

© Годлевський А.І., Саволюк С.І., Вовчук І.М., Гудзь М.А.

УДК: 616.346.2-002.3:616.381

*Годлевський А.І., Саволюк С.І., Вовчук І.М., Гудзь М.А.*

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАКРИТИХ ТА ВІДКРИТИХ МЕТОДІВ ПОВТОРНИХ САНАЦІЙ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ З ЗАГАЛЬНИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ

**Резюме.** Розглянуто та проаналізовано результати лікування 102 хворих з розлитим гнійним перитонітом, які перебували на лікуванні в лікарні швидкої допомоги р. Вінниці, розглянуто стадійність перитоніту і вибір оперативного втручання в залежності від стадії перитоніту, виявлена висока ефективність "закритих" методів повторних санацій черевної порожнини у хворих з токсичною стадією перитоніту і низька ефективність у хворих з термінальною стадією перитоніту.

**Ключові слова:** загальний перитоніт, релапаротомія.

### Вступ

Актуальність проблеми загального гнійного перитоніту (ЗГП), обумовлена тим, що незважаючи на дослідження патогенетичних та патофізіологічних механізмів розвитку його ускладнень, вдосконалення хірургічних методів та технологій лікування, сучасні методи хірургічного впливу супроводжуються значними показниками летальності (18,8 - 92%) без тенденції до зниження.

Незважаючи на досягнення сучасної інтенсивної терапії, розширення можливостей антибактеріальної терапії та еферентної детоксикації, пошук оптимальної схеми хірургічного лікування, ЗГП в 17-29% ускладнює перебіг гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і є основною причиною незадовільних наслідків.

Основа лікування ЗГП становить хірургічне втручання, спрямоване на ліквідацію та встановлення контролю над джерелом перитоніту, та вплив на мікробні чинники в періопераційному періоді. Високі цифри летальності та післяопераційних ускладнень свідчать про недостатню ефективність традиційних методів лікування ЗГП. Так, абсцеси черевної порожнини виникають з частотою 27-90%, післяопераційна госпітальна пневмонія - 12,2-31%, кишкові норичі - 6-12,5%, що засвідчує неможливість повноцінної санації черевної порожнини шляхом єдиної операції.

Дотепер дискусійним залишається питання про вибір методу місцевого лікування загального перитоніту в післяопераційному періоді. Програмні санації черевної порожнини є досить ефективним методом курації важких форм ЗГП, частота застосування яких коливається в широких межах з розмахом летальності від 16,7 до 71,6%. Разом з тим, у випадку застосування програмних санацій черевної порожнини йдеться про важкі повторні оперативні втручання у хворих з високою анестезіологічно-операційним ризиком.

У даний час нечітко визначена тактика виконання програмних санацій черевної порожнини, недостатньо детально вивчено питання про показання до програмних санацій при загальному перитоніті.

**Мета** роботи - покращити результати хірургічного лікування хворих з ЗГП шляхом розробки та впровадження в практику оптимізованої програми комплекс-

ного лікування в періопераційний період на основі оптимальних тактичних рішень.

### Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 102 хворих з гострими хірургічними захворюваннями, перебіг яких ускладнився розвитком загального гнійного перитоніту, що знаходилися на лікуванні в ургентній клініці кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова протягом 2007 - 2012 рр.

Найчастіше ЗГП зустрічався як ускладнення гострого деструктивного апендициту - 21 хворих (17,6%), перфоративної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки - 17 хворих (16,7%), гострої кишкової непрохідності - 14 хворих (13,7%), деструктивного холециститу - 14 хворих (11,7%), інфікованого некротичного панкреатиту - 7 хворих (6,8%), гінекологічні захворювання - 7 хворих (6,8%), травматичних пошкоджень порожнистих органів - 7 хворих (6,8%), перфорації пухлин товстої кишки - 6 хворих (5,8%), защемлених гриж - 5 хворих (4,9%), неспроможності міжкишкових анастомозів - 5 хворих (4,9%), перфорації тонкої і товстої кишки - 4 хворих (3,9%).

