

Релапаротомії у дітей

Є. М. Гриценко

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. Проаналізовано результати 137 релапаротомій, що були виконані 96 дітям. Вік хворих від періоду новонародженості до 17 років. У 69 дітей релапаротомії виконувалися за невідкладними показаннями - 88 (64,2%). Внутрішньочеревні гнійно-септичні ускладнення були причиною виконання екстреної РЛ у 47 дітей, яким було виконано 54 оперативних втручання. Основними причинами гнійно-септичних ускладнень були абсцеси черевної порожнини, неспроможність анастомозів порожнистих органів, перфорація гострих виразок ШКТ, перитоніт, що продовжується. Післяопераційна непрохідність ШКТ виникла у 25 дітей, з приводу чого було виконано 29 оперативних втручань. Причиною непрохідності в більшості випадків були злуки черевної порожнини. Внутрішня післяопераційна кровотеча спостерігалася у 5 дітей. В плановому порядку 27 дітям було виконано 49 (35,8%) РЛ. У 18 дітей з розповсюдженими формами перитоніту при неможливості повноцінної санації проводили запрограмовані релапаротомії. При сумнівах в життєздатності ділянки кишки у 4 дітей з гострою кишковою непрохідністю використовували операцію «second-look». Померло 11 дітей (з них 9 дітей віком до 1 року), летальність склала 11,5%.

Ключові слова: внутрішньочеревні гнійно-септичні ускладнення, кишкова непрохідність, кровотеча, релапаротомії, діти.

Резюме. Проанализированы результаты 137 релапаротомий (РЛ), выполненных 96 детям. Возраст больных от периода новорожденности до 17 лет. У 69 детей релапаратомии выполнялись по неотложным

показаниям - 88 (64,2%). Внутрибрюшные гнойно-септические осложнения были причиной выполнения экстренной РЛ у 47 детей, которым было выполнено 54 оперативных вмешательства. Основными причинами гнойно-септических осложнений были абсцессы брюшной полости, несостоятельность анастомозов полых органов, перфорация острых язв ЖКТ, продолжающийся перитонит. Послеоперационная непроходимость ЖКТ возникла у 25 детей, по поводу чего было выполнено 29 оперативных вмешательств. Причиной непроходимости в большинстве случаев были спайки брюшной полости. Внутреннее послеоперационное кровотечение наблюдалась у 5. В плановом порядке 27 детям было выполнено 49(35,8%) РЛ. У 18 детей с распространенными формами перитонита при невозможности полноценной санации проводили запрограммированные релапаратомии. При сомнениях в жизнеспособности участка кишки у 4 детей с острой кишечной непроходимостью использовали операцию «second-look». Умерло 11 детей (из них 9 детей в возрасте до 1 года), летальность составила 11,5%.

Ключевые слова: внутрибрюшные гнойно-септические осложнения, кишечная непроходимость, кровотечение, релапаратомии, дети.

Summary. The aim of the work to identify the main causes of performance children relaparotomy. In the period from 2003 to 2013, in separate pediatric surgery carried 137 relaparotomies to 96 children. Age of patients was from newborn to 17 years, including children under 1 year, among them are children of the first month of life. The term "relaparotomy" determines any second operation aimed at eliminating the disease and (or) its complications or consequences of the operation, which is a mandatory part of the abdominal cavity opening at a time when the patient's treatment is not completed. In 69 children relaparotomy performed for urgent indications - 88 (64.2%). Intraabdominal purulent-septic complications were the cause of an emergency

RL in 47 children who underwent 54 surgical interventions. The main causes of septic complications were abscesses of the abdominal cavity - 18 (13.1%) cases, the failure of anastomoses of hollow organs - 15 (10.9%) cases of acute perforation of ulcers of the digestive tract - 14 (10.2%), peritonitis that continues - 6 (4.4%). Postoperative gastrointestinal obstruction occurred in 25 children, on which were performed 29 surgeries. The cause of obstruction in most cases were unification abdomen -17 (12.4%) cases. Internal postoperative bleeding was observed in 5 (3.6%) children: 4 - intraperitoneal bleeding in 1 child -intestinal bleeding. Volume of surgery depended on the nature of the complications that arise. During surgery liquidated source of peritonitis, gastrointestinal permeability restored, removed source of bleeding was carried out sanitation and drainage of the abdominal cavity. After an emergency RL died 9 children, mortality was 13%.

