

УДК 616.381-002-089.193.4

П.Д. Фомін , О.Б. Матвійчук*

Кафедра факультетської хірургії № 2 (зав. – акад. НАМН України П.Д. Фомін)

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ,

**Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.П. Андрищенко) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького*

РЕЛАПАРОТОМІЯ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Резюме. Проаналізовано результати операційного лікування 492 хворих із гострим перитонітом. Хворих розподілено на 2 групи за ознакою проведення ПРЛТ (n=21) та РЛТзП (n=36). Третинний перитоніт встановлено лише у групі ПРЛТ (19,8%). Спостережено поступову тенденцію до зниження кількості культивованих патогенів із зростанням числа РЛТ. Встановлено прямий взаємозв'язок часу перебування у ВІТА (>3 діб) та виявленням ТП при РЛТ. Показники негативної експлорації, СЛД та летальності в групі РЛТзП виявились статистично вірогідно (p<0,05) нижчими, ніж у групі ПРЛТ.

Ключові слова: гострий перитоніт, релапаротомія, третинний перитоніт.

Лікування гострого перитоніту залишається однією з найскладніших проблем абдомінальної хірургії [1, 2]. Спільним для всіх операційних втручань із приводу перитоніту є принцип “source control”, згідно якого необхідним є виявити, ліквідувати або локалізувати джерело перитоніту [3]. Він також поширюється й на повторні операційні втручання при перитоніті – релапаротомії (РЛТ), які прийнято поділяти на програмовані (ПРЛТ) та екстрені, або “за потребою” (РЛзП) [4, 5]. Свідченням гостроти проблеми РЛТ є доволі високі показники летальності – 15-54,5% [6-8]. Невирішеними залишаються питання показань, їх термінів та об'ємів проведення РЛТ [9]. В основному РЛТ торкаються вторинного перитоніту (ВП). Місце третинного перитоніту (ТП) серед показань до РЛТ є на початкових стадіях вивчення [10].

Мета дослідження: порівняти результати лікування хворих із ВП, яким проводились ПРЛТ або РЛзП і з'ясувати частоту ТП у хворих, які перенесли РЛТ.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 492 хворих на гострий перитоніт за період 2009-2013 р.р. Причинами ВП виявились: гострий деструкційний апендицит (65,1%), перфораційна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки (15,3%), перфораційний рак товстої кишки (8,1%), травма живота з ушкодженням тонкої кишки (5,5%), защемлення грижі з некрозом кишки (4,6%) та перфораційний дивертикуліт товстої кишки (1,4%). Незначно переважали чоловіки (53,7%). Вік хворих становив в межах 18-

91 (середній 49,1±23,3). Інтраопераційно ВП трактовано як дифузний в 47,1% хворих, місцевий не відмежований у 53,8%, відмежований – у 46,2% випадків. Посів перитонеального ексудату виконано у всіх випадках. Антибактерійна терапія тривала в межах 7-22 діб (в середньому – 11,9±5,8). Летальність становила 11,2%. Релапаротомію виконано 57 (11,6%) хворим. Серед показань до РЛТ були гостра спайкова непрохідність кишок (26,1%), персистенція інтраабдомінальної інфекції (19,8%), необхідність доповнючої санації черевної порожнини (18,4%), внутрішньочеревна кровотеча (13,7%), неспроможність швів анастомозу (11,2%) та контроль життєздатності кишки (10,8%). Хворих розподілено на 2 групи за ознакою проведення ПРЛТ (n=21) та РЛТзП (n=36).

