
И.Ф. ШИШЛО

ТИПИЧНЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ И ИСХОД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск,
Республика Беларусь

Цель. Изучить летальность при перитоните после абдоминальных онкологических операций и определить основные причины различного исхода послеоперационного перитонита.

Материал и методы. В исследование включено 125 пациентов с послеоперационным перитонитом, развившимся после полостных онкологических операций, изучена госпитальная летальность и причины различного исхода осложнения. Вмешательства по поводу перитонита stratифицированы на радикальные и нерадикальные операции.

Результаты. Исход перитонита определялся локализацией опухоли, видом онкологической операции, непосредственной причиной осложнения и возможностями ликвидации инфекции. У 42,4% больных хирургическая санация выполнена нерадикально. Летальность при нерадикальном устранивании очага перитонита была выше ($p < 0,001$), чем при радикальной санации. Наиболее частыми причинами перитонита, не поддающегося радикальной хирургической коррекции, являлись инфицированный панкреонекроз и несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза.

Заключение. Своевременная диагностика послеоперационного перитонита и адекватно выполненное saniрующее вмешательство позволяет повысить удельный вес радикальных санаций и тем самым улучшить непосредственные результаты лечения при абдоминальной онкологической патологии.

Ключевые слова: онкологические больные, послеоперационный перитонит, радикализм хирургической санации, летальность

Objectives. To study the lethality rate in case of peritonitis after the abdominal oncologic surgeries and to determine main causes of different outcomes of the postoperative peritonitis.

Methods. 125 patients with the postoperative peritonitis developed after abdominal surgeries were included in the investigation; the lethality rate and causes of different outcomes of a complication were studied. The interventions because of peritonitis are stratified into radical and non-radical surgeries.

Results. Peritonitis outcome is determined by the tumor localization, kind of oncologic surgery, direct cause of a complication and possibilities to eliminate the infection. In 42, 4% of the patients a surgical sanitation was non- radical one. The lethality rate at non-radical elimination of the peritonitis focus was higher ($p < 0,001$) than at radical sanitation. More frequent causes of peritonitis which can't be corrected by means of radical surgery were infected pancreatonecrosis and esophageal-intestinal anastomosis failure.

Conclusion. Timely diagnostics of the postoperative peritonitis and adequately performed sanitation intervention permit to increase specific gravity of all radical sanitations and thus to improve direct results of treatment at the abdominal oncologic pathology.

Keywords: oncologic patients, postoperative peritonitis, radicalism of surgical sanitation, lethality rate

Введение

Проблема распространённого вторичного перитонита и в нынешнем столетии остаётся одной из актуальных в абдоми-

нальной хирургии, так как ни совершенствование методов диагностики, ни применение новых подходов в лечении не привели к заметному снижению летальности [1, 2, 3, 4].

Общепризнанными задачами хирургического лечения перитонита и абдоминального сепсиса, наряду с интраоперационной санацией брюшины и адекватным дренированием тонкой кишки, является радикальное устранение источника деструктивно-воспалительного процесса [2, 5, 6, 7, 8, 9]. Типичным недостатком вмешательства, предпринятого по поводу перитонита, является неадекватная санация брюшной полости и источника инфекции [10], в то время как исход заболевания во многом определяется качеством хирургической санации. В большей степени это относится к послеоперационному перитониту (ПП), латентное развитие и поздняя диагностика которого приводят к тому, что операция часто предпринимается с опозданием, когда радикально санировать очаг инфекции не всегда представляется возможным. Нерадикальные операции по поводу перитонита составляют от 17% до 47%, а послеоперационная летальность при этом достигает 60 – 80% и выше [7, 11, 12]. Изучение причин, неблагоприятно сказывающихся на исходе ПП, а также возможностей по их предотвращению является актуальным направлением клинических исследований в абдоминальной хирургии.

Цель исследования – изучить летальность при перитоните после типичных абдоминальных онкологических операций и определить причины различного исхода ПП.

