

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.381-002-031.81-089

Б.С.Суковатых, Ю.Ю. Блинков, А.В. Неласов, С.А. Ештокин, О.Г.Фролова

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Б.С.Суковатых) Курского государственного медицинского университета

Ключевые слова: распространенный перитонит, способ лечения.

Введение. Одной из нерешенных проблем хирургии остается лечение распространенного перитонита. Несмотря на все успехи хирургии и анестезиологии, внедрение в практику новых медицинских технологий, высокоэффективных антибиотиков и антисептиков, летальность при распространенном гнойном перитоните колеблется от 20 до 40% [1, 2]. В настоящее время существуют различные тактические подходы к лечению перитонита, в зависимости от которых выделяют следующие способы лечения: 1) закрытый (без дренирования брюшной полости); 2) полужакрытый (традиционная технология с дренированием брюшной полости); 3) лапароскопический (устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости при помощи видеоэндоскопических технологий); 4) комбинированный (сочетание традиционного способа с программированными видеоэндоскопическими санациями брюшной полости); 5) полужакрытый (сочетание традиционного способа с программированными хирургическими санациями брюшной полости); 6) открытый (истинная лапаротомия без временного закрытия брюшной стенки) [5, 6, 8]. Каждый способ имеет свои показания и противопоказания, преимущества и недостатки. Закрытый способ имеет лишь историческое значение и в настоящее время не применяется. Лапароскопический способ при лечении распространенного гнойного перитонита не нашел широкого применения из-за невозможности удаления массивных напластований фибрина на висцеральной и париетальной брюшине, проведения назоинтестинальной интубации тонкой кишки [7, 11]. Открытый способ применяется очень редко при обширных некрозах брюшной стенки, анаэробном перитоните, кишечных свищах [3, 7]. В практическом здравоохранении широко применяются 3 основных способа лечения этого

заболевания: полужакрытый, комбинированный и полужакрытый.

Предметом дискуссии является выбор способа лечения распространенного гнойного перитонита. Современные системы оценки тяжести состояния больных и новая классификация перитонита требуют пересмотра подходов в определении тактики лечения, основанной на количественных показателях тяжести состояния больного, выраженности перитонита и абдоминального сепсиса [4, 9, 10]. Однако количественная характеристика показателей для выбора способа лечения распространенного гнойного перитонита до настоящего времени отсутствует.

Цель исследования — представить количественную характеристику показаний для выбора способа лечения распространенного гнойного перитонита на основе современной оценки тяжести состояния больных, выраженности перитонита и абдоминального сепсиса.

Материал и методы. Нами проведен анализ комплексного обследования и лечения 245 больных с распространенным гнойным перитонитом, находившихся на лечении в хирургической клинике МУЗ ГКБСМП г. Курска в 2000–2008 гг. Мужчин было 158, женщин — 87. Возраст больных колебался от 28 до 87 лет. По способу лечения больные были разделены на три группы.

В 1-ю группу вошел 131 пациент, которым проводили лечение традиционным полужакрытым способом. После предоперационной подготовки, направленной на коррекцию гемодинамических расстройств, больным выполняли лапаротомию, устранение источника перитонита, назоинтестинальную интубацию тонкой кишки, тщательную санацию брюшной полости растворами антисептиков (фурацилин, гипохлорит натрия), дренирование брюшной полости.

2-ю группу составили 68 больных, которым на первом этапе лечение проводили традиционным способом, а на втором — выполняли программированные видеоэндоскопические санации брюшной полости, которые включали в себя оксигенацию, пневмомассаж кишечной трубки, ранний адгезиолизис, фракционный перитонеальный лаваж антисептиками, восстановление функции дренажей.

