

УДК 616.381-002-08 : 617.55+616.34-001.35]-089

Профессор В. М. ВЕЛИЧЕНКО, кандидат медицинских наук Ю. Б. МАРТОВ,
В. В. АНИЧКИН

САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА

Кафедра общей хирургии (заведующий — профессор В. М. Величенко) Витебского
медицинского института

Одним из грозных осложнений ряда заболеваний и оперативных вмешательств на органах брюшной полости является распространенный перитонит (разлитой, общий). Летальность достигает 20—40 % (В. Д. Федоров, 1974; И. А. Петухов, 1980). Комплексное лечение больных распространенными формами перитонита включает интенсивную кратковременную (1—2 часа) предоперационную подготовку, оперативное вмешательство, активное

ведение послеоперационного периода с коррекцией метаболических нарушений, применением антибактериальной терапии и мероприятий, нормализующих моторно-эвакуаторную деятельность желудочно-кишечного тракта. Наиболее ответственными моментами во время операции (после устранения источника перитонита) являются санация брюшной полости и декомпрессия кишечника (Н. Н. Каншин, 1980). В ряде случаев возникает необходи-

мость и в послеоперационном периоде продолжать начатые в процессе вмешательства мероприятия по санации брюшной полости и декомпрессии кишечника. Выбор наиболее оптимального для каждого больного варианта перитонеальной санации и декомпрессии кишечника позволяет улучшить результаты лечения этого чрезвычайно тяжелого контингента больных и снизить послеоперационную летальность.

Материал и методы

С 1975 по 1981 год мы наблюдали 338 больных перитонитом. У 113 из них диагностированы распространенные формы этой патологии. Причинами перитонита у 31 пациента были перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки, у 18 — деструктивный холецистит, у 38 — деструктивный аппендицит, у 10 — паикреатит, у 5 — травма живота и у 11 — другие заболевания.

Результаты

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 литров подогретого антисептического раствора (растворы фурацилина 1:5000 и хлоргексидина 1:1000), 0,25 %-ного раствора повокaina с добавлением антибиотиков группы аминогликозидов (мономицин, канамицин, гентамицин) с последующей тщательной аспирацией его с помощью электроотсоса. Промывание заканчивалось только тогда, если аспирируемая жидкость становилась прозрачной. Из 86 больных умер 21 (летальность 25 %), причем в 14 случаях основной причиной смерти был прогрессирующий в послеоперационном периоде перитонит.

С 1978 г. 4 больным был проведен фракционный перитонеальный диализ с периодической назогастральной аспирацией желудочного содержимого. Фракционный перитонеальный диализ осуществляли следующим образом: после одномоментной санации по методике, описанной выше, в брюшную полость вводили две дренажные трубки, внутренний диаметр которых составляет 0,5—0,6 см с 3—4 боковыми отверстиями. Трубки помещаем в правый и левый фланк по направлению к малому тазу и выводим через дополнительные проколы брюшной стенки в правой и левой подвздошной областях. Вне брюшной полости трубки опускают в сосуды с антисептическим раствором. В правом и левом подреберьях через дополнительные проколы вводят тонкие хлорвиниловые трубки (внутренний диаметр 0,1—0,2 см), которые при общем перитоните устанавливаем под левым куполом диафрагмы и под печенью, а при разлитом перитоните — в нижней половине брюшной полости под брыжейкой поперечно-ободочной кишки. Выведенные концы трубок подсоединяем к обычным системам для переливания жидкостей. Лапаротомную рану ушиваем послойно наглухо. После транспортировки больного в палату через верхние трубочки в брюшную полость вводят 1,5—2 литра антисептического раствора (раствор фурацилина 1:5000+2 мл антибиотика группы аминогликозидов). Нижние дренажные трубки в это время перекрываем. Скорость заполнения брюшной полости этим раствором

составляет 100—120 капель в 1 минуту (для ирригационной системы каждой стороны). На заполнение брюшной полости раствором затрачивается в среднем 1—1,5 часа. Затем перекрываем ирригационные трубки на 1 час, оставляя перекрытыми и нижние дренажные трубки, после чего последние открываем, оставляя ирригационные трубки закрытыми и в течение 1—2 часов опорожняем брюшную полость от раствора. После этого перекрываем нижние дренажные трубки и вновь начинаем заполнять брюшную полость через ирригационные системы. Цикл повторяют в течение суток 5—6 раз, расходуя при этом 8—12 литров раствора.

При проведении фракционного перитонеального диализа необходимо строго учитывать количество вводимого и выводимого растворов, суточный диурез, количество аспирированного из желудка содержимого, а также объем инфузионных сред, вводимых парентерально.

