

На правах рукописи

ГАЗИЕВ ЗАФАР ХАКИМБЕКОВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Душанбе 2019

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: **Даминова Нигина Мадамоновна – доктор медицинских наук**

Официальные оппоненты:

- 1. д.м.н., директор лечебно-диагностического центра «Вароруд» Рахматуллоева Р.Р.**
- 2. д.м.н., зав. кафедры эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ Мухиддинова Н.Д**

Ведущая организация: **ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России**

Защита состоится « » « » 2019 г в __ часов на заседании диссертационного совета Д 737.005.01 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино по адресу: 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино (<http://www.tajmedun.tj/dissertation?id=87>)

Автореферат разослан « » « » 2019

**Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук**

Назаров Ш.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Последние годы повсеместно наблюдается тенденция к увеличению и распространению количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости (Гостищев Д.К. и соав., 2010; Ермолов А.С. и соавт., 2011). Вместе с тем наблюдается и отчетливое увеличение частоты ранних послеоперационных осложнений, которые в значительной степени отягощают течение заболевания и нередко становятся причиной летальных исходов (Соболев В.Е. 2007, Шуркалин Б.К. и соавт. 2010). Среди ранних послеоперационных осложнений оперативных вмешательств на органах брюшной полости наиболее тяжелым и опасным является послеоперационный перитонит (ПП), встречающийся в 0,3-8,6% наблюдений. Это обусловлено, прежде всего, не имеющей тенденции к снижению и сохранившейся высокой летальностью, достигающей при тяжелых формах ПП 75-83,7% (Ефименко Н.А. 1995, Кригер А.Г. и соавт. 2005, Даминова Н.М. 2011г).

Главной причиной неудовлетворительных результатов лечения ПП является несвоевременная его диагностика и промедление с выполнением повторного оперативного вмешательства (Шуркалин Б.К. и соавт. 2010, Курбонов К.М. и соавт. 2011, Фаллер А.П. 2008г). Трудности диагностики усугубляются как объективными причинами: использование в раннем послеоперационном периоде анальгетических и антибактериальных препаратов, проведение многоцелевой интенсивной терапии (Рычагов Г.П. и соавт 1992, Prisco Betal 1993), так и субъективными: наличие психологического негативизма к повторной операции у хирурга и пациента.

Отмеченные обстоятельства определяют необходимость использования для диагностики ПП современных методов инструментальной диагностики, позволяющих выявить осложнение на «доклинической стадии» (Борисов А.Е. и соавт. 2001г, Шуркален Б.К. и соавт 2010, Ханевич М.Д. и соавт 2011г).

Из методов инструментальной диагностики ПП особое место принадлежит УЗИ и лапароскопии. Общеизвестным является тот факт, что лапароскопия это наиболее информативный метод, обладающий универсальными возможностями (Федоров А.В. и соавт, Седов А.В. и соавт. 2009 г). Вместе с тем критерии показаний и противопоказаний и технические приемы при выполнении

лапароскопии в раннем послеоперационном периоде требуют уточнения.

Приведенные выше доводы и служили основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения послеоперационного перитонита путем оптимизации применения миниинвазивных технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить основные причины развития послеоперационного перитонита и установить объективные факторы, затрудняющие его раннюю диагностику.

2. Определить значение клинико-лабораторно-инструментальных методов исследований в диагностике послеоперационного перитонита.

3. На основании полученных данных разработать объективные критерии выбора показаний к выполнению релапаротомии и постлапаротомной лапароскопии при послеоперационном перитоните.

4. Изучить непосредственные результаты повторных малоинвазивных вмешательств и релапаротомии при послеоперационном перитоните.

Научная новизна. Выявлены основные причины развития послеоперационного перитонита и факторы, затрудняющие его раннюю диагностику. Установлено преимущество комплексного ультразвукового исследования и релапароскопии в диагностике послеоперационного перитонита. Доказано, что показатели уровня СРБ и ИЛ-6 в сыворотке крови являются достоверными и объективными критериями диагностики послеоперационного перитонита. Разработан способ наложение У-образного энтероэнтероанастомоза с выведением стомы в условиях послеоперационного перитонита (рац.удост.№3526/R679). Доказан роль С-реактивного белка в ранней диагностики послеоперационного перитонита (рац.удост.№3525/R678). Установлено, что при послеоперационном перитоните постлапаротомная лапароскопия позволяет ликвидировать и ограничить источник перитонита и проводит санацию брюшной полости с ее редренированием. Доказана прямая корреляционная связь между несостоятельностью тонкокишечных анастомозов и показателями повышения внутрибрюшного давления.

Практическая значимость работы. Разработан алгоритм

диагностики послеоперационного перитонита, основанный на рациональном использовании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Определено значение постлапаротомной лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита. Разработаны критерии выбора и техника выполнения постлапаротомной лапароскопии при послеоперационном перитоните.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Причинами, затрудняющими своевременную диагностику послеоперационного перитонита, являются: тяжелое состояние больных, обусловленное основной и сопутствующей патологией, проведение многоцелевой интенсивной терапии и обезболивания иными средствами, а также тактические и технические ошибки.

2. Диагностика послеоперационного перитонита основывается на данных УЗИ, исследования уровня СРБ и ИЛ-6 и лапароскопии.

3. Разработанные критерии выбора повторной операции позволяют дифференцированно применить повторные миниинвазивные вмешательства и релапаротомию.

4. Одним из вариантов хирургического лечения послеоперационного перитонита, является миниинвазивное вмешательство и в ряде случаев могут быть альтернативой релапаротомии.

Личный вклад диссертанта при проведении исследования.

Автором лично осуществлено ведение большинства пациентов, участие в оперативных вмешательствах. Автором лично проведена статистическая обработка и анализ клинического материала, разработка критериев выбора постлапаротомной лапароскопии при послеоперационном перитоните. Личное участие автора подтверждено представленными материалами, данными и заключениями комиссии, ознакомившейся с первичной документацией проведенного исследования.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на заседании Ученого Совета медицинского факультета ТГМУ имени Абуали ибни Сино (23.01.2014, протокол №4), на 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, XI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Внедрение результатов работы. Результаты исследования и разработки диссертации внедрено в практическую деятельность ГКБ №5 и РКБ СМП г. Душанбе. Полученные теоретические и

практические результаты диссертационной работы используются в учебном процессе магистров на кафедре общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Публикация. По теме диссертационной работы опубликовано 13 научных работ, 3 публикации в изданиях рекомендуемых ВАК РФ, 2 рационализаторских предложения.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 122 страницах компьютерного текста и включает 25 таблиц, 3 диаграммы, 21 рисунок. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. В список литературы включены 201 источников, в том числе 143 отечественный, 58 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы.

Проанализирован опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 87 больных с ПП находившихся на лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы №5 имени академика К. Таджиева (ГКБ №5) и Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) города Душанбе, в период с 2005 по 2015 гг. Все больные в зависимости от используемых методов диагностики и лечения были распределены на 2 группы. В первую (основную группу) были включены 45 больных (51,7%) для диагностики и лечения, которых применились современные технологии и усовершенствованная хирургическая тактика. Во вторую (контрольную) группу были включены 42 (48,3%) больных, у которых использовались традиционные способы диагностики и лечения ПП. Среди наблюдавшихся пациентов основной и контрольной группы женщин было 33 (37,9%), мужчин - 54 (62,1%). В возрастном аспекте до 20 лет было 10 (11,6%) пациентов, в возрасте от 21 до 40- 31 (35,6%), от 40 до 60 лет -24 (27,5%). Лишь в 22 (25,3%) наблюдениях возраст больных был старше 60 лет, имеющих сопутствующее заболевания со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной и других систем, которые в значительной степени затрудняли комплексное лечение заболевания. В 26 (29,9%) наблюдениях, больные были оперированы по поводу опухолей желудка (n=3) и толстой кишки (n=23), в 19(21,8%) осложненной язвенной болезнью, в 6 (6,9%) ранений тонкой кишки, в 5 (5,7%) брюшнотифозной перфорации и в 4 (4,6%) острой тонкокишечной непроходимостью. В 11 (12,6%)

наблюдениях пациентам с первичной операцией являлся эхинококкоз печени (n=7) и желчекаменная болезнь (n=4), в 7 (8%) острый аппендицит, в 5 (4,6%) заворот сигмы и в 4 (4,6%) грыжи и ее осложнения. Непосредственное отношение частоты возникновения ПП имеет сроки выполнения оперативных вмешательств. Плановые оперативные вмешательства были выполнены 29 больным основной (n=14) и контрольной (n=15) группы. Экстренные операции у 58 больных: основной (n=31) и контрольной группы (n=27).

Причиной развития ПП являются самые разные факторы и причины (табл. 1)

Таблица 1

Причины развития послеоперационного перитонита (n=87)

Причины	Количество	%
Несостоятельность анастомозов и швов	46	52,9
Прорыв абсцесса в свободную брюшную полость	14	14,9
Прогрессирование исходного инфекционного процесса	9	11,5
Ятрогенная травмаорганов ЖКТ	5	5,7
Желчеистечения	6	6,9
Нагноение остаточной полости	7	8,1
Всего больных	87	100

Из 87 пациентов с ПП в 47 (54%) наблюдениях имел место распространенный послеоперационный перитонит у пациентов основной (n=29) и контрольной группы (n=18). Местный ПП отмечали у 40 (46%) больных основной (n=16) и контрольной (n=24) группы, местный неограниченный ПП наблюдали у 26 (30%) пациентов основной (n=9) и контрольной (n=17) группы, а ограниченный местный перитонит у 14 (16%) больных основной (n=7) и контрольной (n=7) группы.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для диагностики ПП больным проводили клинико-лабораторные и биохимические исследования крови в условиях ГКБ №5 Для исследования системы гемостаза было определено: время свертывания крови по Ли-Уайту, время рекальцификации,

протромбиновое время, протромбиновый индекс, тромботест, толерантность плазмы к гепарину, концентрацию фибриногена, время ретракции кровяного сгустка и фибринолитическую активность крови. Для определения концентрации мочевины в сыворотке крови использовали диацетилмонооксидный метод, а уровень прямого билирубина и общего белка определили унифицированным методом Ендрассика-Клеггорна-Грофа. Определение активности АсАт и АлАт в сыворотке крови производилось методом Райтмана-Френкеля, который основан на изменении окраски соединения динитрофенилгидразина с пировиноградной кислотой, которая освобождается при переаминирования. Уровень эндотоксемии оценивали по ЛИИ по методу Кальф-Калиф. Гематогенный показатель интоксикации (ГПИ) определили по формуле $ГПИ = ЛИИ \times КЛ \times КС$, в котором КЛ - это поправочный коэффициент на лейкоцитоз, а КС - поправочный коэффициент на скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Показатели уровня СРБ осуществляли турбодиаметрическим методом (диагностический набор «ORIONDIAGNOSTICA»- Финляндия). Для определения уровня содержания цитокинов интерлейкина (ИЛ-6) и факторы некроза опухолей (ФНО) в периферической крови использовали набор ProCon. Микробиологическое исследование экссудата брюшной полости было проведено на кафедре микробиологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Для этого экссудат брюшной полости забирали во время операции и из установленных дренажей в послеоперационном периоде. Полученный экссудат разделяли на 2 порции. Часть полученного исследуемого материала использовали для микробиологической оценки, для культивирования аэробов и факультативных анаэробов. Исследования проводили методом растирания на чашке Петри с 5% кровяным агаром Эндо. Для выявления облигатных анаэробов культивирование материала проводили, помещая его в среду Китта-Тароцци. Кроме этого проводили определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Комплексное ультразвуковое исследование проводилось совместно с врачом Хаётовым А.М. на таких аппаратах как ССД-256 и ССД-670 фирмы «АЛОКА» (Япония)

Лапароскопическое исследование проводили на аппаратах «KARLSHTORZ» и «ТЕКНО» (Германия). Показатели внутрибрюшного давления определялись двумя методами. В первом варианте внутрибрюшное давление измеряли в мочевом пузыре. Положение больного лежа на спине. Через катетер Фолея с раздутым баллоном в мочевой пузырь вводили физиологического раствора от

50 до 150 мл. Затем к катетеру подсоединялся тонометр низких давлений - Тригон 2000. При закрытии краника мочевого пузыря производилось обнуление значений. Открывая краник катетера, регистрировалось внутрибрюшное давление с фиксированием значений в карту больного. В зависимости от роста внутрибрюшного давления и степень тяжести состояния больных измерения ВБД выполняли от 2 до 4 раз в течении суток. В норме ВБД равняется 0 или же имеет отрицательное значение. Делалась оценка показателей ВБД по рекомендациям Всемирного общества по изучению внутрибрюшной давления (WSACS). Второй вариант измерения показателей интраабдоминального давления осуществлялся через установленный назогастральный зонд в полость желудка. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., USA). Количественные показатели представлены в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (m). Относительные величины представлены в виде долей (p,%). Межгрупповые сравнения проводились по U-критерию Манна-Уитни для независимых величин и T-критерию Вилкоксона для зависимых. Множественные сравнения проводились по ANOVA Крускала-Уоллиса и Фридмана. Данные считались значимыми при $p < 0,05$.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ клинической картины заболевания показало, послеоперационный перитонит протекает чаще в 3 вариантах: острая форма (n=38), стертая форма формированием внутрибрюшного инфильтрата (n=10), стертая форма с вскрытием абсцессов в свободную брюшную полость (n=8). Клинические проявления ПП позволяют в 52% наблюдений заподозрить развившиеся осложнения. Исследование показателей общего анализа крови у больных с различной степенью тяжести распространения патологического процесса в брюшной полости показало значительные сдвиги у пациентов с распространенным ПП. показатели уровня лейкоцитов при распространенном ПП составило $13,8 \pm 1,8$ тыс, ЛИИ- $5,8 \pm 0,7$ ед. При этом наблюдались некоторые изменения показателей красной крови показателей крови и общего белка $59,5 \pm 1,4$ г/л. Существенные изменения наблюдались в показателях гемостаза и реологии крови. Вследствие выраженной эндотоксемии у больных с распространенным ПП отмечается дисфункция гепатоцитов. Так протромбиновый индекс снизился до $81,3 \pm 5,3\%$, фибринолитическая активность доходила до $227 \geq 12,4$ мин. Наиболее значительное изменение наблюдалось в показателях

