

мочевина до 46 ммоль/л). У всех этих больных была сердечная недостаточность, у 29 – пневмония, у 9 – септическое состояние. До пересадки почки у 10 пациентов определялась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или желудка. Многие больные к моменту развития ЖКК получали лечение гемодиализом. Профузные кровотечения были причиной госпитализации в нефрореанимационное отделение. Кровотечения характеризовались снижением АД до 100/60 – 80/40 мм рт. ст. и Hb – до 46-20 г/л. На фоне ЖКК у всех пациентов отмечалось резкое снижение общего белка до 40 г/л и ниже, альбумина – до 17-19 г/л. Эти данные свидетельствуют о тяжести ЖКК у больных с уреемией.

Для остановки кровотечения проводили эндоскопический гемостаз, переливание свежезамороженной плазмы, применяли H<sub>2</sub>-блокаторы. Всем больным продолжалось лечение гемодиализом с минимальной гепаринизацией либо без нее.

Консервативная терапия была эффективна у большинства пациентов, 10 больным в связи с неэффективностью медикаментозного лечения и эндоскопического гемостаза выполнены оперативные вмешательства. Койко-день составил от 5 до 32 дней.

Анализ полученных данных позволяет считать что желудочно-кишечные кровотечения являются грозным, но не фатальным осложнением у больных с ХПН, получающих гемодиализ. Предпочтительным методом лечения у этой категории больных является консервативная терапия или эндоскопический гемостаз, с продолжением гемодиализа без гепарина или с его минимальной дозой.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА И ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ**

*А.П. Фаллер, В.А. Горский, Б.К. Шуркалин, А.В. Воленко  
РГМУ, Московская городская клиническая больница № 55*

В раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных на органах брюшной полости, внутрибрюшные осложнения возникают в 0,3-8,6% случаев [12]. Летальность при этом составляет от 21,4 до 55,8% [2, 5, 9], достигая, по данным некоторых авторов, 75% [11, 13]. Частота релапаротомий при внутрибрюшных осложнениях составляет 0,29-8,6%. При сравнении данных, опубликованных В.С. Савельевым и В.А. Гологорским в 1987 г. [7], и материалов Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии» (Ростов-на-Дону, 2005) становится очевидным отсутствие тенденции к снижению как частоты релапаротомий, так и уровня послеоперационной летальности. Следует отметить, что улучшение результатов лечения внутрибрюшных инфекционных осложнений, развившихся в послеоперационном периоде, возможно только при условии их ранней и адекватной хирургической коррекции.

Целью нашей работы явилось изучение в послеоперационном периоде роли инструментального контроля состояния брюшной полости, определение методов объективной оценки тяжести состояния больного и возможности создания на основе указанных методик лечебно-диагностического подхода, позволяющего сократить сроки диагностики послеоперационного перитонита и внутрибрюшных абсцессов.

Оценены результаты лечения 6885 больных, оперированных в 2000–2005 гг. по поводу различной острой хирургической патологии брюшной полости (табл. 1). Всего было выполнено 7209 операций.

**Характер хирургической патологии, явившейся показанием  
к неотложному оперативному вмешательству**

Вид патологии	Число больных
Острый аппендицит	2334
Острый холецистит	2168
В том числе осложненный механической желтухой	321
Рак толстой кишки, осложненный:	415
обтурационной непроходимостью	275
перфорацией опухоли и перитонитом	92
кровотечением из распадающейся опухоли	48
Ущемленная грыжа	387
Перфоративная гастродуоденальная язва	331
Острая кишечная непроходимость	257
Рак желудка, осложненный:	128
перфорацией	21
кровотечением	35
стенозом выходного отдела	72
Острый панкреатит	103
Язвенное желудочно-кишечное кровотечение	89
Опухоли билиодигестивной зоны, осложненные механической желтухой	74
Абдоминальная травма	78
Прочие	521
<b>ИТОГО</b>	<b>6885</b>

Послеоперационное течение у 206 пациентов (2,99%) сопровождалось развитием различных осложнений (табл. 2). При этом у 37 пациентов отмечено по два осложнения, в одном наблюдении было три осложнения (всего 245 осложнений).

