

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.381-002-089.11

П.Н.Зубарев, Н.М.Врублевский, В.Н.Данилин

СПОСОБЫ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. П. Н.Зубарев) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 442-й ОВКГ им. З.П. Соловьева Ленинградского военного округа (нач. — д-р мед. наук В.В.Лютов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: лапаростомия, разлитой гнойный перитонит, лапароскопия.

Введение. В структуре хирургических заболеваний перитонит занимает одно из ведущих мест. Острые хирургические заболевания брюшной полости и травмы в 15–25% осложняются перитонитом [1, 4, 5]. Несмотря на значительные успехи современной медицины, внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий, высокоэффективных антибактериальных и антисептических препаратов летальность при распространенном перитоните составляет, по данным большинства авторов [3, 7, 8], от 20 до 40%. В связи с этим следует признать, что перитонит остается актуальной проблемой современной медицины.

Основные принципы лечения перитонита в настоящее время считаются общепризнанными. Лечение должно быть комплексным. Необходимо раннее устранение источника перитонита, обеспечение оттока гноя из брюшной полости, антибактериальная терапия, мобилизация защитных сил организма, дезинтоксикация.

Однократная санация, даже самая тщательная, не позволяет промыть все отделы брюшной полости. Поэтому появляется необходимость применения методов выведения патогенной микрофлоры из брюшной полости в послеоперационном периоде: оперативное вмешательство завершают временным закрытием передней брюшной стенки. К краям операционной раны подшивается «застежка-молния» с разъемными краями, края лапаротомной раны фиксируют аппаратом для временного сведения краев раны, наложением швов на кожу и подкожную клетчатку без ушивания брюшины и мышечно-апоневротического слоя с целью декомпрессии полости брюшины в условиях пареза кишечника. Повторную санацию проводят через 24 или 48 ч в зависимости от выраженности перитонеальных проявлений и общего состояния больного

[2, 6]. Окончательно брюшную полость зашивают только после ликвидации перитонита. В основном рекомендуется производить систематические ревизии брюшной полости каждые 24–48 ч, не дожидаясь развития осложнений [3, 8].

Вместе с тем, существует и противоположная точка зрения относительно полезности применения программированных санаций при лечении разлитого гнойного перитонита. В отдельных работах высказывается негативное отношение к методу, авторы призывают к сдержанности, осторожности и рекомендуют его применение только у отдельных пациентов в качестве «операции отчаяния» [6, 7].

Широкое внедрение лапароскопических манипуляций в ургентной хирургии на органах брюшной полости, накопленный опыт в отечественной и зарубежной практике, отраженный в литературе, позволил использовать видеолaparоскопию не только при диагностике, но и как самостоятельный способ лечения разлитого перитонита [8]. По мнению авторов [1, 4], выполнение видеолaparоскопических операций невозможно у больных с множественными, массивными фибринозными наложениями на брюшине, наличием желеобразного экссудата в межпетлевых пространствах, выраженной паралитической непроходимостью и отеком стенки тонкой кишки, что требует выполнение назоинтестинальной интубации.

Противоречивость данных литературы в оценке выбора хирургической тактики при лечении разлитого гнойного перитонита вызвала необходимость провести сравнительную клиническую характеристику эффективности лечения полуклассическим, открытым и лапароскопическим способами пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными разлитым гнойным перитонитом.

Материал и методы. Проведены проспективный и ретроспективный анализы обследования и лечения

Таблица 1

Основные причины перитонита

Причины перитонита	Лапаростома с ревизиями брюшной полости	Традиционно (закрытый метод лечения с дренированием брюшной полости)	Лапароскопический метод лечения
Острая кишечная непроходимость	4 (1)	5 (2)	–
Несостоятельность кишечного анастомоза	4 (2)	2 (2)	–
Панкреонекроз	6 (2)	8 (4)	2
Перфоративный аппендицит	3 (0)	28 (0)	–
Перфорация нагноившейся кисты поджелудочной железы	3 (0)	1 (0)	2
Тромбоз мезентериальных сосудов	3 (1)	2 (2)	–
Перфорация кишки	12 (7)	31 (19)	–
Травма живота	8 (1)	2 (1)	4
Всего	43 (14)	79 (30)	8

Примечание. В скобках — число умерших.

