

УДК 616.381-002.1-089.85/089.193.4

І.Я. Дзюбановський, В.В. Бенедикт*Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Я. Дзюбановський) Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського*

ГОСТРИЙ ПОШИРЕНИЙ ПЕРИТОНІТ. ЛАПАРОСТОМІЯ ЧИ ПРОГРАМОВАНА РЕЛАПАРОТОМІЯ?

Резюме. Досліджено результати хірургічного лікування 131 пацієнта на гострий поширений перитоніт. Запропоновано метод лапаростомії за допомогою перфорованої плівки, пучка ПХВ трубок. Визначено, що навіть при наявності післяопераційного парезу інтраабдомінальний тиск не підвищувався до критичних величин. Закриття лапаростоми виконували поетапно на 7-10-ту добу після операції (за клінічними, сонографічними критеріями) і не потребувало релапаротомії. Звертається увага на те, що лапаростомію не потрібно протиставляти програмованій релапаротомії.

Ключові слова: поширений перитоніт, лапаростомія, програмована релапаротомія.

Однією з невирішених і дискусійних проблем в лікуванні гострого поширеного перитоніту (ГПП) є обґрунтування вибору доцільного способу завершення операції [1, 2]. Тактика ушивання лапаротомної рани у хворих на ГПП наглухо “... весьма красива, увлекательна и удобна, но она в случае неудачи может стоить больному жизни” (И.И. Греков). Більш ніж 100 років назад для лікування ГПП Н. Микулич запропонував методику “відкритого живота” [1]. Використання різних варіантів санації черевної порожнини під час операції у хворих на ГПП не завжди дозволяє досягти сприятливого ефекту і вимагає повторної релапаротомії [3-5]. Все це призводить до дискусії про ефективність того чи іншого способу завершення операції і доцільність використання відкритих методів ведення хворих на ГПП. Так, лапаростомія чи програмована релапаротомія?

Мета дослідження: покращання результатів хірургічного лікування хворих на ГПП шляхом удосконалення існуючих оперативних способів завершення операції.

Матеріал і методи. Нами проведено ретроспективний аналіз 46 медичних карт стаціонарного хворого померлих на ГПП і досліджено результати лікування 131 пацієнта після хірургічного лікування цієї патології. У загальноприйнятій комплекс дослідження включали визначення Мангеймського індексу перитоніту, лейкоцитарного індексу інтоксикації (Я.Я. Кальф-Калиф, 1947), сорбційної здатності еритроцитів (А.А. Тогайбаев и др., 1988), вимірювання інтраабдомінального тиску за I. Kron et al. (1998), M.

Cheatham et al. (1998).

Результати дослідження та їх обговорення.

При проведенні ретроспективного аналізу медичних карт померлих хворих на ГПП встановлено, що в першій стадії поступило чотири хворих (8,70%); в другій – 17 (36,96%); в третій – 25 (54,35%). Мангеймський індекс перитоніту в середньому становив 27 бали. З першим ступенем тяжкості перитоніту було 12 випадків (26,09%); з другим – 18 хворих (39,13%); третій ступінь тяжкості спостерігався у 16 пацієнтів (34,78%). Операція виконана у 38 (82,61%) хворих. Закінчення операції шляхом накладання лапаростоми проведено в семи (18,42%) випадках хірургічного лікування ГПП і в 66,67% – під час повторних лапаротомій. У післяопераційному періоді виконана релапаротомія в шести хворих. З них “вимушені” релапаротомії були виконані шість разів, “санаційні” – три. Причиною смерті в 36 пацієнтів (78,26%) був синдром поліорганної недостатності, бактеріально-токсичний шок; тромбемболія легеневої артерії – в 6 (13,04%) випадках, церебральна патологія – у двох (4,35%), розвиток ДВЗ – синдрому і крововилив у наднирникові залози по одному хворому (4,35%).

