

---

## ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА

Т.С. Локтева, А.Д. Подтетенев

ГБУЗ Городская клиническая больница № 36 ДЗМ  
ул. Фортунатовская, 1, Москва, Россия, 105187

В статье рассматривается современная хирургическая тактика лечения родильниц с акушерским перитонитом после абдоминального родоразрешения. Обозначены наиболее дискуссионные вопросы, с которыми сталкивается акушер-гинеколог при проведении операции и в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** родильница, акушерский перитонит, несостоятельность швов на матке, релапаротомия, назоинтестинальная интубация кишечника.

Базисные принципы лечения хирургического перитонита в настоящее время считаются общепризнанными. Лечение должно быть комплексным и основываться на применении лечебных мероприятий патогенетического воздействия [4, 9]. В то же время подходы к лечению пациенток с акушерским перитонитом после абдоминального родоразрешения далеко не однозначны. В целом лечение перитонита должно осуществляться с отчетливой ориентацией на фазность развивающихся патофизиологических процессов и учетом особенностей очага инфекции [10, 11].

Решающее значение в успехе лечения распространенного перитонита после кесарева сечения (КС) имеет ранняя операция, показания к которой абсолютные. Задачи хирургического этапа сводятся к устранению источника перитонита, тщательной санации брюшной полости, адекватном ее дренировании, декомпрессии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3, 7, 14, 15]. Однако уже на первом этапе лечения акушерских больных возникает ключевой вопрос: что включает в себя понятие «устранение очага инфекции»?

Традиционная тактика лечения таких пациентов включает удаление источника инфекции — матки [1].

В то же время целесообразность радикального устранения первичного очага в начале XXI века ставится под сомнение. В современной литературе активно обсуждаются новые хирургические подходы к лечению перитонита после КС, позволяющие сохранить матку [15, 17, 22, 31, 32]. И хотя такие операции выполняют нечасто, они вызывают большой научный интерес. Департаментом здравоохранения г. Москвы в 2011 году издан Приказ № 800, регламентирующий проведение органосохраняющих операций при акушерском перитоните. Согласно данному документу, при несостоятельности раны на матке после кесарева сечения и симптомах перитонита проводят органосохраняющие операции: иссекаются измененные края раны на матке и накладываются отдельные швы синтетическими нитями.

Таким образом, в настоящее время фактически используют две принципиально разные хирургические тактики. Вопрос об удалении матки до сих пор окончательно не решен и по-прежнему требует глубоко научного анализа.

Ко второму дискуссионному вопросу у больных с акушерским перитонитом относится целесообразность проведения санационных лапаротомий. Известно, что адекватная санация брюшной полости с рациональным применением антисептических препаратов имеет принципиальное значение [6].

В то же время однократная санация, даже самая тщательная, иногда не позволяет промыть все отделы брюшной полости и надежно локализовать источник перитонита [12]. К тому же просвет установленных при первой операции дренажей может отграничиваться от брюшной полости фибриновыми пленками, большим салъником, стенками внутренних органов, что ведет к скоплению экссудата в брюшной полости и может повлечь прогрессирование перитонита [15]. В этом случае появляется необходимость проведения повторных лапаротомий в экстренном или запрограммированном порядке [3, 13, 15].

К преимуществам метода программированных релапаротомий относят возможность динамического наблюдения за состоянием брюшной полости и проведения повторных санирующих мероприятий, возможность контроля функциональности и коррекции положения дренажных трубок [15].

Вместе с тем, существует и противоположная точка зрения относительно полезности программированных релапаротомий. Так, по мнению ряда авторов, применение релапаротомии рекомендовано только у отдельных пациенток в качестве «операции отчаяния» [9, 10].

В англоязычной литературе авторы отдают предпочтение проведению релапаротомий «по требованию» только по жизненным показаниям. В группе пациентов, которым проводились релапаротомии «по требованию», показатели летальности не превышали одноименных показателей в группе пациентов с программированными релапаротомиями, а количество последующих необходимых релапаротомий меньше, и значительно ниже стоимость лечения данных пациентов [26, 29].