Материал и методы

В исследование включено 125 пациентов онкологического профиля с ПП, находившихся в стационаре центра в период с 2000 г. по 2008 г. включительно. Средний возраст пациентов составил 61,6 года, возрастной диапазон 35 – 86 лет. Во всех случаях перитонит развивался после полостных онкологических операций. В зависимости от локализации первичной опухоли

пациенты разделены на 3 подгруппы. Первая – 60 пациентов с локализацией опухоли в верхних отделах ЖКТ, соответственно им выполнялись операции на проксимальных отделах ЖКТ. Вторая – 32 пациента с локализацией опухоли в толстой кишке, они оперированы на дистальных отделах кишечника. Третья – 33 пациента с локализацией опухоли в малом тазу после полостных гинекологических и/или урологических вмешательств.

Хирургические вмешательства по поводу перитонита в зависимости от степени устранения источника внутрибрюшного инфицирования разделены на радикальные и нерадикальные санации. За радикальную санацию источника перитонита принята полная ликвидация очага внутрибрюшной инфекции с резекцией поражённого участка желудочно-кишечного и/или мочевого тракта с предотвращением дальнейшего поступления патологического содержимого в свободную брюшную полость с помощью ушивания дефекта полого органа, формирования анастомозов, стом для отведения потока химуса, кишечного, мочевого или иного содержимого. Обязательным условием радикальности санирующей операции являлся лаваж брюшины до чистых промывных вод с удалением фибринозного налёта, а также адекватное дренирование брюшной полости, при явлениях вторичной кишечной непроходимости – декомпрессия и интубация кишечника. Нерадикальной санацией считалась такая операция, когда очаг внутрибрюшной инфекции был устранён не в полной мере, но при этом создан адекватный контроль над ним, или было выполнено только дренирование брюшной полости без адекватного контроля над источником перитонита. К нерадикальному вмешательству также отнесены случаи лечения перитонита, когда не представлялось возможным радикально санировать источник инфекции и брюшную по-

лость ввиду запоздалой диагностики осложнения, а релапаротомия при этом обычно заканчивалась дренированием и тампонированием брюшной полости без резекции органов, являющихся источником инфекции.

Сравнение частот показателей летальности в подгруппах пациентов и в зависимости от радикализма санирующей операции осуществлялось с помощью теста Кохрейна-Ханцель-Мантеля. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Пациентам с перитонитом, развившимся после вмешательств на проксимальных отделах ЖКТ ($n=60$), были проведены операции по поводу злокачественных опухолей желудка у 52 (86,7%), поджелудочной железы у 6 (10,0%), тонкого кишечника у 2 (3,3%) человек. На этих участках пищеварительной трубки выполнялся реконструктивный этап операции с формированием основных анастомозов на абдоминальном сегменте пищевода у 40 (66,7%), желудке у 12 (20,0%), тонкой кишке у 2 (3,3%), желчном и панкреатическом протоках у 6 (11,6%) пациентов. Это были типичные онкологические операции: такие, как гастрэктомия – у 34 (56,7%), экстирпация резецированного желудка – у 6 (10,0%), субтотальная резекция желудка – у 12 (20,0%), гастропанкреатодуоденальная резекция – у 6 (10,0%), резекция тощей кишки – у 2 (3,3%) пациентов. При ПП у пациентов, оперированных по поводу опухолей гастроэнтерологической локализации, отмечена самая высокая летальность, которая составила 51,7% (31/60). Гастрэктомия, включая экстирпацию резецированного желудка, являлась наиболее частым вмешательством, с которым ассоциировалось развитие ПП, составляя 32,0% (40/125) от общего числа операций после которых развился перитонит с ле-

тальностью 55,0% (22/40). Летальность при перитоните после субтотальной дистальной резекции желудка, как и после панкреатодуоденальной резекции, составила 50,0%.

У пациентов колопроктологического профиля ($n=32$) рак ободочной кишки был диагностирован у 22 (68,8%), рак прямой кишки – у 10 (31,2%) человек. По этому поводу выполнялись операции на ободочной и прямой кишке. Правосторонняя гемиколонэктомия у 7 (21,8%), левосторонняя гемиколонэктомия у 6 (18,8%), чрезбрюшная и брюшно-анальная резекция у 8 (25,0%); резекция поперечно-ободочной и сигмовидной кишок у 7 (21,8%), экстирпация прямой кишки у 2 (6,3%), субтотальная колэктомия у 1 (3,1%), эвисцерация органов малого таза у 1 (2,3%) пациентов. Летальность при перитоните после вмешательств на толстой кишке составила 28,1% (9/32) и не различалась при поражении ободочной – 28,6% (6/21) и прямой кишок – 27,3% (3/11); $p > 0,1$.

