

Профессор Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРИТОНИТОВ

Кафедра акушерства и гинекологии Витебского медицинского института

Послеродовый и гинекологический перитониты являются опасным осложнением воспалительных заболеваний и повреждений половых органов. Перитониты могут возникнуть после родов и аборт, оперативных вмешательств на матке и ее придатках, после разрывов матки и других повреждений полового аппарата. Воспалительный процесс брюшины может быть одним из проявлений генерализованной септической инфекции.

Различают воспалительный процесс брюшины малого таза — пельвеоперитонит и диффузный (разлитой) перитонит, когда воспалительный процесс распространяется за пределы брюшины малого таза.

Прогноз для жизни при гинекологических перитонитах более благоприятный, чем при воспалительных процессах брюшины другого происхождения. При послеродовых перитонитах септической и анаэробной природы опасность для жизни увеличивается.

Лечение больных послеродовым и гинекологическим перитонитами должно начинаться возможно раньше, быть комплексным и дифференцированным в зависимости от причины, стадии заболевания и состояния женщины.

При пельвеоперитоните лечение следует начинать с осуществления мероприятий, направленных на ограничение воспалительного процесса в малом тазу. Этому способствуют постельный режим, положение больной в кровати с приподнятым головным концом, холод на низ живота, рациональное питание и хороший уход. Назначают антибактериальные средства (антибиотики, нитрофураны, хлорфиллипт и др.), дезинтоксикационные (изотонический раствор хлорида натрия, 5—10%-ный раствор глюкозы с инсулином, гемодез, неокомпенсан, плазма крови, белковые гидролизаты) и антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен), десенсибилизирующие (хлористый кальций) и обезболивающие средства. Для уточнения характера позаднебрюшинного выпота необходимо произвести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. Пунктат подвергают бактериологическому исследованию, а в очаг воспаления вводят антибиотики на 0,5%-ном растворе новоканна. При гнойном характере содержимого пункции производят через день, а при серозном — 2 раза в неделю. Скопление гноя в прямокишечно-маточном пространстве можно удалить также путем задней кольпотомии с последующим введением дренажной резиновой трубки.

При пиосальпинксе или пиоварии, которые не поддаются консервативному лечению, необходимо произвести лапаротомию и удалить гнойные очаги. Производить кольпотомию при этой патологии нельзя, так как могут образоваться длительно существующие трубно-влагалищные свищи с постоянным гнойным отделяемым. Поэтому при затруднении в дифференциальной диагностике скоплений в маточно-прямокишечном пространстве и придатках матки лучше ограничиться пункциями через задний свод и отсасыванием гноя.

Основным и наиболее эффективным методом лечения больных диффузным перитонитом является оперативное вмешательство (устранение источника инфекции, удаление экссудата, дренирование брюшной полости, введение антибиотиков). При диффузном перитоните операция противопоказана только больным, находящимся в агональном состоянии. Таким больным предварительно осуществляются реанимационные мероприятия.

Больные с прободением или разрывом гнойно-воспалительных образований придатков матки, нагноившей кистой яичника или гнойным параметритом с излитием гноя в брюшную полость немедленно подвергаются операции.

Если диагноз диффузного перитонита вызывает сомнение, целесообразно в течение 5—6 часов провести консервативную терапию. Обезболивающие средства в это время не назначаются. Наблюдать за такой больной должен лично заведующий отделением и ответственный дежурный акушер-гинеколог. При неэффективности терапии или нарастании клинических проявлений перитонита приступают к оперативному лечению.

Больные диффузным перитонитом нуждаются в предоперационной подготовке, целью которой является коррекция нарушений водно-электролитного и кислотно-ще-

лочного состояния, компенсация потери белков, восполнение объема циркулирующей крови, улучшение функции отдельных органов и систем, аспирация содержимого желудка. Продолжительность проведения мероприятий по подготовке больной перитонитом к операции не должна превышать 2—3 часов.

Если больная находится в состоянии гиповолемического или токсического шока, то прежде всего необходима терапия этой патологии. Гиповолемический шок развивается вследствие большой потери жидкости (понос, рвота, проникновение жидкости в брюшную полость, кишечник). Это сопровождается потерей белка (до 150—200 г в сутки). В результате эксикоза повышаются гематокрит и содержание белка в сыворотке крови, понижаются диурез и артериальное давление, учащается пульс, кожа и язык становятся сухими.

Токсический (септический) шок развивается под воздействием эндотоксинов грамотрицательных бактерий, чаще всего кишечной палочки. Клиническая картина токсического шока характеризуется, главным образом, изменениями со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем, нарушением обмена веществ. Артериальное давление снижается до нуля, а температура тела — до нормы или ниже, нередко отмечаются эйфория, дезориентация, временами появляется ступорозное состояние. Выраженные признаки гиповолемии отсутствуют.

Для выведения больных диффузным перитонитом из состояния гиповолемического шока необходимо срочно восполнить объем циркулирующей крови, восстановить онкотическое давление и диурез, нормализовать водно-электролитное и кислотно-щелочное состояние. С этой целью необходимо капельное внутривенное введение плазмы, альбумина, низкомолекулярных декстранов (неокомпенсан, гемодез, реополиглюкин) и 10—20%-ных растворов глюкозы.

Предоперационная подготовка больных, находящихся в состоянии токсического шока, заключается в срочном введении антибиотиков широкого спектра действия, больших доз кортикостероидов и дезинтоксикационных средств.

Из антибиотиков начинают внутривенное капельное введение пенициллина (10—15 млн. ЕД в сутки) вместе с 5%-ным раствором глюкозы. Можно применить левомицетин внутривенно (по 500 мг 4—6 раз в сутки). Таким больным целесообразно перелить 200—250 мл крови, внутривенно ввести жидкость, на 700—1000 мл превышающую суточный диурез. Для повышения артериального давления назначают 1000—2000 мг глюкокортикоидов в сутки. Вначале вводят 500 мг глюкокортикоидов (по гидрокортизону), а затем продолжают их введение до повышения артериального давления (80—70 мм) и диуреза. При наличии показаний из матки удаляют остатки плодного яйца.

Следует отметить, что к антибактериальной терапии у большинства больных перитонитом приходится приступать не зная результатов бактериологического исследования и не имея данных о чувствительности возбудителя к антибиотикам. Поэтому при назначении этих препаратов необходимо учитывать, что у большинства больных перитонитом чаще выделяется кишечная палочка в сочетании со стафилококком и другими микробами. В связи с этим рационально начинать антибактериальное лечение больных перитонитом с назначения максимальных доз полусинтетических пенициллинов, линкомицина, морфоциклина, цепорина, к которым устойчивость бактерий относительно невелика.

После получения результатов бактериологического исследования назначают антибиотики с учетом чувствительности к ним микробов. Из полусинтетических пенициллинов рационально назначать натриевую соль ампициллина, которая активна в отношении стафилококков и кишечной палочки. Вводится ампициллин по 500 мг в 5%-ном растворе глюкозы внутривенно или внутримышечно через 4—6 часов. Линкомицин гидрохлорид вводят внутримышечно по 600 мг 3 раза в сутки. Морфоциклин назначают внутривенно по 100—150 мг 2 раза в сутки. Цеполин активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Препараты вводят внутривенно или внутримышечно в дозе от 250 до 1000 мг 4—6 раз в сутки. Целесообразно начать лечение двумя антибиотиками одновременно, используя различные пути их введения. Обязательно назначают витамин С и витамины группы В, а также нистатин до 2—3 млн. ЕД в сутки.

