



В. П. Андрищенко,  
Д. В. Андрищенко,  
С. Т. Федоренко

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ

Львівський національний  
медичний університет імені  
Данила Галицького

© В. П. Андрищенко,  
Д. В. Андрищенко,  
С. Т. Федоренко

**Резюме.** На підставі ретроспективного аналізу історій хвороб 371 пацієнта, які були оперовані з приводу гострого поширеного перитоніту, вивчено ефективність різних способів зондової декомпресії ШКТ, доведено доцільність застосування черезтубажних лікувальних програм, обґрунтовано зміни превалюючих методик установаження зондів. За результатами аналізу проведених повторних оперативних втручань визначені показання і оптимальні терміни їх виконання при окремих видах нозологій. Подано погляди на класифікацію релапаромій, їх місце і роль у покращанні результатів хірургічного лікування поширених форм перитоніту.

**Ключові слова:** *гострий поширений перитоніт, зондова декомпресія кишечника, релапаротомія.*

### Вступ

Гострий поширений перитоніт (ГПП) продовжує залишатися актуальною й остаточно не вирішеною проблемою невідкладної абдомінальної хірургії. Незважаючи на певні успіхи в комплексному лікуванні перитоніту, він є однією з основних причин незадовільних результатів лікування пацієнтів із гострими захворюваннями органів черевної порожнини [5, 6, 7].

Мета роботи полягала в окресленні визначальних принципів хірургічного лікування хворих із ГПП на підставі диференційованого використання методик тривалої декомпресії тонкої кишки, застосування черезтубажної лікувальної програми, формування тимчасових штучних кишкових нориць, визначення особливостей і місця релапаротомії (РЛТ).

### Матеріали і методи

У клініці загальної хірургії проліковано 371 пацієнта із ГПП. За статтю розподіл хворих був такий: чоловіків — 207 (55,8%), жінок — 164 (44,2%). Вік пацієнтів становив від 18 до 90 років, середній вік — 57,6 року. В структурі чинників виникнення ГПП переважав гострий деструктивний апендицит (23%), гострий панкреатит (24%) та проривні виразки ШКК (21%).

Усім пацієнтам проведено хірургічне лікування за загальноприйнятими методами. На першому етапі дослідження декомпресію травного тракту було проведено 68 (63,6%) хворим. Структура декомпресійних методик виглядала таким чином: одномоментна інтраопераційна декомпресія (15,1% випадків), антеградні способи зондової декомпресії (32,5%), ретроградна інтубація тонкої кишки (16,1%). При цьому, пролонговані способи декомпресії становили 48,5% випадків.

У періоді впровадження власних тактичних підходів методики оперативних втручань суттєвих відмінностей не мали. Декомпресію травного тракту проводили 87 (66,5%) хворим. Структура декомпресійних методик була такою: одно-

ментна інтраопераційна декомпресія (6,5%), антеградні способи тубажної декомпресії (12,7%), ретроградна інтубація тонкої кишки (5,8%), одномоментна декомпресія з тривалою зондовою декомпресією початкових відділів ШКТ (11,2%), тривале назогастроуденальне зондування (30%) хворих. Загалом пролонговані способи декомпресії застосовано у 59,8% спостереженнях.

При необхідності резекції сегмента тонкої кишки (за субопераційними даними) у пацієнтів із вкрай тяжким перебігом ГПП формувалися тимчасові тонкокишкові штучні нориці (12 спостережень), закриття яких передбачалося після одужання хворих.

Окремо проаналізовано РЛТ як метод хірургічної корекції ускладнень захворювань та оперативних втручань при гострій патології органів черевної порожнини. Інцидентність — 3,6%. Жінок було 56 (41,8%), чоловіків — 78 (58,2%) Середній вік пацієнтів — 58,7 року.

### Результати дослідження та їх обговорення

Проведений аналіз ефективності одномоментної інтраопераційної (65%) і пролонгованої зондової декомпресії тонкої кишки (99,2%) в елімінації моторно-евакуаторних порушень при ГПП засвідчив суттєву перевагу останньої ( $p < 0,05$ ). Частота гнійно-септичних ускладнень при одномоментній декомпресії шляхом ентеротомії (70%) була вищою ( $p < 0,05$ ), ніж при тривалій тубажній декомпресії тонкої кишки (41,6%) у зв'язку з превалюванням «закритих» антеградних методик інтубації. Скорочення середніх термінів відновлення моторики при проведенні пролонгованої тубажної декомпресії травного тракту у пацієнтів, оперованих з приводу ГПП (з 2,95 днів до 1,53;  $p < 0,01$ ), засвідчило важливість декомпресії тонкого кишечника в ліквідації моторних порушень ШКТ.

