

**В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ, С. В. АВАКИМЯН, О. А. АЛУХАНЫН, Е. Г. ПОТЯГАЙЛО,
Н. В. МАРЧЕНКО, М. Т. ДИДИГОВ, Е. С. БАБЕНКО**

ПРОГРАММИРОВАННАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
ул. Седина, 4, Краснодар, Россия, 350063.*

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценка различных методов хирургического лечения больных с разлитым гнойным перитонитом и обоснование выбора оптимального метода оперативного пособия.

Материалы и методы. Обобщен опыт хирургического лечения больных с распространенным гнойным перитонитом, которым потребовалась релапаротомия. Таких пациентов было 504 (37,4%) из 1347 больных, находящихся на лечении с разлитым перитонитом в городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Краснодара с 2005 по 2014 гг.

Результаты. На основании опыта лечения 504 больных с разлитым гнойным перитонитом различной этиологии обосновано применение программированных повторных санаций брюшной полости. Все больные были разделены на две группы – контрольную, в которой релапаротомия производилась «по требованиям» и основную, в которой больным применялась программированная релапаротомия. В контрольной группе из 189 больных умер 61 больной или 31,7 %, а в основной из 315 больных умерло 25 пациентов или 7,9 % ($p < 0,01$).

Заключение. Программированная релапаротомия является этапом радикального хирургического воздействия в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при разлитом гнойном перитоните.

Ключевые слова: *гнойный перитонит, программированная лапаротомия*

Для цитирования: Авакимян В.А., Карипиди Г.К., Авакимян С.В. и др. Программированная лапаротомия в лечении разлитого гнойного перитонита. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017; 24(6): 12-16. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-12-16

For citation: Avakimyan V.A., Karipidi G.K., Avakimyan S.V., Aluhanyan O.A., Potyagajlo E.G., Marchenko N.V., Didigov M.T., Babenko E.S. Programmed laparotomy in the treatment of general purulent peritonitis. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2017; 24(6): 12-16. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-12-16

**V. A. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, S. V. AVAKIMYAN, O. A. ALUHANYAN, E. G. POTYAGAJLO,
N. V. MARCHENKO, M. T. DIDIGOV, E. S. BABENKO**

PROGRAMMED RELAPAROTOMY IN THE TREATMENT OF GENERAL PURULENT PERITONITIS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063.*

ABSTRACT

Aim. Evaluation of different methods of surgical treatment of patients with general purulent peritonitis, and the rationale for choosing the optimal method of surgery.

Materials and methods. Experience of surgical treatment of patients with general purulent peritonitis which required relaparotomy is summarized. A number of such patients was 504 (37,4%) of 1347 patients who undergone treatment of general peritonitis in the city clinical hospital of emergency medical care of Krasnodar from 2005 to 2014.

Results. On the basis of experience in the treatment of 504 patients with general purulent peritonitis of various etiologies the use of programmed repeated sanitation of the abdominal cavity is justified. All patients were divided into two groups – the control group in which relaparotomy "on demand" was performed and the main group in which patients undergone programmed relaparotomy. In the control group which consisted of 189 patients 61 patient (31.7%) died, in the main group which included 315 patients 25 patients (7.9 %) died ($p < 0.01$).

Conclusion. Programmed relaparotomy is the stage of radical surgical treatment in the complex treatment and preventive measures in diffuse general peritonitis.

Keywords: *purulent peritonitis, programmed laparotomy*

Введение

Разлитой гнойный перитонит является наиболее частым и грозным осложнением острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Гнойный перитонит был и остается самой частой причиной повторных вскрытий брюшной полости [1, 2, 3, 4].

Перитонит был и остается основной причиной релапаротомии, [2, 4, 5] и занимает первое место в структуре летальности после хирургических вмешательств [6, 7].

Основной причиной летальных исходов является дистрофия паренхиматозных органов и полиорганная недостаточность [3] на фоне длительного эндотоксикоза [1], вызываемого вторичными гнойно-септическими осложнениями перитонита [5, 11]. Послеоперационная летальность, несмотря на достижения фармакологии, реаниматологии, совершенствование хирургической техники и тактик, остается на протяжении последних нескольких десятилетий высокой [5, 7, 8], колеблясь при разлитом гнойном перитоните от 10 до 70% [9, 10, 11, 12].

Материалы и методы

В основу работы положены результаты хирургического лечения 504 больных с разлитым гнойным перитонитом из 1347 больных с распространенным гнойным перитонитом. Все эти больные находились на лечении в клинике госпитальной хирургии КубГМУ на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара с 2005 по 2014 г. В связи с вторичными гнойно-септическими осложнениями 504 (37,4%) пациентам была выполнена релапаротомия. Мужчин было 329 (65,4%), женщин – 175 (34,5%) в возрасте от 18 до 96 лет. Среди 504 больных 341, то есть 2/3, поступил спустя 48 часов и позже от начала заболевания.