Выбор оптимального интервала программированных реопераций имеет важное значение для исхода всего лечения. В хирургии выделяют три варианта интервалов, используемых для выполнения релапаротомий: короткий, средний, максимальный [12]. Короткий интервал (до суток) используют при тяжелом перитоните и относительно стабильном состоянии больного. Средний интервал (24—48 часов) является наиболее оптимальным, так как к этому времени защитные механизмы брюшины достигают своего максимума, и за данный временной промежуток удается купировать основные метаболические нарушения, развившиеся после полостного вмешательства [5, 29]. Максимальный интервал (более 48 часов), согласно литературным данным, негативно отражается на течении перитонита, характеризуясь ухудшением состояния органов брюшной полости и отсутствием положительной динамики в состоянии больного [29].

Противники большого числа повторных операций считают, что в некоторых случаях при многократном проведении реопераций формируется «порочный круг»: характер основного заболевания или его осложнений требует продолжения этапных вмешательств, а увеличение числа операций ведет к нарастанию воспалительных процессов в брюшной полости и невозможности завершения режима этапного хирургического лечения [2, 8].

Вопрос об определении показаний к завершению режима этапного хирургического лечения весьма сложен и в настоящее время не имеет четкого ответа. Главным ориентиром возможности прекращения программных санаций брюшной полости, согласно данным В.С. Савельева, является купирование гнойно-воспалительного процесса [12]. П.Н. Зубарев в своих работах (2008) в качестве критериев к завершению режима этапных вмешательств приводит: 1) нормализация температуры тела; 2) нормализация лейкоцитарной формулы крови; 3) восстановление активной перистальтики кишечника; 4) отсутствие гнойного отделяемого в брюшной полости; 5) появление грануляционной ткани в операционной ране и очищение петель кишечника от фибринозных наложений.

Существующие в настоящее время противоречивые точки зрения различных исследователей свидетельствуют, что установление жестких временных и количественных рамок выполнения программируемой хирургии перитонита является сложной задачей, требующей дополнительного изучения [21].

Новые возможности в лечении акушерского перитонита открывают эндохирургические технологии, позволяя не только устранить источник перитонита, но и осуществить санацию брюшной полости [20, 27]. Малая травматичность и высокая эффективность лапароскопического метода санации брюшной полости позволяют избежать ряда осложнений (эвентраций, кишечных свищей, нагноений послеоперационных лапаротомных ран), а использование повторных сеансов лапароскопической санации брюшной полости расширяет возможности малоинвазивных вмешательств [5, 15]. Как самостоятельный вариант операции данный метод приемлем только при серозном и серозно-фибринозном перитоните и при абсолютной уверенности в полноценности санации брюшной полости [15, 23]. Таким образом, в настоящее время нельзя говорить о безусловной эффективности данной технологии, так как требуют уточнения и решения многие аспекты ее использования: показания, противопоказания, алгоритм и методики применения, возможные осложнения [5, 18, 20, 24].

Третьим проблемным вопросом, который решает каждый хирург при проведении хирургического лечения перитонита, является необходимость проведения назоинтестинальной интубации кишечника.

Трансназальная интерстициальная интубация кишечника при лечении перитонита является патогенетически обоснованной. Интубация кишечника устраняет кишечную гипертензию, отводит токсическое содержимое кишечника, улучшает внутрисстеночную гемодинамику, способствует восстановлению перистальтики [19, 25]. Через интубационный зонд возможно проводить интестинальную детоксикацию и стимуляцию кишечника.

Противники данного подхода указывают, что интубация кишечника может приводить и к отрицательным последствиям: бронхолегочные осложнения и местные осложнения в стенке кишечника в виде пролежней и синдрома кишечной недостаточности [30]. Таким образом, проведение назоинтестинальной интубации и продолжительность пребывания зонда в ЖКТ должны быть строго регламентированы [28].

