

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Султанов Т.Р., Исаев Д.К., Калжикеев А.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К Ахунбаева,

Национальный хирургический центр МЗ КР,

Бишкек, Кыргызская Республика

*Резюме:* В лечении больных разлитым перитонитом целесообразно предусмотреть в ранние сроки адекватное орошение и санацию анатомических углублений брюшной полости, эндоартериальное и эндолимфатическое введение антибиотиков, а также тотальную новокаин - антибиотиковую блокаду солнечного комплекса.

*Ключевые слова:* Перитонит, декомпрессия пищеварительного канала, микроирригаторно – полосочное дренирование, катетеризация брюшной аорты, тотальная пророгативная забрюшинная нейровегетативная блокада.

## ИЧ КӨНДӨЙҮНҮН ИРИНДЕП СЕЗГЕНИШИНИН, ЖАЙЛЫП ТАРАГАН ТҮРҮН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОО

Султанов Т.Р., Исаев Д.К., Калжикеев А.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

КР ССМ Улуттук хирургия борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

*Корутунду:* Ич коңдойунун ириң деп сезгенүүсүнүн, жайылып тараган түрүндө, ич коңдойунун булуңдарын, чолмокторун эрте мезгилде жууп тазалоо максаттуу. Кызыл кан тамыр жана ошондой эле лимфа түтүкчөлөр аркылуу антибиотиктерди куюу керек жана новокаин, антибиотик менен ич коңдойунун чырмалашкан нерв түйүндөрүнүн жолдорун тосуу керек.

*Негизги сөздөр:* Ич коңдойунун ириндеп сезгенүүсү, тамак сиңирүү жолдорунун басымын азайтуу, ич коңдойун ичке түтүкчөлөр, желим тилкелер менен сарыктыруу, толтонун курсак болүгүн түтүктөө. Ич челинин артында чырмалашкан нерв түйүндөрүнүн жолдорун узак убакытка толугу менен тосуу.

## INTEGRATED TREATMENT OF PURULENT PERITONITIS

Sultanov T.R, Isaev D.K., Kalgikeev A.M.

The Kyrgyz state medical academy aft. I.K .Achunbaev,

The National surgical center MH KR,

Bishkek, Kyrgyz Republic

*Summary:* In the treatment of patients with diffuse peritonitis it is expedient to provide in the early stages of an adequate irrigation and debridement of anatomical recesses of the abdominal cavity, endoarterial and endolymphatic administration of antibiotics, as well as total Novocain - antibiotic blockade of the solar industry.

*Key words:* peritonitis, decompression of the alimentary canal, mikroirrigator - strip drainage, catheterization of the abdominal aorta, total retroperitoneal prorogating neurovegetative blockade.

### Введение.

Проблема лечения больных с разлитым гнойным перитонитом является наиболее тяжелым, сложным в неотложной хирургии, несмотря на высокий уровень развития абдоминальной хирургии. Вряд ли в хирургии можно выделить проблему, более древнюю и более актуальную, чем проблему перитонита. Летальность при разлитых перитонитах за последние годы не только не снизилась, но и даже имеет тенденцию к повышению и колеблется в пределах 20 – 40 % (Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др., 2000; Гостищев

В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.П., 2000). При разлитом перитоните в терминальной стадии летальности доходить до 50 - 70 % (Савчук Б. Д., 1979; Савельев В. С. 1986). Интерес к больным с разлитыми гнойными перитонитами в последние десятилетия возрос (Гостищев В. К. и соавт. 1992; С.Б.Брискин, 2002; Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., Глушаков Л.С. 2003). Актуальность и социальная значимость данной проблемы связаны, с одной стороны, с увеличением числа больных и ростом гнойно – септических осложнений и с другой – высокой летальностью среди этих пациентов (

Таблица №1

Распределение больных по фазам течения заболевания с учетом этиологического фактора

Причины перитонита	Фазы перитонита			всего
	реактивная	токсическая	терминальная	
Острый аппендицит	4	31	9	44
Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	4	16	3	23
Кишечная непроходимость	5	19	8	32
Острый холецистит	-	3	2	5
Острый панкреатит	2	9	3	14
Гинекологические заболевания	-	6	1	7
Ранение тонкой кишки	-	4	1	5
Разрыв тонкой кишки	-	2	-	2
Перфорация тонкой кишки	1	2	-	3
Ранение толстой кишки	-	3	-	3
Перфорация толстой кишки опухолевого генеза	-	5	3	8
Разрыв нагноившейся эхинококковой кисты	-	2	1	3
Послеоперационный перитонит	-	5	6	11
Итого	16	107	38	159

И.Т.Васильев и соавт., 1995; В.К. Гостищев, 1997; Коспюченко К.В., Рыбачков В.В.2005). Все выше указанное заставляет искать новые способы и подходы к лечению и профилактике гнойно-септических осложнений у больных с разлитым гнойным перитонитом.

Целью исследования. Оценить эффективность адекватного дренирования и тщательной интраоперационной санации брюшной полости с учетом каждой области, пазухи, канала и сумки брюшной полости.

Материалы и методы исследования:

В Национальном хирургическом центре МЗ КР за период с 2004 по 2010 гг. по поводу острого разлитого гнойного перитонита выполнены операции 159 больным. Возраст больных составлял от 16 до 82 лет, среди них мужчин – 121(76,1%) женщин - 38(23,9%).

В своих исследованиях мы придерживались наиболее распространенной классификации острого перитонита по распространенности перитонитов, предложенную Б.Д. Савчуком (1979) и по фазам запущенности – классификации К.С. Симоняну (1971).

Основные причины возникновения острого перитонита; острый аппендицит – у 44 больных (27,6%), острая кишечная

непроходимость – у 32 (20,1%), перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – у 23 (14,5%), острый панкреатит – у 14 (8,9%), послеоперационный перитонит – у 11 (7%), перфорация толстой кишки опухолевого генеза – у 8 (5,0%), гинекологические заболевания – у 6 (3,8%), острый холецистит – у 5 (3,1%), ранение тонкой кишки – у 5 (3,1%), перфорация тонкой кишки – у 3 (1,9%), ранение толстой кишки – у 3 (1,9%), разрыв нагноившейся эхинококковой кисты – у 3 (1,9%), разрыв тонкой кишки – у 2 (1,2%). По нашим данным причиной перитонита были различные заболевания. Наиболее частой причиной перитонита был острый аппендицит, острая кишечная непроходимость и перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (табл. 1).

Значительное количество больных с разлитым перитонитом были в токсической фазе – 107 пациентов и в терминальной фазе – 38.

В зависимости от характера выпота в брюшной полости у – 13 больных был серозный перитонит, гнойный разлитой перитонит был у – 61, геморрагический у – 41, фибринозно-гнойный у – 26, каловый - у 18.

Больные с перитонитами нуждаются непременно в предоперационной подготовке.

Длительность предоперационной подготовки зависит от тяжести состояния больного и давности заболевания, но в целом на нее необходимо затрачивать от 1 до 3-4 часов. Предоперационная подготовка должна осуществляться в высоком темпе через 2-3 венозных сосуда одновременно в условиях палаты интенсивной терапии. За этот короткий срок должна быть проведена вся необходимая индивидуальная коррегирующая терапия, направленная на нормализацию жизненно важных функций организма. Вместе с тем оптимальную коррекцию нарушений гемодинамики, водно-электролитного баланса и КОС (кислотно-основное состояние) в ограниченное время предоперационной подготовки осуществить невозможно. Поэтому достаточно повысить уровень ЦВД и АД, добиться урежения пульса и увеличение диуреза. Если за указанное время гемодинамика и функция почек не улучшается, откладывать операцию не следует, хотя прогноз в таких случаях весьма сомнительный.

Первостепенной задачей предоперационной подготовки является борьба с эндотоксическим и гиповолемическим (эксикозом) шоком.

В лечении больных с перитонитом основой является хирургические вмешательства, под общим обезболиванием с интубацией трахеи и применением миорелаксантов, широкой лапаротомией, ликвидацией, если невозможно отграничением патологического очага, тщательной санацией брюшной полости и эффективность дренирования брюшной полости.

Мы при лечении больных с разлитым перитонитом применяли усовершенствованную комплексную терапию, которая включала в себя новый вид дренирования брюшной полости, более эффективную и адекватную и наиболее приспособленную для качественной санации брюшной полости. Внутриаортальное введение антибиотиков и медикаментозных средств.

