

© Кулачек Ф.Г., Польовий В.П., Кулачек Я.В., Паляниця А.С., 2012

УДК 616.381-002-089

ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ КИШЕЧНИКУ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ

Ф.Г.Кулачек, В.П.Польовий, Я.В.Кулачек, А.С.Паляниця

Кафедра загальної хірургії (зав. – проф. В.П.Польовий) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведено аналіз хірургічних втручань на кишечнику у 149 хворих в умовах перитоніту з відновленням його безперервності. Санація очеревинної порожнини проводилася розчинами антисептиків за авторською методикою. Ефективність санації контролювалася мікробіологічно. Використання розсмоктувального ендопротезу та захист лінії кишкових швів клейово-сальниковими композиціями дало змогу значно зменшити кількість неспроможності швів анастомозу.

Ключові слова: кишка, ендопротез, клейово-сальникова композиція, перитоніт.

Недоліком наукових повідомлень, присвячених відновленню цілісності порожнистих органів в умовах перитоніту (Пт), є те, що в них, в основному, констатуються результати операцій без врахування конкретних умов: стану стінки порожнистого органа в момент операції, її кровопостачання, віку хворого, наявності поєднаної патології, розповсюдженості Пт, ефективності лаважу очеревинної порожнини (ОП) [1, 2]. Поверхово висвітлені питання впливу мікрофлори просвіту порожнистого органа та ОП на стан швів анастомозу. Досі не вирішені питання захисту лінії швів порожнистих органів в умовах Пт [3].

Мета дослідження: розробити ефективні методи хірургічного лікування патології порожнистих органів в умовах Пт шляхом захисту кишкових швів і методів профілактики прогресування Пт.

Матеріал і методи. Проведений аналіз хірургічного лікування 149 хворих, яким була виконана резекція кишки з накладанням анастомозів в умовах Пт. У 109 пацієнтів виконана резекція кишки з накладанням анастомозу без захисту швів (контрольна група хворих), у 40 пацієнтів – із захистом швів (основна група). В основній групі хворих після резекції кишки накладали анастомоз типу "кінець у кінець" окремими дворядними швами з підведенням до нього на клею розсмоктувального ендопротезу, а лінію швів укривали клейово-сальниковими аплікаціями. Санацію ОП проводили розчином антисептику з чотириразовою експозицією по 5 хв.

Лікувальний ефект запропонованого методу оцінювали завдяки вивченню мікробної контамінації до і після санації ОП, а також по лінії анастомозу до накладання аплікацій. Одержані результати оброблені математично із створенням комп'ютерної бази даних та подальшою статистичною обробкою методами варіаційної статистики з використанням програмного пакету Primer of Biostatistics v.9.8.

Результати дослідження. Хірургічні втручання виконували з урахуванням віку хворого, наявності поєднаної патології, давності захворювання, наявності місцевих змін кишкової стінки на фоні Пт. Прооперовані хворі контрольної групи залежно від причин Пт, в яких виконувалися хірургічні втручання на кишечнику без захисту анастомозу, наведені в таблиці 1. Хворі основної групи, яким виконані операції на кишечнику із застосуванням запропонованого методу захисту анастомозу, наведені в таблиці 2.

Всі операції виконані в ургентному порядку з різноманітною патологією кишечнику. При накладанні кишкових анастомозів у хворих основної групи використовували захист кишкових швів клейово-сальниковими композиціями, а з боку слизової оболонки – розсмоктувальними біопротезами, які фіксували клеєм та окремими лігатурами. Одномоментний лаваж ОП виконувався за авторською схемою: 4 рази з експозицією по 5 хв. При цьому проводилося широке дренирування ОП з інтубацією кишечнику через пряму кишку. У післяопераційному періоді внут-

Таблиця 1

Причини виникнення перитоніту у хворих контрольної групи

Патологія живота	Кількість хворих	Ускладнення	Неспроможність швів	Летальність
Защемлена грижа	20	4 (20%)	2 (10%)	2 (10%)
Кишкова непрохідність	63	15 (23,8%)	12 (19%)	10 (15,8%)
Перфорація кишечника	7	2 (28,5%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)
Травма живота з розривом кишечника	19	4 (21%)	3 (15,7%)	4 (21%)
Всього	109	25 (22,9%)	18 (16,5%)	17 (15,5%)

Таблиця 2

Причина виникнення перитоніту у хворих основної групи

Патологія живота	Кількість хворих	Ускладнення	Неспроможність швів	Летальність
Защемлена грижа	8	2	1	1
Кишкова непрохідність	11	4	-	-
Перфорація кишечника	11	2	1	1
Травма живота з розривом кишечника	10	2	-	-
Всього	40	10	2	2

