

*Проф. Горский В.А. ¹, д.м.н. Фаллер А.П. ¹,
проф. Воленко А.В. ², доц. Армашов В.П. ¹*

**МЕТОДЫ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ
(МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ)**

*Кафедра экспериментальной и клинической хирургии
медико-биологического факультета ¹,
Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва;
кафедра неотложной и общей хирургии ²,
Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования, г. Москва*

УДК 616.381-002-031.81

Реферат. Сформулированы основные принципы завершения хирургического вмешательства при распространенном гнойном перитоните. Тактические подходы основаны на разделении пациентов в зависимости от степени микробной контаминации брюшной полости и выраженности явлений паралитической кишечной непроходимости. Показано, что, оценивая источник перитонита, органолептические свойства экссудата, характер фибриновых наложений и ряд других признаков, хирург имеет возможность косвенно судить о характере и степени бактериального обсеменения брюшной полости и выбрать оптимальный способ завершения операции.

Ключевые слова: распространенный перитонит, бактериальная контаминация брюшной полости

Введение. Успех лечения распространенного вторичного перитонита определяют 3 постулата: оптимальная хирургическая тактика, рациональная антибактериальная терапия, адекватная интенсивная терапия. Анализ литературы и собственный клинический опыт показывают, что положительный результат лечения больного распространенным перитонитом на 70% зависит от выбора хирургической тактики, в первую очередь, от адекватной санации брюшной полости и лишь на 30% от антибактериальной и интенсивной терапии. На сегодняшний день устранение источника перитонита с помощью наименее травматичного и технически легко выполнимого способа среди хирургов не вызывает разногласий. Однако в последнее время становятся дискуссионными, особенно в зарубежной литературе, вопросы о методиках интраоперационной санации брюшной полости и необходимости декомпрессии кишечника. Неоднозначные мнения и по поводу способа завершения операции и выбору метода пролонгированной санации брюшной полости. В ряде зарубежных статей указывается на необходимость повторных санаций «по требованию», а не «по программе».

Срок консервативных мероприятий по коррекции послеоперационного пареза кишечника ограничен 5-6 сутками. В иностранных источниках они пролонгируются до 10 суток и более. Известны данные о средних сроках релапаротомии на 16,3 сутки после первичного пособия. Часть исследователей придерживаются в качестве ориентира результатов изучения пассажа водорастворимого контрастного вещества в течение 24 часов. При этом те же зарубежные авторы отмечают, что поздняя релапаротомия опасна из-за выраженной кровоточивости и рыхлых свойств ранних сращений, а также множественности последних. Неблагоприятен и факт регистрации рецидивов ранней спаечной кишечной непроходимости у 11% оперированных пациентов. Отмечено, что наибольшая деформация петель кишечника при множественных релапаротомиях возникает в сращениях с париетальной брюшиной в

области рубца. Летальность после указанных вмешательств варьирует в пределах от 2 до 18% и в среднем составляет 8,8%.

Цель – обобщить многолетний клинический опыт коллектива кафедры экспериментальной и клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова по лечению больных с распространенным перитонитом.

Материалы и методы. Обладая опытом лечения более 1500 пациентов с 1985 г. по настоящее время, приводим результаты лечения 373 больных распространенным перитонитом за 10 лет. Критерии включения: больные вторичным распространенным гнойным перитонитом. Критерии исключения: больные панкреатогенным перитонитом, тромбозом мезентериальных сосудов, злокачественными опухолями IV стадии. Причины возникновения перитонита: перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (132 больных), острый холецистит (23), повреждения тонкой кишки (28), острая кишечная непроходимость (21), острый аппендицит (63), перфорации ободочной кишки (12), ущемленные грыжи (10), послеоперационный перитонит (61) и др. (23).

При выборе тактики лечения распространенного перитонита базируемся на трех основных параметрах. В первую очередь, это уровень бактериальной контаминации брюшной полости, непосредственно зависящий от функционального или морфологического повреждения кишки. Во-вторых, ориентируемся на выраженность паралитической кишечной непроходимости. Эти факторы являются определяющими при выборе метода завершения операции и ведении послеоперационного периода. Третьим фактором для принятия тактических решений является тяжесть эндогенной интоксикации, от выраженности которой зависит необходимость и длительность проведения предоперационной подготовки, а также агрессивность детоксикационной терапии после операции. Кроме того, прогрессирование синдрома эндогенной интоксикации указывает на необходимость проведения повторных ревизий и санаций брюшной полости или отказа от них.

