

УДК 616.34-089

В.П. Будашеев, Е.Г. Григорьев, Е.Н. Цыбиков

КИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Рассмотрены результаты анализа хирургического лечения 218 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, леченных закрытым и открытым способом ведения с различными заболеваниями органов брюшной полости.

Ключевые слова: кишечные анастомозы, перитонит

INTESTINAL ANASTOMOSISES AT DISSEMINATE PURULENT PERITONITIS

V.P. Budasheyev, Ye.G. Grigoriev, Ye.N. Tsibikov

Buryat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude
Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

The article brings up the results of analysis of 218 outcomes of surgical treatment of disseminate purulent peritonitis. All patients were treated by closed and open methods and had different abdominal diseases.

Key words: intestinal anastomosis, peritonitis

Исторически трудный путь в изучении принципов и методов лечения такой тяжелой хирургической патологии как распространенный гнойный перитонит нашел отражение в многочисленных исследовательских трудах, руководствах и монографиях. Несмотря на определенный прогресс в лечении гнойных заболеваний, частота послеоперационных осложнений при распространенном гнойном перитоните остается по-прежнему достаточно высокой.

По данным различных авторов летальность при распространенном гнойном перитоните составляет 40–90 %. Причиной летальности при распространенном гнойном перитоните является выраженная эндогенная интоксикация. Источниками интоксикации при данной патологии является инфицированный экссудат брюшной полости и содержимое кишечника, которое в условиях нарушенного полостного пищеварения, обусловленного дисбактериозом, ферментопатией, дисциркуля-

торными расстройствами и парезом кишечника, оказывает гипертоксическое действие на организм человека. Эндотоксемия ведет к повреждению внутренних органов (преимущественно печени, почек, легких, головного мозга), что приводит к резкому нарушению метаболизма.

В первую очередь это обусловлено несовершенством применения традиционных методов хирургического лечения: устранение источника перитонита — санации брюшной полости, образование несформированных кишечных свищей, а также выбором наложения кишечного шва в условиях распространенного гнойного перитонита. На этом фоне развиваются системные осложнения, что приводит к прогрессированию полиорганной недостаточности, которая является причиной смерти пациентов.

Исходя из этого видно, что поиск наиболее эффективных методов лечения больных распространенным гнойным перитонитом ведется по не-

скольким направлениям: поиск способов воздействия на источник инфекции; удаление токсинов из внутренней среды организма; нормализация тканевого метаболизма и восстановление функции жизненно важных органов; надежное устранение источника перитонита. Безусловно, обсуждение результатов коррекции этого тяжелого патологического состояния должно проводиться на основании объективной оценки и степени тяжести состояния пациента.

С позиции современной тактики и техники операций при распространенных гнойных перитонитах считается, что ключевыми аспектами хирургического лечения являются не только своевременность, и радикальность в устранении источника перитонита, но также и санация брюшной полости, выполняемая атравматично в возможно кратчайшие сроки, с соблюдением прецизионной техники гемостаза, выполнения швов, некрэктомии и дренирования брюшной полости. Несмотря на развитие хирургических технологий, выражающееся преимущественно в разработке шовного материала, сшивающих аппаратов, развития прецизионной техники, процент несостоятельности анастомозов желудочно-кишечного тракта колеблется от 0 до 19 %, и достигает 42 % в условиях распространенного гнойного перитонита.

Анастомозы в таких случаях выполняются в отсроченном порядке, при «чистом животе». Не меньшее значение имеет эффективное гравитационное дренирование, отграничение (компартиментализация) доминирующего гнойно-некротического локуса. Скорейшему завершению операции при тактике программированных релапаротомий способствует и закрытие операционной раны только герметичными швами. Все это важные составляющие хирургической составляющей комплексного лечения перитонитов. Дискуссия о преимуществах того или иного вида кишечного соустья предопределила разработку объективных способов оценки качества кишечного шва. Одним из таковых явился анализ частоты развития несостоятельности анастомозов.

С этой целью мы рассмотрели результаты анализа хирургического лечения 218 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, леченных закрытым и открытым способом ведения с различными заболеваниями органов брюшной полости. Все пациенты находились на лечении в отделении хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ с 1998 по 2004 год. В исследование включены пациенты, которым было произведено наложение соустья желудочно-кишечного тракта как основного или реконструктивного этапа операции. Из исследования исключены пациенты, имеющие сопутствующую патологию в стадии декомпенсации на момент выполнения операции, возраст старше 70 или моложе 17 лет. Из них жителей города — 86 (37,8 %), жителей села — 132 (62,2 %). В наших наблюдениях преобладали больные в возрасте от 20 до 70 лет — их было 202 (88 %). Младшему пациенту было 18 лет,

самому старшему 70 лет. Чаще данный вид патологии встретился у лиц мужского пола, в самом работоспособном возрасте, т.к. основной причиной перитонита является травма живота. Для оценки стадии перитонита пользовались классификацией К.С. Симоняна (1971) в модификации Б.Д. Савчука (1979). При этом выделяли реактивную, токсическую, терминальную стадию перитонита с учетом особенностей течения перитонита в зависимости от сроков болезни и уровня перфорации желудочно-кишечного тракта. Дифференцировку реактивной и токсической стадий перитонита проводили на основании клиники, лабораторных данных, операционных находок, данных лейкоцитарного индекса интоксикации. Распределение больных по стадиям заболевания представлено в таблице 1.

Таблица 1
Распределение пациентов по стадиям перитонита

Стадия перитонита	Число больных
Реактивная стадия	58 (26,6 %)
Токсическая стадия	106 (48,1 %)
Терминальная стадия	54 (25,3 %)
Всего	218 (100 %)

В зависимости от способа хирургического лечения 218 больных с гнойным перитонитом были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 104 пациента, леченных закрытым способом; при этом выполняли лапаротомию, устранение причин перитонита, санацию, дренирование брюшной полости, лапаротомную рану ушивали наглухо. Во вторую группу вошли 79 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, которым был применен открытый метод дренирования брюшной полости. В третью группу вошли 38 пациентов, у которых в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита применили открытый метод дренирования с выведением еюностомы по Майдлю в тех случаях, где была необходимой резекция тонкой кишки с целью удаления источника перитонита. Еюностомия произведена с целью декомпрессии и эвакуации токсического кишечного содержимого в послеоперационном периоде и для последующего энтерального питания.

Согласно полученным результатам, закрытый способ лечения был применен в реактивной фазе у 58 (54,5 %) пациентов. Он был использован также в токсической и терминальной стадии перитонита до освоения открытого способа дренирования брюшной полости. Наибольшее количество больных — 76 (34,0 %) — оперировано в сроки свыше 48 часов. Это пациенты с послеоперационным перитонитом, у которых проводилась комплексная, интенсивная терапия, применялись наркотические анальгетики. Следовательно, своевременная диагностика перитонита у таких больных была затруднена.

В третью группу вошли пациенты в токсической (преимущественно) и терминальной стадиях

перитонита. Еюностомия по Майдлю произведена в терминальной стадии перитонита 10 (13,4 %) больным. Как видно из таблицы 2, наиболее частым был послеоперационный перитонит — 76 (34,0 %), обусловленный несостоятельностью швов после плановых и экстренных оперативных вмешательств. Тупая травма живота, огнестрельные и ножевые ранения были причиной перитонита у 44 (19,2 %) больных.

Таблица 2
Распределение пациентов по причинам перитонита

Причины перитонита	Число больных
Послеоперационный перитонит	76 (34,0 %)
Травма живота с повреждением полого органа	44 (19,2 %)
Кишечная непроходимость	25 (12,7 %)
Деструктивный аппендицит	20 (9,6 %)
Прободная язва желудка и 12-типерстной кишки	18 (8,3 %)
Деструктивные формы острого холецистита	12 (5,2 %)
Перфорация опухоли ЖКТ	10 (4,4 %)
Острый тромбоз и эмболия мезентер. сосудов	4 (2,6 %)
Пельвиоперитонит	5 (2,2 %)
Панкреонекроз	4 (1,8 %)
Всего	218 (100 %)

Все пациенты разделены на 2 группы: критерием включения в основную группу считали выполнение однорядного анастомоза на различных отделах желудочно-кишечного тракта, критерием включения в группу клинического сравнения (контрольную группу) — двухрядного.

Основную группу составили 106 пациентов, которым наложено 126 однорядных анастомозов на ЖКТ по поводу различных заболеваний и травм органов брюшной полости. Контрольную группу составили 112 пациентов, которым наложено 128

двухрядных анастомозов. Распределение пациентов основной и контрольной групп по полу не имело значимых различий ($p > 0,5$).

Распределение пациентов основной и контрольной групп по нозологическим формам представлено в таблице 3. В обеих группах преобладали пациенты, страдающие от перитонита, полученного вследствие травмы живота с повреждением полого органа (19,5 и 21,4 %), и после проведенных ранее оперативных вмешательств (12,5 и 50 %). При раке желудка I стадия онкологического процесса установлена у 1 (0,9 %) пациента основной группы и у 2 (0,77 %) — контрольной, II стадия — у 1 (0,9 %) и 2 (0,77 %) соответственно, III стадия — у 1 (0,9 %) и 3 (1,15 %). Распределение пациентов по нозологическим формам, наличию осложнений основного заболевания и стадии онкологического процесса не имело значимых различий ($p > 0,1$).

Предложенные методы хирургического лечения распространенного гнойного перитонита сводятся к ушиванию повреждений с последующим широким дренированием, либо к выключению поврежденного сегмента кишечной трубки из пассажа. Все перечисленные методы характеризуются высокой частотой несостоятельности дуоденальных швов (17–32 %), прогрессированием перитонита и высокой летальностью, достигающей 50 %. Техника наложения кишечных швов при перитоните разнообразна. Принципиально показана регенерация тканей кишечной стенки в условиях гнойного воспаления, однако риск несостоятельности швов остается крайне высоким. Снижение микробной контаминации и локальных воспалительных процессов в зоне анастомоза способствует улучшению результатов.

Были предложены усовершенствованные кишечные швы, основанные на прецизионной технике и дополнительном укреплении. Ф.Г. Кулачек (1986) считает, что восстановление кишечной непрерывности в условиях перитонита возможно при соблюдении следующих условий:

Таблица 3
Распределение пациентов основной и контрольной групп по нозологическим формам

Причины перитонита	Количество анастомозов		%	
	Основная гр.	Контрольная гр.	Основная гр.	Контрольная гр.
Послеоперационный перитонит	14	60	12,5	50,0
Острый аппендицит	14	6	13,4	6,7
Травмы живота с повреждением полого органа	20	22	19,5	21,4
Острая кишечная непроходимость	16	13	14,3	12,3
Острый холецистит	12	0	10,7	0
Перфоративные гастродуоденальные язвы	14	2	15,2	2,2
Перфорация опухоли желудочно-кишечного тракта	3	7	2,7	5,5
Острый тромбоз мезентериальных сосудов	6	0	5,4	0
Воспалительные процессы малого таза	3	2	2,7	1,9
Панкреонекроз	4	0	3,6	0
Всего	106	112	100	100

1) анастомозы можно накладывать только при отсутствии трофических расстройств в стенках сопоставляемых органов;

2) анастомозы возможно накладывать при обязательной декомпрессии кишечника.

Подобной тактике лечения придерживаются многие авторы.

Таким образом, до настоящего времени нерешен целый ряд вопросов, касающихся хирургического компонента комплексного лечения распространенного гнойного перитонита. Исходя из этого значимость настоящей проблемы, разнообразие существующих представлений и результаты, предопределили следующие выводы настоящего исследования.

1. В условиях гнойного воспаления показана регенерация тканей кишечной стенки, однако риск несостоятельности швов остается крайне высоким.

2. Снижение микробной контаминации и локальных воспалительных процессов в зоне анастомоза способствует улучшению результатов.

3. Надежность кишечного анастомоза обеспечивается стромальным каркасом подслизистого слоя в первые — третьи сутки послеоперационного периода, его пролиферацией с третьих суток.

4. Прочность и герметичность анастомоза определяется сроком послеоперационного периода, четким сопоставлением подслизистого слоя, видом анастомоза и не зависит от количества рядов швов.

5. Факторами риска развития несостоятельности однорядного анастомоза являются:

- временной (вторые — седьмые сутки послеоперационного периода);
- вид анастомоза (концевой);
- технический (отсутствие сопоставления подслизистого слоя).

6. Анализ клинического опыта применения однорядного и двухрядного швов при наложении анастомозов не выявил статистически значимых преимуществ какого-либо из них, что свидетельствует о доминирующем значении техники шва с учетом роли опорных анатомических структур кишечной стенки и факторов риска.