

УДК 616.381-002-089.12

А.Н. Гамидов

ГУ “Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины”,
Харьков, Шемахинская центральная районная больница, республика Азербайджан

САНАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА

САНАЦІЙНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНІТУ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 67 хворих з розповсюдженим перитонітом, у яких використовувались санаційні релапаротомії і релапароскопії. Результати дослідження показали, що розроблений спосіб програмованих відеолапароскопічних санацій черевної порожнини з використанням інтракорпорального ВВЧ опромінення у хворих на розповсюджений перитоніт має бактеріцидні та бактеріостатичні ефекти, дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень і рівень летальності.

Ключові слова. перитоніт, санаційна релапаротомія, санаційна лапароскопія, ВВЧ опромінення.

Устранение источника перитонита, санация брюшной полости во время операции, интубация кишечника не останавливают сразу воспалительный процесс в брюшине. Дренирование и лаваж брюшной полости (перитонеальный диализ), дезинтоксикационная терапия способствуют окончательной ликвидации воспаления. Однако, в тяжелых случаях распространенного перитонита, при прогрессирующем его течении, приходится прибегать к повторной операции (релапаротомии) с целью санации брюшной полости [1, 2]. Программированная релапаротомия – нестандартная операция, требующая опыта и специальных знаний от хирурга, поскольку ее выполнение затрудняется рыхлостью тканей, повышенной кровоточивостью и реальной угрозой формирования кишечных свищей. Требуется деликатность при некрэктомии, удалении фибрина, вскрытии и опорожнении абсцессов и затеков, адекватное дренирование брюшной полости. В последние годы в литературе широко дискутируются вопросы целесообразности применения, показаний и противопоказаний к этапным лапароскопическим санациям брюшной полости [3-5], однако данная проблема далека от своего разрешения.

Цель исследования: изучение результатов лечения больных с распространенными формами перитонита с применением этапных санационных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 67 пациентов с распространенными формами перитонита, проходивших ле-

чение в клинике ГУ “Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины” и Шемахинской центральной районной больницы (республика Азербайджан).

По тяжести состояния, характеру проявлений, методам хирургического лечения, реализации программы интенсивной терапии все больные распределены на две группы. Первая – сравнения (33 больных), оперированные в 2003-2007 г.г. Вторая – основная (34 больных), оперированные в 2008-2013 г.г. с применением предлагаемой технологии хирургического лечения.

Тяжесть физического состояния больных оценивалась по шкале APACHE II. Больные обеих групп были разделены по данному показателю на две подгруппы: 1-я – от 10 до 20 баллов, 3-я – свыше 20 баллов.

В динамике обследования больных проводились: оценка физического состояния по шкале APACHE II при поступлении больных и на 5-6 сутки после операции. С целью определения эффективности методов хирургической санации перитонита использовали Мангеймский перитонеальный индекс (МПИ).

Для бактериологических исследования во время операций (до устранения источника перитонита, интубации кишечника, санации брюшной полости) осуществляли забор перитонеального экссудата, исследования проводили в соответствии со стандартными рекомендациями. Анаэробную микрофлору выделяли с использованием селективных питательных сред в аэро-

стате в условиях специальной газовой смеси (10% водорода, 10% углекислого газа, 80% азота).

КВЧ-терапию в послеоперационном периоде проводили аппаратом MRTA-1 (НИИРИ, СССР).

Кроме того, у всех больных оценивали развитие инфекционных осложнений (гнойно-септические осложнения со стороны ран, продолжающийся перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей); наличие SIRS (ACCP/SCCM Consensus Conference Committee, 1992) и MODS по Zimmerman J.E. et al. (1996); оценивали уровень послеоперационной летальности.

Результаты исследования и их обсуждение. Санационные лапароскопические вмешательства и программированные релапаротомии проводили пациентам обеих групп, тяжесть перитонита которых оценивалась свыше 16 баллов. При этом, у больных 1-й подгруппы основной группы до начала санационных мероприятий в среднем составлял $21,3 \pm 0,18$ балла, у больных 2-й подгруппы – $32,7 \pm 1,04$ балла; у больных группы сравнения – $20,9 \pm 0,23$ и $33,1 \pm 0,15$ баллов соответственно.

Среди пациентов группы сравнения в 33 (16,2%) случаях диагностирован продолжающийся перитонит с признаками ПОН (19 больных 1-й подгруппы и 14 – 2-й подгруппы). Больные были оперированы в ургентном порядке после проведения стартовой инфузионной терапии. Дальнейшая инфузионная терапия включала солевые кристаллоидные растворы, коррекцию нарушений белкового обмена производилась путем переливания растворов аминокислот, свежемороженая плазма переливалась с целью коррекции нарушений свертывающей системы.

