

ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

И. Б. Олешкевич, С. И. Клионский (Минск)

В течение 1954—1967 гг. в хирургической клинике БелГМУ им. В. И. Ленина находилось на лечении 74 больных с разлитым аппендикулярным перитонитом (1,9% к числу больных острым аппендицитом). Немедленная аппендэктомия, предпринятая у больных в этом состоянии, является тактической ошибкой и необоснованным риском.

В этом периоде обязательна кратковременная предоперационная подготовка, направленная в основном на нормализацию водно-солевого обмена, что достигается переливанием кровезаменяющих растворов, плазмы и т. д. Следует производить аспирацию желудочного содержимого, вводить сердечные, витамины, кардиостероидные гормоны. После проведенной подготовки состояние больных улучшается, артериальное давление нормализуется, что позволяет выполнить оперативное вмешательство в полном объеме.

Главной целью оперативного вмешательства при различных аппендикулярных перитонитах является не только удаление источника перитонита, но и скрупулезное удаление гнойного экссудата. Выполнить последнее условие при операции из косого разреза невозможно. Всем больным с разлитым аппендикулярным перитонитом оперативное вмешательство мы начинаем с косого разреза, из которого производится аппендэктомия и диагностируется разлитой характер перитонита. После удаления отростка производится срединная лапаротомия, при которой тщательно осушивается и дренируется брюшная полость. Нормализация водно-солевого и белкового обмена и применение антибиотиков неомитинового ряда или сифтомицина в послеоперационном периоде (к пенициллину микрофлора чувствительна всего в 10% случаев), как правило, обеспечивают гладкое послеоперационное течение.

В тех немногих случаях, когда причина разлитого перитонита до операции не устанавливается, мы сразу применяем срединную лапаротомию. Если причиной перитонита является деструктивный аппендицит, то из срединной лапаротомии производится осушивание и дренирование брюшной полости, а аппендэктомия производится из косого разреза, который также используется для дренирования.

Если операция при разлитом перитоните была выполнена

только из косого разреза, а в послеоперационном периоде отмечается развитие осложнений, то показана ранняя срединная лапаротомия, которая обычно бывает эффективной. С большой осторожностью следует относиться к срединной лапаротомии и поздние сроки после аппендэктомии (на 15—20-й день), когда из-за наличия обширного рубцового процесса возможна значительная десерозация кишечника с последующим образованием кишечных свищей.

Непосредственные исходы при лечении этого контингента больных у нас таковы: из 46 больных, оперированных косым разрезом в правой подвздошной области, умерло 5 (10,8%), из 28 больных, оперированных косым и срединным разрезами, умерло 2 (7,1%). У всех больных первой группы смертельный исход явился результатом разлитого перитонита или его осложнений, а из двух больных второй группы у 74-летнего мужчины смерть наступила в результате сердечной недостаточности, у ослабленного ребенка 1 года в послеоперационном периоде дважды произошла эвентрация без признаков перитонита.

Приведенные данные говорят в пользу операции, производимой при помощи срединного разреза при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения.