

УДК 617-089:615.454.1:616.381-002

© Д.Е. Воронков, А.В. Костырной, О.А. Суляева, 2011.

САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Д.Е. Воронков, А.В. Костырной, О.А. Суляева

ГУ Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, кафедра общей хирургии (зав.каф.—д.м.н., проф. А.В. Костырной), г.Симферополь.

SANITATIONS OF THE BELLY CAVITY AT TREATMENT OF THE WIDESPREAD PERITONITIS
D.E. Voronkov, A.V. Kostirnoi, O.A. Sulyaeva

SUMMARY

Problem questions of treatment of a peritonitis, in particular, an estimation of a degree of weight, the indication to performance of sanitations of a belly cavity, methods a belly cavity are described.

САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ПЕРИТОНІТУ
Д.Є. Воронков, А.В. Костырной, О.О. Суляєва

РЕЗЮМЕ

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 дренажу черевної порожнини.

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

Перитонит в ХХІ в. не должен рассматриваться только, как воспаление брюшины, это общее заболевание организма, проявляющееся местными изменениями со стороны брюшины и кишечника, тяжелыми нарушениями его внутренней среды, проявляющееся синдромом системного воспалительного ответа, развитием полиорганной недостаточности, сепсиса и септического шока. Результаты его лечения не удовлетворяют клиницистов и достигает 33 - 86%.

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 высокая летальность — 50 — 86% [1 — 3].

В современных условиях распространенные формы гнойного перитонита как осложнение деструктивных процессов в брюшной полости не отделяемы 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 полимик-

робной 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 ограничении 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, правда, 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.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДЫ

Исследования проводились на белых крысы линии Вистар, средней массы 170–200 гр, 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 проривом 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 разлитой гнойный перитонит. Первоначально брюшная полость санировалась 3% раствором перекиси водорода, после проводились многократные - до «чистой воды» (2-я группа - 10 крыс) промывания брюшной полости раствором фурациллина 1:5000. У животных 3-й 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-ю группу (10 крыс) вошли животные санацию которым 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 орнидазолом – мератин (Mili Healthcare Ltd); инфузионная терапия включала в себя реосорбилакт, трисоль, раствор Рингера, Крохалева, 5% глюкоза с цитофлавином 150 мг/кг сутки; рефортан 20мл/кг сутки.

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

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

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, фибриновые 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, некротическим, 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-го поколения «нитацид» на «неповрежденную» брюшную полость.

В последние годы специалисты уделяют все большее внимание активным методам хирургического лечения абдоминального сепсиса. Так, проведение программированной санационной релапаротомии или лапаростомии сочетают с различными способами декомпрессии, детоксикации и деконтаминации желудка и кишечника. Использование санационной программированной релапаротомии является эффективным способом устранения распространенного перитонита, позволяет предупредить возникновение вторичных гнойно—септических осложнений.

Показаниями к проведению программированной санационной релапаротомии, оментобурсотомии 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; участка кишечника сомнительной жизнеспособности; послеоперационного перитонита; гнойно—некротической формы панкреонекроза и панкреатогенного перитонита; тяжести состояния по шкале SAPS 20 — 25 баллов, по адаптированной собственной шкале — 35 — 45 баллов.

Преимуществами программированной санационной релапаротомии являются полноценная санация брюшной полости; своевременная диагностика и устранение внутрибрюшных осложнений; возможность активного дренирования брюшной полости.

Недостатками такого способа лечения считают системные последствия повторных вмешательств (в том числе повторное возникновение синдрома «медиаторной бури»); повторную травму брюшной стенки и органов брюшной полости; длительную интубацию (желудка и кишечника, трахеи, мочевых путей) с высоким риском возникновения нозокомиальной пневмонии и уроинфекции; длительное проведение искусственной вентиляции легких; необходимость длительной катетеризации сосудов с высо-

ким риском возникновения «катетерной инфекции» и ангиогенного сепсиса; высокий риск возникновения внутрибрюшного кровотечения и образования кишечного свища; длительное пребывание пациента в отделении интенсивной терапии и в стационаре.

Для оценки тяжести состояния больного необходимо использование балльной системы. Мы отдаем предпочтение наиболее простой системе оценки, предложенной J. R. Le Gall и соавторами в 1983 г. и названной авторами 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 единодушно 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, культы полых органов.

