



В. В. Бенедикт

Тернопільський державний
медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

© В.В. Бенедикт

РОЛЬ ЛАПАРОСТОМИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПОШИРЕНИЙ ПЕРИТОНІТ

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз 46 медичних карт померлих хворих на гострий поширений перитоніт. В першій стадії перитоніту поступило 4 (8,70 %) померлих хворих; в другій – 17 (36,96 %); в третій – 25 (54,35 %). Мангеймський індекс перитоніту в цій групі в середньому склав 27 бали. Операція виконана у 38 (82,61 %) хворих. Закінчення операції за допомогою накладання лапаростоми проведено тільки в 7 (18,42 %) випадках хірургічного лікування гострого поширеного перитоніту і в 66,67 % під час повторних релапаротомій. Причиною смерті 36 пацієнтів (78,26 %) був синдром поліорганної недостатності, бактеріально-токсичний шок, що призводило до летальності на першу-другу добу.

Досліджено результати хірургічного лікування 131 пацієнта на гострий поширений перитоніт. При задовільному перебігу післяопераційного періоду спостерігалось підвищення рівня інтоксикації на протязі 3 діб. 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 добу після операції (за клінічними, сонографічними критеріями). Звертається увага на відсутність необхідності виконання повторної лапаротомії при закритті лапаростоми.

Ключові слова: *гострий поширений перитоніт, лапаростома.*

Вступ

Л.С. Симонян (1971) [12] так охарактеризував стан проблеми лікування поширеного перитоніту: «Кожного разу, коли хворий гине від перитоніту, незважаючи на весь сучасний комплекс лікування ...» ми розуміємо «недосконалість нашого лікування ...» Лікування хворого на гострий поширений перитоніт (ГПП) вимагає від хірурга вибору оптимальної хірургічної тактики. Основні положення хірургічного лікування ГПП під час операції визначені [7]. В той же час, відомо, що навіть ретельна санація при одноразовому застосуванні не завжди призводить до одужання хворих на ГПП [8, 10, 11]. Однією з невирішених і дискусійних проблем в лікуванні цієї патології є обґрунтування вибору доцільного способу завершення операції [2, 11]. Актуальним і дотепер є вислів І.І. Грекова про те, що тактика ушивання лапаротомної рани у хворих на ГПП наглухо «... весьма красива, увлекательна и удобна, но она в случае неудачи может стоить больному жизни».

Крім цього, однією з причин незадовільних результатів хірургічного лікування пацієнтів на ГПП може бути розвиток інтраабдомінальної гіпертензії з подальшим розвитком поліорганної недостатності [3, 4, 6]. Все це може призвести до виконання релапаротомії, яка в свою чергу ускладнює перебіг ГПП [7].

З метою покращення результатів хірургічного лікування хворих на ГПП, зменшення кількості повторних лапаротомій доцільним є розробка та удосконалення способів завершення операції.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено ретроспективний аналіз 46 медичних карт стаціонарного хворого померлих на ГПП і досліджено результати лікування 131 пацієнта після хірургічного лікування цієї патології. В загальноприйнятій комплекс дослідження включали визначення Мангеймського індексу перитоніту, лейкоцитарного індексу інтоксикації [5], сорбційної здатності еритроцитів [13], вимірювання інтраабдомінального тиску за I. Kron et al. (1998), M. Cheatham et al. (1998).

Результати досліджень та їх обговорення

При проведенні ретроспективного аналізу медичних карт померлих хворих на ГПП встановлено, що причиною ГПП у 33 (71,74 %) хворих була перфоративна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, у 4 (8,70 %) випадках – ускладнення хвороби Крона, гострий апендицит, розрив тонкої кишки, гостра гінекологічна патологія по 3 пацієнта (19,56 %). В першій стадії перитоніту поступило 4 хво-



рих (8,70 %) від всіх досліджених цієї групи; в другій – 17 (36,96 %); в третій – 25 (54,35 %). Мангеймський індекс перитоніту в середньому склав 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 38 (82,61 %) хворим.

