



В. В. Грубник,  
А. И. Ткаченко,  
Е. А. Койчев, Р. П. Ромак

## ВЫБОР СПОСОБА САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Одесский национальный  
медицинский университет

© Коллектив авторов

**Резюме.** В статье рассмотрены вопросы оптимизации тактики лечения больных с острым разлитым гнойным перитонитом. Использование предложенной авторами тактики лечения позволило снизить летальность и число послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** острый распространенный гнойный перитонит, лапаростомия, программированные санации брюшной полости.

### Введение

Проблема лечения больных с острым распространенным гнойным перитонитом остается одной из важнейших проблем абдоминальной хирургии [4].

Несмотря на внедрение в практику множества хирургических и дополнительных способов лечения [1-5], разлитой гнойный перитонит одно из наиболее частых, тяжелых и опасных осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [5]. Практически все острые хирургические заболевания органов брюшной полости приводят к развитию перитонита, летальность при котором достигает, порой, 85 % [5]. При этом 2/3 таких больных погибают [3, 5] зачастую даже при наличии достаточно адекватного медикаментозного обеспечения.

Стандартное применение существующих методик оперативного и медикаментозного лечения даже с применением современных антибиотиков не всегда эффективно из-за растущей резистентности микробных штаммов к наиболее распространенным антибиотикам, сложной вариабельности патогенеза перитонита сопровождающейся развитием системных нарушений жизнедеятельности организма [1].

Во многих случаях прогрессирование заболевания обусловлено невозможностью адекватной санации брюшной полости с удалением очага инфекции одновременно [3, 4, 5].

В связи с этим широкое распространение получили разнообразные методы лечения перитонита. Терминология этих методов настолько вариабельна, что до сих пор остается дискуссионной. В настоящее время используются в основном три подхода к лечению пациентов с распространенным гнойным перитонитом после первичной ликвидации его причины: лапаростомия в сочетании с программированными санациями брюшной полости, релапаротомия по «программе» и релапаротомия по «требованию».

Каждый из перечисленных методов имеет свои достоинства и недостатки и соответс-

твенно своих сторонников и противников. В частности преимуществами лапаростомии являются создание неблагоприятных условий для роста и размножения анаэробной микрофлоры, визуальный контроль формирующихся внутрибрюшных осложнений, а также практически полное отсутствие синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) [5, 6]. Недостатки метода — несколько большая вероятность развития нагноения раны, грыж брюшной стенки, кишечных свищей.

Преимущества программированной релапаротомии — меньшая вероятность развития грыж брюшной стенки и кишечных свищей. Недостатки — большая вероятность развития нагноения послеоперационной раны и развитие СИАГ.

К преимуществам релапаротомии по требованию можно отнести меньшую вероятность нагноения раны, грыж живота, кишечных свищей. Однако недостатками являются риск развития и относительно поздняя диагностика абсцессов брюшной полости, прогрессирование перитонита, несостоятельности швов анастомозов, а также большая вероятность развития СИАГ.

Корреляционная связь между показателями интраабдоминального давления и состоянием системы дыхания, кровообращения, мочевыделительной системы, органов центральной нервной системы не вызывает сомнений [6]. Однако зачастую показатели СИАГ рассматриваются в отдельности или не рассматриваются вовсе. Однако именно он играет существенную роль в развитии каскада осложнений в виде «порочного круга», что в конечном итоге приведет к ПОН. Комплексное лечение перитонита без устранения СИГ вряд ли может быть успешным.

До настоящего времени показания к повторному хирургическому лечению во многом субъективны, как остаются субъективными и выбор способа повторной санации брюшной полости [3, 4, 5].

Многие хирурги для решения этой проблемы пользуются прогностическим индексом

релапаротомии (ПИР). Разработан он группой аргентинских хирургов под руководством J. F. Pusajo в 1993 году [5].

По сводным статистическим данным, частота релапаротомий составляет 7 %, и тенденция к их увеличению постоянно растет [5], а наиболее популярным методом лечения больных с разлитыми формами гнойного перитонита в нашей стране остается завершение операции в формате релапаротомии по «требованию».

### Цель исследований

Оптимизировать тактику лечения больных с острым разлитым гнойным перитонитом.

### Материалы и методы исследований

Произведен анализ 161 пациента находившихся на стационарном лечении в Одесской областной клинической больнице (КУ «ООКБ») по поводу ОРГП в период с 2005 по 2016 год.

Все пациенты, включенные в анализ, поступали в клинику в ургентном порядке с явлениями тяжелого перитонита с признаками абдоминального сепсиса.

В комплексе лечебных мероприятий изучаемой группы больных наблюдались отличия в выбираемой тактике лечения. У части из них в качестве основной принималась тактика лапаротомии в сочетании с периодическими санациями брюшной полости, у остальных — релапаротомия «по-требованию».

В зависимости от выбираемой тактики лечения пациенты были разделены на две группы.

Всем пациентам выполняли расчет Мангеймского индекса перитонита (МИП), прогностического индекса релапаротомии (ПИР), индекса брюшной полости (ИБП).

