

Винахід стосується хірургії і може бути використаний при лікуванні важких абдомінальних інфекцій, особливо перитоніту, панкреонекрозу і гострої непрохідності кишечника.

Патогенез важких запальовальних захворювань органів черевної порожнини розглядається як складний процес. У хворих на важкі запальні захворювання органів черевної порожнини нерідко розвивається неспецифічна стрес-реакція організму, що супроводжується недостатністю двох або більше функціональних систем (поліорганною недостатністю), яка є головною причиною неблагоприємних ісходів серед таких пацієнтів. В генезі поліорганної недостатності велику роль відіграє підвищення внутрішньочеревного тиску (інтраабдомінальна гіпертензія), що внаслідку веде до розвитку "абдомінал компартмент синдром". Успіх лікування цієї категорії хворих залежить від своєчасної комплексної діагностики розвитку органних розладів і прийняття відповідних лікувальних заходів.

Відомий спосіб обрання тактики лікування абдомінальної гіпертензії, що складається з проведення діагностики і хірургічного лікування при наявності "абдомінал компартмент синдром". Спосіб поляжить в наступному: при наявності у хворого "абдомінал компартмент синдром" виконується хірургічна декомпресія черевної порожнини шляхом ушивання лапаротомної рани на прокладках з полівінілхлориду із наступним дозованим зведенням країв лапаротомної рани, а декомпресія заочеревинного простору досягається внутрішньочеревною фасціотомією. Прокладки із полівінілхлориду виконують П-образними і проводять їх з обох її боків без захвату парієтальної очеревини (28.08.2003 р. подана заявка на винахід "Спосіб профілактики і лікування абдомінал компартмент синдром" тих же авторів).

До недоліків цього способу слід віднести недостатню діагностичну точність, відсутність чітких критеріїв для виконання консервативного лікування або хірургічного втручання, що імовірно веде до неадекватного обрання лікувальної тактики в післяопераційному періоді.

Відомий також спосіб обрання тактики лікування абдомінальної гіпертензії («Dowder Health Media», 2002. - Vol. 58, №5, P. 227-229), що включає непряме визначення внутрішньочеревного тиску, встановлення діагнозу і подальше лікування. При цьому визначення внутрішньочеревного тиску здійснюється наступним чином: після введення в січковий міхур катетера Фолея в міхур вводять 50-60 мл стерильного розчину і визначають рівень водного стовпчика, що дозволяє судити про розмір внутрішньочеревного тиску. Автори відзначають, що в нормі внутрішньочеревний тиск порівнено 0, підвищення його до 25 см водного стовпчика свідкує про розвиток внутрішньочеревної гіпертензії, а вище 30 см водного стовпчика - про розвиток "абдомінал компартмент синдром".

До недоліків цього способу слід віднести те, що він не відображає динаміку плину патологічного процесу і не дозволяє своєчасно корегувати ускладнення післяопераційного періода.

У основу винаходу поставлено завдання створення удосконаленого способу обрання лікувальної тактики абдомінальної гіпертензії шляхом діагностики внутрішньочеревної гіпертензії непрямим способом, відповідно винаходу визначення його проводять в післяопераційному періоді на протязі доби через кожні 6 годин і при значенні внутрішньочеревного тиску нижче 20 см водного стовпчика та відсутності ознак поліорганної недостатності діагностують абдомінальну гіпертензію і проводять консервативну терапію; при 25-30 см водного стовпчика і вище і наявності ознак поліорганної недостатності діагностують "абдомінал компартмент синдром" і виконують хірургічну декомпресію черевної порожнини.

Наявність визначення внутрішньочеревного тиску на протязі доби через кожні 6 годин дозволяє слідкувати за динамікою плину післяопераційного періода. Введення чітких меж значень внутрішньочеревного тиску дозволяє обирати лікувальну тактику індивідуально в кожному випадку. Ці критерії введено в результаті оригінального дослідження авторів, в якому встановлено, що цей режим в післяопераційному періоді є оптимальним.

Заявнику невідомі приклади введення чітких критеріїв визначення внутрішньочеревного тиску в післяопераційному періоді через кожні 6 годин на протязі доби і уведення чітких меж значень внутрішньочеревного тиску для обрання лікувальної тактики в післяопераційному періоді у хворих на невідкладні захворювання органів черевної порожнини.

Спосіб може бути реалізовано наступним чином.

В післяопераційному періоді внутрішньочеревний тиск вимірюють непрямим способом на протязі доби через кожні 6 годин. Поряд із цим у хворих оцінюють наявність або відсутність ознак поліорганної недостатності. При значенні внутрішньочеревного тиску нижче 20 см водного стовпчика та відсутності ознак поліорганної недостатності діагностують абдомінальну гіпертензію і проводять консервативну терапію; при 25-30 см водного стовпчика і вище і наявності ознак поліорганної недостатності діагностують "абдомінал компартмент синдром" і виконують хірургічну декомпресію черевної порожнини за методикою, що розроблена в клініці, тобто виконують внутрішньочеревну фасціотомію, а очеревинну порожнину ушивають на П-образних прокладках без захвату парієтальної очеревини. П-образні прокладки проводять з двох боків і паралельно лапаротомній рані на усьому її протязі з наступним дозованим зведенням її країв.

Приклад.

Хворий М., 36 років, оперований в клініці інституту з приводу проникаючого колото-різаного поранення живота з ушкодженням шлунку і тонкої кишки. Хворому виконано ушивання поранень шлунку і тонкої кишки і трансназальну інтубацію тонкої кишки. На 7-му добу післяопераційного періоду стан хворого погіршився, з'явилося здуття живота, погіршилися лабораторні показники. Внутрішньочеревний тиск складав 18 см водного стовпчика. Проводилися консервативні лікувальні заходи, незважаючи на які через 6 годин внутрішньочеревний тиск становив 32 см водного стовпчика. Хворого оперовано вдруге, виявлено некроз підшлункової залози, флегмону заочеревинного простору, межкишкові абсцеси. Після виконання основного етапу оперативного втручання мобілізовано заочеревинний простір по правим і лівим перехідним складкам, виконано інтраабдомінальну фасціотомію, лапаротомну рану ушито П-образними швами на прокладках із полівінілхлориду. В післяопераційному періоді за мірою зниження ознак внутрішньочеревинної гіпертензії виконували дозоване зведення країв лапаротомної рани до повного їх зведення. Рана загоїлася. Хворого виписано на 50 добу в задовільному стані.

Таким чином, виконання способу обрання лікувальної тактики абдомінальної гіпертензії в післяопераційному

періоді шляхом уведення чітких діагностичних критеріїв для виконання консервативного лікування або хірургічного втручання в післяопераційному періоді дозволяє індивідуалізувати лікувальну тактику у хворих на невідкладні захворювання органів черевної порожнини.