

© Б.О. Матвійчук, Н.Р. Федчишин, А.Л. Губицький, Л.Р. Онисько, І.П. Соболев, Х.В. Яновська, О.Б. Соломко, 2014

УДК 616.149.2/.3-005.4-036.11-083.9:617

Б.О. МАТВІЙЧУК, Н.Р. ФЕДЧИШИН, А.Л. ГУБИЦЬКИЙ, Л.Р. ОНИСЬКО, І.П. СОБОЛЬ,
Х.В. ЯНОВСЬКА, О.Б. СОЛОМКО

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО, Львів

РЕЛАПАРОТОМІЇ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ТРАВМОЮ

В статті досліджено перебіг гострої абдомінальної патології та травми у 56 хворих. Виконано 73 релапаротомії. Причиною високої летальності при планових та вимушених релапаротоміях є пізні терміни поступлення хворих у стаціонар та об'єктивні труднощі діагностики. При аналізі післяопераційної летальності відзначено, що 12 (66,7 %) пацієнтів померли після вимушених РЛТ та 7 (33,3 %) – після планових. Перспективою у наданні адекватної медичної допомоги пацієнтам з гострою абдомінальною патологією є визначення поліорганної недостатності.

Ключові слова: планові та вимушені релапаротомії, невідкладна хірургія

Вступ. Світова тенденція загального старіння населення, розширення показів операційних втручань на органах черевної порожнини у пацієнтів похилого та старечого віку, невідступний ріст онкологічних захворювань та травматизації призводить до зростання післяопераційних ускладнень, що потребують повторних операційних втручань [2, 3, 4, 5]. На сьогодні зацікавленість хірургів до проблеми релапаротомій (РЛТ) пов'язана з тактичними труднощами кожного окремого випадку, а також аналізі особистих помилок та невдач. Відомо, що своєчасна РЛТ, що проводиться за відповідними показами та у визначені терміни дозволяє покращити показники хірургічного лікування та знизити післяопераційну летальність. Оскільки успіх повторних втручань можливий за умови чітких показів та/або ранньої діагностики внутрішньочеревних ускладнень принциповим вважаємо розподіл на «програмовану» або «планову» і «вимушену» або «ургентну» РЛТ [1, 3, 5].

Мета дослідження. Проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів із післяопераційними абдомінальними ускладненнями та визначити ефективність планових та вимушених повторних втручань.

Матеріали та методи. За період 2006–2012 рр. у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького виконано 73 РЛТ у 56 хворих, що склало 1,05 % від загального числа оперованих пацієнтів. Переважали жінки – 34 (60,7 %). Середній вік хворих становив $53,5 \pm 18,4$ року, майже 60 % з яких були працездатного віку.

Незважаючи на маніфестну абдомінальну симптоматику, лише 18 (32,1 %) пацієнтів шпиталізовані в перші 12 годин від початку захворювання, з яких 12 (66,7 %) з поєднаною абдомінальною травмою або проникаючим пораненням живота. До 24 годин від початку перших

проявів хвороби госпіталізовано 23,6 %, решта – пізніше 24 год. Середній термін звернення за допомогою склав понад 2 доби ($56,4 \pm 58,1$ год).

Первинно були виконані такі операційні втручання: розкриття та дренивання абсцесів черевної порожнини (при деструктивному апендициті, жовчному паравезикальному абсцесі або пухлині ободової кишки з розпадом) та флегмон заочеревинного простору (при гострому перфоративному дивертикуліті, інфікованому панкреонекрозі або гнійному паранефриті) – у 8 (14,3 %) оперованих; зупинка кровотечі з судин брижі тонкої та товстої кишки (при абдомінальній травмі, гемоперитонеумі) – у 7 (12,5 %); резекція тонкої кишки з формуванням анастомозу (при защемленій грижі з резекцією) – у 6 (10,7 %); резекція тонкої кишки з формуванням ілеостоми (при абдомінальній травмі, некрозом тонкої кишки або мазантерійною ішемією) – у 6 (10,7 %); зупинка кровотечі з судин печінки (при кровотечі з судин печінки при травмі) – у 5 (8,9 %); ліквідація защемлення тонкої кишки (при защемленій грижі з життездатною кишкою) – у 5 (8,9 %); геміколектомія (при обструктивному раку ободової кишки або абдомінальній травмі) – у 5 (8,9 %); зашивання перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (при виразковій хворобі, ускладненій перфорацією) – у 4 (7,1 %); холецистектомія (при деструктивному холециститі) – у 4 (7,1 %); апендектомія (при деструктивному апендициті та періапендикулярному абсцесі) – у 4 (7,1 %); спленектомія (при травмі селезінки) – у 1 (1,9 %) та резекція шлунка (при раку шлунка, ускладненого стенозом) – у 1 (1,9 %) пацієнта.

Супровідні захворювання як додатковий фактор ризику виникнення післяопераційних ускладнень виявлено у 74,3 % пацієнтів, зокрема мультифокальний атеросклероз – у 49,3 %, ІХС – у 45,7 %, артеріальну гіпертензію – у 42,3 %, миготливу аритмію – у 21,1 %, ожиріння – у

12,3 %, цукровий діабет – у 8,7 % пацієнтів. У 59,5 % хворих відзначили поєднання двох і більше названих захворювань.

Результати досліджень та їх обговорення. Усім пацієнтам виконана РЛТ в термінах від 2 до 64 годин. Серед них планову РЛТ виконано у 29 (51,8 %), вимушену – у 27 (48,2 %). Двічі РЛТ проведено у 12 (21,4 %) пацієнтів, 58,3 % з яких була планованою. Тричі і більше РЛТ відмічено у 5 (8,9 %) хворих. Загалом померло 19 пацієнтів, в основному від поліорганної (57,9 %) і серцево-судинної та дихальної недостатності (15,8 %). Післяопераційна летальність склала 33,9 %.