При дослідженні хворих на ГПП при його сприятливому перебігу післяопераційного періоду ми отримали наступні результати. ЛП у пацієнтів до операції був $(5,26 \pm 0,17)$ од., на першу добу – $(6,27 \pm 0,21)$ од, на третю – $(3,66 \pm 0,11)$ од і тільки на 6-8 добу цей показник наближався до нормального значення. На 1-у добу після операції сорбційна здатність еритроцитів становила

(56,40±1,97) %, на 3-ю – (50,48±1,82) %, на 5-у – в 1,8 раза менше і при виписці – в 2,2 раза менше порівняно з доопераційною величиною. Задовільна перистальтика кишки в 90% випадків визначалася тільки в кінці 4-ої доби, а самостійне відходження газів в майже у 70% спостерігалася тільки на 6-7-у добу. Таким чином, перебіг захворювання в ранньому періоді після операції у хворих на ГПП вимагає ретельного догляду і потребує профілактичних заходів на всіх етапах лікування таких пацієнтів. Для покращання результатів хірургічного лікування хворих на ГПП поряд з інтубацією тонкої кишки і медикаментозною стимуляцією травного каналу ми у 20 хворих на ГПП в термінальній стадії, при клінічній картині анаеробного перитоніту і під час релапаротомії з приводу післяопераційного перитоніту використовували наступну методику лапаростомії (рисунок).

Перед вшиванням черевної порожнини і після проведення її дренирування, на великий сальник (4) або, при його відсутності, на петлі тонкої кишки (5) накладали перфоровану гладку плівку (3). Зверху плівки укладали частокіл з 6-8 ПХВ трубок (2). Перед цим їх прошивали синтетичною ниткою (№ 5-6) в трьох місцях (1). За допомогою цих ниток фіксували ПХВ трубки до черевної стінки шляхом прошивання передньої стінки живота з середини назовні. Нитки зав'язували вузлом. Довжина ПХВ трубок повинна бути більшою, ніж довжина лапаротомної рани на 3,0-5,0 см. Між краями шкіри вводили марлеві серветки змочені 0,05% розчином хлоргексидину.

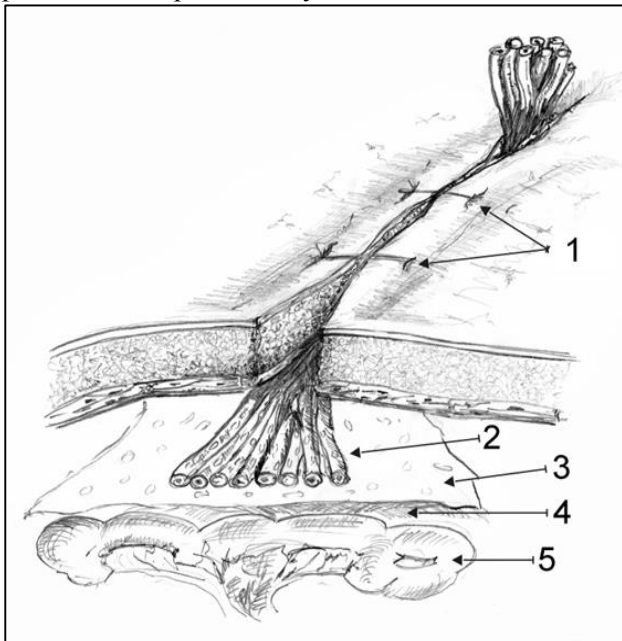


Рисунок. Зріз лапаротомної рани між фіксуючими лігатурами.

За нашими даними у хворих на ГПП навіть при наявності післяопераційного парезу при накладанні лапаростоми інтраабдомінальний тиск в середньому становив (12,52±3,38) мм.рт.ст. На 2-3 добу спостерігалася відновлення моторики тонкої кишки, що дозволяло призначати ранне ентеральне харчування і зменшити рівень інтоксикації.

Контролем ефективності лікування хворих з лапаростомією на ГПП і адекватності санації черевної порожнини було відновлення моторно-евакуаторної функції травного каналу і ефективне дренирування черевної порожнини за сонографічними даними. Закриття лапаростоми виконували поетапно впродовж 7-10 доби після операції при задовільному перебігу захворювання (за клінічними, сонографічними критеріями) шляхом розсічення синтетичних ниток (1), поетапного видалення по 2-3 ПХВ трубок (2) за добу і перфорованої плівки (3) за допомогою спеціальної лігатури, якою вона була прошита під час операції. Перевагою запропонованої лапаростоми є: відсутність необхідності виконання повторної лапаротомії при закритті лапаростоми і не потребує використання загального наркозу; профілактика розвитку інтраабдомінальної гіпертензії, що сприяє попередженню виникнення компармент-синдрому; аерація черевної порожнини і при необхідності – легкість проведення повторної санації черевної порожнини.

