

В.Г. Лубянский, А.Н. Жариков

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО И ОТСРОЧЕННОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Барнаул)

*Проведен анализ лечения 138 больных послеоперационным перитонитом, из которых 98 (71 %) во время программированных санаций брюшной полости проводились резецирующие операции с наложением первичного или отсроченного анастомоза, а у 40 (29 %) выполнялось ушивание различных дефектов тонкой кишки. Хирургическая тактика строилась с учетом шкалы АРАСНЕ II, Мангеймского индекса перитонита и Индекса брюшной полости. Показана возможность применения первичного анастомоза у больных с низкими интегральными баллами. При высоких показателях, сопровождающихся признаками эндогенной токсемии, абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности предложена тактика многоэтапного хирургического лечения с использованием обструктивных резекций тонкой, толстой кишки и отсроченного анастомозирования. Общая летальность больных с послеоперационным перитонитом составила 37 %. Наибольшее количество летальных исходов (40,5 %) отмечено в группе больных с ушиванием дефектов тонкого кишечника.*

**Ключевые слова:** послеоперационный перитонит, несостоятельность кишечных швов, программированные релапаротомии, отсроченное анастомозирование

## THE USE OF PRIMARY AND DELAYED ANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE GENERALIZED PERITONITIS

V.G. Lubyansky, A.N. Zharikov

Altai State Medical University, Barnaul

*The analysis of the treatment of 138 patients postoperative peritonitis, of whom 98 (71 %) during programmed of sanctions abdominal operations were performed resecting the imposition of a primary or delayed anastomosis, and in 40 (29 %) performed suturing the various defects in the small intestine. Surgical approach was built from the scale of the apache II, Mannheim peritonitis index and the index of the abdominal cavity. The possibility of using primary anastomosis in patients with low integral points is shown. At high rates, accompanied by signs of endogenous toxemia, abdominal sepsis and multiorgan failure suggested a multi-stage tactics surgical resection with obstructive fine, colon, and delayed anastomosis. The overall mortality of patients with postoperative peritonitis was 37 %. The greatest number of deaths (40,5 %) was noted in patients with suturing of defects of the small intestine.*

**Key words:** postoperative peritonitis, the failure of intestinal sutures, programmed relaparotomy, delayed anastomosis

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в лечении послеоперационного перитонита обсуждается выбор объема операции, показания к ее завершению, хирургическая тактика в послеоперационном периоде. В последние годы все больше сторонников приобретает многоэтапное лечение, основанное на принципе «damage control» и включающее программированные санации брюшной полости. [1, 8, 9, 12, 15]. Многие хирурги вновь обращают повышенное внимание на открытые методы ведения брюшной полости с использованием лапаростом [2, 5, 13]. Особые трудности в хирургическом лечении послеоперационного перитонита возникают при нарушении целостности стенки тонкой кишки и образовании несформированных кишечных свищей в результате несостоятельности швов энтероэнтероанастомозов, некроза кишки при мезентериальном тромбозе, перфорации кишки на фоне энтеральной недостаточности [4, 6, 9, 10, 11]. В основном они касаются принятия решения о наложении соустья и определения программы повторных санаций брюшной полости [8, 14], Учитывая, что примене-

ние анастомозов в условиях распространенного гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости и передней брюшной стенки, нарушения мезентериального кровообращения, энтеральной недостаточности сопровождается повышенным риском их несостоятельности [3, 7], разработка тактических вопросов, связанных с первичным или отсроченным межкишечным анастомозированием на этапах программированных санаций брюшной полости является особенно актуальной.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике госпитальной хирургии АГМУ находилось на лечении 138 больных с послеоперационным распространенным перитонитом. Средний возраст составил  $51,3 \pm 1,3$  года. Мужчин было 100 (72,5 %), женщин 38 (27,5 %) человек. Возраст мужчин колебался от 15 до 82 и в среднем был равен  $50,7 \pm 1,5$  года, у женщин варьировал от 23 до 78 лет, составив в среднем  $52,8 \pm 2,3$  года. Общее количество операций на предыдущих этапах колебалось от 1 до 5 и в среднем равнялось  $1,38 \pm 0,08$ .

