

От своевременности госпитализации больного с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости зависит тактика хирурга, исход лечения и прогноз. Вот об этой сложной проблеме говорил в своем выступлении заведующий кафедрой госпитальной хирургии Витебского медицинского института профессор И. В. ПЕТУХОВ.

Наиболее частыми причинами запоздалой госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, — сказал он, — являются: позднее обращение за медицинской помощью, поздняя госпитализация вследствие ошибок диагностики на догоспитальном этапе, отказ больного от своевременной госпитализации.

При разборе диагностических ошибок, допускаемых хирургами стационара, нередко приходится слышать ссылки на авторитет В. А. Оппеля, который в 1926 году писал: «Применяя все методы клинического исследования больного, все-таки приходится думать о диагнозе и ошибаться. Можно пожелать, чтобы этих ошибок не было. Но для меня лично это оказалось неосуществимым». В настоящее время, когда хирурги стационаров, оказывающие круглосуточную помощь по неотложной хирургии, помимо своего клинического опыта и физикальных методов исследования, могут использовать лабораторные, рентгенологические и эндоскопические методы исследования больного, ссылки на авторитет В. А. Оппеля, на наш взгляд, неосновательны.

По-видимому, до настоящего времени при диагностике острых заболеваний не утратили своего значения рекомендации Коупа, который считал, что «если сильная острая боль в животе, возникающая на фоне полного благополучия, продолжается более шести часов, требуется срочная операция. Причина боли — острое хирургическое заболевание». Хирурги, работающие в стационарах, должны помнить правило Лежара: «Поводом к экстренной операции на органах брюшной полости являются три признака, изменяющиеся в течение ближайшего часа: нарастание боли, учащение пульса и раздражение брюшины».

Одной из частых ошибок, допускаемых хирургами стационаров, является злоупотребление термином «частичная кишечная непроходимость». Этот диагноз нередко ставится как при острой кишечной непроходимости, так и при других заболеваниях и осложнениях, сопровождающихся нарушением пассажа содержимого по кишечнику, особенно в тех случаях, когда заболевание осложняется перитонитом, развивается парез кишечника и затрудненное отхождение газов. После проведения лечебных мероприятий наступает временная разгрузка кишечника и это еще больше способствует заблуждению при постановке диагноза и ведет к запоздалым операциям и плохим исходам.

По нашему глубокому убеждению, такие диагнозы как «острый живот», «частичная кишечная непроходимость» в хирургическом стационаре не должны иметь места.

Для того, чтобы правильно решать вопросы о хирургической тактике при позднем поступлении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, необходимо прежде всего проанализировать летальность этой категории больных.

Наиболее грозным осложнением острых заболеваний органов брюшной

полости является перитонит, который является самой частой причиной смерти больных.

По нашим данным за 1946—1963 гг., в 66,2% случаев причиной летальных исходов больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости явился перитонит. По данным Д. Ф. Скрипниченко (1967), 72% больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости погибают от перитонита.

Следовательно, основной причиной смерти больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости является перитонит. Исходя из этого и должна строиться тактика хирурга при позднем поступлении таких больных.

Наибольшее количество диагностических и лечебно-тактических ошибок допускается при остром аппендиците и острой кишечной непроходимости.

Перитонит аппендикулярного происхождения в общей структуре перитонитов составляет от 36,2% (М. Э. Комахидзе с соавт., 1971) до 58,5% (И. А. Петухов с соавт., 1969), а из причин смерти больных острым аппендицитом на долю разлитого перитонита приходится от 69,7% (В. Г. Кучмаева с соавт., 1971) до 80% (Д. Ф. Скрипниченко, 1967).

Чем должен руководствоваться хирург у постели больного, поступившего поздно, с острым хирургическим заболеванием? Дело в том, что острые заболевания органов брюшной полости в поздних стадиях, как правило, осложняются перитонитом. В таких случаях у больных наступают тяжелые нарушения сердечно-сосудистой системы за счет интоксикации, гиповолемии (секвестрация большого количества жидкости в виде перитонеального экссудата); значительное нарушение газообмена за счет пареза диафрагмы, нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, белкового состава крови, ферментных систем, биохимических констант крови и др.

Поэтому при позднем поступлении больных первой задачей хирурга является проведение интенсивной предоперационной подготовки для осуществления адекватной коррекции выявленных нарушений.

