РАЗЛИТОЙ ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ, ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ф.В. Галимзянов, д. м. н. проф., зав. отделением гнойной хирургии, Т.М. Богомягкова, к. м. н., врач-хирург, ГБУЗ СО « СОКБ № 1»,
М.И. Прудков, д. м. н. проф., зав. кафедрой ФПК и ПП хирургических болезней УГМУ, М.А. Лазарева, врач-хирург,
ГБУЗ СО « СОКБ № 1», г. Екатеринбург

Галимзянов Фарид Вагизович *- e-mail: isurg@okb1.ru*

Результаты хирургического лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом не всегда утешительные. Проблемы, возникающие при лечении этих пациентов, далеки от окончательного разрешения. Мы изучили истории болезни 132 пациентов с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, пролеченных в отделении гнойной хирургии Областной клинической больницы №1 города Екатеринбурга. Выделили по способу лечения две группы: в первую группу вошли 56 больных разлитым гнойным перитонитом, которым проводилось комплексное лечение, санации и дренирование брюшной полости «по клиническим показаниям» («по требованию»); во вторую группу включены 76 пациентов, которым применялось комплексное лечение и разработанный нами алгоритм хирургического лечения. Хирургические методы включали лапаротомию, релапаротомию, санации, дренирование брюшной полости, мини-лапаротомию. Применение разработанного алгоритма хирургического лечения позволило улучшить результаты лечения. Длительность нахождения больных в РАО была меньше в 1,4 раза, соответственно, 10,0±1,4 и 14,0±1,9 дней (p<0,1). Длительность лечения пациентов в стационаре была меньше на 3,3 дня, соответственно, 29,2±0,9 и 32,2±1,2 дней (p<0,05). Летальность была в 2,5 раза меньше, чем при санациях брюшной полости по требованию, соответственно, 21,1% и 51,8% (p<0,01).

Ключевые слова: разлитой фибринозно-гнойный перитонит, лапаротомия, санации брюшной полости.

Введение

Результаты хирургического лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом не всегда утешительные. Проблемы, возникающие при лечении этих пациентов, далеки от окончательного разрешения. Актуальность среди проблем абдоминальных хирургических инфекций связана с трудностями в лечении и большой летальностью. Течение заболевания часто сопровождается тяжелым абдоминальным сепсисом, септическим шоком и имеет рецидивирующий характер [1, 3, 6, 7, 9]. При лечении этой тяжелой патологии большое значение имеют санации брюшной полости. В большинстве случаев они выполняются по требованию при ухудшении клинической картины течения заболевания. Для санации наиболее часто применяют релапаротомию или видеолапароскопию [2, 4, 5, 8, 9, 10]. Решение ряда задач при лечении этой группы больных требует уточнения и дополнения.

Цель исследования - улучшение результатов лечения у больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, оценить возможности предложенного алгоритма хирургического лечения.

Материал и методы

Изучены истории болезни 132 пациентов с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, пролеченных в отделении гнойной хирургии Областной клинической больницы № 1 города Екатеринбурга. Пациенты по способу лечения были распределены на две группы. В первую группу вошли 56 больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, которым проводилось комплексное лечение, санации и дренирование брюшной полости «по клиническим показаниям» («по требованию»). Во вторую группу включены 76 аналогичных пациентов, которым применялось комплексное лечение и разработанный нами алгоритм хирургического лечения.

По этиологии, основным признакам заболевания, по полу и возрасту группы не различались. Средний возраст не превышал 45,8±13,7 лет. Всем больным осуществлялась комплексная клинико-лабораторная диагностика и диагностика инструментальными методами (УЗИ, ФГДС, КТ). Для интегральной оценки тяжести состояния использовалась при поступлении шкала APACHE II. Для оценки ПОН применялась балльная оценка по шкале SOFA. Для контроля оценки тяжести и прогнозирования течения заболевания применялась шкала «Екатеринбург-2000».

Хирургические методы включали лапаротомию, релапаротомию, санации, дренирование брюшной полости, мини-лапаротомию. В первой группе больных оперативное вмешательство осуществлялось следующим образом. Проводилась срединная лапаротомия (релапаротомия), обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всей брюшной полости. При ревизии органов брюшной полости ликвидировался источник перитонита, при его наличии; патологическое содержимое удалялось, брюшная полость осушивалась (брались посевы на микрофлору и чувствительность к антибиотикам), далее многократно промывалась. Санация повторялась до «чистых вод». После первичной санации брюшной полости дренирование осуществлялось трубчатыми полихлорвиниловыми перфорированными дренажами. Затем укладывались петли кишечника, на них помещался большой сальник (если был в наличии). Рану ушивали послойно. Повторная санация проводилась при отрицательной динамике течения заболевания через срединную лапаротомную рану, с промыванием всей брюшной полости, в среднем – через 4,2±5,4 дня. Во второй группе больных также производилась срединная лапаротомия. Патологическое содержимое удалялось, брюшная полость осушивалась, многократно промывалась. При хирургической обработке для

