



В. А. Сипливый,
С. В. Гринченко,
В. В. Доценко,
А. Г. Петюнин,
В. И. Робак,
А. В. Евтушенко,
В. С. Шадрина

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 65 больных с распространенным перитонитом, которым в послеоперационном периоде выполнены релапаротомии. В зависимости от подходов к определению показаний к релапаротомии больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили 29 больных, где показания к релапаротомии определялись по оценке хирурга. Вторую группу составило 36 больных, где релапаротомия выполнялась с учетом оценки энтеральной недостаточности по разработанной шкале. В каждой группе выполнялась как релапаротомия «по требованию», так и программированное оперативное вмешательство. Вопрос о выполнении повторного оперативного вмешательства должен решаться строго индивидуально с учетом общего состояния больного и степени энтеральной недостаточности. Использование шкалы энтеральной недостаточности дает возможность объективизировать тактику лечения больного и выполнение программированной релапаротомии, что позволяет снизить летальность у больных с послеоперационным перитонитом.

Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, энтеральная недостаточность.

Введение

Релапаротомия — основной методом лечения послеоперационных интраабдоминальных осложнений и послеоперационного перитонита.

Несмотря на усовершенствования хирургических технологий и методов лечения, достигнутый в иммунологии, микробиологии, создание новых антибактериальных препаратов и методов детоксикации организма, частота послеоперационного перитонита варьирует от 0,5 до 7 %, а летальность достигает 50-70 % [3, 5, 7, 8].

Решающее значение в успехе лечения послеоперационного перитонита принадлежит ранней операции, в задачу которой входит устранение источника перитонита, адекватная санация и дренирование брюшной полости с интубацией тонкой кишки [1, 2, 6, 7, 9]. По данным различных авторов, релапаротомия при распространенном послеоперационном перитоните варьирует от 1,5 до 13,7 % [2, 3, 9]. Это обусловлено трудностью диагностики и несвоевременном принятии решения оперативного лечения послеоперационного перитонита.

С целью объективизации показаний к оперативному лечению, оценки тяжести состояния и прогнозу течения патологического процесса разработаны и используются интегральные шкалы.

Одним из ключевых патогенетических звеньев в развитии гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде является расстройство микроциркуляции. Выброс в кровотоки цитокинов, дисбаланс провоспалительной и противовоспалительной систем, по-

вышение протеолитической активности крови приводят к дисфункции эндотелия кишечника, повреждению кишечного барьера, транслокации бактерий кишечника и их токсинов с развитием каскадных реакций острого воспаления, приводящих к синдрому энтеральной недостаточности [3, 5, 7, 8].

Актуальность проблемы обусловлена трудностью определения оптимальных сроков выполнения повторного оперативного вмешательства, психическим негативизмом к повторной операции хирурга, сложностью лечения послеоперационного периода.

Цель исследований

Анализ результатов лечения больных с распространенным перитонитом при использовании шкалы оценки энтеральной недостаточности для определения степени энтеральной недостаточности, тактики лечения и прогноза течения заболевания.

Материалы и методы исследований

Проведен анализ результатов лечения 65 больных с распространенным перитонитом, которым в послеоперационном периоде выполнены релапаротомии. Женщин было 27, мужчин — 38. Возраст больных варьирует от 18 до 70 лет, при этом больные старше 50 лет составили 42,3 %. Релапаротомия выполнена у 39 (60 %) больных, ранее оперированных в ургентном порядке, и у 26 (40 %) больных, оперированных в плановом порядке.



Таблица 1
 Патологии и количество больных оперированных по поводу послеоперационного перитонита

Причина перитонита	Количество больных	%
Перфоративная язва	20	30,8
Острый аппендицит	9	13,9
Панкреонекроз	9	13,9
Несостоятельность швов анастомоза	4	6,2
Острый гангренозный холецистит	4	6,2
Спаечной болезни брюшной	8	12,3
Опухоли толстой кишки полости	6	9,2
Травмы брюшной полости с повреждением полого органа	5	7,7
Всего	65	100

В зависимости от подходов к определению показаний к релапаротомии больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили 29 больных, где показания к релапаротомии определялись по оценке хирурга. Вторую группу составило 36 больных, где релапаротомия выполнялась с учетом оценки энтеральной недостаточности по разработанной нами шкале [1, 5].

В каждой группе выполнялась как релапаротомия «по требованию», так и программированное оперативное вмешательство. Релапаротомия «по требованию» выполнялась в неотложном порядке при наличии лабораторных и клинических данных, свидетельствующих о прогрессировании патологического процесса в брюшной полости (несостоятельность швов анастомоза пищеварительного канала, прободение полого органа, ранняя послеоперационная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение и др.).

Программированные санации брюшной полости осуществлялись у больных с разлитой формой перитонита, установленной во время первой операции, с тяжелой интраабдоминальной инфекцией, с неустойчивыми показателями гемодинамики, где требовалось минимальное хирургическое вмешательство с последующим выполнением плановых релапаротомий через 24–72 часа в зависимости от тяжести течения послеоперационного периода. Хирургические вмешательства заканчивались наложением частичной или управляемой лапаростомы с последующим выполнением программированных санаций.