АЧТВ, которое составило $35,4 \pm 1,6$ с, агрегация тромбоцитов $4,27 \geq 2,1$ мин. Следует отметить, что у больных с ПП наблюдалось значительное повышение показателей эндотоксемии, что указывало на прогрессирование заболевания. Показатели эндотоксемии у больных с распространенным ПП по сравнению с пациентами с местным ПП в значительной степени были увеличенными. Так показатели ЛИИ у больных с распространённым ПП составили $5,6 \pm 1,7$ ед, ГПИ – $11,98 \pm 0,2$ ед и $9,74 \pm 0,17$ ед. Выраженная эндотоксемия в дальнейшем способствовала портальной эндотоксемии и изменениям показателей уровня цитологических ферментов. При распространенном ПП содержание АлАТ составило $1,032 \pm 0,06$ ммоль/л, АсАТ – $1,24 \pm 0,15$ ммоль/л. Это свидетельствует о компенсаторном повышении метаболической активности гепатоцитов за счет активации клеток неповрежденных ацинусов. Необходимо отметить, что показатели эндотоксемии и гемостаза прогрессировали изменения при уже развивавшийся ПП и они в значительной степени запаздывали и не давали должного значения в динамике ПП в её «доклинической» стадии заболевания. Клинико-лабораторные показатели гемостаза являются весьма важными показателями в диагностике ПП, которые претерпевают изменения в зависимости от степени выраженности распространения патологического процесса в брюшной полости и давности развившегося осложнения. Для диагностики гнойно-воспалительных процессов важное значение придавали показателям уровня белков острой фазы воспаления в частности СРБ и показателям цитокинового профиля. Постепенное прогрессирование увеличения содержания белка острой фазы воспаления ($198,9 \pm 15,7$ мг/л) указывало на наличие выраженной бактериальной контаминации и возникновение осложнения в 28 наблюдениях. Значения ВБД изучались у 48 пациентов с ПП. При ПП у 18 (37,5%) больных из 48 наблюдений - ВБД I степени, у 20 (41,7%) - ВБД II степени, у 7 (14,5%) ВБД III и у 3 (6,3%) IV степени. При разлитом ПП у 2 (4,2%) пациентов уровень ВБД составил $8,47 \pm 1,1$ мм.рт.ст., в 14 (29,2%) случаях $17,1 \pm 1,3$ мм.рт.ст., в 5 (10,4%) – $25,2 \pm 1,8$ мм.рт.ст. и лишь в 3 (6,25%) – $34,4 \pm 1,6$ мм.рт.ст. Для понимания сущности и характера эндотоксемии при ПП были изучены показатели маркеров эндотоксемии у 36 пациентов с распространенным ПП в зависимости от тяжести синдрома энтеральной недостаточности (СЭН). Показатели эндотоксемии при ПП и СЭН III-степени, показатели ЛИИ и ГПИ были повышенными по сравнению с СЭН I и II степеней, и составило $6,77 \pm 1,2$ ед и $11,94 \pm 0,18$ ед. Уровень СРБ и

про- воспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО2 также были значительно повышены у больных с СЭН II и III степени. Так содержание СРБ составило $158,4 \pm 7,1$ мг/мл и $176,9 \pm 5,2$ мг/мл, ИЛ-6 – $164,2 \pm 10,4$ пг/мл и $182,5 \pm 9,6$ пг/мл и ФНО2 – $108,7 \pm 2,3$ пг/мл.

