

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫМ СПОСОБОМ ПЕРИТОНЕОСТОМИИ

В. А. Кузнецов, В. Г. Чуприн, А. Ю. Анисимов

*Кафедра хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов) Казанского института
усовершенствования врачей, БСМП (главврач—Ю. А. Анисимов), г. Казань*

Перитонит был и остается актуальной проблемой urgentной абдоминальной хирургии. Неудовлетворенность результатами лечения больных острым разлитым гнойным перитонитом (ОРГП) с массивным каловым загрязнением брюшины и эндогенной интоксикацией (ЭИ) II—III степени [4] полуоткрытым способом и способом перитонеостомии в традиционном варианте [5] побудили нас к поиску новых технических решений.

Анализируя особенности послеоперационного течения болезни, интраоперационные находки и результаты аутопсий, мы неизменно сталкивались с большим количеством межкишечных гнойников, плохо дренируемых пространств, ограниченных большим салником, обширными гнойными процессами в операционных ранах и легочными осложнениями. Все это явилось мотивом к разработке оригинальной методики перитонеостомии [1, 2], предусматривающей обеспечение непрерывной санации брюшной полости, профилактику легочных осложнений в послеоперационном периоде и защиту тканей брюшной стенки от вторичной инфекции.

Усовершенствованный способ перитонеостомии был применен нами в комплексном лечении 42 больных ОРГП (у 32 мужчин и 10 женщин) по следующим показаниям: терминальная фаза ОРГП, любая фаза ОРГП с массивным каловым загрязнением брюшины, ОРГП с клиническими и операционными признаками анаэробной неклостридиальной инфекции. В возрасте от 15 до 39 лет было 15 больных, от 40 до 59 лет — 10, от 60 и старше — 17. Перитонит был спровоцирован следующими причинами: послеоперационными осложнениями (у 11), перфорацией язв желудочно-кишечного тракта (у 12), травмами живота (у 8), острой непроходимостью кишечника (у 4), деструктивным аппендицитом (у 3), тромбозом мезентериальных сосудов

(у 2), прочими причинами (у 2). Все больные были прооперированы на поздних сроках от начала заболевания. У всех в брюшной полости был обнаружен гнойный экссудат (в среднем $780,8 \pm 107,1$ мл). Его бактериологическое исследование выявило следующие микроорганизмы: кишечную палочку (у 48,1%), стафилококки (у 14,8%), синегнойную палочку (у 13%), протей (у 11,1%), клебсиеллу (у 3,7%), другие возбудители (у 9,3%). Выявление у 26 (61,9%) больных признаков, патогномичных для анаэробной неклостридиальной инфекции, позволило нам предложить ее участие в воспалительном процессе, к сожалению, без микробиологического подтверждения.

В послеоперационном периоде все больные получали массивную антибактериальную терапию направленного действия внутримышечным (39), внутривенным (37), внутрибрюшинным (32), эндолимфатическим (1) и паралимфатическим (5) способами введения.

Методы экстракорпоральной гемокоррекции применяли у 24 пациентов: у 14 — гемосорбцию, у 10 — лечебный плазмаферез, у 10 — ксеноспленоперфузию, у 9 — ультрафиолетовое облучение аутокрови, у 16 — сочетание этих методов в различных вариантах.

Глубокая интубация тонкой кишки проведена 32 больным: трансназально — 28, через цекостому — 1, концевую илеостому — 2. Пассивная декомпрессия выполнена в 3 случаях, активная — в 29.

Плановые этапные санации брюшной полости в послеоперационном периоде осуществлены у 34 больных: один раз — у 22, 2 раза — у 9, 3 раза — у одного, 6 раз — у 2.

Контрольную группу, относительно репрезентативную по распространенности воспаления в брюшине, тяжести ЭИ, равноценности общего медикаментозного комплекса и характера деток-

сикационной терапии, составили 108 больных, у которых в лечении ОРГП были применены полуоткрытый (63) и традиционный (45) способы перитонеостомии.