Відповідно до статевих показників спостерігався розподіл хворих: до 20 років 6 хворих (5,8%), в т.ч. 2 жінки (4,1%), та 4 чоловіки (7,4%); від 21 до 40 років 17 хворих (16,6%), в т.ч. 8 жінок (16,6%) та 9 чоловіків (16,6%); від 41 до 60 років 41 хворий (40,2%) в т.ч. 15 жінок (31,3%) та 26 чоловіків (48,1%); в групі від 61 до 80 років 32 хворих (31,37%), в т.ч. 19 жінок (39,6%) і 16 чоловіків (29,6%); в групі старше 80 років 6 хворих (5,8%), в т.ч. 4 жінки (8,3%), та 2 чоловіків (3,7%).

Кількість пацієнтів із супутньою соматичною патологією, яка зустрічалась у 85 хворих (83,3%) значно перевищує ( $p < 0,001$ ) число хворих без супутньої патології - 17 хворих (16,7%).

Середній вік хворих становив  $49,65 \pm 3,99$  років. Серед пацієнтів чоловіків 54 (52,9%), жінок 48 (47,1%) ( $p > 0,05$ ). Характер розподілу пацієнтів за гендерно-віковою належністю встановив, що таке ускладнення як ЗГП в 62,7% зустрічався у пацієнтів працездатного віку (до 60 років), кількість таких хворих становила 64, але

відмічається суттєве зростання кількості пацієнтів похилого та старечого віку (37,3%).

Розподіл хворих в залежності від терміну госпіталізації та фази перитоніту продемонстрував, що до 24 годин (реактивна фаза перитоніту) було госпіталізовано 21 (20,6%) хворого; в термін від 24 до 48 годин (токсична фаза перитоніту) госпіталізовано 46 (42,1%) хворих, від 48 до 72 годин (термінальна фаза перитоніту) госпіталізовано 26 хворих (25,5%), з терміном більше, ніж 72 години госпіталізовано 9 хворих (12,8%). Аналіз даних щодо терміну госпіталізації свідчив, що всі хворі були госпіталізовані більше, ніж через 24 години від початку причинної патології, при цьому значна кількість хворих 37 (38,3%) була госпіталізована більше, ніж через 48 годин.

Важкість стану хворих була оцінена по Мангеймському індексу перитоніту, при цьому I ступінь важкості встановлена 21 хворому (20,6%), середній бал склав  $10,94 \pm 0,74$ , II ступінь важкості встановлена 72 хворим (70,6%), середній бал -  $25,13 \pm 0,58$ , та III ступінь важкості встановлений 9 хворим (8,8%), середній бал склав  $34,8 \pm 0,87$ .

Стан хворих в перед- та післяопераційному періоді контролювався згідно лабораторних досліджень: біохімічних методів (проводили тимолову пробу, визначали аланін- та аспартатамінотрансферази із підрахунком коефіцієнта Де Рітиса - АсАТ/АлАТ, рівні креатиніну та сечовини; рівень білірубину); методів оцінки ендогенної інтоксикації (визначали лейкоцитоз, ЛПІ, вміст загального білку сироватки крові, креатиніну та сечовини, ШОЕ, МСМ); методів оцінки синдрому системної запальної відповіді (проводився контроль рівня про- та протизапальних цитокінів IL-6, TNF-альфа, а також рівень СРП), проводили мікробіологічний метод дослідження, морфологічний метод дослідження.

Інструментальні методи дослідження: рентгенологічний метод, ультрасонографічний метод; метод комп'ютерної томографії посиленої контрастуванням; ендоскопічні методи (фіброгастодуоденоскопія, колоноскопія).

Комплекс лікувальних заходів включав в себе інтенсивну передопераційну підготовку, проведення первинного оперативного втручання з ліквідацією причини перитоніту, санацію черевної порожнини розчинами антисептиків та дренирування черевної порожнини за прийнятною схемою розташування дренажів. У післяопераційному періоді хворим проводилась раціональна антибактеріальна терапія комплексом антибіотиків широкого спектру дії за деескалаційним та ескалаційним режимами, корекція водно-електролітного обміну, ліквідація синдромів інтраабдомінальної гіпертензії та ентеральної недостатності, системного запалення, ендогенної інтоксикації та органної дисфункції.