У 2 больных этой группы выполнялись релапаротомии “по требованию” в связи с явлениями внутрибрюшного кровотечения. Релапаротомия “по требованию” по поводу несостоятельности швов анастомозов выполнена 12 пациентам этой группы, по поводу перфораций острых язв ЖКТ – 10 пациентам.

В 4-х случаях, когда после релапаротомии выявлен продолжающийся гнойный перитонит и производилась одна программированная санация брюшной полости, брюшную полость ушивали декомпрессионным швом по разработанным в клинике методикам с последующим дозированным сведением краев лапаротомной раны по мере стабилизации состояния и клинико-лабораторных показателей.

В 3-х случаях во время релапаротомии выявлены признаки анаэробной инфекции, в 2-х случаях – тотальная подкожная эвентрация с призна-

ками гнойно-некротического фасциита. После тщательного иссечения гнойно-некротических тканей и санации брюшной полости 6-8 литрами физиологического раствора NaCl с добавлением 3% раствора перекиси водорода, больным выполнялись программированные санации брюшной полости (от 2 до 4) в режиме управляемой лапаростомы. После стихания явлений перитонита, стабилизации клинико-лабораторных показателей брюшная полость ушивалась П-образными швами на ПВХ прокладках с захватом только кожных краев раны.

Методика программированных релапароскопий применена у 34 (19,5%) пациентов основной группы (25 больных 1-й подгруппы и 9 больных 2-й подгруппы). Причинами перитонита у этих пациентов были: деструктивный аппендицит, перфорации полых органов и послеоперационный перитонит.

В подавляющем большинстве наблюдений имела место крайне высокая (более 106 КФЕ/мл) микробная обсемененность брюшной полости. При анализе спектра выявляемых при посеве перитонеального экссудата микроорганизмов во всех случаях обнаруживалась комбинация различных видов бактерий с факультативно-анаэробных и аэробных культур микроорганизмов, в первую очередь *E. coli*.

Нами разработан метод программированных санационных лапароскопий, который заключался в следующем: полость заполняли раствором антисептика, после чего осуществляли КВЧ облучение аппаратом МРТ-А с разработанным внутривнутриполостным излучателем. Затем под визуальным контролем подвергали воздействию и доступные осмотру органы брюшной полости. Для послеоперационной КВЧ-терапии нами были разработаны три режима облучения, в зависимости от доминирующей микрофлоры.

Бактериологические исследования промывной жидкости из брюшной полости у пациентов основной группы показали, что до КВЧ облучения высевалась преимущественно монокультура (27 случаев, 78,5%) с преобладанием кишечной палочки (38%), энтеробактерий (21,5%), стафилококков (16%), псевдомонад (11%), протей (11%). Анаэробы составили 2,5%.

После облучения брюшной полости в 19 (56%) случае роста микрофлоры не обнаружено, в остальных 15 (44%) высевались псевдомонады (1 случай, 2,7%), стафилококки (2 случая, 3,4%), энтеробактерии (6 случаев, 10,2%), кишечная палочка (8 случаев, 19%). Число колониеобразующих единиц уменьшилось с 1015-1012 до 104-102,

чувствительность микроорганизмов к антибиотикам увеличилась в 19 (55,8%) наблюдениях.

В выборе показаний к повторным лапароскопическим санациям решающее значение имела визуальная оценка динамики воспалительного процесса в брюшной полости: отечность, отсутствие блеска брюшины, значительное количество мутного, вязкого выпота, интенсивное образование, прочная фиксация фибриновых пленок, выраженный отек, атония и дилатация петель кишечника.

Однократно санацию выполняли 24 (70,6%) больным, двукратно – 9 (26,5%), трехкратно – 1 (2,2%). В 5-и наблюдениях (14,7%) в связи с неэффективностью лапароскопических санаций у больных 2-й подгруппы проведены повторные санационные вмешательства путем релапаротомии.

Показаниями к прекращению санаций считали: уменьшение отека и отсутствие дилатации петель кишечника, появление блеска брюшины, незначительное количество прозрачного выпота в отлогах местах брюшной полости, незначительное количество фибрина, легко отделяемого от брюшины, появление перистальтики.

С целью определения эффективности методов хирургического лечения перитонита в исследуемой группе мы использовали МПИ.

После проведения санационных мероприятий у выживших больных 1-й подгруппы основной группы отмечено снижение МПИ до $8,6 \pm 0,12$ баллов, у больных 2-й подгруппы – до $25,3 \pm 0,15$ баллов. Следует отметить, что неэффективными лапароскопические санации были у трех пациентов 2-й подгруппы основной группы, что потребовало проведения санационных релапаротомий.

