

І. І. Білик

Буковинський державний медичний  
університет, м. ЧернівціГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ,  
ЯК УСКЛАДНЕННЯ  
ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

**Ключові слова:** гострий апендицит, гострий перитоніт, дренажування черевної порожнини, лікувальна тактика.

**Резюме.** У статті наводиться аналіз джерел літератури стосовно питання розвитку гострого перитоніту внаслідок апендициту. Розглядаються окремі аспекти діагностики та лікування гострого перитоніту при апендициті. Основна увага приділяється питанням дренажування очеревинної порожнини при перитоніті. Питання санації та дренажування черевної порожнини при перитоніті апендикулярного походження розроблені недостатньо, маловивченими залишаються аспекти використання в комплексному лікуванні апендикулярних перитонітів сорбційних методів.

Гострий апендицит – одне з найбільш поширених хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Водночас, багато питань діагностики, профілактики ускладнень та лікувальної тактики залишаються предметом уваги дослідників та клініцистів [8, 16].

Запропоновано велику кількість методів діагностики, такі, як визначення С-реактивного білка, сироваткового амілоїду, комп'ютерна томографія, рівень сироваткового D-лактату, визначення цитокінового профілю, прокальцитоніну та ін. Незважаючи на це, відсоток ускладнень гострого апендициту у вигляді апендикулярного перитоніту залишається високим [16-21].

На сьогоднішній день апендикулярний перитоніт займає перше місце за частотою серед перитонітів різноманітної етіології [11, 21]. На основі великої кількості наукових праць та багаторічного досвіду сформовані основні принципи його хірургічного лікування: ретельне видалення ексудату; апендектомія; ретельна санація черевної порожнини, ефективна антибактеріальна терапія. Відсутня одностайна думка стосовно потреби дренажування черевної порожнини при апендикулярному перитоніті [15]. Ряд авторів вважають, що захисні сили очеревини досить великі і їх дія більш повно проявляється при герметичній черевній порожнині.

Окремі дослідники вважають, що злуковий процес, який швидко розвивається, призводить до того, що дренаж розміщується “екстраперитонеально” по відношенню до вільної черевної порожнини. Дренажі не виключають можливості реінфікування черевної порожнини та можуть ініціювати розвиток спайкового процесу [8].

Б.К.Шуркалин и др. [15] вважають, що незалежно від розповсюдженості перитоніту, при невисокій ступені мікробного забруднення ( $10^2$ - $10^4$

КУО/г) дренажування черевної порожнини не показано. З другого боку, при поширеному перитоніті з високим ступенем мікробної контамінації ( $10^5$  і більше мт/г) ці автори вважають обґрунтованим використання багаторазових ревізій і санації черевної порожнини.

Після закінчення санації через прокол передньої черевної стінки вводиться мікроіригатор, а рана повністю закривається. Через мікроіригатор в черевну порожнину вводиться до 300-500 мл розчину фурациліну при розлитому, 100-200 мл - при обмеженому апендикулярному перитоніті. Виведений назовні кінець мікроіригатора закривається наглухо. Уведення в черевну порожнину гіпотонічного розчину антисептика викликає потужний осмотичний вплив, який зумовлює переміщення рідини з черевної порожнини в лімфатичну систему.

У той же час багато авторів вважає за доцільне дренажувати черевну порожнину при перитоніті [12, 14]. Прихильники дренажування черевної порожнини вважають, що навіть використання найсучасніших методів інтраопераційної санації не дозволяє досить ретельно промити черевну порожнину внаслідок технічних труднощів, викликаних деструктивним процесом, а також порушення анатомічних взаємовідношень між органами. У будь-якому випадку, у черевній порожнині між складками очеревини і в невеликих нашаруваннях фібрину залишається патогенна мікрофлора, а токсичний ексудат, який немає відтоку, накопичується в анатомічних кишнях і служить причиною розвитку післяопераційних ускладнень. Всмоктування ж ексудату в кровотік сприяє підтримці ендотоксикозу [6, 14].

