

УДК 616.381-002-072.1-089

СЫКАЛ Н.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2

ПРОГРАММИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Резюме. В статье сопоставляются преимущества и недостатки способов завершения хирургического вмешательства при перитоните. Дренажирование брюшной полости не способно адекватно санировать брюшную полость. Активное воздействие на инфекционный процесс в послеоперационном периоде может быть осуществлено при использовании лапаростомии и программированных ревизий и санаций брюшной полости. Использование программированной санационной лапароскопии в лечении перитонита значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре, позволяет избежать ряда послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: перитонит, лечение, лапароскопия.

Введение

В настоящее время успех лечения вторичного распространенного перитонита определяют три основных постулата: 1) оптимальная и своевременная хирургическая тактика; 2) рациональная антибактериальная терапия; 3) адекватная интенсивная терапия.

Анализ литературы и собственный клинический опыт показывают, что положительный результат лечения больного с распространенным перитонитом на 80 % зависит от оптимальной хирургической тактики, в первую очередь от адекватной санации брюшной полости, и лишь на 20 % — от антибактериальной и интенсивной терапии [7].

На сегодняшний день решение вопроса об устранении источника перитонита, который должен быть надежно ликвидирован с помощью наименее травматичного и технически легко выполнимого способа, не вызывает разногласий среди хирургов. В настоящее время в клинической практике применяются разнообразные методы санации брюшной полости: лапаротомия с дренированием брюшной полости, лапаростомия, программированная релапаротомия. Просвет дренажей, установленных при первой операции, через 12–24 ч отграничивается от брюшной полости наложением фибрина, сальником, стенками внутренних органов, и они перестают функционировать, что приводит к скоплению экссудата в брюшной полости, прогрессированию перитонита [5]. В таких случаях производится релапаротомия в экстренном, срочном или запрограмми-

рованном порядке, по жизненным показаниям в связи с прогрессированием перитонита [6, 7].

К преимуществам метода программированной релапаротомии относят возможность динамического наблюдения за состоянием брюшной полости и проведение повторных saniрующих мероприятий, контроль положения и функции дренажей. Существенными недостатками релапаротомии является травматичность и высокая степень риска различных осложнений [2].

Использование современных видеоэндоскопических технологий расширило возможности лапароскопии. Этот метод стал широко применяться не только для верификации перитонита и дифференциальной диагностики, но и как метод пролонгированной санации брюшной полости в послеоперационном периоде [4, 6, 7].

Главными преимуществами лапароскопической санации брюшной полости являются ее малая травматичность, возможность ранней реабилитации больных. Недостаток метода заключается в сложности, а нередко и в технической невозможности адекватной санации брюшной полости при ее массивной бактериальной контаминации, при наличии множественных плотных фиксированных на брюшине фибринозных наложений, плохом обзоре при парезе кишечника, невозможности осуществить назоинтестинальную интубацию [1, 2, 7].

© Сыкал Н.А., 2013

© «Медицина неотложных состояний», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Цель работы — изучение возможности и оценка эффективности использования эндовидеохирургических технологий в лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, осложненных распространенным перитонитом.

Материалы и методы

За 5 лет (2008–2012) в клинике выполнены лапароскопические вмешательства у 58 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными распространенным перитонитом. Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 1,5$ года. По этиологии, источнику перитонита распределение больных составило: перфоративные гастродуоденальные язвы — 9 (26,8 %), острый холецистит — 22 (32,4 %), панкреонекроз — 10 (20,4 %), острый аппендицит — 17 (20,4 %) чел. Оценка тяжести состояния пациентов оценивалась по шкале APACHE II (W. Knaus и соавт. 1985 г.). Средняя сумма баллов по шкале APACHE II составила $15,4 \pm 0,5$. Полученные результаты обработаны с применением t-критерия Стьюдента. Статистически достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

При лапароскопической ревизии оценивали характер выпота, выраженность пареза желудочно-кишечного тракта, спаечного процесса, определяли распространенность перитонита, уточняли источник перитонита, исследовали выпот на бакпосевы и чувствительность. Санацию брюшной полости осуществляли промыванием раствором декасана. Объем используемого раствора зависел от распространенности воспалительного процесса. Выполняли эвакуацию экссудата из всех отделов брюшной полости с обработкой внутрибрюшных карманов, межпетлевых пространств данным раствором в объеме 2–6 л. При этом старались добиться полного очищения висцеральной и париетальной брюшины от фибриновых наложений, разделяли межкишечные спайки и сращения, определяли функциональность и адекватность установки дренажей, при необходимости их заменяли. Повторная лапароскопическая санация осуществлялась через 24–48 часов.

