

PERITONITIS IN MODERN ABDOMINAL SURGERY
Styazhkina S.N.¹, Ovechkina I.A.², Shakirova L.C.³, Khabibullina G.F.⁴
(Russian Federation) Email: Styazhkina535@scientifictext.ru

¹*Styazhkina Svetlana Nikolaevna - doctor of medical Sciences, Professor;*

²*Ovechkina Irina Anatolevna – student;*

³*Shakirova Leisan Chingizovna – student;*

⁴*Khabibullina Gulnaz Fazilovna - student,*

CHAIR OF FACULTY SURGERY,

DEPARTMENT WITH UROLOGY COURSE,

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY, IZHEVSK

Abstract: *the problem of treatment of acute peritonitis due to the high frequency of this complication and mortality. The most important place in the treatment of peritonitis is surgical intervention. In modern abdominal surgery indications for staged surgical treatment traditionally consists of specific factors or their combination. In order to remove toxins from the blood circulation is quite effective modern methods of detoxification. The article presents information regarding frequency of detection, choice of treatment strategy, methods of treatment, indications for surgery, its type, volume and nature of acute peritonitis.*

Keywords: *acute peritonitis, surgical treatment, the Udmurt Republic.*

ПЕРИТОНИТ В СОВРЕМЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
Стяжкина С.Н.¹, Овечкина И.А.², Шакирова Л.С.³, Хабибуллина Г.Ф.⁴
(Российская Федерация)

¹*Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор;*

²*Овечкина Ирина Анатольевна – студент;*

³*Шакирова Лейсан Чингизовна – студент;*

⁴*Хабибуллина Гульназ Фазыловна - студент,*

кафедра факультетской хирургии с курсом урологии,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, г. Ижевск

Аннотация: *актуальность проблемы лечения острого перитонита обусловлена высокой частотой этого осложнения и летальностью. Главное место в лечении перитонита занимает оперативное вмешательство. В современной абдоминальной хирургии показания к этапному хирургическому лечению традиционно складываются из определенных факторов или их сочетания. В целях удаления токсинов из общего кровотока достаточно эффективны современные методы детоксикации. В работе представлены сведения, касающиеся частоты выявляемости, выбора лечебной тактики, метода лечения, показаний к операции, ее вида, объема и характера при остром перитоните.*

Ключевые слова: *острый перитонит, хирургическое лечение, Удмуртская Республика.*

Острый перитонит — воспаление брюшины, возникающее в ответ на проникновение в брюшную полость микробов, сопровождающееся комплексом тяжелых патофизиологических реакций с нарушением функции всех систем организма.

Актуальность проблемы лечения острого перитонита обусловлена высокой частотой этого осложнения и летальностью. При распространенных формах перитонита (60%) средняя летальность составляет 25-30%. Она резко возрастает среди больных с терминальной стадией перитонита, достигая 50-70%, а количество пациентов доходит до 20% от всех случаев перитонита.

По распространенности различают следующие формы перитонита:

1. Местный — локализуется не более чем в 2 из 9 анатомических областей, с возможностью затекания экссудата в соседнюю область брюшины по путям естественного оттока. Варианты местного перитонита:

- ограниченный (изолированный) — абсцесс брюшной полости, осумкованный благодаря спайкам;
- неограниченный - не ограниченный спайками, но локализуется в кармане брюшины.

2. Распространенный:

– диффузный — занимает от 2 до 5 (из 9) анатомических области или менее чем 2 этажа брюшной полости;

– разлитой — занимает 2 и более этажа брюшной полости;

– общий — тотальное воспаление органов и стенок париетальной брюшины.

По характеру содержимого брюшной полости выделяют следующие формы перитонита: серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, геморрагический, каловый, желчный, химический.

По этиологическому признаку выделяют первичный, вторичный и третичный перитонит. Первичный перитонит является результатом спонтанной гематогенной или лимфогенной транслокации в брюшинный покров или трансудат специфической моноинфекции из других органов. При вторичном перитоните происходит инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний брюшной полости. Третичный перитонит (вялотекущий, персистирующий) объединяет те формы гнойного перитонита, которые развиваются и протекают без выраженных клинических проявлений на фоне продолжающегося лечения ослабленных больных с вторичным перитонитом и нередко — с нарушением иммуногенеза различной природы [1, 8].

