

STRESZCZENIE

Wprowadzenie

Wiele procedur chirurgicznych wykonywanych w ramach oddziałów chirurgii ogólnej w dalszym ciągu wiąże się z wysokim odsetkiem powikłań, w tym powikłań wymagających ponownej interwencji chirurgicznej. W konsekwencji mamy do czynienia z gorszymi efektami leczenia, zwiększoną chorobowością oraz śmiertelnością wśród operowanych pacjentów, wzrostem kosztów leczenia oraz żądaniami odszkodowawczymi ze strony pacjentów i ich rodzin. Zidentyfikowanie czynników ryzyka reoperacji prowadzić może do redukcji odsetka pacjentów reoperowanych oraz uniknięcia wymienionych wyżej konsekwencji.

Materiał i metody

Stworzono bazę danych obejmującą 118 pacjentów operowanych i reoperowanych w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w latach 2011-2014. Analizowano parametry związane z rodzajem choroby podstawowej, wywiadem chorobowym, parametry związane z czasem trwania zabiegu operacyjnego i znieczulenia, pobytem w szpitalu oraz wyniki rutynowo wykonywanych badań laboratoryjnych przed zabiegiem operacyjnym oraz w pierwszych dobach pooperacyjnych. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej i porównano z tożsamymi parametrami 52 pacjentów z grupy kontrolnej operowanych w tych samych latach.

Wyniki

Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że najczęstszą przyczyną reoperacji była nieszczelność zespoleń jelitowych (34,75% wszystkich przypadków). Ta sama przyczyna reoperacji najczęściej prowadziła do zgonu pacjentów (45,65% przypadków śmiertelnych). Do konsekwencji relaparotomii zaliczono istotnie dłuższy czas hospitalizacji, konieczność pobytu w oddziale intensywnej terapii oraz większe ryzyko zgonu. Za uzasadnione metody pozwalające na identyfikację pacjentów istotnie

zagrożonych reoperacją uznano : 3 i więcej punktów wg skali FORZ oraz III i wyższy stopień wg skali ASA. Obecność rany czysto-skażonej i brudnej oraz ostrodyżurowy tryb przeprowadzanego zabiegu również oznaczają wyższe ryzyko reoperacji. Choroby współistniejące wiążące się ze zwiększonym ryzykiem reoperacji to miażdżyca, przewlekła choroba nerek oraz choroba niedokrwienna serca. Ponadto, utrzymujące się wysokie stężenie leukocytów oraz CRP w 1. i 2. dobie pooperacyjnej, a także hiperkreatyninemia są sygnałami mogącymi świadczyć o potrzebie wykonania ponownej interwencji chirurgicznej.

Dyskusja

Wstępna identyfikacja i kategoryzacja pacjentów przy przyjęciu do szpitala przy użyciu dostępnych powszechnie skal predykcyjnych pozwolić może na weryfikację planowanego zakresu leczenia operacyjnego. Zapewnić może także wzmożony nadzór nad takimi pacjentami oraz bardziej krytyczną analizę badań laboratoryjnych wykonywanych przed i po zabiegu operacyjnym.