

УДК 617.55—089.48

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

И. А. Салихов, А. Б. Ахмеров, Л. Х. Салахов, А. И. Большаков

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. На основании клинических наблюдений и анализа данных литературы излагаются некоторые принципиальные положения, касающиеся показаний к дренированию брюшной полости и методов его осуществления.

Ключевые слова: брюшная полость, перитонит, дренирование.

Библиография: 16 названий.

Дренирование брюшной полости, являясь важным компонентом оперативного лечения патологии живота, применяется хирургами давно, однако до сих пор на многие частные его аспекты нет общепринятых точек зрения. Следует ли дренировать брюшную полость в том или ином случае, где лучше ввести дренаж, какой вид его предпочтителен — вот те вопросы, которые нередко встают перед хирургом. В этой связи мы считаем целесообразным поделить свои наблюдениями и опытом, остановиться на некоторых принципиальных положениях, выработанных в итоге клинической практики.

Еще в конце прошлого столетия хирургами было отмечено, что тампоны и дренажи, обладая многими положительными свойствами, не лишены и отрицательных, и это обстоятельство породило различное отношение к их применению. В развитии абдоминальной хирургии были периоды как увлечения дренажами и тампонами, так и отказа от их использования. Хорошо известно, что отсасывающее действие дренажей основано на физических законах капиллярности и осмотических свойствах перевязочного материала. Но дренаж, являясь инородным телом, оказывает в то же время раздражающее действие и, следовательно, вызывает ответную воспалительную реакцию. Кроме того, дренажная функция марлевых тампонов, например, значительно ограничена во времени, и после пропитывания отделяемым они перестают выполнять свою дренирующую роль. Раздражающее действие дренажей на брюшину и связанная с этим возможность их неблагоприятного влияния на течение воспалительного процесса и функцию органов брюшной полости послужили основанием для некоторых рекомендаций, исключающих широкое применение дренирующих приспособлений [10, 13]. Однако практика свидетельствует, что дренирование брюшной полости, выполненное по показаниям и правильно, является залогом успешного и более быстрого выздоровления. Мы, как и многие хирурги, считаем совершенно справедливым замечание, сделанное И. И. Грековым еще в 20-х годах, о том, что отказ от применения тампонов и дренажей ставит под угрозу жизнь многих тяжелобольных. Недооценка метода дренирования брюшной полости, неполноценность, некачественность его создают угрозу развития перитонита, распространения гнойно-воспалительных очагов, делают возникающие послеоперационные осложнения неконтролируемыми.

Среди 1416 больных, подвергнутых различным операциям на брюшной полости в экстренном порядке за последние 3 года на одной из клинических баз кафедры (2-я горбольница), у 719 (50,8%) операция была закончена введением дренажей. Причем у 246 больных (17,4%) с тяжелой деструктивной патологией и различной степенью выраженности перитонита использованы разнообразные комбинации дренажей, в том числе и через дополнительные контрапертуры брюшной стенки. Из 1314 больных, оперированных по поводу острого аппендицита, у 144 (10,9%) были осложненные формы заболевания, потребовавшие более сложных в техническом плане оперативных вмешательств и применения широкого дренирования. Следует заметить, что 58,3% больных из этой группы поступили более чем через сутки от начала заболевания. Сроки выздоровления и пребывания больных в стационаре определялись главным образом тяжестью и запущенностью самой патологии, а не особенностями вмешательства и характером дренирования. Так, если при досрочной госпитализации продолжительность пребывания больного в стационаре после операции по поводу осложненного

аппендицита составила в среднем 15 дней, то при более позднем поступлении она возрастала до 19,7 дня. Из 1416 больных, подвергнутых экстренным абдоминальным операциям, умерло 22 (1,5%), причем у большинства (15 больных) причиной такого исхода был перитонит. Он же явился причиной смерти у 4 из 5 умерших после экстренной аппендэктомии.