По локализации опухоли в тазу в отдельную подгруппу объединены пациенты, перитонит у которых развился после хирургического лечения злокачественных новообразований внутренних гениталий и мочевых путей ($n=33$). Рак мочевого пузыря диагностирован у 23 (69,7%), рак мочеочника у 2 (6,1%), рак тела и рак шейки матки у 3 (9,1%), опухоли яичников у 5 (15,2%) пациентов. Соответственно этим пациентам выполнены операции: цистэктомия или цистпростатэктомия с разными вариантами деривации мочи у 24 (72,7%), гистерэктомия у 4 (12,1%), расширенная гистерэктомия (операция Вертгейма) у 2 (6,1%), овариэктомия у 2 (6,1%), резекция сигмовидной кишки у одного (3,0%) человека. Общая летальность при перитоните после типичных оперативных вмешательств составила 33,3% (11/33) и не различалась в зависимости от гинекологического или урологического профиля пациентов: при опухолях внутренних гениталий – 37,5% (3/8), при

Таблица 1

Летальность при ПП после абдоминальных онкологических операций

Название, локализация, профиль онкологической операции	Число пациентов	Летальность, абс. число (%)
Операции на проксимальных отделах ЖКТ (гастроэнтерологические)		
Гастрэктомия, экстирпация резецированного желудка	40	22 (55,0)
Субтотальная дистальная резекция желудка	12	6 (50,0)
Гастропанкреатодуоденальная резекция	6	3 (50,0)
Резекция тощей кишки	2	0
Злокачественное поражение желудка	52	28 (53,8)
Опухоли панкреато-дуоденальной зоны	5	3 (60,0)
Опухоли тонкой кишки	3	0
Всего	60	31 (51,7)
Операции на дистальных отделах кишечника (колопроктологические)		
Злокачественное поражение ободочной кишки	21	6 (28,6)
Рак прямой кишки и ректосигмоидного соединения	11	3 (27,3)
Всего	32	9 (28,1)
Операции на органах малого таза (онкогинекологические/урологические)		
Опухоли внутренних гениталий (яичников, тела и шейки матки)	8	3 (25,9)
Опухоли мочевых путей (рак мочевого пузыря и мочеточников)	25	8 (32,0)
Всего	33	11 (33,3)

поражении мочевых путей – 32,0% (8/25) ($p>0,1$).

Летальность при ПП после типичных онкологических операций в зависимости от локализации первичной опухоли представлена в таблице 1.

Исход ПП у онкологических больных во многом определялся качеством хирургической санации брюшины и ликвидацией источника инфицирования. Необходимыми условиями радикальности санирующей операции при ПП являлись: а) ранняя диагностика перитонита; б) своевременная и адекватная санация брюшной полости; в) полное устранение источника инфицирования брюшины. На основании данных интраоперационной ревизии при релапаротомии изучена возможность выполнения радикальной хирургической санации очага внутрибрюшной инфекции в зависимости от непосредственного фактора, вызывавшего перитонит. Обращал внимание высокий удельный вес нерадикальной ликвидации источника инфекции: у 42,4% (53/125) больных хирургическая санация внутрибрюшного очага выполнена нерадикально. Не

удалось радикально устранить источник перитонита при гастроэнтерологической локализации опухоли у 53,3% (32/60) пациентов, при поражении толстой кишки после колопроктологических операций у 34,4% (11/32), при урогинекологических опухолях в тазу – у 30,3% (10/33) больных. Госпитальная летальность в случае нерадикальной санации при всех локализациях опухоли была существенно выше, чем при радикальном устранении очага перитонита: соответственно после операций на проксимальных отделах ЖКТ она составила 78,1% (25/32) и 21,4% (6/28); $p<0,001$, дистальных отделах кишечника – 63,6% (7/11) и 9,5% (2/21); $p=0,0055$, полостных вмешательств урогинекологического профиля – 80,0% (8/10) и 13,0 (3/23); $p=0,001$, что свидетельствуют о преимуществе радикального хирургического лечения перитонита над нерадикальной санацией у онкологических больных основных опухолевых локализаций.

