

А. А. ХАЧАТРЯН, Г. О. АНДЖЕЛОВ, Р. А. БАЛАЯН, Д. Г. ДАВТЯН

ОБ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ И ЕГО
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

Проведен анализ историй болезни больных, страдающих гнойным перитонитом. Дана динамика клинического течения, подчеркнута важность интенсивной комплексной терапии перитонита, приведшей к снижению послеоперационной летальности с 14,7 до 8,7%.

Нами обобщен и изучен клинический материал 407 больных с острым перитонитом по данным трех клинических баз кафедры госпитальной хирургии ЕрМИ за 24 года (1959—1982). Среди них было 239 мужчин и 168 женщин. В возрасте до 50 лет было 296, старше 50—111 человек.

Причиной перитонита были: острый аппендицит—у 236, прободение язвы желудка и 12-перстной кишки—у 30, острый холецистит и нагноительные заболевания печени—у 29, острая кишечная непроходимость—у 26, послеоперационный перитонит—у 24, гинекологические заболевания—у 21, острый панкреатит—у 17 и так называемый криптогенный перитонит—у 3 больных.

Продолжительность заболевания до 24 часов была у 65, от 24 до 48 часов—у 98, от 48 до 72 часов—у 119, более 72 часов—у 108 и у 17 человек время заболевания не указано.

Хотя до настоящего времени нет общепринятой классификации острых гнойных перитонитов, однако рассматривать и детализировать клинический материал следует как по распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, так и по стадийности течения воспаления [14, 15]. Из 407 больных местный перитонит имелся у 281, а распространенный—у 126 человек. Таким образом, каждый третий больной имел распространенный гнойный перитонит.

По распространенности воспалительного процесса в брюшной полости больные распределялись следующим образом: ограниченный местный перитонит наблюдался у 70, неограниченный—у 211, распространенный диффузный перитонит—у 62, разлитой—у 46, тотальный—у 18 человек.

По стадии течения воспалительного процесса больные с острым гнойным перитонитом распределялись следующим образом: в реактивной фазе было 106, токсической—248 и терминальной—53 человека. Причем реактивная фаза заболевания в основном наблюдалась при местном перитоните, а терминальная—при разлитом и тотальном гнойном процессе. Из 407 больных в послеоперационном периоде (по клиническому течению) регрессирующий воспалительный процесс наблюдался у 355, а прогрессирующий—у 52. Последние подвергались релапаротомии в сроки от 5 до 22 дней после оперативного вмешательства, произведенного по поводу острого гнойного перитонита. Следует отметить, что среди лиц, подвергшихся релапаротомии, у 20 больных одновре-

менно имело место осложнение в виде колибациллярной флегмоны предбрюшинной или забрюшинной клетчатки.

Развитие острой печечно-почечной недостаточности в послеоперационном периоде наблюдалось у 58 из 407 чел., преимущественно у больных с разлитым перитонитом (51). Из других тяжелых осложнений, наблюдаемых в послеоперационном периоде, следует отметить септическую пневмонию (36) и острую сердечно-сосудистую недостаточность (73).

Бактериологические исследования гнойного экссудата брюшной полости, проведенные у 89 больных, показали, что в высеванных микробных культурах преобладала кишечная палочка (77), которая встречалась как в чистом виде, так и с энтерококком, стафилококком, протеем и др.

Раннее распознавание и своевременная госпитализация больных с острым гнойным перитонитом является основным условием их лечения. Опыт нашей клиники и данные литературы [2, 7, 9, 13, 15] показывают, что интенсивная предоперационная подготовка в течение 2—3 часов с момента поступления больного значительно уменьшает риск неотложной операции и благоприятствует течению послеоперационного периода.

Операция производилась под эндотрахеальным наркозом и заключалась в удалении или устранении первичного очага с полноценной санацией брюшной полости, а также ее рациональным дренированием, особенно мест скопления гноя, и применением ударных доз антибиотиков широкого спектра и направленного действия (внутриаортальное введение во время операции, внутрибрюшинное орошение и др.).

Большое значение имеет правильное ведение послеоперационного периода с применением активных целенаправленных мероприятий [1, 2, 6, 8, 12, 17, 19]. Сюда входят интенсивная комплексная терапия, в том числе перитонеальный диализ, другие дезинтоксикационные мероприятия и корригирование нарушенных функций организма.

Инфузионная терапия (физиологический раствор и раствор глюкозы с витаминами, реополиглюкин, гемодез, нативная или сухая плазма, альбумин, другие белковые кровезаменители) проводилась нами от 4 до 9—12 дней в зависимости от течения послеоперационного периода. Коррекция кислотно-щелочного равновесия и восстановление дефицита электролитов проводились под контролем ионограмм.

Для форсирования диуреза применялся в основном лазикс. Форсированный диурез предупреждает повреждение почечной паренхимы и развитие печечно-почечной недостаточности.

