

²А. Баймагамбетова, ¹У.А. Муканова, ²М.М. Рысбеков, ¹Ы.А. Аннаоразов

¹Международный казахско-турецкий университет, Шымкентский медицинский институт
кафедра «Хирургии и анестезиологии-реанимации».

²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМИ ГНОЙНЫМИ ПЕРИТОНИТАМИ И АБСЦЕССАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

До настоящего времени проблема острого перитонита остается одной из актуальнейших в абдоминальной хирургии. Не смотря на совершенствование методов лечения и появления огромного арсенала современных лекарственных препаратов, перитонит остается одним из основных осложнений острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости.

Ключевые слова: абсцесс, абсцессы брюшной полости, перитонит, разлитой перитонит

Актуальность

Несмотря на развитие медицины перитониты не теряют актуальности по сей день.

Особенной тяжестью течения отличается перитонит после плановых операций, который развивается в 4,5%, преимущественно онкологического профиля и кончается смертью почти у 58% пациентов.

Однако большое количество предложенных методик, а также нередкое противоречивое толкование механизма действия предложенных методик, говорит об актуальности данной проблемы.

Целью настоящего исследования является совершенствование хирургической тактики лечения больных перитонитом.

До настоящего времени остаются нерешенными многие вопросы ранней диагностики и лечебной тактики при послеоперационном перитоните. Не перестало быть дискуссионным даже определение понятия "послеоперационный перитонит".

Последние десятилетия появились сообщения о «плановых релапаротомиях» направленных на превентивный «Second look»- повторный осмотр брюшной полости при прогрессирующем перитоните.

Как правило, перитонитом завершаются такие деструктивные процессы в брюшной полости, как гангренозные формы аппендицита, холецистита, панкреатита, кишечная непроходимость.

Б.Д. Савчуком (1979), описывается фазы течения, перитонитов согласно классификации К.С. Симоняна (1971), где в клиническом течении перитонита различают 3 фазы: реактивная, токсическая и терминальная [10].

Реактивная фаза (первые 24 ч) характеризуется местными и общими проявлениями. Местные проявления включают болевой синдром, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, рвоту, двигательное возбуждение. Общие реакции выражаются в учащении пульса до 120 уд/мин, повышении артериального давления, учащении дыхания, повышении температуры тела до 38°C, умеренно выраженных токсических сдвигах в формуле крови.

Для токсической фазы (24-72ч) характерно стихание местных проявлений и превалирование общих реакций: заостренность черт лица, бледность, малоподвижность эйфория, учащение пульса свыше 120 уд/мин, снижение артериального давления, поздняя рвота, гектический характер температуры тела, значительный гнойно-токсический сдвиг в формуле крови. Местные проявления включают снижение болевого синдрома и защитного напряжения мышц, исчезновение перистальтики и нарастание метеоризма.

Терминальную фазу (свыше 72 ч) характеризуют как стадию глубокой интоксикации на грани обратимости: лицо Гиппократово, адинамия, прострация, нередко интоксикационный делирий, значительные расстройства дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, обильная рвота с каловым запахом, падение температуры тела на фоне резкого гнойно-токсического сдвига в формуле крови, бактериемия. Местные проявления - полное отсутствие перистальтики, значительный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу. Как отмечает Б.Д.Савчук, описанная картина токсической фазы соответствует представлениям зарубежных хирургов об эндотоксическом шоке, а терминальная фаза - о септическом шоке.

Практически важным и патогенетически обоснованным является подразделение перитонита по характеру экссудата брюшной полости (серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный).

Особенности послеоперационного перитонита

Послеоперационный перитонит – одно из наиболее частых и тяжелых осложнений после хирургических вмешательств на органах брюшной полости [1,2,3,4,5].

Согласно данным D.Berger и K.Buttenschoen (1998), в настоящее время в большинстве стран диагностика и лечение различных форм перитонита полностью стандартизированы. С патофизиологической точки зрения, самостоятельными выделены послеоперационные и посттравматические перитониты [12].