Таблица 2

**Послеоперационные осложнения после неотложных  
оперативных вмешательств**

Вид послеоперационного осложнения	Число больных
Послеоперационный перитонит	68
Внутрибрюшной абсцесс	32
Механическая кишечная непроходимость	19
Динамическая кишечная непроходимость	22
Внутрибрюшное кровотечение	17
Несостоятельность кишечных швов и анастомозов	44
Желчеистечение	43
<b>ВСЕГО</b>	<b>206</b>

Наиболее часто наблюдались внутрибрюшные инфекционные осложнения: послеоперационный перитонит и внутрибрюшные абсцессы. Из-за существующего разночтения понятия «послеоперационный перитонит» мы считаем необходимым привести собственное определение. По нашему мнению, послеоперационный перитонит – это осложнение плановой или экстренной операции, следствие формирования источника бактериальной контаминации брюшной полости или непрогнозируемого течения исходного инфекционного процесса.

Средний возраст больных с послеоперационным перитонитом –  $57,5 \pm 13,5$  лет (от 15 до 87 лет), с высокой долей пациентов старше 60 лет (53,9%). Показанием к первичной операции у 25 больных явилась патология толстой и тонкой кишок, в том числе у 14 больных выявлены осложненные формы рака. В 13 случаях показанием к первой операции послужил деструктивный холецистит или механическая желтуха, у 12 больных – осложненная перфорацией или кровотечением гастродуоденальная язва. У 5 пациентов выполнена аппендэктомия. У 16 больных (23,5%) на момент первичной операции имелся внутрибрюшной инфекционный процесс в виде распространенного перитонита. У 15 пациентов (22%) показанием к первичной операции явилась странгуляционная (10 больных) или обтурационная (5) кишечная непроходимость.

Наиболее частой (25 больных или 36,7%) причиной развития послеоперационного перитонита явилась несостоятельность кишечных швов и анастомозов, реже – внутрибрюшной инфекционный процесс, который был обусловлен тактической или технической ошибкой во время первичной операции (10 больных или 14,7%), прогрессированием исходного инфекционного процесса (10 больных), желчеистечением (8 больных или 11,7%).

Оценка тяжести состояния по критериям шкалы SAPS у 30 больных, лечившихся в 1997-1999 гг., проведена ретроспективно, у 33 больных с тем же внутрибрюшным осложнением, находившихся на лечении в 2000-2002 гг., выполнена в ходе лечебного процесса. Тяжесть послеоперационного перитонита по мангеймскому перитонеальному индексу составила в среднем  $27,3 \pm 7,6$  балла, достигая максимального значения в 47 баллов. Средняя длительность стационарного лечения составила  $28,7 \pm 16,3$  койко-дней (от 3 до 120).

Средний возраст 32 больных с внутрибрюшными абсцессами составил  $48,8 \pm 16,7$  лет. Наиболее часто развитие этого осложнения наблюдалось после аппендэктомии (13 больных), реже – после холецистэктомии (5 пациентов) и операций по поводу гастродуоденальной язвы, осложненной перфорацией или кровотечением (5). У семи пациентов с последующим развитием внутрибрюшного абсцесса на момент первичного оперативного вмешательства имелся перитонит различной распространенности, еще в двух случаях первичная операция выполнена в условиях механической кишечной непроходимости. Наиболее частой причиной формирования внутрибрюшного абсцесса являлась недостаточная санация брюшной полости при первой операции (12 больных – 40,5%) и несостоятельность кишечных швов и анастомозов (5 больных – 15,6%). Средняя длительность стационарного лечения составила  $30,5 \pm 10,4$  койко-дней (от 12 до 73).

