

УДК 617-089:615.454.1:616.381-002

© Д. Є. ВОРОНКОВ, О. В. КОСТИРНОЙ, П. В. ПОЛЕНКО

ДУ "Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського"

## Санация черевної порожнини в лікуванні розповсюдженого гнійного перитоніту

D. YE. VORONKOV, O. V. KOSTYRNOY, P. V. POLENOK

SI "Crimean State Medical University"

### SANATION OF ABDOMINAL CAVITY IN THE TREATMENT OF DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

Розповсюджений гнійний перитоніт невіддільний від абдомінального сепсису. Висвітлено проблемні питання лікування перитоніту, зокрема оцінку ступенів тяжкості, показання до виконання програмованих санацій черевної порожнини, методи дренирування черевної порожнини до кінця не вирішені.

Diffuse purulent peritonitis can not be separated from abdominal sepsis. There were enlightened the unsolved problems of peritonitis treatment, including the patient's state severity estimation, indications for the staged programmed sanation relaparotomy performance and the abdominal cavity drainage methods.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Протягом останнього сторіччя летальність при гнійному перитоніті залишається дуже високою. Оптимізм, що настав із приходом ери антибіотиків, появи новітніх сорбентів, застосування екстракорпоральних методів детоксикації, не виправдав сподівань. Використання різних методів дренирування не запобігає виникненню тяжких післяопераційних ускладнень, що потребують кількаразового виконання оперативного втручання. Про нерозв'язаність проблеми свідчить висока летальність – 50–86 % [1–3].

У сучасних умовах розповсюджені форми гнійного перитоніту як ускладнення деструктивних процесів у черевній порожнині невіддільні від проблем абдомінального сепсису. Особливості абдомінального сепсису в хірургічного хворого визначаються: наявністю множинних або резидуальних вогнищ інфекції; швидким включенням механізмів ендогенної транслокації мікроорганізмів і токсинів; швидким прогресуванням інфекційно-токсичного шоку й поліорганної недостатності; наявністю полімікробної інфекції; високою летальністю; необхідністю строгого дотримання основних принципів терапії (адекватна хірургічна санация, оптимізована антимікробна терапія, стандартизована інтенсивна терапія).

Тяжким і неоднозначним є вибір оптимальної лікувально-хірургічної тактики. Принцип радикального оперативного лікування базується на повному адекватному й ранньому усуненні або відме-

жуванні всіх основних, додаткових і потенційних джерел ендогенної інтоксикації як мікробного, так і дисметаболичного походження. На наступному етапі оперативного лікування здійснення перитонеального лаважу й санації черевної порожнини забезпечує, щоправда, не у всіх ситуаціях, достатній деконтамінаційний та детоксикаційний ефект. Лікування залишкового й профілактика повторного інфікування черевної порожнини досягаються шляхом обґрунтованого вибору програмованої ревізії та санації черевної порожнини.

В останні роки практична хірургія одержала нові мазі багатокомпонентної дії, на водорозчинній основі. Ці мазі мають сорбційну, знеболювальну, антимікробну, некролітичну дію. Застосування багатокомпонентних водорозчинних мазей для купірування запального процесу в гнійній хірургії мало позитивний ефект. Їх експериментально та клінічно дослідили при різних гнійно-некротичних процесах м'яких тканин, при гнійно-некротичних ускладненнях панкреатиту. Але при гнійному перитоніті досліджень немає.

Показанням до проведення програмованої санаційної релапаротомії, на наш погляд, є наявність у хворого: розповсюдженого гнійного перитоніту; гнійного вогнища, яке неможливо видалити під час первинної операції; анаеробної інфекції черевної порожнини; ділянки кишки, сумнівної щодо життєздатності; післяопераційного перитоніту; флегмони передньої черевної стінки; тотального нагноєння лапаротомної рани; гнійно-некротичних форм

панкреонекрозу, флегмони парапанкреатичної клітковини та панкреатогенного перитоніту; тяжкого стану оперованого хворого за шкалою SAPS 20–25 балів; за шкалою, розробленою в клініці, – 100–150 балів.

