

Г.П. РЫЧАГОВ, К.Н. БАРСУКОВ

ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ, ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

Республика Беларусь

Изучены результаты лечения 130 больных третичным распространённым послеоперационным перитонитом. Установлено, что третичный перитонит в послеоперационном периоде наблюдался при 22 различных абдоминальных заболеваниях, но более часто при 6 нозологиях таких, как: острый аппендицит (17,1%), острый холецистит (16,1%), закрытая травма живота (14,6%), осложнениях язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (10,7%), острая кишечная непроходимость (10%), панкреатит (8,5%). Главными причинами третичного перитонита были недостаточность кишечных швов (24,8%), спаечная кишечная непроходимость (23,8%), желчеистечение (16,1%), продолжающийся перитонит (11,5%) и др. Диагноз третичного перитонита в первой стадии отмечен в 15,4%, во второй – в 30,7% и в третьей – 53,9% случаев. В 84,4% случаев выполнена одна, в 11,5% – две, в 3,3% – три и в 0,82% – четыре релапаротомии. Общая послеоперационная летальность составила 23,0%. При однократной релапаротомии она равнялась 21,3%, двукратной – 50%, трехкратной и более – 75%. Профилактика третичного послеоперационного перитонита должна основываться на совершенствовании техники первичных операций, пред- и послеоперационного лечения.

Ключевые слова: третичный перитонит, послеоперационный перитонит, релапаротомия

The results of treatment of 130 patients with a tertiary diffuse postoperative peritonitis have been studied. It was found out that the tertiary peritonitis was observed during the postoperative period in case of 22 different abdominal diseases, but more often in case of 6 nosologies such as: acute appendicitis (17,1%), acute cholecystitis (16,1%), closed abdominal trauma (14,6%), complicated gastric and duodenal ulcer (10,7%), acute intestinal obstruction (10%), pancreatitis (8,5%). The main causes of the tertiary peritonitis were the intestinal suture failure (24,8%), the adhesive bowel obstruction (23,8%), bile flow (16,1%), continuing peritonitis (11,5%) etc. The diagnosis of the tertiary peritonitis during the first stage was set in 15,4% of cases, during the second stage in 30,7% and during the third stage in 53,9% of cases. In 84,4% of cases one relaparotomy was performed, in 11,5% two relaparotomies, in 3,3% – three relaparotomies and in 0,82% – four relaparotomies were performed. Total postoperative lethality was 23%. After a single relaparotomy the postoperative lethality made up 21,3%, after twofold relaparotomy – 50%, after threefold relaparotomy – 75%. Prevention of the tertiary postoperative peritonitis is based on the improvement of a therapeutic approach, operative technique during a primary operation and pre- and postoperative treatment.

Keywords: tertiary peritonitis, postoperative peritonitis, relaparotomy

Актуальность

Третичный перитонит относительно новый термин, который лишь в последнее время начал употребляться в лексиконе хирургов. Чаще всего он наблюдается в послеоперационном периоде после операций на органах брюшной полости.

Ранее такой перитонит, как правило, обозначался как «вялотекущий», или «персистирующий», для которого характерна

скудная клиническая картина при наличии выраженных морфологических изменений, выявленных во время операции и аутопсии [1, 2]. В связи с этим своевременная диагностика и оперативное лечение третичного перитонита в послеоперационном периоде представляет собой одну из самых трудных и далеко не решенных задач абдоминальной хирургии.

Об этом убедительно свидетельствует

уровень послеоперационной летальности, который, по данным литературы, колеблется от 25–50% и более [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Цель исследования: изучить причины, оценить возможности современной диагностики и результаты хирургического лечения третичного перитонита в послеоперационном периоде.

Материал и методы

В основу работы положены данные ретроспективного изучения результатов хирургического лечения 24395 больных, оперированных по поводу экстренных и плановых заболеваний органов брюшной полости. Исследование проводилось на базе 3-й ГКБ г. Минска, Гомельской областной больницы и районной больницы г. Борисова за период 2003–2007 гг.

За указанный период релапаротомия была выполнена у 250 (1,02%) больных: 220 (88%) оперированы по экстренным показаниям и 30 (12%) – в плановом порядке. Всего у этих больных произведены 316 релапаротомий.