Необхідність дренажувати черевну порожнину виникає при сумнівах у надійності гемостазу, при

небезпеці прорізування швів, при загрозі виникнення кишкової нориці, при деструктивних змінах стінки кишки, за наявності інфільтрату або абсцесу.

До цього часу основними засобами для дренивання є марля та трубки. Дренуючий ефект марлі втрачається через 12 год із моменту інтронеперитонеального уведення [6] крім того марля пошкоджує грануляції, травмує очеревину та підтримує запальний процес. Повноцінне адекватне дренивання неможливо здійснити без урахування складної архітекτονіки черевної порожнини, законів поширення рідини по кишнях, синусах і каналах.

З метою виявлення шляхів переміщення ексудату та рідини для санації черевної порожнини при перитоніті, К.И.Мишкиным и др. [3] проведені 3 серії досліджень на 25 трупах, яким вводилося в черевну порожнину барвники, епоксидний компаунд, рентгеноконтрастні речовини. Авторами показано, що при уведенні рідини через розріз у правій здухвинній ділянці вона надходила у праву здухвинну ямку і порожнину малого мисника (100 мл), далі зі здухвинної ямки – у правий боковий канал і правий мезентеріальний синус, а з малого таза – у лівий боковий канал і лівий мезентеріальний синус (500 мл), після чого – упідпечінковий простір і нижню частину лівого піддіафрагмального простору - сліпий мішок селезінки (1000 мл).

В.Д.Федоров [9] вводив розчини антибіотиків через тонкий м'який гумовий катетер із множинними дрібними отворами або через трубку для перитонеального діалізу. Для цього в кінці операції трубка проводиться через прокол передньої черевної стінки на 3-4 см вище пупка і розміщується горизонтально над поперековоободовою кишкою. При такому розміщенні зрошувача рідина, що вводиться, омиває петлі кишечника і надходить у малий мисник, який дрениється двома звичайними гумовими трубками.

И.Л.Фомичев и др. [10] при лікуванні різних форм перитоніту застосовували аспіраційний тазовий дренаж. Після розтину черевної порожнини та евакуації з допомогою електровідсмоктувача гною, черевна порожнина обкладалася сухими або змоченими хлоргексидином біглюконатом серветками. Автори відмовилися від промивання черевної порожнини під час та після оперативного втручання. До ложа відростка підводилися 5-6 полімерних трубок та основний дренаж у вигляді трубки від одноразової системи. Зовнішню частину дренажу опускали в посудину з діоксидином або антибіотиком широкого спектра дії. Авторами показана ефективність на основі лікування 489 хворих на перитоніт апендикулярного генезу, однак відмічається можливість виникнення кишко-

вої непрохідності у випадку неправильного встановлення дренажу.

А.А. Шалимов и др. [11] запропонували методику дренивання черевної порожнини при апендикулярному місцево - відмежованому перитоніті. Після виконання апендектомії в місці переходу очеревини з бічної поверхні на задню робиться розтин, через який виводиться заочеревинно рукавично-трубчастий дренаж. Потім у заочеревинному просторі робиться канал шириною 3-4 см, зовнішній отвір якого розташовується поруч із *spinailiaca ant. sup.* При дифузному апендикулярному перитоніті ці ж автори рекомендують, поряд із накладанням контрапертурив правій здухвинній ділянці, проводити дренивання лівої здухвинної ділянки за описаною методикою. Авторами показана більша ефективність використання рукавично-трубчастих дренажів порівняно з марлевими тампонами в поєднанні з мікроіригатором.

І.І.Пастернак та ін. [5] використовували при лікуванні апендикулярного перитоніту в дітей інтраопераційну санацію з подальшим заповненням черевної порожнини антибактеріальним препаратом і надалі ультразвуковою кавітацією. Дренивання черевної порожнини проводилося багатоканальним дренажем для хронологічної мікробіологічної діагностики.

Деякі автори вказують на доцільність активної аспірації вмісту черевної порожнини при перитоніті. Так, В.Е.Щетинин и др. [13] на основі багаторічного досвіду запропонували здійснювати дренивання черевної порожнини при апендикулярному перитоніті двопросвітною трубкою з постійною аспірацією гнійного виділення з постійним підсмоктуванням повітря, фракційним промиванням дренажу розчином фурациліну.

