

© ЗДЗИТОВЕЦКИЙ Д.Э., БОРИСОВ Р.Н.

УДК 616.381-002.3-089

## **ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

Д.Э. Здзитовецкий, Р.Н. Борисов

Красноярский государственный медицинский университет им.

проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;

кафедра хирургических болезней №1, зав. – к.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий.

***Резюме.** В статье описаны основные варианты хирургической тактики при распространённом гнойном перитоните (РГП). Представлены собственные данные о результатах лечения 648 больных с РГП. Показана эффективность метода программированных релапаротомий при РГП. Общая летальность составила 36,9%. Летальность среди больных, у которых после первичной операции было выполнено от одной до трёх программированных релапаротомий (ПР), составила 27,8%, а среди больных, у которых было выполнено четыре и более ПР – 83,3%.*

***Ключевые слова:** распространённый гнойный перитонит, программированная релапаротомия, хирургическое лечение.*

Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович – к.м.н., доцент, зав. каф. хирургических болезней №1 КрасГМУ; тел.: 8(391) 250-14-27; e-mail: [zdz64@mail.ru](mailto:zdz64@mail.ru).

Борисов Роман Николаевич – заочный аспирант 4-го года обучения каф. хирургических болезней №1 КрасГМУ; e-mail: [borisov@fliknet.ru](mailto:borisov@fliknet.ru).

Актуальность перитонита определяется большим количеством больных, тяжестью течения и сохраняющейся высокой летальностью, которая при распространённом гнойном перитоните (РГП) составляет около 25-30%, а при

развитии синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) становится критической и достигает 80-90% [6, 10].

Важнейшим элементом успешного лечения РГП является выбор хирургической тактики [1, 3, 7, 8]. Основными задачами хирургического лечения при РГП являются: устранение причины перитонита, санация брюшной полости, адекватное её дренирование, декомпрессия желудочно-кишечного тракта [6].

При определении хирургической тактики наиболее важным вопросом для хирурга является выбор способов ведения брюшной полости при РГП, к которым относятся: закрытый, лапароскопический, полужакрытый (традиционный, стандартный), полужакрытый (метод программированных релапаротомий) и открытый (лапаростомия) способы [2, 4, 7, 6].

Наиболее часто используемыми вариантами хирургической тактики при РГП являются полужакрытый (традиционный) метод хирургического лечения и метод программированных релапаротомий (ПР) [7, 10].

Недостатками традиционного метода хирургического лечения являются: опасность неполной элиминации источника перитонита в ходе одной операции, поздняя диагностика развившихся осложнений и, как следствие, – несвоевременное принятие решения о необходимости повторного вмешательства и выполнения релапаротомии по требованию (РПТ) [8].

Важным остаётся вопрос определения показаний к применению метода ПР. Для определения показаний к этапному ведению брюшной полости при РГП используют традиционные показания [3, 4, 7, 9], а так же различные интегральные системы оценки степени поражения брюшной полости и тяжести состояния больных, такие как Мангеймский индекс перитонита (МИП), индекс брюшной полости (ИБП), шкалы оценки тяжести состояния больных (APACHE, SAPS) и шкалы оценки степени полиорганной недостаточности (MODS, SOFA) [4, 5, 6].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных РГП за счёт оптимизации хирургической тактики.

## **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 648 больных РГП, которые находились на лечении в отделении гнойной хирургии и отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) МУЗ «ГКБ №6 им. Н.С. Карповича» г. Красноярска с 2000 по 2008 гг.

Критерии включения больных в исследование: мужчины и женщины старше 16 лет с вторичным РГП. Критерии исключения из исследования: больные, у которых перитонит был осложнением панкреонекроза и неоперабельного нарушения мезентериального кровообращения.

Тяжесть перитонита исходно определяли по МИП и ИБП. Наличие и степень выраженности СПОН определяли по шкале SOFA. При оценке тяжести состояния больных придерживались концепции критериев синдрома системной воспалительной реакции (CCBP, SIRS), согласно которой, в зависимости от степени выраженности синдрома различают понятия «сепсис» (SIRS 3-4), «тяжёлый сепсис» (ТС) и «септический шок» (СШ).

