

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

Харківський національний медичний університет МОЗ України,

кафедра хірургії № 2, Харків, Україна

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

Реферат. Аналізуються результати хірургічного лікування 209 хворих на абдомінальний сепсис. Авторами обґрунтована доцільність використання сучасної класифікації септичних синдромів, оскільки критерії, які лежать в основі їх визначення, дозволяють оцінити важкість стану пацієнтів, прогностичні орієнтири й динаміку патологічного процесу. Комплексне хірургічне лікування, яке включає адекватну санацію патологічного осередку, раціональну антимікробну терапію, респіраторну, циркуляторну й метаболічну підтримку, дозволяє суттєво поліпшити результати лікування тяжкої категорії хворих.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, діагностика, лікування.

Вступ. Найбільш важливою і складною проблемою сучасної хірургії є лікування хворих на тяжкі абдомінальні інфекції. В самому крупному за останні роки епідеміологічному дослідженні EPIC II, яке включало більше 14 000 пацієнтів з 76 країн світу, частота інфекцій серед хворих пацієнтів відділень реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), що там знаходились, склала 50,9%, а частота абдомінальної хірургічної інфекції – 19,3%, яка зайняла 2-е місце після інфекцій респіраторної системи [3]. За сучасними даними сепсис є основною причиною смерті у ВРІТ некоронарного профілю та займає 11-е місце серед всіх причин смертності серед населення. Дані щодо розповсюдженості сепсису в різних країнах значино різняться: у США це 300 випадків/100 000 населення, у Франції – 95/100 000 населення, у Австралії та Нової Зеландії – 77/100 000 населення тощо [1, 3]. Враховуючи універсальний характер перебігу та загальні

закономірності розвитку системної запальної реакції (SIRS), до цієї категорії патологічних процесів, як й інші автори, відносимо три типи інфекцій, об'єднаних загальним терміном «абдомінальний сепсис» (АС): розповсюджений гнійний перитоніт, що виникає внаслідок деструкції органа і/або його перфорації, а також запущеної гострої непрохідності кишечника; післяопераційний перитоніт внаслідок формування та прориву гнійнику в вільну черевну порожнину, а також неспроможність зони раніше накладених швів анастомозів; гнійно-некротичний панкреатит внаслідок інфікування некрозів підшлункової залози і/ або заочеревинної клітковини [1, 2].

Новий погляд на патогенез сепсису, у тому числі і абдомінального (АС), привів до появи інших діагностичних критеріїв, а найбільшу підтримку в цьому відношенні отримала класифікація R. Bone та співавт. (1992), яка заснована на простоті діагностичних критеріїв і клінічних ознаках SIRS, сепсису, важкого сепсису та септичного шоку [1].

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проведені у 209 хворих віком від 26 до 79 років на АС, оперованих з 2000 по 2011 рр. (співвідношення чоловіки/жінки 1,43:1). У всіх хворих відзначені наступні особливості перебігу основного захворювання: наявність не менше 2 клініко-лабораторних ознак SIRS, осередку інфекту та ентеральної недостатності [1].

Оцінку фізичного стану і стану хронічного здоров'я проводили за допомогою інтегральної системи APACHE II до та після операції, визначення ризику розвитку MODS за шкалою J. C. Marshall et al. (1995), а моніторинг внутрішньочеревного тиску проводився за методикою I. L. Kron et al. (1984) [1].

Сучасний підхід до хірургічного втручання у всіх хворих включав дві основні складові: контроль джерела інфекції (**source control**) та контроль функції ураженого органу й системних захисних механізмів (**damage control**).

Результати та їх обговорення. Перитонеальний АС було встановлено у 149 (71,3%), панкреатогенний – у 31 (14,8%) та інтенстинальний – у 29 (13,8%)

хворих. Тяжкість хворих за шкалою APACHE II складала від 12 до 36 балів ($17,9 \pm 8,6$), а MODS виявлена у 67 (32,1%) хворих.

Закритий метод лікування був застосований у 151 (72,2%) хворого на АС, програмована релапаротомія – у 58 (27,8%), у тому числі лапаростомія – у 26 хворих.