Результаты исследований и их обсуждение

Показания к программированным санациям брюшной полости сформулированы достаточно четко. Обычно показаниями к релапаротомии являлись ухудшение состояния больного с перитонитом (нарастание эндотоксикоза, полиорганной недостаточности) в сочетании с субъективной оценкой хирургом клинической

симптоматики, что, как правило, приводило к задержке оперативного вмешательства.

Нами для определения показаний к программированной релапаротомии использована шкала оценки энтеральной недостаточности (патент №28861), которая включает в себя доступные определению четыре группы клинических параметров:

- данные физикального обследования (характер болей, вздутие живота, объем содержимого желудка по зонду, показатели гемодинамики и функции внешнего дыхания, температуру тела);
- данные лабораторных методов диагностики (лейкоцитарная формула с учетом палочкоядерных нейтрофилов и лейкоцитарного индекса интоксикации Каль-Калифа);
- данные рентгенологических методов диагностики (пневматоз кишечника, чаши Клойбера, отек складок Кернинга, высокое стояние диафрагмы);
- патологические изменения, выявленные *intra operationem*, во время первой и второй операции (зоны поражения патологическим процессом, характер экссудата, инфильтрация стенки кишечника, диаметр и содержимое кишечника, наличие перистальтики последнего).

Каждому параметру присваивается балльная оценка. При сумме до 20 баллов энтеральная недостаточность считается компенсированной, при сумме от 21 до 40 баллов – субкомпенсированной, и при сумме от 41 балл и выше – декомпенсированной [1].

Релапаротомии выполнены у 4 (6,1 %) больных, оперированных по поводу перфоративной язвы желудка, у 16 (24,6 %) – по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, у 9 (13,9 %) – острого гангренозного и гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного разлитым фибринозным или фибринозно-гнойным перитонитом. У 4 (6,1 %) больных релапаротомия выполнена по поводу несостоятельности швов анастомоза после операций на пищеварительной системе. У 9 (13,9 %) пациентов релапаротомии выполняли по поводу осложнений панкреонекроза, 4 (6,1 %) больных ранее оперированы по поводу острого гангренозно-перфоративного холецистита, 8 (12,3 %) пациентам по поводу спаечной болезни, осложненной острой кишечной непроходимостью с некрозом и микроперфорацией петли тонкой кишки, 6 (9,2 %) – по поводу опухоли толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, 5 (7,5 %) – по поводу травмы брюшной полости с повреждением полого органа.



Количество больных, которым требовалось выполнение повторных санаций брюшной полости, было наибольшим среди оперированных по поводу перфоративной язвы—20 (30,8 %) больных. Из них 16 (24,6 %) пациентам проведена одна санация, 3 (4,6 %) — две, 1 (1,5 %) — три санации брюшной полости. Релапаротомия выполнена у 9 (13,8 %) больных после аппендэктомии. 8 (12,3 %) больным проведена одна санация и 1 (1,5 %) больному — две санации. Из 9 больных (13,8 %) с панкреонекрозом 3 (4,6 %) осуществлена одна санация, 4 (6,2 %) — две санации, 1 (1,5 %) — три и 1 (1,5 %) больному — четыре санации. Однократно релапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости проводили 8 (12,3 %) больным со спаечной болезнью, осложненной острой кишечной непроходимостью и 5 (7,7 %) больным с травмой брюшной полости, 3 (4,6 %) больным с опухолью толстой кишки, осложненной кишечной непроходимостью, в послеоперационном периоде осуществляли одну санацию и 3 (4,6 %) больным — две санации. Среди 4 (6,2 %) больных с острым холециститом 3 (4,6 %) проведена одна санация, 1 (1,5 %) — две санации; среди 4 (6,2 %) больных с несостоятельностью швов анастомоза 1 (1,5 %) больному выполнена одна санация органов брюшной полости, 2 (3,1 %) — две санации, 1 (1,5 %) — три санации.

В первой группе 17 (58,6 %) больным выполнена релапаротомия «по требованию», 12 (41,4 %) — программированная релапаротомия.

Умерло 5 (17,2 %) больных, оперированных «по требованию» и 3 (10,3 %) больных с программированной релапаротомией.

Во второй группе 22 (61,1 %) больным произведена релапаротомия «по требованию», умерло 4 (11,1 %) больных, 14 (38,9 %) больным выполнена программированная релапаротомия.

Программированную релапаротомию выполняли с учетом оценки энтеральной недостаточности: у 2-х (14,3 %) больных определялась энтеральная недостаточность в стадии компенсации, у 5 (28,6 %) в стадии субкомпенсации, у 7 (50 %) в стадии декомпенсации.

Летальность в данной подгруппе составила 2 (5,5 %) больных.