По нашему убеждению, исход лечения перитонита во многом определяется своевременностью операции, качеством туалета и дренирования брюшной полости в сочетании с мероприятиями по декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Следует отметить, что опасность осложнений от применения самих дренажей во многом преувеличена [1, 6, 11, 12]. Образующиеся иногда пролежни и деструкции скорее являются не следствием компрессионного действия дренажей на стенки полых органов, а результатом глубоких эндогенных патологических нарушений [7]. Наши наблюдения, как и некоторые другие [4], показывают, что спаечная болезнь и связанная с ней спаечная кишечная непроходимость обусловлены не столько применением различных дренажей, сколько характером и особенностями течения перитонита.

Использование марли в качестве дренажа основано на ее способности всасывать биологические жидкости. Свойство это, как уже отмечалось, ограничено во времени, однако хорошо известно, что марлевый тампон способен локализовать воспалительный процесс и создавать биологический барьер. Мы полагаем, что введение его показано при неудаленном или не полностью удаленном источнике инфекции, наличии инфильтрата или абсцесса, при кровотечении, ненадежности кишечного шва и т. д. Марлевый тампон нередко подводится к ложу удаленного деструктивно измененного органа после таких распространенных операций, как аппендэктомия и холецистэктомия. На практике мы часто комбинируем марлевый тампон с другими дренирующими материалами — перчаточной резиной, трубками. Хорошо известны дренажные качества перчаточной резины, представляющей собой нежный, нетравмирующий материал, дренирующая функция которого осуществляется в силу капиллярности щелевидных пространств между складками резины и стенками раны [3]. Мы используем перчаточную резину при дренировании нижних отделов живота у больных с перитонитом, особенно при значительном количестве жидкого экссудата. В ряде случаев целесообразно применение так называемого «сигаретного дренажа», который, сочетая в себе качества этих двух материалов, согласно наблюдениям, является менее раздражающим и способствует хорошему оттоку.

Широкое распространение в абдоминальной хирургии нашли разнообразные трубки для осуществления дренирования и орошения брюшной полости антибактериальными растворами. Мы считаем необходимым оставлять их в брюшной полости не только после экстренных операций по поводу деструктивных форм аппендицита, холедистита, панкреатита и другой острой патологии, но и после ряда плановых оперативных вмешательств, с целью своевременного диагностического контроля возможных послеоперационных осложнений (несостоятельность швов, кровотечение и т. д.). Многие хирурги отмечают преимущества дренажей из синтетических материалов. Эти трубки вызывают значительно меньшую реакцию со стороны брюшины, лучше и дольше функционируют [2, 8, 10, 11, 16]. Широкое применение их в современных условиях диктуется необходимостью сочетания ирригационной и аспирационной процедур в лечении перитонита.

При решении вопроса о показаниях и методах введения дренажей и тампонов мы стараемся учитывать не только характер патологии, но и степень компенсаторных возможностей больного. Показания для дренажа брюшной полости минимальны в том случае, если налицо полноценная реакция организма на патологическое воздействие, очаг воспаления полностью ликвидирован и устранены предпосылки к его возникновению, нет явлений токсемии. Выраженный деструктивный процесс, значительное загрязнение брюшной полости, обилие экссудата и его неблагоприятный характер — все эти факторы являются показанием для обязательного введения дренажей. С учетом возможных путей распространения инфекции можно считать обоснованным предложение [12] с целью профилактики осложнений дренировать по соответствующим показаниям своего рода критические места брюшной полости: ложе удаленных или резецированных органов, районы вблизи анастомозов и швов, поддиафрагмальную и подпеченочную области, полость сальниковой сумки, малый таз и другие. При наличии ограниченных гнойных полостей в нашей клинике отдается предпочтение проточно-ирригационному их орошению антибактериальными растворами.

В последние годы получил распространение метод активного дренирования, основанный на создании дозированного разрежения в дренажной системе [5, 12, 16]. С этой целью используются вакуум-дренажные приспособления, обеспечивающие аспирацию не только согласно законам капиллярности, но и в силу отрицательного давления

в системе. Как показали наблюдения, обычные, так называемые пассивные, дренажи, аспирируя преимущественно жидкую часть экссудата, чаще закупориваются пленками фибрина, некротическим детритом, сгустками гноя и крови и в итоге перестают функционировать.