3-я группа состояла из 46 пациентов, которым лечение проводили полужакрытым способом. После проведения тра-

Таблица 1

Распределение больных по причинам перитонита

Причины перитонита	1-я группа (n=131)		2-я группа (n=68)		3-я группа (n=46)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Острый аппендицит	22	16,8	11	16,2	2	4,4
Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	49	37,4	31	45,6	8	17,4
Послеоперационный перитонит	11	8,4	9	13,2	16	34,8
Перфорация (разрыв) тонкой кишки	8	6,1	9	13,2	7	15,2
Перфорация (разрыв) толстой кишки	12	9,2	—	—	4	8,7
Острый холецистит	9	6,9	—	—	—	—
Гнойный сальпингит	8	6,1	4	5,9	2	4,4
Другие причины	12	9,1	4	5,9	7	15,3

диционного вмешательства производили временное закрытие передней брюшной стенки подшиванием к краям операционной раны «застёжки-молнии». Повторную санацию выполняли через 24–48 ч в зависимости от выраженности перитонита и общего состояния больного. Систематические санации брюшной полости проводили каждые 24–48 ч до ликвидации перитонита, после чего окончательно зашивали брюшную полость.

До операции тяжесть состояния пациентов определяли по шкале APACHE II, мангеймскому индексу перитонита (МИП) и выраженности абдоминального сепсиса. Для детальной характеристики количественных показателей нами выделены 4 подгруппы больных по проявлениям абдоминального сепсиса: SIRS-0 — сепсис отсутствует; SIRS — абдоминальный сепсис без органной дисфункции; SIRS-1 — абдоминальный сепсис с моноорганной дисфункцией; SIRS-2 — абдоминальный сепсис с полиорганной дисфункцией.

Эффективность лечения оценивали по числу послеоперационных осложнений и летальности больных.

Результаты и обсуждение. Причины перитонита в анализируемых группах больных представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что наиболее часто традиционный и комбинированный хирургическо-эндоскопический способы лечения применяли у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки и деструктивными формами острого аппендицита. Наиболее частой причиной перитонита в 3-й группе был прогрессирующий перитонит после лечения больных традиционным и комбинированным методами,

каловый перитонит при повреждении тонкой и толстой кишки.

Показатели предоперационного обследования больных представлены в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что традиционный и комбинированный хирургическо-эндоскопический способы лечения в основном применяли у больных со стабильными показателями гомеостаза, легкой и средней степенях интоксикации, I–II стадиях выраженного перитонита. Программированные хирургические санации брюшной полости проводили у больных с нестабильными показателями гомеостаза, тяжелой степенью эндогенной интоксикации, в III стадии развития перитонита.

Распределение больных по степени выраженности абдоминального сепсиса представлено в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что абдоминальный сепсис отсутствовал лишь у 24 (9,8%) больных. Абдоминальный сепсис без органной дисфункции обнаружен у 69 (28,1%), с моноорганной дисфункцией — у 65 (26,5%), с полиорганной дисфункцией — у 87 (35,5%) больных. При этом традиционный и комбинированный способы применяли у больных со всеми степенями выраженности сепсиса, а полуоткрытый — лишь у больных с поли- и моноорганной недостаточностью. Частота осложнений послеоперационного периода при применении различных способов лечения перитонита представлена в табл. 4.

Таблица 2

Показатели предоперационной оценки состояния больных с распространенным гнойным перитонитом (M±m)

Показатели	1-я группа (n=131)	2-я группа (n=68)	3-я группа (n=46)
APACHE II	14,1±2,3	13,3±2,2	15,5±2,7
Степень эндогенной интоксикации	I–II	I–II	II–III
МИП	25,3±4,3	24,3±2,6	30,9±2,9

Распределение больных по степени выраженности абдоминального сепсиса

Степень абдоминального сепсиса	1-я группа (n=131)		2-я группа (n=68)		3-я группа (n=46)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
SIRS-0	11	8,4	13	19,1	–	–
SIRS	42	32,1	27	39,7	–	–
SIRS-1	32	24,4	17	25	16	34,8
SIRS-2	46	35,1	11	16,2	30	65,2

нит, а у больных 3-й группы — полиорганная недостаточность. Для определения оптимальных количественных показателей тяжести состояния больного, выраженности перитонита и абдоминального сепсиса, при которых необходимо применить тот или иной способ лечения перитонита, мы сопоставили показатели шкалы АРАСНЕ II, мангейского индекса перитонита, частоту послеоперационных осложнений и летальности больных со степенью выраженности абдоминального сепсиса. Полученные результаты представлены в табл. 5.

