

УДК 617-089:615.454.1:616.381-002

*Д.Е. Воронков, А.В.Костырной, О.А. Суляева***ПРОГРАМНЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА***Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского*

Разлитой гнойный перитонит неотделим от абдоминального сепсиса. Освещены проблемные вопросы лечения перитонита, в частности, оценка степеней тяжести, показания к выполнению программированных санаций брюшной полости, методы дренирования брюшной полости.

Ключевые слова: перитонит, абдоминальный сепсис, тактика хирургического лечения.

«Я и мои современники воспитаны в страхе перед Богом и перитонитом», – так в 1876 г. охарактеризовал проблему перитонита Вегнер. В настоящее время проблема перитонита не стала менее актуальной. Оптимизм, возникший с приходом эры антибиотиков, применение экстракорпоральных методов детоксикации не оправдали ожиданий. Использование различных методов дренирования не предотвращает возникновение тяжелых послеоперационных осложнений, требующих неоднократного выполнения оперативного вмешательства. О нерешенности проблемы свидетельствует сохраняющаяся высокая летальность – 50-86% [1-3].

В современных условиях распространенные формы гнойного перитонита как осложнение деструктивных процессов в брюшной полости не отделимы от проблем абдоминального сепсиса. Особенности абдоминального сепсиса у хирургического больного определяются:

- наличием множественных или резидуальных очагов инфекции;
- быстрым включением механизмов эндогенной транслокации микроорганизмов и токсинов;
- быстрым прогрессированием инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности;
- наличием полимикробной инфекции;
- высокой летальностью;
- необходимостью строгого соблюдения основных принципов терапии (адекватная хирургическая санация, оптимизированная антимикробная терапия, стандартизованная корригирующая интенсивная терапия).

Трудным и неоднозначным является выбор оптимальной лечебно-хирургической тактики. Принцип радикального оперативного лечения основан на полном, адекватном и раннем устранении или отграничении всех основных, дополнительных и потенциальных источников эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического происхождения. На следующем этапе оперативного лечения осуществление перитонеального лаважа и санации брюшной полости обеспечивает, не во всех ситуациях, достаточный деконтаминационный и детоксикационный эффект. Лечение остаточного и профилактика повторного инфицирования брюшной полости достигается путем обоснованного выбора программированной ревизии и санации брюшной полости, лапаростомии.

В последние годы практическая хирургия получила новые мази многокомпонентного действия, на водорастворимой основе. Эти мази обладают сорбционным, обезболивающим, антимикробным, некролитическим действиями. Применение многокомпонентных водорастворимых мазей для купирования воспалительного процесса в гнойной хирургии имело положительный эффект. Они прошли экспериментальные и клинические исследования при различных гнойно-некротических процессах мягких тканей, при гнойно-некротических осложнениях панкреатита. Но при гнойном перитоните, исследований нет.

Материал и методы

Исследования проводились на белых крысах линии Вистар, средней массы 170-200 г, с соблюдением принципов гуманного обращения с животными.

У всех животных в условиях воздушно-эфирного наркоза моделировался перитонит по методике А.В. Костырного «Спосіб моделювання абсцесу черевної порожнини з проливом його і розвитком розлитого фібринозно-гнійного перитониту» декларационный патент Украины № 2904 от 15.09.04. Бюл. № 9. Через сутки выполнялась релапаротомия, во время которой у всех животных обнаруживался распространенный гнойный перитонит. Первоначально брюшная полость санировалась 3% раствором перекиси водорода, после проводились многократные – до «чистой воды» (2 группа – 10 крыс) промывания брюшной полости раствором фурациллина 1:5000. У животных 3 группы (10 крыс) промывание брюшной полости проводилось аналогичными растворами, но с температурой 7-10°C, дополнительно в брюшную полость, для уменьшения и купирования воспалительного процесса вводилась, многокомпонентная водорастворимая мазь «Нитацид», подогретая до 30°C. В 1 группу (10 крыс) вошли животные санацию которых осуществляли марлевыми тампонами.