130 больных с разлитым гнойным перитонитом в группах с использованием лапаростомии с программированными санациями брюшной полости, лапароскопии и традиционный метод лечения.

Причинами перитонита были такие исходные заболевания, которые сами по себе могли привести к летальному исходу (табл. 1). В исследуемые группы были включены больные, состояние которых характеризовалось особой тяжестью, распространенностью патологического процесса по брюшине и степенью ее загрязнения.

Среди пациентов было 122 (93,4%) мужчин и 8 (6,6%) женщин в возрасте от 17 до 90 лет. Подавляющую часть из них составила наиболее трудоспособная группа от 18 до 59 лет, которая представлена 75 (61,5%) пациентами. Людей возрастной группы старше 60 лет было 45 (36,9%). На долю больных старшей возрастной группы приходится наибольшая часть выявленной сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. 1-ю группу составили 45 (33%) больных, которым было выполнено открытое лечение перитонита. Суть его заключается в следующем. После завершения операции осуществляли временное закрытие передней брюшной стенки одним из способов: наложением узловых швов на кожу и подкожную клетчатку без ушивания брюшины и мышечно-апоневротического слоя — у 20 (46,5%) человек, к краям операционной раны подшивали «застеж-

ку-молнию» длиной 30–40 см с разъемными краями — у 11 (25%), края лапаротомной раны фиксировали аппаратом для временного сведения краев раны — у 12 (27,9%).

В послеоперационном периоде проводили плановые этапные санации брюшной полости до стихания явлений перитонита, после чего срединную лапаротомную рану зашивали окончательно.

Во 2-ю группу вошли 79 (60,7%) больных, у которых оперативное вмешательство было закончено дренированием брюшной полости различными видами дренажей через проколы передней брюшной стенки в подвздошных областях и подреберьях, а срединную рану зашивали наглухо. Это так называемый закрытый способ хирургического лечения перитонита.

В 3-ю группу вошли 8 (6,9%) больных, у которых оперативное вмешательство было закончено видеолaparоскопическим методом и дренированием малого таза.

Прогноз исхода и тяжести течения перитонита во время операции определяли с помощью Мангеймского индекса перитонита (МИП). Данные представлены в табл. 2.

Большую часть пациентов — 28 (65,1%), оперированных методом лапаростомии с про-

Таблица 2

Результаты лечения больных с разлитым гнойным перитонитом

Число баллов	Лапаростома		Традиционно		Лапароскопия	
	Число больных	Летальность, абс. число (%)	Число больных	Летальность, абс. число (%)	Число больных	Летальность (%)
0–20	15	2 (13,3)	43	6 (14)	8	–
21–29	22	8 (36,3)	20	8 (36,4)	–	–
30 и более	6	4 (66)	16	16 (100)	–	–
Всего	43	14 (32,5)	79	30 (40)	8	–

граммированными санациями брюшной полости, составили больные с показателями МИП 21–29 и более 30 баллов, что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе течения перитонита и его исходе. У 15 (34,9%) пациентов прогноз течения перитонита расценивался как благоприятный при МИП от 0 до 20 баллов.

Больные, оперированные традиционным методом, распределились следующим образом: показатели МИП 21–29 и более 30 баллов отмечены у 36 (45,6%) пациентов, у 43 (54,4%) — от 0 до 20 баллов.

По характеру патологического экссудата в 1-й группе преобладали фибринозно-гнойный выпот — 17 (39,5%) больных. У них находили мутный выпот с примесью большого количества фибрина. Париеальная и висцеральная брюшина при этом была резко отечна, тусклая, местами гиперемирована с петехиальными кровоизлияниями. Фибриновые наложения были плотными, трудно снимаемые с брюшины и часто способствовали образованию межпетлевых абсцессов, что свидетельствовало о длительном течении воспалительного процесса в брюшной полости. Каловый экссудат выявлен у 11 (25,6%) больных. Изменения в брюшной полости были аналогичные, как и при фибринозно-гнойном перитоните, однако всегда имелись каловые массы. Эту группу составили в основном больные с заболеваниями ободочной кишки. Серозно-фибринозный выпот выявлен у 10 (23,3%) пациентов.