Перед повторной операцией было проведено УЗИ 57 больным с послеоперационным перитонитом и 31 больному с внутрибрюшным абсцессом. Свободная жидкость в брюшной полости выявлена у 53 больных, отграниченное жидкостное скопление – у 29. Диагностированы также такие патологические изменения, как дилатация тонкой кишки (52 наблюдения), утолщение стенки тонкой кишки (32), маятникообразная перистальтика (37), анэхогенное содержимое в просвете кишки (43). У 5 пациентов с послеоперационным перитонитом имеются признаки пареза ки-

щечника не позволили правильно интерпретировать ультразвуковую картину и подтвердить перитонит. Диагностика осложнений после негативных УЗ-исследований осуществлена при релапаротомии или видеолапароскопии.

Всего видеолапароскопия выполнена 54 больным, при этом диагноз послеоперационного перитонита верифицирован у 19 пациентов, внутрибрюшной абсцесс диагностирован в 10 случаях. У 25 больных, у которых клинико-лабораторные проявления или результаты других инструментальных методик не позволяли исключить наличие этих осложнений, выполненная видеолапароскопия исключила их наличие. Ложноотрицательных и ложноположительных результатов видеолапароскопии с подозрением на послеоперационный перитонит не было. Пункционных осложнений также не было.

Проведен анализ динамики объективной тяжести состояния больных с послеоперационным перитонитом. Средняя тяжесть состояния пациентов через сутки после первичной операции составила  $6,3 \pm 2,7$  баллов шкалы SAPS. Тяжесть состояния в день перед повторной операцией, выполненной по поводу послеоперационного перитонита, –  $10,2 \pm 4,5$  баллов (увеличение тяжести функциональных нарушений по шкале SAPS достоверно:  $p < 0,05$ ). У пациентов с последующим развитием внутрибрюшного абсцесса через сутки после первичной операции средняя тяжесть состояния составила  $2,1 \pm 1,7$  баллов шкалы SAPS с колебаниями значений от 0 до 8 баллов. Тяжесть состояния в день перед повторной операцией (вскрытие и дренирование абсцесса брюшной полости) –  $2,8 \pm 1,9$  балла шкалы SAPS с колебаниями значений от 1 до 12 баллов (увеличение тяжести функциональных нарушений по шкале SAPS у больных с внутрибрюшным абсцессом недостоверно:  $p < 0,1$ ). Ошибочных результатов оценки состояния по шкале SAPS не было.

Накопленный опыт использования УЗИ брюшной полости и видеолапароскопии в послеоперационном периоде в совокупности с интегральной оценкой тяжести функциональных нарушений способствовал разработке алгоритма диагностики послеоперационных осложнений. Сопоставление результатов диагностики послеоперационного перитонита и внутрибрюшного абсцесса в 2000-2005 гг. осуществлено в сравнении с результатами лечения 34 пациентов с послеоперационным перитонитом и 17 больных с внутрибрюшным абсцессом, находившихся на лечении в клинике в 1997-1999 гг. Больные сопоставимы по полу, возрасту и характеру первичного оперативного вмешательства с пациентами, находившимися на лечении в 2000-2005 гг.

Сроки выполнения повторной операции по поводу послеоперационного перитонита в 1997-1999 гг. составили  $5,05 \pm 3,02$  койко-дней. Аналогичный показатель был в 2000-2005 гг. при использовании диагностического алгоритма –  $4,10 \pm 2,58$  койко-дней (различие сроков достоверно:  $p < 0,01$ ). Средний мангеймский перитонеальный индекс (МПИ) пациентов с послеоперационным перитонитом, лечившихся в 1997-1999 гг. составил  $25 \pm 7,6$  баллов, уровень прогнозируемой и фактической летальности – 15 больных (45,5%) – одинаков. Средний МПИ больных с послеоперационным перитонитом, лечившихся в 2000-2005 гг., составил  $29,5 \pm 6,6$  баллов. Различие уровня МПИ в сравниваемые периоды обусловлено преобладанием в 2000-2005 гг. пациентов с осложненным раком толстой кишки. Прогнозируемая летальность в 2000-05 гг. – 65,7% (45 из 68 пациентов), фактическая – 31 больной (45,7%). Различие уровней прогнозируемой и фактической летальности больных с послеоперационным перитонитом в 2000-2005 гг. статистически достоверно:  $p < 0,05$ . Коррекция внутрибрюшного воспалительного процесса осуществлена у 11 пациентов лапароскопически, у 57 – в результате релапаротомии.

