

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**Ю. Б. Мартов, В. М. Величенко, Г. М. Галушков, В. А. Федоренко,
С. А. Сушков, Л. А. Фролов, А. Т. Щастный**
Витебск

Анализу подвергнуты результаты лечения 235 больных распространенными формами перитонита (разлитой, общий) в возрасте от 16 до 84 лет. Причинами перитонита у 41 пациента были перфورا-

тивная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 27 — деструктивный холецистит, у 61 — деструктивный аппендицит, у 20 — панкреонекроз, у 10 — тупая травма живота, у 12 — перфорация опухоли желудка или кишечника, у 6 — ущемленная грыжа с гангреной кишечника, у 39 — перитонит развился после операции на желудке и кишечнике и у 17 — другие заболевания.

В зависимости от тактических вариантов подхода к лечению этих больных выделено 2 периода: 1970—1978 годы; 1979—1990 годы.

До 1978 г. больным с распространенными формами перитонита проводилась одномоментная санация брюшной полости на операционном столе. Осуществлялась она неоднократно (4—5 раз) введением в брюшную полость 1,5—2 л подогретого антисептического раствора (раствор фурацилина 1:5000), 0,25 % раствора новокаина с добавлением антибиотиков группы аминогликозидов (мономицин, канамицин, гентамицин) с последующей тщательной аспирацией и дренированием сигаровидными дренажами в подвздошных областях, введением антибиотиков в брюшную полость через ирригаторы в послеоперационном периоде. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта осуществлялась неоднократно аспирацией желудочного содержимого через назогастральный зонд. При такой тактике лечения из 86 больных умер 21 (летальность составила 24,4 %), причем у 14 основной причиной смерти был прогрессирующий в послеоперационном периоде перитонит.

С 1978 г. по поводу распространенных форм перитонита оперировано 147 пациентов. У 46 из них, поступивших и оперированных в ранние сроки от начала заболевания (в реактивной фазе перитонита), произведена одномоментная санация брюшной полости, дренирование трубками через проколы в подвздошных областях и назогастральная аспирация. Летальных исходов не было. У 10 больных перитонитом в токсической фазе, кроме одномоментной санации брюшной полости, проводился фракционный перитонеальный лаваж и назогастральная аспирация. В этой группе умерло 2 больных. Основной причиной неблагоприятных исходов были некоррегированные нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, метеоризм, нагноение раны и эвентрация, что делало дальнейшее проведение лаважа невозможным. У 16 больных в токсической фазе перитонита с выраженными явлениями пареза кишечника после одномоментной санации брюшной полости проводилась длительная интубация кишечника через цеко- или илеостому, а у 8 — интубация тонкой кишки назогастральным зондом. Летальных исходов среди больных этой группы не было. У 20 больных, находившихся к токсической и терминальной фазам перитонита, проводились одновременно фракционный перитонеальный лаваж и интубация кишечника через цеко- или илеостому. От прогрессирующего перитонита и гнилостной флегмоны брюшной стенки умерли 6 больных. У 14 боль-

ных, оперированных в токсической фазе перитонита, на почве перфорации опухоли толстой кишки, несостоятельности швов межкишечного анастомоза, резекции участка гангренизированной подвздошной кишки при ущемленной грыже произведены одномоментная санация брюшной полости, дренирование ее трубками и концевая коло- или илеостома. Умерло 4 больных старческого возраста, поступивших на 3-и и 5-е сутки после перфорации раковой опухоли сигмовидной кишки. У 6 больных перитонитом в токсической фазе, на почве несостоятельности швов межкишечного анастомоза, проводилась резекция несостоятельного анастомоза, концевая илеостомия и фракционный перитонеальный лаваж. Летальных исходов не было. У 10 больных, оперированных в токсической фазе перитонита после устранения его источника и одномоментной санации дальнейшее лечение проводили внутрибрюшинным введением антибиотиков через 8—10 микроиригаторов по А. В. Шотту, которое было дополнено назогастральной интестинальной интубацией, а у 8 проводилось на фоне длительной эпидуральной анестезии. Умерло 2 больных. Причиной смерти были прогрессирующие гнойно-септические осложнения. У 15 пациентов с токсической и терминальной фазами перитонита (в основном послеоперационный) из которых у 9 имели место массивные нагноения лапаротомной раны, применяли открытое ведение брюшной полости — лапаростомию, назогастральную интестинальную интубацию и длительную эпидуральную анестезию. Умерло 4 больных, но ни у одного не отмечено прогрессирования перитонита.

Всего из 147 больных распространенными формами перитонита, оперированных после 1978 г., умерло 18 (летальность составила 12,2 %).

Опыт клиники свидетельствует, что только индивидуальный подход в выборе и проведении лечебной тактики, особенно в вопросах санации брюшной полости и декомпрессии кишечника, позволяет добиться значительного снижения летальности, уменьшения числа послеоперационных осложнений и сокращения сроков лечения этого тяжелого контингента больных.