

Программированная санационная видеолaparоскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита

А.Т.Эрметов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (генеральный директор — профессор А.М.Хаджибаев)
Ташкент, Узбекистан

В статье представлены результаты лечения 64 больных с послеоперационным перитонитом. 1 группу (основную) составили 28 повторно оперированных больных, в комплексном лечении которых проводилась программируемая санационная видеолaparоскопия. 2 группу (контрольную) составили 36 пациентов, которым в комплексном лечении проводилась санационная релaparотомия. Результаты лечения экстренных больных с послеоперационным перитонитом (ПОП) изучены путем проведения диагностической и лечебной лaparоскопии. Разработаны показания, противопоказания, алгоритм диагностики и лечения к проведению диагностической и лечебной лaparоскопии. При сравнительном анализе результатов лечения больных с ПОП установлено, что видеолaparоскопическая санация брюшной полости имеет существенные преимущества перед традиционной релaparотомией, а летальность при ПОП после операции достоверно снизилась с 19,4% в контрольной группе до 10,7% в основной.

Ключевые слова: перитонит, лaparоскопия.

Введение

Несмотря на значительные достижения современной хирургии, вопросы диагностики и лечения раннего послеоперационного перитонита (ПОП) далеки от разрешения. Проблема своевременной диагностики ранних послеоперационных осложнений и перитонита, в частности после вмешательств на органах брюшной полости, остается по-прежнему актуальной [2, 9]. Его распознавание представляет определенные трудности, что приводит к запоздалым повторным вмешательствам и увеличению осложнений, которые требуют длительного интенсивного лечения в условиях реанимационного отделения, и нередко заканчивается летальным исходом [7]. Известно, что ПОП является показанием к проведению срочной релaparотомии в целях устранения источника перитонита, санации и дренирования брюшной полости [1]. Видеолaparоскопические (ВЛС) ревизии и санации брюшной полости при перитоните позволяют сократить число релaparотомий, хотя данный способ нуждается в дальнейшем усовершенствовании [3, 6]. Результаты лечения этой категории больных расцениваются как неудовлетворительные, поскольку летальность при этом составляет от 11,5 до 55,8%,

достигая при распространенном перитоните 75-90% случаев [4, 5, 8, 10].

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения экстренных больных с ПОП путем проведения диагностической и лечебной ВЛС.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Исследование основано на анализе результатов лечения 64 больных с ПОП, находившихся на лечении в отделениях абдоминальной хирургии. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа (основная) объединила 28 повторно оперированных больных, в комплексном лечении которых проводилась программируемая санационная ВЛС. 2 группу (контрольную) составили 36 пациентов, которым в комплексном лечении проводилась санационная релaparотомия. Показаниями к операции у больных обеих групп являлись результаты клинического обследования, лабораторные показатели, данные рентгенологического и ультразвукового исследования. Ос-

Таблиця 1

Распределение больных с ПОП по видам первичного оперативного вмешательства

Вид первичного оперативного вмешательства	Количество больных			
	Основная группа (n=28)		Контрольная группа (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%
Традиционные оперативные вмешательства	12	42,9	10	27,8
ВЛС операции	16	57,1	26	72,2

новная и контрольная группы сопоставимы по полу, возрасту, характеру патологии и другим показателям. Виды первичного оперативного вмешательства (традиционный хирургический или эндоскопический), после которых отмечалось развитие ПОП, представлены в табл. 1.

Характер оперативных вмешательств, которые первично проводились больным обеих групп и после которых наблюдалось развитие ПОП, отражен в табл. 2.

Важное значение при лечении ПОП и его исходе играет своевременная диагностика и сроки проведения повторных оперативных вмешательств в случаях развития осложнений (табл. 3).

Результаты исследования и их обсуждение

Использование диагностической ВЛС уже в первые два дня после первичных вмешательств позволило подтвердить наличие продолжающегося перитонита у 16 (57,1%) больных основной группы, в то время как в контрольной группе в эти же сроки диагноз был установлен лишь у 7 (19,4%) больных. У остальных больных, подвергнувшихся релапаротомии, диагноз был установлен в сроки между 3 и 4 днями. Это обстоятельство, несомненно, влияло как на характер течения процесса, так и на исход заболевания.

