



П. Г. Кондратенко,  
Е. А. Койчев

Донецкий национальный  
медицинский университет

© Кондратенко П. Г.,  
Койчев Е. А.

## ИНТУБАЦИЯ КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ЛАПАРОСТОМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

**Резюме.** Проведен анализ результатов лечения 239 пациентов в возрасте от 18 до 90 лет, которые были оперированы в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета по поводу распространенного гнойного перитонита в период с 2000 по 2012 годы. У всех пациентов индекс брюшной полости составил более 13 баллов. Давность заболевания менее 3 суток отмечена у 60 (56,6 %) пациентов, более 3 суток — у 46 (43,4 %), а более 6 суток — у 21 (19,8 %).

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у пациентов с распространенным гнойным перитонитом применение частичной или управляемой лапаростомы позволяет снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 17,3 до 11,3 %, а летальность — с 52,6 до 22,6 %.

**Ключевые слова:** *распространенный гнойный перитонит, интубация кишечника.*

### Введение

«Я боюсь только Бога и перитонита...», так описывал свои страхи перед гнойным перитонитом известный немецкий хирург Карл Вагнер еще в 1886 году. Прошло немало столетий, однако актуальность данной проблемы не стала меньше. Это обусловлено как сохраняющейся достаточно высокой послеоперационной летальностью и частотой данного осложнения при острых воспалительных заболеваниях и травмах органов брюшной полости, так и множеством нерешенных до настоящего времени проблем, касающихся тактики лечения данной патологии. Несмотря на все достижения современной медицины, проблема профилактики и лечения перитонита остается в числе ведущих в абдоминальной хирургии [2, 4, 5].

В настоящее время частота перитонита составляет около 6 % всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости. При этом перитонит, как осложнение острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, встречается в 15–20 % клинических наблюдений. Статистика показывает, что за последние 10 лет частота гнойного перитонита стала увеличиваться, а надежда на решение проблемы только антибактериальными средствами не оправдалась. Во многом это зависит от того, что в 85 % случаев у этих больных обнаруживают смешанную микрофлору, зачастую весьма устойчивую к современным антибактериальным препаратам. Так средняя летальность при распространенных формах перитонита в настоящее время составляет 30 % [4], достигая при осложнениях и послеоперационном перитоните — 40–83,4 % [4, 5]. Таким

образом, распространенный перитонит до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных медицинских, биологических и экономических проблем современности.

Данные литературы свидетельствуют о том, что основными составляющими успешного лечения данной категории пациентов являются: правильная оценка тяжести состояния больного с использованием интегральных прогностических шкал, предупреждение абдоминального компартмент-синдрома, адекватная коррекция водно-электролитных нарушений, особенно у больных с тяжелым абдоминальным сепсисом, рациональная антибактериальная терапия, своевременный и правильный выбор способа адекватного завершения операции в пользу управляемой лапаростомы, при наличии показаний, своевременное интестинальное дренирование [1, 5, 6, 7].

По мнению многих авторов интестинальная интубация является одним из важнейших этапов лечения больных с распространенными формами гнойного перитонита и профилактики синдрома интраабдоминальной гипертензии. Для этого используют специальные интестинальные зонды различной конструкции в том числе и двухпросветные [4, 7, 8]. Особую важность имеет дренирование начального отдела тощей кишки на протяжении 50–70 см. При этом для полноценного дренирования желудка и предотвращения регургитации необходим отдельный канал зонда, заканчивающийся в желудке [2, 5].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении распространенного гнойного перитонита, многие вопросы остаются сложными и не до



конца решенными. К таким, на наш взгляд, можно отнести и вопрос о целесообразности интестинального дренирования у больных с распространенными формами гнойного перитонита на фоне управляемой лапаростомии.

### Цель исследования

Изучить эффективность интестинальной интубации в сочетании с лапаростомией в лечении пациентов с распространенным гнойным перитонитом.

### Материалы и методы исследований

Произведен анализ результатов лечения 239 пациентов в возрасте от 18 до 90 лет, которые были оперированы в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета на базе городской клинической больницы № 16 г. Донецка по поводу распространенного гнойного перитонита в период с 2000 по 2012 год. У всех пациентов индекс брюшной полости составил более 13 баллов. Давность заболевания менее 3 суток отмечена у 141 (59 %) пациентов, более 3 суток — у 98 (41 %) пациентов, причем более 6 суток — у 49 (20,5 %).