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи электронных таблиц «Excel» и прикладной программы «Statistica 6,0». Проводилась первичная математическая обработка с вычислением средних значений полученных данных; определялись числовые характеристики выборочных переменных (среднее, стандартное отклонение), оценка точности выборочных переменных (стандартная ошибка). Достоверность различий определялась по критериям Стьюдента и Фишера при нормальном распределении сравнительных рядов, и по критериям Вилкоксона-Манн-Уитни и  $\chi^2$  при рядах, отличающихся ненормальным распределением.

### **Результаты и обсуждение**

За 9 лет на лечении в клинике находились 648 больных РГП, что составило 7,0% от всех больных с хирургической инфекцией и 35,5% от больных с гнойным перитонитом. Средний возраст больных составил  $53,2 \pm 15,59$  лет. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым (52,8% и 47,2%). Общая летальность составила 36,9 % (239/648). Нозологические формы РГП и летальность при них представлены в табл. 1.

*Нозологические формы РГП*

Основными причинами РГП являлись: острый аппендицит, перфоративные гастродуоденальные язвы и послеоперационный перитонит. На долю этих причин приходилось половина всех случаев РГП. Немалое значение среди причин перитонита имели перфорации тонкой и толстой кишок различного генеза, а так же опухоли толстой кишки.

При анализе структуры летальности по нозологическим формам перитонита установлено, что наибольший процент летальности был в подгруппе послеоперационного перитонита (68,2%). Большой процент летальности так же выявлен при перфорациях тонкой и толстой кишок (49,2% и 43,8%) и при опухолях толстой кишки (47,4 %). Наименьшая летальность отмечена среди больных, у которых причиной перитонита являлся острый аппендицит (8,5%). Однако, необходимо отметить, что почти половина всех летальных исходов приходилась на послеоперационный перитонит и перитонит вследствие перфоративных гастродуоденальных язв и перфораций тонкой кишки различного генеза (110 из 239 случаев).

Результаты многих исследований убедительно показывают, что летальность при РГП зависит от исходной тяжести больных и степени поражения брюшной полости. На этом основано прогнозирование неблагоприятного исхода по различным шкалам. Результаты проведенного нами анализа это подтверждают. По нашим данным, при МИП до 20 баллов летальность составила 3,8%, при МИП 20-30 баллов – 36,1%, при МИП 30 баллов и более – 67,6% ( $p < 0,001$ ). Соответственно, при ИБП до 13 баллов летальность составила 26,4%, а при ИБП 13 баллов и более – 55,7% ( $p < 0,001$ ).

Абдоминальный сепсис (SIRS 3-4, ТС, СШ) исходно был у 67,9% больных РГП (440/648). При этом, обнаружена прямая зависимость между наличием и выраженностью абдоминального сепсиса и летальностью. При отсутствии сеп-

сиса летальность составила 1,4% (3/208), при SIRS 3-4 – 21,7% (48/221), а при наличии ТС и СШ – 85,8% (188/219) ( $p < 0,001$ ).

Анализируя варианты выбранной хирургической тактики ведения брюшной полости, все больные были разделены на четыре группы (табл. 2).

#### **Таблица 2**

##### *Варианты ведения брюшной полости при РГП*

525 (81,1%) больных вошли в первые две группы. У этих больных были применены в «чистом виде» полузакрытый либо полукрытый методы ведения брюшной полости.

В табл. 3 и 4 представлены данные по исходной степени тяжести больных в перечисленных группах.

#### **Таблица 3**

##### *Исходное состояние больных РГП*

*Примечание: \* – без релапаротомии.*

#### **Таблица 4**

##### *Исходное состояние больных РГП по критериям SIRS*

*Примечание: \* – без релапаротомии.*

В I группе больных летальность составила 27,5% (84/303), во II группе – 33,8% (75/222). Статистически значимых различий в группах не наблюдалось ( $p = 0,1354$ ).

