

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(1)-20

УДК: 616.381-002-07-089.168

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ ПЕРИТОНИТОМ

Тамм Т.І., Непомнящий В.В., Бардюк О.Я., Захарчук О.П.

Харківська медична академія післядипломної освіти (вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61022)

Відповідальний за листування:
e-mail: doktor.nep@gmail.com

Статтю отримано 15 листопада 2019 р.; прийнято до друку 19 грудня 2019 р.

Анотація. Метою роботи є поліпшення діагностики та лікування хворих з післяопераційним перитонітом. Робота заснована на аналізі результатів лікування 98 пацієнтів, які перебували в клініці з 2010 по 2019 рр., з яких 47 (48%) осіб надійшло в стаціонар з клінікою перитоніту, а у 51 (52%) в післяопераційному періоді спостерігався тривалий парез кишечника. Діагноз встановлювали на підставі даних об'єктивного огляду, лабораторних показників і променевих методів дослідження - рентгенографії органів черевної порожнини та УЗД. На підставі аналізу клінічного матеріалу встановлено, що для хворих з первинним перитонітом більш характерна виражена клінічна симптоматика. Післяопераційний перитоніт за своїми клінічними проявами перебігає під маскою тривалого парезу кишечника. Завдяки ультразвуковим критеріям з 51 пацієнта з післяопераційним парезом у 32 (63%) тривалий парез розрішений консервативно, що дозволило уникнути даремних повторних оперативних втручань. У 19 (37%) діагностовано причини післяопераційних ускладнень і цим хворим своєчасно виконана релапаротомія. Післяопераційна летальність становила 5,1%.

Ключові слова: післяопераційний перитоніт, післяопераційні ускладнення, ультразвукові критерії, парез кишечника.

Вступ

Діагностика різного роду ускладнень у хворих в ранньому післяопераційному періоді є однією з актуальних проблем абдомінальної хірургії. Від виду ускладнення залежить вибір способу лікування: рання злукова непрохідність кишечника (РЧНК) та перитоніт вимагають термінової релапаротомії, а тривалий парез - консервативної терапії. Кількість післяопераційних ускладнень, за даними літератури, варіює в межах 0,3-8,6%, причому широке впровадження мініінвазивних лапароскопічних втручань суттєво не впливає на даний показник [3, 5, 7, 8, 10]. Слід підкреслити, що таке ускладнення як післяопераційний перитоніт, дає при несвоєчасній діагностиці, високу летальність, що сягає 75-83% [2, 4]. Причиною такої високої летальності при даному ускладненні є несвоєчасне запізніле оперативне втручання [1]. Труднощі діагностики різного роду післяопераційних ускладнень (РЧНК, перитоніт, парез кишечника) пов'язані з тим, що в ранньому післяопераційному періоді застосування анагетичних препаратів, комплексу посиндромної інтенсивної терапії призводить до нівелювання основних проявів катастрофи в черевній порожнині [6, 9].

Мета дослідження - поліпшити якість діагностики та лікування хворих із післяопераційним перитонітом.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 98 хворих: 53 (54%) - чоловіків, 45 (46%) - жінок, які перебували в клініці з 2010 по 2019 рр. Для аналізу інформативності клінічних, лабораторних та інструментальних даних дослідження хворі були розділені на дві групи. Першу групу (47) становили пацієнти, які надійшли в стаціонар з клінікою розлитого перитоніту. З них причиною перитоніту у 17 (36%) осіб був гострий апендицит, у 13 (28%) -

перфоративна виразка шлунку і дванадцятипалої кишки, у 11 (23%) - розгерметизація параколярного абсцесу і у 6 (13%) - гангренозно-перфоративний холецистит. До другої групи (51) включені пацієнти, у яких у післяопераційному періоді тривалий час була відсутня перистальтика і не можна було за клінічними та лабораторними ознаками виключити перитоніт. Цим хворим раніше були виконані різні оперативні втручання. Некресекестректомія і санація сальникової сумки проведена у 14 (27,5%) хворих, геміколектомія у зв'язку з колоректальним раком виконані у 13 (25,5%) хворих, апендектомія, санація черевної порожнини - в 9 (18%) випадках, герніолапаротомія з санацією черевної порожнини проведена 8 (16%) пацієнтам, гастректомія виконана 5 (10%) хворим і у 2 (4%) пацієнтів проведена панкреатодуоденальна резекція. Критерієм включення хворих у другу групу був тривалий парез кишечника в ранньому післяопераційному періоді, який не розрішався через 72 години після виконаної лапаротомії. Діагноз встановлювали на підставі даних об'єктивного огляду, лабораторних показників і променевих методів дослідження - рентгенографії органів черевної порожнини та УЗД.