Мужчин было 103 (43,1 %), женщин — 136 (56,9 %). В возрасте 60 и более лет было 112 (46,9 %) пациентов. Сопутствующая патология выявлена у 135 (56,4 %) больных. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Причинами перитонита явились: перфорация язвы двенадцатиперстной кишки — у 90 (37,7 %) пациента, перфорация тонкой кишки — у 43 (18 %), острый аппендицит — у 42 (17,6 %), перфорация язвы желудка — у 23 (9,6 %), абсцесс брюшной полости невыясненной этиологии, вскрывшийся в брюшную полость — у 9 (3,8 %), гнойный сальпингит — у 8 (3,3 %), острый холецистит — у 8 (3,3 %), острая странгуляционная кишечная непроходимость с некрозом тонкой кишки — у 8 (3,3 %), перфорация дивертикула сигмовидной кишки — у 6 (2,5 %), проникающие колото-резанные ранения живота с повреждением тонкой кишки — у 2 (0,8 %).

### Результаты исследований и обсуждение

Всем пациентам с распространенным гнойным перитонитом выполнена лапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости. В зависимости от способа завершения операции пациенты разделены на 2 группы. В первую было включено 133 пациента, у которых брюшная стенка зашивалась наглухо и релапаротомия выполнялась «по требованию», т. е. при возникновении тех или иных осложнений. Из них у 43 пациентов на заключительном этапе операции произведена интубация кишеч-

ника, у 90 пациентов — интубация кишечника не выполнялась.

Из 43 (32,3 %) пациентов, у которых интубация кишечника выполнена во время первого хирургического вмешательства, осложнения после операции развились у 7 (16,3 %): нагноение раны — у 3, несостоятельность швов анастомоза — у 2, абсцессы брюшной полости — у 2. Умерли 13 пациентов, летальность составила 30,2 %.

Из 90 (67,7 %) больных, у которых интубация кишечника не производилась, ранние послеоперационные осложнения развились 16 (17,8 %): несостоятельность швов анастомоза — у 6, абсцессы брюшной полости — у 4, флегмона забрюшинной клетчатки — у 2, эвентрация — 2, перфорация острых язв тонкой кишки — у 1, нагноение раны — у 1. Умерло 57 пациентов, летальность составила — 63,3 %.

Во вторую группу включено 106 пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершали наложением частичной или управляемой лапаростомы по методике В. С. Савельева и соавт. (2006) с последующим выполнением программных санаций брюшной полости [2]. Хирургическое вмешательство включало устранение причины перитонита, санацию брюшной полости, дренирование брюшной полости, интубацию тонкой кишки. После этого большой сальник фиксировали в подчревь, внутренние органы изолировали от внешней среды стерильной перфорированной полимерной пленкой. В верхнем углу раны пленку фиксировали к брюшине или апоневрозу узловыми лавсановыми швами.

Через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 3–5 см от края раны и 7–8 см друг от друга накладывали отдельные узловые лавсановые швы и дозировано сводили края лапаротомной раны. При этом внутрибрюшное давление не должно было превышать 8–10 мм рт. ст. или 11–14 см вод. ст. На рану брюшной стенки рыхло укладывали салфетки с антисептиком или водорастворимыми мазями.

В послеоперационном периоде проводили этапные санации брюшной полости до полного купирования перитонита. Интервал между этапными санациями составлял от 24 до 72 часов. Показанием к зашиванию брюшной полости являлись: купированный перитонит и отсутствие интраабдоминальной гипертензии (внутрибрюшное давление не превышало 8–10 мм. рт. ст. или 11–14 см. вод. ст.).

Одну программированную санацию брюшной полости потребовалось выполнить 61 (57,6 %) пациенту, две — 27 (25,4 %), три — 13 (12,3 %), четыре — 3 (2,8 %), пять — 2 (1,9 %). Летальность составила соответственно — 21,3 %, 29,6 %, 23,1 %, 0,0 %.

