

РАННЯ РЕЛАПАРОТОМІЯ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДВОХ ДЕСЯТИРІЧ

Шахова Т.І., Чикайло М.П., Павловський М.П., Чеповський В.С.

Кафедра факультетської та загальної хірургії, Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Проблема релапаротомії залишається актуальною, оскільки частота післяопераційних внутрішньоочеревинних ускладнень не має тенденції до зниження, а летальність після них ще висока [1, 2, 3]. Незважаючи на досягнення в оперативній техніці, включаючи лапароскопічну, впровадження нових методів діагностики і лікування, досягнути позитивних змін у структурі й у наслідках ускладнень абдомінальних операцій не вдається [4].

Наслідок релапаротомії в значній мірі визначає своєчасність усунення внутрішньоочеревинного ускладнення. Ідеальним виглядає її виконання у перші години після виникнення ускладнення. Однак, нерідко релапаротомія виконується пізно, і тоді до неї не можна застосувати визначення „рання”. Відносно термінології і класифікації релапаротомії

дискусії точаться протягом довгого часу. Зокрема, висловлюються різні думки про критерії, які повинні бути закладені в основу класифікації, і часто вони протирічать одна одній [5, 6, 7].

Ми вважаємо, що критерієм для визначення „ранньої” релапаротомії слід вважати її своєчасність, тобто, - час виконання повторного втручання від моменту виникнення перших ознак ускладнення, а не від першої операції.

До „ранньої” відносимо релапаротомію, яка виконується протягом перших годин, максимум - доби, після виникнення ускладнення.

За останні 20 років внутрішньоочеревинні ускладнення, які вимагали повторних втручань, виникли у 378 (2,5%) серед 15000 оперованих.

Частота релапаротомії за 1979-1988 рр. (перше десятиріччя) склала 3,6%, за 1989-1998 рр. (друге десятиріччя) - 1,9%, тобто, зменшилась майже удвоє. Ускладнення, які вимагали релапаротомії, у перше десятиріччя частіше виникали після операцій на шлунку і товстій кишці, натомість, у другому десятиріччі число релапаротомій збільшилося після операцій на печінці і жовчновивідних шляхах. Екстренні операції на всіх органах у два рази частіше супроводжувались виникненням внутрішньоочеревинних ускладнень, як у першому, так і в другому десятиріччях.

У структурі післяопераційних ускладнень, які вимагали релапаротомії, найчастішим був післяопераційний перитоніт - відповідно у 66,5% із 203 повторно оперованих у першому та у 65% із 175 хворих у другому десятиріччі. Але співвідношення його за розповсюдженістю відрізняється: у першому десятиріччі переважав розлитий і загальний перитоніт - у 65,2% хворих, у другому десятиріччі - обмежений (внутрішньоочеревинні абсцеси) - у 53,5%. Частота розвитку післяопераційної кишкової непрохідності, як основного показання до релапаротомії, практично не відрізнялась - у 15,8% хворих у першому та у 16,4% у другому десятиріччях. Відповідно у 13,3% та у 14,8% релапаротомія виконувалася з приводу внутрішньоочеревинної та шлунково-кишкової кровотечі.

Летальність у першому десятиріччі була 45,3%, у другому десятиріччі вона склала 18,8%.

Отже, незважаючи на збільшення загальної кількості, важкості і трав-матичності операцій на органах черевної порожнини, частота релапаротомій і летальність за останнє десятиріччя зменшились у два рази. Цьому сприяло впровадження об'єктивної оцінки ступеню ризику операції, яка планується. Фактори ризику виведені на основі аналізу причин і умов виникнення ускладнень, які вимагають релапаротомії. До них належать: перед операцією - 1) крововтрата, особливо повторна, на фоні хронічної

ЛІТЕРАТУРА

1. Годлевский А.И., Шапринский В.А. Анализ причин выполнения релапаротомии в плановой хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Клінічна хірургія.-1993.-№9-10.- С. 17-19.
2. Полажинец М.Н. О ранних повторных хирургических вмешательствах. //Вестник хирургии им. Грекова. - 1980. - №8. - С.59-62.
3. Ohmann C., Yang Q., Nau T., Wacha H. Prognostic modelling in peritonitis. Peritonitis Study Group of the Surgical Infection Society Europe.// European Journal of Surgery. - 1997.- Jan. - 163 (1). - p.53-60.
4. Неотложная релапаротомия: Метод, рекомендации / А.А.Шалимов, В.Т.Зайцев, Ф.Т.Дуденко и др. - К.,1984. - 24с.
5. Мышкин К.И., Блувштейн Г.А., Лопатинский Ю.Н., Коссович М.А. Причины послеоперационных внутрибрюшных осложнений в экстренной хирургии и пути их профилактики. //Вестник хирургии им. Грекова. - 1989. -№3.-С.108-111.
6. Котов И.А., Мохов Е.М. О терминологии и классификации релапаротомии. //Хирургия. - 1990. - №12. - С.102-105.
7. Нихинсон Р.А., Дудникова Г.Ю., Данилина Е.П. Клинические аспекты терминологии и классификации релапаротомии. // Хирургия. - 1990. - №12. -С.106-108.

РЕЗЮМЕ

Ранняя релапаротомия: сравнительный анализ результатов двух десятилетий

Шахова Т.И., Чикайло М.П., Павловский М.П., Чеповский В.С.

В статье анализируется проблема релапаротомий. Сделан вывод, что тактика при релапаротомии по поводу внутрикишечных осложнений существенно не изменилась: адекватный доступ, полноценная санация, использование активных методов дренирования брюшной полости и декомпрессии кишок, оптимальные методы детоксикации, комплексное адекватное медикаментозное лечение.

SUMMARY

Early relaparotomy: comparative analysis of the results of two decades

T.I.Shachova, A.T.Chikailo, M.P.Pavlovsky, V.S.Chepovsky

In the paper the problem of relaparotomy is analysed. The conclusion is made that the tactics during the relaparotomy for the intestinal complications has not changed much: adequate access, valuable sanation, the use of active methods of drainage of the abdominal cavity, optimal detoxication methods, complex and adequate medical treatment.