

© Андрющенко В.П., Федоренко С.Т., Андрющенко Д.В., 2012

УДК 616.381-002.3-036.11-089.12

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПОШИРЕНИЙ ПЕРИТОНІТ: ПРОВІДНІ КОМПОНЕНТИ СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ

В.П.Андрющенко, С.Т.Федоренко, Д.В.Андрющенко

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПОШИРЕНИЙ ПЕРИТОНІТ: ПРОВІДНІ КОМПОНЕНТИ СУЧАСНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ

Резюме. На підставі аналізу результатів лікування 371 хворого на гострий гнійний поширений перитоніт визначено провідні компоненти операційного втручання: усунення/елімінація причини перитоніту, санація, лаваж і дренування черевної порожнини в поєднанні з пролонгованою інтубацією тонкої кишки, реалізацією черезтубажних лікувальних програм, формуванням тимчасової тонкокишкової нориці, виконанням за показаннями програмованої релапаротомії.

Ключові слова: гострий поширений перитоніт, хірургічне лікування.

Незважаючи на певний прогрес у хірургічному та медикаментозно-інфузійному лікуванні, гострий гнійний поширений перитоніт (ГГПП) є однією з основних причин незадовільних результатів лікування пацієнтів з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, чим зумовлена актуальність даної проблеми у невідкладній абдомінальній хірургії [1, 2].

Мета дослідження: визначити провідні компоненти хірургічної тактики при ГГПП.

Матеріал і методи. У клініці загальної хірургії лікувався 371 хворий з ГГПП: чоловіків – 207 (55,8%), жінок – 164 (44,2%). Вік пацієнтів становив 18-90 років. У структурі чинників виникнення ГГПП переважали гострий деструктивний апендицит (23%), гострий панкреатит (24%) та проривні виразки шлунка або ДПК (21%). Обсяг хірургічного втручання у всіх хворих передбачав широку лапаротомію, видалення джерела перитоніту, санацію черевної порожнини з субопераційним лаважем розчинами антисептиків та наступним дренуванням з 2-4 контраптертур залежно від розповсюдженості запального процесу. Окрім цього, застосовувалися додаткові компоненти втручання, які були предметом даного дослідження. Аналіз ефективності хірургічних лікувальних програм здійснено на підставі порівняльної оцінки двох періодів роботи. На першому етапі декомпресію травного каналу проведено 68 хворим

(63,6%): одномоментна інтраопераційна декомпресія тонкої кишки (15,1%), антеградні способи зондової декомпресії (32,5%), ретроградна інтубація тонкої кишки (16,1%). Отже, способи пролонгованої декомпресії в даному періоді роботи становили 48,5% спостережень. У другому періоді роботи декомпресія травного каналу проводилася 87 пацієнтам (66,5%): одномоментна інтраопераційна декомпресія (6,5%), антеградні способи тубажної декомпресії (12,7%), ретроградна інтубація тонкої кишки (5,8%), подовжене назогастродуоденальне зондування (30%), тривала зондова декомпресія початкових відділів травного каналу (11,2%). При потребі резекції тонкої кишки (сегментарний тромбоз брижових судин, перфорація, порушення трофіки) у пацієнтів з дуже тяжким перебігом ГГПП та вираженою поєднаною соматичною патологією формувалися тимчасові тонкокишкові штучні нориці (15 випадків), ліквідація (закриття) яких передбачалася після одужання хворих. Проаналізовано також місце програмованої релапаротомії (ПРЛТ) як складового компоненту хірургічного втручання у 41,8% жінок і 58,2% чоловіків у середньому віці 58,7 років.

Результати дослідження. Оцінка ефективності одномоментної субопераційної (65%) і пролонгованої зондової декомпресії тонкої кишки (99,2%) в елімінації моторно-евакуа-

торних порушень при ГППІ свідчить про суттєву перевагу останньої. Окрім цього, частота гнійно-септичних ускладнень (70%) при одномоментній декомпресії шляхом ентеротомії була істотно вищою, ніж при тривалій тюбажній декомпресії тонкої кишки (41,6%) у зв'язку з використанням "закритих" антеградних методик проведення зонда. Аналіз середніх термінів відновлення моторики травного тракту при пролонгованій декомпресії дозволили констатувати скорочення їх з $2,95 \pm 0,2$ до $1,43 \pm 0,1$ діб. Патоморфологічним дослідженням встановлено, що при використанні зондової декомпресії мікроструктурні зміни тонкої кишки, спричинені перитонітом (ерозії, виразки з поширенням за межі слизово-підслизового шару), виявляли тенденцію до нормалізації, в той час як при відсутності тюбажу морфологічні зміни були більш вираженими [3]. Окрім цього, застосовували череззондову лікувальну програму, яка включала парціальний лаваж тонкої кишки електролітним розчином, ентеросорбцію ентеросгелем, введення антибактеріальних середників (гіпохлорит натрію 470 мг/л), проведення внутрішньокішкового електрофорезу. Ефективність лікування підтверджено такими показниками: скороченням термінів відновлення перистальтики, зниженням лейкоцитозу, лейкоцитарного індексу інтоксикації, рівня креатиніну та сечовини сироватки крові, величин рН і хімічного коефіцієнта, тюбажного вмісту, рівнів його мікробної контамінації та токсичності за модифікованим парамедійним тестом [1, 4].