У всех больных второй группы была выполнена интубация кишечника. В большинстве



случаев предпочтение отдавали, так называемому, закрытому интестинальному способу введения зонда, т. е. через нос. У пациентов с дыхательной недостаточностью, а также в тех случаях, когда операция выполнялась под эпидуральной анестезией, применяли открытый способ введения декомпрессионного зонда — через гастростому. У всех пациентов применялась проксимальная (антеградная) интубация и декомпрессия кишечника.

Во 2 группе у 72 (67,9 %) пациентов интубация кишечника была выполнена во время первой операции. Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 3 (4,2 %) пациентов: нагноение раны — у 3. Умерли 11 пациентов, летальность составила — 15,2 %.

У 34 (32,1 %) пациентов кишечник был интубирован во время выполнения программированных санаций брюшной полости: во время первой санации — у 18, во время второй — у 16. Ранние послеоперационные осложнения развились у 9 (26,5 %) пациентов: нагноение раны — у 4, несостоятельность швов анастомоза — у 2, абсцессы брюшной полости — у 1, эвентрация — 1, перфорация острых язв тонкой кишки — у 1. Умерли 13 пациентов, летальность составила 38,2 %.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у пациентов с распространенным гнойным перитонитом применение частичной или управляемой лапаростомы позволяет снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 17,3 до 11,3 %, а летальность — с 52,6 до 22,6 %. При этом в группе пациентов, у которых хирургическое вмешательство завершалось зашиванием брюшной полости, как у больных, у которых была произведена интубация кишечника, так и у тех, у которых она произведена не была, частота осложнений после операции оказалась примерно одинаковой (соответственно — 16,3 и 17,8 %). Однако летальность оказалась значительно выше у пациентов, у которых кишечник интубирован не был (соответственно — 63,3 и 30,2 %).

У пациентов, у которых применялась частичная лапаростома, частота ранних послеоперационных осложнений значительно ниже в тех случаях, когда интубация кишечника была выполнена во время первого хирургического вмешательства (соответственно — 4,2 и 26,5 %). Летальность также ниже у пациентов, у которых интубация кишечника была произведена во время первого хирургического вмешательства, соответственно — 15,2 и 38,2 %.

Таким образом, интубация кишечника является важнейшим этапом лечения пациентов с интраабдоминальной гипертензией, обусловленной распространенным гнойным перитонитом, острым инфицированным некротическим панкреатитом, острой кишечной непроходи-

мостью и др. Применение только разгрузочных стом, накладываемых для декомпрессии желудочно-кишечного тракта, например, в условиях распространенного перитонита, считаем неадекватным лечебным мероприятием. При этом оптимальным считаем сочетание частичной или управляемой лапаростомы и интубации кишечника именно во время выполнения первого хирургического вмешательства.

Нередко, хирург во время выполнения операции по поводу распространенного гнойного перитонита не видит явных явлений пареза во время первого вмешательства, что приводит к ошибочному решению не интубировать тонкую кишку. В этом случае врач-хирург питает надежду на быструю ликвидацию интраабдоминальной инфекции на фоне проведения программированных санаций брюшной полости. Однако на практике мы наблюдаем совсем иную картину. Явления пареза кишечника при повторных санациях брюшной полости нередко не только не становятся меньше, а в большинстве случаев даже прогрессируют. Это диктует необходимость выполнения уже отсроченной интестинальной интубации, во время выполнения которой хирург сталкивается, порой, с определенными техническими сложностями, а самое главное теряет драгоценное время.

### Выводы

1. При лечении разлитого гнойного перитонита наряду с ликвидацией источника перитонита, адекватной санацией и дренированием брюшной полости предпочтение следует отдавать применению частичной лапаростомы в сочетании с интубацией кишечника, выполненной во время первого хирургического вмешательства, что способствует уменьшению частоты ранних послеоперационных осложнений и летальности.

2. Интубация кишечника у пациентов с распространенным гнойным перитонитом позволяет не только в кратчайшие сроки восстановить функцию кишечника, но и в большинстве случаев предотвратить развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии.

