



Т. И. Тамм,
В. В. Непомнящий,
А. Я. Бардюк,
Д. П. Полянский

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования.

© Коллектив авторов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 84 больных с патологией органов брюшной полости, находившихся в клинике с 2010 по 2016 г., из которых 43 (52 %) поступили в стационар с перитонитом, а у 10 (12 %) пациентов перитонит развился в послеоперационном периоде. Установлено, что более яркую клиническую симптоматику имеют больные с первичным перитонитом. Послеоперационный перитонит по своим клиническим проявлением протекает под маской затянувшегося пареза кишечника. Для диагностики этого осложнения необходимы данные УЗИ-мониторинга. С помощью УЗИ критериев из 26 (31 %) пациентов с динамическим илеусом у 16 (19 %) больных обнаружили затянувшийся парез кишечника, у 10 (12 %) пациентов был установлен диагноз послеоперационного перитонита. Сочетание клинических данных и результатов УЗИ позволило в 19 % случаев избежать напрасных релапаротомий, а в 12 % выполнить своевременную операцию.

Ключевые слова: *послеоперационный перитонит, релапаротомия, УЗИ-мониторинг, парез кишечника, динамический илеус.*

Введение

Своевременная диагностика и лечение ранних послеоперационных осложнений одна из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Частота послеоперационных осложнений варьирует в пределах 0,3-8,6 % от общего количества пациентов, оперированных на органах брюшной полости и не имеет тенденции к снижению [1, 3, 8]. Следует подчеркнуть, что такое осложнение, как послеоперационный перитонит, сопровождается высокой летальностью, которая достигает 75-83 % [1, 2, 4, 6, 8, 9]. Основная причина высоких цифр летальности при послеоперационном перитоните — это его несвоевременная диагностика и запоздалое выполнение релапаротомии [2, 3, 5].

Важно подчеркнуть, что применение анагетических препаратов и проведение многоцелевой посиндромной интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде приводит к сглаженности классической симптоматики у больных с развившейся «катастрофой» в брюшной полости [1, 2, 9].

Также существенный сдерживающий фактор к повторному оперативному вмешательству — это психологический негативизм как хирурга, так и пациента [7].

Цель исследования

Улучшение качества диагностики и лечения больных с послеоперационным перитонитом.

Материалы и методы исследований

Проанализированы результаты лечения 84 больных, находившихся в клинике с 2010 по 2016 гг. Мужчин было 51 (61 %), женщин

33 (39 %). Для анализа информативности клинических проявлений нелеченого перитонита и перитонита, развившегося в послеоперационном периоде больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 43 (52 %) пациента, которые поступили с клиникой разлитого перитонита, причиной которого являлись у 15 (35 %) острый аппендицит; перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки у 13 (31 %) больных; перфорация опухоли толстой кишки у 9 (21 %); гангренозно-перфоративный холецистит у 3 (7 %) и разгерметизация параколярного абсцесса на почве дивертикулеза сигмовидной кишки у 3 (7 %) больных.

Во вторую группу вошли 41 (48 %) пациент, из которых 11 (27 %) были оперированы по поводу деструктивного панкреатита, острого аппендицита — 11 (27 %) больных, 5 (12 %) — по поводу ущемленной грыжи и 14 (34 %) — оперированы по поводу колоректального рака. Общим клиническим признаком в этой группе больных был длительный парез кишечника в послеоперационном периоде, который не удавалось разрешить консервативным методом в течение 5-7 сут.

Диагноз устанавливали на основании анамнеза заболевания, данных объективного осмотра, клинико-биохимических показателей крови, лучевых методов диагностики, включавших УЗИ и рентгенографию органов брюшной полости.