Перевагами програмованої санаційної релапаротомії є повноцінна санація черевної порожнини; своєчасна діагностика й усунення внутрішньочеревних ускладнень; можливість активного дренивання черевної порожнини.

Недоліками такого способу лікування вважають системні наслідки повторних втручань (у тому числі повторне виникнення синдрому “медіаторної бурі”); повторну травму черевної стінки та органів черевної порожнини (шлунка та кишечника, трахеї, сечових шляхів), тривалу інтубацію із високим ризиком виникнення нозокоміальної пневмонії та уроінфекції; тривале проведення штучної вентиляції легень; необхідність тривалої катетеризації судин із високим ризиком виникнення “катетерної інфекції” і ангіогенного сепсису; високий ризик виникнення внутрішньочеревної кровотечі й утворення кишкової нориці; тривале перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та у стаціонарі.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводили на білих щурах лінії Вістар, середньою масою 170–200 г, з дотриманням принципів гуманного ставлення до тварин.

У всіх тварин в умовах повітряно-ефірного наркозу моделювали гнійний перитоніт за методикою клініки. Через добу виконували релапаротомію, під час якої у всіх тварин виявляли розповсюджений гнійний перитоніт. Спочатку черевну порожнину санували 3 % розчином перекису водню, після того проводили багаторазові, до “чистої води” (2-га група – 10 щурів) промивання черевної порожнини розчином фурациліну 1:5000. У тварин 3-ї групи (10 щурів) промивання черевної порожнини проводили аналогічними розчинами, але з температурою 7–10 °С, додатково в черевну порожнину для зменшення та купірування запального процесу вводили багатокомпонентну водорозчинну мазь “Нітацид”, підігріту до 30 °С. До 1-ї групи (10 щурів) увійшли тварини, санацію яким здійснювали марлевими тампонами.

У післяопераційному періоді проводили антибіотикотерапію з використанням захищеного цефалоспоринової цефосульбіну (цефоперазон 1000 мг + сульбактам 1000 мг, “Про-фарма”) у розрахунок 30 мг/кг 2 рази на добу з орнідазолом – мератин (Mili Healthcare Ltd) – 0,02 г/кг/добу, здійснювали посіви на чутливість; дезінтоксикаційна терапія включала підшкірне введення препаратів “Реосор-

білакт”, “Трисоль”, розчину Рінгера, препарату “Реоглюман” – 10 мл/кг добу; профілактику гемодинамічних розладів проводили 6 % розчином рефортану – 20 мл/кг добу; профілактику порушень обмінних процесів та корекцію порушень мікроциркуляції проводили з використанням цитофлавіну – 150 мг/кг добу (бурштинова кислота, рибоксин, рибофлавін, нуклеотид “Zdravo”); раннє блокування синдрому системної запальної відповіді проводили пентоксифіліном; профілактику стресових виразок ШКТ проводили проксіумом – 40 мг/добу (пантапрозол, “Про-фарма”); профілактику розвитку печінкової недостатності внаслідок інтоксикації здійснювали гепадифом – 8,625 мг/кг (карнітину оротат, карнітину гідрохлорид, антиоксидантна фракція екстракту печінки, аденозин, піридоксину гідрохлорид, ціанокобаламін, “Про-фарма”).

Порівняно з іншими методами лікування, даний спосіб має істотні переваги завдяки безпосередньому лікувальному впливу на очеревину, а також на кров, жовч, некротичні маси, що містяться в черевній порожнині, фібринозні шари на очеревині, при неповному видаленні яких значно збільшується здатність флори до проліферації, стає недоступною дія нейтрофілів і макрофагів. Порівнюючи гнійний перитоніт із гнійною раною, найбільш доцільним є застосування мазі другого покоління “Нітацид”, що має максимально виражену осмотичну активність, некролітичну, протизапальну, знеболювальну, протимікробні властивості, які діють майже на всю флору, що зустрічається при гнійному перитоніті. Компоненти даної мазі не виявляють місцевоподразнювальної, алергізуючої дії, не ушкоджують здорові клітини, захищають тканини від вторинного інфікування й утворення на них вогнищ некрозу. Таким чином, із вищевикладеного можна зробити припущення, що при розповсюдженому перитоніті, який порівнюють із гнійним процесом м’яких тканин, можуть бути використані багатокомпонентні водорозчинні мазі. На лабораторних тваринах вивчено дію багатокомпонентної водорозчинної мазі 2-го покоління “Нітацид” на “неушкоджену” черевну порожнину.