Таблиця 3

Ефективність використання різних антисептиків при перитоніті

Спосіб санації очеревинної порожнини	Статистичні показники	Мікробне обсіменіння очеревинної порожнини	
		контроль	після санації
розчином фурациліну 1:5000	M±m n p	5,19±2,91 30	4,99±1,97 30 p>0,05
сухими стерильними серветками	M±m n p	5,29±0,18 10	3,87±0,97 10 p<0,01
розчином фурациліну під дозованими тиском	M±m n p	5,95±2,92 19	4,47±2,28 19 p<0,1
розчином декасану під тиском	M±m n p	5,47±1,71 17	3,71±1,81 17 p<0,01

рішнєвено вводили суміші за розробленою нами методикою в електричному полі з розміщенням електродів на проекцію анастомозів. Склад сумішей підбирали індивідуально, обов'язково включали антибіотики (залежно від чутливості мікроорганізмів), 500 од. гепарину, 10 мл вітаміну С, 1 мл димедролу, 10 мл глюконату кальцію, 25 мг гідрокортизону. Курс лікування становив 6-8 сеансів. Хворі легко переносили всі сеанси внутрішньотканинного електрофорезу.

Запрограмовані повторні розкривання ОП в післяопераційному періоді (лапарперції) з внутрішньочеревинною детоксикацією шляхом підведення розчинів антисептиків та дренажів використовували у всіх хворих основної групи. Нами запропоновано проведення лаважу ОП розчином декасану під тиском, що сприяє істотному зниженню частоти випадків неспроможності швів анастомозів (5%) і більше ніж триразовому зниженню летальності (15%).

У таблиці 3 наведені результати виявленого обміненія ОП мікроорганізмами після її санації різними антисептиками та авторською методикою. Одержані результати свідчать, що промивання ОП розчином фурациліну суттєво не впливає на кількість мікрофлори в ній, використання сухих стерильних серветок для видалення ексудату дає незначний позитивний результат, а санація ОП декасаном під тиском сприяє значному зниженню обміненія мікроорганізмами ексудату, а також видаленню мікроорганізмів, адгезованих на кишечнику та складках очеревини.

Отже, використання в комплексному лікуванні хворих на Пт запропонованого методу сприяє зменшенню кількості випадків неспроможності швів кишкових анастомозів і, як наслідок, зниженню показника летальності.

Висновки та перспективи наукового пошуку. 1. Найбільш оптимальним захистом кишкових швів в умовах Пт є підведення з боку просвіту кишки біологічного розсмоктувального ендопротезу на клею, а поверх анастомозу укріплення лінії швів клейово-сальниковою композицією. 2. Запалення і травмування тканин в умовах Пт різко підвищує (до 76%) тромбування внутрішньостінкових судин, що підвищує ймовірність неспроможності швів кишкових анастомозів, для запобігання чого рекомендується внутрішньотканинний гальванофорез з внутрішньовенними ін'єкціями лікарських сумішей, включаючи великі дози антибіотиків. 3. Вважаємо за доцільне використання антисептиків широкого спектру дії, які б не викликали змін у мезотелію очеревини і не провокували розвиток спайкового процесу.

Література

1. Выбор санирующих растворов и методов ушивания брюшной стенки при разлитом гнойном перитоните / С.О.Косильников, С.И.Карненко, С.П.Торнопольский [и др.] // Укр. ж. хірургії. – 2009. – № 3. – С. 95-98.
2. Матвійчук О.Б. Фракційний лаваж черевної порожнини при вторинному дифузному перитоніті / О.Б.Матвійчук, Р.М.Погорецький // Укр. ж. хірургії. – 2012. – № 1. – С. 67-69.
3. Гостищев В.К. Перитонит / Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

Резюме. Приведен анализ хирургических вмешательств на кишечнике в 149 больных при перитоните с восстановлением его непрерывности. Санация брюшинной полости проводилась растворами антисептиков по авторской методике. Эффективность санации контролировалась микробиологически. Использование рассасывающего эндопротеза и защита линии кишечных швов клее-сальниковыми композициями дало возможность значительно уменьшить количество несостоятельности швов анастомоза.

Ключевые слова: кишка, ендопротез, клее-сальниковая композиция, перитонит.

RESTORING UNINTERRUPTED BOWEL IN PERITONITIS

Abstract. An analysis of surgical interventions on the intestine of 149 patients with peritonitis in a restoration of its continuity has been made. Sanation of the abdominal cavity was carried out with an antiseptic solution according to the author's technique. The effectiveness of sanation was controlled microbiologically. The use of an absorbable endoprosthesis and the protection of absorbable seam lines with glue-epiploon compositions made it possible to significantly reduce the amount of insolvency of the anastomosis sutures.

Key words: intestine, implant, glue-epiploon composition, peritonitis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.06.2012 р.