В первую группу внесены пациенты с явлениями острого распространенного гнойного перитонита (ОРГП) у которых лечение выполнялось с помощью программированных санаций брюшной полости.

Таким образом, в I группу включены 79 пациентов в возрасте от 18 до 90 лет.

У всех пациентов данной группы индекс брюшной полости составил более 13 баллов. Давность заболевания менее 3 суток отмечена у 41 (51,9 %) пациентов, более 3 суток — у 38 (48,1 %) пациентов, причем более 6 суток — у 16 (20,3 %). Мужчин было 27 (34,2 %), женщин — 52 (65,8 %). В возрасте 60 и более лет было 29 (36,7 %) больных. Сопутствующая патология выявлена в 53 (67,1 %) случаях. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Причинами перитонита были: перфорация язвы двенадцатиперстной кишки у 31 (39,2 %) пациента, перфорация тонкой кишки — у 12 (15,2 %), острый аппендицит — у 17 (21,5 %),

гнойный сальпингит — у 5 (6,3 %), перфорация язвы желудка — у 4 (5,1 %), острый холецистит — у 4 (5,1 %), перфорация дивертикула сигмовидной кишки — у 4 (5,1 %), острая странгуляционная кишечная непроходимость с некрозом тонкой кишки — у 2 (2,5 %).

Осложнения развились у 16 (20,3 %) человек. Несостоятельность ранее наложенных кишечных швов — у 2 (12,5 %), нагноение послеоперационной раны — у 5 (31,25 %), ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 2 (12,5 %); эвентрация — у 3 (18,75 %), формирование внутрибрюшных (межпетельных) абсцессов — у 3 (18,75 %), острые (стрессовые) язвы желудка с кровотечением — у 1 (6,25 %). Умер 21 (26,5 %) пациент.

Во II группу внесены пациенты с явлениями острого распространенного гнойного перитонита (ОРГП) у которых лечение выполнялось без применения этапных санаций брюшной полости (релапаротомия «по-требованию»).

Во вторую группу вошли 82 пациента. Пациенты этой группы имели возраст от 26 до 90 лет. В возрасте 60 лет и более было 39 (47,6 %) пациентов. Давность заболевания менее 72 часов имели 35 (42,7 %) пациентов, более 72 часов — 47 (57,3 %). Сопутствующая патология выявлена у 53 (64,3 %) пациентов. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы.

Причинами перитонита были: перфорация язвы двенадцатиперстной кишки у 21 (25,6 %) пациентов, перфорация тонкой кишки — у 12 (14,63 %), острый аппендицит — у 26 (31,71 %), абсцесс брюшной полости невыясненной этиологии, вскрывшийся в брюшную полость — у 5 (6,1 %), острая спаечная кишечная непроходимость с некрозом тонкой кишки — у 2 (2,44 %), перфорация дивертикула сигмовидной кишки — у 7 (8,54 %), ущемленная вентральная грыжа с некрозом тонкой кишки — у 2 (2,44 %), закрытая травма живота с разрывом сигмовидной кишки — у 7 (8,54 %).

Осложнения развились у 35 (42,68 %) пациентов: несостоятельность ранее наложенных кишечных швов — у 4 (11,42 %), нагноение послеоперационной раны — у 15 (42,9 %), ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 2 (5,7 %); эвентрация — у 6 (17,1 %), формирование внутрибрюшных (межпетельных) абсцессов — у 3 (8,6 %), острые (стрессовые) язвы желудка с кровотечением — у 5 (14,3 %). Умерли 37 (45,12 %) пациентов.

### Результаты исследований и их обсуждение

Всем пациентам выполняли оперативное лечение в экстренном порядке. Целью, которого было устранение источника перитонита, эвакуация экссудата, тщательная санация брюшной полости, обязательная декомпрессия ки-



шечника (чаще использовалась назоюнональная интубация), дренирование брюшной полости по А. А. Шалимову.

У пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершали наложением лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости (I группа пациентов), придерживались разработанной нами тактики. Основные ее принципы были следующими:

1. Первичное оперативные вмешательства выполняли под общим обезболиванием из срединного доступа, а все последующие санации брюшной полости выполняли исключительно под продленной эпидуральной анестезией.

2. После устранения причины перитонита обязательно у всех пациентов выполняли назоинтестинальную интубацию с эвакуацией содержимого кишечника, даже при отсутствии явной дилатации петель кишок.

3. Перед окончанием операции, после обильной санации брюшной полости физиологическим раствором (до 8 литров) использовали так называемую «экспозиционную санацию» брюшной полости с применением раствора октенидина дигидрохлорида.

4. Хирургическое вмешательство завершали формированием лапаростомы. Большой сальник фиксировали в подчрестье, внутренние органы изолировали от внешней среды стерильной перфорированной полиэтиленовой пленкой, которую фиксировали к брюшине или апоневрозу по периметру лапаротомной раны отдельными узловыми швами. На рану брюшной стенки рыхло укладывали салфетки с антисептиком, края кожной раны сближали несколькими швами (рис.).

