

УДК 616.381—002

И. Х. ГЕВОРКЯН

О ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ АТИПИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕМ ПЕРИТОНИТЕ

Проведены наблюдения 20 больных с атипично протекающим острым воспалением брюшины в послеоперационном периоде без классических симптомов перитонита. Установлены основные причины атипического послеоперационного перитонита—измененные биологические свойства макроорганизма и гноеродной флоры, интенсивная послеоперационная терапия, широкое применение антибактериальных и обезболивающих препаратов. Приведена основная симптоматика послеоперационного атипического перитонита, способствующая своевременному его распознаванию.

За последние 10 лет в клинике госпитальной хирургии Ереванского медицинского института наблюдались 20 больных, у которых возникший в послеоперационном периоде разлитой гнойный перитонит протекал атипично, что привело к поздней диагностике и организации комплексной терапии этих больных. Мужчин было 15, женщин 5. Возраст больных колебался от 23 до 80 лет. 11 человек были в возрасте старше 60 лет.

В плановом порядке было оперировано 10 больных по поводу следующих заболеваний: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки—4, рак желудка—1, ахалазия пищевода—1 и холецистопанкреатит—4; в срочном порядке было оперировано также 10 больных по поводу: перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки—4, острый холецистопанкреатит—2, острый аппендицит—2 и острая кишечная непроходимость—2.

Говоря об атипическом течении перитонита, необходимо указать на притупление у больных болевого чувства—из 20 больных в послеоперационном периоде никто не жаловался на боль в животе, как на основную жалобу. Последняя, как правило, сводилась к вздутию живота, чувству тяжести, тошноте, иногда рвоте и задержке отхождения газов и стула. Действие кишечника у всех больных, как правило, имело место после гипертонических микроклизм, иногда наблюдался самостоятельный стул и отхождение газов.

Атипической была и температурная реакция организма—температура выше 38,0° в течение заболевания наблюдалась у 5 человек, чаще в терминальном периоде болезни. У остальных больных температура колебалась в пределах 37,0°—38,0°, иногда бывала нормальной или субфебрильной. Пульс в основном был учащенным, но удовлетворительного или даже хорошего наполнения. Артериальное давление также колебалось в пределах нормы, падая в терминальном периоде за-

болевания. Характерно, что в первые 2—3 дня болезни язых больных был сухим и сильно обложенным. В дальнейшем сухость проходила, язык очищался, однако за 1—2 дня до смерти он вновь становился сухим и обложенным. Мало менялся и внешний облик у этой группы больных. Характерное для перитонита изменение черт лица (заострившийся нос, впавшие глаза и др.) отсутствовало у 17 из 20 человек. Слизистая губ и кожа лица приобретали цианотический оттенок.

Живот у 12 имел бочкообразную форму, у остальных 8 человек — овальную. Как закономерное явление наблюдалось выраженное, чаще равномерное вздутие живота. Брюшная стенка обычно участвовала в акте дыхания. При поверхностной пальпации она имела мягкую консистенцию и была безболезненной. При глубокой пальпации консистенция брюшной стенки напоминала таковую резинового мяча и была умеренно болезненной. Выраженная болезненность обычно наблюдалась вокруг операционной раны. Симптом Щеткина-Блюмберга у 6 больных был отрицательным, у остальных 14 — слабоположительным. Перкуссия живота закономерно давала наличие высокого тимпанического звука, иногда с коробочным оттенком. При аускультации живота у 13 больных были слышны кишечные шумы, у 7 человек перистальтика кишок отсутствовала.

При пальцевом исследовании прямая кишка была расширена у всех больных, сфинктер заднепроходного отверстия был расслаблен у 14 человек. При ректальном исследовании было высказано предположение о наличии выпота в полости малого таза.

Нам не удалось также отметить закономерности в показателях белой крови. Количество лейкоцитов колебалось в широких пределах, от 5 до 20 тыс.; не было определенного постоянства и в качественных показателях белой крови. РОЭ также колебалась в широких пределах от нормальных до 60 и более мм в час.

С целью иллюстрации приводятся краткие сведения из истории болезни двух больных.

Мужчина, 47 лет (А-ян С. А., ист. бол. № 188/124), поступил в клинику 15/1 1976 г. с диагнозом: облитерирующий эндартериит обеих нижних конечностей, хронический гипертрофический гастрит и хронический колит. Болен около 20 лет. Неоднократно по этому поводу находился на больничном и санаторно-курортном лечении. За последнее время похудел почти на 10 кг.