У всех больных перитонит по классификации Савчука Б.Д. (1997) расценивался как разлитой. У всех этих 504 больных характер выпота и распространенность перитонита были подтверждены во время лапаротомии. В дальнейшем течение перитонита оценивалось на основании динамики клинической симптоматики, объективных показателей синдрома эндогенной интоксикации, а также по данным УЗИ и компьютерной томографии.

С целью сравнения эффективности хирургических методов лечения перитонита, все больные разделены на две группы (контрольную и основную). В контрольную группу вошли 189 пациентов, которым применялось "традиционное" полилокальное дренирование, ушивание брюшной стенки "наглухо" и активно-выжидательная диагностика послеоперационных осложнений. Релапаротомия в этой группе больных выполнялась «по требованию», к релапаротомии прибегали в связи с появлением и нарастанием вторичных гнойно-септических осложнений. В основную груп-

пу были включены 315 больных, у которых применялось повторное хирургическое воздействие на инфекционный процесс с использованием метода повторных санаций брюшной полости до разрешения перитонита.

Целью хирургического вмешательства было устранение источника перитонита, тщательная санация брюшной полости, назоинтестинальная интубация и профилактика вторичных гнойно-септических осложнений перитонита. Принципы предоперационной подготовки, хирургического устранения источника, комплексной, а также антибактериальной терапии послеоперационного периода, были едины для обеих групп.

В основу метода была положена открытая повторная санация с ревизией брюшной полости, как этап хирургического лечения перитонита. Такая последовательность действий решает следующие задачи: 1. Адекватная санация брюшной полости с максимальным удалением микробно-токсического субстрата. 2. Интраоперационная оценка динамики перитонита, условий его прогрессирования и прогнозирование дальнейшего течения.

Сущность метода заключалась в применении первичного вмешательства и комплекса повторных санационных ревизий брюшной полости как единого этапа хирургического лечения перитонита.

Показания к повторной ревизии в основной группе больных устанавливались интраоперационно, на основании факторов риска прогрессирования перитонита и их динамики. Оптимальным сроком повторного вмешательства нужно признать 48 часов.

Результаты и обсуждение

Тяжесть местных проявлений перитонита характеризовалась типичной клинической картиной: в брюшной полости содержалось до 1,5 – 2,0 л. фибринозно-гнойного экссудата, который в 70% случаев имел зловонный "ихорозный" запах. У 22,5% больных гной был жидкий, бурого цвета и в сочетании с гнойным оментитом содержал капельки жира. Брюшинный покров был резко инфильтрирован, синюшного цвета, с очагами некрозов и петехиальных кровоизлияний.

При повторной ревизии и разрушении адгезивного процесса вскрывались множественные (6,0%) и одиночные (34,6%) ограниченные полости, содержавшие гнойный экссудат, которые у 61,1% больных располагались в области первичного источника перитонита. При этом микробная контаминация превышала $1,0 \times 10^6$ – $1,0 \times 10^7$ м/л на 1,0 г. экссудата и имела характер ассоциаций 2-5 видов аэробных и анаэробных неклостридиальных бактерий с видовым и количественным преобладанием последних. В таких условиях даже тщательно выполненная первичная санация не исключала высокую вероятность гнойно-септических осложнений. У каждого 2-го больного сохранялась высокая активность ин-

Результаты лечения больных разлитым гнойным перитонитом в контрольной группе

Results of treatment of patients suffering from general purulent peritonitis in the control group

Причины перитонита	Число больных	Число повторных операций	Число умерших	% летальности
Острый аппендицит	38	20	8	21,0
Перфоративная язва	22	13	7	31,0
Острый холецистит	32	5	5	15,6
Острый панкреатит	38	26	21	55,3
Кишечная непроходимость	20	8	7	35,0
Ущемленная грыжа	8	3	2	25,0
Травма живота	15	6	5	33,3
Прочие причины	16	7	6	37,5
Итого	189	86	61	31,7

фекционного процесса, а в 8,7% имелись признаки его прогрессирования. Из 82 случаев развития абсцессов, выявленных при первичной ревизии, рецидивировали 37. Адгезивный процесс с множеством замкнутых полостей являлся постоянным признаком продолжающегося перитонита.

Раневая инфекция была обнаружена у 20% больных. После 48 часов частота поверхностных некрозов составила 16%, а при инкубации в закрытой ране более трех суток, инфекция приобретала характер неклостридиальных флегмон.

