

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11.2 (889) листопад 2015
Щомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e-mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 09.11.15. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10
Обл. вид. арк. 8,82. Тираж 500.
Замов. 264.

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2015
© Ліга – Інформ, 2015

ISSN 0023–2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11.2 (880) листопад 2015

Головний редактор
О. Ю. Усенко

Заступники
головного редактора
С. А. Андреещев
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Л. С. Білянський
С. О. Возіанов
В. Г. Гетьман
О. І. Дронов
М. Ф. Дрюк
Я. П. Заруцький
М. П. Захараш
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
В. В. Лазорининець
О. С. Ларін
С. Є. Подпрятков
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
А. В. Скумс
Я. П. Фелештинський
П. Д. Фомін
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрющенко
Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал
І. М. Шевчук



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС З ВИКОРИСТАННЯМ САНАЦІЙНИХ РЕЛАПАРОТОМІЙ З УРАХУВАННЯМ ТЕРМІНУ ЗАКРИТТЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

I. A. Криворучко, М. С. Антонова

Харківський національний медичний університет МОЗ України

SURGICAL TREATMENT OF ABDOMINAL SEPSIS USING SANATION RELAPAROTOMY GIVEN PERIOD OF CLOSURE OF THE ABDOMINAL CAVITY

I. A. Krivoruchko, M. S. Antonova

Реферат

Аналізуються результати хірургічного лікування 66 хворих на тяжкий абдомінальний сепсис та тяжкий абдомінальний сепсис з приєднанням інфекційно—токсичного шоку, котрим виконували релапаротомії після операцій на органах черевної порожнини, в залежності від терміну закриття черевної порожнини.

Ключові слова: тяжкий абдомінальний сепсис, релапаротомії, термін закриття черевної порожнини.

Abstract

The results of surgical treatment of 66 patients with severe abdominal sepsis and severe abdominal sepsis accession of infectious—toxic shock WHO relaparotomii performed after operations on the abdominal organs, depending on the period of closure of the abdominal cavity.

Key words: severe abdominal sepsis, relaparotomii, term closure of the abdominal cavity.

В Україні 42% летальних випадків після операції зумовлені гнійно—септичними ускладненнями. За даними 35—річного спостереження, кількість хворих на гостру патологію органів черевної порожнини, яких госпіталізують у термін понад 24 години від початку захворювання, в Україні не зменшується, що визначає зростання загальної кількості абдомінального сепсису (АС), тенденція спостерігається в усіх розвинутих країнах. Летальність при розвитку синдромів поліорганної недостатності (ПОН) та інфекційно—токсичного шоку (ІТШ) складає 60—80%, а при найбільш важких формах може сягати 90%, тому необхідність аналізу та удосконалення тактики хірургічного лікування хворих АС та індивідуалізація лікувально—тактичного підходу визначають актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування хворих на АС шляхом індивідуалізації лікувальної тактики з урахуванням післяопераційних ускладнень та летальності в залежності від терміну закриття черевної порожнини.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В роботі вивчені результати хірургічного лікування 66 хворих обох статей у віці 18—70 років, які перенесли оперативні втручання у зв'язку з тяжким абдомінальним сепсисом (36) та тяжким абдомінальним сепсисом з інфекційно—токсичним шоком (30), котрим виконували релапаротомії після операцій на органах черевної порожнини, в залежності від терміну закриття черевної порожнини.

Усі хворі розділені на дві групи: перша — група порівняння (30 хворих), що знаходилися на лікуванні з січня 2007 р. по квітень 2009 р., у яких ретроспективно

було проведено аналіз лікування; друга — основна (36 хворих), що знаходилися на лікуванні з травня 2009 р. по грудень 2013 р., у яких проспективно вивчено ефективність запропонованого лікувально—тактичного підходу. *Критерії включення хворих у дослідження:* наявність не менше 2 клініко—лабораторних ознак SIRS по класифікації R. Bone та співавт. (1992), наявність осередку інфекції і ентєральної недостатності; перитонеальний і інтєстїнальний АС більше 24 год. від моменту захворювання; панкреатогенний АС при осередковому і поширеному інфікованому панкреонекрозі з/без розвитку заочеревинної септичної флегмони; вік хворих 18—70 років. *Критерії виключення:* АС внаслідок ускладненого перебігу онкозахворювань; наявність декомпенсації хронічних соматичних захворювань; мезентєральні артеріальні і венозні тромбози; стерильний панкреонекроз і ферментативний перитонїт.