Основними аргументами щодо методу лікування з використанням санаційних релапаротомій «за програмою» у 32 хворих, що розглядаються, були: інфікований панкреонекроз з неможливістю видалення усіх осередків інфікованих тканин внаслідок відсутності демаркації зони запалення; перфорація товстої кишки, яку не можливо надійно ушити чи вивести за межі черевної порожнини; нестійка гемодинаміка та у зв'язку з цим – мінімізації первинних втручань; тампонада черевної порожнини у зв'язку із кровотечею тощо. Аргументами щодо використання лапаростомії у 26 хворих були: інфікований панкреонекроз з розвитком синдрому абдомінального компартменту (ACS); великий натяг черевної стінки внаслідок набряку чи ушкодження фасцій, що могли привести до розвитку ACS; ретроперитонеальна перфорація порожнистого органу та необхідність контролю надійності осередку інфекції; поганий стан фасцій після множинних лапаротомій тощо. Як правило, для термінового закриття черевної порожнини використали техніку «vogota bag» (20 хворих) та технологію з використання вакуумного пристрою власної модифікації (6 хворих). Незважаючи на те, що чітких рекомендацій щодо використання лапаростомії при лікуванні хворих на АС 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» тощо [1].

Слід відзначити, що основними складовими, які суттєво впливають на результат лікування хворих на АС при виконанні програмованих санацій

черевної порожнини (принцип **damage control**), є на ступні: 1) вихідна тяжкість хворого («the first hit»); 2) біологічна конституція пацієнта (вік, маса тіла, супутні захворювання); 3) число необхідних реоперацій, їх тривалість та травматичність («the second hit»).

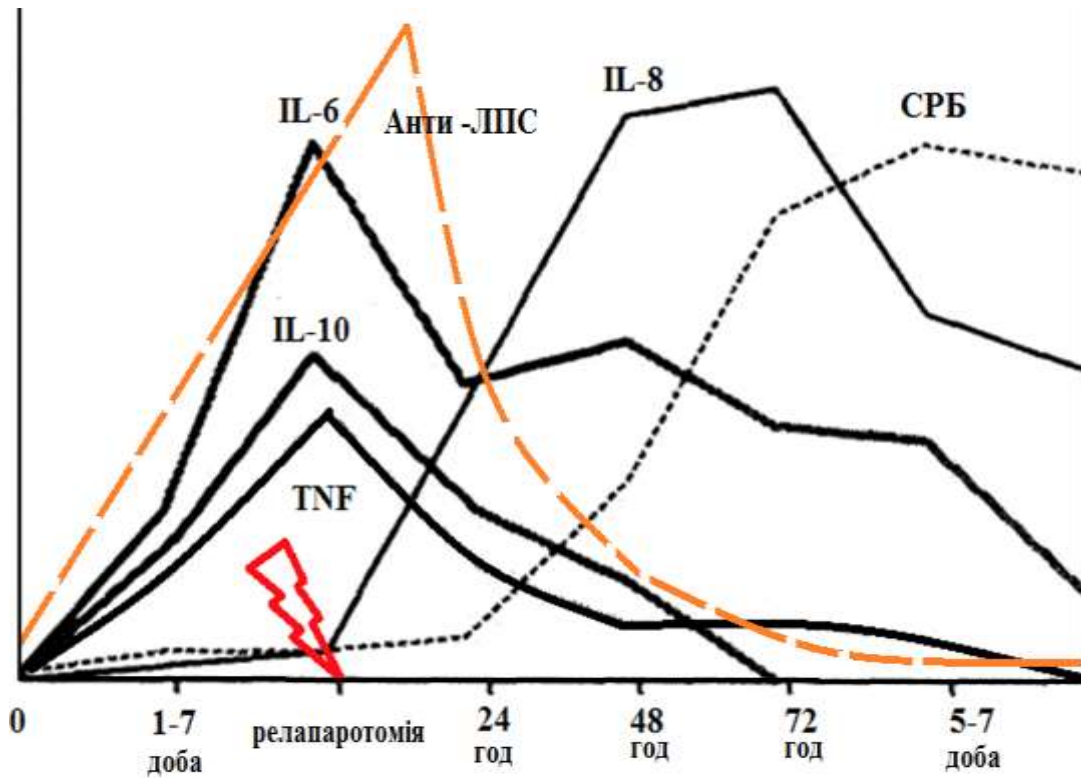


Рисунок 2. Ефект «second hit» при релапаротомії.