Из табл. 5 видно, что применение традиционной технологии лечения перитонита при отсутствии абдоминального сепсиса сопровождается низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствием летальных исходов. Результаты лечения распространенного гнойного перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом, традиционным способом неудовлетворительны. Особенно плохими они становятся при развитии у больных моно- и полиорганной дисфункции. Это свидетельствует о том, что однократная тщательная санация брюшной полости не позволяет купировать воспалительный процесс в брюшной полости

У 14 (10,7%) больных 1-й и у 6 (8,8%) больных 2-й группы явления перитонита не были купированы. Этим 20 (19,5%) больным выполнена релапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости. Среднее количество программных санаций во 2-й группе составило 1,4, в 3-й группе — 3,1. В 1-й группе умерли 35 (26,7%), во 2-й группе — 6 (8,8%), в 3-й — 21 (45,6%) больной. Общая летальность — 25,3%. Наиболее частыми причинами летальности у больных 1-й и 2-й группы был прогрессирующий перито-

Таблица 4

Частота послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения	1-я группа (n=131)		2-я группа (n=68)		3-я группа (n=46)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Пневмония	24	18,3	7	10,3	10	21,7
Абсцесс брюшной полости	3	2,3	1	1,5	–	–
Спаечная кишечная непроходимость	1	0,8	–	–	–	–
Эвентерация	3	2,3	–	–	–	–
Эмпиема плевры	–	–	1	1,5	–	–
Кишечные свищи	5	3,8	–	–	1	2,2
Пролежни	2	1,5	–	–	1	2,2
Тромбофлебит	–	–	–	–	2	4,4
Нагноение ран	28	21	10	14,7	10	21,7
Серома ран	5	3,8	3	4,4	6	13
Всего	71	54,2	23	33,8	30	65,2

Таблица 5

**Зависимость показателей пред- и послеоперационного периодов
от степени выраженности абдоминального сепсиса (M±m)**

Показатели	1-я группа (n=131)				2-я группа (n=68)				3-я группа
	SIRS-0 (n=11)	SIRS (n=42)	SIRS-1 (n=32)	SIRS-2 (n=46)	SIRS-0 (n=13)	SIRS (n=27)	SIRS-1 (n=17)	SIRS-2 (n=11)	SIRS-2 (n=46)
МИП	18,4±2,7	22±4,5	27,2±4,8	31,3±5,1	16,6±2,2	22,9±2,9	26,3±2,6	30,1±2,7	30,9±2,4
APACHE II	10,2±2,1	12,9±2,4	14,4±2,3	15,9±2,2	10,4±1,8	13,2±2,1	13,9±2,6	15,5±2,5	15,5±2,7
Процент послеоперационных осложнений	9,1	37,5	43,8	41,3	7,7	14,8	35,3	54,5	45,6
Процент летальности	0	11,9	25	47,8	0	0	5,9	45,5	36,9

при распространенном гнойном перитоните. При наличии абдоминального сепсиса без органной недостаточности предпочтительно после первого традиционного хирургического этапа проводить видеолaparоскопические санации брюшной полости, что позволяет избежать прогрессирования перитонита и летальных исходов. У больных с моноорганной дисфункцией применение комбинированного хирургическо-эндоскопического способа лечения перитонита позволяет снизить послеоперационную летальность в 4,2 раза по сравнению с традиционной технологией. Однако его не следует применять при высокой бактериальной контаминации перитонеального экссудата, сопровождающегося множественными, массивными фибринозными наложениями на брюшине, выраженной паралитической непроходимостью с отеком стенок кишечника, желеобразным экссудатом в межпетлевых пространствах.

