



Радикальное удаление источника распространённого перитонита у больных с заболеваниями полых органов

К.М. Курбонов², К.Р. Назирбоев¹, Ш.Б.Полвонов¹, С.К. Ёров¹

¹ Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

² ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Анализированы результаты комплексной диагностики и лечения 124 пациентов с хирургическими заболеваниями желудка, тонкой кишки, а также послеоперационными осложнениями оперированных полых органов брюшной полости в условиях распространённого перитонита (РП). В 84 (67,74%) наблюдениях РП первично возник вследствие осложнений хирургических заболеваний желудка и тонкого кишечника, а в 40 (32,26%) случаях – как осложнение на фоне ранее проведённых различных оперативных вмешательств. Лечение РП требует дифференцированной хирургической тактики с учётом стадии заболевания, данных шкал APACHE II и МПИ, а также характера патологии, вызвавшей перитонит. Своевременное и радикальное удаление источника внутрибрюшной инфекции при РП позволяет избежать прогрессирования заболевания и полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: распространённый перитонит, заболевания полых органов, радикальные оперативные вмешательства.

Введение. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, число больных с распространённым перитонитом (РП) неуклонно растёт и не имеет тенденции к снижению [1-3]. При хирургическом лечении больных РП основной и главной задачей является устранение источника РП. Ограничение или же не устранение причины перитонита в большинстве случаев сопровождается прогрессированием заболевания и диктует необходимость обязательного выполнения релапаротомии, при этом летальность достигает 30-70% [4-7]. Радикальное удаление источника РП у больных с хирургическими заболеваниями желудка и тонкой кишки, а также послеоперационным перитонитом (несостоятельность швов полых органов) требует особого подхода и разработки объективных показателей и противопоказаний к радикальному устранению источника РП.

Цель исследования – улучшение непосредственных результатов хирургического лечения распространённого перитонита, обусловленного патологией полых органов.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней № 1, на базе Городской клинической боль-

ницы скорой медицинской помощи, и Медицинского комплекса «Истиклол» г. Душанбе оперировано 124 пациента с хирургическими заболеваниями желудка, тонкой кишки и послеоперационными осложнениями. Мужчин было 89 (74,2%), женщин – 35 (25,8%). Возраст пациентов составил от 24 до 75 лет. Причинами возникновения РП в наших наблюдениях были острые хирургические заболевания желудка, тонкой кишки и их травмы, а также послеоперационные осложнения, требовавшие выполнения релапаротомии и радикального удаления источника РП (табл. 1).

Наличие РП устанавливали на основании комплексного клинического, лабораторного и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Для выбора наиболее патогенетически обоснованного метода хирургического лечения пациентов с РП важное значение имеют степень выраженности тяжести состояния больных, наличие распространённости патологического процесса в брюшной полости, возраст пациентов, наличие сопутствующей патологии и т.д. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале APACHE II, а прогноз исхода заболевания – по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ) (табл. 2).

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВРЕЖДЕНИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ,
СПОСОБСТВОВАВШИХ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РП (N=124)

Характер патологического процесса органов брюшной полости	Кол-во	%
Перфорация гастродуоденальных язв	21	16,9
Острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость	19	15,3
Ущемлённая грыжа	17	13,7
Острый мезентериальный тромбоз	12	9,7
Повреждение тонкой кишки	10	8,0
Перфорация острых язв тонкой кишки	5	4,0
Несостоятельность швов сформированных тонкокишечных анастомозов	18	14,5
Тонкокишечные свищи	15	12,0
Несостоятельность швов ушитых перфораций гастродуоденальных язв	7	5,6
Всего	124	100

ТАБЛИЦА 2. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С РП И ИСХОД ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПО АРАСНЕ II И МПИ (N=124)

Тяжесть состояния больных по шкале АРАСНЕ II			Прогноз заболевания по шкале МПИ		
	Кол-во	%		Кол-во	%
0-10 баллов	34	27,4	10-20 баллов	56	45,1
11-20 баллов	69	55,7	21-30 баллов	50	40,4
Более 20 баллов	21	16,9	Более 30 баллов	18	14,5
Всего	124	100	Всего	124	100

