

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочаров А. А. Повреждения живота. М., Медицина, 1967. — 2. Горшков С. З., Волков В. С. Хирургия, 1976, 3.

Поступила 24 июля 1979 г.

УДК 618.1:616.381—002—089—059:616—08

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИТОНИТА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д. Ф. Костючек

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. С. Слепых) Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

Реферат. Анализ историй болезни 121 больной, оперированной по поводу гинекологического перитонита, показал, что ранняя госпитализация, рациональное использование предоперационного времени для создания антибактериального барьера, частичного уменьшения интоксикации и коррекции гемодинамики для выполнения операции и наркоза, а также массивная антибактериальная и инфузионная терапия во время операции и в послеоперационном периоде с коррекцией метаболических и гемодинамических нарушений, повышением иммунных сил организма, борьбой с гиподинамией и паретическим состоянием кишечника обеспечивают реальные условия для достижения благоприятных результатов в лечении перитонита.

Ключевые слова: гинекологические больные, перитонит.

Библиография: 6 названий.

Частота перитонита у гинекологических больных составляет по данным литературы от 1,2% [1] до 4,5% [4], а летальность при нем — от 7% [5] до 10—35% у больных пожилого возраста. В борьбе с этим грозным заболеванием важнейшее значение имеет совершенствование методов диагностики и ранняя госпитализация.

Течение перитонита у гинекологических больных клинически выражено неотчетливо, поэтому ни у больных, ни у наблюдающего врача не возникает настороженности, и переход гинекологического заболевания (чаще всего воспаления придатков матки) в перитонит обнаруживается не сразу, что является причиной запоздалого оперативного вмешательства.

Под нашим наблюдением находилась 121 больная, оперированная по поводу гинекологического перитонита. 9 из них были моложе 20 лет, 45 — в возрасте от 20 до 29 лет, 34 — от 30 до 39 лет, 21 — от 40 до 49 лет и 12 — старше 50 лет.

В первые 12 ч заболевания госпитализировано 45 больных, от 12 до 24 ч — 29, позже чем через 1 сут — 47. Таким образом, поздняя госпитализация составила 38,8%. Ее причинами были поздняя обращаемость и затруднения в диагностике. Все больные были оперированы уже при наличии разлитого перитонита: в первые 6 ч от момента поступления оперировано 48, через 24 ч — 51, позже 2—3 сут — 22 женщины. Из этих данных следует, что в оптимальные сроки оперировано лишь 39,6% больных.

При поступлении симптомы интоксикации были у всех больных, выраженный болевой симптом с тенденцией к усилению — у 109, тахикардия, реже брадикардия — у большинства, повышение температуры — у всех больных (у 36 — с ознобами), несоответствие частоты пульса показателям температуры — у 112, учащенное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры в связи с тяжелыми метаболическими нарушениями и высоким стоянием диафрагмы — у 102. Обращали на себя внимание выраженные диспепсические расстройства: жажда и сухость во рту — у трети обследованных; икота, тошнота, рвота — у 78. Симптомы раздражения газовой брюшины были у 72 больных, всей брюшины — у 49. У 18 больных наблюдались апатия или возбуждение как следствие интоксикации.

Нам представляется важным подчеркнуть, что совокупность таких признаков, как боли в животе с тенденцией к расширению зоны, симптомы интоксикации, нарушение психики (апатия или возбуждение), несоответствие частоты пульса температурной реакции, характерные изменения в картине крови, уже дают право диагностировать перитонит.

В нашей практике мы пользовались следующей схемой лечения всех больных с гинекологическим перитонитом (различия касались лишь вида и сочетаний применяемых антибиотиков).

Предоперационное лечение при поступлении:

1. Немедленная (до определения антибиотикограммы) массивная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, предпочтительно цефоприном (4—6—8 г в сут), морфоциклином (600 000 ЕД), канамицином (2,0—4,0 г), гентамицином (до 240 мг). Под влиянием антибиотиков изменяется клиническая картина перитонита, исчезают жестокие боли, рвота, напряжение брюшной стенки, снижается температура, лейкоцитоз, что затрудняет диагноз и может привести к задержке срочного оперативного вмешательства [2]. В связи с этим антибиотикотерапия должна являться лишь одним из звеньев комплекса до- и послеоперационных мероприятий.