С целью диагностики раннего ПОП нами выполнялись следующие дополнительные методы исследования. Обзорная рентгенография органов брюшной полости при подозрении на ПОП была выполнена 62 больным (96,8%). При этом у 34 (53,1%) пациентов были выявлены лишь косвенные признаки данного осложнения. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было выполнено 59 (92,1%) пациентам с ранним ПОП. При этом у 16 (25,0%) больных эхолокация не позволила своевременно диагностировать осложнение. Поэтому выполнять это исследование должен опытный специалист, повторяя его в динамике при недостаточно убедительных клинических данных. Объективная оценка тяжести состояния больных с внутрибрюшной инфекцией необходима для анализа перспективных направлений, определения объема и интенсивности терапии, а также для оценки прогноза. Без эффективной оценки тяжести состояния больных невозможно определение клинической эффективности различных методов лечения, в т.ч. антибактериальной терапии.

На основании проведенных исследований нами были определены показания и противопоказания к проведению диагностической ВЛС при перитоните в раннем послеоперационном периоде.

Анализ вышеизложенного позволил нам выработать следующий диагностический алгоритм (рис. 1).

Показания к санационной ВЛС: признаки продолжающегося перитонита; местный и диффузный перитонит; внутрибрюшные послеоперационные осложнения: желчеистечение, ограниченные гноиники брюшной полости, ретенция промывной жидкости в брюшной полости.

Абсолютные противопоказания к санационной ВЛС: продолжающееся внутрибрюшное

Таблиця 2

Распределение больных с ПОП по характеру первичных операций

Характер оперативных вмешательств	Количество больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Аппендэктомия	10	35,7	14	38,9
Операции на толстой и тонкой кишке	6	21,4	5	13,9
Операции при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки	4	14,3	7	19,4
Травма органов брюшной полости	3	10,7	3	8,3
Холецистэктомия	3	10,7	4	11,1
Операции при панкреонекрозе	2	7,1	3	8,3
ИТОГО	28	100,0	36	100,0

Таблиця 3

Распределение больных с ПОП по срокам проведения повторных вмешательств после первичных операций

Дни после первой операции	Основная группа, n=28		Контрольная группа, n=36	
	n	%	n	%
1-й день	7	25,0	2	5,6
2-й день	9	32,1	5	13,9
3-й день	9	32,1	13	36,1
4-й день	3	10,7	16	44,4
ВСЕГО	28	100,0	36	100,0

кровотечение; выраженный парез кишечника, требующий тотальной интубаций кишки; несостоятельность швов анастомозов; наличие некроза части или целого органа; кишечные свищи, тромбоз мезентериальных сосудов; плотный инфильтрат спаявшихся петель кишечника и передней брюшной стенки; нагноение послеоперационной раны и эвентрация кишечника.

Относительные противопоказания к санационной ВЛС: умеренно выраженный парез кишечника; не выраженный спаечный процесс в брюшной полости; наличие множественных плотных, трудно удаляемых наложений фибрина с тенденцией к формированию межпетлевых абсцессов.

Опираясь на вышеуказанные показания и противопоказания, попытка проведения санационной ВЛС была предпринята нами у 28 больных с послеоперационным перитонитом, и лишь в 3 (10,7%) случаях выполненная операция оказалась неэффективной, что заставило прибегнуть к релапаротомии. У 25 пациентов лечение проводилось методом ВЛС. Таким образом, процент успешности ВЛС санаций составил 89,3%.

Учитывая гетерогенность клинических проявлений ПОП, нами для объективизации оценки тяжести состояния больных и прогноза заболевания разработан индекс неблагоприятного прогноза (ИНП) развития ПОП и необходимости проведения ВЛС в послеоперационном периоде. Шкала основана на обобщенном анализе историй болезни больных и изучении протоколов первичных операций. Факторы риска включали в себя 9 параметров: возраст больного, продолжительность перитонита, источник перитонита, наличие массивных плотных наложений фибрина на петлях кишечника и брюшине, выраженная воспалительная реакция со стороны париетальной и висцеральной брюшины, наличие обширных висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных сращений, бактериальная контаминация более 10^6 КОЕ/мл, диффузное распространение перитонита и характер экссудата. Каждому параметру соответствовали баллы, характеризующие их тяжесть. Оценка баллов была следующей: ИНП до 8 баллов (I ст.) — прогнозируемая летальность равна нулю; 9-16 баллов (II ст.) — летальность 30%; от 17 и свыше баллов (III ст.) — летальность 100%. Баллы легли в основу разработанного нами алгоритма лечения ПОП (рис. 2).

Таким образом, при сравнительном анализе результатов лечения больных с ПОП установлено, что ВЛС санация брюшной полости имеет существенные преимущества перед традиционной релапаротомией.

