



В. В. Бойко, В. К. Логачов,  
М. Є. Тимченко

## ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНИХ ФОРМ ПЕРИТОНІТУ

ДУ «Інститут загальної  
та невідкладної хірургії  
НАМН України», м. Харків

© В. В. Бойко, В. К. Логачов,  
М. Є. Тимченко

**Резюме.** Підтверджено роль санації черевної порожнини як визначального чинника результатів лікування перитоніту. Встановлена висока ефективність використання при санації черевної порожнини розчинів катіонних антисептиків. Прогнозні припущення про розвиток об'єкта дослідження — розробка технології об'єктивного методу оцінки ефективності санації черевної порожнини при перитоніті, на підставі чого можливі поліпшення результатів лікування пацієнтів із перитонітом і об'єктивізація хірургічної тактики щодо подальшого їх лікування.

**Ключові слова:** перитоніт, ускладнення перитоніту, санація черевної порожнини.

### Вступ

Поширений перитоніт (ПП) є найбільш загрозливим ускладненням гострих захворювань і оперативних втручань в абдомінальній хірургії. Летальність при цій патології сягає від 15 до 70% і не має тенденції до зниження [1, 2, 4, 5]. Серед причин летальності пацієнтів із поширеними формами перитоніту на перше місце виходять стани, обумовлені продовженням патологічного процесу (інтоксикація, поліорганна недостатність). Незадоволення результатами одномоментної санації черевної порожнини при ПП спонукало хірургів до розробки методів лапаростомії, запрограмованої релапаротомії або лапароперції [1, 2, 5]. Залишаються не до кінця об'єктивізовані показання до лапароперції як за термінами, так і за числом повторних втручань. Крім того, багаторазові повторні втручання супроводжуються формуванням грижового дефекту та ризиком утворення кишкових нориць [3]. У зв'язку з цим, була поставлена мета дослідження — вивчення причин несприятливих результатів лікування хворих на поширені форми перитоніту та шляхи їх попередження.

### Матеріал і методи

Було проведено вивчення результатів санації черевної порожнини при ПП у 64 пацієнтів за 1999—2009 рр. (28 хворих увійшли до основної групи, а 36 — до групи порівняння). У хворих основної групи в процесі санації черевної порожнини проводився забір перитонеального ексудату до початку санації, після механічного відмивання та після закінчення санації з використанням різних груп антисептиків для бактеріологічного дослідження. Як катіонні антисептики (КАС) застосовувалися розчини мірамістину 0,025%, декаметоксину 0,02% (декасан) та октенісепту (1:4).

Результати бактеріологічного дослідження були готові, як правило, на другу добу з моменту оперативного втручання. У зв'язку з цим тактика ведення хворих у перші 48 годин визначалася залежно від субопераційної оцінки змін черевної

і якості лаважу хірургом, що оперує, суб'єктивно. Для виключення різночитання в оцінці, оперативні втручання виконувалися в основному трьома співробітниками, що мають достатній досвід оперативних втручань із приводу ПП. Ведення післяопераційного періоду залежало від суб'єктивної оцінки якості лаважу і асортименту наявних антибактеріальних препаратів.

У групі порівняння після втручання призначалися комбінації метронідазол+цефтріаксон+гентаміцин або метронідазол+ципринол. В основній групі — цефтазидим+амікацин, метронідазол+цефтазидим або монотерапія цефтазидимом.

Аналізу підлягали такі показники: клінічний аналіз крові з обчисленням ЛШ, основні біохімічні показники крові, стан згортаючої системи крові і субопераційна оцінка стану черевної порожнини під час первинного втручання з приводу ПП, а також бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату. Тяжкість стану хворих оцінювався за модифікованою шкалою APACHE II. Дані статистично оброблені з використанням стандартного пакету MS Excel 2008.

### Результати дослідження та їх обговорення

У групі порівняння субопераційна санація черевної порожнини стандартно проводилася розчинами фурациліну 0,02% або хлориду натрію 0,9% з додаванням 3% розчину перекису водню у співвідношенні 10:1 у перших 1—2 порціях промивної рідини.

