

ЗНАЧЕНИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Р.Н. Борисов

Красноярский государственный медицинский университет им.

проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;

кафедра хирургических болезней №1, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов.

Резюме. В статье описаны основные современные принципы лечения распространённого гнойного перитонита. Представлены собственные данные по структуре и характеру основных заболеваний, явившихся причиной распространённого гнойного перитонита у 574 больных, а также описан опыт лечения этих больных. Представлены результаты сравнительного анализа данных по эффективности использования разных вариантов лечебной тактики.

Ключевые слова: распространённый гнойный перитонит, релапаротомия, хирургическое лечение.

Борисов Роман Николаевич – заочный аспирант кафедры хирургических болезней № 1; тел. 8(391)2469406.

Лечение тяжёлых форм перитонита остаётся одной из наиболее сложных проблем клинической медицины. Актуальность проблемы определяется большим количеством больных, тяжестью течения, тяжёлыми осложнениями и сохраняющейся высокой летальностью, которая не имеет тенденции к снижению и колеблется, в зависимости от исходной степени тяжести больных, от 19% до 70% [6].

Наиболее важные принципы лечения перитонита сформулированы в 1926 году немецким хирургом М. Kirschner: источник инфекции должен быть надёжно устранён; бактерии, токсины и вещества, способствующие размножению мик-

роорганизмов, должны быть полностью эвакуированы из брюшной полости. При этом, основными этапами оперативного вмешательства при распространённом гнойном перитоните (РГП) являются устранение источника перитонита, интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости, применение оптимальных средств ликвидации синдрома кишечной недостаточности, завершение первичной операции, выбор дальнейшей тактики ведения больного.

Установлено, что основной причиной смерти больных РГП являются синдром полиорганной недостаточности (СПОН) и абдоминальный сепсис, развитие и тяжесть которых напрямую зависят от степени выраженности эндотоксикоза. Общеизвестно, что основными источниками эндотоксикоза при РГП являются очаг воспаления в брюшной полости, брюшина, вовлеченная в воспалительный процесс, а также содержимое кишечника при развитии синдрома энтеральной недостаточности [4, 6].

Учитывая то, что при РГП в патологический процесс вовлечена вся поверхность брюшины, даже полная ликвидация первичного очага воспаления не становится мерой абсолютной профилактики тяжёлого эндотоксикоза. Следовательно, если при РГП очаг инфекции не может быть ликвидирован или локализован в ходе одной операции, при стандартной хирургической тактике имеются определённые недостатки: опасность неполной элиминации источника инфекции, поздняя диагностика осложнений, несвоевременное решение о необходимости повторной операции. Эти предпосылки стали основанием для разработки различных технических приёмов и внедрения в клиническую практику комбинированных методов хирургического лечения, основная цель которых – абсолютный контроль и своевременная хирургическая коррекция состояния органов брюшной полости [1, 5, 7, 10].

Невозможность реализации классических принципов во время одной операции послужила основанием для внедрения в практику двух вариантов дальнейшей хирургической тактики: плановая (программированная) релапаротомия (ПР), когда неблагоприятное развитие заболевания при однократной хирургии

ческой коррекции оценивается как вероятное; релапаротомия «по требованию» (РПТ), когда неблагоприятное течение заболевания после однократного хирургического вмешательства не прогнозируется. Однако в повседневной работе хирург нередко сталкивается с трудностями в принятии данного решения. В связи с этим, на практике возможны различные варианты дальнейшей хирургической тактики при РГП с применением релапаротомий [9, 11].