Planned RL was performed to 27 children. 18 children had a common form of peritonitis with significant periods of the disease. A complete reorganization of the abdominal cavity during the first operation in these children was proven impossible. In these cases, during surgery the decision on execution of programmed relaparotomy. Kids were performed from 1 to 6 programmed relaparotomy (8 cases performed relaparotomy 1 in 6 cases - 2, 2-3 relaparotomies in 1 case done 4 in 1 - 6). A total of 36 programmed relaparotomy performed. One child died later diagnosed with widespread peritonitis on a background of severe diabetes. Programmed relaparotomy with widespread peritonitis in children can help you control the pathological process in the abdominal cavity, allow time to remove intraabdominal complications arise.

4 children with acute intestinal obstruction during surgery had any doubts about the viability of the bowel area. To determine the tactics regarding bowel with questionable viability of using surgery «second-look», in which the re-

examination of the intestine was performed 24 hours after the first operation. During this period, blood flow to the intestine or restored, or emerging area of necrosis with a clear demarcation line, but there are no effects of peritonitis. Indications for use tactics «second-look» doubted the viability of the intestine after surgical intussusceptum (1) strangulated adhesive intestinal obstruction (1), volvulus "midgut" and isolated small bowel volvulus in infants (2 cases). In 3 cases, the re-operation was recognized as a viable bowel. In 1 case, a newborn in operation «second-look» was ascertained total necrosis of the small intestine. Application of operations «second-look» avoids unnecessary resection of the bowel with questionable viability of acute intestinal obstruction, reduce the amount of resection in case of necessity, to perform an operation on more favorable terms, to improve long-term results.

RL in childhood are most at risk transactions. 11 children died, mortality was 11.5%. The highest mortality was in children under 1 year, 42 children of this age, who served RL, 9 from them died (mortality 21.4%).

Key words: intraabdominal purulent complications, intestinal obstruction, bleeding, relaparotomy, children.

Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Прогноз та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології» №0111U6299.

Вступ. Виконання повторних оперативних втручань з приводу гострої патології органів черевної порожнини та її ускладнень в дитячій абдомінальній хірургії завжди було та буде залишатися драматичним та відповідальним завданням. Складнощі діагностики та визначення лікувальної тактики, деонтологічні, психологічні, юридичні аспекти вимагають від дитячого хірурга водночас рішучості та зваженості. До сьогодні багато питань щодо термінології та класифікації релапаротомії (РЛ) є суперечливими. Більшість дослідників поділяють РЛ на екстрені

(«за вимогою») та планові («по програмі»). Екстрені РЛ виконують у зв'язку з прогресуванням чи ускладненнями основного захворювання, загостренням чи виникненням в післяопераційному періоді конкуруючих хірургічних захворювань, ускладненнями, що виникають внаслідок порушення хірургічної техніки. Показання до планової РЛ встановлюють під час першої операції на основі багатофакторної інтраопераційної оцінки хірургічної ситуації [5,6].

Проблема РЛ у дорослих пацієнтів знайшла відображення в великій кількості досліджень, але в хірургії дитячого віку цим питанням присвячена обмежена кількість публікацій. Основними причинами виконання РЛ у дітей вважаються кишкова непрохідність, перитоніт та кровотеча [2].

Мета дослідження. Визначити основні причини та результати виконання РЛ у дітей. Проаналізувати ефективність запрограмованих РЛ при розповсюдженому перитоніті та гострій кишковій непрохідності у дітей.

Матеріали та методи дослідження. В період з 2003 по 20013 р. у відділенні дитячої хірургії ДМКЛ м. Полтава виконано 137 РЛ 96 дітям. Вік хворих від періоду новонародженості до 17 років, в тому числі 42 дитини до 1 року, з них 21 - діти першого місяця життя.