Обращают на себя внимание достоверно высокие показатели летальности в III и IV группах (69,2%; 60,0% соответственно) по сравнению с I группой ( $p < 0,001$ ). III группу составили больные, которым выполняли и РПТ и ПР. В данную группу вошли в основном больные с двумя разными вариантами течения заболевания. У одних недооценка тяжести перитонита при первичной операции привела к необходимости выполнения РПТ в разные сроки, с последующим переходом на режим программированных санаций. В III группе таких больных было 58% (45/78). У других больных из III группы изначально был применён метод программированных релапаротомий, но в последующем,

вследствие развития интраабдоминальных осложнений, возникала необходимость в РПТ.

IV группу составили больные, у которых изначально принималось решение плановые санации не производить, но в последующем производили РПТ в связи с прогрессированием перитонита. Исходно у больных III и IV группы были самые худшие показатели МИП и средний балл по шкале SOFA. У 61,0% (75/123) этих больных отмечалась картина ТС или СШ. Вероятно, у определённой части данной категории больных именно тяжесть их состояния вынуждала хирургов отказаться от плановых операций в ближайшие дни.

Детальный анализ исходов в группе больных, которым выполняли только ПР, показывает, что летальность среди больных, которым была выполнена одна ПР, составила 19,4% (24/124), при выполнении двух ПР – 37,2% (16/43), при выполнении трёх ПР – 48,4% (15/31), при выполнении от одной до трёх ПР – 27,8% (55/198), а среди больных, у которых было выполнено четыре и более ПР, летальность была значимо выше и составила 83,3% (20/24) ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, основными общедоступными вариантами хирургической тактики при РГП остаются полузакрытый и полуоткрытый методы ведения брюшной полости. Рациональное использование метода программированных релапаротомий при РГП позволяет своевременно выполнять санацию инфекционных очагов в брюшной полости. При ведении больных методом программированных санаций оптимальным является выполнение не более 3 релапаротомий. Релапаротомия по требованию является вынужденной, но зачастую запоздалой мерой, что приводит к увеличению летальности. При выборе тактики ведения брюшной полости при РГП необходимо учитывать как состояние брюшной полости (МИП, ИБП), так и исходное общее состояние больного (APACH, SAPS, SOFA, MODS).

## **SURGICAL TREATMENT IN DIFFUSE PURULENT PERITONITIS**

D.E. Zdzitovetsky, R.N. Borisov

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The paper presents main ways of surgical treatment in diffuse purulent peritonitis (DPP). We provided surgical treatment for 648 patients with DPP. The efficiency of programmed relaparotomy method in DPP was shown. Total mortality was 36.9%. Mortality among patients with 1-3 programmed relaparotomic operations after the primary was 27.8%. Mortality among patients with 4 or more programmed relaparotomic operations was 83.3%.

**Key words:** diffuse purulent peritonitis, programmed relaparotomy, surgical treatment.

### Литература

1. Багдасарова Е.А., Абагян А.Э., Иванников В.А. и др. Полуоткрытая лапаростомия в лечении больных распространённым перитонитом // *Анн. хирургии.* – 2004. – №1. – С.61-65.
2. Зубарев П.Н., Врублевский Н.М., Данилин В.Н. Способы завершения операции при перитоните // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.* – 2008. – Т. 167, №6. – С.110-113.
3. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространённого перитонита // *Хирургия.* – 2005. – №4. – С.9-13.
4. Лаберко Л.А., Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. и др. Интегральная оценка тяжести течения и прогноза исхода распространённого перитонита // *Анн. хирургии.* – 2005. – №1. – С.42-47.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит / *Практическое руководство.* – М.: Литтерра, 2006. – 208с.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Выбор режима этапного хирургического лечения распространённого перитонита // *Анн. хирургии.* – 2009. – №4. – С. 5-10.

7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. и др. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространённого перитонита // *Анн. хирургии.* – 2008. – №1. – С. 26-33.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. и др. Релапаротомия в хирургии распространённого перитонита // *Инфекции в хирургии.* – 2007. – Т. 5, №3. – С.6-13.
9. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространённого перитонита // *Хирургия.* – 2007. – №2. – С.24-28.
10. Voormeester M.A., Belt E., Lubbers M.J. et al. Planned relaparotomy or relaparotomy on demand for secondary peritonitis // *Br. J. Surg.* – 2001. – Vol. 88, Suppl. 1. – P.27.