Традиционно основные показания к этапному хирургическому лечению при РГП определяются на основании визуальной оценки интраоперационной картины [5, 8, 10]. Кроме того, для определения показаний к релапаротомии могут быть использованы различные интегральные системы оценки тяжести состояния больных. Большой практический интерес представляют Мангеймский индекс перитонита (МИП), индекс брюшной полости [8], прогностический индекс релапаротомий (ПИР), а так же шкалы оценки тяжести состояния больных (APACHE, SAPS) и шкалы оценки степени полиорганной недостаточности (MODS, SOFA). Так, К.В. Костюченко указывает на целесообразность применения программированной релапаротомии только при дооперационном балле 11-15 по шкале APACHE II [2, 3]. В.С. Савельев и соавторы [8] предложили критерии интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните, на основании которых высчитывается индекс брюшной полости (ИБП). При этом, ИБП равный 13 баллам является абсолютным показанием к программированной релапаротомии через 24-48 ч.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения больных с РГП, которые были госпитализированы в отделение гнойной хирургии или реанимации МУЗ ГKB №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск в период 2000-2007 гг. За 8 лет в клинике пролечено 1622 больных с гнойным перитонитом, из них 574 больных – с РГП. Среди больных с РГП мужчин было 302 (52,6%), женщин – 272 (47,4%). Средний возраст больных составил 49,4 лет. У 318 (55,4%) больных потребовалось выполнение релапаротомий. Этим больным было выполнено 768 релапаротомий, включая 536 программированных релапаротомий (ПР) и 232 релапа-

ротомии «по требованию» (РПТ). Из 318 больных у 194 (61%) больных выполнялись только ПР, у 47 (14,8%) больных – только РПТ, а у 77 (24,2%) больных – ПР в сочетании с РПТ.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи прикладной программы “Statistica 6,0”. Проводили первичную математическую обработку с вычислением средних значений полученных данных (среднее, стандартное отклонение), оценку точности выборочных переменных (стандартная ошибка). Достоверность различий сравнительных данных определяли с использованием показателя χ^2 .

Результаты и обсуждения

Структура заболеваний, обусловивших развитие РГП, и показатели летальности по нозологическим формам представлены в таблице 1.

Таблица 1

Летальность при разных заболеваниях, обусловивших распространенный гнойный перитонит

Нозологические формы	Количество больных n (%)	Летальность n (%)
Острый аппендицит	107 (18,7%)	10 (9,3%)
Болезнь Крона и НЯК	17 (3,0%)	16 (94,1%)
Ущемленная вентральная грыжа	5 (0,8%)	5 (100%)
Закрытая травма живота	16 (2,8%)	6 (37,5%)
Нарушение мезентериального кровообращения	60 (10,4%)	41 (68,3%)
Опухоль толстой кишки (перфорация)	70 (12,2%)	31 (44,3%)
Панкреонекроз	32 (5,6%)	22 (68,8%)
Перфоративные язвы желудка и ДПК	130 (22,7%)	21 (16,2%)
Перфорация толстой кишки (за исключением опухолей, НЯК и болезни Крона)	44 (7,6%)	16 (36,4%)
Перфорация тонкой кишки (за исключением болезни Крона)	8 (1,4%)	3 (37,5%)
Послеоперационный перитонит	49 (8,6%)	33 (67,3%)
Проникающее ранение живота	7 (1,2%)	2 (28,6%)
Спаечная кишечная непроходимость	16 (2,8%)	1 (6,3%)
Холецистит	8 (1,4%)	5 (62,5%)
Другие редкие заболевания	5 (0,8%)	1 (20,0%)
Всего:	574 (100%)	213 (37,1%)

Основными причинами РГП были перфоративные гастродуоденальные язвы, острый аппендицит, опухоль толстой кишки, острое нарушение мезентериального кровообращения и послеоперационный перитонит. В структуре разных заболеваний они составили 72,6% всех случаев РГП. Общая летальность составила 37,1%. Выявлены значительно более высокие показатели летальности при РГП, причиной которого стали болезнь Крона и НЯК (94,1%), панкреонекроз (68,8%), острое нарушение мезентериального кровообращения (68,3%), послеоперационный перитонит (67,3%), а также холецистит (62,5%) и ущемленная вентральная грыжа (100%). При этом, наибольшее влияние на показатель общей летальности оказали такие заболевания, как нарушение мезентериального кровообращения, послеоперационный перитонит, опухоль толстой кишки с перфорацией и панкреонекроз. Следует также отметить, что в случаях возникновения РГП, вследствие нарушения кровоснабжения внутренних органов, распада или перфорации опухоли, панкреонекроза, летальность значительно возрастает и часто бывает обусловлена не столько генерализацией воспалительного процесса, а изначально существующими тяжелыми патогенетическими изменениями, обусловленными первичным заболеванием.

Наиболее низкие показатели летальности были отмечены при РГП, вызванном спаечной кишечной непроходимостью (6,3%), аппендицитом (9,3%) и перфоративными гастродуоденальными язвами (16,2%).

