

## К МЕТОДИКЕ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Доц. Ю. А. Башков, канд. мед. наук И. Б. Эдлинский,  
В. А. Кулинич, В. П. Субботин

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института*

Мы изучили в сравнительном аспекте результаты различных методов дренирования брюшной полости, применявшихся в клинике у больных острым гнойным перитонитом. Всего за 1970—1972 гг. было оперировано в неотложном порядке 5717 больных с острыми хирургическими заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости. При 5435 операциях брюшная полость была зашита наглухо. 282 больным введены дренажи. Так как у больных с распространенными формами перитонита (классификация В. С. Маята) дренирование осуществлялось не менее чем через 2 разреза, то общее количество введенных дренажей превышает число больных и составляет 431.

Больных распространенным (разлитым и общим) перитонитом было 107, местным — 175. Возраст больных — от 1,5 до 86 лет, причем дети до 14 лет составляли 24,5%.

При картине разлитого или общего перитонита мы производили широкий срединный разрез, так как только он позволяет достаточно полно осмотреть и санировать все отделы брюшной полости. Для дренирования дополнительно наносили скальпелем два прокола в подвздошных областях. При местных формах перитонита разрез делали над областью расположения очага. В качестве дренажей применяли резиновые трубки, марлевые выпускники, а у ряда больных — то и другое. С 1970 г. мы используем для дренирования резиновые хирургические перчатки, предварительно срезая утолщенный ободок и кончики пальцев. Убедившись в их положительных качествах как дренажа, мы в последнее время при проведении перитонеального диализа вместо резиновых трубок через разрезы в подвздошных областях вводим также хирургические перчатки. Нежная перчаточная резина не травмирует органы брюшной полости и стенки операционной раны. Применение подобного дренажа особенно показано там, где его надо располагать у стенок кишечных петель, рядом с мочевым пузырем, крупными сосудами.

Длина хирургической перчатки (26—30 см) позволяет дренировать любой отдел брюшной полости и через срединную рану, и тем более через дополнительные разрезы, расположенные, как правило, ближе к дренируемому очагу. Над кожей должны выступать концы пальцев перчаток (не более 3—4 см). Лишь в исключительных случаях, у очень тучных и высоких больных, при дренировании полости малого таза вместе с перчаткой мы вводим резиновую трубку на 2 суток, а затем удаляем ее и продолжаем дренирование еще 2—3 дня только с помощью хирургической перчатки. Свободный отток содержимого обеспечивается благодаря щелевидным пространствам, образуемым сложенной в 4—5 раз в продольном направлении перчаткой.

На 3—5-й день после операции резиновая перчатка свободно извлекается из раны, порой даже незаметно для больного. И в этом тоже ее преимущество перед марлевыми дренажами, извлечение которых связано с резкими болевыми ощущениями и травмированием тканей, так как марля прочно прилипает к ним. Замена марлевых дренажей резиновой перчаткой была особенно оценена в детском хирургическом отделении.

Необходимость более частой смены повязки из-за ее обильного промокания в первые 2—3 суток компенсируется за счет экономии перевязочного материала в последующем благодаря резкому снижению числа различного рода осложнений, сокращению длительности лечения (на 20%) и, что самое главное, более легкому течению послеоперационного периода.

По нашим данным, больше всего осложнений бывает при дренировании брюшной полости марлевыми выпускниками и сочетании их с резиновыми трубками. Часты осложнения и высока смертность больных, которым проводили перитонеальный диализ с использованием для оттока жидкости резиновых трубок. Мы потеряли 5 из 10 таких больных. При следующих 16 диализах с применением для оттока содержимого из брюшной полости хирургических перчаток все больные выздоровели.

Большинство смертельных исходов (12 из 13) обусловлено распространенным воспалением брюшины. На 107 больных разлитым и общим перитонитом летальность составила 11,2%. Осложнения, связанные с ограниченным поражением органов (странгуляция кишечной петли, кишечный свищ, внутрибрюшной гнойник), имели место и при местных, и при распространенных формах перитонита.

Частота осложнений почти вдвое меньше в группе больных, у которых в качестве дренажа применяли хирургическую перчатку. К тому же подавляющее число их приходится на долю нагноения раны, а не на тяжелые внутрибрюшные нарушения.