В настоящее время объективные критерии, по которым можно судить о необходимости интубации кишечника и сроках нахождения зонда в ЖКТ, не определены. Большинство исследователей рекомендуют соблюдать средние сроки пребывания зонда в кишечнике при благоприятном течении перитонита 3—5 суток [8].

Подводя итог различным рекомендациям по лечению родильниц с акушерским перитонитом, развившимся после абдоминального родоразрешения, можно сделать вывод, что в настоящее время отсутствует единая общепринятая концепция ведения данных больных. Принципиально разные алгоритмы терапии используются не только в разных странах, но и в различных медицинских учреждениях одного государства. В то же время на фоне увеличения числа абдоминальных родов в подавляющем большинстве стран мира растет число тяжелых послеоперационных гнойно-септических осложнений, к которым относится акушерский перитонит. Эффективное лечение данной группы пациенток и сохранение после репродуктивной функции выводит данную проблему на социальный уровень. Это требует дальнейшего углубленного изучения проблемы, проведения исследований и научных разработок в данном направлении.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Проценко Д.Н. и др. Выбор программы этапных санаций при распространенном гнойном перитоните: зачем, когда и как? // *Анналы хирургии*. — 2011. — № 5. — С. 44—49.
- [3] Зубарев П.Н., Врублевский Н.М., Данилин В.Н. Способы завершения операции при перитоните // *Вестник хирургии*. — 2008. — Т. 167. — № 6. — С. 110—113.
- [4] Мазурова О. И. Особенности диагностики и лечения послеоперационного перитонита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2011.
- [5] Малков И.С., Салахов Е.К. Лапароскопическая санация брюшной полости в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом // *Казанский медицинский журнал*. — 2012. — № 2. — С. 287—289.
- [6] Маслов Ю.Н., Катрецкая Г.Г., Шайдуллина Е.В., Братчикова Е.А. Показатели анисептикограммы микробных культур как эпидемиологический маркер // *Внедрение инновационных технологий в хирургическую практику (фундаментальные и прикладные аспекты)*. Материалы международной дистанционной научно-практической конференции. — Пермь, 2009. — С. 83—85.
- [7] Мумладзе Р.Б., Васильев И.Т., Розиков Ю.Ш. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения послеоперационного перитонита и их решение в условиях современной клиники // *Анналы хирургии*. — 2008. — № 5. — С. 46—52.
- [8] Плоткин Л.Л. Релапаротомии у пациентов с разлитым гнойным перитонитом. Аспекты агрессиологии // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. — 2008. — Т. 167. — № 3. — С. 11—14.
- [9] Радзинский В.Е. Рук-во к практическим занятиям по акушерству. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [10] Радзинский В.Е. «Акушерская агрессия». — М.: Медиабюро Статус презенс, 2011.
- [11] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Изд-во РУДН, 2011.