Одновременно с антибактериальной терапией осуществляются мероприятия по борьбе с парезом кишечника и интоксикацией. Для этого необходимо:

- промыть желудок теплым 2%-ным раствором бикарбоната натрия, желудочное содержимое извлечь через дуоденальный зонд, введенный через нос в желудок, а затем в верхний отдел кишечника (зонд не извлекают до ликвидации пареза кишечника);

- произвести двустороннюю паранефральную блокаду теплым 0,25%-ным раствором новокаина (по 60—70 мл с каждой стороны);

- через 15 минут после паранефральной блокады подкожно ввести 1 мл 0,1%-ного раствора атропина или платифиллина;

- внутривенно ввести 60—80 мл 10%-ного раствора хлористого натрия;

- через 30 минут после паранефральной блокады сделать сифонную клизму, затем ввести газоотводную трубку. Если в течение 1—1,5 часов эффекта не наступает, подкожно вводят 1 мл питунтрина или 1 мл 0,1%-ного раствора прозерина. При отсутствии эффекта от проведенной терапии ставят вопрос об операции.

Дезинтоксикация организма больных способствует медленнее (100 мл в течение

20 минут) внутривенное введение гемодеза и неокompенсана (по 500 мл). Эти препараты связывают циркулирующие в крови токсические вещества микробного и тканевого происхождения, усиливают почечный кровоток, повышают клубочковую фильтрацию и увеличивают диурез, чем способствуют быстрому выведению почками продуктов интоксикации. Инфузионную терапию необходимо проводить капельно.

При лечении больных диффузным перитонитом следует учитывать и стадию этого патологического процесса. В реактивной фазе перитонита необходимо в первую очередь осуществить мероприятия по ликвидации причины перитонита, а также назначить антибиотики и препараты, восстанавливающие нарушенный гомеостаз.

Важным звеном в лечении больных является подготовка к операции.

Акушер-гинеколог вместе с анестезиологом решают вопросы обезболивания, введения антибиотиков, а также инфузионной терапии. Наркоз при операции по поводу диффузного перитонита должен быть эндотрахеальным с использованием мышечных релаксантов и управляемого дыхания. Барбитураты таким больным назначать нельзя.

Наиболее целесообразным является срединный разрез передней брюшной стенки на протяжении 15—18 см. Такой доступ позволяет оценить степень воспалительного процесса, обнаружить и устранить причину перитонита, произвести санацию и дренирование брюшной полости, а при необходимости и наличии условий — обеспечить брюшной диализ.

Больным с перитонитом после кесарева сечения, разрывов и перфораций матки необходимо произвести экстирпацию матки без придатков. После ликвидации источника инфекции с помощью отсасывающего аппарата и марлевых салфеток удаляют выпот и токсические вещества, находящиеся в брюшной полости, на петлях кишечника и салнике. Предварительно в брыжейку тонкой кишки вводят 100 мл 0,25%-ного раствора новоканна, а под париетальную брюшину — 200 мл. Затем в рану выводят петли кишечника, салник. Отмывание содержимого брюшной полости (перитонеальный лаваж) проводят с помощью изотонического раствора хлорида натрия с антибиотиками, а также смесью равных частей растворов фурацилина (1:5000) и глюкозы (5%-ный раствор). Лаваж проводят неоднократно до получения прозрачного раствора, используемого для промывания. Для перитонеального лаважа расходуется от 5 до 10 л раствора. Лаваж завершают промыванием брюшной полости раствором неомидина сульфата (5 000 ЕД в 1 мл) на стерильной дистиллированной воде и 0,25%-ным раствором канамидина на изотоническом растворе хлорида натрия.

Для предупреждения послеоперационного пареза кишечника целесообразно через нос в желудок и кишечник ввести тонкий зонд или произвести подвесную илеостому и дренировать кишечник двухметровой перфорированной резиновой трубкой.

Большинству оперированных по поводу перитонита необходимо после удаления очага инфекции дренировать брюшную полость марлевыми тампонами и перчаточнотрубчатыми дренажами. Показанием для дренирования при диффузном перитоните является выраженная интоксикация и наличие в брюшной полости более 1 л экссудата. Дренируются правая и левая поддиафрагмальные, подпочечные и подвздошные области. Дренажи выводятся через специальные разрезы в подвздошных областях или через культю влагалища, если производилась экстирпация матки. Для профилактики эвентрации срединный операционный разрез зашивают наглухо. Полость малого таза при необходимости можно дренировать также и через задний свод влагалища. Антибиотики в брюшную полость вводят только в растворе. Дренажные трубки удаляют на 3—4-е сутки, а перчаточную часть дренажа — на 6—7-е сутки после операции.