Закінчення операції шляхом накладання лапаростоми проведено в 7 (18,42 %) випадках хірургічного лікування ГПП і в 66,67 % – під час повторних лапаротомій. У післяопераційному періоді виконані релапаротомії 6 пацієнтам. З них за [1] «вимушені» релапаротомії були виконані 6 разів, «санаційні» – 3.

Причиною смерті 36 пацієнтів (78,26 %) був синдром поліорганної недостатності, бактеріально-токсичний шок; тромбемболія легеневої артерії – в 6 (13,04 %) випадках, церебральна патологія – у 2 (4,35 %), розвиток ДВЗ – синдрому і крововилив в наднирники по одному хворому (4,35 %).

Серед причин летальності провідним є синдром поліорганної недостатності. Одним з основних факторів патогенезу цього патологічного стану є синдром ентеральної недостатності [3]. Принциповим моментом в лікуванні цього синдрому, крім дренивання патологічно зміненої кишки, є вибір методу завершення операції. Традиційні способи закриття черевної порожнини, які застосовуються, не завжди є доцільними та ефективними, так як можуть сприяти підвищенню внутрішньоабдомінального тиску і не завжди дозволяють проводити адекватну санацію черевної порожнини [9]. На це вказують і строки летальних наслідків в цій групі хворих. Дані наведено на рис. 1.

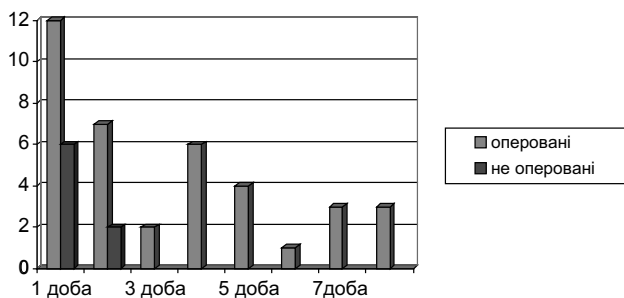


Рис. 1. Строки летальних наслідків у хворих на ГПП

Як видно, пік летальності спостерігається на першу-другу добу після операції.

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

вила (56,40±1,97) %, на третю – (50,48±1,82) %, на п'яту – в 1,8 разів менше і при виписці – в 2,2 рази менше порівняно з доопераційною величиною. Перистальтика кишки в 90 % випадків визначалася тільки в кінці четвертої доби, а самостійне відходження газів в майже у 70 % спостерігалася на 6-7-у добу. Для прискорення процесів одужання поряд з інтубацією тонкої кишки (7) 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 лапаростоми (рис. 2, 3).

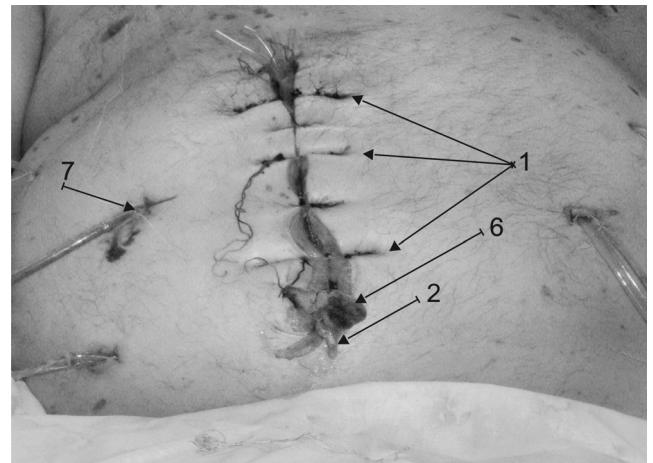


Рис. 2. Загальний вигляд лапаростоми у хворого Б

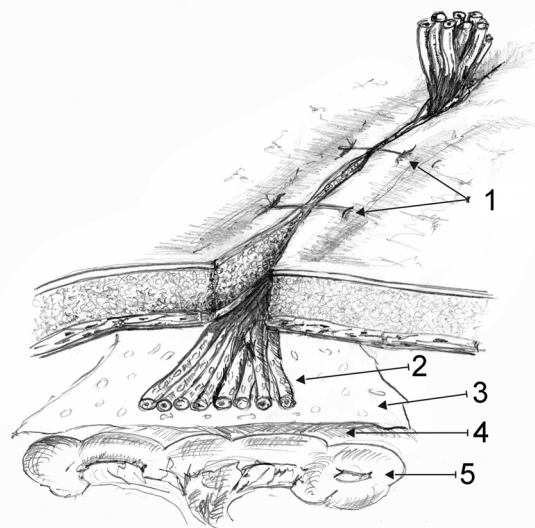


Рис. 3. Зріз лапаротомної рани між фіксуючими лігатурами

Перед ушиванням черевної порожнини і після проведення її дренивання, на великий сальник (4) або, при його відсутності, на петлі тонкої кишки (5) накладали перфоровану гладку плівку (3), яку попередньо прошивали лігатурою (6) і в наступному виводили через нижній розріз лапаростоми. 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 3-5 см. Між краями шкіри вводили марлеві салфетки змочені 0,05 % розчином хлоргексидину.

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

Закриття лапаростоми виконували поетапно на протязі 7-10 доби після операції при задовільному перебігу захворювання (за клінічними, сонографічними критеріями) шляхом розсічення синтетичних ниток (1), поетапного видалення по 2-3 ПХВ трубки за добу і перфорованої плівки (3) за допомогою лігатури (6), якою вона була прошита під час операції. Перевагою запропонованої лапаростоми є:

відсутність необхідності виконання повторної лапаротомії при закритті лапаростоми, профілактика розвитку інтраабдомінальних гіпертензії, аерація черевної порожнини і при необхідності – легкість проведення повторної санації черевної порожнини. Використання запропонованого способу у наших хворих дозволило зменшити кількість релапаротомій для закриття лапаростоми при благоприємному перебігу ГПП, що суттєво покращує результати хірургічного лікування.

Висновки

1. Використання лапаростоми за нашою методикою суттєво зменшує кількість релапаротомій і полегшує її закриття.

2. Показники ендотоксемії та динаміка перебігу гострого поширеного перитоніту після операції вказують на можливість закриття лапаростоми або на необхідність виконання релапаротомії.

3. На нашу думку, перспективним напрямком в лікуванні гострого поширеного перитоніту є необхідність постійного пошуку нових підходів до цієї проблеми, можливо, в союзі хірургів з іншими лікарями і з фахівцями інших спеціальностей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко В.П. Релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії: термінологічні дефініції, зміст та засади реалізації / В.П. Андрущенко, С.Т. Федоренко, О.М. Дворчин // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 3. – С.7-9.
2. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд [и др.] //Анналы хирургии. – 2009. – № 4. – С. 5-7.
3. Гаин Ю.М. Энтеральная недостаточность при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. / Ю.М. Гаин. – Молодечно, 2001. – 265 с.
4. Дзюбановський І.Я. Хірургічні аспекти лікування хворих на гострий перитоніт / І.Я. Дзюбановський, Б.О. Мігенько //Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 193-196.
5. Кальф-Калиф Я.Я. О гематологической дифференциации различных форм и фаз острого аппендицита. / Я.Я. Кальф-Калиф // Хирургия. – 1947. – № 7. – С. 40-43.
6. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция. Практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.
7. Криворучко І.А. Розповсюджений гнійний перитоніт / І.А. Криворучко, В.В. Бойко, А.В. Сивожелізов // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 71-73.
8. Логачов В.К. Усовершенствование техники санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните / В.К. Логачов, Ю.В.Иванова, Д.В. Логачов // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 2. – С. 17-19.
9. Пеев Б.И. Современные аспекты диагностики и коррекции абдоминального компартмен-синдрома у больных с перитонитом / Б.И. Пеев, С.Б. Пеев, В.И. Бильченко // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1. – С. 275-277.
10. Радзиховский А.П. Релапаротомия / А.П. Радзиховский, О.Е. Бобров, А.А. Ткаченко. – К. : Феникс, 2001. – 360 с.
11. Распространенный перитонит. Основы комплексного лечения / Ю.Б. Мартов, С.Г. Полонский, В.В. Кирковский, А.Т. Щастный. М.: Издательство «Триада -Х», 1998. – 144 с.;
12. Симонян К.С. Перитонит. / К.С. Симонян. – М.: Медицина, 1971. – 296 с.
13. Способ диагностики эндогенной интоксикации /А.А. Тогайбаев, А.В. Кургузкин, И.В. Рикун, Р.М. Карибжанова // Лабораторное дело. – 1988. – № 9. – С. 22-24.