санации гнойной раны передней брюшной стенки применяли струю аргоновой плазмы, создавали тонкий слой струпа монополярным, бесконтактным методом воздействия (режим ФУЛЬГУР, аппарат "ФОТЕК ЕА142"), и затем осуществляли некрэктомию (рис. 1). Также производилась ультразвуковая кавитация брюшной полости с целью повышения эффективности очищения раны от гнойно-некротических масс аппаратом кавитационным ультразвуковым «ФОТЕК АК 100», разработанным и изготовленным компанией ФОТЕК (г. Екатеринбург). Во время санаций последовательно производилось ультразвуковое воздействие на брюшную полость (рис. 2). Аппаратом осуществлялось распыление 1% раствора диоксидина. После первичной санации брюшной полости на левой и правой переднебоковой брюшной стенке определялось положение передней и средней подмышечных линий и между ними, на середине расстояния между свободным концом 12-го ребра и гребнем подвздошной кости, выполнялись по одному поперечному мини-разрезу длиной 3...4 см через все слои брюшной стенки (рис. 3). В каждый мини-разрез устанавливался плоский дренаж шириной 3-4 см. В качестве дренажа использовались одна или несколько хирургических перчаток, пальцы которой располагались в брюшной полости веерообразно, а широкая часть выводилась через мини-разрез наружу. После установки дренажей укладывались петли кишечника, на них помещался большой сальник (если был в наличии) и брюшная полость закрывалась перфорированной пленкой или атравматической сеткой. Пленка (сетка) многослойно обкладывалась салфетками, гнойные края раны изолировались от брюшной полости дополнительными салфетками (рис. 4). Последующие санации проводились через срединную лапаротомную рану с интервалом 24 часа с промыванием всей брюшной полости и заменой салфеток, пленки (сетки) и дренажей. При очищении брюшной полости и краев срединной раны, снижении внутрибрюшного давления (обычно после двух-трех плановых санаций) срединная лапаротомная рана послойно ушивалась. В сомнительных случаях производилось провизорное ушивание брюшной полости с закреплением швов на передней брюшной стенке при помощи специальных поддерживающих пластин (рис. 5). Дальнейшие санации проводились через мини-лапаротомные разрезы раздельно по областям брюшной полости.

Хирургическая тактика определялась разработанным алгоритмом. Он включал открытое дренирование брюшной полости и санации через срединный доступ брюшной стенки при распространенном (разлитом) фибринозно-гнойном перитоните, наличии в экссудате примесей, девитализированных тканей, множественных жидкостных образований между петель кишечника, инфильтрации стенки кишечника, его вздутия, отсутствии перистальтики, флегмоне передней брюшной стенки и при наличии обширных участков некроза. Показанием к «открытому животу» также являлся септический шок. Показаниями к провизорному ушиванию брюшной полости являлись серозно-фибринозный характер экссудата, появление стимулированной перистальтики, наличие небольших участков нагноения или некроза послеоперационной раны. Ушивание срединной раны, переход на санации и дренирование брюшной полости через мини-доступы брюшной стенки производились при местном перитоните, серозном характере экссудата, уменьшении инфильтрации стенки кишечника, наличии спонтанной перистальтики, очищении послеоперационной раны. Санации брюшной полости



РИС. 1.
Обработка краев раны передней брюшной стенки с помощью струи аргоновой плазмы.



РИС. 2.
Обработка брюшной полости при помощи ультразвука.

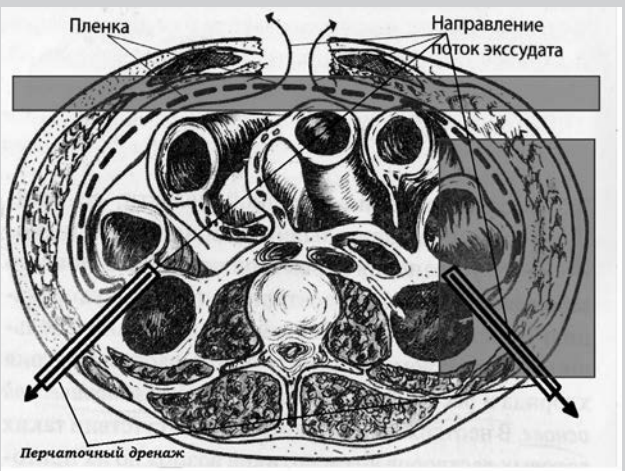


РИС.3.
Схема поперечно-бокового мини-разреза брюшной стенки.

прекращались при полном восстановлении перистальтики кишечника (функции желудочно-кишечного тракта).

