

ЛАПАРОСТОМА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА КАК ПРИНЦИП «DEMAGE CONTROL»

[И. В. Вострокнутов¹, В. Б. Колядо², Е. В. Колядо², С. И. Трибунский², Ф. Ф. Рау¹](#)

¹БУЗ РА «Республиканская больница» (г. Горно-Алтайск)

²ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Барнаул)

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности различных видов хирургической интраоперационной тактики при лечении больных с разлитым перитонитом на этапах оказания медицинской помощи. *Материалы и методы.* При первичном хирургическом вмешательстве в связи с развитием распространённого перитонита 298-ми пациентам наложена управляемая лапаростома. *Результаты и обсуждение.* Среди пациентов 1-й подгруппы (n = 330), где лапаростома на пером этапе лечения не применялась, летальность составила $31,2 \pm 4,6$ % (103 умерших), во 2-й группе (n = 298), где сразу наложена лапаростома — $20,85 \pm 5,20$ % (62 умерших). *Выводы.* Лапаростома в лечении распространённого перитонита является эффективным хирургическим вмешательством.

Ключевые слова: перитонит, лапаростома, обструктивная резекция, «damage control».

Вострокнутов Игорь Владимирович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением хирургии БУЗ РА «Республиканская больница», г. Горно-Алтайск, рабочий телефон: 8 (38822) 6-42-26, e-mail: vostroknut@yandex.ru

Колядо Владимир Борисович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, рабочий телефон: 8 (3852) 24-64-82

Колядо Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, рабочий телефон: 8 (3852) 68-89-71

Трибунский Сергей Иванович — доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, рабочий телефон: 8 (3852) 24-64-82

Рау Фёдор Фридрихович — главный врач БУЗ РА «Республиканская больница», рабочий телефон: 8 (38822) 2-68-09

Введение. По данным литературных источников, оценки показаний для выбора тактики лечения перитонита в режиме «по требованию» или «по программе» неоднозначны [1–4]. Тактика лечения «по программе» включает в себя наложение лапаростомы с последующими запрограммированными санациями брюшной полости. Доказано, что применение лапаростомы позволяет снизить внутрибрюшную гипертензию и обеспечивает контроль за течением гнойного процесса в брюшной полости [1]. Лапаростома, как правило, применяется у пациентов с распространенным перитонитом с явлениями абдоминального сепсиса, а иногда и признаками септического шока. Некоторым пациентам подобную тактику приходится применять в условиях районных больниц, где, как правило, отсутствуют хирургическое отделение и отделение анестезиологии и реаниматологии. В таких ситуациях лапаростома позволяет проводить динамический контроль за состоянием брюшной полости. В. Я. Шлапоберский (1958), П. Л. Сельцовский (1963), основываясь на мнении Mikulicz о том, что «при перитонитах необходимо быстро войти в брюшную полость и не менее быстро выйти из нее», рекомендовали при возникновении технических трудностей избегать радикальной операции в целях быстрее ее завершения [4]. Подобный запрограммированный подход существует у пациентов с политравмой и в зарубежной литературе определяется термином «damage control» — это сокращенная лапаротомия и временная интраабдоминальная тампонада для сохранения жизни пострадавшему, находящемуся в критическом состоянии, с последующим выполнением специализированной реконструктивно-восстановительной операции [2].

Материалы и методы. С целью изучения результатов лечения пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости, пролеченных в лечебно-профилактических учреждениях Республики Алтай (РА) за период с 1996 по 2013 год, проведена сплошная выборка — 13 430 наблюдений. В зависимости от сроков обращения за медицинской помощью пациенты распределены на 2 группы: в первую группу вошли пациенты, которые обратились за медицинской помощью до 24 часов от начала заболевания, во вторую — пациенты, которые обратились за медицинской помощью позже 24 часов от начала заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Структура оказания медицинской помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости

Сроки обращения за медицинской помощью	Общее кол-во больных ($N_{\text{общ.}} = 13390$)			
	оперированы $N_1 = 11358$ ($84,6 \pm 0,3$ %)		не оперированы $N_2 = 2072$ ($15,4 \pm 0,8$ %)	
	абс.	%	абс.	%
Менее 24 часов от момента заболевания	8773	$77,2 \pm 0,4$	974	$47,0 \pm 1,6$
Позже 24 часов от момента заболевания	2585	$22,8 \pm 0,8$	1098	$53,0 \pm 1,5$

Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале SOFA. Тяжелыми считались пациенты, имевшие от 6-ти до 10-ти баллов, свыше 16-ти баллов состояние оценивали как септический шок. У пациентов с тяжелым распространенным перитонитом применялась методика, заключающаяся в максимальном сокращении времени оперативного вмешательства, по возможности быстро удалялся источник перитонита, если удаление

было сопряжено с техническими трудностями и удлиняло время вмешательства, источник перитонита отграничивался от брюшной полости, последняя промывалась, и накладывалась лапаростома. В нашем варианте — это марлевая салфетка, которая укладывалась на большой сальник с заходом в боковые каналы, сверху салфетки укладывались тампоны, и брюшная стенка слегка сводилась двумя или максимум тремя швами без всякого натяжения, наложенными через все слои брюшной стенки. На наш взгляд, такой подход отвечает требованиям «damage control».