Серед переваг «напіввідкритого» та «відкритого» способів лікування хворих на АС (повноцінна санація та можливість адекватного дренивання черевної порожнини, своєчасна діагностика та корекція інтраабдомінальних ускладнень, є і інші суттєві недоліки такого лікувального підходу: ці операції є так званим другим «ударом» («the second hit») для хворого, що часто призводить до прогресування MODS (рис. 1); при цьому завжди є повторна травма черевної стінки та внутрішніх органів, тривала катетеризація судин, травного та сечового трактів з великою імовірністю приєднання нозокоміальної інфекції, високий ризик виникнення арозивної кровотечі, кишкових норниць та дефекту черевної стінки тощо [1, 3, 4]. Як свідчать наші дані, між кількістю

реексплорацій черевної порожнини та частотою розвитку ускладнень після релапаротомії є велика позитивна залежність ($r=0,94$) [1].

Ускладнення при лікуванні цих хворих виникли у 76 (36,4%) хворих, загальна смертність склала 22% (46 хворих). Основні ускладнення при реопераціях: післяопераційна поліорганна недостатність, кишкові нориці, кровотечі, бокова ретракція лапаротомної рани із утворенням великого дефекту та ін.

Таким чином, лікування хворих на АС представляє серйозну проблему сучасної хірургії. Наш досвід свідчить, що більшості хворим показаний «закритий» метод хірургічного лікування, а планові релапаротомії та лапаростомії потрібні лише частині цієї категорії хворих: 1) хворим на АС та MODS, коли джерело інфекції в них не було адекватно усунуто під час першої операції; 2) хворим, у яких ушивання лапаротомної рани може привести до розвитку ACS; 3) хворим на тяжкі комбіновані травми та масивну внутришньочеревну кровотечу, для зупинки якої потрібна туга тампонада із використанням, наприклад, хірургічних тампонів.

Література.

1. Бойко В.В. Распространенный гнойный перитонит / Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Сивожелезов А.В. — Х.: Прапор. — 2008. — 280 с.
2. Гельфанд Е.Б. Абдоминальный сепсис. / Гельфанд Е.Б., Филимонов М.И., Бурневич С.З. — Русский медицинский журнал. — 1998. — № 11. — С. 697 – 706.
3. Криворучко І. А.. Комплексне лікування хворих на абдомінальний сепсис із застосуванням релапаротомії. / Криворучко І.А., Бойко В.В, Іванова Ю.В., Повеліченко М.С. — Харк. хір. школа. — 2012. — № 1. — С. 15-18.
4. Савельев В. С. Сепсис в начале XXI века: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. / Савельев В. С., Федоров В. Д., Воробьев А. И. и др. — Метод. рекомендации. — Москва. — 2004. — 130 с.

I.A.Krivoruchko, Y.V. Ivanova, M.S.Povelichenko

Diagnostic and complex treatment of patients with abdominal sepsis

Summary. On the base of experience of the surgical treatment of 209 patients with abdominal sepsis the authors have grounded advisability of use the modern classification of septic syndromes because criteria laying in the base of their determination allow to evaluate the severity of patient's condition prognostic orientations and dynamics of pathological process. The complex surgical treatment including adequate sanitation of pathological focus, rational antimicrobial therapy, respiratory, circulatory and metabolic support allow to improve essentially the results of the treatment of the difficult category of patients.

Key words: abdominal sepsis, diagnostic, treatment.

Анкета	
учасника науково-практичної конференції «Прикарпатський хірургічний форум» (25-26 жовтня 2012 р. м. Івано-Франківськ- Яремча)	
Прізвище, ім'я по батькові	Криворучко Ігор Андрійович
Місце роботи	ХНМУ
Посада	Зав. каф. хірургії № 2
Науковий ступінь	д.м.н., професор
Адреса	м.Харків, пр. Леніна, 4
Телефон	Служб. 0577050245, моб. 0503019090
Факс	
E-mail	ikryvoruchko@mail.ru
Форма участі	
публікація	+

ДОПОВІДЬ	+
участь у формуванні та обговоренні клінічної настанови	+