Мета планової РЛТ полягала у хірургічному контролі джерела абдомінальної інфекції, надійності гемостазу або оцінці життєздатності внутрішніх органів.

Показами до вимушеної РЛТ вважали сукупність таких факторів: персистуючий перитоніт і його ускладнення та погіршення або відсутність позитивної динаміки стану хворого, на що вказували дані лабораторно-інструментальних досліджень (лейкоцитарний індекс інтоксикації, біохімічний аналіз крові, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини та комп'ютерна томографія).

Вимушені РЛТ виконували з метою ліквідації кишкової непрохідності – у 8 (14,3 %) пацієнтів, у випадку недостатності швів анастомозу – у 6 (10,7 %), зашивання перфораційної виразки шлунко-кишкового тракту – у 4 (7,1 %), розкриття абсцесів та флегмон, висічення некротизованих тканин – у 4 (7,1 %), у двох (3,5 %) оперованих РЛТ виконана з приводу жовчотечі та евентрації та в одного (1,7 %) пацієнта з приводу кровотечі з міхурової артерії. Слід відзначити що, у 62,9 % випадках повторних операцій діагностовано дифузний перитоніт з середнім балом $26,7 \pm 8,2$ за Мангеймською шкалою оцінення.

У третини (30,4 %) хворих з первинним прогресуванням перитоніту та післяопераційною внутрішньочеревною кровотечею програмовані РЛТ виконані як ререлапаротомії (РРЛТ), метою яких була повторна санація черевної порожнини

та заміна дренажів, роз'єднання зростів та ліквідація кишкової непрохідності, недостатність швів анастомозу, зупинка кровотечі з судин печінки та рехоледохостомія.

Причини вказаних ускладнень після виконаних операційних абдомінальних втручань, які потребували вимушеної РЛТ, полягали у неадекватній санації та дренажуванні черевної порожнини, нездатності швів анастомозу, некроз і перфорація порожнистих та паренхіматозних органів.

При аналізі післяопераційної летальності відзначено, що 12 (66,7 %) пацієнтів померли після вимушених РЛТ та 7 (33,3 %) – після планових.

Аналізуючи зарубіжну літературу [3, 5], звертаємо увагу на те, що з метою діагностики розвитку мультиорганної дисфункції в ранньому післяопераційному періоді у хворих з гострою абдомінальною патологією досліджують показники функціонального стану печінки та нирок до та після операції. Визначають співвідношення показників оксидантно-антиоксидантної системи, обчислення значення дієвих кон'югатів та супероксиддисмутази [4, 5]. Відповідно, якщо співвідношення цих ферментів вище у чотири рази у порівнянні з доопераційним показником, то це свідчить про погіршення стану, якщо протягом 48 години показники незмінні – трактується, як відсутність позитивної динаміки [3, 4, 5].

Висновки.

1. Більшість хворих, яким виконано РЛТ, госпіталізовані більше 24 годин від початку захворювання.

2. Висока післяопераційна летальність хворих після виконаних РЛТ спонукає до пошуку ефективних методів лікування.

3. Дві третини пацієнтів помирають після вимушених РЛТ.

4. Найчастіше вимушені РЛТ виконують внаслідок кишкової непрохідності та неспроможності швів анастомозу.

5. Оцінка поліорганної недостатності – як предиктора вимушених РЛТ – потребує подальшого вивчення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бебуришвили А.Г. Методологические и технологические аспекты релапароскопии / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц [и др.] // Хирургия. — 2006. — № 11. — С. 35—39.
2. Бондаренко І.Н. Релапаротомія в хірургічному лікуванні ранньої післяопераційної непрохідності кишечника / І.Н. Бондаренко // Клінічна хірургія. — 1997. — №7—8. — С. 19—21.
3. Bakos E. Postoperative adhesions, the everlasting topical subject / E. Bacos, J. Korcek, M. Dubai [et al.] // Rozhl Chir. — 2006. — Mar. — Vol. 85, № 3. — P. 134—138.
4. Cartu D. Postoperative biliary peritonitis diagnosis and treatment difficulties / D. Cartu, I. Georgescu, R. Nemes [et al.] // Chirurgia (Bucur). — 2006. — Vol. 101, № 2. — P. 169—173.
5. Mariette C. Surgical management of post-operative peritonitis / C. Mariette // J Chir (Paris). — 2006. — Vol. 143, № 2. — P. 84—87.

B.O. MATVIYCHUK, N.R. FEDCHYSHYN, A.L. HUBYTSKYI, L.R. ONYS'KO, I. SOBOL, K.V. YANOVSKY, O.B. SOLOMKO

Lviv National Medical University named Daniel Galician, Department of Surgery and Endoscopy FPDO, Lviv

RELAPAROTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ABDOMINAL DISEASES AND TRAUMA

Analyzes the results of the diagnostic and treatment of 56 patients with acute abdominal disease and trauma. Completed 73 relaparotomy. The cause of high mortality in planned and is on-demand relaparomy later date of admission of patients to hospital and objective difficulties of diagnosis. In the analysis of postoperative mortality observed that 12 (66.7 %) patients died after the on-demand relaparotomy and 7 (33.3 %) after planned relaparotomy. Perspective to provide successful medical care for patients with acute abdominal pathology is the definition of multiple organ dysfunction.

Key words: planned and is on-demand relaparomy, acute abdominal disease and trauma

Стаття надійшла до редакції: 14.05.2014 р.