3. Предпочтение следует отдавать проксимальной (антеградной) интубации и закрытому способу декомпрессии кишечника. У пациентов с дыхательной недостаточностью, в тех случаях, когда операция выполняется под эпидуральной анестезией или когда имеются технические сложности проведения зонда через нос, следует применять открытый способ введения декомпрессионного зонда — через гастростому.

4. Показаниями к удалению декомпрессионного интестинального зонда считаем восстановление устойчивой перистальтики и самостоятельного стула, а также нормальные показатели внутрибрюшного давления.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев В. И. Антибактериальная терапия в комплексном лечении больных с острым разлитым перитонитом / В. И. Бондарев, Р. В. Бондарев // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 195–197.
2. Бузунов А. Ф. Лапаростомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости / А. Ф. Бузунов. — М. : Практическая медицина, 2008. — 202 с.
3. Влияние интраабдоминальной гипертензии на выбор хирургической тактики при распространенном перитоните / Е. А. Багдасарова, В. В. Багдасаров, А. И. Чернооков [и др.] // Инфекции в хирургии. — 2010. — Т. 8, № 4. — С. 47–52
4. Перитонит : Практическое руководство / В. С. Савельев, Б. Г. Гельфанд, М.И.Филимонов [и др.]. — М. : Литера, 2006. — 208 с.
5. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните / Э. Х. Байчоров, Б. Б. Хациев, Р. З. Макушкин [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 11. — С. 18–22.
6. Krobot K. Effect of inappropriate initial empiric antibiotic therapy on outcome of patients with community-acquired intra-abdominal infections requiring surgery / K. Krobot, D. Yin , Q. Zhang [et.al] // Clin Microbiol Infectious Diseases. — 2004. — № 23. — P. 682–687.
7. Michael A. West Intraabdominal Infections / Michael A. West, Michael B. Shapiro // Surgery. Basic Science and Clinical Evidence. 2Ed. — Springer Science, 2008. — P. 259–272.
8. Solomkin J. S. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America / J. S. Solomkin, J. E. Mazuski, J. S. Bradley [et al.] // Clinical Infectious Diseases. — 2010. — № 50. — P. 133–164.

ИНТУБАЦИЯ КИШЕЧНИКА  
В ПОСДНАННІ З  
ЛАПАРОСТОМОЮ  
У ЛІКУВАННІ  
РОЗПОВСЮДЖЕНОГО  
ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

*П. Г. Кондратенко,  
Є. А. Койчев*

**Резюме.** Проведено аналіз результатів лікування 239 пацієнтів у віці від 18 до 90 років, які були оперовані в клініці хірургії та ендоскопії Донецького національного медичного університету з приводу розповсюдженого гнійного перитоніту в період з 2000 по 2012 роки. У всіх пацієнтів індекс черевної порожнини склав більше 13 балів. Давність захворювання менше 3 діб виявлена у 60 (56,6 %) пацієнтів, більше 3 діб — у 46 (43,4 %), а більше 6 діб — у 21 (19,8 %).

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у пацієнтів з поширеним гнійним перитонітом застосування часткової або керованої лапаростоми дозволяє знизити частоту ранніх післяопераційних ускладнень з 17,3 до 11,3 %, а летальність — з 52,6 до 22,6 %.

**Ключові слова:** *розповсюджений гнійний перитоніт, інтубація кишечника.*

BOWEL INTUBATION  
COMBINED WITH  
LAPAROSTOMY IN  
TREATMENT OF A  
WIDESPREAD PURULENT  
PERITONITIS

*P. G. Kondratenko,  
E. A. Koychev*

**Summary.** Results of the treatment 239 patients aged 18 to 90 years who were operated on in the clinic surgery and endoscopy Donetsk National Medical University for advanced purulent peritonitis from 2000 to 2012. All patients had abdominal index was more than 13 points. Disease duration less than 3 days was observed in 60 (56.6 %) patients for more than 3 days in 46 patients (43.4 %), while more than 6 days 21 (19.8 %).

Analysis of the data indicates that in patients with advanced purulent peritonitis use partial or controlled laparostomy reduces the incidence of early postoperative complications from 17.3 to 11.3 %, and the mortality rate — from 52.6 to 22.6 %.

**Key words:** *generalized purulent peritonitis, intestinal intubation.*