Всем животным в послеоперационном периоде экспериментальным животным проводилась антибактериальная терапия с использованием комбинированного препарата Патентокс (Mili Healthcare Ltd) (цефепим + амикацин) из расчета 30 мг/кг, в сочетании с метронидазолом – Мератин (Mili Healthcare Ltd); инфузионная терапия включала в себя реосорбилакт, трисоль, раствор Рингера, 5% глюкоза с цитофлавином 150 мг/кг сутки; рефортан 20 мл/кг сутки.

Наблюдение за животными производилось каждые 6 часов. Погибшие животные вскрывались, а выжившие выводились из опыта на 1, 2, 3, 4, 5 сутки.

Взятые на гистологическое исследование участки брюшины, печени, кишечной трубки, сальника окрашены гематоксилин эозин и подвергнуты электронной микроскопии на микроскопе Olympus CX 45 увеличения 1x100.

Результаты и обсуждение

В сравнении с другими методами лечения данный способ имеет существенные преимущества благодаря непосредственному лечебному влиянию на брюшину, а также на находящуюся в брюшной полости кровь, желчь,

некротические массы, фибринозные пласты на брюшине, при неполном удалении которых значительно увеличивается способность флоры к пролиферации и становятся недоступными для нейтрофилов и макрофагам. Сравнивая гнойный перитонит с гнойной раной, наиболее целесообразным является применение мази второго поколения «Нитацид», которая обладает максимально выраженной осмотической активностью, некролитическим, противовоспалительным, обезболивающим, противомикробным свойствами, действующая практически на всю флору, встречающуюся при гнойном перитоните. Компоненты данной мази не оказывают местнораздражающего, алергизирующего действия, не повреждают здоровые клетки, защищает ткани от вторичного инфицирования и образования на них очагов некроза. Таким образом, из выше изложенного можно высказать предположение, что при распространенном перитоните, который сравнивают с гнойным процессом мягких тканей, могут быть использованы многокомпонентные водорастворимые мази. На лабораторных животных изучено действие многокомпонентной водорастворимой мази 2 поколения «Нитацид» на «неповрежденную» брюшную полость.

В последние годы использование санационной программированной релапаротомии является эффективным способом устранения распространенного перитонита, позволяет предупредить возникновение вторичных гнойно-септических осложнений.

Показаниями к проведению программированной санационной релапаротомии, оментобурсостомии при абдоминальном сепсисе являются наличие у больного:

- распространенного гнойного калового перитонита, признаков анаэробного инфицирования брюшной полости;
- не устраненного при выполнении первой операции источника абдоминального сепсиса;
- послеоперационного перитонита;
- гнойно-некротической формы панкреонекроза;
- тяжести состояния по шкале SAPS 20-25 баллов, по адаптированной собственной шкале – 35-45 баллов.

Преимуществами программированной санационной релапаротомии являются полноценная санация брюшной полости; своевре-

менная диагностика и устранение внутрибрюшных осложнений; возможность активного дренирования брюшной полости.

Для оценки тяжести состояния больного необходимо использование балльной системы. Мы отдаем предпочтение наиболее простой системе оценки, предложенной J.R. Le Gall и соавт. в 1983 г. – SAPS. В целях использования в лечебных учреждениях, где невозможно установить критерии интегральной шкалы SAPS, нами разработана и внедрена в практику прогностическая интегральная шкала оценки тяжести перитонита.

Проблема дренирования брюшной полости, особенно целесообразность использования дренажей различного типа, несмотря на многолетнюю историю, является спорной и противоречивой. Большинство хирургов единодушны во мнении о необходимости дренирования брюшной полости при перитоните по строгим показаниям: при неудаленном источнике перитонита; распространении гнойно-некротического процесса на клетчатку забрюшинного пространства; оставлении тампона в целях гемостаза; неуверенности в состоятельности швов анастомоза и полых органов.

В тоже время не выработаны критерии, определяющие целесообразность дренирования брюшной полости при перитоните в каждой конкретной ситуации.