В основній групі кількість і склад промивної рідини залежали від стадії перитоніту (табл. 1).

Таким чином, макроскопічна оцінка змін черевної порожнини приводила до змін кількісного і якісного складу промивної рідини під час санації черевної порожнини. Ефективність цієї процедури оцінювалася хірургами на підставі особистого досвіду. За цими ознаками визначались і показання до повторних запрограмованих санаційних релапаротомій. В той же час оцінка ефективності одномоментного промивання порожнини черевної порожнини потребувала моніторингу післяопераційного пе-

*Таблиця 1*  
Залежність кількісного та якісного складу рідини для санації черевної порожнини залежно від стадії перитоніту в основній групі

Кількість і вид промивної рідини (л)	Стадія перитоніту		
	Компенсації	Декомпенсації	ПОН
Р-р фурациліну 0,02%	1,0±0,01	1,5±0,2	2,0±0,2
Р-р перекису водню 3% 1:10	0,05±0,01	0,2±0,01	0,5±0,1
Р-р КАС*	0	0,2±0,2	1,0±0,2

*Примітка:* \* — розчин катіонних антисептиків декасану 0,02%; мірамістину 0,025% або октенисепту 1:4.

ріоду. При цьому враховувалися не лише клінічні, але і лабораторні показники (табл. 2).

Виходячи з отриманих даних, можна стверджувати, що за умов задовільного післяопераційного перебігу перитоніту на третю добу відзначається позитивна динаміка лабораторних показників. За відсутності такої або негативної динаміки спостерігається продовження гнійно-запального процесу очеревини, що вимагає додаткових лікувальних процедур.

Як правило, негативні або нейтральні зміни лабораторних показників відповідали клінічним проявам: уповільнення відновлення моторики ки-

шечнику, виділення по дренажах гнійного ексудату в значній кількості, недостатньому об'ємі добового діурезу і негативному балансі рідини. Все це свідчило на користь перитоніту і вимагало вживання будь-яких заходів з його лікування.

У числі останніх головну роль відіграла запрограмована релапаротомія (лапароперція). У 15 пацієнтів показання до релапаротомії були визначені у процесі первинного втручання і обумовлені або недостатньою санацією черевної порожнини у зв'язку із загальним станом пацієнта (нестійка гемодинаміка), або відсутністю повного ефекту від первинної санації черевної порожнини. І в тому, і в іншому випадку на 2—3 добу виконувалася запрограмована релапаротомія. Обсяг втручання зводився до повторної санації порожнини очеревини, виявлення і усунення залишкових гнійників, що формуються, ушивання дефектів порожнистих органів при їх наявності.

Порівняння результатів лікування пацієнтів контрольної і основної груп наведені в табл. 3.

Таким чином, тактика ведення пацієнтів основної групи полягала в такому: субопераційний лаваж із вживанням на завершальному етапі розчинів КАС (мірамістину, декаметоксину, октенисепту) двократно, призначенням з першої післяопераційної доби антибіотиків III покоління в достатніх дозах, визначення показань до запрограмованої релапаротомії на підставі клініко-

*Таблиця 2*  
Динаміка деяких показників залежно від перебігу післяопераційного періоду

Показники	Перебіг післяопераційного періоду				p
	Без ускладнень		Ускладнення		
	1-ша доба	3-тя доба	1-ша доба	3-тя доба	
ЛПІ	12,8±2,0	4,2±0,3	11,9±2,0	8,7±2,0	<0,05
Лейкоцитоз	11,2±2,0	6,8±0,1	12,6±2,5	10,8±0,1	<0,05
Загальний білок крові	68,5±2,6	67,8±5,2	65,2±2,3	63,4±2,3	<0,1
Білірубін	11,2±2,9	8,7±1,1	17,1±5,2	17,5±2,3	<0,05
Сечевина	8,9±0,1	5,6±0,1	11,4±0,4	10,2±0,1	<0,05
Креатинін/102	11,2±0,05	8,0±0,4	12,0±0,2	10,2±0,2	<0,1