У другому періоді дослідження перевагу надавали методу тривалої декомпресії тільки верхніх відділів травного каналу із введенням зонда у початкову частину тонкої кишки ("короткі тюбажі"). При цьому комплекс черезтюбажних лікувальних методик залишався таким же. Частка одномоментної субопераційної декомпресії та ретроградних способів проведення зондів істотно зменшилася, що сприяло профілактиці інтраопераційного інфікування черевної порожнини та ран передньої черевної стінки зі зменшенням кількості гнійно-септичних ускладнень. При необхідності проведення резекції тонкої кишки формувалася її тимчасова штучна нориця, зокрема одностовольна у 6 (40%) хворих і двостовольна – у 9 (60%). Після одужання пацієнтів штучні нориці ліквідовувалися операційним шляхом.

У 50 пацієнтів застосовано методику ПРЛТ.

Даний тактичний компонент операційного втручання реалізовувався в тому разі, коли одномоментна субопераційна елімінація патологічного процесу в черевній порожнині була принципово неможливою (інфікований панкреонекроз, гнійно-некротичний парапанкреатит, задавнений фібринозно-гнійний перитоніт). Окрім цього, враховувалися доопераційні показники, зокрема, місцеві ознаки перитоніту або клінічні та лабораторні прояви наростаючої інтоксикації. Обсяг ПРЛТ полягав у етапних некрсеквестректоміях деталізованих тканин підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, у повторному лаважі черевної порожнини з ліквідацією залишкового та новоутвореного ексудату, в усуненні злипання кишкових петель між собою, у встановленні свіжих дренажів. У 23 хворих здійснено ПРЛТ за принципом second-look, приводом для якої було: необхідність оцінки стану кишки після ліквідації защемлення, якщо при первинному втручанні життєздатність кишки була сумнівною, оцінка герметичності швів анастомозів, які формувалися у несприятливих умовах, констатація прогресування/непрогресування тромбозу брижових судин. Загальна післяопераційна летальність після всіх видів ПРЛТ становила 14,2%, основними причинами якої були прогресуюча інтоксикація, поліорганна недостатність і ТЕЛА.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. Хірургічне лікування ГППІ має включати такі складові: повноцінне усунення/елімінацію чинника розвитку перитоніту з адекватною санацією і дренажуванням черевної порожнини, пролонговану антеградну декомпресію травного каналу з виконанням черезтюбажного лікувального впливу та проведенням при потребі ПРЛТ. 2. Черезтюбажна лікувальна програма підвищує ефективність декомпресії тонкої кишки і сприяє швидкому відновленню її моторно-евакуаторної функції. 3. Тимчасова штучна зовнішня кишкова нориця є одним із виправданих варіантів операції при виконанні резекції кишки в умовах ГППІ та дуже важкого загального стану хворого. 4. Систематизований підхід з оцінкою до- і субопераційних критеріїв об'єктивізує доцільність ПРЛТ та її конкретного виду. 5. Перспективи наукового пошуку у даному напрямку полягають у подальшому обґрунтуванні компонентів хірургічного лікування ГППІ із врахуванням патогенетичних чинників його виникнення та розвитку.

Література

1. Андрющенко В.П. Актуальні аспекти хірургічного лікування гострого поширеного перитоніту / В.П.Андрющенко, С.Т.Федоренко, Д.В.Андрющенко // Вісн. Укр. стоматол. академії. – 2009. – Т. 9, вип. 1. – С. 34-38.
2. Савельев В.С. Перитонит: практическое руководство / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. – М.: Литера, 2006. – 208 с.
3. Андрющенко В.П. Патоморфологічні зміни тонкої кишки при її декомпресії шляхом інкубації / В.П.Андрющенко, С.Т.Федоренко, В.З.Макара // Клін. хірургія. – 1995. – № 2. – С.14-15.
4. Андрющенко В.П. Застосування череззондової лікувальної програми у хворих з гострою непрохідністю кишкового тракту та перитонітом / В.П.Андрющенко, С.Т.Федоренко // Клін. хірургія. – 1997. – № 9-10. – С.18-20.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ: ВЕДУЩИЕ КОМПОНЕНТЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Резюме. На основании анализа результатов лечения 371 больного с острым гнойным распространенным перитонитом определены ведущие компоненты оперативного вмешательства: ликвидация/элиминация причины перитонита, санация, лаваж и дренирование брюшной полости в сочетании с пролонгированной интубацией тонкой кишки, реализацией черезтубажных лечебных программ, формированием временного тонкокишечного свища, проведением по показаниям программированной релапаротомии.

Ключевые слова: острый распространенный перитонит, хирургическое лечение.

ACUTE PURULENT DIFFUSE PERITONITIS: THE LEADING COMPONENTS OF THE MODERN SURGICAL APPROACH

Abstract. On the basis of an analysis of the treatment outcomes of 371 patients with acute purulent diffuse peritonitis the leading components of a surgical interference have been determined: the elimination of the cause of peritonitis, sanation, lavage and drainage of the abdominal cavity combined with a prolonged intubation of the small intestine, a realization of intratubal treatment programs, the formation of a temporary small intestinal fistula, the performance of programmed relaparotomy based on indications.

Key words: acute diffuse peritonitis, surgical treatment.

Danylo Halyts'kyi National Medical University (L'viv)

Надійшла 28.04.2012 р.
Рецензент – проф. Ф.В.Гринчук (Чернівці)