Результати. Обговорення

У хворих першої групи (47) при надходженні до стаціонару клінічна перитоніту була яскраво виражена. Пацієнти скаржилися на інтенсивні розлиті болі, здуття живота, нудоту і блювоту. При пальпації у 43 (91%) хворих були виражені симптоми подразнення очеревини. У клінічному аналізі крові у всіх хворих цієї групи був виявлений лейкоцитоз $(12-17) \times 10^9 / л$ зі зсувом лейкоцитарної формули вліво до юних форм. Слід зазначити, що

пізніше 24 годин від початку захворювання госпіталізовано 39 (83%) хворих. Згідно з протоколом стандартів обстеження ургентних хворих, рентгенографію органів черевної порожнини виконано 43 (91%) хворим. Виняток становили 4 (8,5%) пацієнти, яким через важкість стану дане дослідження не вдалося виконати.

Під час оглядової рентгенографії вільний газ виявлений у 16 (34%) пацієнтів, чаші Клойбера - у 4 (8,5%) хворих, гіперпневматоз кишечника - в 11 (23%) хворих, у решти 12 (25,5%) пацієнтів дослідження було не інформативним.

При УЗД з 47 хворих у 16 (34%) виявлена вільна рідина в черевній порожнині, розширені петлі тонкої кишки без ознак перистальтики виявлені у 23 (49%) пацієнтів, симптом "маятника" виявлено у 17 (36%) хворих, у 6 (13%) пацієнтів під час дослідження не вдавалося візуалізувати жовчний міхур, однак у цих хворих у підпечінковому просторі та малому тазі візуалізувалася вільна рідина, у 7 (15%) хворих з параколярними абсцесами визначався симптом "фальшивої нирки" з рівнем рідини в ній.

Виражена клініка перитоніту в поєднанні з даними додаткових методів дослідження - УЗД і оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, а також дані лабораторних показників - послугували підставою для проведення оперативного втручання після попередньої передопераційної підготовки. Апендектомія виконана у 17 (36%) хворих, висічення виразки пілородуоденальної зони - у 13 (28%) пацієнтів, операція Гартмана - в 11 (23%) хворих, холецистектомія - у 6 (13%) пацієнтів. У всіх хворих цієї групи оперативне втручання закінчувалося санацією та дрениванням черевної порожнини. З 47 хворих у 14 (30%) пацієнтів операцію завершили інтубацією тонкої кишки. З усіх хворих першої групи у 23 (49%) пацієнтів спостерігався несприятливий перебіг післяопераційного періоду. У них довго зберігалися рясні (до 0,5-1,0 л на добу) стоки зі шлунку, здуття живота, були відсутні перистальтичні кишкові шуми до 4-6 діб. Цим хворим (23) проводили щоденний УЗД-моніторинг у післяопераційному періоді. Під час дослідження оцінювали наступні ультразвукові критерії: розширені петлі тонкої кишки, відсутність перистальтичних хвиль, симптом "маятника", гіперпневматоз кишечника, товщину стінки тонкої кишки і наявність вільної рідини в черевній порожнині. З 23 пацієнтів у 1 (2%) хворого при УЗД було виявлено скупчення рідини в черевній порожнині на 4 добу, а у 2 (4%) пацієнтів ця ознака виявлена на 7 добу. Наявність рідини в черевній порожнині в поєднанні з парезом кишечника послугували показанням до релапаротомії, яка здійснена на 4 і 7 добу. В 1 (2%) пацієнта на 5 добу при УЗД виявлено ознаки механічного ілеусу, що стало показанням до повторного оперативного втручання. Під час операції виявлено РСНК і проведена ліквідація злукової непрохідності кишечника.

Таким чином, з 23 пацієнтів з клінікою перитоніту, оперованих раніше в ургентному порядку і тривалим

парезом в післяопераційному періоді, ускладнення, що потребували релапаротомії виникли у 4 (8,5%) пацієнтів. У 19 (40%) хворих, виявлені під час УЗД ознаки парезу кишечника, і далі відновлення перистальтики відбулося на тлі консервативної терапії.