Статистическую обработку результатов исследований проводили параметрическими методами. Методы описательной (дескриптивной) статистики включали оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего значения (m) для признаков, имеющих непрерывное распределение. Для оценки межгрупповых различий значений признаков, имеющих непрерывное распределение, применяли критерий Стьюдента (t). Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимался равным 0,05.

Результаты. Характеристика групп пациентов. В исходную группу пациентов вошли оперированные пациенты, поступившие в сроки свыше 24 часов от момента заболевания (Нисх. = 2585). По половому составу пациенты этой группы распределены следующим образом: мужчины — 1434 человека ($55,4 \pm 1,0 \%$), женщины — 1151 ($44,5 \pm 1,0 \%$). Возраст пациентов колебался от 16 до 88 лет и в среднем составил $44,6 \pm 1,6$ года, при этом средний возраст женщин составил $48,3 \pm 0,5$ года, средний возраст мужчин — $47,9 \pm 2,0$ года. Общим клиническим признаком для всех пациентов исходной группы было наличие на момент поступления перитонита различной этиологии, степени тяжести и распространенности. Пациенты с ограниченной формой перитонита составили $75,7 \pm 0,8 \%$ (1957), у $24,2 \pm 0,9 \%$ (628) имелась распространенная форма перитонита. У пациентов с ограниченной формой перитонита в послеоперационном периоде не возникло осложнений, которые потребовали бы повторного хирургического вмешательства.

Основную группу исследования составили оперированные пациенты, имевшие распространенную форму перитонита при поступлении в стационар в сроки свыше 24 часов от момента заболевания (Носн. = 628). Основными этиологическими причинами перитонеального процесса в основной группе пациентов явились деструкция и травматические повреждения органов брюшной полости. На основе различий в первичной хирургической тактике — ушивание наглухо или лапаростома — в основной группе пациентов выделены две подгруппы. В подгруппе больных с лапаростомой был проведен ряд дополнительных вмешательств: 88 аппендэктомий, 14 холецистэктомий, 45 зашиваний перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), 30 зашиваний ран полых органов при тупой травме, колото-резаных и огнестрельных ранениях (табл. 2).

Таблица 2

Виды хирургических вмешательств у больных основной группы

Вид хирургического вмешательства	1-я основная подгруппа (n ₁ = 330)		2-я основная подгруппа (n ₁ = 298)		Всего (n = 628)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лапаростомия	0	0	298	100	298	$47,3 \pm 2,9$
Ушивание брюшной стенки наглухо	330	100	0	0	330	$52,6 \pm 2,7$

Аппендектомия	115	34,8 ± 4,4	88	29,5 ± 5,2	203	32,3 ± 3,3
Холецистэктомия при остром холецистите	44	13,3 ± 5,1	14	4,8 ± 6,4	58	9,2 ± 3,8
Зашивание перфоративной язвы желудка и ДПК	40	12,1 ± 5,2	45	15,1 ± 5,9	85	13,5 ± 3,7
Зашивание ран полых органов при тупой травме, колото-резаных и огнестрельных ранениях	34	10,3 ± 5,2	30	10,0 ± 6,2	64	10,2 ± 3,8
Устранение перфорации тонкой кишки	28	8,4 ± 5,3	39	13,0 ± 6,0	67	10,7 ± 3,8
Герниопластика при ущемленной грыже	26	7,8 ± 5,3	4	1,3 ± 6,6	30	4,8 ± 3,9
Устранение перфорации толстой кишки (опухолевой и неопухолевой этиологии)	23	6,9 ± 5,3	50	16,7 ± 5,9	73	11,6 ± 3,8
Устранение кишечной непроходимости	20	6,0 ± 5,3	28	9,3 ± 6,2	48	7,6 ± 3,8

Из 330-ти пациентов 1-й основной подгруппы у 245-ти (74,2 ± 0,2 %) в послеоперационном периоде развились осложнения, которые потребовали повторного вмешательства на органах брюшной полости (релапаротомии). Во всех случаях это были пациенты, которым брюшную стенку при первичной операции ушили наглухо. Самыми частыми причинами, вызвавшими релапаротомию, были продолжающейся перитонит (36,5 ± 0,2 %), несостоятельность швов ранее наложенного анастомоза или ушитой раны кишечника (13,8 ± 0,1 %), абсцесс брюшной полости (13,8 ± 0,1 %) и т. д.

У 298-ми пациентов, которым при первичном хирургическом вмешательстве была наложена лапаростома (2-я основная подгруппа), преобладали признаки системной воспалительной реакции с начальными симптомами абдоминального сепсиса.

В послеоперационном периоде этим пациентам в среднем проведено от 3-х до 5-ти санаций брюшной полости.

