

ПРОГРАММИРОВАННАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

А. М. Хаджибаев, Х. Х. Асомов, У. Р. Рискиев, Н. Н. Мухамеджанова, Д. О. Сигалов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

Резюме. В статье приведены результаты лечения 43 больных с диффузным и распространенным перитонитом различного генеза. Доказано, что программированные санации Декасаном с учетом адекватно выполненного хирургического вмешательства, являются эффективным методом интенсивной терапии при лечении разлитого послеоперационного перитонита, помогают своевременно диагностировать и устранять послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, программированные санации, декаметоксин, Декасан, фибролапароскопия.

ПРОГРАМОВАНА САНАЦІЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПЕРИТОНИТІ

А. М. Хаджібаєв, Х. Х. Асомов,

У. Р. Ріскієв, Н. Н. Мухамеджанова, Д. О. Сігалов

Резюме. У статті наведені результати лікування 43 хворих з дифузним і розповсюдженим перитонітом різного генезу. Доведено, що програмовані санації Декасаном з урахуванням адекватно виконаного хірургічного втручання, є ефективним методом інтенсивної терапії при лікуванні розлитого післяопераційного перитоніту, допомагають вчасно діагностувати й усувати післяопераційні ускладнення.

Ключові слова: післяопераційний перитоніт, програмовані санації, декаметоксин, Декасан, фібролапароскопія.

PROGRAMED REHABILITATION ABDOMINAL PERITONITIS

A. M. Khadjibaev, H. H. Asomov,

U. R. Riskiev, N. N. Muhamedzhanova, D. O. Sigalov

Summary. The results of treatment of 43 patients with diffuse peritonitis and various origins presented. It is proved that the programmed sanitation by Decasan considering adequately performed surgery is an effective method of intensive therapy in the treatment of diffuse postoperative peritonitis, helping to diagnose and correct postoperative complications.

Keywords: postoperative peritonitis, programmable sanitation decamethoxin, Decasan, fibrolaparoscopy.

Адрес для переписки:

Хаджибаев Абдухаким Муминович

д-р мед. наук, профессор

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ Республики Узбекистан

Узбекистан, 100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2

Проблема санации брюшной полости при перитоните остается актуальной, что заставляет вести новые поиски в этом направлении. В современной хирургии применяется много методов для ликвидации патогенной микрофлоры в брюшной полости, удаления гнойно-некротических масс, пленок фибрина, в том числе различные диализные приемы с использованием антисептических растворов (в основном фурацилина).

Недостатками указанных способов является следующее: используемые антисептические растворы, моющие средства в большинстве случаев имеют низкую эффективность в отношении патогенной микрофлоры, находящейся в брюшной полости при перитоните, в то время как качество первичной санации определяет дальнейшее течение процесса.

Адекватная санация брюшной полости — залог успешной профилактики эндогенной интоксикации. Ранее санация брюшной полости проводилась стандартно — раствором фурацилина с перекисью водорода, в некоторых случаях диоксидином. В данный момент у части больных санацию брюшной полости мы проводим препаратом Декасан («Юрия-Фарм», Украина), широкое антимикробное действие которого обусловлено дека-

метоксином. Установлено, что Декасан оказывает выраженное действие на грамположительные и грамотрицательные аэробы и анаэробы, оказывает фунгицидный эффект, вирусоцидное, детоксикационное и спазмолитическое действие. Кроме того, отмечено повышение чувствительности антибиотикорезистентных микроорганизмов к антибиотикам. Параллельно с этим, декаметоксин в используемой концентрации в препарате Декасан не оказывает токсического действия и не вызывает аллергических реакций [1].

Недостаточная эффективность разнообразных способов санации брюшной полости в один этап при распространенном перитоните и частое отсутствие должной эффективности при лечении распространенного перитонита приводят к персистированию или рецидиву внутрибрюшной инфекции [2–4].

Для того чтобы улучшить результаты лечения, предлагаем обратиться к концепции: или повторить вмешательство и убедиться в контроле за источником инфекции, или продолжить динамический контроль за морфологическими изменениями (Damage control).

Цель исследования — изучить эффективность антисептического раствора Декасан с примени-

ем программированной санационной фибролапароскопии при разлитом перитоните.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2011 по 2012 гг. в хирургическом отделении РНЦЭМП под наблюдением находились 43 больных с диффузным и распространенным перитонитом различного генеза: перфорации язвы ДПК и желудка (у 19), деструктивными формами аппендицита с образованием абсцессов брюшной полости (у 13), деструктивными формами холецистита (у 10) и перфорацией дивертикула толстой кишки (у 1). Возраст больных, которыми были преимущественно мужчины ($n = 31$), колебался от 17 до 70 лет — средний возраст ($32,5 \pm 12,2$) года).

Выделены две группы больных. В первую группу включены больные, санация брюшной полости которым была проведена по стандартной методике. Во вторую группу — больные, санация брюшной полости которым выполнялась Декасаном. Группы больных были идентичны по оперативным вмешательствам.

У всех больных операции заканчивались дренированием брюшной полости 3 или 4 силиконовыми дренажными трубками. У больных основной группы в зоне проведенного оперативного вмешательства оставляли лапаропорт.

Для реализации программы исследования у больных использовали следующие методы: ежедневное 2-кратное измерение температуры тела, определение ЧСС, определение лейкоцитов и лейкоформулы, также бактериологический анализ экссудата брюшной полости.