Перитонеальный диализ начинали через 2—3 часа после окончания операции в течение 2—3 суток, так как после трех суток уже наблюдается затруднение оттока жидкости из дренажных трубок. В первые сутки применяли до 6—7 л, а в последующие дни количество жидкости снижали по одному литру в день.

Для борьбы с парезом кишечника проводилась постоянная аспирация содержимого желудка (назогастральный зонд), химическая стимуляция кишечника (прозерин, ацеклидин, внутривенно гипертонический

раствор поваренной соли с питуитрином и др.), а также очистительные клизмы. Особое внимание уделялось также мероприятиям, направленным на улучшение сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

За последний период с 1979 по 1982 г. лечение больных острым гнойным перитонитом проводилось совместно с реаниматологами, нередко в реанимационном отделении. При лечении этих больных (92 чел.) в комплекс проводимых интенсивных мероприятий были включены: управляемая гемодилюция, гипербарическая оксигенация (ГБО) и электроимпульсная стимуляция желудочно-кишечного тракта.

Управляемая гемодилюция проводилась с последующим форсированным диурезом под постоянным контролем водно-электролитного баланса. В качестве контроля проводимой гемодилюции использовали показатели гематокрита, венозного давления, почасового расчета внутривенно вводимых жидкостей и количества мочи, полученной через постоянный катетер. Подобная тактика устраняла как дегидратацию, так и интоксикацию организма, тем самым улучшалась микроциркуляция в тканях жизненно важных органов.

На фоне интенсивной комплексной терапии сеансы ГБО проводились в барокамере ОКА-МТ (в условиях чистого кислорода) при давлении 1,6—1,8 абсолютных атмосфер. Длительность сеансов была от 45 до 60 минут.

Электроимпульсная стимуляция осуществлялась универсальным электроимпульсатором УЭИ-1. Дозированная стимуляция проводилась 2—3 раза в сутки постоянно в течение 45—60 мин, начиная с 0,5 мкс и 50 гц, постепенно повышая или снижая импульсацию. Анализ наших наблюдений дает основание считать, что электроимпульсная стимуляция особенно показана как при стойком парезе, так и нарушении моторики желудочно-кишечного тракта. Необходимо также отметить, что у некоторых больных (у 11 из 92) с упорным и стойко выраженным парезом желудочно-кишечного тракта одновременно проводилась рефлексотерапия в сочетании с гипербарической оксигенацией. Методика иглотерапии назначалась по принципу стимуляции определенных точек для восстановления моторики желудочно-кишечного тракта. Принцип подбора точек производился в соответствии с симптоматикой и тяжестью перитонита. В результате такой сочетанной терапии восстановление моторики желудочно-кишечного тракта происходило сравнительно быстрее и эффективнее (с 1—2 сеансов).

Для борьбы с инфекцией брюшной полости применяли антибактериальные препараты, в частности антибиотики, которые должны подавлять патогенную инфекцию в брюшной полости и предотвращать диссеминацию гнойного процесса [6, 11, 18, 19]. Применялись антибиотики широкого спектра действия (сигмамицин, канамицин, мономицин и др.) через дренажные трубки в виде внутрибрюшинного орошения. Кроме того, широко применяли прямокишечный путь введения антибиотиков.

Экспериментальные исследования, проведенные на кафедре по предложению И. Х. Геворкяна [3], показали, что через 5 мин после введения антибиотиков, в частности тетрациклина, в просвет прямой кишки

препарат начинает всасываться и распределяться по всем органам и тканям брюшной полости, сохраняясь в них в оптимальных дозах около 12 часов. Эти исследования дали возможность применять прямокишечный путь введения антибиотиков в послеоперационном периоде.

Общая послеоперационная летальность на нашем материале составляла 14,7% (из 407 оперированных больных умерло 60). Дифференцированный анализ послеоперационной летальности выявил, что у лиц до 50 лет она была равна 10,5, а старше 50 лет—26,1%; при местном перитоните процент летальности равнялся 6,0, а при распространенном—34,1.

За указанные четыре года (1978—1982) при лечении острого гнойного перитонита на фоне интенсивной комплексной терапии с применением управляемой гемодилюции, ГБО и электростимулюсной стимуляции желудочно-кишечного тракта нам удалось снизить послеоперационную летальность до 8,7% (из 92 больных умерло 8). Это обстоятельство объясняется как ранней госпитализацией больных, так и проведением более рациональных патогенетических мероприятий в послеоперационном периоде.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 5/IV 1983 г.

