

ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ С ЭТАПНЫМИ САНАЦИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Завада Н.В.

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

Введение. Несмотря на то, что уже в течение более 150 лет лечению перитонита уделяется большое внимание со стороны хирургов всего мира, 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; А.В. Сажин и соавт., 2020 С.С. Маскин и соавт., 2023). О нерешенности данной проблемы свидетельствует высокая летальность, которая за последние 20 лет почти не снизилась и достигает при вторичном распространенном послеоперационном перитоните и абдоминальном сепсисе 35–92% (Sartelli M. et al., 2015; Ross J.T. et al., 2018; Clements T.W. et al., 2021).

Относительно недавно в абдоминальной хирургии утвердилась концепция многоэтапного хирургического лечения. Вместе с тем, продолжают дискуссии о целесообразности применения различных методик в каждой конкретной ситуации (С.С. Маскин и соавт., 2023). Использование локального отрицательного давления в хирургической практике не является новым изобретением и известно с 1798 года (Ю.М. Стойко и соавт., 2021). Многие авторы (D.E.Barkeretal., 2007; A. Bruhinetal. 2014; Н.В.Завада, 2020) в последние годы в комплексном лечении вторичного распространенного перитонита применяют управляемую лапаростомию с постоянной вакуумной аспирацией, известной как VAC-терапия (Vacuum Assisted Closure therapy). Вместе с тем, пока недостаточно чётко определены показания и преимущества данного метода, а оценка эффективности применения вакуум-ассистированной лапароскопии с этапными санациями брюшной полости по данным литературы не однозначна.

Цель. Оценка результатов применения VAC-терапии с этапными санациями брюшной полости у пациентов при распространенном перитоните.

Материалы и методы. Наш опыт основан на проведении 45 вакуум-ассистированных лапароскопий у пациентов с распространенным перитонитом. Они находились на лечении в Минской городской клинической больнице скорой медицинской помощи. Во всех наблюдениях перитонит был диагностирован на поздних сроках (более 48 часов), а все изученные показатели свидетельствовали о наибольшей степени тяжести пациентов (SAPS \geq 8; SOFA \geq 12; Мангеймский индекс перитонита (МИП) \geq 20; индекс брюшной полости (ИБП) \geq 13). Дополнительно оценивали частоту и степень осложнений по классификации Clavien-Dindo (1992) в модификации Accordion (Accordion Severity Classification of Postoperative Complications), состояние

брюшной полости по классификации открытого живота М. Bjorck, A. Bruhin, M. Cheathametal. (2009). динамику инфекционного процесса по уровню С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови, частоту развития сепсиса, длительность пребывания пациентов в стационаре и в отделении реанимации и интенсивной терапии. Группу сравнения составили 19 пациентов с распространенным перитонитом, у которых выполнялись релапаротомии по требованию. Техника хирургических вмешательств, VAC-терапия с этапными санациями брюшной полости в целом соответствовала описанной в зарубежной и отечественной литературе. Они отличаясь лишь в деталях, которые зависели от различных клинических ситуаций. Этапные санации брюшной полости выполняли физиологическим раствором в объеме 6-8 литров через 24 - 48 часов от 4-х до 8 раз. Вакуумная терапия осуществлялась с разряжением в диапазоне 0,2 – 0,4 атм.

Результаты и обсуждение. Наши наблюдения показали значительные позитивные изменения в тканях, прилежащих к VAC- системам. Воздействие непрерывного отрицательного давления приводило к удалению из раны токсичного экссудата, содержащего бактерии и тканевой детрит, которые поддерживали воспаление. VAC-терапия ускоряла формирование грануляционной ткани, вела к улучшению их кровоснабжения, способствовала отграничению пораженной зоны брюшной полости. В местах прилегания вакуумных систем наступало очищение лапаротомных ран от пленок фибрина и некротически измененных тканей, что вело к быстрому стиханию воспалительно-экссудативных процессов в этой зоне.

Этапные санации брюшной полости в сочетании с вакуумным дренированием раны в области лапаростомы способствовали снижению и в конечном итоге ликвидации воспалительного процесса в брюшной полости на 8 – 14 сутки послеоперационного периода. VAC – ассистированная лапаростомия вела к ликвидации синдрома интраабдоминальной гипертензии. Это способствовало нормализации функции дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем.

В многочисленных литературных источниках авторы указывают на снижение послеоперационной летальности в сравнении с другими вариантами лапаростомий без вакуума. (Маскин С.С. и соавт., 2023; Сажин А.В. и соавт., 2020). Вместе с тем, сопоставляя результаты лечения пациентов в основной группе и группе сравнения мы не выявили статистически достоверной разницы в таких показателях как летальность и длительность нахождения в стационаре. Анализ причин возникновения распространенного перитонита в наших наблюдениях показал их разнообразие. Мы наблюдали различные источники воспаления брюшины, клинические варианты течения распространённого перитонита и клинико-лабораторные изменения. Это не позволяло в наших наблюдениях придерживаться единой для всех пациентов хирургической тактики. При этом характер оперативных вмешательств не мог быть стандартизован, и хирурги придерживались известной аксиомы, предусматривающий принцип «каждому больному показаны «своя»

операция». Во время первого, второго и по показаниям последующих оперативных вмешательств они определяли необходимость повторных операций и устанавливали определённый интервал времени для них. Критериями для выбора режима программированных этапных реопераций в рамках стратегий source control или damage control служили тяжесть перитонита, травмы живота и состояние самого пациента.

При восстановлении целостности брюшной стенки при заключительной хирургической обработке раны одной из проблем во время закрытия лапаростомы в сроки более 1,5-2 недель являлась латерализация мышечно-фасциального слоя, ригидность тканей и создание плотных васкуляризированных сращений между петлями кишечника и передней брюшной стенкой. Это вело к образованию так называемого «замороженного живота». Наш опыт показал, что использование у таких пациентов VAC-систем сопряжено с риском образования кишечных свищей. Вместе с тем, применение вакуум-асситированной лапаростомы позволяло после завершения цикла этапных санаций и полного купирования системных и местных проявлений перитонита в сроки до 1,5 недель с успехом выполнять ушивание апоневроза без натяжения с мышечно-фасциальным закрытием брюшной полости.

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

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

4. Необходимо продолжить исследования по оценке эффективности применения вакуум-асситированной лапаростомии при распространённом перитоните с учетом современных требований по селекции пациентов в зависимости от источника, тяжести, характера перитонита и вариантов его хирургического лечения.