

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА

Проф.
В. М. Величенко,
доц. Ю. Б. Мартов,
канд. мед. наук
В. А. Федоренко

Кафедра общей хирургии (зав.—засл. деят. науки БССР проф. В. М. Величенко) Витебского медицинского института

Мы наблюдали 178 больных с распространенным перитонитом в возрасте от 16 до 84 лет. Причинами перитонита у 38 пациентов были перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, у 23 — деструктивный холецистит, у 54 — деструктивный аппендицит, у 14 — острый панкреатит, у 9 — тупая травма живота, у 6 — перфорация злокачественных опухолей толстой кишки, у 6 — ущемленная грыжа с гангреной кишки, у 14 — перитонит развился после операций на желудке и кишечнике и у 14 — другие заболевания.

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 92 пациента. У 36 из них, поступивших и оперированных в ранние сроки от начала заболевания (в реактивной фазе перитонита), произведены одномоментная санация брюшной полости, дренирование ее трубками через проколы в подвздошных областях и назогастральная аспирация. Летальных исходов не было. У 10 больных с перитонитом в токсической фазе, кроме одномоментной санации брюшной полости, проводились фракционный перитонеальный лаваж и назогастральная аспирация.

В этой группе умерло 2 больных. Основной причиной неблагоприятных исходов были некорригированные нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, метеоризм, нагноение раны и энтерация, что сделало дальнейшее проведение лаважа невозможным.

У 16 больных в токсической фазе перитонита и с выраженными явлениями пареза кишечника после одномоментной санации брюшной полости проводилась длительная интубация кишечника через цeko- или илеостому. Метод интубации кишки через пристеночную илеостому прост, через цекостому несколько сложнее, что связано с трудностями проведения трубки через илеоцекальный клапан. Важным моментом явля-

ется подшивание стенки кишки в зоне выведения трубки. Этот вариант декомпрессии применен у 12 больных, у 4 выведена концевая илеостома и кишка интубирована через нее. Длительная интубация кишки дает возможность осуществлять промывание просвета кишки водно-солевыми растворами, что способствует восстановлению ее деятельности в ранние сроки, препятствует образованию перегибов кишки в виде двустовки и развитию спаечной непроходимости в послеоперационном периоде. После удаления трубки (на 7—8-е сутки) свищ самостоятельно закрылся через 3—4 дня. Летальных исходов среди больных этой группы не было.

У 18 больных, находившихся в токсической и терминальной фазах перитонита, проводились одновременно фракционный перитонеальный лаваж и интубация кишечника через цеко- или илеостому. От прогрессирующего перитонита и гнилостной флегмоны брюшной стенки умерли 2 больных.

У 8 больных, 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 2 больных старческого возраста, поступившие на 3-й и 5-е сутки после перфорации раковой опухоли сигмы.

У 4 больных с перитонитом в токсической фазе на почве несостоятельности швов межкишечного анастомоза проводились резекция несостоятельного анастомоза, концевая илеостомия и фракционный перитонеальный лаваж. Летальных исходов не было.

Всего из 92 больных распространенными формами перитонита, оперированных после 1978 г., умерло 6 (летальность составила 6,3 %).

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.

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. Применение пристеночной цеко- или илеостомы и интубация кишки через них вполне оправданное вмешательство, но таит в себе опасность отхождения кишечной стенки в зоне введения трубки от париетальной брюшины и попадания кишечного содержимого в брюшную полость. Избежать этого осложнения позволяет петлевая илеостомия. При операциях по поводу перитонита на почве перфорации опухоли толстой кишки, несостоятельности швов анастомоза на толстой кишке или дистальном отрезке тонкой кишки, гангрене дистального отдела тонкой кишки на почве ущемленной грыжи или сегментарном мезентериальном тромбозе единственно оправданным мероприятием после устранения источника перитонита является выведение концевых коло- или илеостом. Наложение межкишечных анастомозов в условиях перитонита в этих ситуациях следует считать ошибкой.

Поступила в редакцию 10.10.86 г.

THE OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE FORMS OF PERITONITIS

*V. M. Velichenko,
Yu. B. Martov,
V. A. Fedorenko*

Under analysis are results of treatment of 178 patients with diffuse forms of peritonitis for 2 periods. In the 1st period only one-step sanitation, drainage of the abdominal cavity and naso-gastral aspiration of the gastric content were performed.

Lethality was 24,4%. In the 2nd period in the reactive phase of peritonitis a one-step sanitation, naso-gastral aspiration were performed, in the toxic and terminal periods — fractional peritoneal lavage and decompression of the intestines through ceco- and ileostomy. Lethality was 6,3%.