Показаниями к повторным saniрующим мероприятиям считали выраженную воспалительную реакцию париетальной и висцеральной брюшины, обширные висцеральные сращения с множественными наложениями фибрина. Всем пациентам проводилась адекватная антибиотикотерапия с учетом микробного спектра.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов применения программированной лапароскопической санации брюшной полости показал, что данный метод успешно устраняет причину перитонита. Также он позво-

ляет произвести полноценную санацию брюшной полости, в том числе программированную повторную, и обеспечить контроль за состоянием органов брюшной полости после операции.

У данной категории пациентов возможности эндовидеохирургических вмешательств ограничены обстоятельствами, которые невозможно прогнозировать до операции. Трудности во время операции обусловлены массивным спаечным процессом, перитонитом с выраженным парезом кишечника, образованием множественных абсцессов, плотных спаек. Общими противопоказаниями считали тяжелое состояние пациента на фоне заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени, почек, с недостаточностью этих органов.

С использованием лапароскопии выполнены: ушивание перфоративной язвы, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, холецистостомия при панкреонекрозе, холецистэктомия, аппендэктомия. У 6 (5,56 %) пациентов потребовалась конверсия в связи с вышеизложенными техническими трудностями. При выполнении лапароскопических санаций брюшной полости интраоперационных осложнений не наблюдали. Отмечено 4 (3,7 %) летальных исхода. Из них 1 больной умер от тромбоэмболии легочной артерии и 1 пациент — от прогрессирующей полиорганной недостаточности.

Выводы

1. Лапароскопические вмешательства являются эффективными у больных с распространенным перитонитом. Они позволяют в большинстве случаев устранить источник перитонита и осуществить полноценную санацию брюшной полости.

2. Использование программированной санационной лапароскопии в лечении перитонита значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре, позволяет избежать ряда послеоперационных осложнений (нагноение ран, кишечные свищи, эвентрации).

3. Оптимальный выбор хирургом метода пролонгированной санации — залог успешного лечения распространенного гнойного перитонита.

Список литературы

1. Брискин Б.С. Некоторые аспекты лечения тяжелых форм распространенного перитонита / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян, З.И. Савченко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2000. — № 2. — С. 17–21.
2. Даминова Н.М. Программные лапароскопические санации в лечении распространенного послеоперационного желчного перитонита / Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 4. — С. 17–21.
3. Мустафин Р.Д. Программированная релапаротомия при распространенном гнойном перитоните / Р.Д. Мустафин, Ю.В. Кучин, В.Е. Кутуков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2004. — № 10. — С. 27–48.

4. Седов В.М. Программированная санационная лапароскопия в лечении перитонита / В.М. Седов, Р.Ж. Избасаров, В.В. Стрижелецкий и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2008. — № 1. — С. 88-91.

5. Федоров В.Д. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных / В.Д. Федоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2000. — № 4. — С. 58-62.

6. Шаповальянц С.Г. Возможности видеолапароскопической санации при распространенном перитоните / С.Г. Шаповальянц, А.А. Линденберг, Е.Д. Федоров и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2003. — № 4. — С. 21-27.

7. Шуркалин Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2007. — № 2. — С. 24-28.

Получено 03.10.13 □

Сикал М.О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра хірургії № 2

ПРОГРАМОВАНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ

Резюме. У статті зіставляються переваги та недоліки способів завершення хірургічного втручання при перитоніті. Дренування черевної порожнини не здатне адекватно санувати черевну порожнину. Активний вплив на інфекційний процес у післяопераційному періоді може бути здійснено при використанні лапаростомії та програмованих ревізій і санаций черевної порожнини. Використання програмованої санационної лапароскопії в лікуванні перитоніту значно скорочує терміни перебування хворих у стаціонарі, дозволяє уникнути ряду післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: перитоніт, лікування, лапароскопія.

Sykal N.A.

Kharkiv National Medical University, Department
of Surgery № 2, Kharkiv, Ukraine

PROGRAMMED LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF PERITONITIS

Summary. The article compares the advantages and disadvantages of ways completion of surgery for peritonitis. Abdominal drainage is not able to adequately sanitize the abdominal cavity. Active effect on the infectious process in the postoperative period can be accomplished using laparostomy and programmed abdominoscopy and abdominal cavity sanitation. Using programmed sanitation laparoscopy in the treatment of peritonitis significantly shortens hospital stay, enables to avoid a number of postoperative complications.

Key words: peritonitis, treatment, laparoscopy.