

.....

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ,
ТРЕБУЮЩИХ САНАЦИОННЫХ РЕЛАПАРОТОМИЙ**

УДК 616.381-002-089

С.А. Чернядьев, К.А. Кубасов, Э.И. Булаева

*Уральский государственный медицинский университет,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье рассмотрены различные варианты ведения разлитого перитонита, требующие санационных релапаротомий; поднимаются проблемы выбора метода санации перитонита, оптимизации тактики ведения данной группы больных.

Ключевые слова: перитонит, релапаротомии.

DIFFERENTIATED TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSION PERITONITIS REQUIRING SANATION RELAPAROTOMIES

S.A. Chernyadyev, K.A. Kubasov, E.I. Bulaeva

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article considers various options for the management of diffusion peritonitis, requiring sanitation relaparotomies, raises problems of choosing a method of peritonitis sanitation, optimization of tactics of this group of patients.

Keywords: peritonitis, relaparotomies.

Введение

В абдоминальной хирургии самая тяжелая группа пациентов — это больные, которые требуют программированных санаций брюшной полости с распространенными формами перитонита. За последние годы количество таких пациентов не уменьшается. По данным ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга, за 2016-2019 гг. из 1652 пациентов, прооперированных по поводу различных видов перитонита, у 279 пациентов (16,9%) был разлитой перитонит. Летальность в этой группе пациентов доходит до 30%.

Ведущая роль в развитии абдоминального сепсиса у больных с распространенным гнойным перитонитом отводится синдрому энтеральной недостаточности. Имеется сложное взаимодействие между нейрогенными, воспалительными, гуморальными, водно-электролитными нарушениями и воздействием лекарственных препаратов в развитии послеоперационного пареза кишечника. Необходимо отметить, что кроме рефлекторного механизма, большую роль в развитии послеоперационного пареза кишечника играют местные реакции на уровне тонкого кишечника.

Предложено много вариантов санации и ведения перитонита. Основными вариантами окончания оперативного лечения при распространенном перитоните являются релапаротомия «по плану», лапаростомия. Однако четких критериев к выбору того или иного варианта ведения в настоящий момент не существует. Особенно это актуально в последнее время с введением в практику новых методик по типу NPWT систем.

На базе МБУ ЦГКБ № 1 Октябрьского района г. Екатеринбурга за последние годы появились в арсенале хирургов новые методы лечения больных с распространенным перитонитом, такие как прямая продленная электростимуляция кишечника и вакуум-терапия, что послужило толчком к проведению данного анализа.

Цель исследования

Улучшить лечение больных с распространенным перитонитом, требующих санационных релапаротомий, за счет оптимизации тактики ведения пациентов.

Материал и методы

На базе клиники кафедры ЦГКБ № 1, при распространенном перитоните, требующем санационных релапаротомий, выполняются:

- традиционная санационная релапаротомия с экспозицией от первичной операции 24-48 часа; иногда дополняется выполнением, кроме обычного промывания брюшной полости, назоинтестинальной интубацией при выраженной дилатации петель кишечника и УЗ-кавитацией при наличии массивных фибриновых наложений;

- методика прямой продленной поэтажной электростимуляции кишечника;

- вакуум-терапия (NPWT-терапия).

В конце операции по трем основным критериям оценивается состояние пациента и выбирается метод ведения пациента. Нами для оценки предложены Мангеймский индекс перитонита (MPI), выраженность пареза тонкой кишки и выраженность изменений со стороны операционной раны. В случае завершения операции оставлением релапаротомии «по плану» больному выполняли продленную прямую последовательную электростимуляцию. Критериями исключения электростимуляции являлись наличие онкологического процесса, электронного водителя сердечного ритма, Мангеймского индекса перитонита свыше 29 баллов, выраженных воспалительных изменений со стороны операционной раны. В этом случае при высоком показателе MPI и выраженных воспалительных изменениях со стороны операционной раны оставалась лапаростомия с использованием NPWT, в остальных случаях выполнялась традиционная серия релапаротомий «по плану», которая дополняется назоинтестинальной интубацией при выраженном парезе кишечника.

При распространенной форме перитонита с методом ведения релапаротомии «по плану» в конце оперативного вмешательства выполняется сеанс прямой «поэтажной» электростимуляции кишечника, т.е. 4 электрода перемещаются по наиболее дилатированным отделам кишечника. В данном случае мы получаем моделирование перистальтической волны, приближенной к естественной. Учитывая последовательные переключения активных электродов, мы избегаем явления антиперистальтической волны. После проведения сеанса поэтажной стимуляции мы

устанавливаем электроды на начальный отдел тонкой кишки в области связи Трейтца (2), 2 электрода — на терминальный отдел подвздошной кишки. В дальнейшем рана ушивается, электроды выводятся. Между запрограммированными санациями брюшной полости мы проводим сеансы электростимуляции. На релапаротомии повторяется сеанс поэтажной электростимуляции, и в дальнейшем электроды удаляются.

