

2. Влияние дистантного прекодиционирования на выживаемость ишемизированных тканей / И. М. Колесник, М. В. Покровский, В. А. Лазаренко и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Т. 3. № 3. – С. 214–217

3. Колесник И. М. Дистантное и фармакологическое прекодиционирование. Новые возможности применения в хирургии. LAP LAMBERT Academic Publishing. – Saarbrücken, 2012. – 123 с.

4. Фармакологическое прекодиционирование эритропоэтином при ишемии конечности / И. М. Колесник, М. В. Покровский, Т. Г. Покровская (и др.) // Биомедицина. – 2011. – № 4. – С. 90–93.

5. *Bolli R.* Causative role of oxyradicals in myocardial stunning: a proven hypothesis // *Basic. res. cardiol.* – 1998. – Vol. 93. – P. 156–162.

6. *Dirnagl U.* Preconditioning and tolerance against cerebral ischaemia from experimental strategies to clinical use / U. Dirnagl, K. Becker, A. Meisel // *Lancet.* – 2009. – Vol. 8. № 4. – P. 398–412.

7. *Sommer C.* Ischemic preconditioning: postischemic structural changes in the brain // *J. neuropathol. exp. neurol.* – 2008. – Vol. 67. – P. 85–92.

Поступила 28.11.2014

**А. В. КОСТЫРНОЙ, О. Ю. ГЕРБАЛИ, Д. Е. ВОРОНКОВ,
А. В. КОСЕНКО, С. Н. ВОРОВСКИЙ**

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИТОНИТА

*Кафедра хирургии № 1 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского
Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»,
Россия, 295006, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7; тел. +79788565696. E-mail: oksana.gerbali@mail.ru*

В данной статье анализируется клинический эффект комплексного подхода к выбору тактики лечебно-хирургического алгоритма у больных с распространенным гнойным перитонитом. Включение в комплекс лечебных мероприятий пациентам, состояние которых характеризовалось особой тяжестью, распространенностью процесса по брюшине и степенью ее загрязнения, адаптированной прогностической интегральной шкалы, позволяющей оценить тяжесть состояния пациентов с плановыми этапными санациями брюшины в послеоперационном периоде, позволило сократить койко-день с $54,6 \pm 4,7$ до $37,8 \pm 3,2$ сут. и уменьшить количество осложнений.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, лечебно-хирургическая тактика.

A. V. KOSTYRNOY, O. Y. GERBALI, D. E. VORONKOV, A. V. KOSENKO, S. N. VOROVSKY

PERITONITIS QUESTIONS AT ISSUE

*Chair of surgery № 1 Medical academy named after S. I. Georgievskiy of the Federal state autonomous educational institution of higher education «Crimean federal university named after V. I. Vernadskiy»,
Russia, 295006, Simferopol, Lenin's 5/7 parkway,
tel. +79788565696. E-mail: oksana.gerbali@mail.ru*

In given article the clinical effect of the complex approach to a choice of tactics of medical-surgical algorithm at patients with a widespread purulent peritonitis is analyzed. Inclusion in a complex of medical actions to the patients which condition was characterised by special weight, prevalence of process on abdominal and degree of its pollution adapted prognostic the integrated scale, allowing to estimate weight of a condition of patients with planned sanitation of abdominal in the postoperative period has allowed to reduce day in the hospital with $54,6 \pm 4,7$ day to $37,8 \pm 3,2$ day and to reduce quantity of complications.

Key words: widespread purulent peritonitis, medical-surgical tactics.

«Я и мои современники воспитаны в страхе перед богом и перитонитом» – так в 1876 г. охарактеризовал проблему перитонита Вегнер [9]. В настоящее время проблема перитонита не стала менее актуальной. Оптимизм, навеянный эрой антибиотиков, экстракорпоральные методики деток-

сикации не оправдали себя. Различные методы дренирования в значительной части наблюдений не предотвращают тяжелых послеоперационных осложнений, требующих неоднократных оперативных вмешательств. О нерешенности данной проблемы свидетельствует высокая летальность,

составляющая 50,0 – 86,0% [1]. В современных условиях распространенные формы гнойного перитонита, как осложнение деструктивных процессов в брюшной полости, неотделимы от проблем абдоминального сепсиса [5]. Особенности абдоминального сепсиса у хирургических больных определяются: наличием множественных или резидуальных очагов инфекции, быстрым включением механизма эндогенной транслокации микроорганизмов и токсинов, быстрым развитием инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности, полимикробной инфекцией, высокой летальностью и необходимостью строгого соблюдения 3 основных принципов терапии (адекватная хирургическая санация, оптимизированная антимикробная терапия, стандартизированная корригирующая интенсивная терапия).