Во 2-й группе пациентов — у 55 (70%) — имелся серозно-фибринозный патологический экссудат в брюшной полости. У 12 (15,2%) пациентов имелся фибринозно-гнойный патологический экссудат в брюшной полости. Изменения париеальной и висцеральной брюшины у них были менее выраженными и фибриновые наложения меньше. Лишь у 3 (3,8%) пациентов выявлен каловый характер выпота.

В 3-й группе пациентов у 6 (75%) имелся серозно-фибринозный патологический экссудат в брюшной полости и 2 (25%) больных — геморрагический выпот, источником перитонита послужил панкреонекроз.

При анализе микробного пейзажа перитонеального экссудата выявляли преобладание аэробных и факультативно-анаэробных культур микроорганизмов, в первую очередь кишечной палочки, которая встречается у подавляющего числа больных с разлитым перитонитом. Следует отметить, что всегда в исследуемом патологическом экссудате из брюшной полости имелось сочетание нескольких видов микроорганизмов.

При наличии разлитого гнойного перитонита, с высокой степенью бактериальной обсеменённости инфекционный процесс приобретал агрессивный

характер, была велика опасность прогрессирования перитонита. Наиболее эффективным способом борьбы с этой тяжёлой формой абдоминальной инфекции является открытый метод лечения с многократными ревизиями и санациями брюшной полости. При открытом лечении перитонита детоксикационный эффект метода был выраженным уже в 1-е сутки послеоперационного периода. В это время наблюдалось обильное отхождение перитонеального экссудата через открытую рану в повязку, снижалась температура тела, нормализовалось дыхание, исчезали или значительно уменьшались цианоз кожного покрова, прояснялось сознание. Уже на первой этапной санации при этом отмечалась явная положительная динамика в местном течении перитонита. При ревизии в брюшной полости находили незначительное количество экссудата, фибрина. Отек, гиперемия и инфильтрация брюшины и кишечника уменьшались. Программные санации брюшной полости включали в себя ревизию органов брюшной полости, удаление гнойного экссудата и вскрытие межкишечных абсцессов, удаление пленок фибрина, укреплялась линия швов анастомозов, выводили кишечные стомы или проводили другую хирургическую коррекцию осложнений перитонита. В заключение выполняли тщательную санацию брюшной полости. Окончательное закрытие брюшной полости осуществляли на 5–10-е сутки. Чаще применяли ушивание передней брюшной стенки лавсановыми швами через все слои. При большом диастазе краев раны использовали спицы по описанной нами методике, за которые проводили поэтапное сближение краев раны. Эффективность программных санаций оценивали по динамике санации экссудата в брюшной полости и по появлению грануляций. Грануляции активно образовывались сразу после очищения брюшной полости от фибрина и при отсутствии гнойного экссудата.

Критериями окончания программных санаций брюшной полости и закрытия срединной раны являлись: нормализация температуры тела больного, стабилизация показателей — критериев эндотоксикоза, нормализация лейкоцитарной формулы крови, восстановление активной перистальтики кишечника, отсутствие гнойного отделяемого в брюшной полости, появление грануляционной ткани в ране и очищение петель кишечника от фибриновых наложений.

Лапароскопический метод выполнения операций при разлитом перитоните с низкой степенью бактериальной контаминации брюшной полости оказался эффективным и безопасным методом. Производили ревизию брюшной полости и ликвидацию источника перитонита либо санацию брюшной полости. По окончании операции

выполняли дренирование полихлорвиниловыми дренажами брюшной полости, при необходимости производили дренирование желчного пузыря, сальниковой сумки. В последующем по показаниям выполняли санационные лапароскопии. Но использование этого метода имело существенные ограничения, связанные со степенью воспалительных изменений брюшной полости и невозможностью его у больных с множественными, массивными фибринозными наложениями на брюшине, наличием желеобразного экссудата в межпетлевых пространствах, выраженной паралитической непроходимостью и отеком стенки тонкой кишки, что требовало выполнения назоинтестинальной интубации.