Непосредственными причинами развития ПП у пациентов онкологического профиля являлись: несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) – у

20 (16,0%), несостоятельность других видов анастомозов и швов ушитой кишки – у 29 (23,2%), инфицированный панкреонекроз – у 13 (10,4%), мезентериальный тромбоз – у 19 (15,2%) человек. У 28 (22,4%) пациентов причиной ПП было эндогенное инфицирование без выявленных на первой релапаротомии признаков перфорации и некроза полых органов. У 6 (4,8%) пациентов на операции диагностирован перитонит вследствие послеоперационной тонкокишечной непроходимости.

Радикальная санация при несостоятельности швов в области ПКА включала лаваж и дренирование брюшной полости, ушивание дефекта соустья, а также еюностомию для проведения энтерального питания. На эффективность укрытия дефекта ПКА с помощью дополнительных лигатур рассчитывали в случае ограниченного по протяженности (до 5–6 мм) расхождения швов анастомоза. Такая методика устранения источника перитонита выполнена у 6 (30,0%) из 20 пациентов с несостоятельностью ПКА. В качестве радикальной санации у 1 (5,0%) пациента еюностомия была дополнена демукозацией пищевода с формированием эзофагостомы на шее. У 13 (65,0%) пациентов с перитонитом вследствие расхождения швов ПКА санирующая операция произведена нерадикально. При этом обычно формировали еюностому, выполняли дренирование и тампонаду для ограничения нижнего этажа брюшной полости. Однако эффективного устранения очага инфекции обычно не достигалось. Наличие неликвидированного дефекта в анастомозе, а также отсутствие подвижных внутренних органов и структур (например, сальников), пригодных для ограничения распространения перитонита, являлось источником и фактором дальнейшего внутрибрюшного инфицирования. Распространённое фибринозно-гнойное воспаление брюшины и тяжёлое исходное состояние этих

пациентов не позволили выполнить им хирургические санации в радикальном объёме. Стоит отметить, что нерадикальная санация в сравнении с радикальной операцией существенно не сказалась на исходе перитонита. Летальность при нерадикальном устранении инфекции составила 76,9% (10/13), а при радикальном – 28,6% (2/7) ($p=0,11$) существенно не различалась, что может говорить о недостаточной эффективности дополнительного ушивания пищевода-кишечного соустья в отношении предотвращения реинфицирования брюшины. Так, у 6 пациентов с недостаточностью ПКА, у которых выполнено ушивание дефекта анастомоза, произошло прорезывание лигатур с развитием рецидива перитонита.

У 13 пациентов причиной ПП являлся инфицированный панкреонекроз, который регистрировался после операций на желудочно-кишечном тракте. Из них диффузный панкреонекроз при релапаротомии выявлен у 7 (53,8%), локализованный – у 6 (46,2%) пациентов. Диффузный панкреонекроз характеризовался воспалительно-некротический процессом, распространяющимся на окружающие органы и ткани, прежде всего, на начальные отделы тонкого кишечника. У 4 из таких пациентов на операции выявлен некроз и перфорация стенки двенадцатиперстной или тощей кишки, у 2 пациентов – обширный некроз забрюшинной клетчатки. При этом возможности хирургической коррекции очага перитонита значительно сужались. В большинстве случаев послеоперационного панкреонекроза – 84,6% (11/13) не удалось радикально ликвидировать источник инфекции, ограничиваясь паллиативным вмешательством – некрэктомией, тампонадой и дренированием брюшной полости. Выполнить радикальную санацию удалось лишь в 2 (15,4%) случаях с локализованной формой панкреонекроза. При нерадикальной

санации летальность составила 90,9% (10/11), а среди радикально оперированных пациентов умерших не было – 0,0% (0/2) ($p=0,07$).

