

УДК 616.381-002-039.35-089.819.8

*О.Б. Матвійчук, Р.М. Погорецький***ФРАКЦІЙНИЙ ЛАВАЖ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ВТОРИННОМУ ДИФУЗНОМУ ПЕРИТОНІТІ***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Перитоніт є тяжкою до вирішення хірургічною проблемою. Вторинний перитоніт ускладнює перебіг хірургічних захворювань у 35-51,8% випадків. Незважаючи на істотний прогрес медицини та фармації, методикам лаважу черевної порожнини присвячено недостатньо уваги. На практиці дотепер спостерігається значний суб'єктивізм хірургів у виборі промивних середовищ, часу їх експозиції, об'єму та термічних характеристик. Мета роботи: оцінити ефективність методу фракційного лаважу черевної порожнини при вторинному дифузному перитоніті. Матеріал та методи. У проспективний аналіз включено 105 пацієнтів, ургентно прооперованих із приводу вторинного дифузного перитоніту. Вік хворих знаходився в межах 19-77 років (середній $42,4 \pm 20,1$). В основну групу дослідження увійшло 54 особи, контрольну – 51. Пацієнтам основної групи застосовано пропонований спосіб фракційного промивання черевної порожнини, пацієнтам контрольної промивання проводили стандартним розчином фурациліну. Всі промивні розчини мали температуру 37-38°C. Повторне промивання за цим методом проводили пацієнтам основної групи перед дренажуванням черевної порожнини та зашиванням рани. Результати та обговорення. У пацієнтів контрольної групи гіпертермія (37,3-38°C) утримувалась до 3-4 доби після операції, тоді як у основній температура тіла нормалізувалась уже на другу добу після операції. Зниження кількості лейкоцитів периферійної крові до $9,0 \pm 2,2$ Г/л відзначено на 2-гу добу в основній групі, в той час як у контрольній цей показник повертався до норми з 3 доби після операції. Таксономічно результати 1-их посівів були співмірними в обох групах порівняння. Ріст культури з 2 посіву отримано у 1,7% випадків основної групи (*Str. hemolyticus*, *E. coli*) та 13,5% – контрольної (*Citrobacter freundii*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*) ($P < 0,05$). У пацієнтів основної групи раневих ускладнень не спостережено, у контрольній групі післяопераційна рана нагноїлась у 4,3% пацієнтів. У 7,7% пацієнтів контрольної групи розвинулась гостра спайкова непрохідність кишок. Застосування способу фракційного лаважу черевної порожнини дозволило ефективно знизити бактерійне та токсинове навантаження на організм хворого, статистично достовірно запобігти нагноєнню післяопераційної рани та знизити розвиток спайкоутворення.

Ключові слова: гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, вторинний дифузний перитоніт, лаваж черевної порожнини.

Перитоніт є тяжкою до вирішення хірургічною проблемою впродовж тривалого часу, незважаючи на невпинний прогрес медицини. Вторинний перитоніт ускладнює перебіг хірургічних захворювань у 35-51,8% випадків [2, 5, 6]. Недостатньо ефективного лікування дифузного перитоніту є причиною високих показників летальності, сягаючи 100% за умов поліорганної недостатності [4]. Поряд із постійним удосконаленням діагностичних підходів, операційної техніки та фармакотерапії, методикам лаважу черевної порожнини присвячено недостатньо уваги.

На сьогодні існує чимало способів промивання черевної порожнини при перитоніті. Найбільш широко з цією метою застосовують фізіологічний розчин натрію хлориду, розчини фурациліну, повідон-йоду, перекису водню, хлоргексидину, декаметоксину [1, 7]. На практиці дотепер спостерігається значний суб'єктивізм хірургів у виборі промивних середовищ, часу їх експозиції, об'єму та термічних характеристик.

Мета роботи: оцінити ефективність методу фракційного лаважу черевної порожнини при вторинному дифузному перитоніті.

Матеріал та методи

У проспективний аналіз включено 105 пацієнтів, ургентно прооперованих із приводу вторинного дифузного перитоніту на ґрунті гострого деструкційного апендициту (59,2%), перфораційної виразки дванадцятипалої кишки (14,8%), перфораційного раку товстої кишки (9,1%), травми живота з ушкодженням тонкої кишки (6,8%), защемленої грижі з некрозом кишки (5,9%) та перфораційного дивертикуліту товстої кишки (4,2%). Незначно переважали чоловіки (57,1%). Вік хворих знаходився в межах 19-77 років (середній $42,4 \pm 20,1$).

