

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ: ПРАКТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ

Керимов Э.Я.¹, Костырной А.В.¹, Керимов Э.Э.¹

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь, e-mail: kerdoc@mail.ru

Значимость послеоперационного перитонита за последнее время не уменьшилась, вопросы ранней диагностики, эффективных методов лечения остаются важнейшими в практической хирургии. Нами изучены ближайшие результаты 9226 операций на органах брюшной полости, послеоперационные интраабдоминальные осложнения возникли у 210 больных (2,28%), послеоперационный перитонит развился у 45 (0,49%) больных. Больше число случаев перитонита имело место после плановых оперативных вмешательств - 33 (73,3%) по сравнению с экстренными операциями - 12 (26,7%) случаев. При распространенном послеоперационном перитоните методы релапаротомии, программируемой санации брюшной полости являются ведущими в целях устранения причины перитонита и дренирования гнойного очага. Использование малых доступов, лапароскопических пособий, УЗИ пункции, интраабдоминальные дренажи при неосложненном локальном перитоните позволяют уменьшить частоту послеоперационных осложнений, оптимизировать качество жизни в отдаленные послеоперационные сроки.

Ключевые слова: послеоперационные осложнения, послеоперационный перитонит, несостоятельность швов.

POSTOPERATIVE PERITONITIS: PRACTICAL VIEW ON SOME ISSUES

Kerimov E.Y.¹, Kosternoy A.V.¹, Kerimov E.E.¹

¹Medical Academy n.a. Georgievsky, Simferopol, e-mail: kerdoc@mail.ru

The importance of postoperative peritonitis hasn't diminished lately, it is an immediate cause of death in 50-86% of patients after surgeries on abdominal organs. We studied the closest results of 9226 surgeries on abdominal organs, postoperative intraabdominal complications appeared in 210 patients (2,28%), postoperative peritonitis developed in 45 (0,49%) patients. The bigger number of peritonitis cases took place after elective surgeries - 33 (73,3%), in comparison with emergency operations - 12 (26,7%) cases. Approaches of relaparotomies and programmed abdominal cavity sanations are principal for elimination of the peritonitis cause and drainage of the purulent focus at diffuse postoperative peritonitis. Use of small accesses, laparoscopic approaches, US-abdominocentesis, intraabdominal drainages for uncomplicated local peritonitis allow to reduce a number of postoperative complications, and improve a long-term quality of life.

Keywords: postoperative complications, postoperative peritonitis, dehiscence of sutures.

Актуальность. Значимость послеоперационного перитонита за последнее время не уменьшилась, вопросы ранней диагностики, эффективных методов лечения остаются важнейшими в практической хирургии. Именно он, несмотря на все достижения последнего времени, является непосредственной причиной летальности 50-86% больных после абдоминальных операций [1; 2].

Сам по себе послеоперационный перитонит является следствием внутрибрюшных осложнений, таких как несостоятельность швов анастомозов, периоперационное инфицирование брюшной полости, интраабдоминальное скопление крови, желчи, осложнения панкреонекроза и др. Тем не менее значимость этой патологии на определенном этапе воспалительного процесса выступает на первый план, являясь основной причиной релапаротомии [3; 4].

Послеоперационный перитонит относится к вторичным и третичным формам

интраабдоминальной хирургической инфекции. Поэтому особенно актуальны вопросы своевременной адекватной хирургической тактики и проблемы комплексной иммунокоррекции, восстановление физиологических функций пораженных органов, посиндромной терапии [5; 6].

При генерализованном вовлечении в патологический процесс брюшной полости наиболее применимы классические принципы оперативного лечения. Релапаротомии, лапаростомии позволяют добиться адекватной санации очага, создать условия для хирургической детоксикации. В то же время при многих формах ограниченного послеоперационного перитонита все чаще отказываются от травматических сложных «классических» хирургических пособий в пользу современных мини-травматичных методов оперативного лечения и мини-инвазивного дренирования, что позволяет оптимизировать результаты лечения и адекватно контролировать патологический экссудат [7].