У выживших больных группы сравнения в эти же сроки также отмечено достоверное снижение МИП ($8,5 \pm 0,11$ и $24,3 \pm 0,25$ баллов соответственно).

Анализ послеоперационных осложнений у больных, которым в послеоперационном периоде потребовались санационные мероприятия, показал, что предложенный способ лапароскопических санаций брюшной полости у больных 1-й подгруппы основной группы с МПИ от 16 до 29

баллов позволил снизить число послеоперационных осложнений с 34 до 24%. Данные о структуре послеоперационных осложнений представлены в таблице.

Таблица

Структура послеоперационных осложнений у больных с перитонитом, перенесших санационные лапароскопии и релапаротомии

Вид осложнений	Группы больных	
	Группа сравнения	Основная группа
Нагноения ран	21 (63,5%)	17 (50,0%)
Кишечные свищи	2 (3,3%)	-
Эвентрация	5 (15,5%)	4 (11,5%)
Бронхо-легочные осложнения	9 (30,0%)	6 (19,3%)
Сердечно-сосудистая недостаточность	6 (18,6%)	4 (11,5%)
Всего	34%	24%

Общая летальность в группе сравнения среди пациентов, которым выполнялись повторные санационные операции, составила 45,5%, в основной группе – 17,6%, при этом, у больных 1-й подгруппы основной группы летальность составила 12% (три пациента) (причинами летальных исходов были сердечно-сосудистая недостаточность и пневмония), у больных 1-й подгруппы группы сравнения летальность составила 31,6% (шесть пациентов), при этом у 4 пациентов причиной смерти послужила интоксикация и продолжающаяся ПОН.

Таким образом, разработанный способ программированных видеолaparоскопических санаций брюшной полости с применением интракорпорального КВЧ облучения у больных с распространенным перитонитом оказывает выраженные бактерицидный и бактериостатический эффекты. Согласно разработанным показаниям, метод можно использовать в комплексном лечении распространенного перитонита как современный и эффективный вариант воздействия на инфекционный процесс в брюшной полости.

Список использованной литературы

1. Программированные санационные релапаротомии в хирургическом лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости. / Т.И. Шраер, С.А. Усов, А.С. Урбан [и др.] // Скорая мед. помощь. – 2004. – Т. 5, № 3. – С. 137-138.
2. Корымасов Е.А. Когда показана операция при спаечной кишечной непроходимости? / Е.А. Корымасов, Ю.В. Горбунов // Скорая мед. помощь. – 2004. – Т. 5, № 3. – С. 91-92.
3. Гаврилик Б.Л. Некоторые прогностические критерии индивидуальной предрасположенности к спайкообразованию брюшной полости. / Б.Л. Гаврилик, А.Б. Гаврилик // Скорая мед. помощь. – 2004. – Т. 5, № 3. – С. 75-76.
4. Калин Ю.И. Использование лазера в хирургическом лечении острой кишечной

непроходимости и профилактики спаечной болезни, / Ю.И. Калиш, К.М. Мадартов, А.Э. Торкин. // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 103-108. 5. Лечение воспалительных заболеваний органов брюшной полости с помощью малоинвазивных вмешательств. / С.С. Стебунов, А.Н. Лызилов, С.Н. Занько [и др.] // Тез. II съезда Рос. ассоциации эндоскоп. хирург. – М., 1999. – С. 176-176.

САНАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА

Резюме. Проанализированы результаты лечения 67 пациентов с распространенными формами перитонита, у которых применялись санационные релапаротомии и релапароскопии. Результаты исследования показали, что разработанный способ программированных видеолaparоскопических санаций брюшной полости с применением интракорпорального КВЧ облучения у больных с распространенным перитонитом оказывает выраженные бактерицидный и бактериостатический эффекты, позволяет снизить число послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова. перитонит, санационная релапаротомия, санационная лапароскопия, КВЧ облучение.

SANITIZATION SURGERY IN PATIENTS WITH DIFFUSE FORMS OF PERITONITIS

Abstract. The results of treatment of 67 patients with diffuse forms of peritonitis using sanitization relaparotomy and relaparoscopy have been analyzed. The results of the study showed that the designed method of programmed abdominal videolaparoscopic sanitizations using intracorporeal EHF irradiation in patients with diffuse peritonitis has expressed bactericidal and bacteriostatic effects, and enables to reduce the number of postoperative complications and mortality.

Key words: peritonitis, improved sanitization relaparotomy, improved sanitization laparoscopy, EHF irradiation.

State University “V.T.Zaytsev Institute of General and Urgent Surgery,
the National Academy of Medical Sciences of Ukraine” (Kharkiv)
Shemakhinskaya Central Regional Hospital (the Republic of Azerbaijan)

Надійшла 23.01.2014 р.
Рецензент – проф. Белоконев В.И. (Самара)