Учитывая просьбу больного, было назначено лечение по поводу облитерирующего эндартериита и параллельно проводилось обследование желудочно-кишечного тракта. Поставлен диагноз: язвенная болезнь 12-перстной кишки с подозрением на озлокачествление. После соответствующей подготовки 11/II под эндотрахеальным наркозом была произведена резекция желудка по Гофмейстер-Финстереру. Установлено наличие язвы на передней поверхности луковицы 12-перстной кишки.

В послеоперационном периоде в течение первых пяти дней состояние больного было удовлетворительным, а в последующие три дня — средней тяжести. Основные жалобы сводились к чувству вздутия, тяжести в животе и затрудненному отхождению

газов. Пульс удовлетворительного наполнения, колебался в пределах 80—130 уд./мин. Температура тела доходила до 38,4°, а за три дня перед смертью была нормальной. Язык в первые два дня был чистым и влажным, затем стал сухим и покрылся белесоватым налетом, в дальнейшем вновь стал влажным, а за два дня до смерти опять появилась резкая сухость языка, который покрылся серовато-грязным налетом.

Живот/овальной формы, симметричный, умеренно вздутый. Брюшная стенка мягкая безболезненная, участвовала в акте дыхания. При глубокой пальпации отмечалась разлитая болезненность, больше в правой половине живота. Симптом Щеткина-Блюмберга оставался слабopоложительным. Перкуссия живота давала по всей брюшной полости равномерно распространенный высокий тимпанит. Пальцевое исследование прямой кишки патологии не выявило.

Со стороны белой крови отмечался умеренный лейкоцитоз с легким сдвигом влево (лейкоциты—14.000, нейтрофилы—79%, РОЭ—55 мм).

18/11 в 9 часов утра у больного наступил коллапс, и он скончался. Учитывая, что больной много лет страдал облитерирующим энтеритом, было высказано предположение о тромбозомболических осложнениях как причине смерти (эмболия легочной артерии? тромбоз мезентериальных сосудов?). На вскрытии установлено наличие разлитого фибринозно-гнойного перитонита, возникшего в результате несостоятельности швов культи 12-перстной кишки и тяжелой паренхиматозной дистрофии внутренних органов.

Почти аналогичное течение послеоперационного периода имело место и у остальных 19 больных, у которых диагноз разлитого гнойного перитонита прижизненно не был выявлен. У всех этих больных на секции имелся распространенный фибринозно-гнойный перитонит с выраженными дистрофическими изменениями со стороны паренхиматозных органов.

Мотоманци с соавторами* подвергли анализу истории болезни 32 больных, у которых в послеоперационном периоде перитонит протекал с атипичной симптоматикой, без или со слабовыраженной классической симптоматологией острого воспаления брюшины. Боли отсутствовали у 11, напряжение мышц брюшной стенки—у 30, нормальная температура была у 14 и у 11 больных не было высоких показателей количества лейкоцитов. На основании клинических наблюдений авторы установили, что послеоперационному перитониту свойственно следующее сочетание симптомов: метеоризм и боли; метеоризм, стаз в желудке и боли. Первое сочетание наблюдалось у 18, второе у 13 человек. Характерным признаком послеоперационного перитонита авторы считают исчезновение перистальтических шумов у больных после восстановления перистальтики кишечника. Задержка стула и отхождения газов из 32 больных наблюдались у 14. Поэтому нормальная функция кишечника, по мнению авторов, не исключает возможность существования послеоперационного перитонита.

Как было указано, отсутствие в послеоперационном периоде классических признаков перитонита и атипическое течение острого воспалительного процесса привели к диагностическим ошибкам. У большинства больных тяжелое течение послеоперационного периода связывалось с

* Motomancea D., Pronov R., Juvara I. Chirurgia (Buc.), 1975, 24, 3, 217.

наличием динамической кишечной непроходимости, у некоторых—с явлениями острого расширения желудка и токсикозом. Поэтому релапаротомия у многих больных была выполнена с опозданием, и спасти их жизнь не удалось. На секции у всех 20 больных имелся разлитой фибринозно-гнойный перитонит и тяжелые дистрофические изменения со стороны внутренних органов. У 10 больных острый перитонит в разных стадиях развития имелся уже при срочном оперативном вмешательстве и являлся осложнением перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки, острого флегмонозного холецистопанкреатита, острого перфоративного аппендицита и механической непроходимости кишечника. У остальных 10 больных, оперированных в плановом порядке, перитонит возник как осложнение оперативного вмешательства, в частности несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза, желудочно-кишечного анастомоза и культи 12-перстной кишки.