При "традиционном" хирургическом лечении с разлитым гнойным перитонитом у 189 больных контрольной группы в 86 случаях (47,1%), в связи с клиническими проявлениями инфекционно-токсических осложнений перитонита, была выполнена «вынужденная» релапаротомия.

Дальнейшее прогрессирование перитонита в сочетании с раневой инфекцией привело к летальному исходу 61 больного, что составило 31,7%.

Результаты лечения больных разлитым гнойным перитонитом в контрольной группе представлены в таблице 1.

Всего при лечении 315 больных основной группы выполнено 382 повторные санации брюшной полости. В каждом случае показания к релапаротомии, которые в количестве варьировались от 1 до 7, определялись динамикой интраоперационных проявлений перитонита.

Применением плановых санаций удалось добиться благоприятной динамики в 92,1% случаев. В результате при лечении 315 больных основной группы удалось добиться полного разрешения перитонита у 295 человек (92,1%), 23 человека умерли от продолжающегося перитонита, что составило 7,9%.

Сроки повторного вмешательства определялись у постели больного, на основании комплекс-

ной оценки динамики общих и местных проявлений перитонита. Суточный период применялся при наиболее тяжелом течении инфекционно-токсического процесса. При клинически благоприятном его течении консервативное лечение продолжалось до 48 часов. Более поздние ревизии сопровождались и большей травмой тканей (разрушение плотного адгезивного процесса, обширными участками десерозирования кишечника и сращения операционной раны) и были малоэффективными из-за формирования из ограниченных скоплений экссудата межкишечных абсцессов. При этом микробная контаминация экссудата не превышала 10^4 мт/г, что позволяло обратиться к активно-выжидательной тактике.

Результаты лечения больных разлитым гнойным перитонитом в основной группе больных представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 наглядно видно, что послеоперационная летальность при применении способа повторных плановых релапаротомий составила 7,9%.

В таблице 3 представлена сравнительная характеристика результатов лечения больных в контрольной и в основной группах больных с разлитым гнойным перитонитом.

Как следует из таблицы 3 летальность в основной группе больных, у которых применялся способ программированных повторных санаций брюшной полости достоверно ниже, чем в контрольной группе, в которой повторные лапаротомии выполнялись «по требованию» ($p < 0,001$).

Заключение

Метод повторных ревизий и санаций брюшной полости является этапом радикального хирургического воздействия в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при разлитом гнойном перитоните. Показанием к применению метода

Результаты лечения больных разлитым гнойным перитонитом в основной группе

Results of treatment of patients suffering from general purulent peritonitis in the main group

Причины перитонита	Число больных	Число повторных операций	Число умерших	% летальности
Острый аппендицит	65	75	2	3,1
Перфоративная язва	75	81	1	1,2
Острый холецистит	23	22	1	4,3
Острый панкреатит	87	108	14	16,1
Кишечная непроходимость	30	41	2	6,7
Ущемленная грыжа	2	7	-	-
Травма живота	16	32	3	10,8
Прочие причины	17	16	2	11,8
Итого	315	382	25	7,9

Таблица 3 / Table 3

Сравнительная характеристика результатов лечения разлитого гнойного перитонита у больных контрольной и основной групп

Comparative characteristics of results of treatment of general peritonitis in patients of the control and main groups

Группы больных	Число оперированных больных	Число повторно оперированных	Умерло	% умерших	p
Контрольная	189	86	61	31,7	<0,01
Основная	315	382	25	7,9	<0,01
Всего	504	-	-	-	-

Примечание: p – вероятность различия.

Note: p – probability of differences.

является распространенный гнойный перитонит. Показаниями же к очередной плановой ревизии брюшной полости является отсутствие интраоперационных признаков разрешения инфекционного процесса на фоне сохраняющихся пиогенных структур. Оптимальными сроками выполнения очередной плановой ревизии брюшной полости являются 24-48 часов, которые устанавливаются на основании комплексной оценки динамики синдрома эндогенной интоксикации, паралитической кишечной непроходимости и местных проявлений перитонита.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Александрович Г.Л., Росляков А.Г., Бояринцев Н.И. *Неотложные релапаротомии*. Владивосток: «Издательство дальневосточного университета», 1989. 149 с. [Aleksandrovich G.L., Roslyakov A.G., Boyarintsev N.I. Neotlozhnye relaparotomii. Vladivostok: «Izdatel'stvo dal'nevostochnogo universiteta», 1989. 149 s. (In Russ.).]
2. Сапожников А.Ю., Никольский В.И. *Декомпрессия кишечника*. Пенза: «Типография пензенского приборостроительного завода», 1992. 137 с. [Sapozhnikov A.Yu., Nikol'skiy V.I.