Клинический анализ течения послеоперационного периода после применения усовершенствованного способа перитонеостомии позволил нам выделить ряд особенностей. В первые сутки течение воспалительного процесса существенно не отличалось от такового у больных контрольной группы. Для всех пациентов в этом периоде было характерно тяжелое или крайне тяжелое общее состояние, сопровождавшееся дыхательными расстройствами и нестабильной гемодинамикой. Повязка на брюшной стенке обильно промокала гнойно-сукровичным отделяемым, а по дренажным трубкам из кишечника эвакуировалось большое количество застойного содержимого. Лечебная программа в это время предусматривала эффективное обезболивание, восстановление адекватного дыхания и ликвидацию гиповолемических расстройств.

В дальнейшем отведение большого сальника в верхний угол срединной лапаротомной раны значительно повысило эффективность дренажа брюшной полости, поскольку при этом облегчался отток в повязку скоплений перитонеального экссудата. Нами проведена сравнительная количественная оценка экссудата на операции, плановых этапных санациях и релапаротомиях «по требованию». При этом статистически значимой разницы между релапаротомией «по требованию» и плановой этапной санацией при традиционном способе перитонеостомии не зарегистрировано, в то время как разница этих показателей с аналогичными при оригинальном способе перитонеостомии была достоверной. Количество перитонеального экссудата на этапных санациях при усовершенствованном варианте перитонеостомии было меньше, чем при традиционном ($P < 0,05$), что наглядно демонстрирует рис. 1. На этапных санациях в изучаемой группе больных было отмечено почти полное отсутствие межкишечных абсцессов. Этот вид осложнений имел место только у 2 пациентов. Приводим клиническое наблюдение.

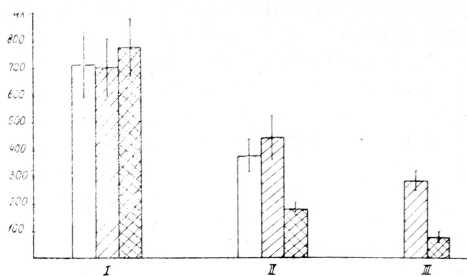


Рис. 1. Количество перитонеального экссудата. Обозначения: I — операция, II — 1-я этапная санация, III — 2-я этапная санация (релапаротомия «по требованию»). Столбцы без штриховки — полуоткрытый способ лечения, с косой штриховкой — традиционная перитонеостомия, с перекрестной штриховкой — усовершенствованная перитонеостомия.

П., 28 лет, оперирован через 5 суток с момента получения проникающего колотого ранения брюшной полости, ранения подвздошной кишки, разлитого гнойного перитонита, терминальной стадии, предположительно с преобладанием анаэробного компонента микрофлоры. В брюшной полости содержалось около 2000 мл гнойного экссудата с примесью тонкокишечного содержимого и множество межкишечных абсцессов. С учетом характера интраоперационных находок было признано целесообразным проводить открытое лечение перитонита. Наложена перитонеостома без отведения большого сальника в верхний угол раны. Во время этапной санации в среднем и нижнем этажах брюшной полости, преимущественно ниже уровня мезоколон, то есть в зоне, отграниченной большим сальником, был обнаружен конгломерат кишечных петель. При его разделении выделилось около 400 мл грязно-коричневого экссудата с гнилостным запахом. В малом тазу и в правом боковом канале выявлены два осумкованных абсцесса, содержащих детрит, фибрин, зловонный бурый гной. При его микробиологическом исследовании высеваны кишечная палочка и клебсиелла. После санации брюшной полости было решено продолжить лечение в условиях перитонеостомы. Большой сальник в виде многослойной трубки с гидратцеллюлозной пленкой отведен в верхний этаж брюшной полости. На следующей этапной санации в ней было обнаружено лишь около 50—70 мл серозно-геморрагического, без запаха экссудата, имели место обильные фибриновые наложения на брюшине, вяло перистальтирующие петли тонкой кишки. Это дало право оперирующему хирургу зашить брюшную полость до дренажей. На 37-е сутки больного выписали в удовлетворительном состоянии. Срок открытого лечения составил 5 суток.

Отведение большого сальника позволяло нам на перевязках объективнее оценивать динамику патологического процесса и при необходимости своевременно принимать те или иные лечебные меры.