Значительное нарушение функции тонкой кишки, обусловленное СЭН II и III степени при ПП, сопровождалось снижением уровня серотонина в крови, который составил $0,4 \pm 0,04$ мкмоль/л, что ещё больше усугубляло парез кишечника, эндотоксемию, ишемию и вазоконстрикцию. Рентгенологический метод использовали в 31 наблюдениях при подозрении на ПП. При рентгенологическом исследовании грудной клетки в 9 наблюдениях отмечали наличие альвеолярного отека легких и жидкости в плевральных полостях. Ультразвуковое исследование в раннем послеоперационном периоде проводили 75 пациентам основной и контрольной группы. Всего при УЗИ наличие ПП установлено у 41 пациента (54,6%), в 34 (45,4%) наблюдениях потребовалось проведение дополнительных методов исследования. В 19 наблюдениях у больных распространенным ПП при УЗИ брюшной полости была выявлена свободная жидкость. Кроме этого определяли утолщение стенок тонкой кишки. При несостоятельности гастроэнтероанастомозов и дуоденальной культи в 9 наблюдениях диагностировали наличие инфильтрата и жидкости в межпетлевых пространствах. УЗИ являлось весьма информативным методом диагностики послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Так в 7 наблюдениях УЗИ позволило диагностировать внутрибрюшные абсцессы. В сложных хирургических ситуациях с целью дифференциальной диагностики ПП от других заболеваний органов брюшной полости в 5 наблюдениях прибегали к компьютерной томографии. В своих наблюдениях послеоперационная лапароскопия была выполнена у 32 пациентов и в 6 наблюдениях она позволила установить диагноз распространенного послеоперационного перитонита и поставить показания к релапароскопии. В 26 (81,2%) случаях диагностическая лапароскопия эффективно трансформировалась в лечебное пособие. Необходимо отметить, что видеолапароскопия лишь в 4 наблюдениях была выполнена после осложнения видеолапароскопической холецистэктомии (n=2) и ушивании перфоративной язвы (n=2), осложнившейся ПП. В остальных 22 наблюдениях видеолапароскопия после выполнения лапаротомных вмешательств. . Выраженный парез тонкого кишечника с его перерастяжением, понижение механической прочности тканей брюшной стенки за счет воспалительной

инфильтрации, а также возможная прикрепления фибринозными пленками кишечника к передней брюшной стенке повышает опасность пункционной травмы. Другим важным и нужным моментом при повторных лапароскопических исследованиях это взятие экссудата из полости живота для определения микробного состава и определением чувствительности к антибиотикам. Чаще всего среди анаэробов в составе перитонеальной экссудате брюшной полости встречались: Bacterilides - 34 (39%), Fusobacterium 28 (32%), Keilonella 15 (17%), а в биоптатах брюшины преобладали - Bactirilides (32%), Fusobacterium (28%), Peptococcus (18%). Что касается аэробов, то среди них в 10% наблюдений являлись E.coli, по 8% Enterococcus и Klebsiella, а в биоптатах из брюшины чаще других встречались E.coli - 18%, Enterococcus -11%, Streptococcus -8%. Таким образом, после проведения микробиологических исследований стало ясно, что этиологическими факторами ПП являются разные грамотрицательные бактерии с наибольшим преобладанием анаэробной флоры. После определения чувствительности к антибиотикам выяснилось, что 85% грамотрицательной микрофлоры была чувствительна к ципрофлоксацину и 84% к цефалотину и цефтазидиму. Повышенную чувствительность грамотрицательная флора проявила к цефамеду, которая составила 97%. Грамположительная флора экссудата из брюшной полости также в 100% чувствительна к цефамеду, в 79% к цефперабелу, и 82% к цефалотину. Количество больных с ПП и показателями степени тяжести по АРАСНЕП у 39 больных (44,8%) составил 0-10 баллов. Соответственно, этот показатель характерен больным в удовлетворительном и среднетяжелом состоянии. 36 (41,4%) пациентов были с более высокими показателями АРАСНЕП, сумма баллов составляет от 10 до 20. В 12 (13,8%) других случаях показатель АРАСНЕП равнялся или имел более 12 баллов. Среднее значение степени тяжести по АРАСНЕП –составляет $0,3 \pm 7,6$ баллов. В процессе оперативного вмешательства по поводу ПП определяли также причину исхода и тяжести течения ПП. Для этого использовали Мангеймский перитонеальный индекс (МПИ). Данный индекс показывает выраженность инфекционно-воспалительного процесса брюшной полости. Исходя из данных таблицы, 48 (55,2%) пациентов основной (n=28) и контрольной (n=20) группы имели балы в пределах 10-20 по МПИ, у еще 21 (24,1%) больного МПИ составил 21-30 баллов, при этом пациентов основной группы было 14, контрольной 7 и у 15 (17,2%) больных основной (n=3) и контрольной (n=12) группы более 30 баллов. Для проведения

сравнений среди групп было определено, что у больных с высокими показателями МПИ (более 30 баллов) результаты лечения оказались неудовлетворительными.

