

АЛГОРИТЪМ ЗА РЕОПЕРАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПЕРИТОНИТ

Йовчо Йовчев¹, Татяна Влайкова², Николай Недков¹, Стоян Николов¹, Нойко Станилов¹, Ален Петров¹, Георги Минков¹

¹Тракийски Университет, Медицински Факултет – катедра "Хирургия, неврохирургия и урология" - 6000 Стара Загора, България, e-mail: dr.delon81@gmail.com

²Тракийски Университет, Медицински Факултет – катедра „Химия и биохимия”

APPROACH FOR RELAPAROTOMY IN PATIENTS WITH PERITONITIS

¹Y. Yovchev, ²T. Vlaykova, ¹N. Nedkov, ¹St. Nikolov, ¹N. Stanilov, ¹A. Petrov, ¹G. Minkov

¹Trakia University, Medical Faculty, Department of Surgery, Neurosurgery and Urology - 6000 Stara Zagora, Bulgaria

²Trakia University, Medical Faculty, Department of Chemistry and Biochemistry “, 6000 Stara Zagora, Bulgaria

ABSTRACT

Today there are still many unsolved problems when an early postoperative complication is established in abdominal cavity after surgery intervention.

Remain unclear the answers relating to determining the severity of postoperative deviation or worsening of intestinal paresis. Early diagnosed clinically and instrumentally symptoms and syndromes in some cases compounding or confused the operator in his assesment and decision for reoperation.

We set the goal to offer a clinical scale for determining severity of postoperative complication which is already diagnosed. We hope that will contribute to more easily assess the need for second surgery intervention

Keywords: clinical symptoms and syndromes after surgery, reoperation

Един от основните двигатели и едно от условията за успешното комплексно лечение е деконтаминацията на перитонеалната кухина от развиващата се там патогенна флора. Водещ момент в това е своевременното оперативно лечение по време на което, се отстранява първоизточника на инфекцията с последваща санация на коремната кухина. Само извършването на санацията не е условие за успешно лечение. Една част от пациентите в следоперативния период, продължават да произвеждат токсини и токсичен ескудат, съдържащ бактерии и тъканни детритни маси, които поддържат инфекцията. [1,3]

В някои от случаите, поставените тръбни дренажи бързо се ограничават от фибринови налепи и се превръщат в неефективен метод за елиминиране на токсичните продукти. Това налага възприемането на повторна ревизия на коремната кухина (релапаротомия).[2]

До настоящият момент, показанията за програмираната релапаротомия са формулирани недостатъчно ясно. Релапаротомията, като хирургична процедура е показана при пациенти, при които съществуват клинични симптоми за нарастваща абдоминална токсикоza или развиващата се полиорганна недостатъчност. [3] Този подход противоречи на термина програмирана релапаротомия, тъй като се намесва и чисто субективният фактор за преоценка на състоянието. Стига се до парадокса за отлагане на операцията, до нейното забавяне или в повечето случаи се извършва, когато вече се е развила клиниката на полиорганните нарушения.[2]

Ние проведехме анализ и преоценка на наблюдаваните в следоперативния период симптоми и синдроми с цел подготовка и осъществяване на програмираната релапаротомия. Този анализ включва следните показатели: изходно състояние, оперативна находка, следоперативно протичане обхващащо първите 72 часа след края на операцията. Критериите, които бяха отчитани при статистическата обработка бяха:

- *причина за перитонита;*
- *продължителност на заболяването;*
- *характер на ексудата в коремната кухина;*
- *вид на фибриновите налепи диагностицирани при началната операция;*
- *продължителност на чревната пареза на органите от гастро-интестиналния тракт.*

Градацията на всеки един от тези показатели формираше градиентна скала от точки въз основа на които ние вземахме решение за извършването на релапаротомията. Имаше и случаи, при които релапаротомия се предприемаше по преценка на клиничната находка, без отчитане на тези показатели. Това най-често са болни с персистиращи оплаквания и данни за инсуфициенция на анастомозата.

Факторът време, се оказва определящ при пациентите, постъпващи по спешност за хирургично лечение. Високото ниво на контаминиране на коремната кухина от патогенни микроорганизми беше причината за клиничната изява на парезата обхваща гастро-интестиналния тракт. Периодът, от момента на възникване на субективните оплаквания до хоспитализацията, се оказва определящ за развитието на локалната или дифузната форма на перитонита. Този период в проучените от нас случаи, варираше между 6 и 12 часа. Времето, като елемент в показанията за операция, отчитахме по точкова система и отбелязвахме с цифрите от едно (1) до три (3). За всеки 4 часа отбелязвахме по една точка. Продължителността над 12 часа също беше оценявана с 3 точки.

Време на възникване на оплакванията до момента на поставяне на диагнозата по точки:

до четири часа – 1 точка

от 4 до 8 часа – 2 точки

12 или над 12 часа – 3 точки

Релапаротомията в определени случаи се налагаше и след операция за деструктивен холецистит или гнойни процеси от гинекологичен произход. В тези случаи тя не зависеше от времето на възникване на перитонита. Също така необходимостта от нея можеше да възникне, като резултат от деструктивен апендицит без съпътстваща перфорация или установена клинически чревна непроходимост. Последната не е съпроводена с нарушаване целостта на тънкото или дебелото черво, травма или да е резултат от некротичен панкреатит.

При тази група пациенти, причината за реоперация зависеше от **естеството на ексудата** и свързаната с това възможност за пълната му ликвидация.

Количеството на отложения фибрин при локалните перитонити и разпространеността му при дифузните форми в близост до източника на инфекцията е от съществено значение за тежестта на инфекциозния процес. Едни от факторите за последващ следоперативен перитонит са непълно ликвидиране на ексудата по време на първата операция, както и не добре извършената санация на коремната кухина. Количеството на фибрина и плътния му характер, също са от решаващо значение за възникването на следоперативни междугъначни абсцеси. Необходимо е, при тези болни пълно отстраняване на фибриновите налепи, а ако това е невъзможно трябва да почистваме до чиста тъкан.