2. Одновременная инфузионная терапия с целью: а) устранения гиповолемии с дефицитом ОЦП и глобулярного объема; б) ликвидации гипопротейнемии; в) борьбы с метаболическим ацидозом. Поскольку при перитоните вследствие резко выраженных нарушений в системе циркуляции возникают явления плазмореи с дефицитом плазмы от 26 до 39% [3], мы начинали инфузионную терапию со сложных солевых растворов (раствор Рингера в комбинации с 5—10% раствором глюкозы, полиионной смеси, гемодеза, полидеза). Общее количество вводимой жидкости определяли из расчета 40 мл на 1 кг массы тела под контролем выделительной функции почек. При снижении диуреза назначали салуретики или осмодиуретики. Гипопротейнемию устраняли переливанием альбумина, протеина, плазмы, крови. Для борьбы с метаболическим ацидозом вводили внутривенно 200—400 мл 5% раствора бикарбоната натрия.

3. Нейролептанальгезия дроперидолом и фентанилом [6] для уменьшения шоковых реакций, особенно при предполагаемой большой операционной травме, и для обеспечения полноценной управляемой анальгезии.

4. Оксигенотерапия (через носовой катетер, наголовные тенты).

5. Лечение сердечными гликозидами.

Подобная предоперационная подготовка, продолжающаяся во время проведения анестезиологического пособия, давала возможность осуществить некоторую коррекцию водно-солевого баланса в организме, создать антибактериальный барьер в крови, уменьшить интоксикацию, несколько стабилизировать основные жизненно важные функции организма, на фоне чего проведение анестезиологического пособия и оперативного вмешательства у всех наших больных прошло без осложнений.

При выборе объема оперативного вмешательства предпочтение отдавали щадящему методу, особенно у женщин генеративного возраста. Во время чревосечения (его всегда осуществляли нижним продольным разрезом для лучших условий ревизии брюшной полости) у 48 больных были удалены воспалительно измененные придатки с одной или обеих сторон (это были гнойные мешотчатые образования с перфорацией). Лишь 25 больных пришлось подвергнуть более радикальной операции — надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с придатками (по поводу сочетания воспалительных опухолей придатков с фибромиомой матки или аденомиозом, септического метроэндометрита после внебрюшинного аборта). У 48 больных молодого возраста, у которых были выявлены только отек и гиперемия маточных труб с выделениями из них капель гноя (у 7 больных высеяны гонококки), ограничились осушением брюшной полости, ревизией ее органов, дренированием и введением антибиотиков.

При обнаружении значительного количества гноя или серозно-гнойного экссудата в брюшной полости мы после их аспирации делали промывание брюшной полости мыльной пеной и затем изотоническим раствором хлористого натрия (42 больным). Проводили широкое дренирование резиновыми трубками по типу контрапертур (73 больным), кольпотомию (75 больным), иногда дренирование марлевыми тампонами по Мигуличу (6 больным) и в брюшной полости всем оперированным оставляли микроирригатор на 3—4 дня для введения антибиотиков.

С целью устранения рефлекторных реакций при раздражении брюшины производили инфильтрирование брыжейки тонкой кишки не менее чем 200 мл 0,25% раствора новокаина.

Для систематической аспирации содержимого желудка как одной из мер борьбы с перитонитом вводили после операции постоянный желудочный зонд. При диффузном гнойном перитоните производили разгрузку кишечника наложением подвешной цекостомии (у 5 больных) или декомпрессивной интубации тонкой кишки через гастростому (у 7 больных). К брюшному диализу мы не прибегали, хотя достоинства этого метода неоспоримы.

После операции продолжали интенсивную терапию, сводившуюся к следующим мероприятиям.