Н.Н.Каншин [1] радить активне дренивання за допомогою двопросвітної дренажної трубки. По трубці меншого діаметра проводять крапельне вливання антисептика, до більш широкої - підключають аспіраційний апарат. Можливе також введення мікроіригатора в просвіт більш широкої трубки за принципом дії двопросвітної.

О.Е. Нифантьев и др. [4] запропонували мембранний функціонально-активний дренаж, який складається із целюлозної трубчастої оболонки та є собою напівпроникною мембрану з привідними та відвідними іригаторами, на яких вона зафіксована синтетичною ниткою. Мембранні дренажі на S об'єму заповнювали діалізуючим розчином. Як діалізат використовувався розчин для гемодіалізу, в якому замість осмотично активної глюкози був полівіліпіролідон, ефективні антисептики. Осмолярність діалізуючого розчину була 695 ммоль/л, тоді як осмолярність плазми крові – 270-300 ммоль/л.

Більшість авторів надають перевагу пасивним дренажам. Дренажі черевної порожнини з активною аспірацією вмісту хоча і забезпечують більш швидко і повну евакуацію патологічного ексудату в ранньому післяопераційному періоді, але має ряд суттєвих недоліків. У першу чергу, це обмеження зони їх дії і швидке припинення роботи дренажної трубки внаслідок залипання отворів прилеглими тканинами [2, 7].

Проведений аналіз літератури засвідчив, що проблема лікування гострого апендициту, що ускладнився перитонітом, не втрачає своєї актуальності. Немає однастайності в питаннях щодо санації та дренажу черевної порожнини при перитонітах. Маловивченими залишаються питання щодо використання в комплексному лікуванні апендикулярних перитонітів сорбційних методів. Враховуючи те, що відмовитися від дренажу черевної порожнини неможливо, виникає потреба перетворити хірургічний дренаж в ефективний лікувальний метод.

**Література.** 1. Каншин Н.Н. Упрощенный аспирационно-промывной способ лечения нагноительных процессов // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. – 1994. – том 133 – С. 133-136. 2. Митюк І.І. Перитоніт та анаеробна неклостридіальна інфекція в гнійній хірургії/ І.І. Митюк, В.М.Шостак, І.Ф.Перепелиця та ін. // Тез. доповідей НПК “Актуальні питання невідкладної хірургії”. – Тернополь, 1999. – С. 124-126. 3. Мишкин К.И. Дренаж брюшной полости при перитоните/ К.И.Мишкин, М.А.Коссович // Хирургия. – 2001. – №1. – С. 63-66. 4. Нифантьев О.Е. Определение объема раствора, необходимого при распространенном гнойном перитоните /О.Е.Нифантьев, А.Е.Попов, Т.В.Воеводина // Клиническая хирургия. – 2000. – №1. – С. 48-49. 5. Пастернак И.И. Оптимизация лечения апендикулярного перитонита у детей / И.И.Пастернак, С.Н.Сторожук, Е.Н.Микишинский // Матеріали XXI З'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.2. – С. 154-155. 6. Полянський І.Ю., Мільков Б.О., Гринчук Ф.В. та ін. Нові технології у лікуванні гострого перитоніту/ І.Ю.Полянський, Б.О.Мільков, Ф.В.Гринчук та ін. // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.2. – С. 512-514. 7. Сидорчук Р.І., Фундюр В.Д., Кулачек В.Ф. Бактеріальна транслокація при гострому перитоніті / Р.І.Сидорчук, В.Д.Фундюр, В.Ф.Кулачек // Шпитальна хірургія. – 2001. – №1. – С.105-109. 8. Спиженко Ю.П., Мильков Б.О., Лагода А.Е. и др. Острый гнойный перитонит. – Х.: Прапор, 1997. – 190 с. 9. Федоров В.Д. Лечение перитонита. – М: Медицина, 2001. – 224 с. 10. Фомичев И.Л., Лебедев В.Н. Местное лечение перитонита аспирационным дренированием / И.Л.Фомичев, В.Н.Лебедев // Хирургия. – 2003. – №2. – С.78-80. 11. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. – К.: Наукова думка, 1981. – 287 с. 12. Шапошников В.И. Активное дренирование брюшной полости при распространенном гнойном перитоните/ В.И.Шапошников // Вестн. хир. – 2005. – №6. – С. 70-72. 13. Щитинин В.Е., Пачес О.А., Щербачев В.В. и др. Дренаж брюшной полости при ограниченном периапендикулярном перитоните у детей/ В.Е.Щитинин, О.А.Пачес, В.В.Щербачев и др. // Анналы хирургии. – 2004. – № 3. – С.56-58. 14. Шкиренко Ю.А. К вопросу об эффективности использования фасетчатых дренажей при перитоните /Ю.А.Шкиренко, А.Ю.Шкиренко //

Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.2. – С. 551-554. 15. Шуркалин Б.К. Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Способы завершения операции при перитоните / Б.К.Шуркалин, А.Г.Кригер, В.А.Горский и др. // Хирургия. – 2003. – №2. – С. 33-37. 16. Birchley D. Patients with clinical acute appendicitis should have pre-operative full blood count and C-reactive protein assays/ D.Birchley // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2006. – Vol.88, №1. – P. 27-32. 17. Caglayan F. Plasma D-lactate level sin diagnosis of appendicitis / F.Caglayan, M.Cakmak, O.Caglayan [et al] // J.Invest.Surg. – 2003. – Vol.16, №4. – P. 233-237. 18. Dalal I. Serum and peritoneal inflammatory mediator sin children with suspected acute appendicitis/ I.Dalal, E.Somekh, A.Bilker-Reich [et al] // Arch.Surg. – 2005. – Vol.140, №2. – P. 169-173. 19. Lycopoulou L. Serum amyloid A protein levels as a possible aid in the diagnosis of acute appendicitis in children/ L.Lycopoulou, C.Mamoulakis, E.Hantzi [et al] // Clin.Chem.Lab.Med. – 2005. – Vol.43, №1. – P. 49-53. 20. McGory M.L. Negative appendectomy rate: influence of CT scans/ M.L.McGory, D.S.Zingmond, D.Nanayakkara [et al] // Am. Surg. – 2005. – Vol. 71, № 10. – P. 803-808. 21. Menendez-Arzac R. Acute intestinal ischemia serum markers for the diagnosis of acute appendicitis/ R.Menendez-Arzac, E.Cardenas-Lailson, C.A.Sanjuan-Martinez [et al] // World J.Surg. – 2005. – Vol.73, №6. – P. 449-452.

### ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

*И. И. Билык*

**Резюме.** В статье приводится анализ источников литературы по вопросу развития острого перитонита вследствие аппендицита. Рассматриваются отдельные аспекты диагностики и лечения острого перитонита при аппендиците. Основное внимание уделяется вопросу дренирования брюшной полости при перитоните. Вопросы санации и дренирования брюшной полости при перитонитах апендикулярного происхождения разработаны недостаточно, малоизученными остаются аспекты использования в комплексном лечении апендикулярного перитонита сорбционных методов.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, острый перитонит, дренирование брюшной полости, лечебная тактика.

### ACUTE PERITONITIS AS A COMPLICATION OF ACUTE APPENDICITIS

*I. I. Bilyk*

**Abstract.** The paper presents an analysis of the literature concerning the development of acute peritonitis due to appendicitis. We consider some aspects of diagnosis and treatment of acute peritonitis in appendicitis. The focus is on the question of peritoneal cavity drainage during peritonitis. Questions of sanitation and drainage of the abdominal cavity in peritonitis of appendicular origin are not developed enough; aspects of the use of sorption methods in the treatment of appendicular peritonitis remain poorly understood.

**Key words:** acute appendicitis, acute peritonitis, abdominal drainage, therapeutic tactics.

**Bukovinian State Medical University (Chervitsi)**

*Clin. and experim. pathol. – 2013. – Vol.12, №1 (43). – P.187-189.*

*Надійшла до редакції 07.02.2013*

*Рецензент – проф. І.Ю.Полянський*

*© І. І. Билык, 2013*