### Результати. Обговорення

Незважаючи на проведені лікування у 41 хворих виконано повторні санаційні оперативні втручання. Показами до проведення повторних втручань стали: відсутність ліквідації причини перитоніту, прогресування

перитоніту, абсцеси черевної порожнини різних локалізацій, рання спайкова кишкова непрохідність. При цьому у хворих, які поступили з реактивною фазою перитоніту виконана всього одна релапаротомія, яка зумовлена не внутрішньоочеревинними причинами (кровотеча з виразки шлунку), у хворих з токсичною фазою перитоніту виконано 19 санацій, які виконувались як класичними "відкритими" методами - 2, так і "закритими" методиками (пункційні втручання під контролем УЗД, та лапароскопічні санації) - 17. При цьому 1 РЛ була виконана у 15 хворих, 2 РЛ у 2 хворих. Показами до виконання повторних втручань у 3 хворих була неспроможність швів холедоходуоденоанастомоза, прогресування перитоніту у 3 хворих з гострим деструктивним апендицитом, у 5 хворих після висічення та ушивання перфоративної виразки, у 3 хворих після оперативного лікування гострої кишкової непрохідності, у 1 хворого після оперативного лікування деструктивного холециститу, у 1 - із защемленою грижею та у однієї хворої прогресуючий перитоніт після операції з приводу двобічного тубооваріального абсцесу. 2 РЛ було виконано у 2 хворих, серед них у 1 хворого з гострою кишковою непрохідністю, у яких були діагностовані множинні міжпетельні абсцеси у 1 хворого із защемленою грижею внаслідок некрозу кишки. У хворих з діагностованою термінальною фазою РГП було виконано 27 повторних санацій, із них - 8 "закритими" методиками, і 19 традиційних "відкритих" релапаротомій, по 1 оперативному втручання виконано у 13 хворих, 2 РЛ у 4 хворих, і у 1 хворого 3 РЛ. Причиною виконання повторних санацій були: у 1 хворого після операції з приводу закритої тупої травми живота і резекції тонкої кишки були міжпетельні та піддіафрагмальний абсцес, у 4 хворих - після оперативного лікування РГП внаслідок деструктивного апендициту - з приводу обмежених гнояків, які локалізувались в порожнині малого тазу у 3 хворих та міжпетельних абсцесів у 2 хворих, ранньої спайкової непрохідності у 1. У 4 хворих оперованих з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки були розкриті піддіафрагмальні абсцеси. По 2 РЛ внаслідок прогресування перитоніту було проведено у 11 хворих.

У 15 хворих з токсичною фазою перитоніту яким було проведено санацію, черевної порожнини за "закритою" методикою через 24 години спостерігалось достовірне зниження показників ендогенної інтоксикації та системної запальної відповіді, у 2 хворих у яких виконано традиційні релапаротомії рівень ендогенної інтоксикації почав суттєво знижуватись лише після 72 годин від проведення повторного оперативного втручання. При дослідженні лабораторно-імунологічних показників у досліджуваних хворих з токсичною стадією перитонітом виявлено наявність імунодефіцитного стану. У пацієнтів відзначалися: відносна і абсолютна лімфоцитопенія, зниження відносного і абсолютної кількості Т-лімфоцитів, низький рівень IgA, IgM, IgG. Причому у хворих яким проведено тільки "закриті" методи санацій, стан імуносупресії, залишався на сталому рівні, або не

значно поглиблювався в перші 24 години. У 2 хворих з традиційними релапаротоміями помічено суттєве поглиблення імуносупресії в перші 72 години після оперативного втручання, дані особливості можливо пов'язані з тривалістю оперативного втручання та важкістю операційної травми. Середній термін перебування в стаціонарі хворих цієї групи склав 11,7 дб.

У хворих з термінальною фазою перитоніту лише у 4 хворих закриті методи санацій дозволили досягти одужання, ще в 4 випадках після проведення "закритих" санацій не було досягнуто об'єктивного покращення стану хворих (в післяопераційному періоді відмічено зростання показників ендогенної інтоксикації та прогресування РГП), і виконано традиційні релапаротомії. У хворих цієї групи показники ендогенної інтоксикації та імунodefіциту були високими до початку лікування і поступово погіршувались з прогресуванням хвороби та збільшенням кількості санацій, та мали негативну динаміку після обох методів оперативних втручань. Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав 17,4 доби.