Наиболее часто встречающейся этиологической классификационной категорией перитонита является вторичный перитонит, а наиболее проблемной формой можно считать вторичный распространенный гнойный перитонит (ВГП), часто сопровождающийся развитием абдоминального тяжелого сепсиса [5].

В лечении распространенного перитонита основное и главное место занимает хирургическое вмешательство, без которого другие компоненты и лечебные приемы теряют всякий смысл.

Основными этапами оперативного вмешательства при РГП являются: устранение источника перитонита; интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости; дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза, и применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности; выбор варианта завершения первичной операции и дальнейшей тактики ведения больного.

При выборе рационального доступа для хирургического лечения РГП часто выполняют срединную лапаротомию, при которой имеются наибольшие возможности для полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости. После вскрытия брюшной полости удаляют патологическое содержимое (с помощью электроотсоса или реже марлевыми салфетками), выполняют ревизию брюшной полости с интраоперационной оценкой ситуации, радикально ликвидируют или ограничивают от свободной брюшной полости источник перитонита [2, 3, 4].

Следующим этапом хирургического лечения является устранение источника перитонита, наиболее ответственный этап хирургического вмешательства. Стремление к радикальному устранению источника перитонита всегда должно соотноситься с функциональными возможностями больного, а также с травматичностью и физиологичностью операции. При невозможности радикального одномоментного удаления источника поражённый орган выводится внебрюшинно или ограничивается марлевыми тампонами от свободной брюшной полости. При этом необходимо учитывать, что использование тампонов с дренирующей целью неэффективно. Особое внимание при РГП уделяется определению показаний к резекции полых органов, адекватному выбору ее объёма и возможности формирования межорганных соустьев в определенные сроки лечения [2, 3, 4].

Основным методом санации брюшной полости по-прежнему остаётся лаваж. В разные периоды развития хирургии предлагалось множество его способов, включая промывание растворами антибиотиков и антисептиков. В настоящее время чаще используют тёплые (36-38°C) изотонические растворы, которыми активно промывают брюшную полость «до чистых промывных вод». Главной целью санации (лаважа) является механическое удаление токсинов и бактерий. Самым простым и дешевым препаратом для этой цели остается физиологический раствор хлорида натрия. При этом поиск эффективных препаратов и методов санации полости брюшины продолжается, что свидетельствует о неудовлетворённости уже существующими методами. Так появились публикации об эффективном местном применении синтетических иммобилизованных протеаз [2, 3, 4].

Одним из важных этапов оперативного вмешательства при РГП является дренирование брюшной полости. При этом количество и качество дренажей определяется распространённостью и характером перитонита [2, 3, 4].

Профилактике и лечению энтеральной недостаточности в хирургии перитонита придаётся большое значение. Для этого после санации брюшной полости определяют показания к дренированию («шинированию») тонкой кишки. Эффективная декомпрессия и последующее дренирование тонкой кишки чаще осуществляются путём введения назоинтестинального зонда. Наибольшее значение придаётся дренированию желудка и начального отдела тощей кишки (50-70 см от связки Трейца). При этом желудок необходимо дренировать отдельным назогастральным зондом. Возможно «шинирование» кишечника через разные стомы, но преимущество выбора следует оставлять за неинвазивными методами декомпрессии. При необходимости проводят трансанальную интубацию толстой кишки и/или дивульсию ануса [3].

В части наблюдений однократного хирургического вмешательства, направленного на ликвидацию очага РГП, недостаточно для стойкого обратного развития заболевания, так как воспалительный деструктивный процесс распространяется на всю брюшину (висцеральную и париетальную). В таких условиях даже после качественной санации в брюшинной полости продолжают накапливаться воспалительный гнойный экссудат, продукты тканевого распада, микробные и метаболические токсины, которые не удаётся удалить даже с помощью активных современных дренажных систем. Для решения

этой задачи в арсенале хирурга имеются методы программированных релапаротомий и релапароскопий, а также «классический» перитонеальный диализ. При этом наиболее доступным вариантом, позволяющим адекватно «контролировать ситуацию» при РГП, является программированная релапаротомия. Метод программированных релапароскопий при РГП имеет ряд важных достоинств, но, к сожалению, все еще малодоступен из-за отсутствия необходимого оборудования. Перитонеальный диализ при перитоните из-за существенных недостатков в последние годы применяется значительно реже [6].