- [12] Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Чубченко С.В. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита // *Анналы хирургии*. — 2009. — № 4. — С. 5—10.
- [13] Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В., Чубенко С.В. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита // *Анналы хирургии*. — 2008. — № 1. — С. 26—32.
- [14] Сажин В.П. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // *Хирургия*. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2007. — № 11. — С. 36—39.
- [15] Седов В.М., Избасаров Р.Ж., Стрижелецкий В.В. и др. Программированная санационная лапароскопия в лечении перитонита // *Вестник хирургии*. — 2008. — Т. 167. — № 1. — С. 88—91.
- [16] Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // *Акушерство и гинекология*. — 2007. — № 5. — С. 8—12.
- [17] Стрижаков А.Н. Органосберегающее хирургическое лечение родильницы с полным расхождением шва на матке после кесарева сечения на фоне акушерского перитонита и эвентерации передней брюшной стенки // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2007. — Т. 6. — № 2. — С. 85—88.
- [18] Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Иванов П.А., Миляев Е.М. Показания, противопоказания и технология видеоэндоскопических санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните // *Хирургия*. — 2012. — № 5. — С. 18—23.
- [19] Юркин Е.М., Куликов Л.К., Привалов Ю.А. и др. Моторно-эвакуаторные нарушения у больных с назоинтестинальной интубацией при распространенном гнойном перитоните // *Сибирский медицинский журнал*. — 2009. — № 6. — С. 171—173.
- [20] Ates M., Coban S., Sevil S., Terzi A. The efficacy of laparoscopic surgery in patients with peritonitis // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech*. — 2008 Oct. — 18 (5). — Pp. 453—456.
- [21] Bader F.G., Schröder M., Kujath P. et al. Diffuse postoperative peritonitis — value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy // *Eur. J. Med. Res*. — 2009 Nov 3. — 14 (11). — Pp. 491—496.
- [22] Cho F.N. Iatrogenic abscess at uterine incision site after cesarean section: sonographic monitoring // *J. Clin. Ultrasound*. — 2008 Jul—Aug. — 36 (6). — Pp. 381—383.
- [23] Donnez O., Jadoul P., Squifflet J., Donnez J. Laparoscopic repair of wide and deep uterine scar dehiscence after cesarean section // *Fertil. Steril*. — 2008 Apr. — 89 (4). — P. 974—980.
- [24] Kessler H., Mudter J., Hohenberger W. Recent results of laparoscopic surgery in inflammatory bowel disease // *World J. Gastroenterol*. — 2011 Mar 7. — 17 (9). — Pp. 1116—1125.
- [25] Macarone Palmieri R., Amodio P.M., Rizzello M. et al. Does the nasogastric tube has a role in elective colo-rectal surgery? // *G. Chir*. — 2012 Mar. — 33 (3). — Pp. 58—61.
- [26] Mahler C.W., Boer K.R., Reuland E.A., Gooszen H.G. et al. Comparison of on-demand vs planned relaparotomy strategy in patients with severe peritonitis: a randomized trial // *JAMA*. — 2007 Aug 22. — 298 (8). — Pp. 865—872.
- [27] Napolitano L., Waku M., Liddo G., Innocenti P. Laparoscopic approach to acute abdomen: a single-center clinical experience // *G. Chir*. — 2008 Jan—Feb. — 29 (1—2). — Pp. 47—50.
- [28] Nelson R., Edwards S., Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2007 Jul. — 18 (3). — CD004929.
- [29] Opmeer B.C., Boer K.R., van Ruler O., Reitsma J.B. et al. Costs of relaparotomy on-demand versus planned relaparotomy in patients with severe peritonitis: an economic evaluation within a randomized controlled trial // *Crit. Care*. — 2010. — 14 (3). — P. 97.
- [30] Rao W., Zhang X., Zhang J. et al. The role of nasogastric tube in decompression after elective colon and rectum surgery: a meta-analysis // *Int. J. Colorectal Dis*. — 2011 Apr. — 26 (4). — Pp. 423—429.

- [31] *Stein W., Felke B., Schulze U., Emons G.* Dehiscence of the uterine scar after three previous caesarean sections] // *Ultraschall Med.* — 2010 Aug. — 31 (4). — Pp. 410—411.
- [32] *Treszezamsky A.D., Feldman D., Sarabanchong V.O.* Concurrent postpartum uterine and abdominal wall dehiscence and *Streptococcus anginosus* infection // *Obstet. Gynecol.* — 2011 Aug. — 118 (2 Pt 2). — Pp. 449—451.

## **CONTROVERSIAL QUESTIONS OF THE MODERN SURGICAL TREATMENT OF OBSTETRIC PERITONITIS**

**T.S. Lokteva, A.D. Podtetenev**

Municipal Clinical Hospital No 36

Moscow Department of Public Health

*Fortunatovskaya str., 1, Moscow, Russia, 105187*

This article is about modern surgical tactics of treatment of puerperants with obstetric peritonitis after caesarian section. The most controversial questions of carrying out operation and the postoperative period are designated.

**Key words:** parturient woman, obstetric peritonitis, dehiscence of the uterine scar, relaparotomy, nasointestinal intubation.