В течение первых двух суток возможен дефицит выведенного из брюшной полости раствора (до 2 литров в сутки), что связано с резорбцией его брюшиной на фоне неизбежной при перитоните гиповолемии. На 3—4-е сутки выводимый из брюшной полости раствор становится прозрачным, объем вводимого и выводимого раствора совпадает. Верхние ирригационные трубки удаляем на 5—6-е сутки, нижние (дренажные) трубки — спустя 2—3 суток после удаления верхних. В этой группе больных умер 1 пациент.

У 7 больных проведены одномоментная санация, дренирование брюшной полости резиновыми трубками и кишечная интубация. Метод технически прост и дает возможность не только опорожнить кишку, но и проводить лечебное промывание кишки в послеоперационном периоде, что способствует восстановлению перистальтической деятельности кишечника в более ранние сроки, препятствует образованию перегибов кишки в виде двустолвки и развитию спаечной непроходимости в послеоперационном периоде. После удаления трубки (на 7—8-е сутки) свищ самостоятельно закрывается уже через 3—4 дня. В этой группе больных умерло 2 пациента.

В 1980 и 1981 гг. у 10 больных, находящихся в токсической и терминальной фазах перитонита, проведен фракционный перитонеальный диализ и интубация кишки через цекостому (умер 1 пациент, летальность 10 %).

Обсуждение

Опыт клиники показывает, что только комплексный подход с учетом индивидуальных особенностей каждого больного позволяет добиться значительного снижения летальности, уменьшения количества послеоперационных осложнений и сокращения сроков лечения этого тяжелого контингента больных.

Санация брюшной полости при распространенных формах перитонита может быть одномоментной (выполняется в процессе оперативного вмешательства после устранения источника перитонита) и продолженной (проводимой в послеоперационном периоде).

Одномоментная перитонеальная санация показана при операциях в ранние сроки (реактивная фаза перитонита), когда перитонеальное содержимое носит серозный или серозно-геморрагический характер, а наложения фибрина умеренные.

Наиболее приемлемой формой продолжен-

ной санации брюшной полости является фракционный перитонеальный диализ. Последний показан при операциях в более поздние сроки (токсическая и терминальная фазы перитонита), когда перитонеальное содержимое носит гнойный или каловый характер с обильными наложениями фибрина.

Декомпрессия желудочно-кишечного тракта является обязательным мероприятием у больных с распространенными формами перитонита. Начинается она в дооперационном периоде и заключается в аспирации желудочного содержимого и промывании желудка. При отсутствии противопоказаний больному ставят очистительную клизму. Если операция проводится в ранние сроки, когда нарушения моторно-эвакуаторной функции не выражены, в послеоперационном периоде в течение 2—4 суток (дважды в сутки) осуществляют аспирацию желудочного содержимого.

В ряде случаев, при позднем поступлении больного (в токсической или терминальной фазах перитонита), когда имеются значительные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, возникает необходимость в послеоперационном периоде в удалении токсического содержимого из кишечника. В разное время было предложено несколько методов. Это введение зонда в толстую кишку через прямую, оставление назогастрального зонда, интубация кишки через энтеростому, интубация кишки через цекостому (О. С. Мишарев с соавт., 1980). Наиболее оправданной, по нашим данным, является интубация через цекостому, а при невозможности ее осуществления в связи с воспалительным изменением купола слепой кишки — через илеостому.

Являясь весьма важными этапами в лечении больного распространенным перитонитом, фракционный перитонеальный диализ и кишечная интубация должны осуществляться в комплексе с интенсивной инфузионной терапией, направленной на нормализацию нарушенных видов обмена (водно-электролитного, белкового), КЩС, улучшения микроциркуляции, функционального состояния сердечно-сосуди-

стой и дыхательной систем, печени, почек, профилактикой тромбозмембранных осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Санация брюшной полости и декомпрессия кишечника являются эффективными мероприятиями в лечении больных распространенными формами перитонита.

2. Больным в токсической и терминальной фазах перитонита показано проведение фракционного перитонеального диализа одновременно с кишечной интубацией.

ЛИТЕРАТУРА

Каншин Н. Н. Лечение гнойного перитонита.— Вестн. хир., 1980, № 9, с. 108—110. Мишарев О. С., Троян В. В. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при операциях на органах брюшной полости у детей.— Хирургия, 1980, № 7, с. 102—105. Петухов И. А. Послеоперационный перитонит.— Мн.: Беларусь, 1980. Федоров В. Д. Лечение перитонита.— М., 1974.

Поступила 30.03.82

THE ABDOMINAL CAVITY SANITATION AND INTESTINAL DECOMPRESSION IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE FORMS OF PERITONITIS

V. M. Velichenko, Yu. B. Martov,
V. V. Anichkin

Results of the treatment of 113 patients with diffuse peritonitis have been analysed. It has been stated that only a complex individual technique with the application of peritoneal dialysis and intestine intubation allows to considerably decrease lethality.