Під терміном «релапаротомії» за О. Є. Бобровим (2001) розуміли будь-яку повторну операцію, спрямовану на усунення хвороби і (або) її ускладнень, або наслідків операції, обов'язковим елементом якої є розтин черевної порожнини в період, коли лікування хворого не завершено [1,6].

Результати та їх обговорення.

Причини РЛ, що були виконані у дітей, наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Причини РЛ, що були виконані у дітей.

Планові РЛ		49	35,8%
1	Запрограмовані релапаротомії при розповсюдженому перитоніті	36	26,3%
2	Операції «second-look» при сумнівній життєздатності кишки	4	2,9%
3	Інші	9	6,6%
Екстрені РЛ		88	64,2%
4	<i>Внутрішньочеревні гнійно-септичні ускладнення</i>	54	39,4%
5	-перитоніт, що продовжується	6	4,4%
6	- неспроможність анастомозів порожнистих органів	15	10,9%
7	- перфорація гострих виразок ШКТ	14	10,2%
8	- абсцеси черевної порожнини	14	10,2%
9	- абсцес, що розкрився в черевну порожнину	4	2,9%
10	- ятрогенне пошкодження порожнистих органів	1	0,7%
11	<i>Післяопераційна кишкова непрохідність</i>	29	21,2%
12	<i>Внутрішня кровотеча</i>	5	3,6%
<i>Всього</i>		137	100%

У 69 дітей РЛ виконувалися за невідкладними показаннями - 88 (64,2%) операцій.

Гнійно-септичні ускладнення були причиною виконання екстреної РЛ у 47 дітей, яким було виконано 54 оперативних втручання. Основними причинами гнійно-септичних ускладнень були абсцеси черевної порожнини – 18 (13,1%) випадків, неспроможність анастомозів порожнистих органів – 15 (10,9%) випадків, перфорація гострих виразок шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 14 (10,2%), перитоніт, що продовжується – 6 (4,4%), ятрогенне пошкодження порожнистих органів (при виконанні пілороміотомії) – 1 (0,8%) .

Післяопераційна непрохідність ШКТ виникла у 25 дітей, з приводу чого було виконано 29 (21,2%) оперативних втручань. Причиною непрохідності в більшості випадків були злуки черевної порожнини –17 (12,4%) випадків. В 6 (4,4%) випадках спостерігалася непрохідність кишкових анастомозів, на гостру форму хвороби Гіршпрунга з тотальним ураженням товстої кишки, мезентеріальну кишкову непрохідність припало по 2 спостереження, на гостру тонкокишкову інвагінацію, заочеревинну гематому, що викликала динамічну кишкову непрохідність, припало по одному спостереженню.

Внутрішня післяопераційна кровотеча спостерігалася у 5 (3,6%) дітей: у 4 (2,9%) – внутрішньочеревна кровотеча (після видалення пухлини печінки, селезінки, нирки та після виконання пілороміотомії), у 1 (0,7%) – кишкова кровотеча після апендектомії та дивертикулектомії на фоні коагулопатії.

Об'єм оперативних втручань залежав від характеру ускладнень, що виникли. Під час операції ліквідувалися джерела перитоніту, відновлювалась прохідність ШКТ, усувалось джерело кровотечі, проводились санації та дренивання черевної порожнини.

Після виконання екстрених РЛ померло 9 дітей, летальність склала 13%.

В плановому порядку 27 дітям було виконано 49 (35,8%) РЛ.

18 дітей мали розповсюджені форми перитоніту з значними термінами захворювання. Повноцінна санація черевної порожнини під час першої операції у цих дітей була визнана неможливою. У цих випадках під час оперативного втручання приймалося рішення про виконання запрограмованої РЛ. Дітям було виконано від 1 до 6 запрограмованих РЛ (в 8 випадках виконувалася 1 РЛ, в 6 випадках – 2, в 2-3 РЛ, в 1 випадку виконано 4, в 1 – 6). Всього було виконано 36 запрограмованих РЛ.

Померла одна дитина з пізно діагностованим розповсюдженим перитонітом на фоні тяжкої форми цукрового діабету.

У 4 дітей з гострою кишковою непрохідністю під час оперативного втручання виникли сумніви в життєздатності ділянки кишки.

Для визначення тактики у відношенні кишки з сумнівною життєздатністю використовували пропозицію В. Shaw (1957), згідно якої при сумніві в життєздатності кишки при тромбозі брижових судин проводять повторний огляд кишечника через 12-24 години після першої операції («second-look»). За цей період кровообіг в кишці або відновлюється, або формується зона некрозу з чіткою демаркаційної лінією, але ще не виникають явища перитоніту [3,4].

Показаннями до використання тактики «second-look» були сумніви в життєздатності кишки після оперативного розправлення інвагінації (1), злуковій странгуляційній кишковій непрохідності (1), завороті "середньої кишки", ізольованому завороті тонкої кишки у новонароджених (2 випадки). В 3 випадках при повторній операції кишка була визнана життєздатною, що дозволило уникнути невиправданої резекції. В 1 випадку у новонародженого при операції «second-look» був констатований тотальний некроз тонкої кишки.

До інших планових РЛ віднесені реконструктивні операції по відновленню анатомічної цілісності ШКТ.

Загалом після проведення планових РЛ померло 2 дітей, летальність 7,4%.

З усіх дітей, яким виконувались РЛ, померло 11 пацієнтів, летальність склала 11,5%. Найвищою була летальність у дітей в віці до 1 року, з 42 дітей цього віку, яким виконували РЛ, померли 9 (летальність 21,4%).

Висновки:

1. Найчастішими причинами екстрених релапаротомії у дітей є внутрішньочеревні гнійно-септичні ускладнення (39,4%) та післяопераційна механічна кишкова непрохідність (21,2%).

2. Релапаротомії в дитячому віці є оперативними втручаннями найвищого ризику та супроводжуються високими показниками летальності, особливо у дітей раннього віку.

3. Запрограмовані релапаротомії при розповсюдженому перитоніті у дітей дозволяють контролювати розвиток патологічного процесу в черевній порожнині, дають змогу своєчасно усунути внутрішньочеревні ускладнення, що виникають.

4. Застосування операцій «second-look» дозволяє уникнути невиправданої резекції кишки з сумнівною життєздатністю при гострій кишкової непрохідності, зменшити обсяг резекції в разі її необхідності, виконати операцію в більш сприятливих умовах, поліпшити віддалені результати.

Перспективою подальших досліджень передбачається визначення діагностичних критеріїв ускладнень, що вимагають релапаротомії у дітей, та створення лікувально-діагностичних алгоритмів для застосування релапаротомії у дітей різних вікових груп.

Література.

1. Бобров О. Є. Релапаротомія в комплексному лікуванні ускладнень після операцій на органах черевної порожнини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.03. «Хірургія» / О. Є. Бобров. – К., 2001. – 41 с.
2. Горбатюк О. М. Релапаротомії в ургентній хірургії дитячого віку / О. М. Горбатюк, О. М. Урін, С. В. Димо // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2007. – №11(1/1). - С. 79-83.
3. Ольшанецкий А. А. Повторный осмотр кишечника и выполнение многоэтапных операций в программе лечения сегментарного некроза

- и ишемического поражения тонкой кишки / А. А. Ольшанецкий, В. К. Глазунов, Г. В. Румянцев // Клінічна хірургія. – 2004. - №3. – С. 19-21.
4. Ольшанецкий А. А. Управляемые релапаротомии и многоэтапные операции при сомнительной жизнеспособности кишки у больных с ущемлённой грыжей и острой непроходимостью кишечника / А. А. Ольшанецкий, Г. В. Румянцев, В. К. Глазунов // Харківська хірургічна школа. – 2004. - №1-2. – С.122-124.
 5. Перитонит: Практическое руководство : [под ред В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова]. – М.:Литтерра, 2006. – 208 с.
 6. Радзиховський А. П. Релапаротомія / Радзиховський А. П., Бобров О. Е., Ткаченко А. А. – К.: Фенікс, 2001. – 360 с.