

Лубянский В.Г., Жариков А.Н., Власов К.Е., Кунгуров А.И.
*Алтайский государственный медицинский университет,
Алтайская краевая клиническая больница,
Алтайский краевой центр медицины катастроф,
г. Барнаул*

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Проведена оценка результатов хирургического лечения 372 пациентов с послеоперационным перитонитом, поступивших в Краевую специализированный центр гнойной хирургии. Выявлено, что его основными причинами явились несостоятельность межкишечных анастомозов – 58 (18,4 %), острые перфорации и несформированные свищи тонкой кишки – 48 (15,2 %), панкреонекроз – 34 (10,8 %), мезентериальный тромбоз с некрозом и перфорацией кишки – 26 (8,2 %). Согласно принципу «damage control surgery», на этапе оказания специализированной помощи разработана диагностика осложнений, включающая ранние программированные санации брюшной полости. При некрозе тонкой кишки, в результате мезентериального тромбоза, ущемленной грыжи или при обширном её повреждении, на этапе ЦРБ внедрен метод обструктивных резекций кишки без наложения анастомоза.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит; организация хирургического лечения; отсроченный анастомоз; программированные релапаротомии.

Lubyansky V.G., Zharikov A.N., Vlasov K.E., Kungurov A.I.
*Altai State Medical University,
Altai Regional Clinical Hospital,
Regional Center of Emergency Medicine, Barnaul*

SURGICAL CARE ORGANISATION FOR PATIENTS WITH POSTOPERATIVE GENERALIZED PERITONITIS

Surgical treatment outcomes of 372 patients with postoperative peritonitis admitted to specialized center of contaminated surgery was examined. It was revealed that the main reasons of surgery were interintestinal anastomoses failure – 58 cases (18,4 %), acute perforation and unformed intestinal fistulas – 48 (15,2 %), pancreonecrosis – 34 (10,8 %), mesenteric thrombosis accompanied by necrosis and perforated ulcer – 26 (8,2 %). According to «damage control surgery» principle while specialized medical care being delivered worked out complication diagnostics was applied, including early programmed sanitation

of the abdominal cavity. At necrosis of small intestine due to mesenteric thrombosis, strangulated hernia or extensive intestinal damage in central district hospital a method of obstructive bowel resection without anastomosis was applied.

Key words: *postoperative peritonitis; organization of surgical treatment; delayed anastomosis; programmed relaparotomy.*

Перитонит остается одним из самых частых и тяжелых осложнений в абдоминальной хирургии. Основными причинами летальности являются абдоминальный сепсис и полиорганная недостаточность [1-3]. Принципы хирургического лечения распространенного перитонита в настоящее время не претерпели существенных изменений и широко используются как хирургами ЦРБ, так и на этапе оказания специализированной помощи. Это ранняя лапаротомия, устранение причины перитонита, удаление экссудата, кишечная интубация, санация и дренирование брюшной полости [4, 5]. Однако при тяжелых формах, протекающих с явлениями полиорганной недостаточности, при грозных осложнениях возникает необходимость в многоэтапном хирургическом лечении, включающем повторные санации брюшной полости, дополнительные резекции кишечника и наложение анастомозов, формирование лапаростом с проведением адекватной антибактериальной терапии [6-9]. Осуществление этих мероприятий на этапе квалифицированной медицинской помощи в ЦРБ целесообразно вследствие ограниченного уровня кадрового и технологического потенциала районных и городских больниц. Это становится возможным только при транспортировке больных в крупные специализированные центры, владеющие современной стратегией хирургического лечения перитонита.

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения послеоперационного перитонита путем разработки технологии активного ведения больных с применением методики «damage control surgery».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на достигнутые успехи в лечении, летальность от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в Российской Федерации остается довольно высокой и в целом варьирует от 30 до 40 %. В Алтайском крае эта проблема также занимает одно из ведущих мест. Географические особенности территории края создают сложные условия в оказании экстренной медицинской помощи. С 2001 года на базе Краевой клинической больницы создан специализированный центр гнойной хирургии (Центр), где концентрируются больные из городов и районов края с абдоминальными осложнениями. За период с 2004 по 2010 гг. в Краевой специализированный центр гнойной хирургии поступили 2168 больных с осложнениями острых хирургических заболеваний.