Частота послеоперационных гнойных осложнений в виде нагноения послеоперационной раны составила 12,5%, внутрибрюшные осложнения в виде кишечных свищей, межкишечных абсцессов, прогрессирования перитонита — 9,3% и полиорганная недостаточность — 53%.

Общая летальность составила 35%. Основная причина летальности при разлитом гнойном перитоните — прогрессирование полиорганной недостаточности, даже уже при купированных явлениях перитонита. Высокая летальность при программированных санациях брюшной полости иногда обусловлена неадекватной оценкой интраоперационных признаков перитонита при первичной операции и ошибочным выбором метода лечения перитонита, переход к открытому способу ведения перитонита в запущенных случаях.

Сравнительный анализ интраоперационных находок, послеоперационного течения болезни, клинических, лабораторных данных, характера и тяжести осложнения и исходов заболевания позволил нам обосновать следующие главные положения.

Лапароскопический метод применим тогда, когда требуется верификация перитонита, подтверждение его распространенности. Как самостоятельный вариант операции при разлитом перитоните он приемлем при абсолютной уверенности в полноценности санации брюшной полости, серозном и серозно-фибринозном перитоните, неизменной тонкой кишке, когда МИП не больше 10 баллов.

Традиционный, закрытый, метод лечения перитонита показан при выраженных перитонеальных проявлениях со стороны брюшной полости, МИП не больше 20 баллов, высокой степени бактериальной контаминации брюшины до 10^5 КОЕ.

Выводы. 1. На основании вышеприведенного материала, определение хирургической тактики завершения операции с учётом характера и распространённости перитонита себя оправдывает.

2. Метод лапаростомии с программными санациями брюшной полости у больных с токсической и терминальной фазами разлитого гнойного перитонита является эффективным способом лечения, позволяющим добиваться снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности при данной патологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдулжалилов М.К. Пути повышения эффективности назоинтестинального дренирования у больных с кишечной непроходимостью и перитонитом // Хирургия.—2003.—№ 4.—С. 39–42.
2. Альперович Б.И., Барабаш В.И. Способ наложения управляемой лапаростомии при распространенном перитоните // Бюлл. Сибирск. мед.—2003.—№ 2.—С. 69–71.
3. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита // Хирургия.—2003.—№ 8.—С. 56–59.
4. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита // Consilium medicum.—2003.—№ 6.—С. 337–341.
5. Закиров Д.Б., Ступин В.А., Александрова Е.Г. и др. Сравнительная эффективность методов завершения операций при разлитом перитоните // Рос. мед. журн.—2003.—№ 4.—С. 19–24.
6. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Биряльцев В.Н., Тагиров М.Р. Новые подходы к лечению разлитого перитонита // Казанск. мед. журн.—2003.—№ 6.—С. 424–428.
7. Чернов В.Н., Белик Б.М., Пшуков Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните // Хирургия.—2004.—№ 3.—С. 47–50.
8. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., Глушков П.С. Послеоперационные осложнения у больных с перитонитом // Хирургия.—2003.—№ 4.—С. 32–35.

Поступила в редакцию 24.03.2008 г.

P.N.Zubarev, N.M.Vrublevsky, V.N.Danilin

METHODS OF COMPLETING THE OPERATION FOR PERITONITIS

An experience with treatment of diffuse purulent peritonitis for acute diseases of organs of the abdominal cavity is described. An analysis of examinations and treatment of 130 patients with diffuse purulent peritonitis was made in groups of patients where the method of laparostomy with programmed sanitations of the abdominal cavity and the methods of laparoscopy and traditional treatment were used. The method of laparostomy with programmed sanitations of the abdominal cavity in patients with toxic and terminal phases of diffuse purulent peritonitis is an effective method of treatment resulting in less frequency of postoperative complications and lethality of patients with this pathology.