Из 29 пациентов, у которых основной причиной развития перитонита являлась несостоятельность других анастомозов, но не пищеводно-кишечного, радикально ликвидирован очаг инфекции и санирована брюшная полость у 19 (65,5%) человек. В таких случаях обычно выполнялась обструктивная резекция желудочно-кишечного тракта с анастомозом или удалялся мочевого кишечный резервуар с формированием наружной стомы, тем самым предотвращалось последующее инфицирование брюшины. У 10 (34,5%) пациентов операция носила нерадикальный характер, у 7 из них резекция анастомоза не проводилась, а выполнялось ушивание дефекта в соустье. Ещё у 3 с несостоятельностью нерадикальная санация была связана с сопутствующей перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, локальным некрозом поджелудочной железы и вторичным медиастенитом. Госпитальная летальность при радикальной санации составила 10,5% (2/19), нерадикальной – 80,0% (8/10) ($p=0,0011$). Высокая летальность при перитоните, вследствие несостоятельности анастомоза, наблюдалась и в тех клинических ситуациях, когда на релапаротомии предпринималось ушивание места расхождения швов – 71,4% (5/7), в то время как при ререзекции с анастомозированием или стомированием полых органов этот показатель составил 22,7% (5/22) ($p=0,06$).

Как было показано выше, при ушивании дефекта соустья у всех пациентов с несостоятельностью ПКА произошло расхождение швов с рецидивом перитонита и не было значимых различий в летальности в зависимости от радикализма устранения перитонита. При перитоните вследствие несостоятельности швов, включая недоста-

точность ПКА, летальность в случае ушивания дефекта соустья и/или тампонирувания места расхождения швов была выше – 65,4% (17/26), чем в случаях, когда предпринималась резекция анастомоза с повторным формированием соустья или операция заканчивалась выведением наружной стомы одного из органов желудочно-кишечного или мочевого тракта – 21,7% (5/23) ($p=0,006$). Следовательно, при несостоятельности анастомоза ушивание дефекта соустья, как и тампонирувание области расхождения швов анастомоза, нельзя считать надёжным мероприятием по предотвращению реинфицирования брюшины.

По схожему механизму развития осложнения объединено 29 пациентов, у которых перитонит в послеоперационном периоде стал следствием нарушения кровообращения в полых и паренхиматозных органах. Из них у 16 (55,2%) пациентов он был представлен сегментарным, у 5 (17,2%) – распространённым мезентериальным тромбозом, у 7 (24,1%) – перфоративной стрессовой язвой преимущественно в проксимальных отделах ЖКТ, у 1 (3,5%) – краевым некрозом печени. Среди 13 пациентов с сегментарным мезотромбозом и стресс-повреждением полых органов у 5 человек в послеоперационном периоде развилась перфорация или локальный некроз стенки резецированного желудка, у 2 – острая перфоративная язва ДПК, у 1 – перфорация подвздошной кишки, у 3 – некроз низведенной сигмовидной кишки, у 2 – некроз дистального отдела анастомозированного мочеочечника. У 15 пациентов на релапаротомии обнаружен некроз ободочной кишки часто в сочетании с расхождением швов толстокишечного соустья.

Радикальная хирургическая санация перитонеальной инфекции, вызванной мезотромбозом, проведена у 17 (58,6%) пациентов. В основном она заключалась в обструктивной резекции поражённого кишеч-

ника или удалении мочевого резервуара с наружным стомированием. Из 28 пациентов с мезотромбозом у 11 (39,3%) после резекции некротизированного кишечника его непрерывность восстановлена путем формирования межкишечного (или желудочно-кишечного) анастомоза. Локальный некроз резецированного желудка после субтотальной резекции органа, а также стресс-перфорацию в других отделах ЖКТ, как правило, удавалось радикально устранить. Так, у 5 пациентов с перитонитом, вызванным деструктивно-некротическими изменениями в культе желудка, источник инфицирования ликвидирован радикально, причём у 4 из них произведена экстирпация резецированного желудка с формированием пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Не удалось выполнить радикальную операцию у 12 (41,4%) пациентов. У 3 из них вскоре после релапаротомии развился рецидив распространённого мезотромбоза, при котором устранение источника инфицирования уже не представлялось возможным. У других пациентов проявления мезотромбоза были ликвидированы путём обструктивной резекции кишечника, однако полноценно санировать брюшную полость не удалось из-за поздно диагностированного осложнения. У них продолжался перитонит или формировался внутрибрюшной абсцесс. При радикальной санации летальность составила 23,5% (4/17), при нерадикальной операции и/или неустранённой инфекции – 50,0% (6/12) ($p=0,29$). Отсутствие значимых различий по показателю летальности в зависимости от качества хирургического лечения ПП, вызванного нарушением кровообращения в полых и паренхиматозных органах, могли быть обусловлены погрешностями в оценке жизнеспособности ЖКТ при выборе границы резекции органа.