Более выраженным детоксикационным эффектом усовершенствованного

способа перитонеостомии мы склонны объяснять и значительное уменьшение в послеоперационном периоде числа нитоксикационных психозов, которые клинически проявлялись в виде выраженного психомоторного возбуждения, дезориентации в окружающей обстановке, спутанности сознания, легкой ригидности мышц затылка. Это осложнение встретилось лишь у 4 пациентов. Хотя «изоляция» большого сальника исключает его участие в механическом блокировании источника инфекции, однако это вовсе не означает, что его функция «милиционера» брюшной полости полностью утрачивается. Вероятно, большой сальник продолжает участвовать в резорбции и блокировании бактерий перитонеального экссудата.

Практическая реализация идеи снижения внутрибрюшного давления с целью создания более благоприятных условий для дыхания в послеоперационном периоде доказала ее правоту и перспективность. В изучаемой группе больных значительно снизилась частота легочных осложнений. Так, например, застойную пневмонию мы наблюдали только у 3 больных. При исследовании параметров внешнего дыхания нами обнаружено, что в группе больных, леченных усовершенствованным способом перитонеостомии, через 24 часа после операции дыхательные коэффициенты ЖЕЛ/ДЖЕЛ и ОФВ₁/ДОФВ₁ были достоверно выше, чем в контрольной группе. При интегральной оценке состояния аппарата вентиляции [3] диагностированы лишь вторая степень снижения вентиляционной способности легких и первая степень снижения ЖЕЛ (в контрольных группах — соответственно пятая и третья).

Мы отказались от проведения декомпрессии тонкой кишки через искусственно сформированные фистулы желудочно-кишечного тракта и в результате у больных изучаемой группы не наблюдалось несостоятельности стом. Исключение составил лишь один пациент, у которого была выполнена интубация кишечника через цекостому, оказавшаяся несостоятельной. Это окончательно убедило нас в опасности подобных методов дренирования кишечника при перитоните. Мы считаем более целесообразным сочетание предлагаемого варианта перитонеостомии с назогастральной интубацией тонкой кишки.

Основным осложнением послеоперационного периода являлось нагноение лапаротомных ран. В борьбе с ним мы попытались реализовать два момента: защитить мягкие ткани в области разреза от контакта с экссудатом и отказаться от дренирования брюшной полости через широкие контрапертуры, особенно при подозрении на преобладание анаэробного компонента микрофлоры, ввиду опасности вторичного инфицирования. Такая тактика позволила нам уменьшить число нагноений ран брюшной стенки с 85 до 45,3%. Кроме того, практически исчезли флегмоны брюшной стенки даже при наличии патогномичных для неклостридиального перитонита признаков. Однако полностью исключить опасность инфекционных осложнений со стороны операционных ран нам, к сожалению, не удалось. Заживление вторичным натяжением было и остается, скорее, правилом, чем исключением, при открытом лечении перитонита.

Анализируя причины летальных исходов, мы пришли к выводу, что прогрессирующий перитонит и его гнойные осложнения как причина смерти переместились в изучаемой группе на второе место, а на первый план вышла острая недостаточность жизненно важных систем организма, прежде всего сердечно-сосудистой. Этот вывод подтверждают морфологические находки в биоптатах париетальной брюшины большинства умерших больных. О положительной динамике процесса свидетельствовали истончение фибриной пленки на поверхности брюшины, уменьшение лейкоцитарной инфильтрации ее более глубоких слоев, участков кровоизлияний и внутрисосудистых стазов, появление макрофагов и фибробластов. У 5 больных с неблагоприятным исходом местные проявления перитонита были полностью купированы и брюшную полость у них удалось зашить. Смерть же наступила от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности.

Несомненными преимуществами усовершенствованного способа перитонеостомии являются снижение летальности с 71,1% до 45,2% и сокращение продолжительности койко-дня в группе больных с благоприятным исходом до $39,7 \pm 2,1$ суток. Приводим клинический пример.

