

Завада Н.В.

РОЛЬ ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Распространенный перитонит продолжает оставаться одной из сложных и актуальных проблем абдоминальной хирургии (В.С. Савельев и соавт., 2006; Б.К. Шуркалин и соавт., 2007; Н.В.Завада и соавт., 2016). Несмотря на многочисленные научные исследования и накопленный огромный практический опыт, летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности - 80-90%.

В последние годы при лечении распространенного перитонита многие авторы рекомендуют применять вакуум-терапию (vacuum assisted closure – VAC) брюшной полости и послеоперационной раны брюшной стенки (D.E.Barkeretal., 2007; A. Bruhinetal. 2014; Н.В.Завада, 2020).

Вместе с тем, оценка эффективности применения вакуумного дренирования брюшной полости по данным литературы не однозначна. Не решена проблема развития ишемии зон кишечника, близких к источнику отрицательного давления, приводящей к развитию острых язв и повышению риска развития кишечных свищей от 5 до 20% наблюдений (Hlebowicz J. etal., 2012; Roberts, D.J. etal., 2012). При применении вакуум-ассистированной лапаростомы в связи с особенностями экссудата (вязкость, наличие фибрина) и формированием слипчивого процесса в брюшной полости могут образовываться "закрытые" недренируемые участки его скопления. И до настоящего времени при перитоните не определены показания и противопоказания для VAC-терапии, режимы и длительность вакуумной аспирации, критерии для завершения данного вида лечения. Не определено так же место вакуум-ассистированной лапаростомы в алгоритме оказания помощи пациентам с распространенным перитонитом. Это требует накопления опыта и проведения дополнительных исследований.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения вакуум-терапии в комплексном лечении распространённого перитонита.

Материалы и методы. Наш опыт основан на проведении 33 вакуум-ассистированных лапаростом у пациентов с распространенным перитонитом, которые находились на лечении в Минской городской клинической больнице скорой медицинской помощи в 2018 году. Все пациенты были в тяжелом состоянии (SAPS \geq 8) с выраженной полиорганной недостаточностью (SOFA \geq 12) и тяжелыми поражениями органов брюшной полости:

Мангеймский индекс перитонита (МИП) ≥ 20 , индекс брюшной полости (ИБП) ≥ 13 . Определение состояния брюшной полости проводили по классификации открытого живота M. Vjorck, A. Bruhin, M. Cheathametal. (2009). Программируемые санации брюшной полости выполняли через 24 - 48 часов от 4-х до 8 раз физиологическим раствором в объеме 6-8 литров. Вакуумная аспирация осуществлялась с разряжением 0,2 – 0,4 атм.

Результаты. При использовании вакуум-асситированной лапаростомы при лечении пациентов с распространённым перитонитом осложнений, связанных с выполнением данного метода, нами не отмечено. При его применении мы не наблюдали образования кишечных свищей и межпетельных абсцессов, на которые указывают в своих исследованиях Д. В. Черданцев и соавт. (2015).

Очищение лапаротомных ран от пленок фибрина и некротически измененных тканей в местах прилегания вакуумной системы наступало быстро. Отмечалось стихание воспалительно-экссудативных процессов в этой зоне. Отрицательное давление приводило к выраженным пролиферативным изменениям тканей брюшной стенки.

Программированные санации брюшной полости в сочетании с вакуумным дренированием брюшной полости через лапаростому способствовали снижению и в конечном итоге ликвидации воспалительного процесса в брюшной полости на 8 – 14 сутки послеоперационного периода. На завершающем этапе лечения и заключительной хирургической обработке раны выполняли восстановление целостности всей брюшной стенки. Критериями завершения проведения вакуум-ассистированных программированных санаций брюшной полости, на основании которых мы определяли у каждого пациента их кратность, были:

- полная ликвидация первичного источника перитонита;
- отсутствие в брюшной полости гнойного содержимого, массивных наложений фибрина и некротических тканей;
- уменьшение отека стенки кишки и брюшины;
- появление перистальтики кишечника;
- отсутствие ограниченных межпетлевых гнойников и сращений;
- улучшение клинико-лабораторных показателей;
- регрессия признаков эндотоксикоза.

Выводы.

1. Основным методом лечения распространённого перитонита является хирургическое вмешательство, направленное на ликвидацию очага инфекции, борьбу с воспалением в тканях брюшной полости и создание благоприятных условий для заживления ран.

2. Вакуум-терапия является простым и эффективным дополнительным методом в комплексном лечении перитонита, позволяющим снизить

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

микробную контаминацию и активизировать пролиферативные процессы в ране брюшной стенки, способствовать очищению брюшной полости от гнояного экссудата и восстановлению функционального состояния большинства жизненно важных органов и систем.

3. Вакуум-ассистированная лапаростомия с этапными санациями брюшной полости может быть методом выбора на завершающем этапе выполнения первой лапаротомии у пациентов с распространенным гнойным перитонитом.