Одной из основных причин возникновения послеоперационного перитонита (ПП) является нарушение герметичности анастомоза вследствие либо ошибок в формировании кишечного шва, либо под воздействием протеолитических ферментов патогенной микрофлоры на фибрин в области наложенного шва. Через сутки после формирования анастомоза возникает механическая и биологическая проницаемость стенки кишки. Естественно, что опасность возникновения ПП повышается вследствие запаздывания выполнения релапаротомии и неадекватной санации брюшной полости и/или неудовлетворительного ее дренирования [11,13].

Несмотря на обширность арсенала диагностических исследований для выявления ПП, результаты их применения не могут полностью удовлетворить хирургов, тем более, что при развернутом перитоните активно применяемая антибиотикотерапия затрудняет своевременное установление диагноза. Согласно данным И.Т.Васильева (1995), главные причины неблагоприятных исходов лечения ПП связаны с поздней диагностикой возникшего осложнения [6].

И.Г.Лещенко и Ф.И.Панов (1991), основываясь на опыте лечения 136 больных с ПП, разработали критерии диагностики этого осложнения, среди которых наиболее информативными оказались симптомы интоксикации (78-100%), в то время как клинические симптомы соответствовали диагнозу только в 64-69% наблюдений [7,8,9,10].

В настоящее время наиболее доступным и эффективным методом диагностики ПП является динамическая лапароскопия. Применение разработанного мониторинга послеоперационного периода позволило в 2,3 раза сократить диагностический период. Считается, что лапароскопия при тромбозе мезентериальных сосудов и перитоните является эффективным методом ревизии брюшной полости с целью определения показаний для релапаротомии.

Послеоперационный перитонит является показанием к проведению срочной релапаротомии. Вмешательство заключается в устранении источника перитонита, санации и дренировании брюшной полости.

Вместе с тем до настоящего времени существуют некоторые различия при лечении больных с разлитым (диффузным, распространенным, неограниченным) гнойным перитонитом

Существует алгоритм показаний к релапаротомии по поводу перитонита. К основному диагностическому признаку относятся стойкий парез желудочно-кишечного тракта, некупируемый обычной метикаментозной анестезией, и введением анестетика в перидуральное пространство, к дополнительным признакам – защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, синдромы интоксикации, гемодинамических нарушений, дыхательной и печеночно-почечной недостаточности, гиперкоагуляции.

К современным методам лечения при ПП целесообразно отнести длительную декомпрессию кишечника, в основном тонкой кишки, и промывание (лаваж) брюшной полости.

Естественно, что при одномоментном вмешательстве хирург, как правило, не в состоянии полностью санировать брюшную полость, тем более при послеоперационном перитоните. Вместе с тем в настоящее время совершенствование анестезиологических методов и инфузионной терапии позволяет выполнять более сложные вмешательства на брюшной полости и ее органах. К таким вмешательствам относят открытый метод – лапаростомию, который начали изучать в 70-80-е годы, хотя известен, что его предложил Микулич еще в конце прошлого века, о чем сообщил Ж.Л.Фор (1928), использовавший этот метод у пациенток с пельвиоперитонитом.

Пионером современных способов лапаростомии следует считать хирурга Н.С.Макоху, свой способ он назвал "открытый способ лечения тяжелых форм перитонита. Среди западных хирургов пионером лапаростомии признан D. Steinberg.

В настоящее время лапаростомию выполняют в виде открытой или закрытой эвисцерации. При первой по периметру раны изнутри закрепляют полужесткое кольцо, от которого сверху отходит прозрачный пластиковый конус для наблюдения и предохранения брюшной полости от высыхания и суперинфекции. Через конус в брюшную полость проводят катетер для введения жидкости, которая оттекает наружу через трубки и/или полосочные дренажи, введенные в других отделах брюшной полости. При перитонитах вследствие несостоятельности анастомозов последние снимают, концы полых органов выводят на переднюю брюшную стенку в виде стом.