Третичный перитонит как причина релапаротомии отмечен у 130 (52%) больных. Лиц женского пола было 37,5%, мужского 65,5% в возрасте от 1 года 6 месяцев до 89 лет. Больные старше 60 лет составили 39%.

Для распознавания третичного перито-

нита в послеоперационном периоде наряду с клинико-лабораторными методами исследования применяли УЗИ органов брюшной полости, рентгенологические методы исследования, включая КТ в показанных случаях, ЯМРТ.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного нами анализа было установлено, что третичный перитонит в послеоперационном периоде среди наших больных отмечен при 22 заболеваниях органов брюшной полости, потребовавших оперативного лечения. Основные нозологические формы представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, третичный перитонит в послеоперационном периоде, потребовавший релапаротомии, чаще всего наблюдался при 6 нозологиях: остром аппендиците (17,1%), остром холецистите (16,1%), тупой травме живота (14,6%), осложненной язвенной болезни (10,7%), острой кишечной непроходимости (10%), осложненном раке ободочной кишки (9,2%), остром панкреатите (8,5%). В 13,8% третичный перитонит в значительно меньшем количестве наблюдался при других заболеваниях (перфорация дивертикула, болезнь Крона, острая язва тонкой кишки и др.).

Как часто наблюдалось развитие тре-

Таблица 1

Заболевания органов брюшной полости, сопровождавшиеся развитием третичного перитонита в послеоперационном периоде (абс, %)

Заболевание	Количество больных	%
Острый аппендицит	22	17,1
Острый холецистит	21	16,1
Тупая травма живота	19	14,6
Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.к.	14	10,7
Острая кишечная непроходимость	13	10
Осложненный рак ободочной кишки	12	9,2
Острый панкреатит	11	8,5
Другая патология	18	13,8
ИТОГО	130	100

Таблица 2

**Частота третичного перитонита в пределах нозологической формы заболевания
(абс, %)**

Нозологическая форма	Количество больных	Количество больных третичным перитонитом	%
Острый аппендицит	7044	22	0,3
Острый холецистит	1348	21	1,55
Тупая травма живота	258	19	7,36
Осложненная язвенная болезнь желудка и 12 п.к.	117	14	11,96
Острая кишечная непроходимость	430	13	3,0
Осложненный рак ободочной кишки	568	12	2,1
Острый панкреатит	319	11	3,95
Другая патология	14311	18	0,12
ИТОГО	24395	130	0,05

тичного перитонита среди больных с той или иной патологией представлено в таблице 2.

Согласно данным, представленным в таблице 2, частота третичного перитонита в пределах конкретной патологии распределяется совсем по-другому. Рейтинг третичного перитонита оказался наиболее высоким в группах больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни (11,96%), тупой травмы живота (7,36%), острого панкреатита (3,45%) и острой кишечной непроходимости (3,0%). В то же время острый аппендицит и острый холецистит, занимавшие первые места по количеству третичного перитонита, в абсолютных цифрах (табл. 1) переместились на последние места по частоте его встречаемости в рамках этих нозологий.

Причины развития третичного перитонита в послеоперационном периоде приведены в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, наиболее частой причиной третичного перитонита была несостоятельность швов анастомозов (19 наблюдений) и желудочно-кишечного тракта (24,8%), спаечная кишечная непроходимость (23,8%), желчеистечение (16,1%), продолжающийся перитонит (11,5%) и перитонит вследствие флегмоны забрюшинного пространства (10%). Другие причины (перфорация острой язвы желудка или кишки, некроз участка желудочно-кишечного тракта) встречались реже и наблюдались в 1,5–6,15% случаев.

Согласно международной классификации распространенного перитонита, принятой на XXX съезде хирургов СССР в

Таблица 3

Причины третичного перитонита (абс, %).

Вид осложнения	Число наблюдений	
	абс.	%
Несостоятельность кишечных швов	32	24,8
Спаечная кишечная непроходимость и перитонит	31	23,8
Желчеистечение	21	16,1
Продолжающийся перитонит или прорыв абсцесса в свободную брюшную полость	15	11,5
Забрюшинная флегмона и перитонит	13	10
Перфорация острой язвы желудка или кишки	8	6,15
Некроз дна желудка и участка кишки	8	6,15
Тромбоз мезетериальных сосудов	2	1,5
ИТОГО	130	100

1980 г. в г. Минске I стадия (реактивная) отмечена у 20 (15,4%) больных, II (моноорганной недостаточности) – у 40 (30,7%), и III (полиорганной недостаточности) – у 70 (53,9%) больных.