Одна или две программированные санации проведены 112-ти пациентам (37,6 ± 2,8 %), 3-4 санации 69-ти пациентам (23,2 ± 2,4 %), 5-6 санаций проведено 48-ми пациентам (16,1 ± 2,1 %), от 7-ми до 8-ми санаций выполнено 47-ми пациентам (15,8 ± 2,1 %), более 8-ми раз санированы 22 пациента (7,4 ± 1,5 %). Критерием для закрытия брюшной полости служили положительная динамика заболевания, восстановление перистальтики кишечника, стабилизация артериального давления, нормализация анализов крови, улучшение общего состояния, отсутствие выпота и запаха в брюшной полости, а также появление грануляционной ткани на ране брюшной стенки.

Сравнительный анализ клинической эффективности описанных тактических подходов показал, что в группе больных с использованием метода «damage control» результаты лечения по ряду объективных показателей были лучше, а именно среди пациентов 1-й основной подгруппы (n = 330), где лапаростома на пером этапе лечения не применялась, летальность составила 31,2 ± 4,6 % (103 умерших), во 2-й основной группе (n = 298), где сразу наложена лапаростома — 20,85 ± 5,2 % (62 умерших), при $t_{st} = 1,5$ ($p < 0,001$) различия статистически достоверны.

Выводы

1. На основе сравнительной оценки эффективности различных видов хирургической

интраоперационной тактики при лечении больных с разлитым перитонитом на этапах оказания медицинской помощи обоснован оптимальный вид лечебной тактики — использование метода динамического объективного контроля за состоянием органов брюшной полости («damage control») и показана его клиническая эффективность.

2. На наш взгляд, лапаростома, применяемая у пациентов с распространенной формой перитонита с проявлениями абдоминального сепсиса на этапах лечения, может трактоваться как разновидность принципа «damage control».

Список литературы

1. Бабаджанов Б. Д. Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов / Б. Д. Бабаджанов, О. Р. Тешаев, Г. И. Бекетов // Вестн. хирургии. — 2002. — № 4. — С. 25-28.
2. Малков И. С. Методологические аспекты лапароскопической санации при разлитом перитоните / И. С. Малков, Р. Ш. Шаймарданов, А. М. Зайнудинов // Вестн. хирургии. — 2003. — № 2. — С. 28-31.
3. Staged physiologic restoration and damage control surgery / E. E. Moore [et al.] // World. J. Surg. — 1998. — Vol. 22, N 12. — P. 1184-1191.
4. Van Goor H. Interventional management of abdominal sepsis : when and how / H. Van Goor // Springer-Verlag GmbH. — 2002. — Vol. 387. — P. 191-200.

LAPAROSTOMA IN TREATMENT OF WIDESPREAD PERITONITIS AS «DAMAGE CONTROL» PRINCIPLE

[*I. V. Vostroknutov¹, V. B. Kolyado², E. V. Kolyado², S. I. Tribunskiy², F. F. Rau¹*](#)

¹BHE AR «Republican Hospital» (Gorno-Altaysk c.)

²SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health (Barnaul c.)

The objective of research is to carry out a comparative assessment of efficiency of different types of surgical intraoperative tactics at treatment of patients with diffuse peritonitis at stages of delivery of health care. *Materials and methods.* 298 patients were imposed the controlled laparostoma at primary surgical intervention in connection with development of widespread peritonitis. *Results and discussion.* Among patients of the 1st subgroup (n = 330) where the laparostoma on the first stage of treatment wasn't applied, lethality made $31,2 \pm 4,6\%$ (103 dead), in the 2nd group (n = 298) where laparostoma was imposed at once — $20,85 \pm 5,20\%$ (62 dead). *Conclusions.* Laparostoma in treatment of widespread peritonitis is an effective surgical intervention.

Keywords: peritonitis, laparostoma, obstructive resection, «damage control».

About authors:

Vostroknutov Igor Vladimirovich — candidate of medical science, head of surgery unit at BHE AR «Republican Hospital», office phone: 8 (38822) 6-42-26, e-mail: vostroknut@yandex.ru

Kolyado Vladimir Borisovich — doctor of medical science, professor, head of public health and health care chair at SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (3852) 24-64-82

Kolyado Elena Vladimirovna — candidate of medical science, assistant professor of public health and health care chair at SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (3852) 68-89-71

Tribunsky Sergey Ivanovich — doctor of medical science, assistant professor of public health and health care chair at SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (3852) 24-64-82

Rau Fedor Fridrikhovich — chief physician at BHE AR «Republican Hospital», office phone: 8 (38822) 2-68-09

List of the Literature:

1. Babadzhanyan B. D. New approaches to treatment of postoperative peritonitis / B. D. Babadzhanyan, O. R. Teshayev, G. I. Beketov // Bulletin of surgeries. — 2002. — № 4. — P. 25-28.
2. Malkov I. S. Methodological aspects of laparoscopic sanitation at diffuse peritonitis / I. S. Malkov, R. Sh. Shaymardanov, A. M. Zaynudinov // Bulletin of surgeries. — 2003. — № 2.

— P. 28-31.

3. Staged physiologic restoration and damage control surgery / E. E. Moore [et al.] // World. J. Surg. — 1998. — Vol. 22, N 12. — P. 1184-1191.
4. Van Goor H. Interventional management of abdominal sepsis : when and how / H. Van Goor // Springer-Verlag GmbH. — 2002. — Vol. 387. — P. 191-200.