З урахуванням лікувальної тактики та для порівняння ефективності використання різних тактик хірургічного лікування з використанням релапаротомїї всіх хворих на АС умовно було розподїлено на підгрупи: підгрупа А — 39 (59%) хворих, котрим були проведені релапаротомїї (РЛ) "за вимогою"; підгрупа Б — 27 (41%) хворих, ведення котрих здійснювалося за допомогою РЛ "за програмою".

Дїагностика післяопераційних ускладнень здійснювалась як за клінічними даними, так і за даними лабораторного, рентгєнологїчного обстежень, УЗД органів черевної порожнини та комп'ютерної томографїї, а також непрямої реєстрації внутрішньочеревного тиску шляхом вимїрювання тиску в сечовому мїхурї за Kron IL et al. (1984). При оцїнцї рївня інтраабдомїнальної гїпертензїї користувалися класифїкацїєю World Society of the

Abdominal Compartment Syndrome — WSACS, (консенсус 2007 р., 2009, 2011, 2013). Терміни досліджень: до операції, кожні 6 годин після операції/24 год., і надалі протягом перших 3—4—х діб раннього післяопераційного періоду у всіх хворих, дотримуючись цієї схеми у випадку застосування лікування хворих з використанням релaparотомії.

Відповідно до цієї класифікації, I ступінь внутрішньочеревної гіпертензії (IAP) реєструється при внутрішньочеревному тиску 12—15 mm Hg (16,3—20,4 см H₂O); II ступінь — 16—20 mm Hg (21,76—33,2 см H₂O); III ступінь — 21—25 mm Hg (28,56—34 см H₂O); IV ступінь — > 25 mm Hg (> 34 см H₂O). При IAP більше 20 mm Hg, асоційованої з MODS, констатується ACS.

Розподіл хворих за ступенем важкості здійснено за допомогою загальноприйнятих інтегральних систем шкал згідно з рекомендаціями В.С.Савельєва та співав. (2011).

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програм Statistica 6.0, MedCalc і Microsoft Excel 2007. При цьому у всіх хворих був проведений дискримінантний аналіз отриманих даних для виявлення пацієнтів, котрим необхідно проведення РЛ. Оцінювали можливість використання існуючих скорингових систем, зосередившись на аналізі ROC—кривих (Receiver Operating Characteristic), а для отримання численого значення значимості клінічного теста використовували показник AUC (Area Under Curve). У відповідності з експертною шкалою рахували якість тесту відмінним при значеннях AUC = 0,9÷1; дуже добрим — 0,8÷0,9; добрим — 0,7÷0,8; середнім — 0,6÷0,7 та незадовільним — 0,5÷0,6 [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В обсяг повторного оперативного втручання в основній групі і в групі порівняння, входило: 1) усунення внутрішньочеревного ускладнення; 2) ретельна санація черевної порожнини; 3) інтубації кишечника; 4) дренивання черевної порожнини; 5) необхідна корекція IAP. Хворим на АС групи порівняння, при лікуванні з використанням "напіввідкритої" методики, було проведено в середньому 3,75 ± 1,74 РЛ (1 ÷ 7) протягом 5,8 ± 2,1 діб (1 ÷ 9), при використанні "відкритої" методики було проведено в середньому 4,54 ± 1,5 планових санацій (від 2 до 7) протягом 6,9 ± 2,9 діб (1 ÷ 12). Хворим на АС основної групи, у яких лікування проводилося з використанням "напіввідкритої" методики лікування, проведено 3,12 ± 1,41 РЛ (1 ÷ 5). При лікуванні з використанням "відкритої" методики проведено планових санацій у середньому 3,1 ± 1 (1 ÷ 4), після вшивався тільки шкірний клапоть без натягу м'язово—апоневротичного шару.

У хворих групи порівняння, лікування яких проводилося з використанням "відкритої" методики, нами використовувалася технологія "Vogota bag", яку ми вдосконалили у хворих основної групи (Патент України № 74060 від 10.10.2012). У 8 хворих на важкий АС та ІТШ основної групи нами була використана технологія "Vogota bag" для проведення вакуумної терапії (Патент України

№ 74476 від 25.10.2012). При лікуванні хворих на розповсюджений інфікований панкреонекроз та розвитку у них абдомінального компартмент синдрому (ACS) використовувалась техніка тимчасового закриття лапаротомної рани за допомогою технології "Vogota bag" або панкреатооментобурсостомії з одно— чи з двосторонньою люмботомією (Патент України № 55229 від 10.12.2010).