Результати дослідження та їх обговорення. У групі ПРЛТ повторні втручання проведено у терміни 24-36 год. від первинної операції. У 60,3% пацієнтів виконано дві, а у 11,4% – три РЛТ. Згідно даних експлорацій, виправданою ПРЛТ виявилась у 38,9% випадків. 3-поміж інтраопераційних знахідок, у 19,8% встановлено ТП, з них 37,4% при II та 62,6% – при III ПРЛТ. Всі пацієнти групи ПРЛТ за тяжкістю стану знаходились у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології (ВІТА), де у 4-х (19%) виявлено нозокоміальну пневмонію з ARDS. Увагу звернув на себе прямий взаємозв'язок часу перебування у ВІТА (≥3 діб) та виявленням ТП при РЛТ, а також вища (60,1% проти 31,8%) летальність після ПРЛТ при ТП та

© Фомін П.Д., Матвійчук О.Б., 2014

за його відсутності. Рановий процес у цій групі ускладнився нагноєнням у 14,9% у середньому на $3,9 \pm 1,3$ добу після першої ПРЛТ. У 4-х (19%) пацієнтів розвинулась евентрація, створивши показання до РЛТзП. Середній ліжкодень (СЛД) становив $27,2 \pm 5,8$, летальність – 57,1%. Основною (87,6%) причиною смерті стала поліорганна недостатність.

У групі РЛТзП повторні втручання виконувались у період 48-120 год. після первинної операції. З метою стабілізації стану, 12% пацієнтів після РЛТзП переведено у ВІТА. Інтраопераційна картина при РЛТзП на 93,5% співпала з передбачуваною передопераційно. Випадків ТП не було. Двічі РЛТзП проведено лише трьом (8,3%) хворим. Ускладнення після РЛТзП були представлені нагноєнням ран (4,8%) та нижньочастковою пневмонією (9,2%). Середній ліжкодень у групі РЛТзП становив $16,6 \pm 4,1$, летальність – 31,3%. Зпоміж причин смерті домінувала (63,1%) гостра серцево-судинна патологія.

Ріст культур отримано у 89,9% випадків ВП. Флора була представлена Enterobacteriaceae, Proteus spp., часто Serratia marcescens в асоціаціях із Staphylococcus spp. та Streptococcus spp. Всі РЛТ супроводжувались посівом перитонеального ексудату, який дав ріст у 49,5%, що статистично істотно нижче ($p < 0,05$) ніж при ВП. Спостережено поступову тенденцію до зниження кількості патогенів із зростанням числа РЛТ. При ТП позитивною перитонеальна культура була лише в

18,6% (Staphylococcus viridans, Pseudomonas spp., Candida spp., в деяких випадках – Geotrichum candidum), в решті посівів росту не було.

Показники негативної експлорації, СЛД та летальності в групі РЛТзП виявились статистично вірогідно ($p < 0,05$) нижчими, ніж у групі ПРЛТ. Подібні результати отримали у своєму дослідженні Т. Коперна et al. [8]: летальність після ПРЛТ становила 54,5%, а при РЛТзП – 50,6%. Дану тенденцію відзначили й В. Lamme et al. [11] – СЛД у пацієнтів після РЛТзП виявився коротшим, а виживання – довшим. Згідно повідомлень В.С. Opmeer et al. [12], поряд із позитивною мотивацією, ПРЛТ нерідко не приносять експлоративної користі та стають причиною погіршення стану пацієнта, суттєво збільшуючи витрати на його лікування.

Отже, проведене дослідження виявило переваги РЛТзП над ПРЛТ. Вибір термінів РЛТ залишається в площині суб'єктивного бачення хірурга та його професійного досвіду.

Висновки. 1. Вибір показань та термінів РЛТ залишається складною проблемою для хірургів. 2. Перевагами РЛТзП є нижчі частота негативної експлорації, СЛД та летальність. 3. Третинний перитоніт виникає частіше у хворих при ПРЛТ, зокрема при перебуванні у ВІТА > 3 діб.

Перспективи подальших досліджень. Пошук нових та уточнення існуючих показань до проведення РЛТ у хворих із гострим перитонітом та подальше вивчення аспектів ТП, зокрема при РЛТ.