Несприятливий післяопераційний період з клінікою парезу кишечника протягом 3-7 діб спостерігався у 51 пацієнта, які перенесли планові оперативні втручання на органах черевної порожнини. Больовий синдром у них був відсутній, проте спостерігалися стоки зі шлунку, здуття живота, відсутність перистальтики і невідходження газів. Слід зазначити, що тільки у 29 (57%) хворих спостерігалася сухість язика, а тахікардія відзначена у 43 (84%) пацієнтів. У клінічному аналізі крові тільки у 20 (39%) хворих спостерігався лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво. В біохімічному аналізі крові у 39 (76%) осіб у післяопераційному періоді виявлено гіпопротеїнемію. Хворим цієї групи також проводили УЗД у післяопераційному періоді. З 51 хворого на 3-4 добу у 31 (61%) пацієнта спостерігали гіперпневматоз і розширені петлі тонкої кишки з відсутністю перистальтики. Наявність вільної рідини в черевній порожнині виявлено у 17 (33%) пацієнтів, а у 7 (14%) пацієнтів на 4-5 добу з'явилися ультразвукові симптоми непрохідності кишечника у вигляді розширення петель тонкої кишки, наявності зворотно-поступального руху хімусу і складок Керкрінга. Вище перераховані ознаки РСНК були з відсутністю больового синдрому.

З 51 хворого з довго триваючим парезом, яким була застосована інтенсивна посиндромна і стимулююча перистальтику кишечника терапія з ультразвуковим контролем стану органів черевної порожнини, у 32 (63%) післяопераційний парез розрішили консервативно. Решті 19 (37%) хворим виконана релапаротомія, при якій виявлено такі причини післяопераційних ускладнень: у 2 (4%) - абсцес черевної порожнини, у 7 (13,7%) - рання злукова кишкова непрохідність, у 5 (9,8%) пацієнтів - неспроможність міжкишкових анастомозів, у 3 (5,8%) - перфорація стресових виразок тонкої кишки і у 2 (4%) хворих - неспроможність панкреатикоеюнонастомозу. Обсяг оперативного втручання включав ліквідацію джерела перитоніту, санацію і дренивання черевної порожнини. У 10 (19,6%) хворих з цієї групи операцію завершили інтубацією кишечника.

Після релапаротомії в першій групі померло 2 (4%) пацієнта, а в другій - 3 (5,8%) пацієнта. Післяопераційна летальність в обох групах становила 5,1%.

Аналізуючи результати дослідження можна відзначити, що спочатку у госпіталізованих хворих клініка перитоніту була яскраво вираженою за рахунок больового синдрому і тахікардії. Підтвердженням перитоніту були виявлені зміни в клінічному аналізі крові. Дані оглядової рентгенографії органів черевної порожнини були неінформативні, оскільки виявляли тільки неспецифічні ознаки у вигляді гіперпневматозу кишечника. Визначальну роль у цих випадках відігравали дані УЗД,

за допомогою якого у всіх випадках виявлені ознаки динамічного ілеусу у вигляді розширення петель тонкої кишки без ознак перистальтики, потовщення її стінки, а також наявність вільної або відмежованої рідини в черевній порожнині.

На відміну від попереднього, післяопераційний перитоніт, має згладжену клінічну симптоматику і проявляє себе як тривалий парез кишечника. Адекватна антибактеріальна й інтенсивна інфузійна посиндромна терапія, використання анальгетиків і декомпресія кишечника у вигляді проведених стоків, сприяють відсутності больового синдрому і невираженим змінам у клінічному аналізі крові. Рентгенослідження, яке малоінформативне в післяопераційному періоді, виконувати у таких хворих технічно важко. На відміну від рентгенологічного дослідження, УЗД було виконано у всіх хворих з тривалим післяопераційним парезом. Виявлення при УЗД прямих ознак післяопераційного перитоніту у вигляді скупчення рідини, розширених петель тонкої кишки, відсутність перистальтики, а також РСНК - наявність зворотно-поступальних рухів хімусу, складок Керкрінга, дозволить у 19 (37%) пацієнтів своєчасно

виконати релапаротомію, а у 32 (63%) уникнути її, розривши парез консервативними заходами.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Перитоніт, що виникає у хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, супроводжується вираженою клінічною симптоматикою. На відміну від нього, післяопераційний перитоніт, що перебігає на тлі інтенсивної інфузійної терапії, прийому анальгетиків, не має характерної клінічної картини та вимагає диференціальної діагностики з післяопераційним парезом кишечника.

2. Післяопераційний перитоніт, як і інші ускладнення, що вимагають релапаротомії, диференціювати з тривалим парезом кишечника за клінічною картиною та даними лабораторних досліджень неможливо.