В основну групу дослідження увійшло 54 особи, контрольну – 51. Обидві групи були порівняльними щодо віку, статі, характеру хірургічної та супутньої патології, а також значень Мангеймського індексу перитоніту та лейкоцитарного індексу інтоксикації. Пацієн-

там основної групи застосовано спосіб фракційного промивання черевної порожнини, пацієнтам контрольної промивання проводили стандартним розчином фурациліну температурою 37-38°C. В основній групі, після евакуації ексудату з черевної порожнини, останню промивали фракційно фізіологічним розчином натрію хлориду з електроаспірацією, потім – 0,01% розчином мірамістину з експозицією не менше 5 хв і в об'ємі, пропорційному поширенню перитоніту та обсягу лапаротомії. Після електроаспірації розчину мірамістину, в черевну порожнину інстилювали 6% розчин «Хетасорб» («Хемофарм», Сербія) в об'ємі 1 л, не евакуюючи останній [3]. Всі промивні розчини мали температуру 37-38°C. Повторне промивання за цим методом проводили пацієнтам основної групи перед дрениванням черевної порожнини та зашиванням рани. Усім пацієнтам після розкриття черевної порожнини (1 посів) та перед зашиванням лапаротомної рани (2 посів) проведено забір вмісту черевної порожнини на мікробіологічне дослідження.

Результати та обговорення

У пацієнтів контрольної групи гіпертермія (37,3-38°C) утримувалась до 3-4 доби після операції, тоді як у основній температура тіла нормалізувалась уже на 2 добу після операції. Зниження кількості лейкоцитів периферійної крові до $9,0 \pm 2,2$ Г/л відзначено на 2 добу в основній групі, в той час як у контрольній цей показник повертався до норми з 3 доби після операції. Таксономічно результати 1-их посівів були співмірними в обох групах порівняння. Ріст культури з другого посіву отримано у 1,7% випадків основної групи (*Str. hemolyticus*, *E. coli*) та 13,5% – контрольної (*Citrobacter Freundii*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*) ($P < 0,05$). У пацієнтів основної групи раневих ускладнень не спостережено, антибіотикотерапія мала конвенційну тривалість. У контрольній групі післяопераційна рана нагноїлась у 4,3% пацієнтів, що встановило показання до її санації, використання топічних антисептиків і модифікації антибактерійної терапії. У 7,7% пацієнтів контрольної групи розвинулась гостра спайкова непрохідність кишківника, що призвело до невідкладного операційного втручання. Транзиторне порушення кишківкового пасажу відзначили 0,9% пацієнтів основної групи.

Застосування запропонованого способу фракційного лаважу черевної порожнини дозволило ефективно знизити бактерійне та токсинове навантаження на організм хворого, чим покращити стан пацієнтів у післяопераційному періоді, статистично вірогідно зменшити частоту нагноєння післяопераційної рани та з використанням 6% розчину «Хетасорб» – знизити розвиток спайкоутворення. Використання даного способу промивання черевної порожнини є доцільним в ургентній хірургічній діяльності з огляду на доведену клінічну ефективність.

Висновки

1. Перитоніт – тяжке життєвоzagрозливе ускладнення гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

2. Фракційний лаваж черевної порожнини є високодієвим способом зниження бактерійної інтоксикації та профілактики раневих ускладнень у хворих із вторинним перитонітом.

3. Використання 6% розчину «Хетасорб» дозволяє ефективно попередити спайкоутворення після операцій з приводу вторинного перитоніту.

ФРАКЦИОННЫЙ ЛАВАЖ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ДИФFUЗНОМ ПЕРИТОНИТЕ

О.Б. Матвийчук, Р.М. Погорельский

Перитонит – тяжелая хирургическая проблема. Вторичный перитонит осложняет течение хирургических заболеваний в 35-51,8% случаев. Несмотря на существенный прогресс медицины и фармации, методикам лаважа брюшной полости уделено недостаточно внимания. На практике наблюдается значительный субъективизм хирургов в выборе промывных сред, времени их экспозиции, объема и термических характеристик. Цель работы: оценить эффективность метода фракционного лаважа брюшной полости при вторичном диффузном перитоните. В проспективный анализ включено 105 пациентов, экстренно прооперированных по поводу вторичного диффузного перитонита. Возраст больных колебался в пределах 19-77 лет (средний – $42,4 \pm 20,1$). В основную группу исследования вошло 54 больных, контрольную – 51. Пациентам основной группы применен способ фракционного промывания брюшной полости, больным контрольной группы промывание проводили стандартным раствором фурацилина. Повторное промывание по фракционному методу проводили пациентам основной группы перед дренированием брюшной полости и зашиванием раны. Посев содержимого брюшной полости проводили в обеих группах сразу после доступа и перед зашиванием раны. У пациентов контрольной группы гипер-