Ա. Ա. ԽԱՉԱՏՐԻԱՆ, Գ. Օ. ԱՆՋԵԼՈՎ, Ռ. Ա. ԲԱԼԱՅԱՆ, Դ. Գ. ԴԱՎԻՏԻԱՆ

ՔԱՐԱԽԱՆՈՒՅԻՆ ՍՈՒՐ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ԵՎ ՆՐԱ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ելնելով պրոցեսի տարածվածությունից և անցման փուլերից կատարվել է ինտենսիվ համակցված բուժում՝ վիրահատություն ներշնչափողային անոգայտային տակ, առաջնային օղախի հեռացում կամ մեկուսացում որովայնի խոռոչի լիարժեք սանացիայով և ընդարձակ դրենավորումով, լայն սպեկտրի ազդեցության հակաբիոտիկների կիրառում, պերիտոնեալ դիալիզ ինտենսիվ դեղինտոքսիկացիոն միզոցառումներ, կառավարվող հեմոդիլյուզիա, հիպերբարիկ օքսիգենացիա, ստամոքս-աղիքային տրակտի էլեկտրաիմպուլսային խթանում և այլն:

Ռացիոնալ համակցված բուժման կիրառմամբ թարախային սուր պերիտոնիտների հետվիրահատական մահացությունը կրճատվել է 14,7%-ից մինչև 8,7%:

A. A. KHACHATRIAN, G. O. ANJELOV, R. A. BALAYAN, D. G. DAVTIAN

ON ACUTE PURULENT PERITONITIS AND ITS TREATMENT

The analysis of the case records of 407 patients with purulent peritonitis are described in the article. The dynamics of the clinical course of the disease is given. The significant role of the intensive complex therapy of peritonitis, decreasing the postoperative death rate from 14,7%—to 8,7%, is underlined.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вилянский М. П., Жаворонкова Л. П., Костюченко В. И. Хирургия, 1973, 1, стр. 39.

2. Власов В. Ф. Клинич. хир., 1977, 1, стр. 77.
3. Геворкян И. Х. Прямокишечный метод введения антибактериальных препаратов (метод. рекомендация). Ереван, 1979.
4. Гриневич В. А., Горин А. Г. Хирургия, 1976, 7, стр. 72.
5. Доценко А. П., Чинченко Е. И., Похио М. М., Дж. Окафар. Вестн. хир., 1979, 9, стр. 33.
6. Захарова Г. Н., Скатын Л. И. Хирургия, 1974, 6, стр. 90.
7. Ивашкевич Г. А., Вуль Г. П., Зимка А. С. Хирургия, 1977, 11, стр. 74.
8. Канишин Н. Н. Вестн. хир., 1980, 9, стр. 108.
9. Кузин М. И., Шкраб О. С., Сорокина М. И., Цыдернов М. М. Хирургия, 1973, 10, стр. 125.
10. Кукош В. И., Учугина А. Ф., Каптерев С. Е. Вестн. хир., 1980, 10, стр. 110.
11. Поляк М. С. Вестн. хир., 1963, 10, стр. 35.
12. Радзивил Г. Г., Мусарева А. Л. Вестн. хир., 1981, 2, стр. 49.
13. Савельев В. С. В кн.: Материалы Всерос. конф. хирургов. Казань, 1970, стр. 60.
14. Савчук Б. Д. Гнойный перитонит М., 1979.
15. Симонян К. С. Перитонит. М., 1971.
16. Убрумянц А. П., Зайцев В. Г., Волкова Р. П. Вестн. хир., 1981, 3, стр. 32.
17. Balch H. H. Am. Surg., 1970, 36, 290.
18. Hepp J., Aluame R. Ann. Chir., 1965, 19, 3-4, 244.
19. Rosato E.-F., Oram-Slinth I. C. Ann. Surg., 1976, 132, 214.

УДК 612.363+616.346.2-002

Я. П. КУЛИК, О. С. ОЛИФЕРОВА

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКАХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЦИФРАХ ВНУТРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО ДАВЛЕНИЯ

Исследовались взаимоотношения внутриапPENDИКУЛЯРНОГО давления с формой аппендицита и степенью лейкоцитарной инфильтрации стенки аппендикса. Выявлена прямая связь между цифрами внутриапPENDИКУЛЯРНОГО давления и тяжестью течения аппендицита.

Исследования, проведенные Wangenstein и Dennis [2] и Pieper с соавт. [1] показали, что повышение внутриапPENDИКУЛЯРНОГО давления при перевязке червеобразного отростка человека и кролика сопровождается развитием острого аппендицита. Однако, учитывая экспериментальный характер этих работ, параллели между величиной внутриапPENDИКУЛЯРНОГО давления и формой воспаления червеобразного отростка при спонтанном аппендиците у человека остаются невыясненными.

В данной работе поставлена цель установить показатели внутриапPENDИКУЛЯРНОГО давления в норме и при воспалении червеобразного отростка, определить, как влияет изменение внутриапPENDИКУЛЯРНОГО давления на форму аппендицита и степень лейкоцитарной инфильтрации стенки аппендикса.

ВнутриапPENDИКУЛЯРНОЕ давление определялось у 46 больных, из них с острым аппендицитом 42, острым гнойным сальпингитом и пельвеоперитонитом 3, острым гематогенным перитонитом 1 человек. Возраст больных от 5 до 65 лет.