Из 116 больных, которым применяли перчаточный дренаж, умерли 2. При патологоанатомических исследованиях дренированные полости были свободны от содержи-

мого. Каких-либо явлений деструкции в местах прилегания перчаточных дренажей к стенкам кишок не найдено.

Длительность пребывания на койке больных перитонитом при дренировании брюшной полости марлевыми дренажами (с резиновыми трубками и без них) значительно больше (28,2 и 20,1 дня соответственно), чем в среднем всех больных перитонитом (19,6). При дренировании только трубками продолжительность госпитализации составила в среднем 19,4 койко-дня, а резиновой перчаткой — всего 16,1.

Всем больным, независимо от метода дренирования, назначали массивные дозы антибактериальных препаратов, а также средства, направленные на коррекцию нарушенной водно-солевого и белкового обмена, на повышение защитных сил организма, снижение интоксикации и т. д.

И если при одинаковых общих мероприятиях, но различных видах дренирования достигаются неодинаковые результаты, то есть основания считать, что они во многом зависят от метода дренирования. Это позволяет нам высказать мнение, что дренирование брюшной полости хирургической перчаткой заслуживает внимания и более частого применения в неотложной абдоминальной хирургии. Указанный метод достаточно эффективен, прост и доступен для использования в любом хирургическом стационаре. Было бы, конечно, неразумно всегда и всюду прибегать лишь к одному виду дренажа (перчаточному) и считать его чуть ли не панацеей от перитонита. Мы полагаем, что марлевым дренажам надо отдавать предпочтение там, где необходимо добиться быстрого развития ограничивающих патологический очаг спаек, при сомнениях в полноценности остановки кровотечения из паренхиматозных органов или клетчаточных пространств.

Резиновые и иные дренажные трубки следует ставить там, где нужно обеспечить активную аспирацию содержимого из ограниченных полостей с плохо спадающимися плотными стенками или отток продуктов жизнедеятельности внутрибрюшных органов. Во всех остальных случаях как при местных, так и, особенно, при распространенных перитонитах целесообразно применять дренаж из цельной хирургической перчатки по методике, изложенной в настоящем сообщении.

Поступила 26 февраля 1973 г.

УДК 616—007.64:616.34

## ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

*Канд. мед. наук Б. М. Газетов, И. Д. Жерихова*

*Проктологическое отделение центральной клинической больницы им. Семашко МПС (нач. — засл. врач РСФСР А. А. Поцубеенко) и хирургическое отделение городской клинической больницы № 60 (главврач — Р. В. Григорьев), Москва*

Мы проанализировали 200 наблюдений дивертикулеза толстой кишки. Все больные находились на стационарном лечении. У части из них дивертикулез толстой кишки или его осложнения явились основной причиной госпитализации, у других заболевание диагностировано при обследовании.

Перфорация дивертикулов толстой кишки с развитием перитонита возникла у 8 больных (мужчин и женщин поровну, возраст — от 50 до 86 лет). Генерализованный перитонит был у 1 больного, у остальных — локализованный. Оперировано 6 чел. У 1 больного, у которого периколитический абсцесс дренировался в просвет кишки, было проведено консервативное лечение, так как пациент категорически отказался от операции. У другой больной осложнение не было распознано, и она погибла от генерализованного перитонита. До операции правильный диагноз поставлен у 2 больных. Во всех наблюдениях перфорация дивертикула предшествовали клинические проявления дивертикулеза левой половины толстой кишки. У 6 больных произошла перфорация дивертикула в сигмовидной кишке, у 2 — в области печеночного и селезеночного изгибов толстой кишки. У всех больных перфорация возникла остро, у 3 ей предшествовало физическое напряжение.

Приводим некоторые из наших наблюдений.

Л., 86 лет, госпитализована 3/III 1969 г. по поводу обострения хронического калькулезного холецистита. Заболевание характеризовалось резкой болью в правом подреберье, тошнотой, рвотой, желтушностью кожи и склер, повышением температуры до 39°. В анамнезе — желчнокаменная болезнь с 1959 г. В 1966 г. диагностирован дивертикулез толстой кишки. Общее состояние больной средней тяжести, упитанность нормальная, кожа и видимые слизистые оболочки желтушны. Сердце и легкие — в пределах возрастных изменений. Пульс 100, ритмичный. АД 140/80. Язык влажный, обложен. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, пальпируется увеличенный желчный пузырь. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени пальпируется на 3—4 см ниже реберной дуги. Стул — запоры с 1965 г., моче-