Для дренирования брюшной полости мы обычно придаем больным Фовлеровское положение, целесообразность которого несомненна. При этом создаются более благоприятные условия для работы сердца и легких, не говоря о том, что скапливающийся экссудат лучше эвакуируется по дренажным системам. Такое положение больного способствует тому, что основная масса жидкости концентрируется в дистальных отделах брюшной полости, и особенно показано пожилым больным, страдающим сердечно-сосудистыми расстройствами. В нашей клинике считается также принципиально важным назначать это положение в послеоперационном периоде больным с потенциальной угрозой активации воспалительного процесса при деструктивных формах поражения абдоминальных органов, что, безусловно, прежде всего касается ослабленных, пожилых больных, поступивших на поздних сроках заболевания.

Долговременное промывание брюшной полости в той или иной форме показано при обильном загрязнении брюшной полости и образовании гнойного экссудата. Эта процедура способствует очищению брюшной полости, оказывает дезинтоксикационный и антибактериальный эффект. Вместе с тем обильное орошение нельзя считать безопасным при большом количестве швов на желудке и кишечнике, поскольку оно может вызвать нарушение процессов демаркации и организации. Кроме того, воспаленную брюшину нельзя орошать гипертоническими растворами и высокомолекулярными препаратами, ибо, как показали эксперименты, это приводит к резкому усилению экссудации и волеическим нарушениям [15]. К длительному промыванию брюшной полости следует относиться с осторожностью и не слишком расширять показания к его применению и ввиду того, что ему присущи такие отрицательные воздействия, как вымывание белков, нарушение дыхания в результате сдавления и ограничения экскурсий диафрагмы, расстройства микроциркуляции внутренних органов и гемодинамики в целом. Использование этого метода вовсе не гарантирует и от образования гнойников брюшной полости. Необходимо считать не только с показаниями к проведению массивных промываний полости живота, но и с противопоказаниями. Мы согласны с мнением о преимуществе фракционного метода промывания брюшной полости по сравнению с проточным [9, 14], поскольку при последнем выше опасность осложнений.

Для введения в брюшную полость используются изотонические растворы с антибиотиками. В последние годы нашло широкое распространение внутрибрюшное введение канамицина, обладающего высокой антибактериальной активностью по отношению к колибациллярной микрофлоре. Последняя, по нашим данным, высеяна из перитонеального экссудата у 86,5% больных с гангренозно-перфоративным аппендицитом (кишечная палочка в чистой культуре — у 55,3% и в ассоциации с другой флорой, преимущественно с энтерококком и стафилококком, — у 31,2%). В целом, согласно нашим многолетним наблюдениям, высеваемость микрофлоры из экссудата при различной абдоминальной патологии колебалась по годам в пределах 39—52%. В последние годы при посеве перитонеального экссудата стали чаще выявляться стафилококки и стрептококки. В то же время наблюдается отчетливая тенденция к снижению чувствительности микрофлоры к ряду антибиотиков (стрептомицину, левомицетину, тетрациклину и др.). К пенициллину чувствительность микрофлоры выявлена нами лишь в 3—4,2%, а при аппендикулярном перитоните — всего в 1,9%. В 27% микрофлора оказалась нечувствительной ко всем испытанным нами антибиотикам.

Дренирование брюшной полости в комплексе с прочими лечебными мероприятиями должно осуществляться в оптимальном варианте для каждого конкретного больного. Дренаж в брюшной полости почти всегда находится в соседстве, а иногда и в соприкосновении, с каким-либо органом, и взаимоотношения между ними могут меняться в зависимости от функционального состояния последнего. Это определяет особые требования к функции дренажа в отличие от дренирования изолированных полостей и ран. Ушивание брюшной полости наглухо при ряде вмешательств является риском для больных. Одной из причин возникающих иногда послеоперационных осложнений, наряду с запоздалым оперативным вмешательством и некоторыми ошибками тактического и технического характера, является недостаточное дренирование или раннее извлечение дренажей.