Выраженная интоксикация вследствие нарушения обмена и кислотно-щелочного состояния характерна и для больных с острой кишечной непроходимостью без явлений перитонита. И в этих случаях в предоперационном периоде требуются экстренные мероприятия по их коррекции. Однако, предоперационная подготовка не должна слишком долго затягиваться. Ее необходимо осуществить в течение 1—2 часов. В 1934 г. Элиасон и Эбелинг писали: «Чем больше больной с острой кишечной непроходимостью проживет до операции, тем меньше он будет жить после нее». Лечебные мероприятия, входящие в комплекс предоперационной подготовки, должны проводиться одновременно с исследованием больного. Больной, доставленный в хирургическое отделение с явлениями перитонита или с острой кишечной непроходимостью, должен быть сразу направлен в предоперационную. Там он подвергается детальному осмотру дежурными хирургами и сразу же назначается интенсивная терапия, которую должен проводить дежурный реаниматолог и хирург. Одновременно должно проводиться дальнейшее исследование больного (морфологический и биохимический анализы крови, определение кислотно-щелочного состояния, рентгенологическое и ЭКГ исследования, консультации терапевта, других специалистов). К сожалению, бригады дежурных врачей не всегда проявляют достаточную оперативность и четкость.

Таким образом, при позднем поступлении больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости в первую очередь необходимо провести неотложные мероприятия для снятия интоксикации и нарушений гомеостаза. Эти мероприятия должны быть кратковременными, но высокоэффективными. В противном случае оперативные вмешательства дадут высокую летальность, а часть больных попадет в разряд неоперабельных.

При лечении перитонита основной задачей хирурга является ликвидация источника перитонита. При этом необходимо думать прежде всего о спасении жизни больного, а не о полном его излечении, так как последнее может быть осуществлено позже. Поэтому объем оперативного вмешательства

ства должен быть минимальным. Так, если в конкретной ситуации можно применить резекцию или ушивание, то лучше сделать ушивание.

Важное место в тактике хирурга занимает выбор вида обезболивания. Эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами и управляемым дыханием должен быть не только достаточным и адекватным оперативному вмешательству, но и обеспечить проведение реанимационных мероприятий по регуляции жизненных функций организма и для непрерывной коррекции патофизиологических сдвигов, наступивших в организме больного.

Разрез брюшной стенки при перитоните должен быть достаточным, чтобы можно было произвести широкую, тщательную ревизию брюшной полости, найти и удалить источник перитонита, провести эффективную санацию брюшной полости. Этим задачам в наибольшей степени отвечает срединный разрез. При остром холецистите можно использовать разрез в правой подреберной области. При остром же аппендиците с явлениями разлитого перитонита срединная лапаротомия является единственно целесообразной.

Основной задачей операции является устранение источника перитонита — удаление патологического очага (червеобразный отросток, желчный пузырь, некротизированная петля кишки и др.), ушивание дефектов полых органов или их резекция. Во время оперативных вмешательств часто допускаются тактические ошибки — хирурги неправильно оценивают жизнеспособность ущемленной кишки и в связи с этим ошибочно сужают границы ее резекции. В результате этого в послеоперационном периоде некроз кишки прогрессирует, что приводит к тяжелым последствиям для больного.

Второй задачей операции является тщательная санация брюшной полости. Хирург нередко переоценивает сопротивляемость брюшины к инфекции и после ликвидации источника перитонита оставляет часть выпота в брюшной полости. А между тем, необходимо тщательно удалить выпот, промыть брюшную полость и в послеоперационном периоде вводить в нее антибиотики для борьбы с остаточной инфекцией. Перитонеальный экссудат и содержимое полых органов необходимо тщательно удалить механически — марлевыми салфетками, отсасывающими аппаратами. После этого следует брюшную полость промыть большим количеством (18—20 л) жидкости. Можно использовать раствор фурацилина; 0,85%-ный раствор хлорида натрия с антибиотиками из расчета 1 млн. ЕД на 1 л раствора. Показания к промыванию брюшной полости тем настоятельнее, чем больше она загрязнена содержимым полых органов.

Мероприятия по декомпрессии кишечника проводятся при разлитом перитоните. С этой целью предлагалось много различных способов, но чаще всего прибегают к наложению кишечных разгрузочных свищей по С. С. Юдину или используют другие способы. Мы для декомпрессии кишечника отдаем предпочтение наложению свища на подвздошную кишку и вводим в нее ретроградно, до связки Трейца длинную трубку с боковыми отверстиями. Через 5—6 дней трубка извлекается, а отверстие, как правило, закрывается самостоятельно.

Дренажирование брюшной полости производится из дополнительных разрезов в обеих подвздошных областях. У женщин, помимо этого, обязательно производится дренажирование через влагалище — задняя кольпотомия.

В послеоперационном периоде через проколы передней брюшной стенки в подреберных и подвздошных областях вводят четыре тонких полихлорвиниловых или нишпельных дренажа и через них в течение первых 2—3 суток осуществляют постоянное орошение брюшной полости антибиотиками.