Проведені дослідження показали, що абдомінальний сепсис у хворих, що досліджувались, у 100% випадках поєднується з підвищенням внутрішньочеревного тиску та розвитком внутрішньочеревної гіпертензії. При цьому ACS розвився у 18,9 % випадків (у 4 хворих на важкий сепсис і у 6 хворих на ІТШ). Підвищення внутрішньочеревного тиску у хворих на АС з розвитком ACS є самостійним патологічним механізмом підтримки системного запалення та пов'язано з появою незворотних морфофункціональних змін з боку життєво важливих органів і систем, що викликані механічними і гуморальними впливами підвищеного внутрішньочеревного тиску. Найбільша летальність спостерігалася серед пацієнтів із III ступенем інтраабдомінальної гіпертензії і ACS — 11 з 25 хворих, причому 2 з них померли в перші 24 год., не приходячи до тями після релaparотомії на тлі блискавично наростаючою поліорганної недостатності. Слід відзначити, що методика лікування хворих, зокрема — застосування "напіввідкритої" чи "відкритої" методу лапаросанаций, вірогідно не впливали (р 0,435) на виживання хворих на тяжкий АС та ІТШ, що аналізувалися.

РЛ виконувалась як "за вимогою", так і "за програмою" з обранням тактики лапаростомії в останньому випадку. Були виділені пацієнти, у яких під час першої РЛ вдалося здійснити ліквідацію джерела інфікування черевної порожнини, і пацієнти, у яких надійний контроль над вогнищем інфекції виконати не вдалося. РЛ "за вимогою" проводилася при розвитку або прогресуванні вже наявних післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень в екстреному (перфорація порожнистого органа чи кровотеча в черевну порожнину) та терміновому порядку (післяопераційна непрохідність кишечника, внутрішньочеревні абсцеси). Лапаростомія проводилася при наявності початково запущених форм інтраабдомінальної інфекції, що вимагали в подальшому виконання санаційної РЛ, коли не було впевненості в надійному усуненні джерела інфекції, у надійності кишкового шва, при нестабільному стані.

Нами був переглянутий підхід до виконання реоперацій і санацій черевної порожнини, а вектор лікувально—тактичного підходу був зміщений на користь виконання РЛ "за вимогою" в основній групі хворих (29 хворих на важкий АС і ІТШ), а не РЛ "за програмою" (7 хворих з тяжким АС і ІТШ). Це істотно відрізнялося від групи порівняння, у якій РЛ "за вимогою" виконані у 12 і "за програмою" — у 20 хворих ($\chi^2 = 96,865$; $p = 0,000$).

Показанням до закриття лапаростомії ми вважали купірування розповсюдженого перитоніту з очищенням рани від некротичних тканин та появу грануляцій.

При дослідженні виявлено, що при умові раннього закриття черевної порожнини (перший тиждень) края операційної рани легко відокремлюються, зшиваються П-подібними швами на гумових прокладках та дають більшу кількість загоєння без ускладнень та при цьому спостерігається менша летальність. А при умові закриття черевної порожнини на другий—третій тиждень края операційної рани обмежені в рухомості за рахунок рясного розвитку грануляцій, що обумовлює ускладнення з боку операційної рани у вигляді післяопераційних вентральних кил. При закритті черевної порожнини на 2—3 тиждень спостерігалася більша летальність.

При цьому, основними причинами летальності серед хворих, що розглядаються, були наступні післяопераційні ускладнення: післяопераційна поліорганна недостатність — 19,9%, персистуючий АС — 5%), кишкові

нориці — 1,5%, інфаркт міокарду — 1% та ТЕЛА — 1,5%. Решту ускладнень вдалось ліквідувати комплексними лікувальними заходами. Загальна летальність склала 28,9%.

Рівень післяопераційних ускладнень ($r=0,86$, $p=0,000$) та летальності ($r=0,88$, $p=0,000$) мають пряму залежність від кількості реексплорацій черевної порожнини у хворих на АС.

ВИСНОВКИ

Закриття черевної порожнини продовж першого тижня санаційних релапаротомій супроводжується меншою летальністю та кількістю ускладнень ніж відповідно закриття черевної порожнини продовж другого—третього тижня.