5. При формировании лапаростомы, особенно во время сближения краев раны, обязательно контролировали внутрибрюшное давление, которое не должно было превышать 10–15 мм рт. ст.

6. Этапные санации брюшной полости, как правило, начинали выполнять не ранее, чем

через 48 часов, но не позднее 72 часов после первой операции.

7. Оптимальным считаем выполнение не более трех программированных санаций брюшной полости.

8. Полноценную комплексную корригирующую инфузионную и медикаментозную терапию проводили до, во время и после операции. Основными ее направлениями были: коррекция гемодинамики, водно-электролитного баланса и метаболических нарушений, антибактериальная терапия, обеспечение энергетических и пластических потребностей организма, обеспечение нормального газообмена и устранение нарушений микроциркуляции, детоксикационная терапия, повышение естественной резистентности организма, устранение функциональной недостаточности кишечника.

Особое место в лечении разлитого гнойного перитонита занимала антибактериальная терапия, которую начинали проводить еще до хирургического вмешательства и продолжаем в послеоперационном периоде. Предпочтение отдавали карбапенемам (меропенему, имепенему-целастатину), цефалоспорином 4-го (цефепим) или 3-го (цефоперазон + сульбактам, цефтазидим) поколения в сочетании с производными нитроимидазола или клиндамицином.

До восстановления перистальтики кишечника проводили парентеральное питание.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что применение разработанной тактики лечения, которая была применена в I-й группе по сравнению со II-й группой позволило у больных с ОРГП снизить летальность с 45,12 до 26,5 %, а число послеоперационных осложнений с 42,68 до 20,3 %. ( $P < 0,05$ ).

### Выводы

1. Острый распространенный гнойный перитонит — актуальная проблема хирургии с летальностью, достигающей 85 %.



Рис. Вид сформированной лапаростомы для проведения последующих программированных санаций брюшной полости



2. В комплексном лечении пациентов с распространенными формами острого гнойного перитонита может успешно использоваться метод программированных санаций брюшной полости в сочетании с лапаростомией.

3. Использование методики программированных санаций брюшной полости в сочетании с лапаростомией в лечении разлитого гнойного перитонита позволяет уменьшить летальность до 26,5 %, а количество осложнений до 20,3 %.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия острой хирургической абдоминальной инфекции / В. И. Мамчич, А. И. Тарахонич, В. И. Семиног [и др.] // Хирургия Украины. — 2006. — № 2. — С. 80-84.
2. Воронов Н. В. Лапаростомия при послеоперационном перитоните / Н. В. Воронов, Н. И. Стаценко, Рабах Закут Самир // Харківська хірургічна школа. — 2005. — N 1. — С. 18-20.
3. Кондратенко П. Г. Роль и место программных санаций брюшной полости в хирургическом лечении разлитого гнойного перитонита / П. Г. Кондратенко, Е. А. Койчев // Украинский журнал хирургия. — 2011. — № 3. — С. 86-91.
4. Лапароскопічні технології в лікуванні перитоніту при невідкладних оперативних втручаннях / М. І. Тутченко, О. В. Васильчук, С. М. Піотрович, Д. В. Ярошук // Хирургия Украины. — 2014. — № 2. — С. 91-94.
5. Перитонит : практическое руководство / В.С. Савельева, Б.Г. Гельфанда, М.И. Филимонова [и др.]. — М. : Литера, 2006. — 208 с.
6. Muntean V. Acute intraabdominal hypertension and «abdominal compartment syndrome» / V. Muntean, R. Galasiu, O. Fabian // Chirurgia (Bucur). — 2002. — Vol. 97 (5). — P. 447-457.

ВИБІР СПОСОБУ САНАЦІЇ  
ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ  
У ХВОРИХ З ГОСТРИМ  
ПОШИРЕНИМ ГНІЙНИМ  
ПЕРИТОНІТОМ

*В. В. Грубнік, А. І. Ткаченко,  
Е. А. Койчев, Р. П. Ромак*

**Резюме.** У статті розглянуті питання оптимізації тактики лікування хворих з гострим розлитим гнійним перитонітом. Використання запропонованої авторами тактики лікування дозволило знизити летальність і число післяопераційних ускладнень.

**Ключові слова:** *гострий поширений гнійний перитоніт, лапаростомія, програмовані санації черевної порожнини.*

THE CHOICE OF  
SANITATION OF THE  
ABDOMINAL CAVITY IN  
PATIENTS WITH ADVANCED  
ACUTE PURULENT  
PERITONITIS

*V. V. Grubnik, A. I. Tkachenko,  
E. A. Koychev, R. P. Romak*

**Summary.** The paper deals with the optimization of tactics of treatment of patients with acute spilled purulent peritonitis. Using the tactics of treatment proposed by the authors allowed to reduced the mortality rate and the number of postoperative complications.

**Key words:** *acute widespread purulent peritonitis, laparostomy, programmed rehabilitation of the abdominal cavity.*