При выраженной интоксикации, спустя 5—6 часов после операции у больных диффузным перитонитом приступают к брюшному диализу. Последний проводят капельно специальной жидкостью или раствором Рингер — Локка в смеси с 500 мл 0,5%-ного раствора новоканна. Для диализа можно применить раствор, содержащий в 1 л дистиллированной воды 8 г хлористого натрия, 2 г хлористого калия. К каждому литру диализирующего раствора добавляют 1 г канамидина и 1 000 000 ЕД помпицина. Необходимо иметь примерно 6 л диализирующей жидкости, подогретой до 37—38°.

Сосуд с диализирующим раствором должен располагаться на 1 м выше передней брюшной стенки. С помощью тройника жидкость поступает в две дренажные трубки, находящиеся в подреберьях, концы которых подведены к куполам диафрагмы. Отток жидкости происходит через нижние дренажные трубки, которые были введены в полость малого таза. При брюшном диализе вымываются токсины с фибринозных наложений на брюшине, экссудат, гной с сорбированными на них токсинами, выводятся токсины из крови в брюшную полость и наружу, достигается оптимальная концентрация антибиотиков, регулируется электролитный баланс и предотвращается образование спая. Вытекающую после брюшного диализа жидкость собирают, определяют ее количество, содержание в ней белка и электролитов, потерю которых необходимо компенсировать.

Больная во время брюшного диализа должна находиться в кровати с приподнятой верхней частью туловища, что облегчает дыхание, способствует оттоку через дренажные трубки и ограничению воспалительного процесса в нижнем отделе брюшной полости. Брюшной диализ можно повторять через 10—12 часов в течение 2—3 дней до исчезновения интоксикации.

У больных с перфорацией гнойников тазовой клетчатки в брюшную полость, а также при поздней диагностике перитонита и очень тяжелом состоянии производят лапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости.

В послеоперационном периоде назначения должны быть расписаны по часам. После операции на живот больной кладут пузырь со льдом, а к ногам — грелку, обеспечивают непрерывную ингаляцию увлажненного кислорода. Восполнение потерь жидкости имеет важнейшее значение. Для поддержания баланса жидкостей взрослому человеку требуется ее от 2600 до 3000 мл. Если больная выделяет за сутки 1300—1400 мл мочи (50—60 мл за час), то жидкости в организм вводятся в достаточном количестве.

При общей дегидратации необходимо вводить изотонические растворы солей и глюкозы. Изотонические растворы хлорида натрия показаны при внеклеточной дегидратации, а при клеточной дегидратации необходимо вводить гипотонические или изотонические растворы глюкозы. Введение жидкости и электролитов должно проводиться с учетом данных исследования водно-электролитного и кислотно-щелочного состояния, а также функции почек.

Клиническими проявлениями гипокалиемии являются общая слабость, понижение мышечного тонуса, апатия, ослабление рефлексов, сердечно-сосудистые расстройства, нарушение ЭКГ, парез кишечника. Для водной интоксикации характерны гиперсаливация, слезотечение, рвота, понос, отек кожи, головная боль, потеря ориентации, подергивание мышц, брадикардия и гипертония. При солевой интоксикации отмечаются отсутствие аппетита, тошнота, рвота, охриплость голоса, отек легких, асцит, гидроторакс, слабость, парез кишечника.

Больным диффузным перитонитом с нормальным диурезом в послеоперационном периоде необходимо вводить хлорид калия из расчета 2,5 г на литр изотонического раствора, при этом суточная доза не должна превышать 3 мэкв (0,22 г KCl) на 1 кг массы. Максимальная скорость введения хлорида калия не должна превышать 20 мэкв/час, так как передозировка может обусловить остановку сердца.

Большинство акушеров-гинекологов и хирургов считают целесообразным больным перитонитом в течение 2—4 суток назначать гидрокортизон по 75—125 мг, что способствует уменьшению интоксикации и аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ, улучшению гемодинамики, предупреждает образование спаек.

