

А.М.Агавелян, А.С.Акопян

ЛАПАРОСТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Несмотря на большие достижения в современной хирургии, совершенствование методов диагностики и хирургической техники, распространенность перитонита за последние 20 лет не имеет тенденции к снижению, а результаты лечения этого заболевания неудовлетворительны [2, 3, 8, 10]. Летальность при перитоните даже в высокоразвитых странах достигает 60% и более [1, 4]. Все это свидетельствует, что перитонит остается нестареющей проблемой абдоминальной хирургии.

В последние годы как в отечественной, так и зарубежной хирургии отдается предпочтение методу открытого ведения живота при распространенном перитоните, дающему возможность динамического осмотра органов брюшной полости с повторной ее санацией и программированным лаважем и позволяющим произвести тщательную санацию живота, более надежно устранить септический очаг и существенно снизить частоту формирования абсцессов в брюшной полости [5-7, 8, 9, 11-15].

К настоящему времени предложено много технических приемов для прикрытия органов брюшной полости при лапаротомии. Однако все они технически трудно выполнимы и имеют недостатки, что нередко приводит к развитию различных осложнений. Кроме того, в настоящее время нет четких критериев к использованию метода "открытого живота" и повторной релапаротомии с санацией брюшной полости.

Опыт разработки и применения в хирургической практике полимерных материалов, а также недостатки имеющихся технических приемов ведения "открытого живота" натолкнули нас на мысль о возможности применения полимерных материалов при лапаротомии, которые дали бы возможность, с одной стороны, обеспечить защиту органов брюшной полости, ее дренирование, антимикробное воздействие и блокаду прорыва токсинов из септического очага, а с другой стороны - периодически контролировать эффективность санации брюшной полости.

Апробация действия полимерных материалов была проведена на экспериментальной модели перитонита. Анализ бактериологических и морфологических исследований в динамике развития перитонита свидетельствовал о выраженном положительном эффекте применения полимерных материалов.

В НИИ проктологии МЗ РА за последние 5 лет применен метод лапаротомии с использованием компонентных полимерных материалов у 81 больного. Перитонит развился в результате различных осложнений злокачественной опухоли прямой и ободочной кишок (66), вследствие травмы промежности с повреждением верхнеампулярного отдела прямой кишки и тазовой брюшины (6), после реконструктивно-восстановительных операций (4), по причине множественных перфораций ободочной кишки на почве болезни Крона и неспецифического язвенного колита (3) и на фоне острой странгуляционной кишечной непроходимости (2). Мужчин было 49, женщин - 32. Возраст больных колебался от 15 до 76 лет.

Показанием к использованию указанного метода мы считаем распространенный гнойно-каловый перитонит и осложнения (выраженная интоксикация, некроз с гнойным расплавлением брюшины, краев раны и др.).

С целью установления эффективности тактики лечения, а также опреде-

ления оптимальных сроков завершения регенеративно-восстановительных процессов и определения сроков окончательного ушивания лапаростомной раны в динамике было проведено морфологическое и бактериологическое изучение биоптатов с париетальной брюшины, посевов из брюшной полости.

Сущность предложенного нами метода лечения перитонита сводится к следующему. После широкой срединной лапаротомии объем хирургического вмешательства включал резекцию пораженного участка кишки, по возможности вместе с опухолью, ликвидацию основного очага инфекции и при необходимости, наложение кишечной стомы. Брюшную полость и петли тонкой кишки очищали от фибрина, после чего тщательно промывали 15-20 л антисептического раствора. Петли тонкой кишки погружали в полимерную пленку. В боковые каналы брюшной полости и малый таз помещали полимерные губки-дренажи. Срединный отрезок или же нижнюю часть раны передней брюшной стенки оставляли неушитой в виде лапаростомы.

В послеоперационном периоде на фоне интенсивной парентеральной терапии в первые двое суток производили проточный, затем фракционный диализ, вводя через микроирригаторы полимерного мешка раствор антибиотиков и тем самым обеспечивая постоянную промывку петель тонкой кишки и полостей живота. Губки-дренажи в брюшной полости и малом тазу, впитывая содержимое, обеспечивали адекватный отток вводимой жидкости. Во время перевязок, выполняемых ежедневно под общим обезболиванием, после санации брюшной полости, смены полимерного мешочка и губок-дренажей, визуально определяли течение воспалительного процесса, обращая внимание на состояние брюшины, петель тонкой кишки, наличие недренированных полостей живота.

