

УДК 616.381-002.3-089

© В. И. ЛУПАЛЬЦОВ, А. И. ЯГНЮК, К. А. ВАНДЕР, Р. С. ВОРОЩУК

Харьковский национальный медицинский университет

Пролонгированная санация брюшной полости в комплексе лечения абдоминального сепсиса у больных пожилого и старческого возраста

V. I. LUPALTSOV, A. I. YAHNIUK, K. A. VANDER, R. S. VOROSCHUK

Kharkiv National Medical University

PROLONGED SANATION OF ABDOMINAL CAVITY IN THE TREATMENT COMPLEX OF ABDOMINAL SEPSIS IN PATIENTS OF SENILE AND OLD AGE

В абдоминальной хирургии распространенный гнойный перитонит (РГП), обуславливающий развитие абдоминального сепсиса (АС), остается одним из самых часто встречаемых и тяжелых осложнений заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на постоянное совершенствование хирургических вмешательств, методов детоксикации и интенсивной терапии, результаты лечения АС нельзя признать удовлетворительными [1, 2]. У лиц пожилого и старческого возраста АС при РГП протекает особенно тяжело, а результаты лечения характеризуются высокой частотой послеоперационных осложнений и смертельных исходов [1]. Исход лечения при РГП зависит от адекватной санации брюшной полости как при первичной операции, так и, не в последнюю очередь, пролонгированной санации брюшной полости (ПСБП) в послеоперационном периоде. И если необходимость устранения источника перитонита у данной категории больных наименее травматичным и технически простым способом общепризнанно, то при решении тактических задач послеоперационной санации брюшной полости единого мнения у хирургов нет.

Цель работы: изучить результаты лечения абдоминального сепсиса при разлитом гнойном перитоните у лиц пожилого и старческого возраста при пролонгированной санации брюшной полости.

В исследование включены 53 больных старше 60 лет с вторичным РГП, причинами которого были прободная гастродуоденальная язва, острый аппендицит, деструктивный холецистит, острая механическая кишечная непроходимость, перфорации тонкой или толстой кишки. Рандомизация больных проводилась на основании фазы АС (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок), характеристики экссудата брюшной полости по классификации В. С. Саве-

льева и соавт. (2000). Мужчин было 17 (32,1 %) женщин – 36 (67,9 %), средний возраст (69,2±8,1) года. Все больные оперированы согласно общепринятым принципам лечения РГП с учётом значений мангеймского индекса перитонита (МИП). В зависимости от способа послеоперационного ведения больные разделены на две группы. В группе сравнения (32 больных) применен полузакрытый (дренирование по Петрову), а в основной (21 больной) – полукрытый способ (ПСБП с этапными санациями в сочетании с непрерывным перитонеальным лаважом между операциями). Трубки для перитонеального лаважа устанавливались в малый таз, латеральные боковые каналы, поддиафрагмальные и подпечёночное пространства и в область первичного очага. В состав раствора для промывания брюшной полости входил раствор Рингера и новокаин. Проведение ПСБП прекращали при появлении объективных признаков купирования перитонита. Функциональное состояние органов и систем оценивали по шкале SOFA. Клинико-лабораторное обследование включало проведение общеклинических и биохимических анализов крови, анализа мочи, бакпосева экссудата. Инструментальные методы исследования включали рентгенологическое исследование и УЗ-сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства, мониторинг внутрибрюшного давления. Статистическая обработка полученных данных проводилась методами вариационной статистики.

Согласно величине МИП в обеих группах преобладали пациенты со II степенью тяжести перитонита. У большинства больных РГП сопровождался явлениями органной недостаточности жизнеобеспечивающих систем организма, что проявилось признаками тяжёлого АС у 12 (57,1 %) пациентов основной группы и 19 (59,4 %) больных группы срав-

нения. Септический шок отмечен у 5 (23,8 %) больных основной и 7 (21,9 %) – группы сравнения. Согласно шкале SOFA наличие исходной моно- или полиорганной недостаточности было констатировано у всех пациентов (количество баллов выше 2 по одной или нескольким системам органов).

У больных основной группы показаниями к применению ПСБП в виде этапных санаций через 24–48 часов после первичной операции на фоне непрерывного лаважа брюшной полости были высокая бактериальная контаминация, множественные межпетельные абсцессы, полиорганная недостаточность (ПОН) с вовлечением до трех органов и систем, сомнение в состоятельности наложенных кишечных швов.

В 1-е сутки после операции в обеих группах отмечалось усугубление тяжести ПОН согласно шкале SOFA. Дальнейшая динамика ПОН в группах зависела от метода ведения больного. С 3-х суток применение ПСБП позволило не только снизить выраженность проявлений ПОН в основной группе, но и значимо уменьшить среднее количество вовлеченных в ПОН систем органов. Такая тенденция сохранялась и в последующие 7-е, 14-е, 21-е сутки после операции, что подтверждалось

положительной динамикой клинических и биохимических показателей, данными УЗИ.

Интраабдоминальные осложнения, потребовавшие повторных вмешательств, наблюдались у 15 (46,9 %) больных группы сравнения и у 8 (38,1 %) пациентов основной группы. При этом не выявлено осложнений, которые можно связать с проведением ПСБП. Сравнительный анализ экстраабдоминальных осложнений показал заметное их уменьшение со стороны послеоперационной раны при использовании ПСБП. Но нагноение раны осталось наиболее частым осложнением как у больных основной группы, так и группы сравнения – 22 (68,8 %) и 10 (47,6 %) случаев соответственно. Умерли 16 больных (5 – в основной и 11 – в группе сравнения). Причинами смерти были прогрессирующий перитонит и ПОН, инфаркт миокарда, тромбоз легочной артерии.

Вывод. Применение ПСБП при РГП и развитии АС и септического шока у больных пожилого и старческого возраста может являться методом выбора послеоперационного ведения, позволяющим снизить количество осложнений со стороны брюшной полости и послеоперационной раны, но не влияет значительно на послеоперационную летальность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Подачин П. В. Перитонит / П. В. Подачин, Е. Б. Гельфанд // Интенсивная терапия : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – С. 344–358.

2. Гнойный перитонит. Патофизиология и лечение / [Цыганенко А. Я., Бойко В. В., Криворучко И. А. и др.]. – Х. : Контраст, 2002. – 280 с.

Получено 18.04.13