термия (37,3-38°C) удерживалась до 3-4 дней после операции, тогда как в основной – температура тела нормализовалась на 2 сутки после операции. Снижение количества лейкоцитов периферической крови к $9,0 \pm 2,2$ Г/л отмечено на 2 сутки в основной группе, в контрольной этот показатель возвращался к норме с 3 суток после операции. Таксономически результаты первых посевов были соизмеримы в обеих группах. Рост культуры второго посева получен в 1,7% случаев основной группы (*Str. hemolyticus*, *E. coli*) и 13,5% – контрольной группы (*Citrobacter Freundii*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*) ($P < 0,05$). У пациентов основной группы раневых осложнений не было, в контрольной группе послеоперационная рана нагноилась в 4,3% случаев. У 7,7% больных контрольной группы развилась острая спаечная кишечная непроходимость. Применение способа фракционного лаважа брюшной полости позволило эффективно снизить бактериальную и токсиную нагрузку на организм больного, статистически достоверно предотвратить нагноение послеоперационной раны и снизить потенциал развития спаек.

Ключевые слова: острые хирургические заболевания органов брюшной полости, вторичный диффузный перитонит, лаваж брюшной полости.

FRACTIONAL PERITONEAL LAVAGE IN SECONDARY DIFFUSE PERITONITIS

O.B. Matviychuk, R.M. Pohoretskyj

Peritonitis is a hard surgical problem to solve. Secondary peritonitis complicates the course of surgical diseases in 35-51,8% of cases. Despite of essential progress of medicine and pharmacy, insufficient attention is paid to the methods of peritoneal lavage. Till now, a great subjectivism is observed among surgeons in terms of choice of solutions for lavage, time of their exposition, volume and thermal features. Aim of the work: to evaluate the efficacy of fractional peritoneal lavage in secondary diffuse peritonitis. Material and methods. The prospective analysis had enrolled 105 patients, who underwent emergency surgery for secondary diffuse peritonitis. Age of the patients varied between 19 and 77 (mean $42,4 \pm 20,1$). Main group was formed by 54 patients, control – 51. In the main group, we performed fractional peritoneal lavage, while in the control group only standard furacilin solution was used

for peritoneal lavage. All the solutions were 37-38°C warm. Peritoneal lavage was performed for the second time in the main group just before the closure of abdomen. Results and discussion. In the control group, the hyperthermia (37,3-38°C) persisted till 3rd-4th postoperative day, while in main group body temperature returned to norm on 2nd postoperative day. In the main group, the decrease of white blood cell count was observed on the 2nd postoperative day to $9,0 \pm 2,2 \times 10^9/L$ while in the control group it had normalized on 3rd day. Taxonomically, the results of both primary cultures were alike in both groups of comparison. Second culture was positive in 1,7% of patients of the main group (*Str. hemolyticus*, *E. coli*) and in 13,5% of the control group (*Citrobacter Freundii*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*) ($P < 0,05$). There were no wound complications in the main group. In the control group, in 4,3% of cases a wound suppuration had occurred. Acute adhesion ileus had developed in 7,7% of patients in the control group. Fractional peritoneal lavage had allowed to effectively diminish the bacterial and toxin load, statistically significantly prevent the wound suppuration and decrease the formation of peritoneal adhesions.

Key words: acute surgical diseases of abdominal organs, peritonitis, wound complications.

ЛІТЕРАТУРА

1. Выбор санирующих растворов и методов ушивания брюшной стенки при разлитом гнойном перитоните / С.О. Косульников, С.И. Карпенко, С.А. Тарнопольский [и др.] // Украинський журнал хірургії. – 2009. – №3. – С. 95–98.
2. Гостищев В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. – М: Медицина, 2002. – 224 с.
3. Патент України на корисну модель № 59839 А61 В 17/00 (UA). Опубл. 25.05.2011 р.
4. Послеоперационные осложнения у больных с перитонитом / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 32–35.
5. Радзиховский А.П. Очерки хирургии перитонита / Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Найштетик В.Я. – Київ, 2000. – 139 с.
6. Ханевич М.Д. Перитонит: инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия / Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Староконь П.М. – Москва: МедЭксперт-Пресс, 2004. – 205 с.
7. Цыганенко А.Я. Гнойный перитонит. Патофизиология и лечение / А.Я. Цыганенко, В.В. Бойко, И.А. Криворучко. – Харків: Контраст, 2002. – 280 с.

Стаття надійшла 14.09.2011