Материалом для бактериологического исследования был экссудат из брюшной полости, взятый до санации и на этапах санации (3–5-е сутки). Исследование включало посев материала на искусственные питательные среды (5 % кровяной агар), выделение чистой культуры возбудителей и определение их чувствительности к антибиотикам на среде Мюллера-Хинтона (для гемофильной палочки — с добавлением 5 % крови) с использованием дискодиффузионного метода. Количественные исследования выполняли методом посева по Голду. Через 24 час термостатирования подсчитывали выросшие колонии. Число колоний выражали в десятичных логарифмах колониеобразующих единиц в 1 мл жидкости ($\log \text{KOE/мл}$ — В. В. Мамыкина и соавт., 1978).

Статистическую обработку результатов исследования выполняли при помощи программы «SPSS 13,0» на персональном компьютере: корреляционный анализ (вычисление коэффициента корреляции Спирмена), дисперсионный анализ — для параметрических величин с использованием F-критерия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим данным, непосредственный результат лечения перитонита при острой хирургической патологии во многом зависит от объема хи-

рургической тактики (этапное хирургическое лечение — сокращенная лапаротомия — тактика damage control или традиционная тактика). Установлено, что длительность оперативного вмешательства является весьма значимым предиктором неблагоприятного исхода при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки и деструктивных формах аппендицита.

Оценки только степени тяжести больного, без учета выраженности интраоперационных изменений, при выборе индивидуальной хирургической тактики в условиях распространенного перитонита недостаточно [3]. Для этой цели мы разработали систему интраоперационной оценки состояния органов брюшной полости при перитоните (фибролапароскопия).

Установлена корреляционная связь между уровнем интраабдоминальной гипертензии и тяжестью состояния больных ($p > 0,05$). Увеличение интраабдоминального давления свидетельствовало об ухудшении тяжести состояния и развитии органной дисфункции.

Основная цель фибролапароскопии с этапными санациями — контроль за течением перитонита и своевременная санация брюшной полости. В наших наблюдениях фибролапароскопию с программированными санациями применяли при следующих показаниях:

- разлитой гнойный или каловый перитонит;
- анаэробное инфицирование брюшной полости;
- инфицированный гемоперитонеум;
- невозможность одномоментной ликвидации источника перитонита;
- множественные гнойники брюшной полости;
- токсическая или терминальная стадия перитонита, соответствующая сепсису.

У 20 (46,5 %) больных при лечении перитонита использовали фибролапароскопию с программными санациями Декасаном.

Первую санацию после оперативного вмешательства выполняли через 48 час. Показания и сроки последующих санаций определялись характером интраоперационных изменений органов брюшной полости и оценкой лабораторных данных. В среднем 1 больному выполняли ($2,6 \pm 0,6$) санации. По нашим данным, оптимальным следует считать выполнение 3–4 санационных вмешательств.

Критерием завершения санационных вмешательств являлась макроскопическая и бактериологическая оценка экссудата брюшной полости.

Для оценки эффективности этапных санаций мы провели у 20 (46,5 %) больных качественные, из них у 12 (60 %) — количественные бактериологические исследования. Методика фибролапароскопии позволяла выполнять забор перитонеального экссудата при каждой санации. Результаты исследования свидетельствовали о том, что у подавляющего большинства больных перитонит вызывали микробные ассоциации. Доминирующей флорой (в 55 % случаев) в перитонеальном

екссудате була кишечная палочка (таблица). Этапные санации приводили к снижению их удельного веса.

Таблица

Частота выявления микрофлоры в перитонеальном экссудате на этапах санации брюшной полости антисептическим раствором

Возбудитель	До санации (2-е сутки после операции) (n = 20)	После первой санации (n = 20)	После второй санации (n = 7)	После третьей санации (n = 3)	После четвертой санации (n = 2)
<i>E. coli</i>	11	4	2	1	—
<i>S. faecalis</i>	2	1	—	—	—
<i>E. aerogenes</i>	2	—	—	—	—
<i>Candida spp.</i>	1	—	—	—	—
<i>S. viridans</i>	2	1	—	—	—
<i>K. pneumoniae</i>	1	1	1	1	—
нет роста	1	13	4	1	2

После первой санации брюшной полости раствором Декасан путем фибролапароскопии в 13 (65 %) больных рост микроорганизмов не выявлен, у 4 (10 %) — после второй санации.

При количественном определении микробной обсемененности перитонеального экссудата выявили выраженное снижение концентрации микробов в результате неоднократных санаций —

с $(4,84 \pm 0,32)$ lgKOE/мл перед началом 1 санации до $(1,12 \pm 0,11)$ lgKOE/мл после 1-й санации. Этапная санация у больных обеспечивала очищение брюшной полости в среднем на 82 %.

ВЫВОДЫ

1. Программированные санации с Декасаном при правильном понимании преимуществ метода с учетом адекватно выполненного хирургического вмешательства является, по нашим данным, эффективным методом интенсивной терапии при лечении разлитого послеоперационного перитонита, помогают своевременно диагностировать, устранять послеоперационные осложнения.
2. Мониторинг качественного и количественного спектра внутрибрюшных микроорганизмов дает возможность адекватно корректировать антибактериальную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пронин, В. А. Применение препарата декасан при политравме с целью профилактики гнойно-септических осложнений [Текст] / В. А. Пронин, А. Ю. Павленко // Материалы XXI съезда хирургов Украины. — Запорожье. — 5–7 октября 2005. — Т. 2. — С. 88–89.
2. Гостищев, В. К. Пособие по лапароскопии при распространенном перитоните [Текст]. — М. — 1992.
3. Казарова, Е. А. Роль полукрытой лапароскопии в комплексном лечении распространенного перитонита. [Текст] Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2001.
4. Моше Шайн. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] Пер. с англ. — М. : ГЭОТАР. — Мед. — 2003.