Выводы

1. Ликвидация источника перитонита с последующей адекватной санацией и дренированием брюшной полости в сочетании с интубацией кишечника во время первой операции уменьшает риск развития ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

2. Вопрос о выполнении повторного оперативного вмешательства должен решаться строго индивидуально с учетом общего состояния больного и степени энтеральной недостаточности.

3. Использование шкалы энтеральной недостаточности дает возможность объективизировать тактику лечения больного и выполнение программированной релапаротомии, что позволяет снизить летальность у больных с послеоперационным перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патент 28861 Україна, МПК (2006) А61В 17/00 Спосіб оцінки тяжкості гострої ентеральної недостатності / С. В. Гринченко, В. О. Сипливий, Є. А. Шаповалов [и др.] — заявл. 06.08.2007, опубл. 25.12.2007, Бюл. № 21.
2. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. Д. Толстой, В. П. Панов, В. Б. Красногоров [и др.] — СПб, 2003. — 260 с.
3. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита / С. В. Гринченко, В. А. Сипливый, А. В. Береснев, С. Н. Тесленко // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 1.1(15). — С.74-75.
4. Релапаротомия и видеолaparосонация у больных с разлитым перитонитом с учетом показателей синдрома энтеральной недостаточности / С. В. Гринченко, В. В. Доценко, Д. В. Евтушенко, В. И. Робак // Актуальні проблеми сучасної медицини. — Полтава 2013. — Т. 13, вип. 1(41). — С. 157-160.
5. Синдром энтеральной недостаточности (СЕН), як ускладнення гострого панкреатиту: морфологічні основи та принципи медикаментозної корекції / В. П. Андрюшенко, В. В. Куновський, Д. В. Андрющенко [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2008. — №2 (29). — С. 72-75.
6. Сипливый В. А. Энтеральное питание у хирургических больных / В. А. Сипливый, С. В. Гринченко, Д. В. Евтушенко // Український Журнал Хірургії. — 2011. — № 3(12). — С. 50-54.
7. Энтеральная недостаточность и ее оценка у больных с острым некротическим панкреатитом / В. А. Сипливый, С. В. Гринченко, В. И. Робак [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2015. — №2. — С. 40-43.
8. Pathogenesis of enteral insufficiency in patients with postoperative peritonitis / A. A. Uzankichian, A. R. Asatryan, A. E. Zakarian [et al.] // Khirurgiia (Mosk). — 2010/ - (11)42. — Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21169940>
9. Screening and risk factors of enteral insufficiency in critically ill adult patients receiving enteral nutrition / S. Wang, L. Ma, Y. Zhuang [et al.] // Crit Care. — 2013. — Aug 7. — 17(4). — P. 171.



РЕЛАПАРОТОМИЯ В
ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНОГО
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО
ПЕРИТОНІТУ

*В. А. Сипливий,
С. В. Грінченка,
В. В. Доценко,
А. Г. Петунін,
В. І. Робак,
А. В. Євтушенко,
В. С. Шадріна*

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 65 хворих із розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді виконані релапаротомії. В залежності від підходів до визначення показань до релапаротомії хворі були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 29 хворих, де показання до релапаротомії визначалися згідно з оцінюванням хірурга. Другу групу склали 36 хворих, де релапаротомія виконувалась із урахуванням оцінювання ентеральної недостатності за розробленою шкалою. У кожній групі виконувалась як релапаротомія «завимогою», так і програмоване оперативне втручання. Питання про виконання повторного оперативного втручання повинне вирішуватися строго індивідуально з урахуванням загального стану хворого та ступеню ентеральної недостатності. Використання шкали ентеральної недостатності дає змогу об'єктивізувати тактику лікування хворого та виконання програмованої релапаротомії, що дозволяє знизити летальність у хворих із післяопераційним перитонітом.

Ключові слова: *перитоніт, релапаротомія, ентеральна недостатність.*

RELAPAROTOMY
IN THE TREATMENT
OF ADVANCED
POSTOPERATIVE
PERITONITIS

*V. A. Siplivy,
S. V. Grinchenko,
V. V. Dotsenko,
A. G. Petyunin,
V. I. Robak,
A. V. Evtushenko,
V. S. Shadrina*

Summary. The analysis of the results of treatment of 65 patients with advanced peritonitis, which in the postoperative period were performed relaparotomy. Depending on the approach to the definition of the indications for relaparotomy patients were divided into 2 groups. The first group comprised 29 patients where the indications for relaparotomy determined by the surgeon's assessment. The second group consisted of 36 patients, where relaparotomy performed taking into account the evaluation of enteral insufficiency developed on the scale. Each group performed a relaparotomy «on demand», and programmed surgical intervention. The question of the implementation of re-operative intervention should be decided strictly individually, taking into account the general condition of the patient and the degree of enteral insufficiency. The use of enteral insufficiency scale allows to objectify the tactics of patient treatment and the implementation of programmed relaparotomy that reduces mortality in patients with postoperative peritonitis.

Key words: *peritonitis, relaparotomy, enteral insufficiency.*