Хирургическая тактика при ПП была индивидуально-активной и зависела от этиологии его развития, источника и его расположения, характера экссудата брюшной полости, степени выраженности энтеральной недостатка, ВБД, сопутствующих патологий, возраста, степени тяжести пациентов и наличия абдоминального сепсиса. Традиционная релапаротомия была выполнена 56 больным, основной (n=14) и контрольной (n=42) группы. Традиционную релапаротомию выполнили 14 (25%) пациентам основной группы и 35 (62,5%) больным контрольной, еще в 7 наблюдениях (12,5%) у пациентов основной группы производилось вскрытие и дренирование внутрибрюшных гнояников внебрюшинным способом. В 43 наблюдениях у больных основной (n=10) и контрольной (n=33) групп при тяжелых формах ПП производили релапаротомию с санацией и дренированием брюшной полости и тонкой кишки. У представителей основной группы в 7 наблюдениях одновременно с санацией и дренированием брюшной полости производились и другие вмешательства, направленные на ограничение или ликвидацию источника перитонита. Так в 8 наблюдениях после резекции энтеро-энтероанастомоза формировали У-образные анастомозы вблизи Трещовой связки (n=4), а также повторное ушивание зоны частичной несостоятельности с укреплением линии швов пластинками ТахоКомб (n=4). В 4 наблюдениях у пациентов основной (n=2) и контрольной (n=2) группы при наличии перитонита, с тяжелым абдоминальным сепсисом, обусловленным операциями на печени и желчных путях, ограничивались формированием наружного дренажа с обратным отведением желчи в пищеварительный тракт (n=2), санацией и дренированием остаточной полости и брюшной полости. В 7 наблюдениях больным контрольной группы выполнялось вскрытие и дренирование гнояников внебрюшинным способом. Необходимо отметить, что лишь в 20 наблюдениях при ПП, обусловленных несостоятельностью швов сформированных анастомозов выполнялось вмешательство в области несостоятельности. В остальных 36 наблюдениях ограничивались санацией и дренированием брюшной полости и тонкой кишки. При несостоятельности гастроэнтероанастомоза оптимальным является дренирование и ограничение источника перитонита с подведения тампонов, а при несостоятельности пищевода-энтеральных

анастомозов формирование еюностомы. При несостоятельности тонкокишечных анастомозов и ранних сроках ее диагностики оптимальным является резекция анастомоза с формированием У-образных анастомозов, а при частичной несостоятельности – повторное ушивание с аппликацией линии швов пластинками Тахокомб. В клинике усовершенствованно методики формирования энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита (**рац. удост. №3526/R679**). Несостоятельность толстокишечных анастомозов вынуждает миниинвизировать объем оперативного вмешательства до формирования колостомы. При ПП в 26 наблюдениях выполнилось релапароскопия, с последующей санацией и дренированием брюшной полости, из этого числа, при распространенном ПП (n=10) и местном (n=16). При этом среди пациентов с местным ПП в 7 наблюдениях были больные с внутрибрюшными абсцессами (Таблица 2). В зависимости от произведенного первичного вмешательства, как было отмечено, выбиралась точка наиболее безопасного введения первого троакара. Из 26 миниинвазивных вмешательств в 2 наблюдениях выполнялась релапароскопия с повторным клипированием пузырного протока, санацией и дальнейшим дренированием брюшной полости. В 17 наблюдениях проводили постлапаротомной лапароскопии с санацией брюшной полости. Во время выполнения постлапаротомных санацией производили видеолапароскопических удаление фибринового налета.