Таким образом, дренирование следует осуществлять с учетом локализации, распространенности патологии, анатомо-физиологических особенностей дренируемой области живота. Оно должно быть рациональным и оптимальным в каждом конкретном случае. Различные варианты длительного промывания брюшной полости должны ос-

новываться на строгой оценке показаний и противопоказаний. Эту процедуру необходимо проводить по возможности щадящими методами, дающими меньшую опасность осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов А. А. В кн.: Труды ГИДУВа им. В. И. Ленина. Казань, 1961.— 2. Анисимов В. Ф., Паламарчук А. К. Экспр. хир., 1963, 4.— 3. Башков Ю. А., Эдлинский И. Б., Кулинич В. А., Субботин В. П. Казанский мед. ж., 1974, 3.— 4. Бульгина Н. В., Буров И. С. Вестн. хир., 1974, 11.— 5. Волков Л. А. Клин. хир., 1973, 7.— 6. Волкова Л. Н., Кузьмичев Ю. А. В кн.: Сборник научных трудов Днепропетровск. мед. ин-та. Днепропетровск, 1961, т. 19, ч. I.— 7. Измайлов Г. А. Клин. хир., 1974, 12.— 8. Кириленко А. В. В кн.: Острый аппендицит и актуальные вопросы гнойной хирургии. Клайпеда, 1971.— 9. Кочнев О. С., Ким И. А., Шайморданов Р. Ш. Казанский мед. ж., 1975, 4.— 10. Кузьмичев Ю. А. К вопросу дренирования брюшной полости растущего организма при разлитом гнойном перитоните. Автореф. канд. дисс., Днепропетровск, 1966.— 11. Осипов А. П. Клин. хир., 1972, 2.— 12. Поляков Н. Г. Дренирование в хирургии. Киев, «Здоров'я», 1978.— 13. Родионов В. В., Прикупец В. Л., Кузьмин Н. В., Чагаев Н. В. Вестн. хир., 1975, 6.— 14. Савельев В. С. Савчук Б. Д., Кубышкин В. А., Лемиш Г. Т. Хирургия, 1974, 4.— 15. Салихов И. А. Казанский мед. ж., 1976, 1.— 16. Форисюк Л. Н. Клин. хир., 1973, 8.

Поступила 5 июня 1979 г.

УДК 616.329—001—07—089

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА¹

*Чл.-корр. АМН СССР Е. А. Вагнер, А. З. Лурье, А. М. Дмитриева,
В. Я. Родионова, В. Д. Фирсов, П. С. Рыжаков, И. А. Шарипов*

Кафедры госпитальной хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Е. А. Вагнер), ЛОР-болезней (зав. — доц. А. З. Лурье), рентгенологии (зав. — доц. А. М. Дмитриева) и общей хирургии (зав. — доц. Ю. С. Соколов) Пермского медицинского института

Реферат. Обобщен опыт лечения 107 больных с травмами пищевода. Основным методом диагностики являлось клинико-рентгенологическое исследование. Эзофагоскопию проводили в неясных случаях и для извлечения инородных тел. При непроникающих повреждениях эффективно консервативное лечение. При перфорации в ранние сроки производили ушивание раны или резекцию пищевода, в поздние сроки делали дренирующие операции. Летальность составила 15%. Основными причинами смертельных исходов были тяжелые осложнения в связи с поздней диагностикой.

Ключевые слова: пищевод, повреждения, лечение.

Библиография: 4 названия.

В настоящей статье изложены результаты лечения 107 больных с травмой пищевода — 62 с непроникающими повреждениями и 45 с перфорацией. Шейный отдел был поврежден у 83 больных, грудной — у 21, брюшной — у 3. Подавляющее большинство непроникающих повреждений связано с внедрением инородных тел и бужированием.

При повреждении пищевода обычно сразу же появляются боли (особенно при глотании), нередко сопровождающиеся слюнотечением. С присоединением эзофагита повышается температура.

Если рентгенологическими методами удастся исключить наличие инородного тела или перфорации пищевода, то этим можно ограничить диагностические исследования. Если же рентгенологические данные недостаточно проясняют картину и имеются жалобы на функциональный дискомфорт в пищеводе, показана диагностическая эзофагоскопия. Некоторые авторы [2, 4] считают, что диагностическую эзофагоскопию следует производить только по строгим показаниям — при отрицательных или сомнительных данных рентгенологического обследования, другие же применяют ее очень широко [3].

При непроникающих ранениях пищевода показано консервативное лечение. Так как процесс эпителизации поверхностных разрывов и ссадин продолжается в среднем

¹ Доложено на заседании Пермского научного общества хирургов 26/III 1979 г.