На нашу думку, лапаростомію не потрібно протиставляти програмованій релапаротомії. В той же час, показаннями до останньої повинні бути обмежені ретельно відібраними для цього пацієнтами у випадках відсутності умов для радикального видалення джерела перитоніту і при тяжкій поєднаній та комбінованій травмі в ситуації, коли необхідно використовувати тактику "damage control". Використання запропонованого способу лапаростомії у наших хворих дозволило зменшити кількість релапаротомій для закриття лапаростоми при сприятливому перебігу захворювання, що суттєво покращує результати хірургічного лікування ГПП.

Висновки. 1. Програмована релапаротомія і лапаростомія є лікувальними методами, які показані невеликій кількості пацієнтів. Вони відносяться до "важкого озброєння" в арсеналі хірурга, що займається лікуванням тяжких форм гострого поширеного перитоніту. 2. Використання лапаростоми за запропонованим способом суттєво зменшує кількість релапаротомій і сприяє покра-

щенню результатів хірургічного лікування хворих на гострий поширений перитоніт.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком в лікуванні хворих на го-

стрий поширений перитоніт є необхідність постійного пошуку нових підходів до цієї проблеми, можливо, в поєднанні хірургів з фахівцями інших спеціальностей.

Список використаної літератури

1. Радзиховский А.П. Релапаротомия. / А.П. Радзиховский, О.Е.Бобров, А.А. Ткаченко. – К.: Феникс, 2001. – 360 с.
2. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд [и др.] // *Анналы хирург.* – 2009. – № 4. – С. 5-7.
3. Андрущенко В.П. Релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії: термінологічні дефініції, зміст та засади реалізації / В.П. Андрущенко, С.Т. Федоренко, О.М. Дворчин // *Галицький лік. вісн.* – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 7-9.
4. Логачов В.К. Усовершенствование техники санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните / В.К. Логачов, Ю.В. Иванова, Д.В. Логачов // *Харківська хірург. школа.* – 2004. – № 2. – С. 17-19.
5. Пеев Б.И. Современные аспекты диагностики коррекции абдоминального компартмент-синдрома у больных с перитонитом / Б.И. Пеев, С.Б. Пеев, В.И. Бильченко // *Харківська хірург. школа.* – 2009. – № 4.1. – С. 275-277.

ОСТРЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ. ЛАПАРОСТОМИЯ ИЛИ ПРОГРАММИРУЕМАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ?

Резюме. Исследованы результаты хирургического лечения 131 пациента с острым распространенным перитонитом. Предложен метод лапаростомии с помощью перфорированной пленки, пучка ПХВ трубок. Определено, что даже при наличии послеоперационного пареза интраабдоминальное давление не повышалось до критических величин. Закрытие лапаростомы выполняли поэтапно на 7-10-ые сутки после операции (по клиническим, сонографическим критериям) и не требовалось релапаротомии. Обращается внимание на то, что лапаростомию не нужно противопоставлять программируемой релапаротомии.

Ключевые слова: распространенный перитонит, лапаростомия, программируемая релапаротомия.

ACUTE GENERALIZED PERITONITIS. LAPAROSTOMY OR PLANNED RELAPAROTOMY?

Abstract. The results of surgical treatment of 131 patients with acute diffuse peritonitis are studied. The method of laparostomy with perforated films, PVC tubing bundle is introduced. Intra-abdominal pressure is found not to rise to critical levels even in the presence of postoperative paresis. Closing of laparostomy was performed in successive steps on 7-10 days after surgery (according to clinical and sonographic criteria) and relaparotomy was not required. Attention is drawn to the fact that laparostomy should not be opposed to the planned relaparotomy.

Key words: generalized peritonitis, laparostomy, planned relaparotomy.

I. Ya. Horbachevskyi Ternopil State Medical University (Ternopil)

Надійшла 19.01.2014 р.

Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)