Открытый метод имеет ряд преимуществ, среди них снижение внутриабдоминального давления, постоянный контроль за состоянием брюшной полости, реализация эффекта диализа при почечной недостаточности и бактерицидное действие на анаэробную флору.

Больным, которым применяют лапаростомию, показаны частые перевязки (на курс лечения от 3 до 18), в процессе которых проводят ревизию брюшной полости. Выздоровление происходит обычно в сроки 2-3 недель после чего рану передней брюшной стенки закрывают вторичными швами или синтетической медленно рассасывающейся сеткой.

У больных со спонтанно возникшими "лапаростомами" вследствие перитонита на почве несостоятельности швов, внутриабдоминального анастомоза летальность, составила 71%, при использовании "открытого ведения" брюшной полости по медицинским показаниям - 47%.

При открытом ведении брюшной полости необходимо своевременно ликвидировать гнойные фасцииты, нужен постоянный контроль за сопутствующей интраабдоминальной инфекцией и, желательнее, чтобы пациенты могли осуществлять самостоятельный уход за раной передней брюшной стенки. С.Ю.Рудаков и Г.В.Филиппович (1996) дополняют открытое ведение брюшной полости промыванием ее раствором натрия гипохлорита, который является активным носителем кислорода, а также вводят этот раствор в кишечный зонд.

При открытом способе летальность, по данным В.А.Кузнецова и соавт. (1997), составила 71,1%. Авторы предложили также свою технику хирургического вмешательства и назвали ее "полуоткрытым методом", который заключается в широком дренировании брюшной полости через контрапертуры в подвздошных областях и подреберьях с ушиванием срединной раны наглухо.

Результаты плановых и неотложных релапаротомий и продленного закрытого лаважа брюшной полости примерно одинаковы, хотя патофизиологически предпочтителен закрытый лаваж брюшной полости.

Как альтернативу лапаростомии некоторые хирурги применяют многократные релапаротомии, метод назван «программированная релапаротомия» которая подразделяется на: этапная, плановая, полуоткрытая.

Для удобства повторных ревизий брюшной полости по методу W.Teichmann и соавт. (1985) – используют швование в края разреза передней брюшной стенки замка – "молнии".

Частота диагностических ошибок при перитонитах достаточна высока и достигает на догоспитальном этапе по данным Попова В.А. (1985) до 16,3%, а в стационаре - 12,7%. Причины частых диагностических ошибок принято делить на субъективные и объективные. К первым относятся недостаточная настороженность при исключении острого хирургического заболевания органов брюшной полости, отказ от использования при целенаправленном определении патогномичных симптомов всех доступных и необходимых физикальных и технических способов обследования больного (пальпация, перкуссия, аускультация живота и грудной клетки, ректальное пальцевое исследование, измерение ректальной температуры, рентгенологическое обследование живота и грудной клетки и т.д.). Объективной причиной ошибок диагностики можно признать атипичность течения заболевания у детей и лиц пожилого возраста, стертость клинических признаков в связи с бесконтрольным применением антибиотиков в амбулаторных условиях, затухание проявлений перитонита клинической картиной рано развивающихся осложнений со стороны сердечно-

сосудистой, дыхательной и других систем организма. Не вызывает сомнений, что успех в своевременной правильной диагностике перитонита прежде всего зависит от опыта врача, его теоретической подготовки и уровня клинического мышления.

При осмотре больного с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости врач должен ответить на ряд важных вопросов, среди которых мы хотели бы выделить следующие:

имеется ли у больного клиника перитонита и какова его распространенность;

в каком состоянии (компенсации или декомпенсации) находятся основные функциональные системы и обменные процессы организма больного;

каковы должны быть объем и содержание, а в связи с этим и длительность предоперационной подготовки данного конкретного больного.

В клинической картине перитонита можно выделить общие и местные симптомы.