Достаточно трудным и неоднозначным остается вопрос выбора оптимальной лечебно-хирургической тактики [7]. В последние годы все большее внимание уделяют активным методам хирургического лечения абдоминального сепсиса [8]. Так, программируемые санационные релапаротомии или лапаростомии сочетаются с различными способами декомпрессии, детоксикации и деконтаминации желудочно-кишечного тракта. В современных условиях метод санационных программируемых релапаротомий, являясь достаточно эффективным средством ликвидации распространенного перитонита, позволяет предупредить развитие гнойно-септических осложнений вторичного плана [2]. Что касается объективизации оценки тяжести состояния больного, то клинический опыт многих авторов убеждает в необходимости обязательного использования балльных систем оценки [6]. Проблема дренирования брюшной полости, особенно целесообразность использования различных типов дренажей, несмотря на многолетнюю историю, остается ныне спорной и противоречивой, как и десятки лет назад [3]. Большинство хирургов единодушны во мнении о необходимости дренирования брюшной полости при перитоните по строгим показаниям: а) при неудаленном источнике перитонита; б) при переходе гнойно-некротического процесса на забрюшинную клетчатку; в) при оставлении тампона с целью гемостаза; г) при неуверенности в состоятельности швов анастомоза, культы полых органов.

В настоящее время еще не выработаны критерии, определяющие целесообразность дренирования брюшной полости при перитоните в каждом конкретном случае. Парадоксальным является и то, что сколько существует метод дренирования брюшной полости, столько же делается попыток отказаться от него.

Таким образом, лечение больных с гнойным перитонитом представляет собой сложную задачу. Поэтому представляется крайне важной разработка схемы оптимизации хирургического лечения и ведения послеоперационного периода у данной категории больных [4].

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения и выработать лечебно-диагностическую тактику у больных с распространенным гнойным перитонитом.

Методика исследования

Для достижения поставленной цели проведен анализ результатов хирургического лечения 145 больных обеих полов в возрасте 25–66 лет, которые перенесли оперативные вмешательства в связи с развитием гнойного перитонита различной этиологии, поступивших для оперативного лечения в 7-ю городскую клиническую больницу и областную больницу имени Н. И. Семашко с 2010 по 2014 год. Из них у 10 (6,9%) пациентов был инфицированный панкреонекроз, у 31 (21,4%) – острый деструктивный холецистит, у 34 (23,4%) – острый аппендицит, у 13 (9,0%) – острая кишечная непроходимость с некрозом кишки, у 37 (25,5%) – перфорация при язвенной болезни толстой кишки, у 8 (5,5%) – перфорация толстой кишки при опухолях и у 12 (8,3%) больных – сегментарный тромбоз кишечника. У 1,6% больных сумма баллов по шкале APACHE II не превышала 15, у 88,2% она составила от 15 до 29, у 10,2% – свыше 29. По показателю Мангеймского индекса перитонита у 82,3% наблюдаемых нами больных диагностирована вторая, у 17,7% – третья степень тяжести заболевания. У 78,9% пациентов имел место распространенный, а у 21,1% – общий перитонит.