Для выполнения активной системы отрицательного давления (NPWT-система) использовалась ATMOS S 042 NPWT VivanoTec, между санационными релапаротомиями проходило 72 часа.

За период конца 2018 – начало 2019 года наблюдалось 16 пациентов с распространенной формой перитонита, у которых требовались санационные релапаротомии. Летальность в этой категории больных составляла 37,5%. Из них у 8 (50%) пациентов выполнялась традиционная релапаротомия, у 4 (25%) — прямая электростимуляция и NPWT.

Сравнительные данные представлены ниже в таблице.

| | Кол-во | МРІ (баллы) | Сроки перитонита (часы) | Возраст больных (лет) | Количество повторных операций | Койко-день |
|---------------------------|--------|-------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------|
| Стандартные релапаротомии | 4 | 24,8 | 60,2 | 48 | 1,4 | 16,2 |
| Электростимуляция | 4 | 23,3 | 38,6 | 54 | 1 | 14 |
| NPWT | 2 | 30 | 84 | 50,5 | 2 | 17 |
| Летальные случаи | 6 | 34,5 | 74 часа | 70,1 | 2 | |

Литература

1. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита / Х. М. Габазов, А. В. Лимонов, А. В. Столин, С. А. Чернядьев // Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 1 (26). – С. 43-44.
2. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту свердловской области / Н. А. Цап, В. П. Попов, С. А. Чернядьев [и др.] // Медицина катастроф. – 2009. – № 4. – С. 39-40.
3. Mythen, M. G. Postoperative gastrointestinal tract dysfunction / M. G. Mythen // Anesthesia & Analgesia – 2005. – Vol. 100, № 1. – P. 196–204. – Doi: 10.1213/01.ANE.0000139376.45591.17.
4. Nelson, R. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery / R. Nelson, S. Edwards, B. Tse // Cochrane Database System Review. – 2007. – Vol. 18 (3). – P. CD004929. – Doi: 10.1002/14651858.cd004929.pub2.
5. Nelson, R. Systematic review of prophylactic nasogastric decompression after abdominal operations / R. Nelson, B. Tse, S. Edwards // British Journal of Surgery. – 2005. – Vol. 92. – P. 673-80. – Doi: 10.1002/bjs.5090.
6. Postoperative ileus: mechanisms and future directions for research / R. Vather, G. O'Grady, I. P. Bissett, P. G. Dinning // Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology. – 2014. – Vol. 41. – P. 358-70. – Doi:10.1111/1440-1681.12220.
7. Postoperative ileus in the lower extremity arthroplasty patient / S. S. Bederman, M. Betsy, R. Winiarsky [et al.] // The Journal of Arthroplasty. – 2001. – Vol. 16 (8). – P. 1066–70. – Doi: 10.1054/arth.2001.27675.
8. Postoperative ileus: Recent developments in pathophysiology and management / D. Bragg, A. M. El-Sharkawy, E. Psaltis [et al.] // Clinical Nutrition. – 2015. – Vol. 34 (3). – P. 367-76. – Doi: 10.1016/j.clnu.2015.01.016.

Сведения об авторах

С.А. Чернядьев — д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

К.А. Кубасов — ассистент кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Э.И. Булаева — врач-хирург, МБУ ЦГКБ № 1 Октябрьского района г. Екатеринбурга.

Выводы

У пациентов, пролеченных с применением прямой электростимуляции, мы отметили сохранение перистальтической активности кишечника при анализе видеофиксации, несмотря на то, что при явлениях перитонита, как правило, развивается парез. У двух пациентов мы отметили усиление скорости перистальтической волны при видеофиксации, чего никогда не отмечалось при стандартных релапаротомиях. Оценивали время в часах до появления отхождения газов, время в часах от оперативного лечения до первого стула, также аускультативно активность перистальтической волны.

При использовании NPWT системы отмечается более быстрое очищение брюшной полости, особенно при большой экссудации, уменьшение воспалительных явлений со стороны операционной раны.

Таким образом, дальнейшей задачей для кафедры хирургических болезней ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России мы считаем разработку и внедрение описательного чек-листа для точной и стандартизированной фиксации интрааб-

доминальной картины при распространенных перитонитах и, основываясь на этом, определение точных показаний для облегчения выбора между традиционной методикой санации брюшной полости, методикой прямой продленной электростимуляции кишечника и вакуум-терапии.