

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.С. Ермолов, А.В. Жиганов, П.А. Ярцев, Г.В. Пахомова, А.В. Водясов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

TREATMENT OF PERITONITIS IN PATIENTS WITH ACUTE DISEASES OF ABDOMINAL CAVITY

A.S. Ermolov, A.V. Zhiganov, P.A. Yartsev, G.V. Pakhomova, A.V. Vodyasov

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

В статье изложены основные принципы лечения больных с распространенным перитонитом, позволяющие оптимизировать хирургическую тактику, снизить летальность и уменьшить количество осложнений. Предложены методики комплексного лечения этих больных. Особое внимание уделено вопросу о роли программных санационных релапаротомий в лечении больных с распространенным перитонитом. В статье изложена тактика лечения больных с наружными кишечными свищами, принятая в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Ключевые слова:

перитонит, кишечные свищи, программная санационная релапаротомия.

ABSTRACT

The present article aims at discussing basic principles of treatment of patients with generalized peritonitis and approaches to optimization of surgical tactics and reduction rates of complications and mortality. Authors suggest multicomponent methods of treatment in such clinical situation and emphasize the role of programmed sanitation relaparotomy patients with generalized peritonitis. Experience of Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine in the treatment of patients with external intestinal fistulae is also discussed.

Keywords:

peritonitis, intestinal fistulae, programmed sanitation relaparotomy.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Прошло 120 лет с тех пор, как Л. Трейтц впервые целенаправленно произвел лапаротомию по поводу перитонита. Хирургический метод лечения этого заболевания быстро получил распространение и стал предметом обсуждения на заседании хирургических обществ и съездов. Несмотря на совершенствование хирургической техники и реанимационных мероприятий, непосредственные результаты лечения распространенного перитонита не имеют тенденции к улучшению, а летальность при перитоните достигает 16–80%. Одним из наиболее спорных вопросов лечения перитонита на сегодняшний день считают целесообразность использования санационных релапаротомий и лапаростомий [1–5]. Особые сложности возникают при лечении несформированных кишечных свищей, летальность при этом колеблется от 20 до 71,7% [6–9], а при высоких тонкокишечных свищах на фоне перитонита увеличивается до 82–90,1% [6, 10]. По данным зарубежных авторов, летальность при свищах желудочно-кишечного тракта колеблется от 40 до 100% и зависит от наличия сепсиса и перитонита [11, 12]. Однако появление в последнее время высокоэффективных антибиотиков, возможности иммуннокорректирующей терапии, активных методов детоксикации, а также дренирования абсцессов брюшной полости под УЗ-наведением позволяют отказаться от релапаротомий.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с распространенным перитонитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 213 больных с распространенным перитонитом за период с 2009 по 2011 г. Мужчин было 79 (37,1%), женщин — 134 (62,9%); средний возраст больных составил 61,4 года (от 18 до 87).

Причиной перитонита были как заболевания, так и травма органов брюшной полости, в том числе деструктивный аппендицит — у 53 больных (24,8%), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки — у 54 (25,3%), травма органов брюшной полости — у 22 (10,3%), перфорация тонкой и ободочной кишки — у 40 (18,7%), кишечная непроходимость — у 10 (4,6%), тромбоз мезентериальных сосудов — у 24 (11,2%), пельвиоперитонит — у 5 (2,3%), а деструктивный холецистит — у 4 (1,8%) пациентов (рис. 1).

В НИИ СП для лечения больных с распространенным перитонитом неукоснительно применяли следующий комплекс лечебно-диагностических мероприятий: оперативное пособие; инфузионно-трансфузионная и дезинтоксикационная терапия (включая экстракорпоральные методы гемокоррекции); нутриционная поддержка; многокомпонентная антибактериальная терапия (интраоперационное введение и далее

с учетом данных бактериологического посева и чувствительности микроорганизмов); оценка иммунного статуса и его коррекция; лучевой мониторинг; клинико-лабораторный мониторинг.

Оперативное пособие по поводу распространенного перитонита выполнялось под комбинированным эндотрахеальным наркозом с соблюдением следующих принципов:

- срединная лапаротомия (от мечевидного отростка до лобка) позволяет, не травмируя паретичные, тяжелые, с рыхлой серозой, покрытые фибрином петли тонкой кишки, провести тщательную ревизию брюшной полости, выявить и устранить причину перитонита;

- назоинтестинальная интраоперационная декомпрессия тонкой кишки с отмыванием просвета на всем протяжении 2-просветными неприсасывающимися силиконовыми зондами № 21 или 25, считающегося средством борьбы с эндотоксикозом, уменьшает транслокацию патогенной микрофлоры, способствует восстановлению функционального состояния тонкой кишки и позволяет проводить энтеральную терапию;

- устранение причины перитонита;

- санация брюшной полости (с промыванием физиологическим раствором) и дренирование двухпросветными дренажами ТММК № 18, 24, 33 полости малого таза, правого подпеченочного пространства, левого латерального канала и левого поддиафрагмального пространства. Правое поддиафрагмальное пространство дренируют по следующим показаниям: абсцесс, скопление фибрина и экссудата;

- ушивание брюшной стенки наглухо с оставлением сквозного однопросветного дренажа в подкожной клетчатке для аспирационно-промывного лечения в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Соблюдение данного алгоритма позволило полностью исключить необходимость санационных вмешательств. Из 213 больных, оперированных в НИИ СП с распространенным фибринозно-гнойным перитонитом, умерли 27 человек, летальность составила 12,6%. Неудовлетворительные результаты лечения связаны с поздним поступлением больных в стационар в терминальной фазе перитонита, а также с тяжелой сопутствующей патологией. Повторно оперированы 11 пациентов (5,1%), из них в 3 случаях релапаротомия произведена по поводу неокклюзионных нарушений мезентериального кровоснабжения в раннем послеоперационном периоде пациентам с тяжелой сопутствующей терапевтической патологией. В 2 случаях выявлена несостоятельность ушитой кишки при ранении с продолжающимся перитонитом, произведено выведение петлевой илеостомы. У одного больного, у которого имела место несостоятельность ушитой перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненная некрозом участка тонкой кишки вследствие неокклюзионного нарушения кровообращения, произведено ушивание несостоятельности и резекция участка тонкой кишки с выведением илеостомы. В 3 случаях выполнена релапаротомия, вскрытие и дренирование абсцессов брюшной полости. У одного пациента с выпадением гастростомы произведено формирование гастростомы. В одном случае произведена релапаротомия по поводу ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, выполнено рассечение спаек и штрангов.

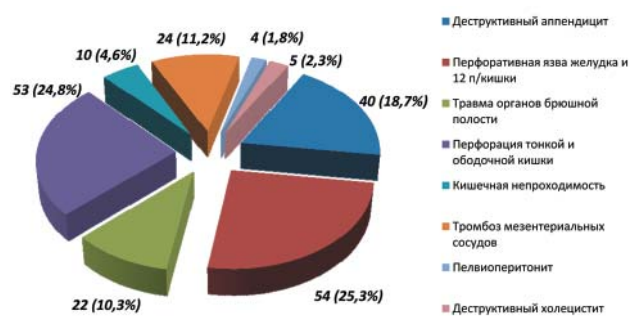


Рис. 1. Причины перитонита

За тот же период в НИИ СП было переведено 19 больных, оперированных в других стационарах по поводу распространенного перитонита с кишечными свищами, образовавшимися в результате многократных (от 2 до 11) программных санационных лапаротомий. Показанием к повторным оперативным вмешательствам служила принятая в некоторых лечебных учреждениях тактика ведения пациентов с перитонитом, включающая в себя программные санационные лапаротомии. Кишечные свищи, сформировавшиеся после многократных повторных вмешательств, приводят к увеличению летальности и значительной продолжительности лечения (в койко-днях).

Первым этапом проводилось консервативное лечение, направленное на уменьшение потерь по свищам и компенсацию показателей гомеостаза. Снижение потерь по свищам достигалось за счет санации, тампонирувания, обтурации либо дренирования свищевого хода (рис. 2, 3). Подбор способа уменьшения потерь осуществляется у каждого больного индивидуально.

Для герметизации свищей (рис. 4а, б) в институте разработан силиконовый обтуратор (патент на полезную модель №86879 от 20.09.2009 г.).

Для защиты кожи использовали мазь «Нафтадерм» («Ретиноиды», Москва) (рис. 5) с последующей герметизацией тугой лейкопластырной повязкой (рис. 6).

Одновременно с местным лечением проводили коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений. Нутриционную поддержку осуществляли введением следующих препаратов: нутрифлекс, кабивен, аминовен и дипептивен (3000 ккал/сут; 12,6 МДж). Использовали внутривенное введение комплекса жирорастворимых (виталипид Н) и водорастворимых (солувит Н) витаминов, а также комплекса микро-



Рис. 2. Силиконовый обтуратор в просвете свища



Рис. 3. Катетер Foley в дуоденальном свище



Рис. 4. Обтуратор: а — до установки в просвет свища; б — после

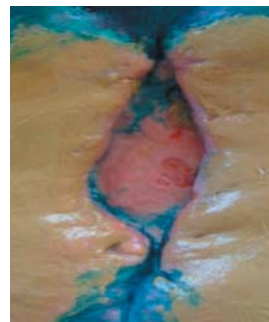
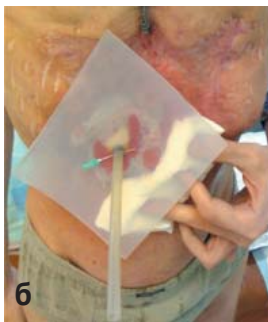


Рис. 5. Мацерированные участки кожи вокруг свища с мазью



Рис. 6. Лейкопластырное стягивание раны с кишечным свищом

элементов (аддамель Н). Для энтерального питания использовали смеси нутрикомп, нутризон, суппортан, эншур и калышейк. Проводили оценку иммунного статуса и его коррекцию. С целью угнетения желудочной секреции назначали аналоги соматостатина (октреотид по 300 мкг/сут) и ингибиторы протонной помпы (лосек по 40–80 мг/сут). Проводили многокомпонентную антибактериальную терапию с учетом данных бактериологического посева крови, раневого отделяемого и чувствительности микроорганизмов. До результатов бактериологического посева всем пациентам назначали антибактериальные препараты широкого спектра действия (фторхинолоны и цефалоспорины III–IV поколения).

При хирургическом лечении обязательными условиями считали: верхне- и средне-срединная лапаротомия, выделение петли кишки, несущей свищ, резекция участка кишки со свищом, назоинтестинальная интубация 2-просветным зондом ЗЖКДС №№ 21 или 25 и дренирование брюшной полости (рис. 7а, б, в).

Учитывая обширное иссечение кожи вокруг свища и формирование дефекта передней брюшной стенки, в НИИ СП разработан метод закрытия передней брюшной стенки с использованием твердой мозговой оболочки (технология защищена патентом РФ № 2010124141 от 07.07.2011 г.) (рис. 8, 9).

Этапное лечение по поводу свищей выполнено 7 больным. На первом этапе стабилизация состояния и снижение потерь менее 200 мл/сутки наблюдались в 100% случаев. Все больные были госпитализированы в среднем через 5 месяцев (от 4 до 6 месяцев) от последней операции и оперированы по вышеописанной методике. Интраоперационным осложнением отмечено не было. В послеоперационном периоде у 2 пациентов (28,5%) развилось нагноение послеоперационной раны; было проведено местное лечение с положительным эффектом. У одного больного (14,28%) послеоперационный период осложнился развитием «катетерного» сепсиса. Рецидива свищей и смертельных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Программная санация брюшной полости не оправдана как метод снижения интоксикации и лечения перитонита. Показанием к релапаротомии может быть лишь несостоятельность швов, неадекватное дренирование, невозможность удаления патологического очага и распространение патологического содержимого по брюшной полости. У пациентов, лечение которых осложняется развитием наружных кишечных свищей, необходимо 2-этапное лечение. **Первый**



Рис. 7. Двухканальный декомпрессионно-питательный зонд. а — ЗЖКДС № 21; б — ЗЖКДС № 25; в — зонд в просвете кишки



Рис. 8. Препарат твердой мозговой оболочки

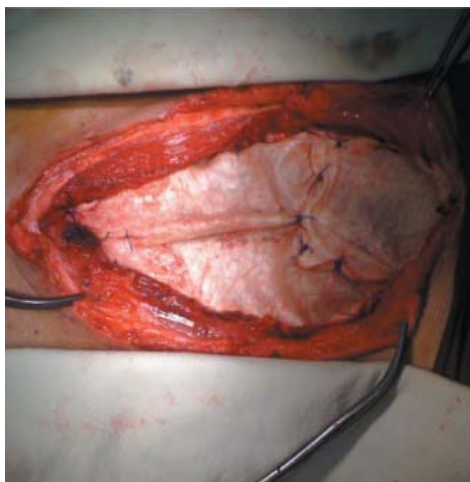


Рис. 9. Фиксация твердой мозговой оболочки к апоневрозу

этап — стабилизация состояния — включает многокомпонентную антибактериальную терапию с учетом данных бактериологического посева и чувствительности микроорганизмов, коррекцию водно-электролитных и белковых сдвигов, нормализацию клинико-биохимических и иммунологических показателей крови, а также местное лечение, санацию, тампонирующее, обтурацию либо дренирование свищевого хода (подбор способа осуществляется у каждого больного индивидуально для обеспечения максимальной герметичности), и защиту кожи от агрессивного воздействия кишечных соков. Следует учитывать, что лечение данной группы больных не может осуществляться специалистами одного отделения. Необходимо совместное участие хирурга, реаниматолога, иммунолога, специалиста по искусственному питанию, микробиолога, а также использование экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез, гемодиализ и др.). Лишь в качестве **второго этапа** (через 4–6 месяцев) может быть применено хирургическое лечение. Соблюдение предложенной тактики ведения больных с перитонитом позволит улучшить результаты лечения и снизить летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдошенко А.Л. Перитонит. – М.: Медицина, 1992. – 273 с.
2. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, N. 6. – С. 337–342.
3. Кузин М.И. Перитонит // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1986. – С. 438–448.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. и др. Абдоминальный сепсис, современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – N. 6. – С. 14–18.
5. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. – М.: Два Мира, 2000. – 222 с.
6. Базаев А.В., Овчинников В.А., Соловьев В.А., Пузанов А.В. Результаты лечения наружных кишечных свищей // Хирургия. – 2004. – N. 1 – С. 30–33.
7. Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга. – М.: Издатель Макеев, 2001. – 197 с.
8. Вицын Б.А., Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами // Хирургия. – 1984. – N. 7. – С. 129–133.
9. Рудин Э.П., Ермолов А.С., Богданов А.В., Миронов А.С. Несформированные высокие кишечные свищи как актуальная проблема современной хирургии // Хирургия. – 2004. – N. 12. – С. 15–17.
10. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение). – М.: Биоинформсервис, 1999. – 115 с.
11. Neelu P. Intestinal Fistulas, Surgical Treatment [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/197486-overview>
12. Stawicki S.P., Braslow B.M. Absite corner gastrointestinal fistulae [Электронный ресурс] // OPUS 12 Scientist 2008. – Vol. 2, N 1. – P. 13–16. – Режим доступа: <http://openmed.nic.in/2832/01/O12-SCI-V02-N01-P13.pdf>

Поступила 15.08.2012

Контактная информация:
Жиганов Александр Валерьевич,
 врач-хирург отделения неотложной
 хирургической гастроэнтерологии
 НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
 e-mail: surgeon.av@mail.ru