У 28 пациентов на повторной операции не выявлено признаков деструкции

внутренних органов и несостоятельности анастомозов. У этих пациентов причиной ПП являлось эндогенное инфицирование, развившееся, вероятно, в процессе условно-чистой или инфицированной онкологической операции, чему в немалой степени способствовало неадекватное дренирование брюшной полости. Из них 5 (17,9%) пациентов были взяты на релапаротомию с разлитым перитонитом после вскрытия внутрибрюшного абсцесса, у 3 (10,7%) перитонит развился вследствие инфицирования скопившейся в брюшной полости желчи. У 75% (21/28) пациентов диагностирован фибринозный перитонит, но радикально санировать брюшную полость и источник инфекции удалось у большинства – 82,1% (23/28) пациентов. Общая летальность составила 17,9% (5/28). При нерадикальной санации показатель летальности – 60,0% (3/5) существенно превышал таковой при радикальном устранении очага перитонита – 8,7% (2/23) ($p=0,042$).

Среди 6 пациентов, причину ПП у которых связывали с патологией тонкого кишечника, проявляющейся странгуляционной или обтурационной тонкокишечной непроходимостью, у 4 произошла повторная несостоятельность межкишечного анастомоза. Радикально устранён очаг инфицирования у 4 (66,7%) пациентов. Летальность составила 33,3% (2/6), при радикальной санации летальных исходов не было – 0,0% (0/4), при нерадикальной – 100,0% (2/2) ($p=0,16$).

В таблице 2 приведены данные о летальности в зависимости от непосредственной причины ПП и радикализма санирующей операции.

В итоге вне зависимости от непосредственной причины перитонита своевременно выполненная радикальная хирургическая санирующая операция в 86,1% (62/72) случаев предотвратила летальный исход осложнения, а нерадикальная – только

Таблица 2

**Показатели летальности в зависимости от непосредственной причины ПП
и радикализма санирующей операции**

Непосредственная причина перитонита	Санирующая операция		Всего
	Нерадикальная	Радикальная	
Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза	13/10 (76,9)	7/2 (28,6)	20/12 (60,0)
Несостоятельность других анастомозов или швов	10/8 (80,0)	19/2 (10,5)	29/10 (34,5)
Инфицированный панкреонекроз	11/10 (90,9)	2/0 (0,0)	13/10 (76,9)
Мезентериальный тромбоз	12/6 (50,0)	17/4 (23,5)	29/10 (34,5)
Эндогенное инфицирование	5/3 (60,0)	23/2 (8,7)	28/5 (17,9)
Тонкокишечная непроходимость	2/2 (100,0)	4/0 (0,0)	6/2 (33,3)
Итого	53/39 (73,6)	72/10 (13,9)	125/49 (39,2)

Примечание: в числителе – число оперированных больных; в знаменателе – число умерших; в скобках – летальность в процентах

в 26,4% (14/53) ($p < 0,001$). Наиболее высокая летальность отмечена при послеоперационном инфицированном панкреонекрозе (76,9%) и несостоятельности ПКА (60,0%), которые в большинстве своём были связаны с последствиями хирургического лечения рака желудка. Значительно меньше летальных исходов было в том случае, когда на операции не выявлено перфорации полого органа, а причиной перитонита являлось эндогенное инфицирование (17,9%) ($p = 0,0011$ и $p = 0,0075$).

Заключение

1. В абдоминальной онкологии исход ПП во многом определяется локализацией первичной опухоли и видом онкологической операции. Госпитальная летальность при ПП, развившемся после типичных онкологических вмешательств на проксимальных отделах ЖКТ, была самая высокая, составляя 51,7% (31/60), но не существенно выше, чем после операций на дистальных отделах кишечника – 28,1% (9/32) ($p = 0,053$) или полостных урогинекологических опе-

раций на органах малого таза – 33,3% (11/33) ($p = 0,14$). Гастрэктомия являлась наиболее частым вмешательством, с которым ассоциировалось развитие ПП, с летальностью 55,0%.

