

ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЛАПАРОТОМИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

¹Томнюк Н.Д., ²Рябков И.А., ¹Данилина Е.П.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, e-mail: danjuly@rambler.ru;

²КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», Красноярск

Сообщение базируется на анализе 112 релапаротомий, проведенным 89 пациентам по неотложным показаниям с различной абдоминальной патологией, оперированным в МБУЗ ГКБСМП г. Красноярска (2005-2013 гг.). Цель сообщения – уточнение некоторых «спорных» и нерешенных вопросов послеоперационных осложнений для выполнения релапаротомии. Для этого требуется более четкая и терминологически обоснованная классификация релапаротомий, что позволит хирургам в практической деятельности максимально точно верифицировать послеоперационные осложнения, проводить их детализированный и структурированный анализ, выполняя при этом патогенетически обоснованное лечение.

Ключевые слова: релапаротомия, послеоперационные осложнения, программируемая лапаротомия

THE CONCEPT AND THE CLASSIFICATION OF RELAPAROTOMY IN EMERGENCY SURGERY

¹Tomnyuk N.D., ²Ryabkov I.A., ¹Danilina E.P.

¹Krasnoyarsk State Medical University by Professor V. Voino-Yasenetsky Public Health Service of Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: danjuly@rambler.ru;

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital Emergency Medical Care N.S. Karpovich

The report is based on the analysis of 112 relaparotomies, made for 89 emergency patients with various abdominal pathology in Municipal Budgetary Health-Care Institution City Clinical Emergency Care Hospital of Krasnoyarsk City (2005-2013). The aim of the report is the specification of some points at issue of relaparotomy surgical complications. For this purpose the classification is needed to be clearer and more terminologically explained, to allow the practicing surgeons to confirm the surgical complications and make their detailed and structured analysis as precisely as possible.

Keywords: Relaparotomy, Surgical Complications, Programmed Laparotomy

Внимание хирургов к релапаротомии всегда было и остается настороженным. Актуальность дилеммы (консервативная или оперативная тактика) не ослабевает и в настоящее время. Это объясняется тем, что данная операция в настоящее время не является редкостью, выполняется чаще вынужденно при осложнениях, сопровождается высокой летальностью, по данным разных авторов достигая 40%-50% [1, 4, 6].

Исследование. Наше сообщение основывается и подтверждается ретроспективным анализом 112 релапаротомий, проведенным 89 пациентам по неотложным показаниям с различной абдоминальной патологией, прооперированным в МБУЗ ГКБСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярска (2005 – 2013 гг.).

Цель нашего сообщения – уточнение некоторых «спорных и нерешенных» вопросов этой сложной и емкой проблемы.

Большинство авторов едини в утверждении: релапаротомия – это оперативное вмешательство, выполняемое повторно по поводу осложнений. Однако по срокам,

в течение которых эти операции проводятся, мнения расходятся. Одни, к релапаротомиям относят те оперативные вмешательства, которые предпринимаются в ранний послеоперационный период по поводу осложнений, возникших до выписки больного из стационара. Вместе с тем, другие оппоненты это понятие расширяют, разделяя сроки выполнения повторной операции на отдельные периоды, включающие ранний и поздний [2, 3, 6].

В действительности, первая точка зрения методологически недостаточно обоснована, так как при этом искусственно приравнивается причинно-следственная связь между болезнью или операцией и их осложнениями, которые приходится устранять при повторном поступлении больного в стационар. Кроме того, при таком подходе невозможно четкое разграничение между релапаротомией и повторным оперативным вмешательством, выполняемым по поводу патологии, несвязанной с предыдущим заболеванием или операцией. Отсюда более оправдано понимать релапаротомию как

повторное вскрытие брюшной полости, направленное на устранение осложнений болезни либо операции независимо от сроков их возникновения.