Окрім декомпресійної мети, особлива увага надавалася використанню зонда, для прицільного лікувального впливу згідно з опрацьованою



програмою, яка включала фармакологічну деконтамінацію, ентеральний лаваж електролітичним розчином, ентеросорбцію та здійснення внутрішньопросвітлого електрофоретичного знеболення (ефект пролонгованої епідуральної анестезії) і стимуляцію моторики. Ефективність череззондової лікувальної програми було підтверджено скороченням термінів відновлення перистальтики, зниженням величин лейкоцитозу та лейкоцитарного індексу інтоксикації, рівня креатиніну та сечовини сироватки крові, величин рН і хімічного коефіцієнта тюбажного вмісту, рівнів його мікробної контамінації і токсичності за модифікованим параметричним тестом [1, 2].

У другому періоді дослідження перевага віддавалася тривалій декомпресії лише верхніх відділів ШКТ із проведенням зонда до початкового відділу тонкої кишки (так звані «короткі тюбажі»). При цьому комплекс череззондових лікувальних методик залишався попереднім. Істотно зменшилася частка одномоментної декомпресії та ретроградних способів проведення зондів, що сприяло профілактиці інтраопераційного інфікування черевної порожнини та ран черевної стінки, зі зменшенням кількості гнійно-септичних ускладнень. Тотальна інтубація тонкої кишки залишалася безальтернативним способом пролонгованої декомпресії при прогресуючому гнійному перитоніті.

Однодульну тонкокишкову штучну норицю як варіант оперативного втручання при необхідності виконання резекції сегмента кишки сформовано у 4 (33%) хворих і дводульну тимчасову кишкову норицю — у 8 (67%) пацієнтів.

Оскільки на сьогодні існує розмежування (в тому числі термінологічне) різних за призначенням та цілями РЛТ [3, 4, 5], було систематизовано дані види оперативних втручань за лікувально-тактичним та оперативно-технічним змістом. Так, у пацієнтів, яким виконувалися релапаротомії (РЛТ) основними нозологічними формами невідкладної абдомінальної патології, з приводу яких виконували первинні оперативні втручання, були: ГНП (21,6%), ГКН (20,9%) гострий апендицит і защемлені грижі (по 11,2%) та проривні гастродуоденальні виразки (7,5%).

Серед чинників необхідності виконання вимушеної РЛТ домінували: рання післяопераційна спайкова непрохідність (22,4%), перфорації кишок (11,22%), панкреатичні та парапанкреатичні абсцеси (10,4%), перитоніт (9,0%), евентрації (8,2%), абсцеси черевної порожнини та ерозивні кровотечі при ГНП (по 7,5%). При таких ускладненнях раннього післяопераційного періоду виконували РЛТ як безальтернативний лікувальний метод.

У 11 пацієнтів з ГПП було реалізовано принцип РЛТ «за потребою». Зміст цього лікувально-тактичного підходу полягав у тому, що первинне хірургічне втручання свідомо завершувалося за-

шиванням стінки на шви-зав'язки, що створювало зручні умови для повторної експлорації черевної порожнини при необхідності. Показання для виконання РЛТ ґрунтувалися на традиційній оцінці характеру перебігу раннього післяопераційного періоду з оцінкою місцевих та загальних ознак перитоніту. Відповідно до них РЛТ було проведено у 8 пацієнтів. У 3 інших хворих на фоні виключно консервативного лікування констатовано позитивний ефект, і потреби у виконанні РЛТ не було.

У 50 пацієнтів застосовано методику програмованої РЛТ. Даний оперативно-тактичний підхід реалізовувався в тих випадках, коли одномоментна субопераційна елімінація патологічного процесу в черевній порожнині була принципово неможливою. Це стосувалося хворих з інфікованим ГНП і гнійно-некротичним парапанкреатитом, а також пацієнтів із поширеними формами фібринозно-гнійного перитоніту. Обсяг програмованої РЛТ полягав в етапних некрсеквестректоміях девіталізованих тканин самої залози і парапанкреатичній клітковині, у повторному лаважі черевної порожнини з ліквідацією скопичень ексудату і злипання петель кишок між собою та заміні дренажів. У 18 пацієнтів з ГНП операційно проводили назоінтестинальний зонд у початковий відділ або формували єюностому за Witzel. Цей прийом забезпечував декомпресію дигестивного тракту на фоні динамічної непрохідності кишечника, а з 2—3 доби зонди використовували для раннього ентерального харчування (введення харчових сумішей з прокінетиками, гіпертонічного розчину натрію хлориду і пробіотиків згідно опрацьованою схемою).