Как видно из представленной таблицы, согласно шкале АРАСНЕ II, в большинстве случаев 90 (72,9%) тяжесть состояния пациентов составила 11-20 баллов (n=69) и более 20 баллов (n=21). По шкале МПИ получены практически идентичные данные. Исследования показали, что в 95 (76,6%) случаях РП сопровождался синдромом кишечной недостаточности I-II степени, а в 87 (70,1%) – ещё и синдромом внутрибрюшной гипертензии I-II степени. Показатели эндотоксемии, по мере прогрессирования заболевания и распространённости процесса, нарастали. Так, показатели маркёров эндотоксемии ЛИИ ($7,2 \pm 1,3$ усл. ед.), МСМ ($1230 \pm 184,2$ мкмоль/л), а также уровни цитокинов ФНО α ($12,4 \pm 1,8$) и ИЛ-6 ($24,9 \pm 1,7$) были значительно повышенными.

Для выявления причин РП больным проводили клинко-инструментальные методы исследования. В 82% наблюдений предпринято комплексное рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полостей, а в 93% случаев – УЗИ. Видеолапароскопия была выполнена 3% больным для выявления источника и распространённости перитонита.

Лечение больных с РП, обусловленного патологией полых органов и, в частности, заболеваниями желудка и тонкой кишки, представляет значительные трудности. После проведения патогенетически обоснованной предоперационной подготовки больные подвергались оперативному лечению. Необходимо отметить, что самым ответственным и главным моментом хирургического лечения патологии полых органов брюшной полости, осложнённой РП, является выбор рационального объёма оперативного вмешательства. Данное обстоятельство усугубляется ещё и тем, что формирование энтеростомы в подобных ситуациях вызывает большие потери кишечного содержимого, что приводит к быстрому нарушению водно-электролитного и белкового обмена, что, в конечном счёте, может способствовать летальному исходу. Отказываясь от формирования первичного анастомоза в условиях РП, хирурги «предопределяют» неизбежную необходимость повторных операций в неблагоприятных условиях. В связи с этим, на основании проведённого комплексного обследования больных с РП, в клинике разработаны объективные показания и противопоказания к выполнению радикальных резекционных оперативных вмешательств при хирургической патологии полых органов брюшной полости (табл.3).



ТАБЛИЦА 3. ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ РЕЗЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК У БОЛЬНЫХ С РП

Критерии	Показания	Противопоказания
Возраст до 50 лет Старше 50 лет	+	+
Давность перитонита до 4 суток Более 4 суток	+	+
Шкала APACHE II до 20 баллов более 20 баллов	+	+
Шкала МПИ до 30 баллов более 30 баллов	+	+
Индекс брюшной полости: до 21 более 22	+	+
Наличие некроза тонкой кишки	+	
Множественные перфорации или повреждения тонкой кишки и её брыжейки	+	
Острый мезентеральный тромбоз	+	
Множественные тонкокишечные свищи	+	
Несостоятельность швов сформированных тонкокишечных анастомозов и ушитых перфораций	+	
Показатели ИЛ-6 до 12 баллов более 12 баллов	+	+
Показатели ФНОα до 6,4 баллов более 6,4 баллов	+	+
Абдоминальный сепсис		+

ТАБЛИЦА 4. ХАРАКТЕР РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РП

Название операций	Кол-во	%
Резекция желудка по Бильрот I, санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	9	7,3
Резекция желудка по Ру. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	12	9,7
Резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза бок в бок. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	37	29,8
Резекция тонкой кишки с формированием анастомоза конец в конец. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	13	10,5
Резекция тонкой кишки с анастомозом бок в бок и илеостомией. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	13	10,5
Релапаротомия. Резекция несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов с У-образным анастомозом. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	18	14,5
Резекция тонкокишечного свища с анастомозом бок в бок и экс-траперитонизация в межмышечное пространство. Санация и дренирование брюшной полости	15	12,9
Резекция желудка по Ру с формированием дуоденоюноанастомоза. Санация и дренирование брюшной полости	7	5,7
Всего	124	100



Нестандартные клинические ситуации и объективные предпосылки дали основание в каждом конкретном случае выбрать индивидуальный подход к выбору объёма и способа оперативного вмешательства в зависимости от хирургической ситуации (табл. 4).