Корреспонденцию адресовать:

ЖАРИКОВ Андрей Николаевич.

656045, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1.

Тел.: 8 (3852) 68-95-74.

E-mail: zhar67@mail.ru

Из всех поступивших, у 372 больных (17,2 %) при поступлении диагностирован распространенный перитонит. Из них, первично оперированы в ЦРБ края и были вывезены с послеоперационным перитонитом 316 человек (84,9 %). Не оперированы на первичных этапах 56 пациентов (15,1 %). Мужчин было 233 (62,6 %), женщин — 139 (37,4 %). Средний возраст составил $46,1 \pm 0,8$ лет. Структура больных представлена в таблице 1.

Количество экстренных операций на этапах лечения в городских и районных больницах у одного больного варьировало от 1 до 5 ($1,6 \pm 0,04$). В большинстве случаев послеоперационный перитонит развился после операций на кишечнике — 128 (39,9 %), из них 90 вмешательств (28 %) были выполнены на тонкой кишке и 38 (11,9 %) — на толстой кишке. Наиболее частой операцией при патологии тонкой кишки у 42 больных явилась ее резекция. 50 наблюдений (15,6 %) составили пациенты после резекций желудка, гастрэктомии, ушивания перфоративных или прошивания кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки. У 24 больных (7,5 %) предыдущее оперативное вмешательство носило лишь характер диагностической лапаротомии. Наконец, в 25 случаях (7,9 %) мы больных повторно не оперировали, ограничившись лишь проведением интенсивного консервативного лечения при наличии у них только признаков системной воспалительной реакции и отсутствии явлений послеоперационного перитонита.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программ Microsoft Office Excel 2010, Statistica 6.0. Результаты исследования оценивались методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента (t).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проведен анализ осложнений при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Учитывая, что 33,9 % осложнений у поступивших в клинику больных возникли в результате нарушения целостности стенки тонкой кишки и были обусловлены в основном одиночными или множественными перфорациями тонкой кишки — 33 (10,4 %), несостоятельностью швов и анастомозов — 31 (9,8 %), мезентериальным тромбозом с некрозом тонкой кишки — 26 (8,2 %), несформированными тонкокишечными свищами — 15 (4,8 %), несостоятельностью энтеростомы — 2 (0,6 %), появилась необходимость в активном подходе к диагностике течения послеоперационного периода с применением ранних санаций брюшной полости. Кроме того, в рамках концепции «damage control surgery» была разработана тактика отсроченного межкишечного анастомозирования.

Для решения поставленных задач мы сформировали группы больных (табл. 2), которые были со-

Таблица 1
Этиология послеоперационного перитонита

Заболевание	Число больных	%	Умерло	%
Травмы органов брюшной полости	63	16,9	15	23,8
Хроническая язва желудка и ДПК	48	12,9	17	35,4
Тубоовариальная опухоль	41	11,0	3	7,3
Панкреонекроз	41	11,0	19	46,3
Острая спаечная кишечная непроходимость	38	10,2	6	15,8
Острый аппендицит	26	7,0	2	7,7
Мезентериальный тромбоз	27	7,3	15	55,6
Острая перфорация тонкой кишки	26	7,0	12	46,2
Ущемленная грыжа	16	4,3	4	25,0
Дивертикулез толстой кишки	12	3,2	1	8,3
Острый холецистит	11	3,0	5	45,5
Опухоль толстой кишки	8	2,2	2	25,0
Без уточненного первичного очага	6	1,6	-	-
Аденома простаты, острая задержка мочи	4	1,1	2	50,0
Заворот, инвагинация тонкой кишки	3	0,8	1	33,3
Химический ожог тощей кишки	2	0,5	-	-
Всего:	372	100	104	28,0

поставимы по полу, возрасту, полу, срокам заболевания, этиологии перитонита. С целью объективной оценки тяжести состояния и определения вероятности исхода хирургического лечения была применена интегральная шкала АРАСНЕ II. Тяжесть послеоперационного перитонита оценивалась с использованием Мангеймского индекса перитонита (МИП) и Индекса брюшной полости (ИБП).