У 23 пацієнтів здійснено експлоративну РЛТ за принципом Second Look. Підґрунтям для її використання були: оцінка стану кишки після ліквідації защемлення, коли при первинному втручанні життєздатність її була сумнівною, оцінка герметичності швів анастомозів, які формувалися в несприятливих умовах, констатація прогресування/непрогресування тромбозу брижових судин.

Загальна післяопераційна летальність після всіх наведених видів РЛТ становила 22,3%, основними причинами якої були прогресуюча інтоксикація, поліорганна недостатність і ТЕЛА.

Таким чином, проведений аналіз надав підстави окреслити провідні компоненти хірургічного лікування ГПП, які базуються на сучасних уявленнях про основні патогенетичні ланки виникнення та розвитку даного патологічного процесу.

### Висновки

1. Хірургічне лікування ГПП має включати такі складові: повноцінне усунення або елімінацію чинника розвитку перитоніту з адекватною санацією і дренажуванням черевної порожнини, пролонговану декомпресію дигестивного тракту, черезтюбажний лікувальний вплив, за необхідністю один із видів РЛТ.



2. Опрацьована черезтубажна лікувальна програма підвищує ефективність декомпресії кишечника і сприяє швидкому відновленню його моторно-евакуаторної функції.

3. Тимчасова штучна зовнішня кишкова нориця є одним із виправданих варіантів операції при

необхідності виконання резекції кишки при ГПП і вкрай тяжкому загальному стані хворого.

4. Систематизований підхід на підставі оцінки до- і субопераційних критеріїв об'єктивізує доцільність РЛТ, її конкретного виду та оптимізує хірургічну тактику при ГПП.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андрющенко В.П. Патоморфологічні зміни тонкої кишки при її декомпресії шляхом інтубації / В.П. Андрющенко, С.Т. Федоренко, В.З. Макара // Клін. хірургія. — 1995. — № 2. — С. 14—15.

2. Андрющенко В.П. Застосування череззондової лікувальної програми у хворих з гострою непрохідністю кишечника та перитонітом / В.П. Андрющенко, С.Т. Федоренко // Клінічна хірургія. — 1997. — № 9—10. — С. 18—20.

3. Андрющенко В.П. Програмована та вимушена лапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії / В.П. Андрющенко, С.Т. Федоренко, Л.Р. Чайковська // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С.137—140.

4. Бондаренко В.М. Релапаротомія у хворих з високим операційним ризиком / В.М. Бондаренко // Клінічна хірургія. — 2004. — № 3. — С. 26—29.

5. Гнойный перитонит. Патофизиология и лечение / А.Я. Цыганенко, В.В. Бойко, И.А. Криворучко [и др.]. — Х.: Контраст, 2002. — 280 с.

6. Радзиховский А.П. Релапаротомия / А.П. Радзиховский, О.Е. Бобров, А.А. Ткаченко. — К.: Феникс, 2001. — 360 с.

7. Савельев В.С. Перитонит: практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов. — М.: Литера, 2006. — 208 с.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

*В. П. Андрющенко,  
Д. В. Андрющенко,  
С. Т. Федоренко*

**Резюме.** На основании анализа историй болезней 371 пациента, оперированных по поводу острого распространенного перитонита, изучена эффективность различных способов зондовой декомпресии ЖКТ, доказана целесообразность применения черестубажных лечебных программ, обоснованы изменения превалирующих методов заведения зондов. По результатам анализа проведенных повторных оперативных вмешательств определены показания и оптимальные сроки их выполнения по отдельным видам нозологий. Представлены взгляды на классификацию релапаротомий, их место и роль в улучшении результатов хирургического лечения распространенных форм перитонита.

**Ключевые слова:** *острый распространенный перитонит, зондовая декомпрессия кишечника, релапаротомия.*

## MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PERITONITIS IS COMMON

*V. P. Andryuschenko,  
D. V. Andryuschenko,  
S. T. Fedorenko*

**Summary.** Based on analysis of the cases of 371 patients operated on acute generalized peritonitis studied the effectiveness of different ways to probe gastrointestinal decompression, we have proved the feasibility of probe treatment programs, grounded changes of prevailing practices of probes establishments. According to the analysis made repeated surgical interventions outlined the indications and optimal timing of their implementation for certain types of nosology. Presented views on the classification of relaparotomy, their place and role in improving results of surgical treatment of generalized forms of peritonitis.

**Key words:** *acute generalized peritonitis, intestinal decompression probe, relaparotomy.*