Невозможность реализации классических принципов хирургического лечения во время первой операции послужила основой внедрения в практику двух вариантов тактики лечения РГП: релапаротомия «по требованию», когда неблагоприятное течение заболевания после однократной хирургической коррекции не прогнозировалось; плановая релапаротомия при неблагоприятном прогнозе заболевания и трудностях в одномоментном удалении первичного очага РГП. Именно эти предпосылки и явились основанием для разработки различных технических приёмов и внедрения в клиническую практику комбинированных методов хирургического лечения. Основная их цель - контроль и своевременная хирургическая коррекция состояния органов брюшной полости [6].

Основной причиной летальности при РГП являются синдром полиорганной недостаточности и абдоминальный сепсис, развитие и тяжесть которых напрямую зависят от степени выраженности эндотоксикоза. Основными источниками эндотоксикоза при РГП являются очаг воспаления в брюшной полости, поверхность брюшины с выраженными воспалительно-деструктивными изменениями, а также содержимое кишечника при развитии синдрома энтеральной недостаточности (пареза) [3].

Считается, что современные методы детоксикации (гемодиализ, перитонеальный диализ, ультрафильтрация, гемофильтрация, гемодиофильтрация) достаточно эффективны в целях удаления токсинов из общего кровотока. При этом они имеют ряд ограничений и противопоказаний в применении. В связи с этим очевиден интерес к разработке способов, препятствующих поступлению в общий кровоток токсинов из очага воспаления. Такие исследования проводятся, прежде всего, в направлении изучения различных способов дренирования брюшной полости и метода программированных релапаротомий (ПР). Так в комплексном лечении тяжёлых форм перитонита некоторые авторы большое значение придают совмещению методов ПР и перитонеального лаважа [3, 4].

В современной абдоминальной хирургии показания к этапному хирургическому лечению традиционно определяются следующими факторами или их сочетанием: распространённый фибринозный или каловый перитонит; анаэробный перитонит; невозможность одномоментной ликвидации или надёжной локализации источника перитонита; распространённый инфицированный панкреонекроз; острые нарушения мезентериального кровообращения; крайняя степень тяжести состояния больного, исключающая возможность выполнения операции одномоментно в полном объёме; тяжёлая сочетанная абдоминальная травма; высокий риск рецидива внутрибрюшного кровотечения; состояние лапаротомной раны, не позволяющее закрыть дефект передней брюшной стенки; синдром внутрибрюшной гипертензии (компартмен-синдром); стадия перитонита, соответствующая тяжёлому сепсису или септическому шоку [3].

Таким образом, показаниями к применению метода программированных релапаротомий традиционно служат клиническая симптоматика и интраоперационные данные. Кроме этого, для определения показаний к релапаротомии могут быть использованы разные интегральные системы оценки тяжести состояния больного, некоторые из которых разработаны исключительно для перитонита. Большой практический интерес представляют Мангеймский индекс перитонита (МИП, MPI), перитонеальный индекс Altona (PIA) и его усовершенствованный вариант PIA II, индекс брюшной полости (В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин, 1998), прогностический индекс релапаротомий (ПИР), а также шкалы оценки тяжести состояния больных (APACHE, SAPS) и степени полиорганной недостаточности (MODS, SOFA) [6, 7].

Целью нашего исследования явилось изучение данных, касающихся частоты выявляемости, выбора лечебной тактики, метода лечения, показаний к операции, ее вида, объема и характера при остром перитоните у пациентов в Удмуртской Республике с целью улучшения в дальнейшем результатов лечения этой категории больных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ медицинской документации (карты стационарных больных) пациентов хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская больница МЗ УР» за 2013 год. Для подведения итогов использовались статистические методы анализа.