Результаты и их обсуждение

Характеристика тяжести состояния больных по различным шкалам (в баллах) в день поступления приведена в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.

Характеристика тяжести состояния больных по шкалам в день поступления (в баллах)

Шкала	Средний балл		
	1 группа	2 группа	Всего
«Екатеринбург -2000»	243,7±103,8	299,8±102,8	275,1±106,9
SOFA	7,1±1,9	7,1±1,8	7,1±1,9
APACHE II	21,6±5,4	21,5±4,3	21,6±4,8
Риск смертности по APACHE II	37,1±7,6%	32,1±6,8%	34,1±7,1%

Как следует из таблицы 1, в день поступления по данным различных шкал («Екатеринбург-2000», SOFA, APACHE II) больные находились в тяжелом состоянии с выраженной полиорганной недостаточностью, риск летального исхода в обеих группах был одинаков.

Наряду с использованием шкал общей тяжести подсчитывался Мангеймский индекс перитонита (МИП), таблица 2.



РИС. 4.

Брюшная полость изолирована от раны передней брюшной стенки салфетками с иодопироном.



РИС. 5.

Временное закрытие брюшной полости при помощи пластин.

ТАБЛИЦА 2.

Вероятность летального исхода по МИП

Степень тяжести по МИП	Критерий по МИП, баллов	Риск смертности по баллам МИП	Число больных с риском летального исхода, чел.			Вероятность смертности, %		
			1 группа	2 группа	Всего	1 группа	2 группа	Всего
I степень	< 20	0%	0	0	0	0%	0%	0%
II степень	20…30	29%	30	41	71	53,60%	53,90%	53,80%
III степень	>30	100%	26	35	61	46,40%	46,10%	46,20%
Общая вероятность летальности по II-III степени			35	47	82	62,50%	61,80%	62,10%

Как следует из таблицы 2, в обеих группах по критериям МИП степень тяжести состояния и вероятность летального исхода была высокой.

В качестве основных критериев при анализе результатов лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом при этапной тактике хирургического лечения и при санациях брюшной полости «по клиническим показаниям» («по требованию») в целом выбраны прямые клинические характеристики. К ним мы отнесли длительность лечения в условиях РАО, длительность нахождения пациентов в стационаре и летальность. Длительность нахождения больных в РАО в основной группе была меньше, чем в контрольной группе в 1.4 раза, соответственно 10,0±1,4 (ДИ 7,6 – 12,4) и 14,0±1,9 (ДИ 10,8 – 17,2) дней, p<0,1. Длительность лечения пациентов в стационаре в основной группе была на 3,1 дня меньше, чем в контрольной и составляла, соответственно, 29,2±0,9 (ДИ 27,4 – 31,0) дней и – 32,3±1,2 (ДИ 29,9 – 34,7) дней, p<0,05. В основной группе из 76 умерли 16 больных, летальность составила 21,1%, в контрольной группе – из 56 умерли 29 пациентов. Летальность составила 51,8%. Летальность в основной группе – 21,1% была в 2,5 раза меньше, чем летальность в контрольной группе – 51,8 % (p<0,01). Снижение абсолютного риска (САР) наступления летального исхода в основной группе - на 30,7±4,0% при 95% доверительном интервале (ДИ) 15,5 – 45,9%, p<0,01; снижение относительного риска (СОР) 59,3±4,3% при ДИ 43–75,6% (соответствует клинически значимому эффекту); ОР=0,41 (соответствует снижению риска наступления летального исхода в основной группе). При изучении непосредственных результатов включение в хирургическую обработку раневой поверхности дополнительных методов физического воздействия (ультразвуковых волн и факела аргоновой плазмы) позволило добиться очищения раневой поверхности и бактерицидного эффекта в 2 раза быстрее (P<0,05), чем без них. Переменное звуковое давление в жидкой среде вызывало кавитацию и приводило к качественной очистке раневой поверхности от гноя, некротических масс, раневого детрита, экстракции патологического содержимого из глубинных слоев тканей. Обеспечивался бактерицидный эффект в отношении патогенной микрофлоры, а также происходило стимулирование репаративной регенерации тканей. Бесконтактный метод воздействия высокочастотным аппаратом с аргон-усиленной коагуляцией позволял санировать раневую поверхность и малотравматично удалять некротизированные мягкие ткани за счет

ограничения глубины термо воздействия и исключения прилипания электрода к тканям. Кроме того, осуществлялась эффективная коагуляция при диффузных кровотечениях. Отсутствие патогенной микрофлоры и очищение раневой поверхности происходило на 3-7 день. Функциональная активность тканей повышалась в 1,5 раза уже в первые три дня от начала лечения.