Многолетний опыт применения дренажей и тампонов создал представление об относительной безопасности дренирования брюшной полости. Однако осложнения, обусловленные дренированием, многообразны: выведение дренажей и тампонов через лапаротомную рану нарушает ее заживление, способствует нагноению; применение дренажей и тампонов увеличивает риск возникновения вторичных гнойно-септических осложнений в брюшной полости и в клетчаточных пространствах.

Существует аксиома: каждому больному показано выполнение «своей» операции и, очевидно, что при каждом оперативном вмешательстве на органах брюшной полости по показаниям следует применять «свой» вид дренирования.

В прошлом веке считали, что дренирование является признанием несовершенства хирургии, задачей современной хирургии является создание необходимых условий для эф-

фективного функционирования трубчатого дренажа.

На основании экспериментальных исследований нами разработаны и внедрены в клиническую практику способы лечения распространенного перитонита в клинических условиях (№ 69519 А, Бюл. № 9, 2004; № 7619, Бюл. № 7, 2005), а также способ дренирования брюшной полости при перитоните (№ 54000, Бюл. № 20, 2010).

Для уменьшения травматизации кишечных петель использован полиуретановый пласт пропитанный водорастворимой мазевой композицией, ушивание лапаротомной раны выполнялось спиралевидным швом, который является и профилактикой эвентерации в послеоперационном периоде.

Методики применены у 70 больных с распространенными формами фибринозного перитонита, тем которым были показаны программированные санационные релапаротомии. Из них 38 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 20 – по 3, и 12 – по 4 релапаротомии. Летальность в этой группе 17,1% (12 пациентов).

У 6 больных при выполнении последней санации брюшной полости из-за большого дефекта в мышечно-апоневротическом слое передняя брюшная стенка ушивалась по собственному методике спиралевидным швом, при этом наблюдая за больными в отдаленном периоде более 3 лет у 2 пациентов отсутствует послеоперационная вентральная грыжа.

Выводы

Проведение санации брюшной полости при экспериментальном перитоните с использованием водорастворимой мази «Нитацид» показало достаточную эффективность купирования воспалительного процесса.

Применение данной методики позволило снизить послеоперационную летальность в эксперименте с 60% до 10%.

Применение способов лечения перитонита, способа дренирования брюшной полости позволило снизить послеоперационную летальность до 17,1%.

Оптимальная антибиотикотерапия – использование комбинированного антибиотика Патентокс по 1,25 г трижды в сутки в сочетании с Мератином 300 мл в сутки.

ПРОГРАМОВАНІ САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ПЕРИТОНІТУ.

Д.Є. Воронков, О.В. Костирной, О.О. Суляєва

Розлитий гнійний перитоніт не відокремлен від абдомінального сепсиса. Описані проблемні питання що до лікування перитоніта, зокрема, оцінка ступеня важкості, показання що до виконання програмованих санацій черевної порожнини, методи дренивання черевної порожнини.

Ключові слова: перитоніт, абдомінальний сепсис, тактика хірургічного лікування.

PROGRAMMED SANATIONS OF ABDOMEN CAVITY IN COMPLEX TREATMENT OF PERITONITIS

D.E. Voronkov, A.V. Kostirnoy, O.A. Sulyaeva

The spreaded purulent peritonitis can not be separated from abdominal sepsis. There were enlightened the un-

solved problems of peritonitis treatment, including the patient's state severity estimation, indications for the staged programmed sanitation relaparotomy performance and the abdominal cavity drainage methods.

Key words: peritonitis; abdominal sepsis; tactics of surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

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. Можливості “відкритої” санації черевної порожнини при хірургічному лікуванні хворих на абдомінальний сепсис / О.П. Мартиненко, І.А. Акперов, О.М. Бабой [та інш.] // Acta Med. Leopold. – 2001. – Vol. 7, № 14. – P. 48-50.
3. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит / Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер, В.А. Горский, В.Г. Владимиров. – М.: Медицина, 1993. – 156 с.

Стаття надійшла 15.03.2011