Эти данные свидетельствуют о том, что, несмотря на клинико-лабораторный мониторинг и динамическое врачебное наблюдение в послеоперационном периоде, у подавляющего большинства пациентов третичный перитонит диагностировался поздно.

Это во многом обусловлено исходно тяжёлым состоянием больного, назначением анальгетиков, антибактериальных средств, интенсивной и другой медикаментозной терапии, которые вкуче ведут к изменению реактивности организма, нивелируют основные клинические симптомы перитонита, порождают мнимое впечатление об относительно благополучном течении послеоперационного периода, а как результат к утрате драгоценного времени для оказания своевременной хирургической помощи.

Лишь у $\frac{1}{3}$ больных можно было с относительной определённой судить о времени начала перитонита. Тщательное изучение клинико-лабораторных данных у больных с третичным перитонитом свидетельствует о том, что важное диагностическое значение имеют появление и нарастание тахикардии, усиление болей в животе и признаки пареза кишечника, сухость слизистых и языка, повышение температуры тела в вечернее время, лейкоцитоз, а в ряде случаев лейкопения со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Возникновение подобных признаков в течение послеоперационного периода позволяют врачу заподозрить наличие осложнения и принять необходимые меры для ранней диагностики и адекватного лечения. Основную роль для точного установления причин осложнённого течения послеоперационного

периода мы отводим инструментальным методам исследования. Для этой цели мы широко использовали ультразвуковое исследование, рентгенологические методы диагностики, по показаниям лапароскопию и компьютерную томографию. Раздельное или сочетанное применение этих методов исследования с учетом клинико-лабораторных данных в большинстве случаев позволяло распознать осложнение и до развития распространённого перитонита, прибегнуть к его лечению (вскрытие абсцесса, устранение желчеистечения, дренирование или ликвидация зоны несостоятельности и др.) или в случае его возникновения выполнить операцию на более ранней стадии.

Во время релапаротомии решали две задачи: ликвидировали источник третичного перитонита и проводили мероприятия, направленные на лечение последнего. Решение первой задачи требовало индивидуальной лечебной тактики и зависело от характера осложнения. Так, при несостоятельности кишечных швов спектр оперативных вмешательств был самым разнообразным.

При несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки нередко использовали активное дренирование данной зоны, в ряде случаев, если позволяли условия, была успешной резекция культи двенадцатиперстной кишки с повторным её ушиванием и обязательной зондовой декомпрессией.

Несостоятельность швов на тонкой кишке ликвидировали путём повторного ушивания раны или резекции кишки с формированием нового энтеро-энтероанастомоза. Для профилактики повторной несостоятельности швов прибегали к дополнительной перитонизации, используя для этого интенстинопликацию, листок брюшины или прядь большого сальника. Наряду с этим осуществляли гастроинтестинальное дренирование зондом типа Эбботта-

Мюллера. Выведение несостоятельности тонкокишечного анастомоза выполняли неохотно, так как развивался тонкокишечный свищ, который, как правило, приводил к резкому истощению больного и обуславливал необходимость экстренных мер по его закрытию. К такому способу лечения данного осложнения мы прибегали лишь в отдельных случаях: при несостоятельности анастомоза в дистальном отделе подвздошной кишки и высоком риске повторной несостоятельности. Формирующуюся в этой ситуации илеостому ликвидировали вторым этапом.

В случае несостоятельности толстокишечного соустья его выводили на переднюю брюшную стенку в качестве колостомы, а если это было технически невозможно, то зону несостоятельности дренировали и тампонировали, а выше на толстую кишку накладывали двухствольный кишечный свищ. При несостоятельности культи червеобразного отростка тактика лечения была иной. Если позволяли условия, то несостоятельность культи ликвидировали, ушивая дефект купола слепой кишки двухрядными узловыми швами с дренированием этой области. Если же имели место выраженное воспаление и инфильтрация слепой кишки, то несостоятельную культю отростка использовали для создания цекостомы.

При спаечной кишечной непроходимости, сопровождающейся перитонитом, основной операцией являлось разъединение спаек и назогастроинтестинальная интубация кишки ниже места препятствия.