К ним относятся, во-первых, малотравматичность метода: ВЛС санация позволяет провести оперативное лечение без широкого разреза брюшной стенки и без значительного травмирования внутренних органов. Это обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода, показателями чего являются раннее купирование болевого синдрома и раннее восстановление

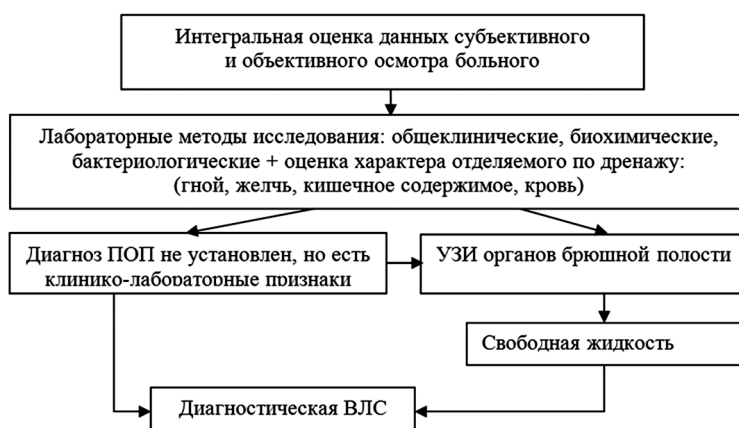


Рис. 1. Алгоритм диагностики при подозрении на послеоперационный перитонит.

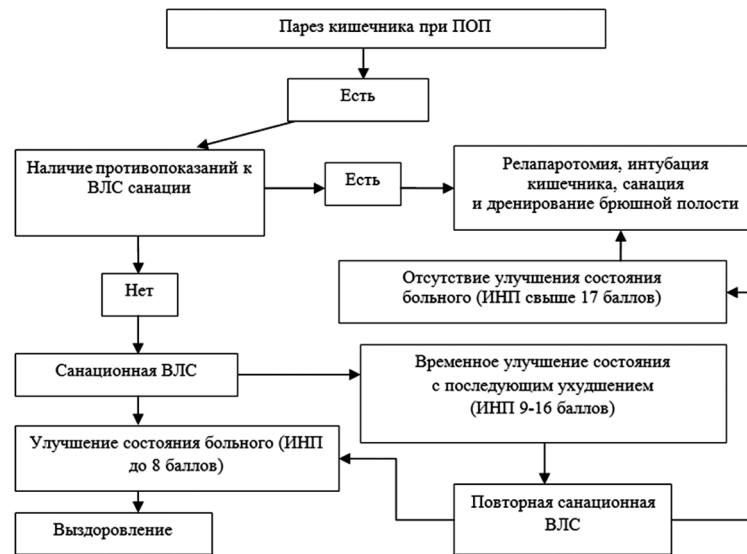


Рис. 2. Алгоритм лечения послеоперационного перитонита.

ние двигательной активности. Во-вторых, возможность проведения малотравматичной, но в то же время адекватной санации, что значительно уменьшает выраженность послеоперационного пареза кишечника и связанные с ними проблемы. В-третьих, применение способа лечения с помощью ВЛС приводит к снижению осложнений после повторных вмешательств, частоты летальных исходов и, кроме того, сокращает сроки пребывания в стационаре.

Выводы

Включение в комплекс лечебных мероприятий при послеоперационном перитоните ВЛС

санации брюшной полости и ИНП позволяет улучшить результаты хирургического лечения. Эффективность ВЛС санации, в сравнении с традиционной релапаротомией, определяется достоверным сокращением сроков лечения больного, уменьшением частоты осложнений со стороны раны и внутрибрюшных осложнений, снижением послеоперационной летальности с 19,4 до 10,7%. Успешность ВЛС лечения послеоперационного перитонита в наших исследованиях составила 89,3%. Шкала оценки тяжести состояния больных и прогноза заболевания позволяет определить тактику ведения больных в послеоперационном периоде.