Материалы и методы. Нами изучены ближайшие результаты 9226 операций на органах брюшной полости у пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях Симферопольской клинической больницы и Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (Крымская медицинская академия, кафедра хирургии № 1, заведующий кафедрой проф. Костырной А.В.), за период 2006-2014 гг. Послеоперационные интраабдоминальные осложнения возникли у 210 больных (2,28%), из них осложнения, потребовавшие выполнения различных по характеру хирургических вмешательств, обнаружены у 152 (1,65%) больных. Послеоперационные гнойно-септические осложнения возникли у 84 (0,91%) больных, из них в 77 случаях требовалось выполнение различных по характеру хирургических вмешательств. Послеоперационный перитонит развился у 45 (0,49%) больных. Эти осложнения возникали после всех видов внутрибрюшного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде послеоперационный перитонит диагностирован у 45 (0,49%) больных. Ввиду преобладающего планового контингента наших больных большее число случаев перитонита имело место после плановых оперативных вмешательств - 33 (73,3%) по сравнению с экстренными операциями - 12 (26,7%) случаев.

Ранние послеоперационные осложнения, возникающие на 3-5-е сутки, многообразны, но среди абдоминальных осложнений подозрение на перитонит является самым грозным. Положительные перитонеальные симптомы, сохранение и продолжение паралитической кишечной непроходимости, усиление интоксикационного синдрома составляют основной симптомокомплекс. Конечно, провести дифференциальную диагностику с послеоперационным парезом кишечника, развивающейся ранней спаечной непроходимостью, гемоперитонеумом

является весьма сложной задачей. При наличии инфекционного процесса на момент первичной операции или возникшего вследствие инфицирования брюшной полости в ходе первичной операции (панкреонекроз, резекция кишечника, ятрогенные кишечные свищи и др.) и при дальнейшем прогрессировании внутрибрюшной инфекции диагностика послеоперационного перитонита вызвала наибольшие затруднения. При этом отсутствовал классический болевой синдром, а перитонеальные симптомы были сомнительными, слабо позитивными или вообще не выявлялись. Дополнительным клиническим признаком было не только редукция, но и нарастание паралитической кишечной непроходимости к 3-м суткам после. Отсутствие эффекта от комплексной консервативной терапии также позволяло заподозрить данное осложнение. При поздней диагностике и несвоевременности оперативного вмешательства у больных наблюдалось нарастание эндогенной интоксикации. Классические воспалительные изменения в общем анализе крови, такие как высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, палочкоядерный сдвиг, были довольно информативны в качестве дополнительного подтверждения.

Несостоятельность швов анастомозов желудочно-кишечного тракта, развившаяся в раннем послеоперационном периоде, была главной причиной послеоперационного перитонита. В большинстве случаев несостоятельностью швов осложнились травматические онкологические операции: резекции желудка при раке желудка, радикальные и паллиативные операции при раке поджелудочной железы. В нашей клинике при гастрэктомии чаще использовался инвагинационный эзофагоэнтероанастомоз по Цацаниди. Мы отдаем предпочтение данной методике ввиду ее надежности, малом риске несостоятельности. Ретроспективный анализ показал, что в 2 случаях рака желудка, после выполнения гастрэктомии, несостоятельности эзофагоэнтероанастомоза по Ру – Цацаниди отмечено не было: в одном случае причиной развития послеоперационного перитонита стала несостоятельность швов контрапертуры от «салазочной нити», в другом - несостоятельность межкишечного анастомоза. У 5 больных после паллиативной резекции желудка при распространенном раке желудка выявлена несостоятельность гастроэнтероанастомоза. Диагностика в этих случаях не вызвала трудностей, так как отмечалось поступление кишечного содержимого по контрольным дренажам на фоне нарастающей интоксикации и перитонеальных явлений. Во всех случаях проводилась широкая релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, несостоятельность устранялась наложением укрепляющих швов на линию анастомоза.

Панкреонекроз и его осложнения были в нашей клинике частой причиной оперативных вмешательств, причем во многих случаях таких операций у одного пациента было несколько. Этапные некрсеквестрэктомии, многочисленные санации брюшной полости, смена дренажей, тампонов – далеко не полный список предпринятых операций. Гнойные