Благоприятное воздействие местного лечения, подтвержденное данными морфологического и бактериологического исследований, появление перистальтики кишечника, нормализация цвета брюшины и петель тонкой кишки, отсутствие ограниченных межпетлевых гнойников и сращений давали основание на 6-8-е сутки удалить губки-дренажи, извлечь петли кишок из пленчатого пакета и ушить лапаростомную рану наглухо. Из числа больных -81, оперированных по данной методике, выздоровели 57. Остальные 24 умерли в сроки 7-28 дней, из них: 14 - больных от продолжающейся интоксикации в результате печеночно-почечной недостаточности; 8 - от сердечно-сосудистой недостаточности и 2 - от нарастающей интоксикации в связи с возникшими множественными тонкокишечными свищами.

Таким образом, предложенный метод открытого ведения живота с применением компонентных полимерных материалов, с периодически контролируемой санацией брюшной полости является эффективным средством лечения распространенного перитонита, позволяющим одновременно устранить гнойную инфекцию, обеспечить защиту органов брюшной полости, ее дренирование и избежать генерализации септического процесса.

Ա.Մ.Աղավեյան, Ա.Ս.Հակոբյան

ԼԱՊԱՐՈՍՏՈՄԻԱՆ ՏԱՐԱԾՈՒՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ԲՈՒԺՄԱՆ

ԺԱՄԱՆԱԿ

Վերջին տարիներին տարածված պերիտոնիտի բուժման հանրածանոթ մեթոդներից առավելությունը տրվում է «բաց որովայնով» բուժման եղանակին: Թարախա-կղանքային պերիտոնիտով 81 հիվանդների մոտ կիրառվել է լապարաստոմիայի մեթոդը պոլիմերային կոմպոնենտների օգտագործումով և որովայնի խոռոչի դրենավորման նպատակով, որը ապահովում է ակտիվ լավածք: Լավացել են 57 (70,3%) հիվանդ, իսկ 24-ը (29,7%) մահացել են վիրահատությունից հետո տարբեր օրերին:

Առաջարկվող լապարաստոմիայի մեթոդը հանդիսանում է արդյունավետ միջոց տարածուն պերիտոնիտի բուժման ժամանակ, որը թույլ է տալիս միաժամանակ վերացնել թարախային ինֆեկցիան, ապահովել որովայնի խոռոչի օրգանների պահպանումը և նրա դրենավորումը, խուսափելով սեպտիկ պրոցեսի տարածումից:

A.M.Aghavelian, A.S.Hakopian

LAPAROSTOMY IN TREATMENT OF DIFFUSE PERITONITIS

Among known methods of treatment of diffuse peritonitis preference is given to the method of "open abdomen". A method of laparostomy using component polymer materials having the aim of controlled lavage and drainage of abdomen cavity was used in 81 patients with suppurative fecal peritonitis. 57 (70,3%) recovered and 24 (29,7%) of the patients died in different periods after the operation.

Suggested method of laparostomy with periodically controlled sanitation of the abdominal cavity is an effective means in treatment of diffuse peritonitis allowing at the same time to withdraw the suppurative infection, to provide the protection of abdominal organs cavity, its drainage and avoid generalization of septic process.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бытка П.Ф., Хотинян В.Ф. и др. Вестн. хир., 1988, 10, с. 109.
2. Давыдов Ю.А., Козлов А.Г. и др. Хирургия, 1991, 10, с. 49.
3. Дадвани С.А., Сорокина М.И. и др. Хирургия, 1990, 2, с. 101.
4. Егиазарян В.Т., Некрасов Л.П. и др. Вестн. хир., 1986, 2, с. 50.
5. Кассин В.Ю. Хирургия, 1991, 10, с. 172.
6. Корепанов В.И. Вестн. хир., 1984, 8, с. 138.
7. Макоха С.Н. Хирургия, 1984, 8, с. 124.
8. Савельев В.С., Висаитов Б.А. и др. Хирургия, 1982, 10, с. 89.
9. Сажин В.П., Турков В.И. и др. Вестн. хир., 1990, 2, с. 109.
10. Федоров В.Д. Дис. докт. М., 1971.
11. Шуркалин Б.К., Крягер А.Г. и др. Хирургия, 1989, 2, с. 7.
12. Champault G., Magnier M., Psalmon F. et al. Chirurgia, 1979, 105, 9, 866.
13. Guivarc'h M., Rouillet-Andy J.C., Chappenn A. Chirurgia, 1979, 109, 4, 287.
14. Kuigger P.J., Kootstra G., Krom R.A.F. et al. Langenb. Arch. Chir., 1980, 358, 322.
15. Steinberg D. Amer.J.Surg., 1979, 137, 2, 216.