По нашему мнению, в классификации релапаротомии необходимо выделять причину: осложнения заболевания либо осложнения операции, а также периоды: ближайший – ранний или поздний и отдаленный. Кроме того, – срочность операции, ее объем и характер оперативного вмешательства. Подразделение осложнений в зависимости от заболевания или операции имеет важное теоретическое и практическое значение, так как они принципиально отражают причину релапаротомии, которая, как правило, подвергается ретроспективному анализу.

К сожалению, в литературе нет единого мнения о критериях, характеризующих границу между ранней и поздней релапаротомией, выполняемыми в ближайший период. Так, Журавский А.Е. (1974г) считает за условную единицу ранней релапаротомии – заживление операционной раны – временной период от 5 дней до 3 недель после операции [3,6]. Очевидно, что такое подразделение: «на раннюю и позднюю релапаротомию» – недостаточно полно раскрывает все многообразие и тяжесть патологических изменений, имеющихся у больного, которому предстоит операция.

Мы придерживаемся традиционного подразделения периодов выполнения релапаротомии. К ранним следует относить оперативные вмешательства, проводимые по поводу осложнений еще до нормализации отклонений клинических и лабораторных показателей, обусловленных заболеванием. К поздним – операции, выполняемые в период уже стойкой стабилизации клинических и лабораторных показателей [3, 5]. Оперативное вмешательство по поводу осложнения, возникшего после выписки больного из стационара, следует считать отдаленной релапаротомией [3,5].

Срочность выполнения операций определяется видом развившихся осложнений и степенью риска для больного. Примером может служить внутрибрюшное кровотечение или порыв абсцесса в брюшную полость и др., когда откладывание оперативных вмешательств невозможно, а весь комплекс лечебных мероприятий должен быть сокращен до минимума или проводиться параллельно с операцией, т.е. экстренно.

При ряде осложнений (частичная кишечная непроходимость, кишечные свищи

и др.), оперативные вмешательства могут проводиться по срочным показаниям, после адекватной предоперационной подготовки, в сроки – до суток и более.

В особых случаях, при неизбежности возникновения послеоперационного осложнения, хирург вправе предусмотреть релапаротомию с диагностической или лечебной целью, и она считается уже плановой, т.е. программированной релапаротомией. К этой категории можно отнести и оперативные вмешательства, причиной которых бывают неадекватность выбора метода операции или погрешность ее исполнения.

Не менее важным является обозначение объема релапаротомии. Устранение большинства внутрибрюшных катастроф требует исполнения более широкого доступа, расширенного объема. Под этим подразумевается использование широкого срединного или других доступов и приемов для устранения операционных ошибок. Релапаротомия ограниченного объема включает, как правило, применение только ограниченных или атипичных доступов, чаще всего для вскрытия и дренирования гнойников.

Выделяется в классификации релапаротомий раздел, отражающий характер операции (радикальная или паллиативная), что необходимо для оценки возможностей оперативного лечения осложнений в различные периоды их возникновения.

Вывод

Таким образом, эти «уточнения» дополняют и отражают суть релапаротомий с патофизиологической точки зрения, не противоречат существующим традициям, что позволяет выявить неиспользованные резервы при лечении больных в условиях неотложной хирургии.

Список литературы

1. Белокуров Ю.Н., Винцукевич А.Н., Бурдин А.П., Рыбачков В.В. // Комиссионный подход и проблема экстренных релапаротомий. Всероссийская конференция хирургов. – Пермь, 1985. С. 150-151.
2. Журавский Л.С. Релапаротомия. – Л.: Медицина, 1974. – 152 с.
3. Майнутин В.В. Релапаротомия, понятие и классификация // Вестник хирургии. – 1987. № – 12. С. 58-59.
4. Миронов В.И., Фролов А.П., Золотарева Е.В. Релапаротомия в хирургии послеоперационных осложнений при острой абдоминальной патологии // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2007. № – 45. С. 128-129.
5. Савельев В.С., Гологорский В.А. Релапаротомия в ургентной хирургии // Всероссийская конференция хирургов. – Пермь, 1985. С. 145-146.
6. Сандаков П.Я., Старикова А.И. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните // Хирургический журнал им. Н.И.Пирогова. – 2014. № 4. С. 16-19.