

КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Ф.В.Гринчук, І.Ю.Полянський, В.В.Максим'юк В.В.Андрієць, В.Ю.Войтів, В.В.Преутесей, В.І.Москалюк

Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю.Полянський) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведені результати диференційованого комплексного лікування 375 хворих на різноманітні форми гострого перитоніту із застосуванням оригінальних методів лікування та профілактики ускладнень. При перитоніті I ступеня тяжкості ускладнень не було. При перитоніті II ступеня неспроможність швів виникла у 7,13% хворих, залишкові інтраабдомінальні абсцеси – 8,52%. При перитоніті IIIA ступеня нагноєння рани виникло у 3,21% хворих. При перитоніті IIIB ступеня померло 9,37% хворих, IV – 18,51%. Нагноєння рани було у 15,62% хворих.

Ключові слова: гострий перитоніт, ускладнення, профілактика.

Профілактика ранніх післяопераційних ускладнень, частими з яких є неспроможність кишкових швів (НКШ), резидуальні інтраабдомінальні абсцеси (PIA), нагноєння післяопераційної рани (НПР), є важливою складовою комплексу лікувальних заходів при гострому перитоніті (ГП) [1]. Запропоновано чимало різноманітних методів профілактики [1, 2], проте наявні рекомендації здебільшого стосуються окремих аспектів даної проблеми. При цьому часто відсутній комплексний підхід до її вирішення, а в чинних стандартах і протоколах надання допомоги [3] питання профілактики практично відсутні.

Мета дослідження: установити ефективність розробленої тактики з профілактики ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на ГП.

Матеріал і методи. Матеріал дослідження становили 375 хворих з різноманітними формами ГП. Чоловіків було 244 (65,07%), жінок – 131 (34,93%). Для оцінки перитоніту (Пт) використовували класифікацію Б.О.Мількова [4]. Місцевий Пт діагностований у 127 (33,87%) пацієнтів, розповсюджений Пт – у решти осіб. Реактивна фаза Пт мала місце у 235 (62,67%) хворих, токсична – у решти. При проведенні профілактичних заходів використовували таку тактику. У реактивну фазу ГП та при I-IIIА ступенях тяжкості ГП в токсичну

фазу заходи з профілактики НКШ застосовували при локальних запально-інфільтративних змінах стінок органів, на які накладались шви. При IIIB-IV ступенях тяжкості ГП профілактичні заходи застосовували у всіх випадках. Для цього застосовували комплекс заходів, який передбачав вірогідне визначення життєздатності (Жтз) ділянок органів, на які накладались шви; використання швів, що забезпечують високі параметри герметичності; покриття лінії швів клаптем великого сальника, клаптем парієтальної очеревини, жиром привіском та локальне підведення медикаментозних препаратів. У разі сумнівної Жтз, при поширених ураженнях кишок ви-користовували запрограмовані повторні діагностичні операційні втручання для контролю за станом уражених органів та накладених швів.

Для попередження PIA черевної порожнини, окрім ретельної санації, за наявності факторів ризику (гнилісний анаеробний ексудат, зниження опірності організму тощо) застосовували додаткові дренажі, які виводили за межами операційної рани. Через основну рану дренажі випускали лише в окремих випадках, зумовлених локальною технічною доцільністю. При проведенні запрограмованих санацій очеревиної порожнини (ОП), показаннями до яких

був ГП III-IV ступенів тяжкості, застосовували локальну та тотальну перитонеосорбцію. Тимчасове закриття операційної рани виконували із застосуванням вальверсорбції. При гнійному чи гнилісному Пт, а також після застосування повторних санацій ОП під час зашивання операційної рани проводили промивання глибоких шарів та підшкірної клітковини розчинами антисептиків. За наявності факторів ризику НПР (гнилісний ексудат, зниження опірності організму, ожиріння) та після застосування повторних санацій ОП в підшкірній клітковині залишали дренажі. За наявності запальних змін черевної стінки в ділянці операційної рани проводили дренивання глибоких шарів рани. Після операції за наявності ознак запалення рани, ожиріння, зниження опірності організму, після застосування повторних санацій ОП перев'язки проводили щоденно із зондовою ревізією рани.

Для реалізації означеної тактики використовували розроблені нами способи визначення Жтз кишок [5-7], накладання кишкових швів [5-7], місцевого підведення антибіотиків та стимуляторів регенерації [7], локальної та тотальної перитонеосорбції [6, 8], дренивання ОП [6, 8], вальверсорбції [6, 8].