Общие симптомы перитонита включают:

острое внезапное начало или усиление болей на фоне предшествовавших признаков хронического воспалительного процесса (анамнестические данные);

чаще вынужденное положение на спине и ограниченная подвижность больного, иногда приведение бедер к животу – при локализации процесса в нижних отделах живота или полусидящее положение – при развитии воспалительного процесса в верхних отделах живота;

симптомы, связанные с развитием у больного общей тканевой гипоксии и интоксикации. К последней – группе симптомов следует отнести бледность кожных покровов, синюшность губ и носа, акроцианоз и заострение черт лица. При далеко зашедшем воспалительном процессе возможно желтушное окрашивание кожи и склер.

Настроение у больных с перитонитом чаще подавленное. Реже отмечаются беспокойство и страх возбужденное состояние. Довольно ярким проявлением интоксикации являются эйфория, неадекватность в оценке больным своих ощущений и состояния.

Важными и информативными признаками общей реакции организма при перитоните являются изменения сердечно-сосудистой системы. Пульс становится частым, сниженного наполнения, иногда аритмичным. Часто наблюдается несоответствие высокой частоты пульса температурной реакции организма. Причинами аритмии могут быть гипоксия и гиперкапния. Диагноз аритмии должен быть уточнен электрокардиографически, на ЭКГ могут быть также выявлены признаки гипоксии и гипокалиемии.

Для клинической оценки состояния периферического кровообращения необходимо обратить внимание на состояние перфузии капилляров, которая оценивается по цвету кожных покровов, по симптому мраморного пятна в области ногтевых лож (симптом Гведела), по почечному диурезу. Объективным методом оценки периферического кровообращения, доступным в любых условиях, является определение ЦВД. Одновременное снижение ЦВД и почасового диуреза позволяет предполагать снижение ОЦК. Синхронное снижение артериального давления и ЦВД может быть связано с гиповолемией, и с нарушением сосудистого тонуса.

Лейкоцитарный индекс интоксикации в прогнозировании РГП

Наиболее информативными показателями, влияющие на течение послеоперационного периода у больных с РГП, являются следующие:

- показатели содержания эритроцитов и гемоглобина в крови;
- показатель общего белка сыворотки крови;
- показатель лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ);
- Мангеймский перитонеальный индекс (который описан выше).

С учетом этих показателей представилась возможность прогнозирования течения послеоперационного периода и исхода гнойного перитонита у исследуемых больных.

В соответствии с таблицей 1 показана динамика лабораторных показателей у исследуемых больных основной и контрольной групп.

Таблица 1 – Динамика лабораторных показателей в сравниваемых группах

Наименование показателя	До операции		После операции					
			3–4 сутки		8–10 сутки		14–16 сутки	
	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.
Общий белок	60,1 ± 1,1	60,7 ± 1,2	47,2 ± 0,8	46,8 ± 0,6	52,8 ± 1,3*	44,2 ± 1,1*	58,3 ± 1,3	45,6 ± 0,9
Гемоглобин	131 ± 1,3	130 ± 1,1	86 ± 0,9*	89 ± 0,7*	90 ± 1,1	55 ± 1,3	118 ± 1,2	60 ± 0,9
Эритроциты	4,5 × 10 ¹² ± 0,9	4,3 × 10 ¹² ± 1,3	3,0 × 10 ¹² ± 1,1	3,1 × 10 ¹² ± 0,9	3,4 × 10 ¹² ± 1,3	2,9 × 10 ¹² ± 1,1	3,8 × 10 ¹² ± 1,3*	3,0 × 10 ¹² ± 0,9*

Примечание * – разница средних величин достоверности P < 0,05.

Как видно по данным таблицы, основные лабораторные показатели крови до операции в обеих сравниваемых группах были примерно на одном уровне, в последующем в первые 3-4 суток показатели также были на одном уровне, лабораторные показатели на 14-16 сутки приближены к норме в основной группе.

В соответствии с таблицей 18 представлены показатели лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я.Кальф-Калифу у больных контрольной и основной групп с различными хирургическими заболеваниями

Изучение ЛИИ при остром холецистите показало, что чем выше ЛИИ, тем значительнее морфологические изменения в желчном пузыре. Так, при флегмонозном холецистите – 4,3; гангренозном – 6,4, сочетание острого деструктивного холецистита с перитонитом сопровождалось повышением ЛИИ до 10,7.