В случае перфорации острой язвы желудка или тонкой кишки также чаще всего прибегали к двухрядному ушиванию язвы в поперечном направлении с дополнительной перитонизацией, как это было указано выше. При отсутствии условий и высоком риске несостоятельности швов в случае расположения язвы в подвздошной

кишке формировали илеостому с зондовой ретроградной декомпрессией, используя для этого перфоративное отверстие кишки. Если была перфорация тощей кишки, то её ушивали двухрядно, а саму кишку, несущую язву, экстраабдоминализировали в рану брюшной стенки. В случае несостоятельности швов кишечное содержимое не затекало в брюшную полость, а формировался наружный свищ.

При некрозе дна желудка после селективной проксимальной ваготомии (2 наблюдения), некрозе толстой кишки (6 наблюдений) и тромбозе мезентеральных сосудов с гангреной участка тонкой кишки (2 наблюдения) выполняли резекцию пораженного участка с формированием анастомозов, кроме случаев некроза толстой кишки. При данной патологии мы накладывали одно- или двухствольную колостому с последующим её закрытием спустя 5–6 месяцев, если позволял местный и общий статус больного.

Необходимо отдельно остановиться на желчеистечении, приведшем к распространенному желчному перитониту. Диагностике данной патологии способствовало оставление дренажа по ходу операции на желчном пузыре и/или желчевыводящих путях. При отсутствии герметичности билиарного тракта после операции по дренажу уже в течение первых суток послеоперационного периода начинает поступать желчь в том или ином количестве.

В этом случае перед врачами встают два вопроса: во-первых, насколько эффективно дренаж забирает желчь, поступающую в брюшную полость из зоны операции и не происходит ли затёк желчи в другие отделы брюшной полости с развитием желчного перитонита; во-вторых, какая патология является причиной желчеистечения и какая должна быть лечебная тактика.

На первый вопрос получить ответ по-

звляло во многих случаях динамическое УЗИ брюшной полости. Появление жидкости вначале в правом подреберье, боковом канале и подвздошной области, указывало на неадекватную функцию дренажа и при наличии соответствующей перитониту клиники служило показанием к релапаротомии и оперативном устранении патологии, приведшей к желчеистечению. Вместо релапаротомии в ряде случаев мы использовали видеолaparоскопию с целью диагностики и устранения причины желчеистечения. Эти случаи мы не включили в наше исследование.

Известны три основные причины желчеистечения: повреждение внепечёночных желчных протоков, соскальзывание лигатуры с культы пузырного протока и желчеистечение из ложа желчного пузыря вследствие наличия мелких абберантных желчных протоков или повреждения паренхимы печени. Для ответа на этот вопрос мы прибегали, в первую очередь, к РХПГ, реже к рентгеноконтрастной КТ и ЯМРТ. Повреждение желчных протоков являлось показанием к экстренной релапаротомии, при остальных двух причинах желчеистечения в последние годы вместо релапаротомии используем видеолaparоскопию с клипированием культы пузырного протока и дополнительной обработке ложа желчного пузыря с помощью диатермо- или аргоноплазменной коагуляции с дополнительным укрытием ложа пластиной тахокомба. Если эти действия не увенчались успехом и продолжается желчеистечение, то на ложе желчного пузыря в месте желчеистечения накладывается обвивной шов для желчестазы.

Причиной развития забрюшинной флегмоны и разлитого перитонита являлся инфицированный некротизирующий панкреатит. Перитонит в этом случае развивался вследствие перехода воспаления с клетчатки забрюшинного пространства

контактным путём или в результате прорыва флегмоны в брюшную полость. В этих случаях применялось комбинированное оперативное вмешательство, включающее вскрытие флегмоны, удаление секвестров, санацию и дренирование как забрюшинного пространства, так и брюшной полости с назогастроинтестинальной интубацией при необходимости.