В послеоперационном периоде осложнения различного характера наблюдались в 57 (45,9%) наблюдениях, летальный исход отмечен в 41 (33%) случае. Следует отметить, что высокая летальность при резекционных методиках в условиях РП обусловлена не столько объёмом выполненных операций, сколько тяжестью основного заболевания и имевшейся органной недостаточностью. На наш взгляд, лишь своевременное и радикальное удаление источника внутрибрюшной инфекции может избавить от возникновения и прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности. Так, летальный исход при выполнении резекционных радикальных вмешательств без наличия абдоминального сепсиса имел место в 10 (8%) случаях, а при наличии абдоминального сепсиса и органной дисфункции – в 31 (24%).

ВЫВОДЫ

1. Для выбора радикального оперативного вмешательства при РП необходим строгий индивидуальный подход с учётом стадии заболевания, данных шкал АРАСНЕ II и МПИ, а также характера патологии, вызвавший перитонит.
2. Радикальное удаление источника перитонита с выполнением реконструктивно-восстановительных вмешательств позволяет избежать прогрессирования заболевания и развития полиорганной недостаточности, как главного фактора летальности, за счёт удаления источника интраабдоминальной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глабай В.П. О возможности резекционных методик операции в условиях распространённого перитонита /В.П. Глабай, А.В.Исаев, А.В. Архаров// Вестник клинической и экспериментальной хирургии. – 2011. – №4. – С.824-830.
2. Исаев А.В. Резекция полых органов брюшной полости в условиях распространённого перитонита: автореф. дис. ... канд. мед. наук /А.В. Исаев. – М., 2012. – 21 с.
3. Out come of laparotomy for severe secondary peritonitis / M. Chiarugi [et al.] // Ann. Ital. Chir. – 2011. – Vol.82, № 5. – P. 377- 382.
4. Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространённом перитоните / А.Р. Сараев [и др.]// Вестник Авиценны. – 2015. – №3. – С. 16-19.
5. Дербенцева Т.В. Сравнительная оценка результатов запланированной и срочной релапаротомии при перитоните и послеоперационных внутрибрюшных осложнениях: дис. ...канд. мед. наук / Т.В. Дербенцева: ВолгГМУ. – Волгоград. – 2013. – 156 с.
6. Николаев Я.Ю. Профилактика и хирургическое лечение несостоятельности швов у больных и пострадавших с заболеваниями и травмами органов желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Я.Ю. Николаев. – Казань, 2011. – 20 с.
7. Prognostic factors associated with in-hospital mortality in patients with spontaneous bacterial peritonitis / M.I. Musskopf [et al.] // Ann. Hepatol. – 2012. – Vol.11, №6. – P.915-920.



Summary

Radical removal of a source of disseminated peritonitis in patients with diseases of hollow organs

K.M. Kurbonov², K.R. Nazirboev¹, Sh.B. Polvonov¹, S.K. Yorov¹

¹ Chair of Surgical Diseases № 1 Avicenna TSMU

² Medical Hospital "Istiqlol"

Results of the complex diagnosis and treatment of 124 patients with surgical diseases of the stomach, small intestine, as well as post-operative complications of hollow organs of abdominal cavity in conditions of disseminated peritonitis (DP) were analyzed. In 84 (67.74%) cases, DP primary arose as a consequence of surgical complication of diseases of stomach and small intestine and in 40 (32.26%) cases – as complication in the background of early conducted various operative interference. Treatment of DP requires differentiated surgical approach taking into account the stage of disease, data of APACHE II and International Peritoneal Index scales, as well as character of pathology that caused peritonitis. Timely and radical removal of source of intraabdominal infection in DP allows avoiding progression of the disease and multiorgan failures.

Key words: disseminated peritonitis, diseases of the hollow organs, radical operative interference.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Назирбоев Кахрамон Рузиевич –
ассистент кафедры хирургических болезней № 1
ТГМУ имени Абуали ибни Сино;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: dr.hero85@mail.ru