Литература

1. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия послеоперационного перитонита. — Иркутск, 1996. — 216 с.
2. Лобаков А.И., Ватазин А.В., Филижанко В.Н., Грингауз В.Б. Лапароскопическая санация брюшной полости как дополнение и альтернатива этапных лаважей брюшной полости при перитоните // II Моск. междунар. конгр. по эндоскоп, хирургии. — М., 1997. — С. 176-177.
3. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Зайнутдинов А.М. Лапароскопические санации брюшной полости в комплексном лечении перитонита // Хирургия. — 2002. — №6. — С. 30-33.
4. Соболев В.Е., Дуданов И.П., Алонцева Н.Н., Богданова В.С. Роль лапароскопии в диагностике и лечении ранних послеоперационных осложнений // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. — 2005. — Том.164. — №1. — С. 95-99.
5. Стручков Ю.В., Горбачева И.В. Исследование тяжести послеоперационного перитонита // Хирургия. — 2007. — №7. — С. 12-15.
6. Хаджибаев А.М., Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р. Применение видеолапароскопической санации в лечении послеоперационного перитонита: Метод. рекомендации. — Ташкент, 2005. — 44 с.
7. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Послеоперационные осложнения у больных с перитонитом // Хирургия. — 2003. — №4. — С. 32-35.
8. Khamphommala L., Parc Y., Bennis M. et al. Results of an aggressive surgical approach in the management of postoperative peritonitis // A.N.Z. J. Surg. — 2008. — Vol. 78. — P. 881-888.
9. Krukowski Z.H. Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis // Br. J. Surg. — 2008. — Vol. 95. — P. 531-532.
10. Kujath P., Eckmann C., Esnaashari H., Bruch H.P. The value of different lavage treatment patterns in diffuse peritonitis // Zentralbl. Chir. — 2007. — Vol. 132. — P. 427-432.

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

А.Т.Ерметов. Програмована санаційна відеолапароскопія в діагностиці та лікуванні післяопераційного перитоніту. Ташкент, Узбекистан.

Ключові слова: перитоніт, лапароскопія.

У статті представлені результати лікування 64 хворих з післяопераційним перитонітом. 1 групу (основну) склали 28 повторно оперованих хворих, у комплексному лікуванні яких проводилася програмована санаційна відеолапароскопія. 2 групу (контрольну) склали 36 пацієнтів, яким в комплексному лікуванні проводилася санаційна релапаротомія. Результати лікування екстрених хворих з післяопераційним перитонітом вивчені шляхом проведення діагностичної та лікувальної лапароскопії. При порівняльному аналізі результатів лікування хворих на післяопераційний перитоніт встановлено, що відеолапароскопічна санація черевної порожнини має суттєві переваги перед традиційною релапаротомією, а летальність при післяопераційному перитоніті після операції достовірно знизилася з 19,4% у контрольній групі до 10,7% в основній.

A.T.Ermetov. Programmed sanitation videolaparoscopy in diagnostics and treatment of postoperative peritonitis. Tashkent, Uzbekistan.

Key words: peritonitis, laparoscopy.

Analysis of treatment of 64 patients with postoperative peritonitis was resulted. Basic group included 28 repeatedly operated patients with programmed sanitation videolaparoscopy, control group included 36 patients with sanitation relaparotomy. Indications, contraindications, and algorithm of diagnostics and results of the treatment were studied. At the comparative analysis of results of treatment of patients from software it is established, that videolaparoscopic sanitation of an abdominal cavity has essential advantages versus traditional relaparotomy, and the mortality decreased from 19,4% in basic group to 10,7% in the control group.

Надійшла до редакції 10.09.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2009
УДК 615.816: 616.12 — 089

Унілатеральна спінальна анестезія в абдомінальній хірургії

С.М.Бишовець

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
(ректор — член-кор. АМН України, професор Ю.В.Вороненко)
Київ, Україна

Основній 1 групі (n=15, I-II ASA) виконано унілатеральну спінальну анестезію 10 мг гіпербаричного розчину бупівакаїну в поєднанні з 0,06 мг бупренорфіну для знеболювання операцій з приводу гострого апендициту та пахової грижі. Контрольній 2 групі (n=15, I-II ASA) проведено симетричну спінальну анестезію 15 мг гіпербаричного розчину бупівакаїну у поєднанні з 0,12 мг бупренорфіну для знеболювання операцій з приводу гострого холециститу та грижі передньої черевної стінки. Інtrateкальна анестезія в обох групах ефективно забезпечувала знеболення операцій й тривалу післяопераційну аналгезію. При унілатеральній спінальній анестезії гемодинаміка була стабільною за рахунок латерального, а не білатерального симпатичного блоку, не потрібна була інфузія симпатоміметиків, на відміну від симетричної інtrateкальної анестезії. Покращення якості аналгезії дозволяло проводити ранню активізацію та ентральне харчування пацієнтів й скорочувало період реабілітації. Інtrateкальне застосування розчину бупівакаїну з додаванням бупренорфіну характеризувалось значно меншою кількістю негативних побічних ефектів у порівнянні з відповідним введенням інших опіюїдних аналгетиків.

Ключові слова: унілатеральна спінальна анестезія, асиметрична спінальна анестезія, бупренорфін, нейроаксіальна анестезія, інtrateкальна анестезія.