В настоящее время не выработаны критерии, определяющие целесообразность дренирования брюшной полости при перитоните в каждой конкретной ситуации. В 1887 г. Lawson Teit высказал положение: «когда спорно — дренируй». Парадоксальным является и то, что, сколько существует метод дренирования брюшной полости, столько же делается попыток отказаться от его применения.

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 эффективного функционирования трубчатого дренажа.

Адаптированная шкала оценки тяжести перитонита:

Возраст больного:

- до 40 лет — 0 баллов
- 41 — 50 лет — 1 балл
- 51 — 60 лет — 3 балла
- старше 60 лет — 4 балла

2. Сопутствующие заболевания:

хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек, сахарный диабет, заболевания крови — каждое заболевание по 4 балла

3. Степень распространения перитонита:

- местный (ограниченный) — 1 балл
- разлитой — 3 балла
- общий — 4 балла

4. Длительность существования перитонита:

- до 12 ч — 1 балл
- 12 — 24 ч — 2 балла
- 24 — 36 ч — 3 балла
- более 36 ч — 4 балла

5. Источник перитонита:

- тонкая кишка, кровь — 1 балл
- желчь — 2 балла
- панкреатический секрет — 3 балла
- толстая кишка — 4 балла

6. Характер выпота:

- серозный — 1 балл
- серозно-фибринозный — 2 балла
- серозно-гнойный — 3 балла
- геморрагический — 3 балла
- гнойный с фиксированными наложениями фибрина — 4 балла

7. Осложнения, возникшие после выполнения первичной операции:

- дилатация кишечника — 4 балла
- внутрибрюшные и межпетельные гнойники — 4 балла

8. Необходимость применения программированной санации — 4 балла

9. Состояние операционной раны:

- нагноение — 3 балла
- флегмона передней брюшной стенки — 4 балла
- эвентрация в нагноившуюся операционную рану — 4 балла

10. Склонность к формированию внутрибрюшных (межпетельных, тазовых, поддиафрагмальных) абсцессов — 4 балла

11. Состояние после операции:

- несостоятельность швов анастомоза — 4 балла
- образование свища желудка или кишечника — 4 балла

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

- 0 — 15 баллов — прогноз благоприятный, все пациенты живы.
- 16 — 30 баллов — прогноз неопределенный, летальность до 40%.
- 31 — 40 баллов — прогноз неблагоприятный, летальность 80 — 85%.

· 41 — 52 балла — прогноз неблагоприятный, летальность 90 — 100%.

Внедренные методики основаны на коррекции внутрибрюшного давления. 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.

Методика применены у 70 больных с распространенными формами фибринозно-гнойного перитонита, тем которым были показаны программированные санационные релапаротомии. Из них 38 пациентам выполнены по 2 вмешательства, 20-и — по 3, и 12-и — 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 собственном методике спиралевидным швом, при этом наблюдая за больными в отдаленном периоде более 3-х лет у 2 пациентов отсутствует послеоперационная вентральная грыжа.

ВЫВОДЫ

1. Проведение санации брюшной полости при экспериментальном перитоните с использованием водора-

створимой мази «нитацид» показало достаточную эффективность купирования воспалительного процесса.

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

3. На основании эспкриментальных исследования разработанны, внедрены и активно применяются в клинике способы лечения распространенного перитонита в клинических условиях (патенты № 69519 А, 2004; № 7619, 2005), применение которых позволило снизить послеоперационную летальность до 17,1%.

4. Оптимальная антибиотикотерапия — использование комбинированного антибиотика патентокс 1,25 гр 3 раза/сутки в сочетании с мератином 300 мл/сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. — Симферополь: Изд. центр КГМУ, 2000. — 687 с.

2. Мартиненко О. П., Акперов И. А., Бабой О. М. та ін. Можливості «відкритої» санациі черевної порожнини при хірургічному лікуванні хворих на абдомінальний сепсис // Acta Med. Leopold. — 2001. — Vol. 7, N 14. — P. 48—50.

3. Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Горский В. А., Владимиров В. Г. Гнойный перитонит. — М.: Медицина, 1993. — 156 с.