Результаты исследований и их обсуждение

При поступлении у 43 (52 %) больных первой группы клиника перитонита была ярко выражена. Жалобы на интенсивные боли в животе



предъявил 41 (96 %) больной, а вздутие живота с тошнотой и рвотой отмечено у 34 (78 %) пациентов. «Длительный» анамнез (3–5 сут.) от начала появления болей до поступления в стационар отмечали 26 (60 %) больных. При пальпации положительные симптомы раздражения брюшины были выявлены у 40 (93 %) пациентов. В клиническом анализе крови у 39 (90 %) больных был лейкоцитоз $(10-15) \times 10^9$ в 1 л, а сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм и метамиелоцитов был у 17 (40 %) пациентов. Согласно протоколу стандартов обследования, больным при поступлении выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости, при которой свободный газ в брюшной полости выявлен у 14 (33 %) больных и гиперпневматоз кишечника у 27 (62 %). Из-за тяжести состояния 2 (4,6 %) пациентам обзорную рентгенографию выполнить не представлялось возможным.

Во время УЗИ выявлена свободная жидкость в брюшной полости у 26 (60 %) пациентов. Расширенные петли тонкой кишки с отсутствием перистальтики, но без наличия свободной жидкости обнаружены у 11 (25 %) больных. Признаки непроходимости кишечника в виде расширенных петель тонкой кишки, складок Керкринга и возвратно-поступательных движений химуса обнаружены у 6 (14 %) больных. У 3 (7 %) пациентов с гангренозно-перфоративным холециститом при УЗИ не удавалось визуализировать желчный пузырь, но по правому фланку и в пространстве Моррисона была обнаружена свободная жидкость.

Выраженная клиника перитонита, который подтвержден данными УЗИ и клинического анализа крови, была показанием к оперативному вмешательству в срочном порядке. После стабилизации гемодинамики всем больным выполнена лапаротомия, во время которой обнаружен разлитой перитонит различной этиологии. Оперативное вмешательство включало в себя устранение причины перитонита, санации и дренирования брюшной полости: аппендэктомия выполнена в 15 (35 %) случаях, иссечение язвы пилородуоденальной зоны произведено — у 13 (30 %), операция Гартмана — у 12 (28 %), у 3 (7 %) — произведена холецистэктомия. У 14 (33 %) больных оперативное вмешательство завершено трансназальной интубацией кишечника.

Из 43 оперированных больных у 15 (35 %) пациентов в течение 5 суток отмечено вздутие живота и отсутствие при аускультации перистальтики. Изменения в клиническом анализе крови в сравнении с исходными до операции носили положительную динамику, однако не были нормальными. Количество лейкоцитов у них составило 10×10^9 в 1 л, а число палоч-

коядерных нейтрофилов не превышало 8 %. На 5-е сутки при обзорной рентгенографии органов брюшной полости из 15 пациентов у 13 (30 %) обнаружены единичные тонкокишечные уровни. Данные УЗИ показали, что у 11 (26 %) больных на фоне вздутия живота определялись признаки вялой перистальтики кишечника при ширине петель 25–26 мм. Проводимая консервативная терапия к 7 суткам позволила у них восстановить полностью перистальтику кишечника.

У 4 (9 %) пациентов на 5 сутки ширина петель составила 26–27 мм, а перистальтическая волна по данным УЗИ отсутствовала. К 7 суткам ширина петель тонкой кишки увеличилась до 28–30 мм без признаков перистальтики. На фоне антибактериальной терапии у этих больных отрицательной динамики в клиническом анализе крови не обнаружено. Сочетание клинических данных и результатов УЗИ у 4 больных было показанием к повторной операции, во время которой обнаружен продолжающийся перитонит.

Во второй группе у 41 (48 %) пациента, оперированных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости без перитонита, затянувшийся парез кишечника на фоне интенсивной посиндромной инфузионной и антибактериальной терапии наблюдался у 11 (27 %) больных. Основной задачей хирурга в послеоперационном периоде было дифференцировать парез кишечника от послеоперационного перитонита. Клиника динамического илеуса в виде вздутия живота, отсутствии отхождения газов, сухости языка наблюдались у 11 (27 %) больных, тахикардия у 9 (22 %) пациента и отсутствие перистальтики на 3–4 сутки у 8 (20 %) пациентов. В клиническом анализе крови у 10 (24 %) обнаружен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. На обзорной рентгенографии брюшной полости у всех 11 больных обнаружен гиперпневматоз кишечника.