Результаты и их обсуждение. Тяжесть внутрибрюшного инфекционного процесса оцениваем эмпирически. Так, при низкой степени микробной контаминации (менее 10^5 КОЕ/мл) в брюшной полости обнаруживаются: прозрачный выпот без запаха, серозного или серозно-фибринозного характера; париетальная и висцеральная брюшина покрыта нежными, легко снимаемыми фибринозными наложениями в небольшом количестве; тонкая кишка умеренно вздута (< 5 см в диаметре). Высокая степень бактериальной контаминации (более 10^5 КОЕ/мл) характеризуется выпотом бурого или зеленоватого цвета с неприятным запахом, массивными, не снимаемыми фибринозными наложениями на париетальной и висцеральной брюшине, выраженным парезом кишечника (диаметр тонкой кишки > 5 см).

Тактика во время операций по поводу перитонита с низкой степенью бактериальной контаминации (144 пациента): после ликвидации источника перитонита брюшную полость промывали 2–3 л. физиологического раствора (растворы антисептиков в данных ситуациях не использовали), осушивали и зашивали наглухо. Дренаж оставляли лишь в случаях неуверенности хирурга в качестве шва. Декомпрессию тонкой кишки в большинстве наблюдений не проводили. В последние годы (с 2005 г.) при перитонитах с низкой степенью бактериальной обсемененности использовали лапароскопический прием оперативного доступа и пособия. При этом лапароскопический метод операции при остром аппендиците, холецистите и перфоративной язве, примененный у 60 пациентов анализируемой группы, дал малый процент осложнений и оказался также надежен, как и открытое вмешательство.

При перитоните с высокой бактериальной контаминацией (229 больных) применяли метод многократных ревизий и санаций брюшной полости.

Раздел IV

После ликвидации источника перитонита полость брюшины неоднократно промывали 5–6 литрами физиологического раствора до «чистой воды» с добавлением в последнюю порцию 1% водного раствора диоксида, по возможности удаляли фибрин, а затем тщательно осушивали. При наличии паралитической кишечной непроходимости с увеличением диаметра тонкой кишки более 5 см в обязательном порядке выполняли назоинтестинальную интубацию многоперфорированным однопросветным зондом до илеоцекального угла с декомпрессией кишечника во время операции. По завершении вмешательства рану передней брюшной стенки ушивали редкими швами через все слои. Концы нитей завязывали на «бантики» для удобства последующих ревизий. Дренирования брюшной полости старались не делать из-за опасности раневой инфекции в местах выведения дренажных трубок. Помимо этого, по нашему глубокому убеждению, дренирование брюшной полости и перитонеальный лаваж бессмысленны из-за того, что при перитонитах с преобладанием гнилостной микрофлоры быстро возникает слипчивый процесс и дренажи перестают функционировать уже через 2–3 часа.

Из 229 больных перитонитом с высокой степенью бактериальной контаминации 109 пациентам повторных ревизий брюшной полости не проводили. 5 больных умерли на первые сутки после операции от прогрессирующей эндогенной интоксикации. У остальных явления перитонита разрешились под воздействием антибактериальной терапии. 120 больным санации брюшной полости были проведены через 24–48 часов. Ревизии через 24 часа выполняем их лишь в крайних случаях, например, при тяжелых каловых перитонитах, а также, если при первичной санации не удается отмыть брюшную полость из-за тяжести состояния пациента. В анализируемой группе лишь у 5 больных были выполнены ревизии через 24 часа после первичной операции. Отказ от ранних ревизий объясняем тем, что в брюшной полости после адекватной первичной санации через сутки практически отсутствует выпот. К тому же этого времени может быть недостаточно для удовлетворительной подготовки пациента к повторному вмешательству. У 76 больных выполнена только 1 ревизия и санация брюшной полости, у 33 – две или три ревизии. 11 пациентам было проведено по 4 и более санационных релапаротомий. Это было связано с проблемами в области источника перитонита, наиболее частой из которых явилась несостоятельность швов. Критериям для прекращения ревизий брюшной полости служили признаки разрешения перитонита и паралитической кишечной непроходимости.

Следует сказать несколько слов о введении назоинтестинального зонда. После завершения операции всем больным активной аспирации по зонду мы не проводили. Отток происходил пассивно. При активной аспирации велика возможность присасывания стенки кишки к отверстиям зонда с опасностью возникновения локального участка ишемии с последующей перфорацией. В наших ранних наблюдениях (1986 – 1987 гг.) подобная ситуация возникла у четырех больных. Количество отделяемого по зонду варьировало от 500 до 2000 мл в сутки, составляя в среднем $957,2 \pm 240,1$ мл. Длительность пребывания зонда зависела не от количества отделяемого, а от восстановления моторной функции кишечника и характера кишечного содержимого. Сроки стояния зонда колебались в пределах от 2 до 8 суток.