Для решения второй задачи, лечения перитонита, применяли унифицированную методику, заключающуюся в тщательной интраоперационной санации брюшной полости антисептиками и дренировании её 5–7 силиконовыми трубками. Послеоперационная терапия преследовала три цели: подавление инфекции, детоксикацию организма и коррекцию обменных нарушений. Первая цель достигалась введением парентерально и в брюшную полость антибиотиков широкого спектра действия в максимальных терапевтических дозах, вторая – использованием интраперитонеального фракционного лаважа антисептиками, санации интракишечного пространства, форсированного диуреза, антигистаминных препаратов, ингибиторов протеаз, сорбентов, иммуноглобулинов и др. Для коррекции нарушений углеводного и белкового обменов, электролитного состава крови, иммунитета, профилактики ДВС синдрома применяли переливания глюкозы, солевых растворов, аминокислот, жировых эмульсий; назначали через рот или назогастральный зонд энпиты, витамины, метаболиты, в показанных случаях применяли гормональные и другие препараты. При органной дисфункции дополнительно назначали органотропные препараты. Так, например, при нарушении функций сердечно-сосудистой системы проводили инотропную и другую кардиотропную терапию, дыхательной системы – ингаляции кислорода при $F_1 O_2$ 0,4 и более, а при сохранении сутуриации ниже 90% – вспомо-

гательную или искусственную вентиляцию легких и т.д.

Для устранения причины третичного перитонита в 84,4% выполнена одна, в 11,5% – две, в 3,3% – три и в 0,82% – 4 релапаротомии. После релапаротомии умерли 30 человек. Общая послеоперационная летальность составила 23,0%. При однократной релапаротомии она равнялась 21,3%, после двукратной – 50%, трехкратной и более – 75%. Причиной летальности у 18 больных явился прогрессирующий перитонит и синдром полиорганной недостаточности, у 7 – сердечно-сосудистая, у 3 – печёчно-почечная и у 2 – лёгочная недостаточность.

Выводы

1. Третичный перитонит в послеоперационном периоде встречается относительно часто, особенно у больных, оперированных в экстренном порядке, и в 52% случаев являлся показанием к релапаротомии.

2. Наиболее частыми причинами развития третичного перитонита после операции были несостоятельность швов на желудочно-кишечном тракте, спаечная кишечная непроходимость, желчеистечение, продолжающийся перитонит. В сумме они составили 76,2%.

3. Распознавание третичного перитонита является трудной задачей из-за отсутствия яркой клиники заболевания, что ведёт к поздней диагностике: в первой стадии он диагностирован в 15,4%, второй – 30,7% и третьей – 53,9%.

4. Послеоперационная летальность от третичного перитонита была высокой и составила 23%. На уровень её существенное влияние оказывает количество релапаротомий: при однократной – она равнялась 21,3%, двукратной – 50%, трёхкратной и более 75%.

5. Снижение числа больных с третич-

ным перитонитом и послеоперационной летальности, достижение лучших результатов в экстренной и плановой абдоминальной хирургии целесообразно искать на путях совершенствования тактики и техники первичных операций, пред- и послеоперационного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин, И. А. Хирургия гнойного перитонита / И. А. Ерюхин // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М., 2003. – С. 320-326.
2. Савельев, В. С. Перитонит / В. С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М. И. Филимонова. – М.: Литра, 2006. – 205 с.
3. Брискин, Б. С. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита / Б. С. Брискин // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 56-60.
4. Гельфанд, Б. Р. Абдоминальный сепсис / Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов, С. З. Брушевич // РМНС. – 1998. – Т. 6, № 11. – С. 697-706.
5. Кригер, А. Г. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита / А. Г. Кригер // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 8-12.
6. Diffuse postoperative peritonitis – Value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy / F. G. Bader [et al.] // Eur. J. Med. Res. 2009. – Vol. 14, N 11. – P. 491-496.
7. Treatment of postoperative peritonitis of small-bowel origin with continuous enteral Nutrition and succus entericus reinfusion / B. Calicis [et al.] // Arch. Surg. – 2002. – Vol. 137, N 3. – P. 296-300.
8. Tertiary peritonitis (recurrent diffuse or localized disease) is not an independent predictor of mortality in surgical patients with intraabdominal infection / H. L. Evans [et al.] // Surg infect (Larchnit). – 2001. – Vol. 2, N 4. – P. 255-263.
9. Holzheimer, R. G. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis / R. G. Holzheimer, B. Gathof // Eur. J. Med. Res. – 2003. – Vol. 8, N 3. – P. 125-134.

Адрес для корреспонденции

220117, Республика Беларусь,
г. Минск, пр. Газеты «Звезда», д. 48, кв. 340,
тел. раб.: + 375 17 226-17-02,
e-mail: rychagov@tut.by,
Рычагов Г.П.

Поступила 18.01.2010 г.