Что касается причин, приводящих к сглаживанию классических признаков острого воспаления брюшины и его атипическому течению в послеоперационном периоде, то, надо думать, их много. Прежде всего нельзя исключить роль иммунобиологической реактивности макроорганизма и вирулентности микроорганизма, приводящих к атипичному клиническому течению. Нельзя исключить значение и самой оперативной травмы, сопровождающейся повреждением мышц брюшной стенки, брюшины, нервных элементов и т. д., в значительной степени сказывающемся на возникновении и течении нормальных рефлекторных реакций. В сглаживании классической симптоматики перитонита и возникновении в послеоперационном периоде его атипического течения большое значение имеет широкое применение антибактериальных препаратов, в частности антибиотиков, маскирующих течение гнойной инфекции брюшины, а также обезболивающих препаратов, которые, притупляя болевое ощущение и вызывая фармакологический сон, в значительной степени сказываются на реактивности больного. Определенную роль в сглаживании классической симптоматики острого воспаления брюшины в послеоперационном периоде играет также современная интенсивная терапия. Широкое применение комплексных методов воздействия на организм больного в послеоперационном периоде, несомненно, положительно воздействуя на функциональное состояние органов и систем, создавая кажущееся благополучие, может привести к диагностическим ошибкам. Поэтому крайне важно, чтобы врач-реаниматолог мог своевременно констатировать намечающуюся в брюшной полости катастрофу.

Мотоманци с соавторами основными причинами атипического течения послеоперационного перитонита также считают применение антибиотиков, проведение интенсивной терапии и назначение после операции обезболивающих препаратов.

Таким образом, для распознавания в послеоперационном периоде атипически протекающего перитонита мы предлагаем пользоваться следующей симптоматикой. 1 Субъективные признаки—жалобы на

чувство тяжести в животе, вздутие и диспептические расстройства (задержка отхождения газов и стула, тошнота, рвота). 2. Объективные признаки—лицо без заострения черт, частый, но удовлетворительного наполнения пульс, изменения языка, невысокая, а иногда нормальная температура тела, равномерно вздутый живот, консистенция резинового мяча брюшной стенки и разлитая тупая болезненность, высокий коробочный оттенок перкуторного звука, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. 3. Дополнительные исследования: анализ крови—высокий показатель РОЭ и сдвиг в лейкоформуле влево даже при нормальных цифрах белой крови; ректальное исследование—зияние сфинктера, расширение ампулы прямой кишки, выпирание сводов, иногда с наличием симптома флюктуации.

Разумеется, указанные симптомы выражаются по-разному в зависимости от времени, прошедшего после начала воспалительного процесса. Эта симптоматика способствует исключению диагностических ошибок при распознавании острого гнойного послеоперационного перитонита.

Выводы

1. Изменение биологических особенностей макроорганизма и гное-родной флоры в условиях интенсивной терапии и широкого применения антибактериальных и обезболивающих препаратов может привести в послеоперационном периоде к сглаживанию классических признаков перитонита и возникновению его атипического течения.

2. Атипически протекающий в послеоперационном периоде перитонит приводит к частым диагностическим ошибкам и служит причиной поздней организации комплексной терапии больных и высокого процента летальности.

3. Знание симптоматики атипически протекающего в послеоперационном периоде перитонита способствует его своевременному распознаванию и организации соответствующего лечения.

Клиника госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 28/II 1977 г.

Ի. Խ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ՀԵՏՈՊԵՐԻՏԻՆՈՆ ԱՏԻՊԻԿ ԸՆԹՍՑՈՂ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վերջին 10 տարիների ընթացքում Երևանի բժշկական ինստիտուտի հոս-պիտալ վիրաբուժության կլինիկայում դիտվել են քսան հիվանդ, որոնց մոտ հետոպերացիոն շրջանում սուր պերիտոնիտը ընթացել է ատիպիկ, առանց վերջինիս համար բնորոշ կլասիկ նշանների: Այդ հանգամանքը եղել է պատ-

ճառ դիագնոստիկ սխալների և համապատասխան բուժման ուշ ցուցադրման:

Ատիպիկ պերիտոնիտի զարգացման հիմնական պատճառներն են՝ հիվանդի և թարախածին ֆլորայի բիոլոգիական հատկությունների փոփոխումը, հետոպերացիոն շրջանում ինտենսիվ բուժման անցկացումը, անտիբակտերիալ և ցավազրկող պրեպարատների լայն օգտագործումը:

Բերվում է ատիպիկ պերիտոնիտի սիմպտոմատիկան և լուսաբանվում են նրա ախտորոշման հարցերը: