

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КИШЕЧНЫХ ШВОВ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ — ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА

[В. В. Атаманов¹, М. С. Любарский³, А. В. Юданов^{1,2}, Ю. М. Шутков¹, Н. И. Захаров¹](#)

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Новосибирск)

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (г. Новосибирск)

³«НИИ клинической и экспериментальной лимфологии» СО РАМН (г. Новосибирск)

В статье на основе ретроспективного анализа 56-ти случаев патанатомических исследований установлено, что третичный перитонит в 93 % случаев наступил в результате несостоятельности кишечных швов и перфорации кишечника на фоне вторичного гнойного перитонита. При аутопсии в 37-ми случаях в брюшной полости обнаружено в среднем 340 мл гноя (от 80 до 1500 мл). Пассивное дренирование брюшной полости трубками в 35 % оказалось неэффективным. Во второй группе в 19-ти наблюдениях было произведено наложение фибрина на петли кишечника в среднем через 29,8 дней после последней операции. Релапаротомии выполнялись по требованию от 1-го до 6-ти раз (в среднем 2,6 раза), что при стертой клинике вялотекущих перитонитов вызывает сомнение в правильности выбора. Доминирующей инфекцией явились *Proteus vulgaris* и *mirabilis* — 44 %, *Staphil. Aureus* — 38 %.

Ключевые слова: несостоятельность кишечных швов, третичный перитонит, нозокомиальная инфекция, релапаротомия «по требованию», пассивное дренирование трубками.

Атаманов Виктор Васильевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 355-39-44

Любарский Михаил Семенович — член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе «НИИ клинической и экспериментальной лимфологии» Сибирского отделения РАМН, контактный телефон: 8 (383) 355-39-44

Юданов Анатолий Васильевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», заместитель главного врача ГБУЗ НСО «Государственная

Новосибирская областная клиническая больница», главный хирург Новосибирской области, рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66

Шутов Юрий Миронович — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 355-39-44

Захаров Николай Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 355-39-44

Под третичным перитонитом понимается инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, персистирующий или возвратный через 48 часов после выполненного в необходимом объеме лечения вторичного бактериального перитонита [6]. Это название заменило «вялотекущий» или «продолжающийся перитонит», связав понимание этого термина с нозокомиальной инфекцией. После публикации A. B. Nathens et al. (1998) термин «третичный перитонит» включён в классификацию перитонитов в практические руководства [2, 3].

Исходы по лечению третичного перитонита исследуются некоторыми авторами [4, 5].

Отмечается, что «третичная микрофлора» обычно бывает представлена мультирезистентными штаммами коагулазонегативных стафилококков, энтеробактерий, псевдомонад или грибами *Candida spp.*, что характерно для нозокомиальной инфекции [2].

Установлено, что течение третичного перитонита отличается стертой клинической картиной с возможной полиорганной дисфункцией и проявлением рефрактерного к проводимой терапии эндотоксикоза [3]. Описываются различные доминирующие причины третичного перитонита: панкреанекрозы [6], перфорация с деструкцией внутренних органов [4], множественные абсцессы без или с прорывом в брюшную полость, несостоятельность швов на полых органах, перфорации острых язв [5]. Обращает на себя высокая летальность: от 63,6 до 75 % [1, 5, 6].

Нам не удалось найти публикации, содержащие патанатомическое описание брюшины при третичном перитоните. Только указывается, что из 11-ти патанатомических исследований в 3-х случаях были обнаружены абсцессы в брюшной полости. В других нескольких аутопсиях диагноз третичного перитонита был поставлен только на основании положительных бактериальных посевов [6].

Цель исследования: выяснить основную причину третичного перитонита и оценить адекватность проведенных методов оперативного лечения, осложнения, доминирующую микрофлору по материалам патанатомических исследований.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ третичного перитонита по протоколам патологоанатомических вскрытий в Новосибирской областной клинической больнице за 1984–1993 годы в наиболее трудное время для широкого выбора антибиотикотерапии. Выявлено 56 случаев третичного перитонита среди пациентов, оперированных по поводу вторичного перитонита в различных центральных районных больницах. Среди них было 60 % мужчин, 40 % женщин в возрасте от 22 до 75 лет.

Релапаротомии у этих пациентов выполнялись «по требованию» от 1-го до 6-ти раз (в среднем 2,6 раза).

Нозологические формы заболеваний, повлекшие оперативные вмешательства с последующими осложнениями, были следующими.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка — 19 наблюдений. Из них осложненная перфорацией — 8, кровотечением — 7, стенозом — 1, малигнизацией — 1, пенетрацией — 2.

Спаечная кишечная непроходимость — 10.

Острый аппендицит — 8.

Перфорация кишки — 5, из них по причине неспецифического язвенного колита — 2, опухоли тонкой кишки — 1, дивертикулита — 1, другие причины — 1.

Ущемленные грыжи — 8.

Гинекологическая патология — 4.

Другая патология — 2.

ИТОГО: 56.

Результаты. Наибольшее число наблюдений третичного перитонита связано с несостоятельностью кишечных швов на фоне, как правило, вторичного гнойного перитонита — у 34-х пациентов, что составило 60,7 %.

У 18-ти пациентов — 32 % — как продолжение вторичного гнойного перитонита по причине перфорации кишечной стенки после её устранения.

У 4-х пациентов — как продолжение вторичного гнойного перитонита, развившегося вследствие деструктивного аппендицита без перфорации — 7,14 %. Ни в одном случае на вскрытии не было обнаружено видимой причины для продолжающегося перитонита.

По характеру описания картины перитонита было выделено две группы наблюдений. В первую группу были включены 37 наблюдений с гнойным экссудатом в брюшной полости от 80 до 1500 мл (в среднем 340 мл), из которых у 13-ти (35 %) были дренажи. Средние сроки перитонита составили 29 дней. Во вторую группу (19 наблюдений) были включены случаи перитонита без гнойного выпота в брюшной полости, но с наложением фибрина на петлях кишечника — фибринозный перитонит.

Примеры патологоанатомического описания перитонита в первой группе наблюдений. В брюшной полости 300 мл желтовато-коричневой полужидкой массы с неприятным зловонным запахом, листки брюшины мутные, шероховатые с наложением гноя, фибрина. Между петлями кишок многочисленные скопления желтоватого цвета сливкообразных масс. Кроме этого встречаются многочисленные абсцессы между сальником и петлями кишок, часть сальника, включенного в стенку абсцессов, грязно-коричневого цвета. Анализ посевов: в легком рост *E. coli* + *Pr. Vulgaris*, рост из селезенки — *Pr. Vulgaris*. Это получено через 29 дней после начала вторичного гнойного процесса и через 29 дней после последней операции. Средние сроки перитонита в первой группе составили 29 дней.

Примеры патологоанатомического описания перитонита во второй группе (19 наблюдений) без гноя в животе с наложением фибрина на петлях кишечника. Брюшина гиперемирована, покрыта фибринозно-гнойным налетом, петли кишечника рыхло склеены между собой. Гистологически кишечник: сероза отечна, полнокровна, покрыта фибрином с примесью лейкоцитов. В остальных слоях стенки — полнокровие, умеренный отек подслизистой. Это через 15 дней после начала перитонита и через 4 дня после последней релапаротомии. В другом наблюдении — брюшина мутная, грязно-коричневого вида, шероховатая с фибринозно-гнойными наложениями. Желудок и кишечник умеренно вздуты. Со стороны серозы выраженный склероз, фибрин и лейкоцитарная инфильтрация. Это описание получено через 112 дней после начала вторичного гнойного перитонита и через 111 дней с момента последней операции. Во второй группе длительность вторичного и третичного перитонита составила в среднем 29,8 дня.

В посевах из брюшной полости получена следующая флора: *Proteus vulgaris* и *mirabilis* — 44 %. *Staphil. Aureus* — 38 %. *Pseud. aeruginosa* — 5,5 %, их ассоциации — 5,5 %, *Streptoc. faecalis* + *Staphyl. aureus* + *E. coli* — 7 %. Были выявлены следующие осложнения: пневмония — у 40, из них двусторонняя — у 19-ти, у 7-ми — с абсцедированием, кишечные свищи у — 28-ми, эвентрация и раны брюшной стенки у 14-ти, аррозионные кровотечения — у 9-ти, полиорганная недостаточность у большинства умерших пациентов. На вскрытии ни в одном случае не было обнаружено видимого источника перитонита.

Обсуждение результатов. В наших наблюдениях третичный перитонит развился на фоне вторичного в результате обсеменения брюшной полости нозокомиальной инфекцией. Несостоятельность кишечных швов и перфорации стенки кишки были в 93 % случаях. К моменту исследования причины были устранены.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что при пассивном дренировании брюшной полости в 35 % случаев в значительном количестве был обнаружен выпот. Как показало очень плохое состояние брюшной полости, показание к релапаротомии «по требованию» из-за стертости клиники при вялотекущих перитонитах выбрать адекватно не представилось возможным. Установлено, что лучшие результаты получены при программированной релапаротомии по сравнению с релапаротомией «по требованию» [4]. Это заставляет задуматься и искать более эффективные методы предупреждения и лечения третичного перитонита.

Выводы

1. В 93 % случаев третичный перитонит развился после устраненной несостоятельности кишечных швов или перфорации кишки, возникших на фоне вторичного гнойного перитонита.
2. Пассивное дренирование брюшной полости трубками при третичном перитоните в 35 % оказалось неэффективным.
3. Среди представленных наблюдений использовались релапаротомии «по требованию» — это заставляет задуматься о применении других методов.
4. Доминирующей инфекцией явились *Proteus vulgaris* и *mirabilis* — 44 %, *Staphil. Aureus* — 38 %.

Список литературы

1. Абдоминальный хирургический сепсис / С. Ф. Багненко, С. А. Шляпников, А. Ю. Корольков, И. С. Ефимова // В кн. : Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии. Ростов н/Д, 5–7 октября 2005. — Ростов н/Д, 2005. — С. 48.
2. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 2. — 832 с.
3. Перитонит : практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. — М. : «Литтерра», 2006. — 208 с.
4. Прудков М. И. Третичный перитонит, осложненный тяжелым абдоминальным сепсисом, хирургическое лечение / М. И. Прудков, Ф. В. Галимзянов, Т. М. Богомякова // В кн. : XI съезд хирургов Российской Федерации. Волгоград, 25–27 мая 2011. — Волгоград, 2011. — С. 547–548.
5. Рычагов Г. П. Хирургия третичного перитонита / Г. П. Рычагов, К. Н. Барсуков // В кн. : XI съезд хирургов Российской Федерации. Волгоград, 25–27 мая 2011. — Волгоград, 2011. — С. 551.
6. Nathens A. B. Tertiary Peritonitis ; Clinical Features et Complecs Nosocomial Infetion / A. B. Nathens, O. B. Rotstein, J. C. Marshal // World J. Surg. — 1998. — P. 158–163.

INCOMPETENCE OF INTESTINAL SUTURES AT SECONDARY PERITONITIS AS MAIN REASON OF TERTIARY PERITONITIS

V. V. Atamanov¹, M. S. Lyubarsky³, A. V. Yudanov^{1,2}, Y. M. Shutov¹, N. I. Zakharov¹

¹*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)*

²*SBHE NR «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital» (Novosibirsk c.)*

³*«SRI of clinical and experimental lymphology SB RAMS» (Novosibirsk c.)*

It is established in the article on the basis of retrospective analysis of 56 cases of pathanatomical researches that tertiary peritonitis in 93% of cases was caused by an incompetence of intestinal sutures and intestine perforation against secondary purulent peritonitis. About 340 ml of purulence (from 80 to 1500 ml) is found at autopsy in 37 cases in an abdominal cavity. The passive drainage of abdominal cavity with tubes was noneffective in 35%. In the second group Fibrin applying on intestinal loops on the average in 29,8 days after the last operation was made in 19 observations. Relaparotomies were carried out on demand from 1 to 6 times (on the average 2,6 times) that at the erased clinic of flaccid peritonitises raises doubts in correctness of a choice. Dominating infection were *Proteus vulgaris* and *mirabilis* — 44%, *Staphil. Aureus* — 38%.

Keywords: incompetence of intestinal suture, tertiary peritonitis, nosocomial infection, relaparotomy «on demand», passive drainage by tubes.

About authors:

Atamanov Victor Vasilyevich — doctor of medical sciences, professor of chair of faculty surgery at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office number: 8 (383) 355-39-44

Lyubarsky Mikhail Semenovich — corresponding member of the RAMS, doctor of medical sciences, professor, deputy director on scientific work at FBSE «SRI of clinical and experimental lymphology SB RAMS»», contact phone: 8 (383) 355-39-44

Yudanov Anatoly Vasilyevich — candidate of medical sciences, assistant professor of hospital and children surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», deputy chief physician at SBHE NR «Novosibirsk State Regional Clinical Hospital», chief surgeon of the Novosibirsk region, office phone: 8 (383) 346-30-66

Shutov Yury Mironovich — doctor of medical sciences, professor of faculty surgery chair of medical faculty at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», contact phone: 8 (383) 355-39-44

Zakharov Nikolay Ivanovich — doctor of medical sciences, professor of faculty surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 355-39-44

List of the Literature:

1. Abdominal surgical sepsis / S. F. Bagnenko, S. A. Shlyapnikov, A. Y. Korolkov, I. S. Yefimova // In book: International surgical congress. New technologies in surgery. Rostov-on-Don, 5-7 of October, 2005. — Rostov-on-Don, 2005. — P. 48.
2. Clinical surgery: national guidance: in 3 V. / Under the editorship of V. S. Savelyev, A. I. Kiriyyenko. — M: GEOTAR-media, 2009. — V. 2. — 832 P.
3. Peritonitis: practical guidance / Under the editorship of V. S. Savelyev, B. R. Gelfand, M. I. Filimonov. — M: «Litterra», 2006. — 208 P.
4. Prudkov M. I. Tertiary peritonitis complicated by serious abdominal sepsis, surgical treatment / M. I. Prudkov, F. V. Galimzyanov, T. M. Bogomyagkova // In book: XI congress of surgeons of the Russian Federation. Volgograd, 25-27 of May, 2011. — Volgograd, 2011. — P. 547–548.
5. Rychagov G. P. Surgery of tertiary peritonitis / G. P. Rychagov, K. N. Barsukov // In book: XI congress of surgeons of the Russian Federation. Volgograd, 25-27 of May, 2011. — Volgograd, 2011. — P. 551.
6. Nathens A. B. Tertiary Peritonitis ; Clinical Features et Complecs Nosocomial Infetion / A. B. Nathens, O. B. Rotstein, J. C. Marshal // World J. Surg. — 1998. — P. 158–163.