В зависимост от количеството и характерът на ексудата може да се определи източникът на инфекцията в коремната кухина. Ексудатът може да бъде гноен, хеморагичен, с примеси на чревно или стомашно съдържимо, или анаеробен. Показание за извършването на реоперация е също така отделящия се от дренажите анаеробен излив. В значителна част от случаите се формират междугъначни или малкотазови абсцеси.

Наличието на чревно съдържимо в евакуационните дренажи е друг фактор от особено значение при преценката ни за релапаротомия. Персистирането на количеството му

за 24 часа, свидетелства за тежък локално проявен възпалителен процес, а в последствие и развиваща се масивна контаминация от патогенни микроорганизми. При количества от 200 до 500ml за 24 часа, вероятността от релапаротомия е при около 56% от пациентите, при условие, че тази секреция се запазва постоянна в продължение на две или три денонощия. Ето защо, този показател (секреция от дренажите), като тежест ние също отбелязвахме с градиент на точките от 1 до 3.

секреция от дренажите

до 200ml за 24 часа - 1точка

от 200 до 500 ml за 24 часа – 2 точки

над 500 ml за 24 часа – 3 точки

Уверичаването на **хеморагичния ексудат в коремната кухина** рядко е причина за последваща реоперация. Най-често това са пациенти с некротичен панкреатит или оперирани по повод на чревна непроходимост. Според количеството и времето изминало от началната му проява, този показател ние отбелязвахме с 1точка за 24 часа и три точки за 12 часа.

хеморагичен ексудат до 500 ml за 24 часа – 1 точка

хеморагия над 500 ml за по – малко от 12 часа – 2 точки

хеморагия над 500 ml за период от 6 часа – 3 точки

В следоперативния период при пациентите с перитонит често се наблюдават отклонения във **възстановяващата се моторна функция** на органите от гастроинтестиналния тракт. При това значение имат следните обстоятелства: наличието на контаминация и възможността същата да попадне в перитонеалната кухина. Това бяха преди всичко онкологично компрометирани пациенти, оперирани по повод на дифузен гноен или перитонит причинен след обструкция. Тогава и условията за инсуфициенция на анастомозите са най-големи. Втората причина за отклонения във възстановяващата се моторна функция е възможността, възпалителния процес по съседство да премине през стената на чревния участък и да попадне в перитонеалната кухина. Ето защо, този показател в определени случаи е от решаващо значение. Разбира се, той трябва да е съчетан и с други показатели, като: продължителност на перитонита, характера на ексудата, състоянието на пациента, придружаващи заболявания или съпътстващи полиорганни изменения, възникнали вследствие на изразения интоксикационен синдром. Според нашите резултатите този показател също се оценява по степени на тежест от 1 до 3 точки.

Решението за релапаротомия е възможно и при гранични състояния на пациентите. Това е една гранична група от пациенти при които сборът от показателите е между 5- 6 точки. В тези случаи, показанията се определят от нарастващата пареза на органите от гастроинтестиналния тракт, нарастваща интоксикация и развиващата се полиорганна недостатъчност. Проблем, а и вероятност за диагностична и тактична грешка съставляват пациентите, които са с нисък брой точки след сбиране на елементите участващи в определянето тежестта на състоянието им. Следва обаче, да се има предвид вида и естеството на първата операция.

Резултатите от предложеният алгоритъм свидетелстват, че приетия подход при нашите пациентите е правилен и допринася за адекватна преоценка на клиничното състояние в

ранния следоперативен период при критично болните, развиващи ранен следоперативен перитонит. Разбира се съществуват още някои неясноти относно чувствителността на някои от предлаганите показатели. Това са количествени критерии, позволяващи ни днес с по-висока точност да оценим показанията за релапаротомията и същата да извършваме своевременно.

Пареза на органите на гастроинтестиналния тракт до 48 часа – 1 точка

Продължителност повече от 48 , но по-малко или до 72 часа – 2 точки

Липсваща перисталтика повече от 72 часа – 3 точки.

Табл. 4 Степени на тежест определени на основата на персистиране на клиничната симптоматика в следоперативния период

Клиничен показател за прогресия на заболяването	Показател за тежест на състоянието (от 1 до 3 точки)		
Време от възникване на заболяването			
до 4 часа	1		
от 4 до 8 часа		2	
след 8 до 12 час			3
Секреция от дренажите в ml/24h			
до 200 ml	1		
от 200 до 500ml		2	
над 500ml			3
Клинично изразена хеморагия от дренажите с редукция на времето			
до 500 ml	1		
над 500ml /12h		2	
над 500ml / 6h			3
Пареза на коремните органи			
до 48 h	1		
от 48h до 72h		2	
персистираща повече от 72h			3

Забележка: Да се внимава при тълкуването на показателите при клинично изразена хеморагия. Количеството на ексудата нараства за сметка на намаленото време

ЛИТЕРАТУРА:

1. Bone R.C, Balk R.A, Cerra F.B, Dellinger R.P, Fein A, Knaus W.A et al; ACCP/SCCM Consensus Conference Committee: Definition of sepsis and organ failure and guidelines for use of innovative therapy in sepsis. Chest; 101; 1644-1655; 1992
2. Harbrecht P.J., Garrison R.N., Fry D.E., Early urgent relaparotomy, Arch. Surg., 1984, 119(4): 369-374
3. Shein M. Planned reoperations and open management in critical intraabdominal infections: prospective experience in 52 cases. World J. Surg., 1991, 15(4): 537-545, 1991