Для предупреждения снижения онкотического давления (жидкость из кровеносных сосудов уходит в ткани, уменьшается объем циркулирующей крови и нарушается гемодинамика) необходимо внутривенно вводить нативную или сухую плазму, полиглобин, альбумин, одногруппную кровь и другие плазмозаменители. Для возмещения потерь клеточного белка необходимо переливать растворы аминокислот, белковые гидролизаты, назначать богатое белками питание. Эффективны анаболические стероидные препараты, оказывающие стимулирующее влияние на синтез белка в организме (неробол по 5 мг 1—2 раза в сутки, ретаболил по 1 мл 5%-ного раствора внутримышечно).

Больным перитонитом следует назначать также стимуляторы синтеза белков (пентоксил по 0,2 г 3 раза в день после еды).

Для устранения метаболического ацидоза необходимо внутривенно капельно вводить по 100—200 мл 4—7%-ного раствора бикарбоната или лактата натрия.

Ингаляции увлажненного кислорода больным перитонитом осуществляют через катетер, введенный в нижний носовой ход. Это уменьшает гипоксию и улучшает всасывание газов в кишечнике.

Дегидратация, потеря электролитов, белков, интоксикация, болевые импульсы из брюшины у больных перитонитом значительно нарушают функцию многих систем и органов. Прежде всего нарушается сердечная деятельность (гемодинамика и микроциркуляция), вследствие этого развиваются гипоксия, внутрисосудистая агрегация эритроцитов, повышается вязкость крови, замедляется ее циркуляция, возникают микроинфаркты в почках, печени, легких.

Таким образом, у больных перитонитом возникает порочный круг патологических изменений: нарушение микроциркуляции обуславливает и усиливает гипоксию и метаболический ацидоз, а последний нарушает микроциркуляцию. Поэтому коррекция сердечно-сосудистой деятельности при перитоните является обязательной. Назначаются камфорное масло (по 3 мл 20%-ного раствора внутримышечно 3—5 раз в сутки), кордиамин (по 1 мл 3—5 раз подкожно), кофеин (по 1 мл 10—20%-ного раствора подкожно 2 раза в день), строфантин (по 0,5 мл 0,05%-ного раствора в 10—20 мл 40%-ного раствора глюкозы внутривенно медленно 1—2 раза в сутки). Для купирования боли вводят по 2 мл 2%-ного раствора промедола 3—4 раза в сутки вместе с 2 мл 2%-ного раствора димедрола.

Результаты наших исследований показали, что при острых воспалительных заболеваниях гениталий повышается уровень остаточного азота, снижается содержание мочевины в сыворотке крови и моче, что свидетельствует о нарушении процессов мочевинообразования в печени. Это влечет за собой накопление в крови токсических продуктов обмена. В крови и моче повышается содержание азота свободных аминокислот. Поэтому больным с гинекологическим перитонитом целесообразно назначать по 5 мл 5%-ного раствора унитиола внутримышечно в течение 10—14 дней, по 2 драже

3 раза в день панангина, по 1 г 3 раза в день глютаминовой кислоты, по 0,1 г 3 раза в день в течение 10—12 дней витамина B_{15} . Унитиол улучшает дезинтоксикационную и другие функции печени, способствует связыванию ядовитых продуктов обмена, образованию нетоксических соединений и быстрому выведению их из организма. Глутаминовая и аспарагиновая кислоты связывают свободный аммиак, накапливающийся внутри- и внеклеточно. Витамин B_{15} стимулирует синтез тканевых белков, оказывает дезинтоксикационное действие. Целесообразно также осуществлять внутривенное капельное введение 500 мл 5%-ного раствора глюкозы с инсулином и 400 мл полиглюкина.