На основі експериментальних даних розроблено та широко впроваджено в роботу клініки: “Спосіб хірургічного лікування розлитого фібринозно-гнійного перитоніту” № 69519А, Бюл. № 9, 2004 р.; “Спосіб лікування розлитого фібринозно-гнійного перитоніту методом керованої лапаротомії з використанням поролоново-трубчастої системи і системи очищення просвіту дренажів і спосіб дренивання внутрішньочеревних абсцесів на тлі розлитого перитоніту” № 7619, Бюл. № 7, 2005 р.; “Спосіб дренивання черевної порожнини при перитоніті”

№ 54 000, Бюл. № 20, 2010 р., які основані на корекції внутрішньочеревного тиску. Для зменшення травматизації кишечника ми застосували пінополіуретан, рясно змочений водорозчинною маззю “Нітацид”, зашивання лапаротомної рани проводили спіралеподібним швом, що є профілактикою евентрації в післяопераційному періоді.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Методику застосували у 70 хворих із розповсюдженими формами гнійного перитоніту різного генезу: проривна виразка, защемлена грижа з некрозом кишки, деструктивний апендицит, деструктивний холецистит, панкреонекроз, мезентеріальний тромбоз, гостра кишкова непрохідність, гінекологічна патологія з розповсюдженим перитонітом. У 28 пацієнтів виконано по 2 втручання, у 20 хворих – по 3, та у 12 осіб – по 4 релапаротомії.

У 8 пацієнтів із мезентеріальним тромбозом та защемленими грижами ми використали методику Damage control, яка дозволяє швидко завершити оперативне втручання, зменшити час наркозу та більш швидко перевести пацієнта в реанімаційне відділення для стабілізації показників.

Всім хворим проводили вищезгадану комплексну терапію з раннім ентеральним харчуванням. Загальна летальність склала 17,1 % (12 пацієнтів із 70).

#### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости / В. В. Жебровский. – Симферополь : Изд. центр КГМУ, 2000. – 687 с.
2. Возможности “открытой” санации брюшной полости при хирургическом лечении больных абдоминальным сепсисом /

Ретроспективно проаналізовано 70 випадків з аналогічною патологією, де виконували релапаротомії за вимогою, смертність при цьому становила 35,7 % (25 пацієнтів).

Таким чином, застосування програмованих санаційних релапаротомій, застосування методу Damage control, більш агресивний хірургічний підхід до лікування розповсюдженого перитоніту, використання в післяопераційному періоді комплексного лікування дозволили знизити післяопераційну летальність, але ця проблема до кінця не вирішена та потребує детальнішого вивчення.

**Висновки.** 1. Проведення санації черевної порожнини при експериментальному перитоніті з використанням водорозчинної мазі “Нітацид” показало достатню ефективність ліквідації запального процесу.

2. Застосування даної методики дозволило знизити післяопераційну летальність в експериментальних тварин з 60 до 10 %.

3. На підставі експериментальних досліджень розроблено, впроваджено та активно застосовують способи лікування розлитого перитоніту в клінічних умовах (патенти № 69519 А, 2004; № 7619, 2005, № 54000, 2010), що дозволило зменшити післяопераційну летальність до 17,1 %.

- О. П. Мартиненко, И. А. Акперов, О. М. Бабою [и др.] // Acta Med. Leopold. – 2001. – Vol. 7, № 14. – P. 48–50.
3. Гнойный перитонит / Б. К. Шуркалин, А. Г. Кригер, В. А. Горянський, В. Г. Владимиров. – М. : Медицина, 1993. – 156 с.

Отримано 09.08.12