Таблица 2

Характер миниинвазивных вмешательств при послеоперационном перитоните (n=33)

Характер вмешательств	Количество	%
Видеолапароскопия. Санация и дренирование брюшной полости	22	65,4
Релапароскопия. Реклипирование пузырного протока. Санация и дренирование брюшной полости.	2	7,7
Релапароскопия. Повторное ушивание перфоративных язв.	2	7,7
Пункция и дренирование поддиафрагмальных абсцессов под УЗИ-контролем.	7	29,9
Всего	33	100

Показанием к видеолaparоскопической санации и дренированию брюшной полости при ПП послужила несостоятельность швов сформированных анастомозов (n=8), инфицирование излившейся желчи или крови (n=4), а при лечении ПП важное значение для получения удовлетворительных результатов имеет адекватная санация брюшной полости. От своевременной хирургической санации во многом зависит успех лечения. Максимальное удаление инфекционного агента может увеличить вероятность наиболее благополучного исхода при лечении ПП. Тем не менее, в ряде случаев во время выполнения повторных вмешательств, произвести адекватную санацию брюшной полости не удастся, и возникает необходимость к повторным санациям. Программные видеолaparоскопические очищения брюшной полости были выполнены у 8 больных. При этом в 4 случаях видеолaparоскопические санации брюшной полости выполняли после релaparотомии. Во время релaparотомии производили ликвидацию или ограничение источника перитонита, выполняли тщательную санацию и дренирование брюшной полости и тонкой кишки. Наиболее рациональные сроки проведения повторной видеолaparоскопической озоновой санации - через 12-24 часов после проведенной операции, затем ежедневно по показаниям. После выполнения видеолaparоскопических озоновых программированных санаций в динамике наблюдали прогрессивное снижение показателей эндотоксемии за короткие сроки. Для лечения местных ограниченных перитонитов в 7 наблюдениях эффективно использовали чрескожные сонографические контролируемые вмешательства. Следует отметить, что пункционно-контролируемые вмешательства в особенности были показанием у тяжелых пациентов с сопутствующими заболеваниями. В 3 случаях проводили двухкратные пункции и дренирование абсцессов в одном наблюдении 4 повторных пункций. В результате проведенного лечения было установлено, что после выполнения различных по характеру и объему операций у пациентов основной и контрольной группы наблюдали различные осложнения у пациентов основной группы различные по характеру послеоперационные осложнения отмечали у 23 (51,1%) пациентов, тогда как у пациентов контрольной группы осложнения имело место у 10 пациентов, эвентрации у 3, внутрибрюшные абсцессы у 6 пациентов. В 5 наблюдениях у пациентов контрольной группы отмечали нагноения лaparотомной раны, в 9 послеоперационная пневмония, в 10 - раковая

интоксикация, и в 12 случаях полиорганная недостаточность. В послеоперационном периоде у пациентов основной группы летальный исход имел место в 12 (37,5%) наблюдениях, главными причинами которого являлась раковая интоксикация (n=6), полиорганная недостаточность (n=3) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=2). В 1 наблюдении множественные кишечные свищи с кахексией являлись причиной летальных исходов. В контрольной группе летальные исходы имели место у 20 пациентов (62,5%). Необходимо также отметить, что после выполнения малоинвазивных вмешательств частота раневых осложнений составило 10 (31,25%), тогда как у пациентов контрольной группы она имело место у 24 (75%) пациентов. Таким образом, результаты лечения пациентов с ПП, прежде всего, зависит от своевременной ранней «доклинической» диагностики заболевания. Это позволяет в ранние сроки выполнять повторные вмешательства с применением миниинвазивных методик и отказаться от выполнения релапаротомии, как тяжелого и агрессивного метода лечения. Тем не менее, релапаротомия остается на вооружении хирургов. Невозможность и неэффективность коррекции патологии малоинвазивным методом, а также появившиеся во время эндоскопических манипуляций осложнения, устранение которых миниинвазивным методом невозможно – релапаротомия является единственно спасательной операцией на вооружении хирургов.

ВЫВОДЫ

1. Причинами развития послеоперационного перитонита является осложненное течение заболевания (67,8%), прогрессирование исходного инфекционного процесса (11,5%), неадекватное дренирование (8,1%), а также ятрогения (12,6%).

2. Тяжелое состояние больных, обусловленное основным и сопутствующими заболеваниями, проведение многоцелевой интенсивной терапии и обезболивания являются главными причинами несвоевременной диагностики послеоперационного перитонита.

3. Такие маркёры эндотоксемии, как СРБ, цитокины ИЛ-6, а также показатели ВБД являются предикторами риска развития ПП и критериям ранней ее диагностики.

4. Разработанные объективные критерии выбора показаний к выполнению постлапаротомной лапароскопии и малоинвазивные вмешательства позволяют индивидуализировать хирургическую тактику в условиях послеоперационного перитонита.

