

РЕЛАПАРОТОМІЯ Й ПРОГРАМНА САНАЦІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЛІКУВАННІ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

П. С. Трофимов, Д. В. Шестопапов, Н. Е. Каракурсаков, В. В. Кисляков, П. О. Татарчук
Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського МОЗ України, м. Сімферополь

RELAPAROTOMY AND PROGRAMMED SANATION OF ABDOMINAL CAVITY IN TREATMENT OF EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

P. S. Trofimov, D. V. Shestopalov, N. E. Karakursakov, V. V. Kyslyakov, P. O. Tatarchuk

Незважаючи на розвиток сучасних технологій у хірургічній практиці, частота післяопераційних ускладнень, що потребують виконанням релапаротомії, становить від 0,5 до 7% [1 – 3]. Діагностика цих ускладнень у ранньому післяопераційному періоді утруднена, внаслідок чого виконання релапаротомії може бути несвоєчасним. Результати повторних втручань залежать, насамперед, від їх своєчасного виконання [4]. Перебіг післяопераційних ускладнень часто тяжкий, що зумовлює необхідність виконання лапаротомії. Летальність при цьому досить висока — від 29,6 до 80% [2, 5]. Цим пояснюється інтерес хірургів до теми інтраабдомінальних ускладнень, розробка нових методів діагностики й лікування, вдосконалення існуючих, успішне впровадження мініінвазивних технологій [6].

Метою роботи є порівняльний аналіз результатів застосування релапаротомії та програмної лапаротомії у лікуванні ранніх післяопераційних ускладнень за останні 5 років та 30 років тому.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проведені у 7-й міській лікарні м. Сімферополя, що є базою кафедри загальної хірургії КДМУ імені С. І. Георгієвського. Проаналізовані результати виконання у 4826 пацієнтів лапаротомії з приводу різних захворювань органів черевної порожнини за період з 2008 по 2013 р. (1-ша група), та у 5388

Реферат

Проаналізовані структура, причини виникнення післяопераційних ускладнень, що потребують виконання ранньої релапаротомії, за останні 5 років та 30 років тому. Частота ускладнень майже не змінилася, проте, їх структура суттєво різнилася. У зв'язку з впровадженням нових оперативних технологій, профілактичних заходів частота виникнення евентрації, спайкової непрохідності кишечника, виконання релапаротомії з приводу абсцесу черевної порожнини значно зменшилася. Зниження летальності після релапаротомії зумовлене поліпшенням діагностики ускладнень, своєчасним виконанням повторних втручань, застосуванням у лікуванні післяопераційного перитоніту лапаротомії, що дозволило управляти перебігом післяопераційного періоду.

Ключові слова: післяопераційні ускладнення; релапаротомія.

Abstract

The structure and causes of postoperative complications occurrence, necessitating early relaparotomy conduction through last 5 yrs and 30 yrs ago, were analyzed. The complications rate almost did not change, but their structure — essentially. The occurrence rate for eventration, adhesive ileus, relaparotomy performance for abdominal cavity abscess have had lowered significantly due to introduction of a new operative technologies and prophylactic measures. The lowering of lethality after relaparotomy is caused by improvement of the complications diagnosis, timely performance of reoperations, application of laparostomy in the treatment of postoperative peritonitis, what have permitted to govern a postoperative period course.

Key words: postoperative complications; relaparotomy.

хворих — за період з 1980 по 1985 р. (2-га група). Рання релапаротомія (у строки 1 – 2 тиж після операції) виконана у 78 (1,62%) хворих 1-ї групи та у 124 (2,3%) — 2-ї групи. У діагностиці захворювань і ускладнень застосовували лабораторні та інструментальні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найбільш часто релапаротомію виконували з приводу післяопераційного перитоніту. Це ускладнення виникало в основному після виконання невідкладних втручань в умовах перитоніту. Показанням до релапаротомії у більшості спостере-