Летальність серед хворих з токсичною фазою перитоніту склала 6,52% (3 хворих), в групі хворих у яких діагностовано термінальну стадію перитоніту летальність склала 56,7% (21 хворий), всі померлі хворі відноси-

лись до II - III групи за Мангеймським індексом та мали важку супутню патологію. Загальна летальність склала 22,5% (23 хворих).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання "закритих" методик повторних санацій у групі хворих з токсичною фазою перитоніту дозволяє адекватно та в достатньому обсязі ліквідувати залишкові явища РГП.

2. У термінальній фазі перитоніту використання "закритих" методів санацій неефективне і перевагу слід віддати традиційним відкритим способам релапаротомії.

3. Зміни імунного статусу хворих з різними стадіями перитоніту потребують додаткових досліджень в після- та міжопераційному періоді з метою можливої корекції імунodefіциту.

Необхідна розробка чіткої програми вибору режиму та часу повторних санацій черевної порожнини у хворих на РГП. У зв'язку з цим необхідно: дослідити використання СВЧ-випромінювання в комплексі регіонарних технологій лікування ЗГП; дослідити функцію перитонеальних макрофагів та шляхи її стимуляції; розробити технології екстракорпоральної антибактеріальної терапії.

### Список літератури

- Распространенный гнойный перитонит / Бойко В.В., Криворучко І.А., Тесленко А.В. - Харків: Прапор, 2008. - 278 с.
- Релапаротомія в хирургии распространенного перитонита /В.С.Савельев, М.И.Филимонов, П.В.Подачин, В.А.Ступин //Инфекции в хирургии. - 2007. - №3. - С. 6-13.
- Биков А.Д. Новые технологии в диагностике и комплексном лечении распространенного гнойного перитонита: автореф. дисс. ... докт. мед. наук /Биков А.Д. - Иркутск, 2007. - 35 с.
- Шуркалин Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита /Б.К.Шуркалин, А.П.Фаллер, В.А.Горский //Хирургия. - 2007. - №2. - С. 24-28.
- Савельев В.С. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита /В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Б.Р.Гельфанд [и др.] //Анналы хирургии. - 2009. - №4. - С. 5-10.

*Годлевский А.И., Саволюк С.И., Вовчук І.М., Гудзь М.А.*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАКРЫТЫХ И ОТКРЫТЫХ МЕТОДОВ ПОВТОРНЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**Резюме.** Рассмотрены и проанализированы результаты лечения 102 больных с разлитым гнойным перитонитом, которые пребывали на лечении в больнице скорой помощи г. Винницы, рассмотрены стадийность перитонита и выбор оперативного вмешательства в зависимости от стадии перитонита, выявлена высокая эффективность "закрытых" методов повторных санаций брюшной полости у больных с токсической стадией перитонита и низкая эффективность - у больных с терминальной стадией перитонита.

**Ключевые слова:** общий перитонит, релапаротомии.

*Godlevskiy A.I., Savolyuk S.I., Vovchuk I.M., Gudz M.A.*

### THE EFFICIENCY OF OPEN AND CLOSED METHODS OF REPEATED SANITATION, THE ABDOMINAL CAVITY IN PATIENTS WITH PURULENT PERITONITIS

**Summary.** We are reviewed and analyzed the results of treatment 102 patients with general purulent peritonitis, which was managed at a emergency hospital in Vinnitsa. considered staging of peritonitis and a choice of surgery, depending on the stage of peritonitis, "closed" method of repeated sanitation of the abdominal cavity in patients with toxic stage of peritonitis showed high efficiency, as well as the low efficiency of patients with end-stage peritonitis.

**Key words:** general peritonitis, relaparotomy.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013р.

Годлевський Аркадій Іванович - д.м.н., проф., зав. кафедрою хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 26-98-14; ole\_jik@i.ua

Саволюк Сергій Іванович - д.м.н., доц. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua

Вовчук Ігор Миколайович - к.м.н., асист. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 063 329-64-87

Гудзь Максим Анатолійович - асист. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 430-53-94