осложнения панкреонекроза, которые нуждались в многочисленных релапаротомиях, вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон различных локализаций составили значительный процент послеоперационных перитонитов. При формировании оментобурсостомы для этапной некрэктомии и при вовлечении в гнойник одной из стенок кишечника сформировывались кишечные свищи, чаще толстокишечные. В 4 случаях причиной перитонита появилась деструкция поперечноободочной и восходящей кишки данной этиологии. Ушивание дефекта кишечной стенки в условиях гнойного воспаления, как правило, не приводит к желаемому результату. Поэтому предпочтение мы отдавали операциям, выключающим пассаж по скомпрометированной кишке. В этих случаях пассаж по толстой кишке выключался путем наложения илеостомы, что в дальнейшем давало возможность для эффективных санаций брюшной полости и очагов панкреонекроза. В одном случае у пациентки в отдаленном послеоперационном периоде сформировался слизистый свищ толстой кишки, который потребовал выполнения правосторонней гемиколонэктомии в будущем. Некроз стенки двенадцатиперстной кишки при панкреонекрозе отмечен в 3 случаях. У двух больных он проявился развитием распространенного перитонита. В обоих случаях производили выключения двенадцатиперстной кишки с наложением гастроэнтероанастомоза. В одном случае несостоятельность проявилась клиникой острого дуоденального свища. При этом перитонеальных симптомов не наблюдалось, улавливающий дренаж функционировал адекватно, по контрольным дренажам отделяемого не было. У этой пациентки наладили активную аспирацию из улавливающего дренажа, в дальнейшем сформировали дуоденостому, которая закрылась самостоятельно. От релапаротомии и санации брюшной полости удалось удержаться.

В одном случае панкреонекроз осложнился гнойным оментобурситом, была выполнена эхоконтролируемая пункция сальниковой сумки с оставлением дренажа. В дальнейшем проводилась санация гнойного очага, однако эффективность проведенных манипуляций была сомнительной. Учитывая нарастание интоксикационного синдрома, на 10-е сутки выполнена лапароскопическая санация и сквозное дренирование сальниковой сумки. Данный метод лечения оказался эффективным, больная выписана с выздоровлением.

После операций на толстой кишке отмечено возникновение перитонита в 9 случаях: у 3 больных после правосторонней резекции толстой кишки; после левосторонней гемиколонэктомии у 4 больных; у 2 после субтотальной резекции толстой кишки. Диагностика послеоперационного перитонита, как правило, не вызывала больших трудностей. Тем более, если клиническая картина коррелировала с соответствующим отделяемым из дренажей брюшной полости. Кроме того, при необходимости выполняли ультразвуковое исследование брюшной полости, которое позволяло точно определить

участки скопления жидкости. Каловые перитониты требуют радикальной и многоэтапной хирургической санации, массивного и комплексного лечения, микрофлора, как правило, резистентна, плохо поддается массивной антибактериальной терапии. Независимо от локализации несостоятельности наложенного ранее анастомоза лучшим методом завершения операции мы считали выведение наружного кишечного свища, считая, что наличие внутрибрюшного анастомоза в условиях перитонита крайне опасно. Конечно, соседство лапаростомной раны и кишечного свища на брюшной стенке вызывает дополнительные технические трудности, повышает риск повторной контаминации. При несостоятельности толстокишечной анастомозов их разъединяли и выводили колостомы, умерли 2 больных. В двух случаях проводилась программированная санация брюшной полости, пассаж по толстой кишке исключали наложением двуствольной илеостомы.

Наибольшие затруднения вызывала диагностика возникших осложнений при неадекватности функционирования улавливающих дренажей и прогрессировании внутрибрюшной инфекции, которая уже имела вследствие вторичного инфицирования брюшной полости в ходе предшествующей операции, или первичное оперативное вмешательство было произведено по поводу первичной абдоминальной инфекции. Так, в 4 случаях несостоятельности после резекции кишечника возник послеоперационный перитонит, который имел стертую клиническую картину. При этом боли в животе не были интенсивными, а симптомы раздражения брюшины были сомнительными или отсутствовали, нарастала паралитическая кишечная непроходимость, консервативная терапия которой давала лишь кратковременный эффект. Если не была выполнена операция, то в течение ближайших суток у больных стремительно нарастала эндогенная интоксикация.

Значительный процент составили больные после операций на внепеченочных желчных путях, причем в основном после тяжелых реконструктивных оперативных вмешательств. Послеоперационные желчные перитониты, возникшие после операций по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, в 6 случаях; при панкреонекрозе, осложнившимся несостоятельностью желчных путей, в 4 случаях; в одном случае при комбинированной гастрэктомии, сопровождавшейся интраоперационной травмой желчных путей.

Отдельную область абдоминальной хирургии занимают билидигестивные анастомозы в силу достаточно частого осложнения – развития несостоятельности швов анастомозов с риском развития разлитого желчного перитонита. С этой точки зрения наибольшую оперативно-техническую сложность представляют реконструктивные билидигестивные анастомозы в воротах печени, такие как гепатикоеюностомии с проведением транспеченочных кольцевых дренажей с формированием «подвесной» энтеростомы и т.д.

Появление желчи в раннем послеоперационном периоде после таких оперативных вмешательств нередкое осложнение. Мы отметили такое осложнение в 7 случаях. В 1 случае имела место поздняя диагностика разлитого желчного перитонита. Проводилась широкая релапаротомия, санация и дополнительное дренирование брюшной полости. В противном случае на вторые сутки после операции отмечалось массивное поступление желчи по улавливающему дренажу из малого таза и незначительное поступление желчи по дренажу из подпеченочного пространства и транспеченочным дренажам. После подтягивания транспеченочных дренажей с подключением к ним системы активной аспирации и промывания всех улавливающих дренажей и отмывания полости малого таза через дренаж перитонеальные явления купировались без повторной операции. В других случаях желчеистечения контрольные дренажи функционировали адекватно, отмечалась клиника локального перитонита, которая на фоне проведенного лечения нивелировалась в короткие сроки, не отмечалось подтекание желчи по дренажу из малого таза и т.д. Рациональное ведение раннего послеоперационного периода, уход за дренажами, применение при необходимости вакуумной аспирации позволило локализовать желчеистечение. Во всех этих случаях консервативная терапия увенчалась успехом, релапаротомия не понадобилась. Желчные свищи закрылись самостоятельно в различные сроки послеоперационного периода.

При ограниченных скоплениях желчи или серозного-гнойного экссудата у 4 пациентов в раннем послеоперационном периоде выполнялись однократные эхоконтролируемые пункции этих очагов с оставлением дренажей, что приводило к выздоровлению на 2-3-е сутки.

Выводы. Послеоперационные интраабдоминальные гнойно-септические осложнения остаются серьезной проблемой современной хирургии. В этом аспекте послеоперационный перитонит особенно актуален, сложными остаются вопросы своевременной диагностики, верификации причины возникновения, адекватной хирургической техники, комплексной профилактики послеоперационных осложнений.

При распространенном послеоперационном перитоните применение комплекса лечебных мероприятий, направленных на дезинтоксикацию, профилактику и лечение полиорганной недостаточности, иммунокоррекцию и т.д., позволяет улучшить результаты лечения. В этом лечебном комплексе очень важны методы хирургической дезинтоксикации. Релапаротомии, программируемые санации брюшной полости являются ведущими методами хирургического лечения для устранения причины перитонита, элиминации и адекватного дренирования гнойного очага.

Чаще всего неосложненный локальный перитонит не требует такой массивной и травматичной хирургической тактики. Использование малых доступов к очагу инфекции,

лапароскопические способы повторного дренирования, эхоконтролируемые пункции патологических очагов, адекватно функционирующие интраабдоминальные дренажи, рациональное и комплексное ведение послеоперационного периода позволяют отказаться от «классических» повторных оперативных вмешательств. Все вышесказанное позволяет достигать хороших клинических результатов, уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Костырной А.В. Стратегия DAMAGE CONTROL у пациентов с ургентной абдоминальной патологией / Костырной А.В., Поленок П.В. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2012. - Т. 13. - № 4. - С. 488-489.
2. Богомякова Т.М. Этапная тактика хирургического лечения больных третичным перитонитом и тяжёлым абдоминальным сепсисом / Т.М. Богомякова, Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков // Вестн. Урал. мед. акад. науки. – 2009. – № 26. – С. 63-66.
3. Галимаянов Ф.В. Этапная тактика хирургического лечения больных третичным перитонитом и тяжёлым абдоминальным сепсисом / Ф.В. Галимаянов, М.И. Прудков, Т.М. Богомякова // Инфекции в хирургии. - 2010. - № 1. - С. 19.
4. Плоткин Л.Л. Релапаротомии у пациентов с разлитым гнойным перитонитом, аспекты агрессивологии // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2008. - № 3. - С. 11-14.
5. Проблема послеоперационных гнойно-септических осложнений при травме живота с повреждением селезенки в свете иммунных осложнений / Э.Б. Усеинов, А.Ф. Исаев, М.В. Киселевский, А.Н. Алимов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2006. - № 2. - С. 38.
6. Савельев В.С. Выбор режима этапного хирургического лечения распространённого перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд // Анналы хирургии. - 2009. - № 4. - С. 5-10.
7. Коррекция нарушений микроциркуляции и обменных процессов при перитоните / Д.Е. Воронков, А.В. Костырной, Д.В. Шестопапов, П.А. Татарчук // Хирургия Украины. - 2014. - № 2 (50). - С. 78-83.