Первую группу составили 55 пациентов с послеоперационным перитонитом по данным ретроспективного анализа историй болезни. В ходе первой реоперации им было выполнено первичное межкишечное анастомозирование. Во вторую группу вошли 45 больных, имевших значительно большую степень токсемии по АРАСНЕ II, с более тяжелыми индексами перитонита. Им проводилась активная хирургическая тактика с многоэтапным хирургическим лечением.

Учитывая высокий риск наложения первичного межкишечного анастомоза во время первой программированной санации брюшной полости, мы применили резекцию пораженного участка кишки с формированием культи тонкой кишки (рис.) с трансназальным дренированием её приводящих отделов без наложения энтеростомы или анастомоза (обструктивная резекция).

Через 48 часов выполнялась релапаротомия «по программе» с оценкой инфильтрации, воспаления, степени фибриновых наложений, количества и характера перитонеального экссудата. При купировании явлений перитонита, стабилизации состояния больного накладывался отсроченный межкишечный анастомоз по типу «бок в бок» или «конец в конец».

В дальнейшем проведена оценка послеоперационного периода в группах. У 29 больных 1 группы потребовалось проведение дополнительных санаций брюшной полости (релапаротомии «по требованию») вследствие возникших осложнений. Они были связаны с повторными острыми перфорациями тонкой или правой половины ободочной кишки у 10 больных (34,5 %), продолжающимся перитонитом у 11 (37,9 %), несостоятельностью швов анастомоза у 3 (10,3 %), формированием абсцессов брюшной полости у 5 больных (17,2 %). Несмотря на проводимое лечение, в этой группе умерли 17 больных (30,9 %). Среднее количество программированных санаций с отсроченным анастомозированием во 2 группе больных составило $1,65 \pm 0,2$. 25 пациентам (55,6 %) после наложения соустья дальнейших санаций брюшной полости не потребовалось. У 11 (24,4 %) проведена 1 дополнительная санация в связи с возникшими острыми перфорациями на различных участках тонкой кишки. Несмотря на проводимое лечение, умерли 13 больных (28,9 %). Это несколько меньше, чем в 1 группе ($p = 0,546$). Однако различие между двумя группами в показателях летальности объясняется более

Сведения об авторах:

ЛУБЯНСКИЙ Владимир Григорьевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Барнаул, Россия. E-mail: lvg1@mail.ru

ЖАРИКОВ Андрей Николаевич, канд. мед. наук, ассистент, кафедра госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Барнаул, Россия. E-mail: zhar67@mail.ru

ВЛАСОВ Константин Евгеньевич, врач-хирург, зав. отделением гнойной хирургии, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Барнаул, Россия. E-mail: alt-hospital.ru

КУНГУРОВ Александр Иванович, врач-хирург, зав. отделением экстренной и консультативной медицинской помощи, КГУЗ «Краевой центр медицины катастроф», г. Барнаул, Россия. E-mail: altmc@ab.ru

Information about authors:

LUBYANSKY Vladimir Grigoryevich, doctor of medical sciences, professor, head of hospital surgery chair, Altai State Medical University, Barnaul, Russia. E-mail: lvg1@mail.ru

ZHARIKOV Andrey Nikolaevich, candidate of medical sciences, assistant, hospital surgery chair, Altai State Medical University, Barnaul, Russia. E-mail: zhar67@mail.ru

VLASOV Konstantin Evgenyevich, surgeon, head of contaminated surgery department, Altai Regional Clinical Hospital, Barnaul, Russia. E-mail: alt-hospital.ru

KUNGUROV Alexander Ivanovich, surgeon, head of the department of emergency and medical assistance advisory, Regional Center of Emergency Medicine, Barnaul, Russia. E-mail: altmc@ab.ru

Таблица 2
Группы больных с послеоперационным перитонитом

Показатель	Больные (n = 100)		p
	1 группа (n = 55)	2 группа (n = 45)	
АРАСНЕ II (баллы)	12-15 (11,9 ± 0,2)	16-23 (18,8 ± 0,7)	= 0,00459
Мангеймский индекс перитонита (MPI) (баллы)	18,1 ± 1,0	22,5 ± 0,5	= 0,145
Индекс брюшной полости (ИБП) (баллы)	17,9 ± 0,7	21,9 ± 1,4	= 0,378
Количество повторных санаций	2,6 ± 0,3	1,65 ± 0,2	= 0,491
Летальность	17 (30 %)	13 (28,9 %)	= 0,546

Примечание: p - значимость различий.

тяжелым состоянием пациентов 2 группы, где интегральные баллы по шкале АРАСНЕ II, МИП, ИБП были значительно выше. Больше половины летальных исходов (56,3 %) пришлось на больных с мезентериальным тромбозом.

С 2006 года метод обструктивных резекций тонкой кишки используется при оказании экстренной хирургической помощи больным с перитонитом на этапе лечения в х/о ЦРБ и городских больниц Алтайского края.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В системе оказания хирургической помощи больным с распространенным перитонитом необходимо

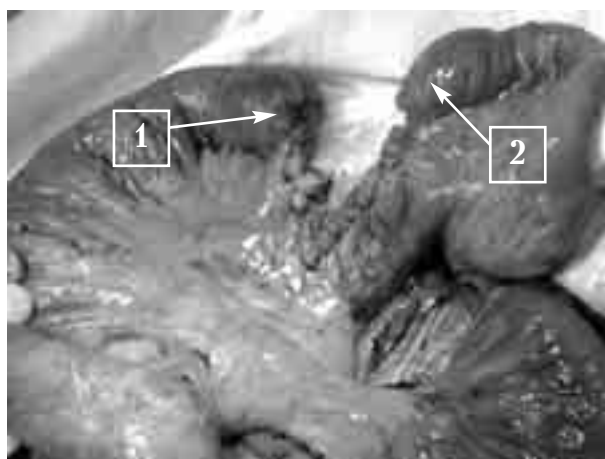
ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские национальные рекомендации /отв. ред. В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд. – М., 2011. – 99 с.
2. Григорьев, Е.Г. Хирургия распространенного гнойного перитонита /Е.Г. Григорьев, А.С. Коган, С.А. Колмаков //Бюл. СО РАМН. – 2001. – № 2(100). – С. 9-11.
3. Чернов, В.Н. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространённом гнойном перитоните /В.Н. Чернов, Б.М. Белик, Х.Ш. Пшуков //Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 47-50.
4. Шуркалин, Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита /Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский //Хирургия. – 2007. – № 2. – С. 24-28.
5. Прудков, М.И. Хирургическое лечение распространенного перитонита /М.И. Прудков, О.В. Киршина, А.В. Токарев //Матер. 11 съезда хирургов РФ. – Волгоград, 2011. – С. 548.
6. Программированные релапаротомии в лечении распространенного перитонита, варианты тактических решений /В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. //Инфекции в хирургии. – 2009. – № 4. – С. 26-31.
7. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis /B. Lamme, M.A. Boermeester, E.J. Belt et al. //Br. J. Surg. – 2004. – V. 91. – P. 1046-1054.
8. Формирование энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита и повышенного внутрибрюшного давления /В.Ф. Зубрицкий, И.С. Осипов, А.Л. Левчук и др. //Вестн. Национ. медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2010. – Т. 5, № 2. – С.14-17.
9. Гельфанд, Е.Б. Антибактериальная терапия абдоминальных хирургических инфекций /Е.Б. Гельфанд, С.З. Бурневич, Т.Б. Бражник //РМЖ. – 2002. – № 8. – С. 400-405.

Рисунок

Обструктивная резекция тонкой кишки

1 - культи приводящего отдела тонкой кишки,
2 - культи отводящего отдела тонкой кишки



внедрение современного активного подхода, укладываемого в позицию «damage control surgery», который включает частые санации еще до возникновения повторных перфораций и несформированных кишечных свищей, проявляющихся яркой клинической картиной. Наряду с этим, выполнение на этапе ЦРБ обструктивных резекций без наложения анастомоза позволяет транспортировать больного в специализированный центр до развития осложнений и контролировать ситуацию в брюшной полости и время наложения соустья.