жень була неспроможність швів анастомозу. У деяких хворих післяопераційний перитоніт спричинений діагностичними помилками, зокрема, неправильною оцінкою життєздатності кишки при защемленій грижі, мезентеріальному тромбозі. Перитоніт, пов'язаний з тактичними лікарськими помилками (неадекватний обсяг втручання, недостатня санація, неадекватне дренивання черевної порожнини), не спостерігали. Частота післяопераційного перитоніту в структурі причин виконання релапаротомії збільшилася: у 2-й групі вона становила 60,5%, у 1-й групі — 73,1%. Збільшення частоти післяопераційного перитоніту зумовлене тяжким станом пацієнтів

при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини, пізнього госпіталізацією з ознаками поширеного перитоніту, тяжкістю супутніх захворювань, збільшенням захворюваності на рак шлунка й кишечника. За даними бактеріологічних досліджень, при перитоніті стали частіше виявляти мікрофлору, стійку до антибактеріальних препаратів (у 24,2% спостережень).

При поширеному гнійному післяопераційному перитоніті з флегмоною передньої черевної стінки, каловому перитоніті, у хворих на цукровий діабет у стадії декомпенсації, за наявності пухлин травного каналу, що спричиняють значне зниження резервів організму, уповільнення процесів регенерації, релапаротомію завершували формуванням лапаростомії (у 26 хворих) за методикою, прийнятою в клініці (накладення лапаростомного апарата). Першу санацію здійснювали через 24 год, наступні — залежно від стану хворого. Кількість процедур санації від 2 до 8. Обов'язково здійснювали трансназальну декомпресійну інтубацію тонкої кишки. Показаннями до припинення санації та зашивання черевної порожнини були нормалізація температури тіла, лабораторних показників, в тому числі лейкоцитарного індексу Кальф—Каліфа, усунення парезу кишечника, що підтверджене даними комп'ютерної електрогастроентерографії, відсутність гнійного випоту в черевній порожнині, запальних змін черевної стінки.

Переваги лапаротомії у порівнянні з релапаротомією за наявності ускладнень очевидні: менша травматичність, оскільки не доводиться щоразу розкривати черевну порожнину, своєчасна діагностика й корекція ускладнень, планове застосування програмної санації, додаткова оксигенація черевної порожнини, що сприяє усуненню анаеробної мікрофлори, дозволяє регулювати внутрішньочеревний тиск, сприяє більш швидкому зникненню інтестинальної недостатності. Застосування загального знеболювання дозволяє здійснити ретельний туалет черевної порожнини, розкрити

гнійники, зашити дефекти анастомозу.

З приводу абсцесу черевної порожнини релапаротомія здійснена у 6 (7,7%) хворих 1—ї групи та у 15 (12,1%) — 2—ї групи. Така різниця зумовлена широким застосуванням ультразвукової діагностики і пункційних технологій, що забезпечило зменшення частоти виконання повторних операцій. Релапаротомію застосовували за наявності множинних гнійників, їх глибокого розташування, якщо вони були недоступні для пункції. Діагностика абсцесу черевної порожнини, як правило, не представляла складності. Поява гіпертермії, ознак інтоксикації, високого лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули ліворуч дозволяють припустити наявність ускладнення, діагноз підтверджували за даними ультразвукового дослідження. У цій групі всі пацієнти живі.

З приводу післяопераційної кровотечі у 1—ї групі оперовані 4 (5,1%) хворих, у 2—ї групі — 4 (3,2%). Основною причиною її виникнення було системне порушення процесів зсідання крові за інтенсивної тривалої жовтяниці, тривалого застосування антикоагулянтів. В останні роки стали виявляти кровотечу з гострих медикаментозних виразок шлунка й дванадцятипалої кишки після операцій у пацієнтів з супутніми захворюваннями, за тривалого використання гормональних препаратів, антикоагулянтів.

