

И. Б. Олешкевич, С. И. Кляконский (Минск). Проблема лечения разлитых перитонитов аппендикулярного происхождения остается по-прежнему актуальной. По нашим данным, эти перитониты в 88,5% случаев являются причиной всех летальных исходов от острого аппендицита. Кроме того, разлитые перитониты являются причиной возникновения внутрибрюшинных абсцессов, кишечных свищей и других тяжелых осложнений послеоперационного периода.

Одним из важнейших этапов лечения больных с разлитым перитонитом является не только устранение источника инфекции, но и тщательное, планомерное удаление из брюшной полости гнойного экссудата, а также обеспечение непосредственного контакта между антибиотиками и воспаленной брюшиной на всем протяжении патологического очага.

Очевидно, что при обычной аппендэктомии, произведенной из косого разреза, можно выполнить только первое условие, то есть устранить источник инфекции. Остающийся в полости малого таза в левом боковом канале, между петлями тонкого кишечника, в поддиафрагмальных пространствах гнойный экссудат довольно быстро начинает осумковываться, доступ антибиотика к этим осумкованным очагам почти полностью прекращается, развиваются многочисленные внутрибрюшинные абсцессы, сепсис с нередким летальным исходом.

Производство срединной лапаротомии при разлитом аппендикулярном перитоните является единственной возможностью оказать радикальную, максимальную помощь этой категории больных. Только при срединной лапаротомии мы устраняем источник инфекции, осуществляем скрупулезное удаление гнойного экссудата и производим такое дренирование брюшной полости, которое обеспечивает введение антибиотика в любой ее отдел.

Как правило, оперативное вмешательство при разлитом аппендикулярном перитоните мы начинаем из косого разреза в правой подвздошной области, из этого разреза производится аппендэктомия и диагностируется разлитой характер перитонита. После смены перчаток и повторной обработки операционного поля производится нижняя срединная лапаротомия, тщательно осушивается брюшная полость. Операция заканчивается подведением трубок в поддиафрагмальное пространство, боковые каналы и в полость малого таза.

Если оперативное вмешательство предпринимается по поводу перитонита неясной этиологии и производится срединная

лапаротомия, во время которой обнаруживается аппендикулярный источник перитонита, то при этом производится удаление гнойного экссудата и дренирование, а аппендэктомия выполняется из дополнительного косого разреза. Мы не рекомендуем производить аппендэктомию из срединного разреза, так как не всегда наблюдается идентичность микрофлоры в правой подвздошной области и в остальных отделах брюшной полости.

Следует отметить довольно гладкое течение послеоперационного периода у большинства больных, оперированных подобным способом. Так, из 46 больных с разлитым перитонитом, оперированных косым разрезом, у 12 наблюдались внутрибрюшинные абсцессы, 5 человек умерло от перитонита или его осложнений (10,8% летальности). Из 28 больных, оперированных косым и срединным разрезом, только у 1 больного наблюдался тазовый абсцесс, умерло 2 больных (7,1% летальности), причем в одном случае смерть наступила в результате сердечной недостаточности у 74-летнего больного, во втором — умер ребенок 1 года, у которого в послеоперационном периоде дважды наблюдалась эвентерация, на секции признаков перитонита не обнаружено.

Приведенные данные говорят в пользу срединной лапаротомии при разлитых аппендикулярных перитонитах. По данным хирургической клиники Белорусского института усовершенствования врачей, на базе Минской областной клинической больницы за 1954—1967 гг. из 3895 больных острым аппендицитом наблюдалось 74 больных с разлитым перитонитом (1,9%). Эта немногочисленная группа больных должна быть выделена из общей массы больных острым аппендицитом. Им необходимо проводить комплексное лечение, одним из важных компонентов которого является производство срединной лапаротомии.