Срок осуществления повторного оперативного вмешательства – вскрытия внут-

рибрюшного абсцесса – составил в среднем  $10,5 \pm 4,3$  койко-дня (от 6 до 29 суток после первой операции). Аналогичный показатель в 1997-1999 гг. составил  $12,5 \pm 5,1$  койко-дня – в пределах от 7 до 36 суток. Различие сроков диагностики внутрибрюшного абсцесса в 1997-1999 и в 2000-2005 гг. статистически достоверно:  $p < 0,05$ .

В 2000-2005 гг. для лечения внутрибрюшного абсцесса использовались различные методики. В 15 случаях повторное хирургическое вмешательство у этих пациентов заключалось в пункционном дренировании под УЗ-контролем. У 10 больных вскрытие, санация и дренирование абсцесса выполнено под лапароскопическим контролем. Традиционная «открытая» операция при внутрибрюшном абсцессе осуществлена у 7 пациентов. Уровень летальности при этом в 1997-1999 гг. составил 11,7%, в 2000-2005 гг. – 5,8% (2 больных из 34). Различие результатов лечения в 1997-1999 и в 2000-2005 гг. статистически достоверно:  $p < 0,01$ .

Таким образом, использование диагностического алгоритма у пациентов с внутрибрюшными инфекционными осложнениями привело к сокращению сроков диагностики осложнения и улучшению результатов лечения.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы. Сочетание современных методик – ультрасонографии и видеолапароскопии – позволяет достоверно контролировать течение инфекционного процесса в брюшной полости, осуществить своевременную диагностику послеоперационного перитонита и внутрибрюшного абсцесса. Применение лапароскопии позволяет избежать релапаротомии у ряда пациентов с подозрением на послеоперационный перитонит. У трети больных (по нашему опыту – в 36 случаях из 100) возможно осуществление адекватной коррекции осложнений с использованием малотравматичных методов: лапароскопической санации брюшной полости или пункции под ультразвуковым контролем.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.А. Перитонит. – М., 1992. – 224 с.
2. Гурчумелидзе Т.П., Карасев Н.А., Синев Ю.В., Романов Л.В. // Вестн. хир. – 1990. – №4. – С. 128-131.
3. Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит (диагностика и лечение) / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1995.
4. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М., 1990. – 560 с.
5. Новые технологии в хирургии. Международный хирургический конгресс / Сб. тез. – Ростов н/Д., 2005. – 1121 с.
6. Петухов И.А. Послеоперационный перитонит. – Минск, 1980. – 157 с.
7. Савельев В.С., Гологорский В.А. // Хирургия. – 1987. – № 1. – С. 9-13.
8. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Богницкая Т.Н. // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 58-62.
9. Феофилов Г.Л., Паскаль А.А. // Вестн. хир. – 1981. – № 9. – С. 115-120.
10. Фомин А.М. Хирургические концепции и комбинированные методы экстракорпоральной гемокоррекции при распространенном послеоперационном перитоните, осложненном синдромом полиорганной недостаточности / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2002.
11. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение). – Киев, 1981. – 287 с.
12. Gorbach S.L. Intraabdominal infections // Clin. Infect. Dis. – 1993. – V. 17, No. 6. – P.961-965.
13. Herbst F., Fugger, Schenper M., Schulz F. // Acta Chir. Austria. – 1986. – Bd.18, H. 5. – S. 469-473.
14. Linder M.M., Washa H., Feldmann U. et al. // Chirurg. – 1987. – V. 58, No. 2. – P. 84-92.