1. Сразу же после операции приподнимали головной конец постели на 5—7 сут.
2. Назначали полноценное и калорийное питание, в первые дни — парентерально (1—5 л 5% или 10% раствора глюкозы; высококалорийные жировые эмульсии — интралипид; быстроусвояемые смеси аминокислот — аминозол).

3. Проводили оксигенотерапию через носовые катетеры и кислородные тенты.

4. Делали массаж грудной клетки и назначали обязательную дыхательную гимнастику с первых часов послеоперационного периода.

5. Предписывали больным активизацию в постели и ранее вставание.

6. Продолжали детоксикационную терапию введением до 2—5 л плазмозаменителей в сут (полиглюкина, лучше реополиглюкина, гемодеза, полидеза, сорбитола, желатиноля) с учетом потери жидкости организмом при рвоте, секвестрации в кишечник, диурезом, а также показателей общего состояния.

7. Для борьбы с гиповолемией вводили гидролизаты (аминокровин, гидролизин), которые наряду с питательной значимостью стимулируют гемопоэз.

8. Устраняли дефицит белков (под контролем их общего количества и фракций) ежедневным введением альбумина, протейна, сухой или нативной плазмы, гемотрансфузий.

9. Проводили поддерживающую кардиальную терапию — 1—2 раза в день вводили внутривенно сердечные гликозиды, назначали витамины в больших дозах (группы В, аскорбиновую кислоту до 2000 мг).

10. Устраняли паретическое состояние кишечника: а) разгрузкой желудка (аспирацией и промыванием желудка через постоянный желудочный зонд); б) разгрузкой кишечника (при его дренировании); в) стимуляцией перистальтики кишечника (введение прозерина подкожно и внутривенно, гипертонические клизмы, клизмы по Огневу, эфирные компрессы); г) пролонгированной перидуральной анестезией (у 16 больных) и паранефральными блокадами по Вишневскому (у 5 больных).

11. Проводили коррекцию метаболических нарушений.

12. Для нормализации содержания электролитов (калия, натрия, кальция) инфузоровали их в хлористых растворах (1% или 2% — 200—600 мл ежедневно). У 22 больных была значительная гипокалиемия (до 2,8 ммоль/л) в первые сутки.

13. С целью стимуляции иммунитета вводили полиглобулин по 6 мл через 48 ч или ударным курсом по 6 мл в течение 3 дней внутримышечно. Благоприятный эффект получен от переливания иммунной крови, введения нативного и антистафилококкового гамма-глобулина у 4 больных.

14. Для улучшения компенсаторных и адаптационных процессов вводили ретаболит по 2 мл внутримышечно 1 раз в 3 дня, а для улучшения дезинтоксикационной функции печени — 200 мл 1% раствора глутаминовой кислоты ежедневно капельно.

15. В более тяжелых случаях применяли кортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон) внутривенно или внутримышечно до 200—600 мг с постепенным снижением их дозы.

16. В первые 2—3 сут проводили профилактику тромбоэмболических осложнений введением гепарина по 5000 ед. через 6 ч.

Контроль за состоянием больных и эффективностью терапии осуществляли по основным параметрам: состоянию гемодинамики, электролитному, белковому балансу, КОР, биохимическим показателям крови, ЭКГ.

Послеоперационные осложнения были у 9 больных: кишечные свищи образовались у 3, расхождение швов возникло у 4, эвентерация — у 1, параметрит — у 1; умерло 4 больных (3,3%), из них 3 — от прогрессирующего перитонита и 1 — от тромбоэмболических осложнений.

Четкая зависимость отсутствия осложнений от ранней госпитализации, ранней операции в первые 12 ч прослежена у 37 больных. Такие осложнения, как образование кишечных свищей, эвентерация, расхождение швов, параметрит, наблюдались у женщин, госпитализированных позже 1-х сут от начала заболевания и оперированных еще через 1—2—3 сут. Из 47 больных, госпитализированных позже 1-х сут от начала заболевания, 3 умерли.