Оперативное лечение при перитоните не может быть стандартизовано из-за разнообразия причин, вызывающих его. Именно поэтому объектом нашего пристального внимания являлись различные элементы лечебной тактики, такие как программируемая санация и использование балльных систем оценки перитонита. Показаниями к программируемым санационным релапаротомиям являются: 1) распространенный фибринозно-гнойный перитонит с клиническими признаками анаэробной неклостридиальной инфекции; 2) распространенный каловый перитонит; 3) больные с абдоминальным сепсисом и MODS, когда источник инфекции не был адекватно санирован во время первой операции; 4) больные, у которых закрытие лапаротомной раны грозит повышением внутрибрюшного давления. Адаптирована собственная шкала, составляющая 35–45 баллов. Преимуществом программированных санационных релапаротомий являются полноценная санация брюшной

полости, своевременная диагностика и коррекция внутрибрюшных осложнений, возможность активного дренирования брюшной полости. Однако существуют и недостатки, такие как отрицательные системные последствия повторных вмешательств (в том числе повторное развитие синдрома «медиаторной бури»), повторная травма брюшной стенки и органов брюшной полости, длительная интубация с высоким риском развития нозокомиальной пневмонии и уроинфекции, длительная искусственная вентиляция легких, необходимость длительной катетеризации сосудов с высоким риском развития «катетерной инфекции» и ангиогенного сепсиса, высокий риск внутрибрюшного кровотечения и образования кишечных свищей, длительное пребывание в стационаре.

Что касается объективизации оценки тяжести состояния больного, то наш клинический опыт убеждает в необходимости обязательного использования балльных систем оценки. Мы отдаем предпочтение наиболее простой из них – упрощенной системе оценки, предложенной J. R. Le Gall и соавт. в 1983 г. и названной авторами SAPS. С целью приближения к лечебным учреждениям, в которых невозможно выполнить интегральную шкалу SAPS, нами разработана и внедрена в практическую работу прогностическая интегральная шкала при перитоните.

Результаты исследования

Если в прошлом веке считалось, что дренаж является признанием несовершенства хирургии, то задача современной хирургии – создать необходимые условия для эффективной работы трубчатого дренажа.

Нами была адаптирована собственная шкала при выполнении первичной операции по поводу перитонита (патент № 74834, 2012 год, Украина), включающая:

1. Возраст больного:
до 40 лет – 0 баллов,
41–50 лет – 1 балл,
51–60 лет – 3 балла,
более 60 лет – 4 балла.

2. Сопутствующую патологию: хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек, сахарный диабет, заболевания крови. Каждое заболевание – 4 балла.

3. Степень распространенности перитонита:
местный (отграниченный) – 1 балл,
распространенный – 3 балла,
общий – 4 балла.

4. Давность перитонита:
0–6–12 часов – 1 балл,
12–24 часа – 2 балла,
24–36 часов – 3 балла,

более 36 часов – 4 балла.

5. Источник перитонита:
тонкая кишка, кровь – 1 балл,
желчь – 2 балла,
панкреатический секрет – 3 балла,
толстая кишка – 4 балла.

6. Характер выпота:
серозный – 1 балл,
серозно-фибринозный – 2 балла,
серозно-гнойный – 3 балла,
геморрагический – 3 балла,
гнойный с фиксированными наложениями фибрина – 4 балла.

7. Осложнения, обнаруженные при выполнении первичной операции:

- дилатация пищеварительной трубки – 4 балла,
- формирующиеся внутрибрюшные и межпеченьные гнойники – 4 балла,
- сформировавшиеся внутрибрюшные и межпеченьные гнойники – 4 балла.

8. Необходимость программированных санаций – 4 балла.

9. Состояние послеоперационной раны:
нагноение послеоперационной раны – 3 балла,
флегмона передней брюшной стенки – 4 балла,
эвентрация в нагноенную послеоперационную рану – 4 балла.

10. Склонность к формированию внутрибрюшных (межпеченьных, тазовых, поддиафрагмальных) абсцессов – 4 балла.

11. Состояние после операции:
несостоятельность анастомоза – 4 балла,
открытые свищи ЖКТ – 4 балла.

Результаты:

0–15 баллов – прогноз благоприятный, летальность 0%.

1–30 баллов – прогноз сомнительный, летальность до 40%.

31–40 баллов – прогноз неблагоприятный, летальность до 80–85%.

41–52 балла – прогноз неблагоприятный, летальность до 90–100%.

Таким образом, у 9 (6,2%) пациентов было сделано 5 релапаротомий, у 41 (28,3%) – 4 релапаротомии, у 21 (14,5%) – 3 релапаротомии, у 70 (48,3%) – 2 релапаротомии и у 4 (2,7%) больных – 1 релапаротомия.