Изучение ЛИИ при острых хирургических заболеваниях живота показало, что наиболее высоким его показатель был при остром деструктивном холецистите и панкреонекрозах, наиболее низким – при ущемленных грыжах, эхинококкозе печени и тупых травмах живота и проникающих ранениях органов брюшной полости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Перитонит. Под редакцией Савельева В.С., Гельфанда Б.Р., Филимонова М.И. М., ЛитТерра, 2006, 208 стр.
2. Давыдов Ю.А., Козлов А.Г., Ларичев А.Б., Волков А.В. Лечение общего гнойного перитонита с синдромом полиорганной недостаточности (методические рекомендации). -Ярославль. -1991. -20 стр.
3. Шелестюк П.И., Блажитко Е.М., Ефремов А.В. Перитонит, М., 2001, 302 стр.
4. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдovenko А.Л. Перитонит, М, 2002, 240 стр.
5. Ханевич М., Селиванов Е. и др. Перитонит: Инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия, М., 2004, 205 стр.
6. Ю.Б. Мартов, С. Г. Подолинский, В. В. Кирковский, А. Т. Шастный. Распространенный перитонит. М, 2000, 144 стр.
7. Струков А.И., Петров В.И., Пауков В.С. Острый разлитой перитонит. М.: Медицина, 1987. - 288 стр.
8. Симонян К.С. Перитонит. М.: Медицина, 1971.-296 стр.
9. Запорожец А.А. Послеоперационный перитонит. Минск: Наука и техника, 1974. - 184 с.
10. Абдулжалилов М.К. Анализ причин релапаротомий в больнице скорой медицинской помощи / М.К. Абдулжалилов, З.З. Нажмутдинов, У.М. Абдуллаев // Сборник научных трудов международного хирургического конгресса.- Ростов-на-Дону.- 2005.- С. 109.
11. Заверный Л.Г. Релапаротомия: Определение показаний и результаты / Л.Г. Заверный, В.М. Мельник, А.И. Пойда и др. // Хирургия им. Н.И. Пирогова.- 1996.- № 1.- С. 66-69.

²А.Баймагамбетова, ¹У.А. Муканова, ²М.М. Рысбеков, ¹Ы.А. Аннаоразов
¹Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медицина институты,
«Хирургия және анестезиология-реанимация» кафедрасы
²«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ

ІРІНДІ ПЕРИТОНИТ ЖӘНЕ ІШ ҚҰЫСЫНЫҢ АБСЦЕССИ БАР НАУҚАСТАРДА ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІН ЖАСАУ

Түйін: Осы уақытқа дейін жедел перитонит проблемасы іштің хирургиясындағы ең маңыздыларының бірі болып қала береді. Не емдеу әдістерінің жетілдірілуіне және қазіргі заманғы дәрі-дәрмектердің үлкен арсеналының пайда болуына байланысты перитонит жедел хирургиялық аурулардың және іш қуысының зақымдануының негізгі асқинуларының бірі болып қала береді.

Түйінді сөздер: абсцесс, іш қуысының абсцесі, перитонит, төгілген перитонит

²A. Baymagambetova, ¹U.A. Mukanova, ¹M.M.Rysbekov, ¹Y.A. Annaorazov
¹International Kazakh-Turkish University, Shymkent medical Institute
Department of surgery and anesthesiology-resuscitation.
²JSC «South Kazakhstan Medical Academy»

BURN DISEASE AND HYPERBARIC OXYGENATION

Resume: To date, the problem of acute peritonitis remains one of the most urgent in abdominal surgery. Despite the improvement of treatment methods and the appearance of a huge Arsenal of modern medicines, peritonitis remains one of the main complications of acute surgical diseases and injuries to the abdominal cavity.

Keywords: abscess, abdominal abscesses, peritonitis, spilled peritonitis