21 пациентка выписана на 10-й день после операции. Это были в основном больные с гонококковым перитонитом, который, как известно, быстро поддается лечению; 54 больных выписаны к 14-му дню после операции и 42 — позже 14-го дня, из них 12 находились в стационаре 30 и более дней после операции по поводу различных осложнений и все были выписаны по выздоровлению. Без осложнений послеоперационный период протекал у большинства наблюдавшихся больных (у 108, или у 89,3%).

Таким образом при выполнении всего комплекса мероприятий — улучшении методов диагностики, ускорении госпитализации, рациональном использовании предоперационного времени для создания антибактериального барьера, частичном уменьшении интоксикации, коррекции гемодинамики для выполнения операции и наркоза, а также массивной антибактериальной и инфузионной терапии во время операции и в послеоперационном периоде с коррекцией метаболических и гемодинамических нарушений, повышением иммунных сил организма, борьбой с гиподинамией и паретическим состоянием кишечника — можно добиться благоприятных результатов в лечении перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М. М. В кн.: Материалы X пленума научн. об-ва хирургов УССР. Донецк, 1967.
2. Курбангалиев С. М. и др. Актуальные вопросы гнойной хирургии. Л., Медицина, 1977.
3. Савельева Г. М. Инфузионная терапия в акушерстве и гинекологии. М., Медицина, 1976.
4. Симонян К. С. Перитонит. М., Медицина, 1971.
5. Федоров В. Д. Лечение перитонита. М., Медицина, 1974.
6. Шанин Ю. Н. и др. Послеоперационная интенсивная терапия. Л., Медицина, 1978.

Поступила 2 июня 1979 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.7—08—039.57

Н. И. Милешин, В. Ф. Мирошниченко (Куйбышев-обл.).

Участие кафедры мединститута в организации амбулаторной помощи больным с повреждением опорно-двигательного аппарата

Кафедра травматологии и ортопедии Куйбышевского мединститута выполняет большую работу по организации и оказанию помощи травматологическим больным в амбулаторных условиях. Она проводится по трем основным разделам.

1. **Экстренная помощь.** Клиника 2 раза в неделю круглосуточно принимает травматологических больных из ряда районов города с численностью населения 500 тыс. чел. В эти дни клиника выполняет роль дополнительного травмпункта, т. е. ведет сортировку поступающих в стационар больных, оказывает им необходимую помощь (первичная хирургическая обработка, репозиция, наложение мягкотканых и гипсовых повязок и т. д.), направляет в поликлиники на долечивание с соответствующими рекомендациями. С 1970 по 1978 г. экстренная амбулаторная помощь оказана 2996 травматологическим больным.

2. **Плановая помощь.** После выписки из стационара больных направляют на долечивание в поликлиники по месту жительства, где они получают необходимые процедуры и оформляют документы о нетрудоспособности. Многим из них в процессе лечения приходится производить ряд манипуляций (смена гипсовых повязок, устранение положений гиперкоррекции, определение сроков консолидации и т. д.), требующих специальных навыков. Этот контингент получает амбулаторную помощь в клинике. Оказывает ее врач, ранее лечивший больного в стационаре. Пациенты, не нуждающиеся в манипуляциях, периодически проходят контроль и коррекцию назначений, особенно после устранения иммобилизации. Таким образом, от момента травмы и до полного восстановления функции больные находятся под наблюдением сотрудников клиники.

Другим важным разделом работы является консультативная помощь. Клиника оказывает ее жителям городов и сел Куйбышевской, Пензенской и Ульяновской областей. С 1970 по 1978 г. в клинике проконсультировано более 20000 больных с различными заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

3. **Организационно-методическая работа.** Консультативные приемы являются одним из главных видов тесного контакта с поликлиниками и другими лечебными учреждениями города и области. Кроме того, в четырех поликлиниках, являющихся базовыми, постоянно работают ассистенты, которые регулярно осматривают больных со сложными травмами.

Кафедра информирует лечебные учреждения о научных направлениях в ее работе, о новых эффективных методах оперативных вмешательств и других способов лечения. В течение последних двух лет по инициативе горздраводела проводятся