

Использование чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств при лечении внутрибрюшных послеоперационных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии

И.А.Криворучко, С.Н.Балака, М.С.Повеличенко

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Последнее столетие характеризуется значительным развитием хирургических технологий лечения неотложных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные достижения медицины, релапаротомия является, согласно данным литературы, «вторым ударом» (“second hit”) по организму больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с профилактикой послеоперационных осложнений, является уменьшение объема вмешательств, направленных на их ликвидацию.

Цель исследования. Оценить эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у ранее оперированных больных.

Материалы и методы. В 2011-2012 гг. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнена у 29 больных обоего пола в возрасте от 26 до 57 лет (основная группа). Для сравнения эффективности лечения проведен анализ историй болезней 25 больных, у которых были выполнены повторные открытые вмешательства (группа сравнения).

Пункционно-дренирующие вмешательства осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы «Philips HD-11 XE» с применением конвексного датчика частотой 2-5 МГц. Пункционные вмешательства осуществляли иглами фирм «Balton» и «Rusch» (16-20 G), а дренирование – с использованием дренажных комплектов «Balton» (6-16 F).

Результаты и их обсуждение. Перед вмешательством определяли

расстояние от поверхности кожи до полости, а также объем содержимого. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника и селезенки на пути движения иглы, а также визуализация сосудов являлись абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. Вмешательство всегда осуществляли методом “hands free”, что позволяет проводить санацию прикрытых скоплений по криволинейной траектории.

Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (14 больных), аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии коллекторов более 500 мл, а также гнойных полостей предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости.

Время дренирования определялось строго индивидуально и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости.

В послеоперационном периоде у 2 (10,5%) больных отмечалась транслокация дренажа, потребовавшая редренирования, что не привело у ухудшению тяжести состояния. В 2 (10,5%) случаях потребовались открытые вмешательства. Летальных исходов, а также общих осложнений в этой группе не было.

Осложнения в группе сравнения после релапаротомии возникли у 10 (40%) больных, в 2 (8%) случаях они явились непосредственной причиной летального исхода.

Выводы. Применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяют значительно снизить как частоту развития послеоперационных

осложнений, так и уровень летальности.