Результати дослідження. Застосування запропонованого комплексного підходу дозволило уникнути розвитку інтраабдомінальних ускладнень у всіх випадках місцевого Пт. НПР сталося лише в 9 (7,08%) хворих. При розповсюдженому Пт I ступеня тяжкості в токсичній фазі не відмічено жодного випадку НКШ. При II ступені тяжкості дане ускладнення виникло в 5 (7,13%) пацієнтів, переважно у випадках кишкової обструкції. У 7 (8,52%) цих хворих розви-

нулися залишкові абсцеси черевної порожнини, що потребувало повторних утручань. У 5 (7,13%) випадках мали місце інтраабдомінальні інфільтрати, які вилікувані консервативно. У жодному випадку ГП IIIA ступеня тяжкості означених ускладнень не було, що можна пояснити застосуванням запрограмованих повторних санацій ОП. НПР мало місце в 4 (3,21%) хворих. Летальних випадків, пов'язаних із прогресуванням Пт чи розвитком інтраабдомінальних ускладнень, не було. При розповсюдженому Пт IIIБ-IV ступенів тяжкості у всіх хворих використані запрограмовані повторні санації ОП. При явищах прогресування Пт померло 3 (9,37%) хворих з ГП IIIБ ступеня тяжкості та 5 (18,51%) хворих з IV ступенем. НКШ розвинулася у 4 (12,5%) пацієнтів. Серед хворих, які вижили, в 3 (9,37%) випадках діагностовані інфільтрати черевної порожнини. НПР було у 5 (15,62%) пацієнтів, у 2 (6,25%) хворих розвинулася повна евістрація, що потребувало повторної операції. Викладене свідчить, що застосування запропонованого комплексного підходу до профілактики післяопераційних ускладнень при ГП дозволяє суттєво знизити ризик їх виникнення у порівнянні з даними літератури [2, 3, 4]. Така лікувальна тактика може бути рекомендована до широкого впровадження.

Висновки. 1. Діючі стандарти та протоколи лікування ГП потребують перегляду з метою конкретизації заходів щодо профілактики післяопераційних ускладнень. 2. Запропонований комплексний підхід до профілактики післяопераційних ускладнень при Пт дозволяє знизити їхню кількість, збільшити ефективність лікування хворих і може бути рекомендований до широкого впровадження.

Література

1. Holzheimer R.G. Surgical Treatment / R.Holzheimer, J.Mannick. – Munich: Zuckschwerdt, 2001. – 428 p.
2. Staged lavage versus single high-volume lavage in the treatment of feculent/purulent peritonitis: a matched pair analysis / M.R.Moussavian, S.Richter, O.Kollmar [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. – 2009. – Vol. 394, № 2. – P. 215-220.
3. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / [Березницький Я.С., Бойко В.В., Василюшин Р.Й. та ін.]. – К.: Здоров'я України, 2010. – 470 с.
4. Мільков Б.О. Біліарний перитоніт / Б.О.Мільков, В.В.Білоокій. – Чернівці: Прут, 2003. – 151 с.
5. Войтів Я.Ю. Профілактика та лікування кишкової недостатності при перитоніті (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. н.: спец. 14.01.03 "Хірургія" / Я.Ю.Войтів. – Львів, 2010. – 19 с.
6. Гринчук Ф.В. Особливості лікування та профілактики гострого перитоніту при цукровому діабеті та іншій системній патології (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. н.: спец. 14.01.03 "Хірургія" / Ф.В.Гринчук. – Вінниця, 2007. – 38 с.
7. Полянський І.Ю. Особливості розвитку, перебігу, профілактики та лікування перитоніту при променевому ураженні (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. на здобут-

тя наук. ступеня д. мед. н.: спец. 14.01.03 "Хірургія" / І.Ю.Полянський. – К., 1996. – 40 с. 8. Максим'юк В.В. Санація очеревинної порожнини в комплексному лікуванні різних форм перитоніту (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. н.: спец. 14.01.03 "Хірургія" / В.В.Максим'юк. – Тернопіль, 2003. – 27 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

Резюме. Представлены результаты дифференцированного комплексного лечения 375 больных с различными формами острого перитонита с применением оригинальных методов лечения и профилактики осложнений. При перитоните I степени тяжести осложнений не было. При перитоните II степени несостоятельность швов возникла у 7,13% больных, остаточные интраабдоминальные абсцессы – 8,52%. При перитоните IIIA степени нагноение раны возникло у 3,21% больных. При перитоните IIIB степени умерло 9,37% больных, IV – 18,51%. Нагноение раны было у 15,62% больных.

Ключевые слова: острый перитонит, осложнения, профилактика.

COMPLEX PROPHYLAXIS OF EARLY POSTOPERATIVE INFLAMMATORY-DESTRUCTIVE COMPLICATIONS OF ACUTE PERITONITIS

Abstract. The results of a differential complex management of 375 patients with different forms of acute peritonitis, using original methods of treating preventing and complications are presented. There were no complications with peritonitis of the 1st degree of severity. In case of peritonitis of the 2nd degree of severity a suture leakage arose in 7,13% of the patients, residual intraabdominal abscesses – in 8,52% of the patients. With peritonitis of degree IIIA wound suppuration arose in 3,21% of the patients. With peritonitis of degree IIIB 9,37% died, degree IV – 18,51% of the patients. Wound suppuration was in 15,62% of the patients.

Key words: acute peritonitis, complications, prevention.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.06.2012 р.