Благодаря внедрению комплекса современных методов прогнозирования удалось снизить летальность до 12,4% (18 из 145 больных гнойным перитонитом) и сократить срок пребывания в стационаре с $54,6 \pm 4,7$ до $37,8 \pm 3,2$ суток.

Обсуждение

Анализируя результаты лечения пациентов, установили, что при гнойном перитоните оперативное вмешательство

осуществляется на отягощенном фоне, что осложняет течение и ухудшает качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде, вплоть до летальности. Следовательно, представляется крайне важным улучшение хирургического лечения пациентов с гнойным перитонитом путем оптимизации оперативной тактики и ведения больных в послеоперационном периоде с использованием единого трубчатого дренажа, который дренирует все этажи брюшной полости, включая и межкишечные пространства (патент № 54000, 2010 год, Украина).

Известна аксиома, что каждому больному показана «своя» операция, и очевидно, что при каждом оперативном вмешательстве на органах брюшной полости по показаниям следует применять «свой» вид дренирования.

Таким образом, успех лечения больных с гнойным перитонитом зависит от комплексного подхода, в котором развитие каждого из направлений воздействия на эндогенную интоксикацию требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрович Ю. С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю. С. Александрович, В. И. Гордеев. 2-е изд., дополн. и исправл. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2010. – С. 29–36.

2. Арсентьев О. В., Кемеров С. В. Клинико-морфологическая характеристика распространенного гнойного перитонита в терминальной стадии // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 343–344.

3. Криворучко И. А. Прогностическая значимость показателей эндогенной интоксикации и системы монооксигеназы на этапах хирургического лечения больных по поводу абдоминального сепсиса // Клиническая хирургия. – 2014. – № 3. – С. 5–9.

4. Рекомендательные протоколы интенсивной терапии у больных в критических состояниях (принятые на I и III съездах анестезиологов-реаниматологов Северо-Запада России) / Под ред. А. Н. Кондратьева. – СПб: издательский дом «СПб МАПО», 2007. – С. 117–123.

5. Савельев В. С. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – № 6. – С. 14–18.

6. Федоров В. Д. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 58–62.

7. Penninckx F. M. Planned relaparotomies in the surgical treatment of severe generalized peritonitis from intestinal origin // World j. surg. – 2003. – Vol. 7. – P. 762–766.

8. Sukumar N. Bogota bag in the treatment of abdominal wound dehiscence // Med. j. malaysia. – 2004. – Vol. 59. № 2. – P. 281–283.

9. Wegner G. Aetiologic der acuten peritonitis // Virchow's archiv. – 1876. – Bd. 20.

Поступила 28.10.2014

В. В. КОЧУБЕЙ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ГРУДИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЦЕЛЛЮЛЯРНОГО ДЕРМАЛЬНОГО МАТРИКСА

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, Россия, 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1; тел. +7 919 771 36 46. E-mail: kochoubey@gmail.com

Ацеллюлярный дермальный матрикс (АДМ) известен как инновационный материал, применяемый для реконструкции груди с использованием тканевых экспандеров или имплантатов. Использование АДМ обеспечивает дополнительное покрытие и поддержку нижнего полюса реконструированной молочной железы. В процессе настоящего исследования проведена оценка риска развития послеоперационных осложнений при использовании АДМ при реконструкции на основе имплантата.

Нами был проведен ретроспективный анализ 212 последовательных немедленных реконструкций груди с тканевым экспандером или имплантатом, из них 108 без АДМ и 104 с АДМ. Всего реконструкция груди была выполнена у 140 пациенток, включая 68 односторонних реконструкций и 72 двусторонние реконструкции. В группе, где использовался АДМ, была выше частота сером – 13,5% против 3,7% и инфекционных процессов – 18,3% против 5,6%. Также установлено, что индекс массы тела – статистически значимый фактор для развития сером и нагноения.

АДМ является удобным материалом для реконструкции груди, но его использование чаще сопровождается такими осложнениями, как серомы и нагноение. Улучшить результаты операций по реконструкции груди при ис-