Список використаної літератури

1. Перитоніт – одвічна проблема невідкладної хірургії : монографія / за ред. В.П. Польового, В.В. Бойко, Р.І. Сидорчука. – Чернівці: Медуніверситет, 2012. – 376 с.
2. Распространённый гнойный перитонит / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко [и др.]. – Харьков: Прапор, 2008. – 280 с.
3. Перитонит: практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
4. Dellinger E.P. Timing of reoperation for patients with severe peritonitis / E.P. Dellinger // JAMA. – 2007. – № 298. – P. 923-924.
5. Релапаротомия и лапаростомия в лечении ранних послеоперационных осложнений / Н.В. Мерзликін, В.И. Барабаш, В.Ф. Цхай [и др.] // Хирургия. – 2011. – № 4. – С. 27-31.
6. Андрющенко В.П. Релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії / В.П. Андрющенко, С.Т. Федоренко, О.М. Дворчин // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – Т. 13, № 1. – С. 38-40.
7. Савельев В.С. Программируемая релапаротомия в лечении распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин // Анналы хирургии. – 2004. – № 2. – С. 42-48.
8. Koperna T. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intraabdominal infection // T. Koperna, F. Schulz // World J. Surg. – 2000. – № 24(1). – P. 32-37.
9. Variables associated with positive findings at relaparotomy in patients with secondary peritonitis / O. van Ruler, B. Lamme, D. J. Gouma [et al.] // Crit. Care Med. – 2007. – Vol. 35(2). – P. 468-476.
10. Failure of available scoring systems to predict ongoing infection in patients with abdominal sepsis after their initial emergency laparotomy / O. van Ruler, J. J. Kiewiet, K.R. Boer [et al.] // Brit. Med. Coll. Surg. – 2011. – Vol. 23. – P. 38.
11. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis / B. Lamme, M.A. Boermeester, E.J. Belt [et al.] // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91(8). – P. 1046-1054.
12. Costs of relaparotomy on-demand versus planned relaparotomy in patients with severe peritonitis: an economic evaluation within a randomized controlled trial / B.C. Opmeer, K.R. Boer, O. van Ruler [et al.] // Crit. Care Med. – 2010. – Vol. 14(3). – P. 97.

РЕЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Резюме. Проанализировано результаты операционного лечения 492 больных с острым перитонитом. Больных распределено на 2 группы по признаку проведения программированных релапаротомий (n=21) и релапаротомий по потребности (n=36). Третичный перитонит установлен только в группе программированных релапаротомий (19,8%). Обнаружено постепенную тенденцию к снижению количества культивированных патогенов с возрастанием числа релапаротомий. Установлено прямую взаимосвязь между временем пребывания в отделении интенсивной терапии и анестезиологии (>3 суток) и выявлением третичного перитонита в ходе релапаротомии. Показатели негативной эксплорации, среднего койкодня и летальности в группе релапаротомий по потребности оказались статистически достоверно ($p<0,05$) ниже, чем в группе программированных релапаротомий.

Ключевые слова: острый перитонит, релапаротомия, третичный перитонит.

RELAPAROTOMY IN PERITONITIS

Abstract. The results of surgical treatment of 492 patients with acute peritonitis have been analyzed. The patients were divided into 2 groups depending on the performance of planned (n=21) and required (n=36) relaparotomy. Tertiary peritonitis was diagnosed only in a planned relaparotomy group (19,8%). A gradual tendency towards decrease of quantity of cultivated peritoneal pathogens alongside with a number of relaparotomies was observed. Direct interconnection between ICU stay and anaesthesiology (>3 days) with detection of tertiary peritonitis was revealed. The parameters of negative explorations, an average hospital stay and mortality turned out to be statistically significantly ($p<0,05$) lower in the group of required relaparotomy than in the planned relaparotomy group.

Key words: acute peritonitis, relaparotomy, tertiary peritonitis.

O.O.Bogomolets National Medical University (Kyiv)
Danylo Halytskyi National Medical University (Lviv)

Надійшла 16.01.2014 р.
Рецензент – проф. Іфтодій А.Г. (Чернівці)