Во время УЗИ на 3–4 сутки послеоперационного периода выявляли гиперпневматоз кишечника у 31 (76 %), а расширенные петли тонкой кишки и отсутствие перистальтических движений выявлены у 11 (27 %) больных. Наличие свободной жидкости в поддиафрагмальном пространстве и малом тазу обнаружено у 5 (12 %) больных. Из 11 (27 %) больных на фоне проводимой терапии состояние улучшилось у 5 больных: уменьшилась ширина петель тонкой кишки и появились признаки перистальтики. У 6 (15 %) пациентов при УЗИ мониторинге на фоне стимулирующей терапии петли тонкой кишки достигли 28–30 мм, а перистальтика не прослеживалась. Этим была выполнена релапаротомия. Во время операции у 3 (7 %) пациентов обнаружена несо-



стоятельность тонкокишечного анастомоза, у 2 (5 %) больных разгерметизация перикаультевого абсцесса после аппендэктомии, у 1 (2 %) выявлена несостоятельность илеотрансверзоанастомоза. Объем оперативного вмешательства заключался в ликвидации причины перитонита, интубации тонкой кишки, санации и дренировании брюшной полости.

После релапаротомии в обеих группах умерло 4 (4,8 %) больных. Причиной летальности у 3 явилась полиорганная недостаточность, у 1 – инфаркт миокарда.

Анализируя результаты исследования можно отметить, что при поступлении больных с перитонитом, у них была ярко выражена клиническая симптоматика. Данные рентгенологического исследования были неинформативны, так как они выявляли неспецифические признаки патологии брюшной полости в виде гиперпневматоза. Определяющую роль в этих случаях играли данные УЗИ, при котором во всех случаях выявлены признаки динамического илеуса в виде расширения петель кишечника, отсутствие перистальтических волн и утолщение стенки кишки, а также наличие у 8 (9,5 %) больных свободной жидкости в брюшной полости.

Послеоперационный перитонит, который развился у больных второй группы имел сглаженную клиническую симптоматику и проявлял себя лишь затянувшимся парезом кишечника. Адекватная антибактериальная и интенсивная инфузионная терапия позволяла стабилизировать гемодинамику и способство-

вала невыраженным изменениям в клиническом анализе крови. Однако, на фоне пареза при УЗИ у 5 (12 %) больных прослеживалась вялая перистальтика, которая была восстановлена под воздействием консервативной терапии.

Таким образом, в обеих группах больных из 84 у 26 (30,9 %) в послеоперационном периоде имели место явления динамической непроходимости кишечника, причиной которой у 16 (19 %) был затянувшийся парез кишечника, а у 10 (12 %) послеоперационный перитонит.

Использование УЗИ–мониторинга в послеоперационном периоде позволило в 19 % случаев избежать напрасной релапаротомии, а в 12 % выполнить своевременное повторное оперативное вмешательство. Летальность в обеих группах составила 4,8 %.

Выводы

1. Перитонит, возникающий у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости сопровождается выраженными клиническими симптомами. В отличие от него послеоперационный перитонит на фоне интенсивной посиндромной инфузионной, антибактериальной и обезболивающей терапии имеет не выраженную клиническую картину, которую необходимо дифференцировать с затянувшимся парезом кишечника.