При полиорганной дисфункции применение традиционного и комбинированного хирургическо-эндоскопического способов лечения сопровождается очень высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности. Лечение этой группы больных полуоткрытым способом позволяет снизить летальность в 1,2 раза. Вместе с тем, данный способ имеет определенные недостатки — это повторная операционная травма, длительная интубация полых органов и катетеризации магистральных сосудов, что сопровождается высоким риском развития нозокомиальных осложнений, рецидивирующих внутрибрюшных и желудочно-кишечных кровотечений, формированием кишечных свищей, заживлением раны вторичным натяжением.

Проведенный анализ показал, что традиционный способ лечения должен применяться лишь у больных с распространенным гнойным перитонитом без проявления абдоминального сепсиса с показателями общего состояния пациентов по шкале APACHE II до 12 баллов, выраженности

мангеймского индекса перитонита до 20 баллов. Программированные видеолaparоскопические санации показаны пациентам при проявлениях абдоминального сепсиса без или с моноорганной недостаточностью при дооперационном балле шкалы APACHE II от 12 до 15, мангеймского индекса перитонита — от 20 до 29 баллов. Полуоткрытый способ лечения перитонита с многоэтапными санациями брюшной полости показан при лечении больных с тяжелым абдоминальным сепсисом с полиорганной недостаточностью при дооперационном балле по шкале APACHE II свыше 15, а мангеймском индексе перитонита — от 30 баллов и выше.

Выводы. 1. Выбор способа хирургического лечения распространенного гнойного перитонита должен основываться на количественной характеристике предоперационного обследования больных по шкале APACHE-II, мангеймскому индексу перитонита, выраженности проявлений абдоминального сепсиса.

2. Традиционный способ лечения перитонита целесообразно применять у больных без проявления абдоминального сепсиса, программированные видеолaparоскопические санации — при абдоминальном сепсисе без или в сочетании с моноорганной дисфункцией, программированные хирургические санации показаны больным с тяжелым абдоминальным сепсисом с полиорганной недостаточностью.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Абдоминальный сепсис, возможности антибактериальной и иммунокорригирующей терапии // Хирургия.—2002.—№ 4.—С. 69–74.
- Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др. Антибактериальная терапия хирургической абдоминальной инфекции и абдоминального сепсиса // Consilium medicum.—2000.—№ 9.—С. 374–379.
- Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдovenko А.П. Перитонит.—М.: ГЭОТАР Медицина, 2002.—224 с.

4. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Хирургический сепсис (дискуссионные аспекты проблемы) // Хирургия.—2000.—№ 3.—С. 44–46.
5. Зубарев П.Н., Врублевский Н.М., Данилин В.И. Способы завершения операций при перитоните // Вестн. хир.—2008.—№ 6.—С. 110–113.
6. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространенного перитонита // Хирургия.—2005.—№ 4.—С. 9–13.
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит.—М.: Литера, 2006.—206 с.
8. Сажин В.П., Авдовенко А.П., Юрищев В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия.—2007.—№ 11.—С. 36–39.
9. Светухин А.М., Звягин А.К., Слепнев С.Ю. Система объективной оценки тяжести состояния больных.—Ч. I // Хирургия.—2002.—№ 9.—С. 51–57.
10. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Багницкая Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести больных // Хирургия.—2000.—№ 4.—С. 58–62.
11. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., Глушаков Л.С. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом // Хирургия.—2003.—№ 4.—С. 32–35.

Поступила в редакцию 06.04.2009 г.

B.S.Sukovatykh, Yu.Yu.Blinkov, A.V.Nelasov,
S.A.Eshtokin, O.G.Frolova

DECISION ON THE METHOD OF SURGICAL INTERVENTION FOR DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

An analysis of complex examination and following treatment of 245 patients with diffuse purulent peritonitis has shown that the traditional (semi-closed) method of treatment should be used in patients with symptoms of abdominal sepsis. Programmed video-laparoscopies are indicated to patients with symptoms of abdominal sepsis with/without mono-organic insufficiency. Staged surgical sanations of the abdominal cavity are indicated to patients with severe abdominal sepsis with poly-organic insufficiency.