

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

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

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») в отношении организма больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с профилактикой послеоперационных осложнений, является минимизация объема вмешательства, направленных на их ликвидацию.

Цель исследования. Оценить эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости.

Материалы и методы. В 2008-2012 гг. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнено у 69 больных обоего пола в возрасте от 26 до 67 лет, оперированных по поводу неотложных заболеваний органов брюшной полости (основная группа). Для сравнения эффективности лечения проведен анализ историй болезней 65 больных, у которых были выполнены повторные открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости (группа сравнения). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, основным и сопутствующим заболеваниям, степени распространенности патологического процесса, тяжести состояния больных по шкале APACHE II.

Пункционно-дренирующие вмешательства осуществляли под местной анестезией с использованием ультразвукового сканера фирмы «Philips HD-11

ХЕ» 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 позволяло проводить санацию прикрытых скоплений по криволинейной траектории.

Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (14 больных). При этом аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии жидкостных скоплений объемом 500 мл и более, 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 осложнения возникли у 10 (14,5%) больных основной группы, летальность до 30 суток составила 10,1%. В группе сравнения осложнения после выполнения релапаротомии возникли у 15 (23,1%) больных, летальность до 30 суток составила 30,8% ($\chi^2= 6,362, p<0,05$).

Выводы. Применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяет значительно снизить как частоту развития осложнений, так и уровень

ЛЕТАЛЬНОСТИ.