При перитоните может развиваться и почечная недостаточность (в моче накапливается белок и цилиндры, снижается выделительная функция, уменьшается скорость фильтрации, в крови увеличивается содержание мочевины.) Поэтому для увеличения диуреза рационально вводить внутримышечно 2 мл 12%-ного раствора эуфилина, 1,0—1,5 мг/кг маннитола (10—12%-ный раствор на изотоническом растворе хлорида натрия или на 5%-ном растворе глюкозы внутривенно в течение 10—15 минут), лазикса или фуросемида. Необходимо иметь в виду, что хорошим осмотическим диуретическим средством являются 10—25%-ные растворы глюкозы. Если после введения 100—200 мл маннитола эффекта не наступает, продолжать его введение не следует.

Иногда при диффузном перитоните возникает необходимость в гемодиализе. Последний показан при нарастающей олигурии, увеличении уровня остаточного азота (более 100—120 мг%), мочевины (более 150—200 мг%) и креатина (свыше 10 мг%). При анурии и значительном расстройстве водно-электролитного баланса, начинающемся отеке легких и гиперкалиемии необходимо срочно приступить к гемодиализу. Для достижения седативного эффекта назначают 10%-ный раствор бромида натрия, оксигенотерапию.

Антибактериальную терапию осуществляют антибиотиками широкого спектра действия с учетом чувствительности к ним микрофлоры и переносимости больной. Эффективны канамицин (50 000 ЕД внутримышечно 6—8 раз в сутки в течение 7—10 дней) и мономицин (250 000 ЕД 3 раза в сутки в течение 5—7 дней) внутримышечно и в брюшную полость. Больным, у которых диурез меньше 800 мл, доза антибиотиков снижается. Целесообразно применять также полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин и метациллин), а также тетрациклины (морфоциклин, тетрациклин, окситетрациклин, метатетрациклин) в комбинации с олеандомицином (олететрин, тетраолеан). Назначают также левомицетин, сульфаниламидные препараты (бисептол) и нитрофураны.

Наряду с нистатином, леворином широко применяют витамины. Если возбудителем перитонита является стафилококк, необходимо назначить антистафилококковый гамма-глобулин, антистафилококковую плазму или стафилококковый анатоксин. Продолжают введение гемодеза, некомпенсана по 300—400 мл ежедневно, реополиглюкина, изотонического раствора хлорида натрия, раствора Рингер—Локка, 5—10—15%-ных растворов глюкозы с инсулином (1 ЕД инсулина на 4 г глюкозы), нативной и сухой плазмы, альбумина, свежечитратной крови и др.

Важной задачей в послеоперационном периоде является борьба с парезом кишечника. С этой целью проводятся декомпрессия кишечника через тонкий зонд, медикаментозная стимуляция моторной функции кишечника гипертоническими растворами хлорида натрия, назначаются прозерин (1 мл 0,05%-ного раствора подкожно), димеколин (0,5—1 мл 1%-ного раствора внутримышечно), новокаиновые поясничные блокады, сифонные клизмы и др.

Для профилактики аллергических реакций проводят десенсибилизирующую терапию. Назначают антигистаминные препараты (димедрол, липольфен и супрастин).

При лечении больных перитонитом необходимо учитывать и возможные осложнения. К ранним осложнениям диффузного перитонита относятся флебиты, пневмонии, инфаркты миокарда и легкого и др. Известно, что при диффузном перитоните в первые 10—12 дней после операции наблюдаются гиперкоагуляция крови и снижение фибринолитической активности. Поэтому таким больным спустя 4—6 часов после операции следует назначать гепарин внутривенно (по 5000 ЕД 2—4 раза в сутки). При выраженной гиперкоагуляции и высоком содержании фибриногена введение 10 000 ЕД гепарина сочетается с введением 20 000 ЕД фибринолизина. Затем дозу гепарина постепенно снижают и переходят на антикоагулянты непрямого действия.

Поздними осложнениями диффузного перитонита являются расстройства сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, нарушения кровотока, эмболии, сепсис и эндотоксический шок. Поэтому лечебные мероприятия необходимо дополнять в зависимости от характера появившихся осложнений.

В заключение следует отметить, что проблема перитонита является актуальной, она требует от акушера-гинеколога хорошего знания не только своей специальности, но и смежных клинических дисциплин и патофизиологии.

Поступила 4.05.79.