Евентрація відзначена у 3 (2,6%) хворих 1—ї групи та у 9 (7,3%) — 2—ї групи. Зміни показника зумовлені тим, що в останні роки широко застосовують лапароскопічні втручання, а у хворих на перитоніт — ла-

паростомію. Висока контамінація черевної порожнини патогенною мікрофлорою, тривалий парез кишечника сприяють інфікуванню передньої черевної стінки, утворенню флегмони з подальшим прорізуванням швів. Тимчасове закриття черевної порожнини під час лапаротомії за методом клініки з остаточним зашиванням її після усунення запального процесу попереджає виникнення евентрації.

Зменшилася частота ранньої післяопераційної спайкової непрохідності кишечника, у 1—ї групі вона виникла у 8 (10,3%) хворих, у 2—ї групі — у 21 (16,9%). Це пов'язане з широким впровадженням лапароскопічних операцій. Після релапаротомії з приводу післяопераційної непрохідності кишечника всі пацієнти живі.

У 1—ї групі з повторно оперованих хворих померли 19 (24,4%), у 2—ї групі — 46 (37,1%). Зниження летальності після релапаротомії зумовлене поліпшенням діагностики ускладнень і своєчасним використанням повторних втручань, застосуванням у лікуванні післяопераційного перитоніту (основної причини смерті хворих) програмної лапаротомії, що дозволяє управляти перебігом післяопераційного періоду.

Дані про післяопераційні ускладнення, що спричинили необхідність виконання релапаротомії і летальність, наведені у таблиці.

Результати проведеного дослідження свідчать, що частота ускладнень, з приводу яких здійснюють повторну лапаротомію, за 30 років майже не змінилася, проте, їх структура стала іншою. Найчастіше ус-

Структура післяопераційних ускладнень, що потребували виконання повторних хірургічних втручань

Причина релапаротомії	Кількість спостережень в групах			
	1-й (n=78)		2-й (n=124)	
	абс.	%	абс.	%
Післяопераційний перитоніт	57	73,1	75	60,5
Кровотеча	4	5,1	4	3,2
Евентрація	3	2,6	9	7,3
Рання спайкова непрохідність кишечника	8	10,3	21	16,9
Абсцес черевної порожнини	6	7,7	15	12,1

кладнення виникають після операцій на шлунку й кишечнику, що пов'язане, як правило, з пізньою госпіталізацією хворих, їх тяжким станом. У зв'язку з застосуванням нових оперативних технологій, профілактичних заходів частота деяких ускладнень (евентрація, спайкова непрохідність кишечнику) зменшилася, рідше виконують релапаротомію з приводу абсцесу черевної

порожнини. Зменшення летальності після релапаротомії зумовлене поліпшенням діагностики ускладнень і своєчасним виконанням повторних втручань, застосуванням у лікуванні післяопераційного перитоніту (основної причини смерті хворих) лапаростомії, що дозволяє управляти перебігом післяопераційного періоду.

Таким чином, профілактика післяопераційних інтраабдомінальних ускладнень має передбачати своєчасну діагностику й адекватне хірургічне лікування гострих захворювань органів черевної порожнини, оскільки ускладнення виникають переважно після невідкладних втручань, виконаних в умовах перитоніту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости / В. В. Жебровский. — Краснодар: Центр. КГМУ, 2000. — 687 с.
2. Перитонит: практ. руководство / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов. — М: Литтерра, 2006. — 208 с.
3. Томнюк Н. Д. Структура послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии и ранние повторные операции / Н. Д. Томнюк, И. А. Рябков, Е. Н. Давыдова // Успехи соврем. естествознания. — 2008. — № 2. — С. 32 — 35.
4. Стручков Ю. В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита / Ю. В. Стручков, И. В. Горбачева // Хирургия. — 2007. — № 7. — С. 12 — 15.
5. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / А. Е. Борисов, А. В. Федоров, В. П. Земляной [и др.]. — СПб.: ЭФА, 2000. — 162 с.
6. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложненной абдоминальной хирургии / А. Г. Бебуришвили, И. В. Михин, А. Н. Акинчиц [и др.] // Эндоск. хирургия. — 2006. — № 5. — С. 25 — 29.