Выводы

1. Применение разработанного алгоритма хирургического лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом позволило улучшить результаты лечения: снижение в 1,4 раза длительности нахождения в РАО, на 3,1 дня длительности лечения в стационаре, в 2,5 раза летальности.

2. С целью повышения эффективности в комплекс лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, как дополнительный метод, рекомендуется включать методы ультразвуковой и бесконтактной аргоноплазменной обработки раневой поверхности передней брюшной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н.и др. Антибактериальная терапия у больных с тяжелыми формами распространенного перитонита. Consilium Medicum (Хирургия) 2008;1:23-26.

2.Буянов В.М. Плановая послеоперационная видеолапароскопия в комплексном лечении распространенного перитонита. [Текст] / В.М. Буянов, Г.В. Родоман, Л.А. Лаберко // Актуальные проблемы и перспективы развития эндохирургии. Материалы 2-го конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. СПб.: Человек и здоровье. – 1998. - С.15–17.

3. Костюченко К.В., Рыбачков В.В., Грамеицкий А.Б., Конев А.С. Определение клинической эффективности методов хирургического лечения распространенного гнойного перитонита. Материалы III Всерос. Конф. Общих хирургов с международным участием. Анапа, Ростов-на-Дону, 2005:21-22.

4. Лобаков А.И., Ватазин А.В., Филижанко В.П., Грингауз В.Б. Лапароскопическая санация брюшной полости как дополнение и альтернатива этапных лаважей брюшной полости при перитоните: Второй Моск. междунар. конгр. по эндоскоп, хирургии. – М., 1997. –С. 176-177.

5. Релапаротомия в хирургии распространенного перитонита [Текст] / В.С.Савельев, М.И.Филимонов, П.В Подачин., В.А. Ступин // Инфекции в хирургии. - 2007. – Т. 5. № 3. – С. 6 - 13.

6. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И. Перитонит. Практическое руководство. Москва. Издательство «Литера». 2006 ISBN 5-98216-046-6.

7. Шапошников В.И. К вопросу лечения терминального распространенного гнойного перитонита [Текст] / В.И. Шапошников, А.Я. Коровин // Харьковская хирургическая школа. - Харьков. - 2008.- № 2. - С . 304 - 306 .

8. Bosscha K., Hulstaert R.F, Visser M.R.et al. Open management of the abdomen and planned reoperations in severe bacterial peritonitis. Eur.J.Surg. 2000; 166(1): 44-49.

9. Nathens A.B. Antimicrobial therapy for intra-abdominal infection. [Text] / A.B. Nathens, O.D. Rotstein // Am. Surg 1996. - 172 Suppl 6A. - P. 81 -86.

10. Pennicrx F., Kerremans R., Filez L. et al. Planned relaparotomies for advanced, established peritonitis from colonic origin. Acta Chir. Belg.1990; 90(5): 269-274.

11. Santillana M. Surgical compication of tuploid fever: Enteric perforation // World J. Surg. – 1991. – Vol. 15. – No. 2. – P. 170-175.

УДК 616.155.194-053.2+616.391

КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

И.Н. Пиксин, А.В. Любицкий, В.И. Давыдкин, А.В. Вилков, А.Г. Голубев, А.Н. Кечайкин,
ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, г. Саранск

Любицкий Андрей Владимирович *– e-mail: andbs1@yandex.ru*

Проведен анализ хирургического лечения зоба, осложненного компрессионным синдромом. Из 548 прооперированных, 422 (77%) больных с компрессионным синдромом (КС). Доброкачественный зоб был у 375 пациентов, у 38 – рак щитовидной железы и у 9 больных аутоиммунный тиреоидит. Установлены основные проявления компрессионного синдрома при заболеваниях щитовидной железы, основные показания для хирургического лечения. Больные, как правило, у врачей не наблюдались, причиной обращения за медицинской помощью было наличие растущей опухоли на шее или развитие КС. Поэтому операции для предотвращения жизнеугрожающих осложнений выполнялись поздно. Для улучшения качества жизни пациентов, требуется более ранняя верификация компрессионного синдрома и хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: компрессионный синдром, патология щитовидной железы, хирургическое лечение.

Performed analysis of surgical treatment of goiter complicated compression syndrome. From 548 operated 422 (77 %) patients with compression syndrome (CS). Benign goiter was in 375 patients, at 38 - Thyroid cancer and 9 patients with autoimmune thyroiditis. Determinate basic manifestation of compression syndrome in thyroid diseases, the main indications for surgical treatment. Usually, patients were not observed by doctors, the reason for seeking to medical help was the presence of a growing tumor on the neck or the development of compression syndrome. Therefore surgery for prevent life-threatening complications performed late. For improve life quality of patients requires earlier verification of compression syndrome and surgical treatment.

Key words: compression syndrome associated with goiter, thyroid disease, surgical treatment.