5. При послеоперационном перитоните повторные малоинвазивные вмешательства выполнены в 37,9% наблюдений и способствовали снижению послеоперационной летальности с 47,6% до 26,7%. Указанные методы использованы при всех формах послеоперационного перитонита.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наряду с ультразвуковым методом исследования лапароскопия, показатели значений СРБ и ИЛ-6 в крови считаются скрининговым способом ранней диагностики послеоперационного перитонита.

2. Во время послеоперационной перитонитов рекомендуется придерживаться индивидуально-активной хирургической тактики, основанной на разработанных критериях.

3. Релапаротомия при послеоперационном перитоните показано при невозможности малоинвазивного вмешательства в дооперационном периоде, невозможности и неэффективности устранения малоинвазивным методом перитонита, а также при развитии осложнений в процессе эндохирургических манипуляций.

4. После повторных операций по поводу послеоперационного перитонита рекомендуется проведение комплексной интенсивной терапии, направленной на коррекцию показателей гомеостаза.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Даминова Н.М. Оптимизация диагностики и лечения послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова, З.Х. Газиев, Д. Саъдуллоев // **Здравоохранение Таджикистана. Душанбе, №3, 2015.**

2. Релапароскопия / К.М. Курбонов [и др.] // Учебно-методическая разработка для студентов 4-6 курсов, магистров, клинических ординаторов. Душанбе 2015

3. Даминова Н.М. Совершенствование диагностики и лечения послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова, З.Х. Газиев, А. Хайдаров // **Материалы 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. Душанбе, 2015г**

4. Перспективы применение миниинвазивных технологии в диагностике и лечения послеоперационного перитонита / Курбонов К.М. [и др.] // Доклады Академии Наук Республики Таджикистан, 2016 г. Том 59, №1-2

5. Даминова Н.М. Этиопатогенез, классификация, диагностика и лечение послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова, З.Х. Газиев, М.Б. Назаров // Здоровоохранение Таджикистана. Душанбе, №4, 2016.

6. Газиев З.Х. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем в лечении послеоперационного ограниченного перитонита / З.Х. Газиев, Ш.М. Муродова // Материалы XI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино Душанбе 2016 г.

7. Газиев З.Х. Перспективы применения миниинвазивной технологии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита / З.Х. Газиев, Ш.М. Муродова, У.К. Собиров // Материалы XI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино Душанбе 2016 г.

8. Газиев З.Х. Способ ранней диагностики послеоперационного перитонита / З.Х. Газиев, Г.Б. Мирзоева, Г.М. Бердиев // Материалы XII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой «Году молодёжи» Душанбе 2017 г.

9. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова [и др.] // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Душанбе -2017

10. Газиев З.Х. Оптимизация диагностики и лечения послеоперационного перитонита / З.Х. Газиев, Ё.Б. Ёров, У.К. Собиров // Материалы XII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой «Году молодёжи» Душанбе 2017 г.

11. Газиев З.Х. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита / З.Х. Газиев, Ё.Б. Ёров, Д.Х. Каландарова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. 2018 г.

12.Газиев З.Х. Современные технологии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита / З.Х. Газиев, Ё.Б. Ёров, Г.М. Бердиев // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. 2018 г.

13.Газиев З.Х. Возможности ранней диагностики послеоперационного перитонита / З.Х. Газиев, Ё.Б. Ёров, Ш.М. Баладжонов // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. 2018 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

1. Газиев З.Х., Даминова Н.М. «Способ ранней диагностики послеоперационного перитонита». Рац.удост. №3525/R678 выданное ТГМУ от 11.12. 2016г.

2. Газиев З.Х., Курбонов К.М, Ёров С.К. «Способ формирования энтеро-энтероанастомоза при послеоперационном перитоните» Рац.удост. №3526/R679 выданное ТГМУ от 20.12. 2016г.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

АД - артериальное давление

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

ВД – внутрибрюшное давление

ГПИ - гематогенный показатель интоксикации

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИЛ-6 - интерлейкин 6

КТ - компьютерная томография

ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации

МПИ - Мангеймский перитонеальный индекс

МСМ - молекула средней массы

НА – несостоятельность анастомоза

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПКТ – прокальцитонин

ПОЛ – продукт окисления липидов

ПП - послеоперационный перитонит

СВО – система воспалительного ответа

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СРБ - С- реактивный белок

СЭН – синдром энтеральной недостаточности

ФНО – фактор некроза опухолей

*Сдано в печать 11.06.2019 г.
Подписано в печать 11.06.2019 г.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная
Печать офсетная. Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии
Министерства образования и науки РТ
г. Душанбе, ул. Лохути 6, 1 проезд*