Критериями для удаления интестинального зонда были: 1) появление отчетливой перистальтики кишечника; 2) изменение качественных характеристик отделяемого – оно приобретало светло-желтый цвет, исчезал каловый запах; 3) уменьшение вздутия живота, отхождение газов и появление стула. Осложнения, непосредственно связанные с интубацией кишки, развились у 5 больных. У двух возникла аспирационная пневмония, у двух – носовые кровотечения. У одного больного во время интубации произошло по-

вреждение черпаловидного хряща, выявленное в послеоперационном периоде. Из 373 включенных в исследование пациентов с распространенным гнойным перитонитом умерло 64 человека. В процентном отношении общая летальность составила 17,1%.

Заключение. При оценке источника перитонита, органолептических свойств экссудата, характера фибринозных наложений, выраженности параеза кишечника есть возможность косвенно судить о характере и степени бактериального обсеменения брюшной полости и выбрать оптимальный способ завершения операции. Тактика при перитонитах с низкой степенью бактериальной контаминации должна включать ликвидацию источника инфекции, промывание брюшной полости 2–3 литрами изотонического раствора натрия хлорида, осушивание и зашивание наглухо без дренирования. Дренирование выполняется только в случаях неуверенности хирурга в качестве шва. Декомпрессию тонкой кишки выполнять не следует. При перитонитах с низкой степенью бактериальной контаминации целесообразен отказ от проведения открытых ревизий в пользу лапароскопических санаций брюшной полости, которые в большинстве случаев легко осуществимы.

При перитонитах с высокой степенью бактериальной контаминации осуществлять лапароскопическую санацию следует по строгим показаниям и только хирургами с большим опытом выполнения подобных операций и ведения указанной группы больных. При перитонитах с высокой степенью бактериальной контаминации необходимо использовать метод многократных ревизий и санаций брюшной полости. После ликвидации источника полости брюшины следует неоднократно промыть большим количеством изотонического раствора с добавлением антисептиков в последнюю порцию промывных вод, затем тщательно осушить. Неснимаемые пленки фибрина удалять не следует. Назоинтестинальная интубация выполняется при расширении тонкой кишки более 5 см. Рана передней брюшной стенки ушивается через все слои, концы нитей следует завязывать на «бантики». Дренирование брюшной полости необходимо избегать из-за высокой опасности возникновения раневой инфекции в местах выведения дренажных трубок.

Литература

1. Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Шукин А.Ю. Лечение распространенного перитонита аппаратным способом этапных санаций брюшной полости. *Анналы хирургии*, 2010; 2: 37-41.
2. Ларичев А.Б., Давыдов А.Ю., Волков А.В., Абрамов А.Ю. Полиорганная дисфункция и возможности её коррекции при распространённом перитоните. Методическое пособие для врачей. Ярославль. 2007.
3. Ларичев А.Б., Покровский Е.Ж. Эндовидеохирургические технологии этапной санации брюшной полости при распространённом гнойном перитоните. Методическое пособие для врачей. Ярославль-Иваново, 2013.
4. Ларичев А.Б., Покровский Е.Ж., Дыленок А.А. Результаты лечения распространённого гнойного перитонита с декомпенсацией полиорганной дисфункцией. *Новости хирургии*. 2013. Т.21. N5. С.50-57.
5. Kiewiet J.J., van Ruler O., Boermeester M.A., Reitsma J.B. A decision rule to aid selection of patients with abdominal sepsis requiring a relaparotomy. *BMC Surg.*, 2013; 13: 28.
6. Montravers P., Dupont H., Leone M. et al. Guidelines for management of intra-abdominal infections. *Anaesth. Crit. Care. Pain Med.*, 2015; 34 (2): 117-130.
7. Rather S.A., Bari S.U., Malik A.A., Khan A. Drainage vs no drainage in secondary peritonitis with sepsis following complicated appendicitis in adults in the modern era of antibiotics. *World J. Gastrointest. Surg.*, 2013; 5 (11): 300-305.
8. Špička P., Gryga A., Malý T., Neoral Č. Current management of diffuse peritonitis – is postoperative continuous lavage still a relevant method of choice? *Rozhl. Chir.*, 2019; 98 (1): 18-22.
9. Chen S.C1., Lin F.Y., Lee P.H., Yu S.C., Wang S.M., Chang K.J. Water-soluble contrast study predicts the need for early surgery in adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.*, 1998 85 (12): 1692-4.
10. Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery: An Unconventional Book. М.: Геотар-Мед, 2003, 272 с.