Результаты и обсуждение. Нами было изучено 1214 историй болезни. Общее число пациентов с перитонитом составило - 62 (5%), из них 53% - местный перитонит, 47% - распространённый перитонит. От общего числа больных 35,5% (22 пациента) приходится на женщин, 64,5% (40 пациентов) на мужчин. Возраст больных находился в пределах от 15 до 85 лет (15-30 лет — 23; 31-40 лет — 6; 41-50 лет — 9; 51-60 лет — 13; 61-85 лет -11 пациентов), из них каждый второй мужчина.

Рассматривая в целом совокупность изученных пациентов, необходимо отметить, что в нее вошли больные с основными нозологиями:

- острый аппендицит — 44%
- перфоративная язва желудка или duodenum — 16%
- панкреонекроз — 16%
- травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства — 9,6%
- ЖКБ (острый флегмонозно - калькулезный холецистит, холедохолитиаз, эмпиема желчного пузыря) — 6,4%
- ущемленная грыжа (бедренная, послеоперационная) — 3,2%
- острая кишечная непроходимость (спаечная, заворот кишки) — 1,6%
- опухоль головки поджелудочной железы — 1,6%
- тромбоз мезентериальных сосудов — 1,6%

Нами проанализированы результаты лечения с различными формами перитонита. В соответствии с выбором хирургической тактики больные разделены на две основные группы:

1. Местный и распространенный перитонит, лечение которых проводилось полузакрытым способом. В данном случае потребовалась одна операция, в ходе которой устранена причина перитонита, выполнено эффективное дренирование и санация брюшной полости. Эффективность лечения в данной группе составила 100%.

2. Вторую группу составили пациенты с распространенным перитонитом, лечение которых проводилось полукрытым способом. Данный тактический вариант избран на основе следующих критериев: высокая бактериальная контаминация брюшной полости, невозможность в ходе одной операции ликвидировать полностью источник перитонита или факторы его прогрессирования, наличие синдрома полиорганной недостаточности. Этапные санационные релапаротомии выполнялись через 24-36 часов после предыдущей операции. Эффективность лечения в этой группе зависела от сроков развития перитонита и срока до операции, исходной тяжести состояния пациента, операционной травмы, эффективности реанимационных мероприятий, методов детоксикации. Летальность в этой группе составила 14,5% (9 пациентов).

Заключение.

В исследованной группе, общее число пациентов с перитонитом составило - 62 (5%), из них 53% - местный перитонит, 47% - распространенный перитонит. Самой частой причиной перитонита явился деструктивный аппендицит — 44%. В группе с распространенным перитонитом выявлена высокая летальность — 14,5%. Таким образом, проблема эффективного лечения распространенного перитонита остается актуальной.

На сегодняшний день мы видим следующие пути улучшения результатов лечения перитонита:

1. Внедрение новых малоинвазивных эндовидеохирургических методов повторной санации брюшной полости.
2. Разработка методов экспресс диагностики микробиологической этиологии перитонита с определением доминирования возбудителей и прогнозированием их вероятной динамической смены.
3. Изучение возможности предотвращения несостоятельности кишечных анастомозов.
4. Коррекция несостоятельности иммуногенеза и нарушения системного метаболизма с помощью заместительной терапии.
5. Исследование по разработке энтеральных и питательных смесей, способных усваиваться в ранние сроки после операций.

Список литературы / References

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. Под ред. В.К. Гостищева. М.: Медицина, 1992. 224 с.
2. Гостищев В.К. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению // Врач, 2001. № 6. С. 32-37.
3. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. М.: Литтерра, 2006. 208 с.
4. Подачин П.В. Распространённый перитонит: проблемы и перспективы этапных методов хирургического лечения // Анн. Хирургии, 2004. № 2. С. 5-12.
5. Савельев В.С., Ерюхин И.А., Филимонов М.И. и др. Классификация перитонита (принята на Всероссийской научно-практической конференции РАСХИ, 2005 г. // Инфекции в хирургии, 2007. Т. 5. № 1. С. 12-14.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В. Программируемая релапаротомия в лечении распространённого перитонита // Анн. Хирургии, 2004. № 2. С. 42-48.
7. Фёдоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Богницкая Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных. // Хирургия, 2000. № 4. С. 58-62.

8. Хирургические болезни. М.И.Кузин. Изд. Медицина. Москва, 1986.