Метод УЗД у диференціальній діагностиці післяопераційного перитоніту і тривалого парезу кишечника є основоположним, але вимагає подальшого вивчення і розробки об'єктивних ехографічних критеріїв.

Список посилань

1. Бенедикт, В. В. (2009). Спосіб лікування функціональної непрохідності тонкої кишки після абдомінальних операцій. *Харківська хірургічна школа*, 4.1 (36), 146-148.
2. Бенедикт, В. В. (2014). Інтубація тонкої кишки. Спірні питання і можливі шляхи їх вирішення. *Харківська хірургічна школа*, 2 (65), 51-55.
3. Бойко, В. В., & Иванова, Ю. В. (2011). Влияние цитокин ориентированной терапии на частоту развития гнойно-септических осложнений и выживаемость больных с послеоперационным перитонитом. *Хірургія України*, 2 (38), 54-59.
4. Бондарев, Р. В., Орехов, А. А., Селиванов, С. С., & Чибисов, А. Л. (2012). Особенности диагностики и лечения ранней послеоперационной кишечной непроходимости. *Харківська хірургічна школа*, 2 (53), 137-139.
5. Борисов, А. Е., Левин, Л. А., Митин, С. Е., & Старосельцев, К. Л. (2000). *Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении кишечной непроходимости*, Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград.
6. Вороной, А. Л., Михайличенко, В. Ю., Миминошвили, А. О., & Сабодаш, А. В. (2012). Электрофизиологические аспекты в дифференциальной диагностике механической и динамической послеоперационной кишечной непроходимости. *Харківська хірургічна школа*, 2 (53), 134-136.
7. Малик, С. В., Подлесный, В. І., Лавренко, Д. О., & Ксьонз, І. В. (2015). Досвід застосування релапаротомії при хірургічному лікуванні захворювань черевної порожнини. *Клін. хірургія*, 10, 67-69. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh_2015_10_21.
8. Pira, A. C., & Смачило, Р. М. (2019). Фактори ризику для розвитку післяопераційних абсцесів черевної порожнини. *Харківська хірургічна школа*, 1 (94), 100-103. ISSN 2308-7005.
9. Augestad, K. M., & Delaney, C. P. (2010). Postoperative ileus: impact of pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World J Gastroenterol.*, 16 (17), 2067-2074. doi: 10.3748/wjg.v16.i17.2067.
10. Mariette, C. (2006). Surgical management of post-operative peritonitis. *J. Chir. (Paris)*, 143 (2), 84-87. doi: 10.1016/s0021-

7697(06)73619-5.

References

1. Benedykt, V. V. (2009). Sposib likuvannia funktsionalnoi neprokhidnosti tonkoi kyshky pislia abdominalnykh operatsii [A method of treating functional obstruction of the small intestine after abdominal surgery]. *Kharkivska khirurhichna shkola - Kharkiv surgical school*, 4.1 (36), 146-148.
2. Benedykt, V. V. (2014). Intubatsiia tonkoi kyshky. Spirni pytannia i mozhyvi shliakhy yikh vyrishehnia [Intubation of the small intestine. Controversial issues and possible ways to resolve them]. *Kharkivska khirurhichna shkola - Kharkiv surgical school*, 2 (65), 51-55.
3. Bojko, V. V., & Ivanova, Yu. V. (2011). Vliyanie citokin orientirovannoi terapii na chastotu razvitiya gnojno-septicheskikh oslozhnenij i vyzhivaemost bolnyh s posleoperacionnym peritonitom [The effect of cytokine-oriented therapy on the incidence of purulent-septic complications and survival of patients with postoperative peritonitis]. *Khirurgiia Ukrainy - Surgery of Ukraine*, 2 (38), 54-59.
4. Bondarev, R. V., Orekhov, A. A., Selivanov, S. S., & Chibisov, A. L. (2012). Osobennosti diagnostiki i lecheniya rannej posleoperacionnoj kishechnoj neprokhidnosti [Features of diagnosis and treatment of early postoperative intestinal obstruction]. *Kharkivska khirurhichna shkola - Kharkiv surgical school*, 2 (53), 137-139.
5. Borisov, A. E., Levin, L. A., Mitin, S. E., & Staroselcev, K. L. (2000). *Laparoskopicheskie vmeshatelstva v diagnostike i lechenii kishechnoj neprokhidnosti*, Materialy IX Vserossijskogo sezda hirurov [Laparoscopic interventions in the diagnosis and treatment of intestinal obstruction, Materials of the IX All-Russian Congress of Surgeons]. Volgograd.
6. Voronoy, A. L., Mihajlichenko, V. Yu., Miminoshvili, A. O., & Sabodash, A. V. (2012). Elektrofiziologicheskie aspekty v differentsialnoj diagnostike mekhanicheskoi i dinamicheskoi posleoperacionnoj kishechnoj neprokhidnosti [Electrophysiological aspects in the differential diagnosis of mechanical and dynamic postoperative intestinal obstruction].