2. У 42,4% онкологических пациентов (онкологического профиля) хирургическая санация очага внутрибрюшной инфекции выполнена нерадикально. Непосредственными причинами перитонита, наиболее часто неподдающегося радикальной хирургической коррекции, являлись панкреонекроз (84,6%) и несостоятельность ПКА (65,0%), которые в основном (96,0%) были зарегистрированы у пациентов, первично оперированных по поводу рака желудка. Соответственно, наиболее высокая летальность наблюдалась при панкреонекрозе – 76,9% и несостоятельности ПКА – 60,0%.

3. Летальность в случае нерадикальной санации была существенно выше, чем при радикальном устранении очага внутрибрюшной инфекции ($p < 0,001$), что свидетельствует о преимуществе радикального хирургического лечения перитонита над нерадикальной санацией. Разные возмож-

ности радикальной хирургической санации источника инфекции в зависимости от непосредственной причины ПП часто сказывались на уровне летальности: существенно меньше она была при мезентериальном тромбозе – 34,5% (10/29), чем при панкреонекрозе – 76,9% (10/13) ($p=0,03$), при эндогенном инфицировании – 17,9% (5/28), чем при несостоятельности анастомоза – 44,9% (22/49) ($p=0,033$). Но при несостоятельности ПКА – 60,0% (12/20) летальность достоверно не отличалась от таковой при несостоятельности других анастомозов ЖКТ – 34,5% (10/29) ($p=0,15$).

4. При перитоните, развившемся вследствие несостоятельности анастомоза, ушивание дефекта соустья нельзя считать надёжным способом предотвращения реинфицирования брюшной полости.

5. Своевременная диагностика осложнения и адекватно выполненное санирующее вмешательство позволяет повысить удельный вес радикальных санаций и тем самым улучшить непосредственные результаты лечения ПП при абдоминальной онкологической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы / И. А. Ерюхин [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2007. – Т. 5. – № 1. – С. 45-49.
2. Неотложная абдоминальная хирургия: справочное пособие для врачей / под ред. А. А. Гринберга. – М.: Триада-X, 2000. – 496 с.
3. Ciprofloxacin in primary prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a randomized, placebo-controlled study / R. Terg [et al.] // J. Hepatol. – 2008. – Vol. 48, N 5. – P. 774-779.
4. Circulating mediators and organ function in patients undergoing planned relaparotomy vs conventional surgical therapy in severe secondary peritonitis / N. Zügel [et al.] // Arch. Surg. – 2002. – Vol. 137, N 5. – P. 590-599.
5. Буренко, Г. В. Новые аспекты интенсивной терапии перитонита, осложненного сепсисом / Г. В. Буренко, М. В. Бондарь, В. М. Мехлин // Клиническая хирургия. – 1996. – № 2. – С. 13-14.
6. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита / Б. С. Брискин [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 56-59.
7. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis / C. A. Seiler [et al.] // Surgery. – 2000. – Vol. 127, N 2. – P. 178-184.
8. Malangoni, M. A. Evaluation and management of tertiary peritonitis / M. A. Malangoni // Am. Surg. – 2000. – Vol. 66, N 2. – P. 157-161.
9. Wittmann, D. H. Scope and limitations of antimicrobial therapy of sepsis in surgery / D. H. Wittmann, A. Wittmann-Taylor // Langenbecks Arch. Surg. – 1998. – Vol. 383, N 1. – P. 15-20.
10. Demmel, N. Differentiated treatment strategy for peritonitis: Single stage closure with drainage or open with programmed reintervention lavage? / N. Demmel, G. Osterholzer, B. Gunther // Zentralbl. Chir. – 1993. – Vol. 118, N 7. – P. 395-400.
11. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом / Б. К. Шуркалин [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 32-35.
12. Wittmann, D. H. Management of secondary peritonitis / D. H. Wittmann, M. Schein, R. E. Condon // Ann. Surg. – 1996. – Vol. 224, N 1. – P. 10-18.

Адрес для корреспонденции

223040, Республика Беларусь,
Минский р-н, п. Лесной,
РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова,
тел. раб.: + 375 17 265-36-31,
e-mail: shif2009@mail.ru,
Шишло И.Ф.

Поступила 12.08.2010 г.