторовна**, т. +79064836017, e-mail: natali-bnv@mail.ru