*Таблиця 3*  
Результати лікування пацієнтів основної та контрольної груп

Результати лікування	Група порівняння	Основна група
Видужали без ускладнень	13	15
Видужали з ускладненнями:	13	6
спонтанні кишкові нориці	3	0
збереження артифіціальних нориць	3	0
нагноєння рани без евентрацій	9	5
нагноєння рани з евентрацією	4	1
Померли всього в тому числі:	10	6
від перитоніту, що продовжується	5	2
від супровідної патології	5	4
Кількість втручань на одного пацієнта	1,7	1,23
Всього	36	28



лабораторного аналізу динаміки післяопераційного періоду. Обсяг повторного втручання, окрім санації черевної порожнини, за даною методикою включає обов'язкове зміцнення цекостоми, що використовується для інтубації кишечника.

Упровадження такої тактики і техніки оперативного лікування перитоніту дозволило знизити післяопераційну летальність від 10/36 (27,8%) до 6/28 (21,4%), а число ускладнень — від 13/36 (36,1%) до 6/28 (21,4%).

### Висновки

1. Субопераційний лаваж черевної порожнини багато в чому визначає перебіг післяопераційного періоду і результат лікування хворих із поширеними формами перитоніту.

2. Показання до запрограмованих повторних санаційних втручань повинні визначатися на підставі клініко-лабораторного моніторингу перебігу післяопераційного періоду.

3. Відсутність позитивної клініко-лабораторної динаміки в післяопераційному періоді на 2—3 добу є показанням до вирішення питання про санаційну релапаротомію.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Перитонит* / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов [и др.]; под ред. В. С. Савельева. — М.: Литтерра, 2006. — 208 с.

2. *Предсказание* летальности при распространенном перитоните методом WILLIAM A. KNAUS [Текст] / К. В. Костюченко, С. В. Маевский, М. П. Ерышалов // *Фундаментальные исследования*. — 2007. — № 8. — С. 56.

3. *Прогнозирование* течения хирургических инфекций у больных пожилого и старческого возраста / Б. С. Брискин, Н. Н. Хачатрян, З. И. Савченко, Г. Э. Пе-

терс // *Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова*. — 2007. — № 6. — С. 40—46.

4. *Профилактика* гнойно-воспалительных осложнений в неотложной хирургии / О. О. Беляева [и др.] // *Харьковская хирургическая школа*. — 2007. — № 8. — С. 12—14

5. *Профилактика* и лечение гнойно-септических осложнений у хирургических больных / Ю. А. Лешихина, Н. В. Прилуцкая, Т. М. Цкаева [и др.] // *Вестник интенсивной терапии*. — 2006. — № 1. — С. 67—70.

### ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА

**В. В. Бойко, В. К. Логачов,  
М. Е. Тимченко**

**Резюме.** Подтверждена роль санации брюшной полости как определяющего фактора результатов лечения перитонита. Установлена высокая эффективность использования при санации брюшной полости растворов катионных антисептиков. Прогнозные предположения о развитии объекта исследования — разработка технологии объективного метода оценки эффективности санации брюшной полости при перитоните, на основании чего возможны улучшение результатов лечения пациентов с перитонитом и объективизация хирургической тактики в вопросах их ведения.

**Ключевые слова:** *перитонит, осложнения перитонита, санация брюшной полости.*

### PREVENTION OF COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF DIFFUSE FORMS OF PERITONITIS

**V. V. Boyko, V. K. Logachov,  
M. Ye. Tymchenko**

**Summary.** The role of sanation of the abdominal cavity as a determinant of treatment of peritonitis is confirmed. The high efficiency of use in the sanation of the abdominal cavity solutions of cationic antiseptics is ascertained. Forecast assumptions about the development of the object of research - technology development of objective method of assessment of the effectiveness of sanation of the abdominal cavity in peritonitis, on the basis of which may improve the treatment results of patients with peritonitis and the objectification of surgical treatment in matters within their area of responsibility.

**Key words:** *peritonitis, complication of peritonitis, sanation of the abdominal cavity.*