

«OPEN ABDOMEN» В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ТОВМАСЯН Р.С.^{1,2}, ЧЕВОКИН А.Ю.^{1,2},

ВАРНАВИН О.А.², ПЛОТНИКОВ В.В.²

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

tovmasrs@gmail.com

Актуальность работы. Несмотря на очевидные успехи интенсивной патогенетической терапии в лечении абдоминального сепсиса (АС), оперативное вмешательство по-прежнему остается «краеугольным камнем» в лечении больных с распространенным гнойным перитонитом (РГП). Эволюция хирургического лечения тяжелых форм РГП как главной причины АС практически безальтернативно пришла к формулировке концепции так называемого «открытого живота» (ОЖ, «open abdomen»), основанной на использовании методики активной аспирации из брюшной полости – вакуум-ассистированной лапаротомии (ВАЛС). Эта методика, по сути, подвела знаменательную черту под многолетним спором в хирургическом сообществе относительно эффективности релапаротомий «по плану» или «по требованию».

Вместе с тем, серьезное переосмысление патогенеза сепсиса в рамках концепции «Сепсис-3» (J-L. Vincent et al. 2013, M. Singer, C.S. Deutschman et al. 2016), в которой ведущая роль в патогенезе сепсиса отводится полиорганной недостаточности как ключевой дефиниции, определяющей собственно его существование, позволяет по-новому взглянуть на идеологию ОЖ и «препарировать» различные технические аспекты в рамках самой концепции (МЗ РФ, клинические рекомендации, острый перитонит 2017).

Материал и методы исследования. Для исследования эффективности различных модификаций ВАЛС были целенаправленно отобраны наиболее тяжелые больные из категории пациентов с РГП, а именно пациенты с третичным перитонитом. Был проведен ретроспективный анализ группы пациентов (15 больных), у которых по истечении 72 часов после первого оперативного вмешательства по поводу РГП явления перитонита не удалось разрешить. Всем этим больным в качестве первичного вмешательства проводилась лапаротомия с ликвидацией источника перитонита, формированием «полузакрытой» лапаротомы с пассивным дренированием брюшной полости и дальнейшие релапаротомии «по программе». При последующих санациях дополнительных источников перитонита ни в одном случае не выявлено. Таким образом, подобные критерии включения в исследование позволили справедливо считать, что у всех больных по истечении 72 часов с момента первого вмешательства имел место третичный перитонит. Стратификация и мониторинг больных проводились на основании Мангеймского индекса перитонита (МИП>29), критериев q-SOFA и Сепсис-3 (у всех больных констатирован абдоминальный сепсис) и шкалы оценки органной недостаточности по SOFA. По истечении 72 часов от момента первого вмешательства у 9 больных перешли на методику ВАЛС

в различных исполнениях: Ab-Thera (KCI) – 6 больных, системы типа «ABRA» в собственной модификации – 3 больных). Остальные 6 пациентов в дальнейшем были исключены из исследования. Таким образом, критерием исключения было применение любой другой методики, кроме ВАЛС.

Результаты. Общая летальность в исследовании составила 22,2% (2 больных). В группе больных с использованием ABRA системы летальных исходов не было. В группе больных, где использовалась KCI система, умерли 2 больных (летальность 30%). Из-за малого количества наблюдений оценить достоверность разницы результатов не представлялось возможным.

Обсуждение. Анализ результатов исследования показал преимущество ВАЛС и метода «открытого живота» («open abdomen») как такового при лечении наиболее тяжелой формы РГП – третичного перитонита. При этом более эффективной оказалась та методика ВАЛС, которая, с одной стороны, обеспечивала эффективную аспирацию экссудата из брюшной полости и ее санацию, с другой стороны, позволила минимизировать частоту и объем хирургического вмешательства, а также обеспечила оптимальное закрытие брюшной полости после разрешения перитонита (ABRA система).

Выводы и рекомендации. При тяжелых формах РГП, сопровождающихся АС и полиорганной недостаточностью, целесообразен поиск новых методов ВАЛС с минимальной частотой, кратностью и объемом обязательных этапных вмешательств, выполнимых в условиях ОРИТ.

СТРАТИФИКАЦИЯ И МАРШРУТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ТОВМАСЯН Р.С.^{1,2}, ЧЕВОКИН А.Ю.^{1,2},

ВАСИЛЬЕВ М.В.², МУРАДЯН Т.Г.¹, ШЕЙХОВ Т.Г.¹

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

drmuradyan@bk.ru

Актуальность работы. В последние 10–15 лет отчетливо сформировался «золотой стандарт» маршрутизации больных с закрытой абдоминальной травмой (ЗАТ), основанный на скрининге больных по FAST протоколу и оценке стабильности гемодинамики. Данный диагностический подход не исключает также довольно эффективную стратификацию FAST+ больных на основании МСКТ брюшной полости, особенно в режиме КТ-ангиографии. Очевидно, что при выполнении МСКТ с болюсным контрастированием с высокой точностью можно установить как сам факт повреждения паренхиматозных органов и ее степень, так и оптимально подобрать тактику лечения. Исключение составляют нестабильные больные, которым выполнить КТ не представляется возможным, и у этой категории больных лечебная тактика определяется на основании УЗИ по принципу «лапаротомия +/-».

Однако в настоящее время наиболее проблемной становится маршрутизация и стратификация той группы