- Kharkivska khirurgichna shkola - Kharkiv surgical school, 2 (53), 134-136.
7. Malyk, S. V., Podliesnyi, V. I., Lavrenko, D. O., & Ksonz, I. V. (2015). Dosvid zastosuvannya relaparotomii pry khirurgichnomu likuvanni zakhvoriuvan cherevnoi porozhnyny [Experience in the use of relaparotomy in the surgical treatment of diseases of the abdominal cavity]. *Klinichna khirurgiia - Clinical Surgery*, 10, 67-69. Vziato z http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh_2015_10_21.
 8. Riha, A. S., & Smachylo, R. M. (2019). Faktory ryzyku dlia rozvytku pisliaoperatsiinykh abstsessiv cherevnoi porozhnyny [Risk factors for the development of postoperative abdominal abscesses]. *Kharkivska khirurgichna shkola - Kharkiv surgical school*, 1 (94), 100-103. ISSN 2308-7005.
 9. Augestad, K. M., & Delaney, C. P. (2010). Postoperative ileus: impact of pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World J Gastroenterol.*, 16 (17), 2067-2074. doi: 10.3748/wjg.v16.i17.2067.
 10. Mariette, C. (2006). Surgical management of post-operative peritonitis. *J. Chir. (Paris)*, 143 (2), 84-87. doi: 10.1016/s0021-7697(06)73619-5.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Тамм Т.І., Непомнящий В.В., Бардюк А.Я., Захарчук А.П.

Аннотация. Целью работы является улучшение диагностики и лечения больных с послеоперационным перитонитом. Работа основана на анализе результатов лечения 98 пациентов, находившихся в клинике с 2010 по 2019 гг., из которых 47 (48%) поступило в стационар с клиникой перитонита, а у 51 (52%) в послеоперационном периоде наблюдался затянувшийся парез кишечника. Диагноз устанавливали на основании данных объективного осмотра, лабораторных показателей и лучевых методов исследования - рентгенографии органов брюшной полости и УЗИ. На основании анализа клинического материала установлено, что для больных с первичным перитонитом более характерна выраженная клиническая симптоматика. Послеоперационный перитонит по своим клиническим проявлениям протекает под маской затянувшегося пареза кишечника. Благодаря ультразвуковым критериям из 51 пациента с послеоперационным парезом у 32 (63%) затянувшийся парез разрешен консервативно, что позволило избежать напрасных повторных оперативных вмешательств. У 19 (37%) диагностированы причины послеоперационных осложнений и этим больным своевременно выполнена релапаротомия. Послеоперационная летальность составила 5,1%.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, послеоперационные осложнения, ультразвуковые критерии, парез кишечника.

FEATURES OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS

Tamm T.I., Nepomnyashchiy V.V., Bardyuk A.Ya., Zakharchuk A.P.

Annotation. The aim of the work is to improve the diagnosis and treatment of patients with postoperative peritonitis. The work is based on an analysis of the treatment results of 98 patients who were in the clinic from 2010 to 2019, of which 47 (48%) were admitted to the hospital with a peritonitis clinic, and 51 (52%) had a prolonged bowel paresis in the postoperative period. The diagnosis was established on the basis of data from an objective examination, laboratory parameters and radiation research methods - radiography of the abdominal organs and ultrasound. Based on the analysis of clinical material, it was found that for patients with primary peritonitis, more pronounced clinical symptoms are more characteristic. Postoperative peritonitis in its clinical manifestations proceeds under the mask of a protracted intestinal paresis. Due to the ultrasound criteria of 51 patients with postoperative paresis, 32 (63%) prolonged paresis were allowed conservatively, which avoided unnecessary repeated surgical interventions. In 19 (37%), the causes of postoperative complications were diagnosed and relaparotomy was performed in a timely manner to these patients. Postoperative mortality was 5.1%.

Keywords: postoperative peritonitis, postoperative complications, ultrasound criteria, intestinal paresis.