Основными заболеваниями, послужившими показанием к первичному оперативному лечению, явились следующие (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Этиология послеоперационного перитонита**

Заболевание	Число больных	%
Острая спаечная кишечная непроходимость	28	20,3
Мезентериальный тромбоз	24	17,4
Острые перфорации тонкой кишки (болезнь Крона, ангиодисплазии)	19	13,8
Травмы органов брюшной полости	16	11,6
Острый аппендицит	11	7,9
Ущемленная грыжа	9	6,5
Панкреонекроз	6	4,4
Хроническая язва желудка и ДПК	6	4,4
Опухоль толстой кишки	5	3,6
Дивертикул толстой кишки	4	2,9
Прочие	10	7,2
Всего	138	100

Наиболее частыми заболеваниями в структуре причин послеоперационного перитонита явились острая спаечная кишечная непроходимость (20,3%), мезентериальный тромбоз (17,4%), острые перфорации тонкой кишки на фоне болезни Крона или ангиодисплазии (13,8%), травмы органов брюшной полости (11,7%). Наименьшее количество составили пациенты, первично оперированные по поводу аденомы простаты – 3 (2,2%), острого холецистита – 2 (1,5%), tuboовариальной опухоли – 2 (1,5%), химического ожога тощей кишки – 2 (1,5%), илеоцекальной инвагинации – 1 (0,7%).

Нами был проведен анализ и выделены непосредственные причины нарушения герметичности тонкой кишки и прогрессирования послеоперационного распространенного перитонита, которые распределились следующим образом (табл.2)

**Таблица 2**  
**Основные причины прогрессирования послеоперационного перитонита**

Причины	Число больных	%
Одиночная перфорация тонкой кишки	31	22,5
Некроз тонкой кишки	30	21,7
Несостоятельность межкишечного анастомоза	24	17,4
Множественные перфорации тонкой кишки	16	11,6
Несостоятельность швов после зашивания дефектов тонкой кишки	11	7,9
Несформированный тонкокишечный свищ	10	7,3
Множественные несформированные тонкокишечные свищи	9	6,5
Воспалительная опухоль тонкой кишки	7	5,1
Всего	138	100

При анализе непосредственных причин послеоперационного перитонита, установлено, что ведущую роль в его развитии занимают одиночные или множественные перфорации тонкой кишки различного генеза – 47 больных (34,1%), а также несостоятельность швов и анастомозов тонкой кишки – 35 больных (25,4%). В большинстве случаев возникновение несформированных тонкокишечных свищей у 19 больных (13,8%) явилось результатом десерозации кишечных петель при операциях по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, а также повреждения тонкой кишки при травмах органов брюшной полости. Наиболее тяжело послеоперационный перитонит протекал у 30 больных (21,7%) с некрозом тонкой кишки на фоне мезентериального тромбоза, который в ряде случаев сочетался и с некрозом правой половины ободочной кишки.

Выбор тактики одно- или многоэтапного хирургического лечения определялся причиной послеоперационного перитонита, оценкой состояния больного по балльной шкале АРАСНЕ II, степенью тяжести перитонита по данным Мангеймского индекса перитонита (МИП) и Индекса брюшной полости (ИБП) [7]. Хирургическая тактика строилась на основе резецирующих операций и межкишечного анастомозирования. В связи с этим были сформированы 3 клинические группы. В первой и второй группе, больным во время санации брюшной полости накладывался первичный анастомоз, а в третьей группе использовалось отсроченное анастомозирование. В 4-ю группу (контрольную) вошли пациенты, у которых во время релапаротомии применялось только ушивание различных дефектов тонкой кишки или анастомозов (табл. 3).

**Таблица 3**  
**Оценка тяжести поступивших больных и характера послеоперационного перитонита (баллы)**

Показатель	Группы больных (n = 138)			
	1-я группа (n = 26)	2-я группа (n = 29)	3-я группа (n = 43)	4-я группа (n = 40)
АРАСНЕ II	8,7 ± 0,7 $p_{1-2} < 0,05$	15,9 ± 0,2 $p_{2-3} < 0,05$	19,8 ± 0,7 $p_{1-3} < 0,001$	17,1 ± 0,2 $p_{3-4} < 0,5$
МИП	15,4 ± 0,3 $p_{1-2} = 0,045$	20,1 ± 1,0 $p_{2-3} = 0,016$	25,5 ± 2,2 $p_{1-3} = 0,034$	19,6 ± 0,3 $p_{3-4} = 0,022$
ИБП	16,2 ± 0,2 $p_{1-2} = 0,046$	18,9 ± 0,7 $p_{2-3} = 0,054$	21,9 ± 2,4 $p_{1-3} = 0,013$	20,8 ± 0,2 $p_{3-4} = 0,295$

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 26 пациентов (18,8%), которые вошли в 1-ю группу, отмечались низкие показатели интегральных шкал. Так, тяжесть состояния по АРАСНЕ II составила 8,7 ± 0,7 балла, тяжесть перитонита по данным МИП и ИБП достигала 15,4 ± 0,3 и 16,2 ± 0,2 балла. Им предпринята только однократная санация брюшной полости с наложением первичного анастомоза. Резекция кишки применена у 23 больных, из них по поводу несостоятельности швов анастомоза у 6 (26,1%). К тому же, для отключения несформированного тонкокишечного свища, а также различных свищей правых отделов толстой кишки нами у 3 больных (11,5%) после ушивания дефектов наложен

дополнительный обходной анастомоз с ободочной кишкой. Несостоятельности использованных в группе анастомозов не было. Вследствие массивной ТЭЛА умер 1 больной. Летальность составила 4 %.

Вторую группу составили 29 уже более сложных пациентов (21 %), тяжесть состояния которых по АРАСНЕ II равнялась  $15,9 \pm 0,2$  балла. МИП и ИБП варьировали от 18 до 20 баллов. Как и в 1-й группе, во время первой реоперации 19 больным (65,5 %) была выполнена резекция кишки, в том числе по поводу несостоятельности швов анастомоза у 4 (13,8 %). Всем пациентам в ходе первой реоперации применено первичное анастомозирование, однако дальнейший период потребовал проведения дополнительных этапных санаций брюшной полости «по требованию» вследствие возникших осложнений. В целом они были связаны с повторными острыми перфорациями тонкой или правой половины ободочной кишки у 10 (34,5 %), продолжающимся перитонитом — у 11 (37,9 %), несостоятельностью швов анастомоза — у 3 (10,3 %), формированием абсцессов брюшной полости — у 5 больных (17,2 %). Среднее количество последующих санаций брюшной полости варьировало от 2 до 8 и в среднем составило  $3,2 \pm 0,3$ . Несмотря на проводимое лечение в этой группе умерло 17 больных, составив летальность 58,6 %. Всего из 55 пациентов 1-й и 2-й группы при повторных операциях энтеротрансверзоанастомоз был наложен у 37 (67,3 %), энтероэнтероанастомоз — у 11 (20 %) и дуоденоэнтероанастомоз — у 7 (12,7 %). Несостоятельность швов анастомоза у больных 2-й группы возникла в 5 случаях, что составило 17,2 %.

В 3-й группе у 43 больных (31,2 %) наблюдалась тяжелая степень токсемии, составляющая по АРАСНЕ II  $19,8 \pm 0,7$  балла с более тяжелыми индексами перитонита (МИП — 25,5 балла и ИБП — 21,9 балла). Здесь мы использовали многоэтапную хирургическую тактику, основанную на принципе

«damage control surgery». При выявлении дефекта в стенке кишки или анастомозе применялось временное прекращение пассажа по кишечнику с использованием обструктивных резекций пораженного участка кишки во время первой санации брюшной полости с последующим отсроченным межкишечным анастомозированием при программных релапаротомиях [1, 3, 7] (рис. 1).

Во время первой релапаротомии после уточнения характера, распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, причины образования дефекта в стенке тонкой кишки или правой половины ободочной кишки (острая перфорация, несостоятельность швов) выполняли резекцию пораженного участка тонкой кишки (правостороннюю гемиколэктомия) с формированием культи тонкой кишки (1, 2), или тонкой и ободочной кишки (1, 4). Заглушенные участки кишки мы не выводили на переднюю брюшную стенку, а оставляли в брюшной полости. Декомпрессию тонкой кишки осуществляли с помощью трансназальной интубации ее приводящих отделов с последующей активной аспирацией содержимого. Межкишечный анастомоз не накладывался. Операция заканчивалась санацией брюшной полости физиологическим раствором в объеме до 5–6 литров и дренированием. Основной хирургической задачей здесь было выиграть время для проведения коррекции нарушений гомеостаза и в последующем наложить межкишечный анастомоз в более благоприятных условиях.

Этот метод хирургического лечения применен в основном у пациентов с послеоперационным перитонитом вследствие мезентериального тромбоза — 17 (39,5 %), а также при перфорациях тонкой кишки и несостоятельности анастомозов после операций по поводу спаечной кишечной непроходимости — 12 (27,9 %). Среднее количество операций до поступления в клинику составило  $1,1 \pm 0,2$ . Всем больным во время первой программной са-

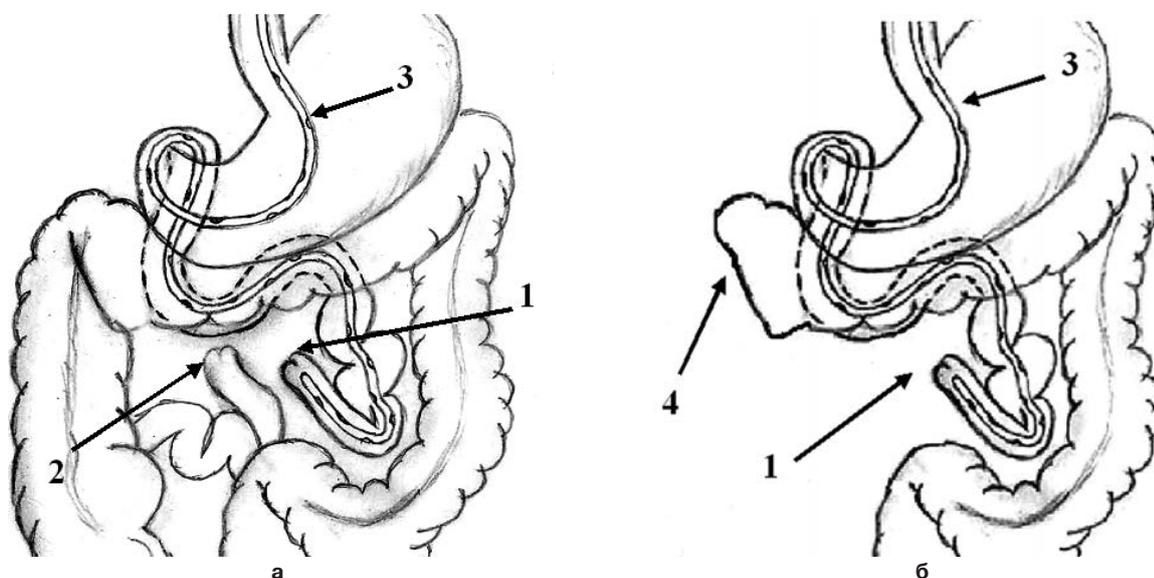


Рис. 1. Схема обструктивной резекции (А – тонкой кишки, Б – тонкой кишки и правой половины ободочной кишки): 1 – культи приводящего отдела тонкой кишки, 2 – культи отводящего отдела тонкой кишки, 3 – назоинтестинальный зонд, 4 – культи ободочной кишки.



эффективным у 5 больных. Неудачей закончилось и повторное ушивание дефектов межкишечных анастомозов. У всех пациентов наступила их повторная несостоятельность. В целом в 4-й группе умерло 17 больных (40,5 %).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ранние сроки послеоперационного перитонита с низкими интегральными показателями наложение межкишечного анастомоза не сопровождается высоким уровнем летальности и осложнений. В случаях распространенного перитонита с тяжелой токсемией по АРАСНЕ II (больные 2-й группы) риск завершения операций с использованием традиционного первичного анастомоза высок, а летальность составляет 58,6 %. Использование в группе тяжелого перитонита (АРАСНЕ II – 19,8 ± 0,7 балла, МИП – 25,5 ± 2,2 балла и ИБП – 21,9 ± 2,4 отсроченного межкишечного анастомозирования при программированных санациях брюшной полости позволяет удержать показатели летальности на уровне 37,2 %.

### ВЫВОДЫ

1. Результаты наложения межкишечного анастомоза при послеоперационном распространенном перитоните зависят от причины, тяжести состояния больного, степени энтеральной недостаточности, выраженности воспалительных изменений в стенке кишки и брюшной полости.

2. У больных с низкими интегральными показателями тяжести перитонита во время первой санации брюшной полости возможно наложение межкишечного анастомоза.

3. При некрозе кишечника вследствие мезентериального тромбоза или в случаях несостоятельности анастомоза на фоне тяжелой токсемии показано многоэтапное хирургическое лечение, включающее obstructивную резекцию кишки при первичной санации брюшной полости с последующим отсроченным межкишечным анастомозированием при санационных релапаротомиях «по программе».

4. Ушивание множественных дефектов тонкой кишки или несостоятельности межкишечного анастомоза без выполнения резецирующих операций нецелесообразно вследствие высокого риска развития послеоперационных осложнений.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Войновский Е.А. Особенности первичной лапаротомии многоэтапной хирургической тактики «damage control» при тяжелых ранениях живота // *Материалы 11 съезда хирургов Российской Федерации*. – Волгоград, 2011. – С. 587.

2. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н., Хрупкин В.И. и др. Место и возможности лапаротомии и этапных

санаций брюшной полости при абдоминальном сепсисе // *Материалы 11 съезда хирургов Российской Федерации*. – Волгоград, 2011. – С. 512–513.

3. Григорьев Е.Г., Коган А.С., Колмаков С.А. Хирургия распространенного гнойного перитонита // *Бюлл. СО РАМН*. – 2001. – № 2 (100). – С. 9–11.

4. Зубрицкий В.Ф., Осипов И.С., Левчук А.А. и др. Формирование энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита и повышенного внутрибрюшного давления // *Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. – 2010. – Т. 5. – № 2. – С. 14–17.

5. Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Шукин А.Ю. и др. Аппаратная управляемая лапаростомия в этапном лечении перитонита с синдромом абдоминальной компрессии // *Хирургия*. – 2008. – № 11. – С. 47–52.

6. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение). – М.: ПРОФИЛЬ, 2007. – 160 с.

7. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Т. 2. – С. 449.

8. Прудков М.И., Киршина О.В., Токарев А.В. Хирургическое лечение распространенного перитонита // *Материалы 11 съезда хирургов Российской Федерации*. – Волгоград, 2011. – С. 548.

9. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Программированные релапаротомии в лечении распространенного перитонита, варианты тактических решений // *Инфекции в хирургии*. – Т. 7, № 4. – 2009. – С. 26–31.

10. Хрипун А.И., Шурыгин С.Н., Миронков А.Б. и др. Программированные релапаротомии в лечении острой окклюзии верхней брыжеечной артерии // *Хирургия*. – 2009. – № 12. – С. 34–37.

11. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ищенко О.В. Опыт применения фибринового клея для лечения несформированных свищей желудочно-кишечного тракта // *Хирургия*. – 2006. – № 9. – С. 21–24.

12. Шаповальянц С.Г., Линденберг А.А., Марченко И.П. и др. Особенности проведения санационных вмешательств при распространенном перитоните // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2009. – № 3. – С. 46–50.

13. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита // *Хирургия*. – 2007. – № 2. – С. 24–28.

14. Hutchins R.R., Gunning M.P., Lucas D.N. et al. Relaparotomy for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery // *World J. Surg.* – 2004. – Feb; 28 (2). – P. 137–S141.

15. Lamme B., Boermeester M.A., Belt E.J. et al. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis // *Br. J. Surg.* – 2004. – Vol. 91, P. 1046–1054.

### Сведения об авторах

**Лубянский Владимир Григорьевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии АГМУ (656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1; тел.: 8 (3852) 68-96-74, e-mail: LVG51@mail.ru)

**Жариков Андрей Николаевич** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии АГМУ (656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского 1; тел.: 8 (3852) 68-95-74, e-mail: zhar67@mail.ru)