РОЛЬ ЛАПАРОСТОМЫ
В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
РАСПРОСТРАНЕННЫМ
ПЕРИТОНИТОМ

В.В. Бенедикт

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 46 медицинских карт умерших больных с острым распространенным перитонитом. В первой стадии перитонита поступило 4 (8,70 %) умерших больных; во второй – 17 (36,96 %), в третьей – 25 (54,35 %). Мангеймский индекс перитонита в этой группе в среднем составил 27 балла. Операция выполнена у 38 (82,61 %) больных. Окончание операции посредством наложения лапаростомы проведено только в 7 (18,42 %) случаях хирургического лечения острого распространенного перитонита и в 66,67 % – при релапаротомиях. Причиной смерти у 36 пациентов (78,26 %) был синдром полиорганной недостаточности, бактериально-токсический шок, что приводило к летальному исходу на первые-вторые сутки.

Исследованы результаты хирургического лечения 131 больного с острым распространенным перитонитом. При удовлетворительном течении послеоперационного периода наблюдалось повышение уровня интоксикации в течение 3 суток. Предложен метод лапаростомии с помощью перфорированной пленки, пучка ПВХ трубок. Отмечено, что даже при наличии послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта интраабдоминальное давление не повышалось до критических величин. Закрывание лапаростомы выполняли поэтапно на 7-10 сутки после операции. Обращается внимание на отсутствие необходимости выполнения релапаротомии при закрытии лапаростомы.

Ключевые слова: *острый распространенный перитонит, лапаростома*

ROLE OF LAPAROSTOMY
IN THE SURGICAL
TREATMENT OF PATIENTS
WITH ACUTE PERITONITIS

V.V. Benedict

Summary. A retrospective analysis of 46 medical records of patients who died of acute peritonitis. In the first stage of peritonitis arrived 4 (8,70 %) patients who died, the second – 17 (36,96 %) in the third – 25 (54,35 %). Mannheim peritonitis index in this group was an average of 27 points. The operation performed in 38 (82,61 %) patients. The end of the operation by imposing laparostomy conducted only in 7 (18,42 %) cases of surgical treatment of acute diffuse peritonitis and 66,67 % – during repeated relaparotomy. The cause of death in 36 patients (78,26 %) was the syndrome of multiple organ failure, bacterial toxic shock, which led to mortality in the first or second day.

Studied the results of surgical treatment of 131 patients for this disease. When satisfactory postoperative period observed increase in toxicity for 3 days. The method laparostomy using perforated film beam PVC pipes. Determined that even in the presence of postoperative paresis intraabdominal pressure is increased to a critical value. Closing laparostomy performed gradually at 7-10 days after surgery at a satisfactory course of the disease after surgery (by clinical, sonographic criteria). Attention is drawn to the absence of the need to perform repeated laparotomy closing laparostomy.

Key words: *acute diffuse peritonitis, laparostomy.*