Г., 56 лет, был госпитализирован в клинику через 2 суток с момента получения травмы (был избит). При поступлении состояние тяжелое, клиническая картина разлитого перитонита. Во время операции в брюшной полости обнаружено около 1500 мл мутного, грязно-бурого, с гнилостным запахом гноя, каловые массы, большое количество фибрина. Источник перитонита — разрыв подвздошной кишки в 30 см от илеоцекального угла. При микробиологическом исследовании высеяна синегнойная палочка. Произведены ушивание разрыва, туалет брюшной полости, назогастральная интубация тонкой кишки. Наложена перитонеостома.

11.09.1990 г. выполнена этапная санация брюшной полости. При ревизии выявлено около 100—150 мл серозно-геморрагического, без запаха экссудата. Парная брюшина той брюшной полости резко гиперемированная, тусклая, отечная, с большим количеством фибрина. Петли тонкой и толстой кишки на всем протяжении гиперемированы, отечны и умеренно расширены. Перистальтика очень вялая. Швы на тонкой кишке самостоятельны. Признано целесообразным продолжать лечение в условиях перитонеостомии.

12.09.1990 г. проведен сеанс ксеноспленоперфузии, а 13.09.1990 г. — вторая плановая этапная санация. В брюшной полости находилось около 30—50 мл серозно-геморрагического, без запаха экссудата. Брюшина блестящая, гиперемированная, фибринозные наложения скудные. Произведено дренирование брюшной полости через контрапертуры. Срединная рана защита до кожи. 14.09.1990 г. — лечебный плазмаферез. 17.09.1990 г. — гемосорбция. В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко. На 31-е сутки больного выписали в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, включение в лечебную программу для особо тяжелой группы больных ОРГП предлагаемого усовершенствованного способа перитонеостомии позволило снизить выраженность ЭИ, уменьшить число послеоперационных осложнений, сократить сроки стационарного лечения и летальность.

В заключение необходимо отметить, что пессимизм в оценке перспектив решения проблемы ОРГП сегодня неуместен. Успех лечения ОРГП с выраженными нарушениями гомеостаза и массивным загрязнением брюшины зависит от комплексного подхода, в котором развитие каждого направления требует дальнейших разносторонних исследований. Совершенствование

методов хирургического воздействия на ЭИ, в частности использование предлагаемого усовершенствованного способа перитонеостомии, будет способствовать улучшению результатов лечения наиболее тяжелой группы больных ОРГП. Однако его применение не только решает, но и ставит перед клиницистами ряд задач. В частности, остается не вполне ясным, почему часть больных погибает, несмотря на купирование воспалительного процесса в брюшной полости. Этот и многие другие вопросы ЭИ при перитоните требуют дальнейшего углубленного и всестороннего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов А. Ю. Перитонеостомия в лечении разлитого гнойного перитонита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1991.
2. Анисимов А. Ю. — Казанский мед. ж. — 1993. — № 5. — С. 321 — 327.
3. Визель А. А., Белиловский Е. М., Соколов Н. Г., Галков Е. М. Логическое правило интерпретации параметров внешнего дыхания и его реализация на микроЭВМ (Методические рекомендации). — Казань, 1990.
4. Гостищев В. К., Синовец А. А. // Вестн. хир. — 1986. — № 12. — С. 43 — 46.
5. Мильков Б. О., Кулачек Ф. Г., Смирнова Н. А., Красенко С. Ф. // Клин. хир. — 1985. — № 2. — С. 60 — 61.

Поступила 11.02.92.

RESULTS OF THE TREATMENT OF ACUTE PURULENT GENERAL PERITONITIS BY THE IMPROVED PERITONEOSTOMY METHOD

V. A. Kuznetsov, V. G. Chuprin,
A. Yu. Anisimov

Summary

The peritoneostomy method is improved and tested in 42 patients with acute purulent general peritonitis. It's therapeutic effect is explained by the possibility of performing the continuous controlled sanitation of the abdominal cavity, prevention of pulmonary complications in postoperative period, and protection of abdominal wall tissue in incision region from secondary infection. The method permits to decrease efficiently the manifestation of endogenous intoxication, the number of postoperative complications, to reduce the terms of stationary treatment and lethality. The indications to the application of this method in hospital are formulated.