

Комплексне лікування хворих на абдомінальний сепсис з застосуванням
релапаротомії

В.В.Бойко, І.А.Криворучко, Ю.В.Іванова, М.С.Повеліченко

Харківський національний медичний університет,

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії» НАМНУ

Актуальність проблеми, що розглядається, полягає в тому, що в теперішній час різко збільшилась кількість хворих на абдомінальний сепсис (АС), а перебіг захворювання у них часто ускладнюється множинною дисфункцією органів (MODS), супроводжується високою летальністю (30-80%), яку демонструють найбільш авторитетні клініки.

Дослідження проведені у 189 хворих віком від 21 до 78 років на післяопераційні гнійно-септичні ускладнення, у яких відзначені наступні особливості перебігу АС: наявність не менше 2 клініко-лабораторних ознак SIRS по класифікації R.Vone та співавт. (1992), осередку інфекту і ентеральної недостатності. Філософія хірургічного втручання у всіх хворих включала дві основні складові: контроль джерела інфекції (його усунення чи екстеріоризацію, дронування) та контроль функції ураженого органу й системних захисних механізмів. Релапаротомію «за показаннями» проводили в екстреному (перфорація порожнистого органу чи кровотеча в черевну порожнину) та терміновому порядку (післяопераційна непрохідність кишечника, внутрішньочеревні абсцеси, які не можливо усунути за допомогою мінімально інвазивних втручань) у 131 хворого. Основними аргументами щодо закритого методу лікування з використанням санаційних релапаротомій «за програмою» у 32 хворих, що розглядаються, були: інфікований панкреонекроз; перфорація товстої кишки, яку не можливо надійно ушити чи вивести за межі

черевної порожнини; нестійка гемодинаміка, що потребує мінімізації первинних втручань; тампонада черевної порожнини у зв'язку із кровотечею. Аргументами щодо використання лапаростомії у 26 хворих були: великий натяг черевної стінки внаслідок набряку чи ушкодження фасцій, що може привести до розвитку ACS; тяжка травма із великою втратою тканин черевної порожнини; ретроперитонеальна перфорація порожнистого органу; поганий стан фасцій після множинних лапаротомій. Як правило, для термінового закриття черевної порожнини використали техніку «сандвіча» (20 хворих) та модифіковану методику (6 хворих) з використання вакуумного пристрою власної модифікації. Незважаючи на те, що чітких рекомендацій до використання лапаростомії при лікуванні ранніх післяопераційних гнійно-септичних ускладнень в теперішній час немає, ряд авторів за останні 25 років запропонували цілий ряд методик з використанням різних пристроїв для тимчасового закриття черевної порожнини в цілях забезпечення простого й менш травматичного утримання внутрішніх органів, забезпечення умов для зменшення втрат рідини та білку в умовах наявності «катаболічного дренажу».

Загальна смертність склала 23,3% (44 хворих). Основні ускладнення при реопераціях: післяопераційна поліорганна недостатність, кишечні нориці, кровотечі, бокова ретракція лапаротомної рани із утворенням великого дефекту.

Таким чином, лікування хворих на АС, що виникає внаслідок розвитку ранніх післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, представляє серйозну проблему сучасної хірургії. Наш досвід свідчить, що планові релапаротомії та лапаростомії потрібні лише частині цієї категорії хворих: 1) хворим на сепсис

та MODS, коли джерело інфекції в них не було адекватно сановано під час релапаротомії; 2) хворим, у яких ушивання лапаротомної рани може привести до розвитку abdominal compartment syndrome; 3) хворим, у яких при релапаротомії діагнотовано масивну внутрішньочеревну кровотечу, для зупинки якої потрібна туга тампонада із використанням хірургічних тампонів та рушників.