2. Дифференцировать затянувшийся парез кишечника и послеоперационный перитонит по клинико-лабораторным критериям невозможно. С этой целью необходимо использовать данные УЗИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургическая инфекция (классификация, диагностика, антимикробная терапия) / под ред. В. А. Савельева, Б. Р. Гельфанда. – 2011. – 98 с.
2. Бойко В. В. Антибиотикорезистентность основных возбудителей интраабдоминальной инфекции (обзор литературы и собственные исследования) / В. В. Бойко, Ю. В. Иванова, О. А. Головина // *Хірургія України*. – 2016. – № 4. – С. 108 - 116.
3. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений / А. Г. Кригер, Б. К. Шуркалин, П. С. Глушков, И. Л. Андрейцев // *Хирургия*. – 2003. – № 8. – С. 19 - 23.
4. Досвід застосування релапаротомії при хірургічному лікуванні захворювань органів черевної порожнини / С. В. Малик, В. І. Подлесний, Д. О. Лавренко, І. В. Ксьонз // *Клін. хірургія*. – 2015. – № 10. – С. 67–69.
5. Егиев В.Н. Релапаротомия в раннем и отдаленном периоде / В. Н. Егиев, Е. В. Ильина, М. Н. Рудакова // *V Всерос. съезд по эндоск. хирургии*. – М., 2002. – С. 37.
6. Необходимо ли дренирование брюшной полости при перитоните. Новый взгляд на старую проблему / Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко, В. Ф. Зубрицкий [и др.] // *Вестн. нац. мед.–хирург. Центра им. Н. И. Пирогова*. – 2012. – Т. 7, № 3. – С. 11–14.
7. Портной И. М. Роль и место ультразвуковой диагностики острой кишечной непроходимости / И. М. Портной, Т. Б. Легостаева, А. Ю. Кириллова // *Вестн. рентгенологии и радиологии*. – 2003. – № 4. – С 4-15.
8. Послеоперационная диагностическая и оперативная релапаротомия / Н. А. Ефименко [и др.] // *Материалы IX Всерос. съезда по эндоск. хирургии*. – М., 2006 – С. 46.
9. Савельев В. С. Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд // *Инфекции в хирургии*. – 2009. – Т. 7, № 4. – С. 26 – 31.



ДІАГНОСТИКА ТА
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ
ПЕРИТОНІТОМ

*Т. І. Тамм,
В. В. Непомнящий,
А. Я. Бардюк,
Д. П. Полянський*

Резюме. Проаналізовані результати лікування 84 хворих з патологією органів черевної порожнини, які перебували в клініці з 2010 по 2016 рр., з яких 43 (52 %) надійшли в стаціонар з перитонітом, у 10 (12 %) пацієнтів перитоніт розвинувся в післяопераційному періоді. Встановлено, що більш яскраву клінічну симптоматику мають хворі з первинним перитонітом. Післяопераційний перитоніт за своїми клінічними проявами протікає під маскою тривалого парезу кишечника. Для діагностики цього ускладнення необхідні дані УЗД–моніторингу. За допомогою УЗД критеріїв з 26 (31 %) пацієнтів з динамічним илеусом у 16 (19 %) хворих виявили тривалий парез кишечника, у 10 (12 %) пацієнтів був встановлений діагноз післяопераційного перитоніту. Поєднання клінічних даних і результатів УЗД дозволило у 19 % випадків уникнути даремних релапаротомій, у 12 % виконати своєчасну операцію.

Ключові слова: *післяопераційний перитоніт, релапаротомія, УЗД-моніторинг, парез кишечника, динамічний илеус.*

DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF PATIENTS
WITH POSTOPERATIVE
PERITONITIS

*T. I. Tamm,
V. V. Nepomnyashchy,
A. Ya. Bardyuk,
D. P. Polyansky*

Summary. The results of treatment of 84 patients with pathology of the abdominal cavity, treated in the clinic between 2010 and 2016, of which 43 (52 %) admitted to hospital with peritonitis, and 10 (12 %) patients developed peritonitis in the postoperative period are analyzed. It has been established that patients with primary peritonitis have a brighter clinical symptomatology. Postoperative peritonitis in their clinical manifestations occurs under the guise of a prolonged paresis of the intestine. For the diagnosis of this complication is necessary the ultrasound monitor. Using ultrasound criteria of the 26 (31 %) patients with dynamic ileus in 16 (19 %) patients found a prolonged paresis of the intestine, and 10 (12 %) patients had a diagnosis of postoperative peritonitis. The combination of clinical data and ultrasound results allowed in 19 % of cases to avoid unnecessary relaparotomies, and 12 % to carry out for timely operation.

Key words: *postoperative peritonitis, relaparotomy, ultrasound monitoring, intestinal paresis, dynamic ileus.*