Определенный интерес представляют сведения, касающиеся кратности выполнения релапаротомий у больных РГП. Это связано с тем, что количество перенесенных операций может существенно влиять на показатель летальности. Летальность в различных группах больных РГП представлена в таблице 2.

Таблица 2

Структура летальности при распространенном гнойном перитоните

Группы больных	Количество больных (n)	Летальность n (%)
Все больные РГП	574	213 (37,1%)
Больные, у которых не было релапарото-	256	97 (37,9%)

мии		
Больные, перенесшие ПР и/или РПТ	318	115 (36,2%)
Больные, перенесшие только ПР	271	87 (32,1%)
Больные, перенесшие одну ПР	159	28 (17,6%)
Больные, перенесшие не более двух ПР	203	43 (21,2%)
Больные, перенесшие не более трех ПР	217	79 (36,4%)
Больные, перенесшие четыре и более ПР	38	34 (89,5%)
Больные, перенесшие РПТ	47	32 (68,1%)
Больные, перенесшие РПТ в сочетании с ПР	77	53 (68,8%)

Согласно данным таблицы, летальность в группах больных, перенесших разные варианты релапаротомии и тех, у кого релапаротомий не было, оказалась однотипной (36,2% и 37,9%). Однако, более детальный анализ полученных данных показал статистически достоверное снижение летальности в группе больных, которым была выполнена одна программированная релапаротомия (с 37,1 % до 17,6%, $p < 0,0001$) и значительное увеличение летальности в группах больных, перенесших четыре и более ПР (89,5%, $p < 0,0001$), только РПТ (68,1%, $p < 0,0001$) и у тех, у кого были ПР в сочетании с РПТ (68,8%, $p < 0,0001$). Эти высокие показатели летальности в указанных группах больных чаще были обусловлены изначальной тяжестью общего состояния, особенностями первичной патологии живота, ошибками в выборе индивидуальной лечебной тактики. Обращает особое внимание и то, что в 21,6% наблюдений недооценка изначальной интраабдоминальной «картины», вторичные осложнения или последующая генерализация воспалительного процесса привели к необходимости РПТ через разные сроки после первичной операции.

Таким образом, рациональное применение метода программированных релапаротомий (санаций) при РГП позволяет осуществлять своевременный «контроль» за состоянием органов брюшной полости, выполнять необходимую этапную коррекцию существовавших и возникших патологических изменений и способствует улучшению результатов лечения. Релапаротомия «по требованию», являясь вынужденной и зачастую запоздалой мерой, может приводить к увеличению летальности у больных РГП. Более перспективным вариантом хи-

рургической коррекции при комплексном лечении РГП может стать метод программированных релапароскопий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Лечение тяжёлых форм распространённого перитонита // Хирургия. - 2003. - №8. - С. 56-59.
2. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространённого перитонита // Вест. хирургии. - 2004. - Т. 163, №3. - С. 40-43.
3. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространённого перитонита // Хирургия. - 2005. - №4. - С. 9-13.
4. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Биряльцев В.Н. и др. Новые подходы к лечению разлитого перитонита // Казан. мед. журнал. - 2003. - Т.84, №6. - С. 424-428.
5. Мустафин Р.Д., Кучин Ю.В., Кутуков В.Е. Программированная релапаротомия при распространённом гнойном перитоните // Хирургия. – 2004. – №10. – С. 27-30.
6. Перитонит: практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. - М. : Литтерра, 2006. - 208 с.
7. Подачин П.В. Распространённый перитонит: проблемы и перспективы этапных методов хирургического лечения // Анн. хирургии. - 2004. - №2. - С. 5-12.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. Программируемая релапаротомия в лечении распространённого перитонита // Анн. хирургии. - 2004. - № 2. - С. 42-48.
9. Чернов В.Н., Белик Б.М., Пшуков Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространённом гнойном перитоните // Хирургия. - 2004. - №3. - С. 47-50.
10. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Способы завершения операции при перитоните // Хирургия. - 2000. - №2. - С. 33-37.

11. Boermeester M.A., Belt E., Lubbers M.J. et al. Planned relaparotomy or relaparotomy on demand for secondary peritonitis // Br. J. Surg. - 2001. - Vol. 88, Suppl. 1. - P. 27.