Dekompressiya kishchnika. Penza: «Tipografiya penzenskogo priborostroitel'nogo zavoda», 1992. 137 s. (In Russ.).]

3. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит, актуальная проблема абдоминальной хирургии. *Военно-медицинский журнал*. 1998; 9: 25-29. [Bryusov P.G., Efimenko N.A. Posleoperatsionny peritonit, aktual'naya problema abdominal'noy khirurgii. *Voенno-meditsinskiy zhurnal*. 1998; 9: 25-29. (In Russ.).]

4. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита. *Вестник хирургии им. Грекова*. 2004; 3: 40-43. [Kostyuchenko K.V. Vozmozhnosti khirurgicheskogo lecheniya rasprostranennogo peritonita. *Vestnik khirurgii im. Grekova*. 2004; 3: 40-43. (In Russ., English abstract)].

5. Журавский Л.С. *Релапаротомия*. Л.: «Медицина», 1974. 151 с. [Zhuravskiy L.S. Relaparotomiya L.: «Meditsina», 1974. 151 s. (In Russ.).]

6. Чернов В.Н., Белик Б.М., Пшуков Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните. *Хирургия*. 2004; 3: 47-50. [Chernov V.N., Belik B.M., Pshukov Kh.Sh. Prognozirovanie iskhoda i vybor khirurgicheskoy taktiki pri rasprostranennom gnoynom peritonite. *Khirurgiya*. 2004; 3: 47-50. (In Russ., English abstract)].

7. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готье С.В. и др. *Ослож-*

нения в хирургии живота. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 448 с. [Zhebrovskiy V.V., Timoshin A.D., Got'e S.V. *Oslozhneniya v khirurgii zhivota*. М.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2006. 448 s. (In Russ.)].

8. Мартов Ю.Б., Подолинский С.Г., Кирковский В.В. и др. *Распространенный перитонит*. М.: Триада-Х, 1998. 241 с. [Martov Yu.B., Podolinskiy S.G., Kirkovskiy V.V., Shchastnyy A.T. *Rasprostranennyy peritonit*. М.: Triada-Kh, 1998. 241 s. (In Russ.)].

9. Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р., Бекетов Г.И. Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов. *Вестник хирургии им. Грекова*. 2002; 4: 25-28. [Babadzhanov B.D., Tshaev O.R., Beketov G.I. *Novyye podkhody k lecheniyu posleoperatsionnykh peritonitov*. *Vestnik khirurgii im. Grekova*. 2002; 4: 25-28. (In Russ.)].

10. Абишев Н.М., Жилкайдаров А.Д., Гладинец М.М. Ошибки, опасности и осложнения при лечении больных с разлитым гнойным перитонитом. *Наука и здравоохранение*. 2013; 3: 43-45. [Abishev N.M., Zhilkaydarov A.D., Gladinets M.M. *Oshibki, opasnosti i oslozhneniya pri lechenii bol'nykh s razlitym gnoynym peritonitom*. *Nauka i zdравоохранение*. 2013; 3: 43-45. (In Russ.)].

peritonitom. *Nauka i zdравоохранение*. 2013; 3: 43-45. (In Russ.)].

11. Кондратенко П.Г., Койчев Е.А. Лапаростомия и программированные санации брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы, осложненной разлитым гнойным перитонитом. *Украинский журнал хирургии*. 2013; 1(20): 80-85. [Kondratenko P.G., Koychev E.A. *Laparostomiya i programmirovannyye sanatsii bryushnoy polosti v kompleksnom lechenii perforativnoy yazvy, oslozhnennoy razlitym gnoynym peritonitom*. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii*. 2013; 1(20): 80-85. (In Russ.)].

12. Ибадильдин А.С., Нокербекова Б.М., Нартайлаков М.А. Современный алгоритм диагностики и лечения острого перитонита. *Оренбургский медицинский вестник*. 2015; 3(11): 26-29. [Ibadil'din A.S., Nokerbekova B.M., Nartaylakov M.A. *Sovremennyy algoritm diagnostiki i lecheniya ostrogo peritonita*. *Orenburgskiy meditsinskiy vestnik*. 2015; 3(11): 26-29. (In Russ.)].

Поступила / Received 08.08.2017

Принята в печать / Accepted 13.10.2017

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: *Бабенко Евгений Сергеевич; тел.: +7 (918) 11-22-303; e-mail: babenkoes@mail.ru; Россия, 350033, г. Краснодар, ул. 1-ая линия поймы реки Кубань, д. 2, кв. 82.*

Corresponding author: *Evgeny S. Babenko; tel.: +7 (918) 11-22-303; e-mail: babenkoes@mail.ru; ap. 82, 2, 1-ya liniya poimy reki Kuban str., Krasnodar, Russia, 350033.*