Тотальная пролонгированная забрюшинная нейровегетативная блокада с целью борьбы с парезом кишечника, а также через катетер в забрюшинное пространство мы вводили антибактериальные средства для массивной антибиотикотерапии абдоминальной области и

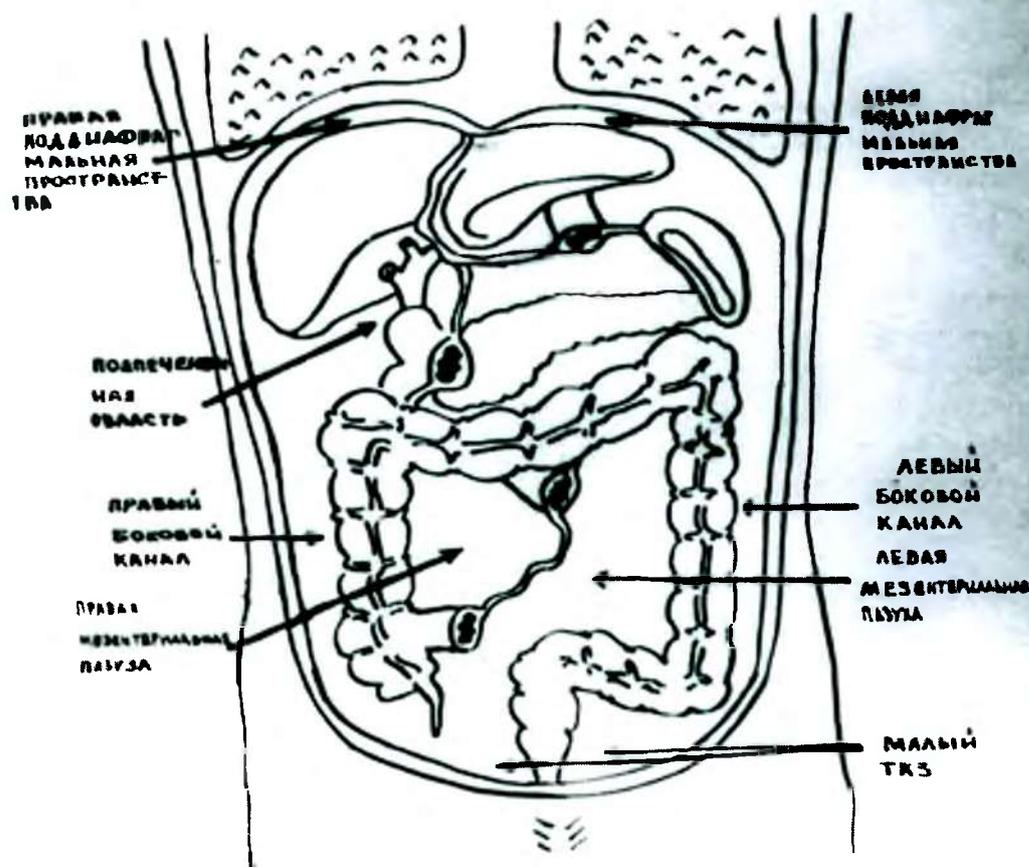
средств, стимулирующих функции желудочно-кишечного тракта.

Всем 159 больным мы применили новый разработанный нами вид дренирования брюшной полости- автономное микроиригаторно-полосочное дренирование. Традиционно, хирурги учитывают области, каналы и полости малого таза, однако зачастую из поля зрения выпадают мезентериальные синусы, хотя по данным авторов частота развития гнойников в этих синусах составляет по сводным данным 15,6%.

Наша методика дренирования заключается в том, что каждая область, пазуха, канал, сумка дренируются отдельно, то есть имеется дренажная трубка (микроиригатор) для введения диализата и резиновая полоска для оттока. Каждая анатомическая область, при нашей методике, имеет автономную систему притока и оттока диализирующей жидкости. Тем самым создаются условия для полноценной адекватной санации многочисленных областей, каналов, синусов, сумок брюшной полости. Такая система дренирования для послеоперационного перитонеального диализа снижает до минимума возможность задержки диализата в различных отделах брюшной полости, то есть она является оптимальным профилактическим способом для предотвращения образования внутрибрюшных абсцессов, что встречается не редко при традиционных способах послеоперационной санации. Микроиригаторы по сравнению с крупными трубками инертны, обладают гибкостью, что позволяет их устанавливать в трудно доступные для крупных дренажей анатомические области. Резиновые полоски также инертны, эластичны, гибки. Их можно установить в любых отделах брюшной полости, аналогично микроиригаторам.

В каждом конкретном случае перитонита к дренированию мы подходили индивидуально в зависимости от источника перитонита, характера выпота, качественной возможности интраоперационной санации.

Перед закрытием брюшной полости на всем протяжении лапаротомного разреза между брюшной стенкой и органами брюшной полости оставляем микроиригатор с многочисленными



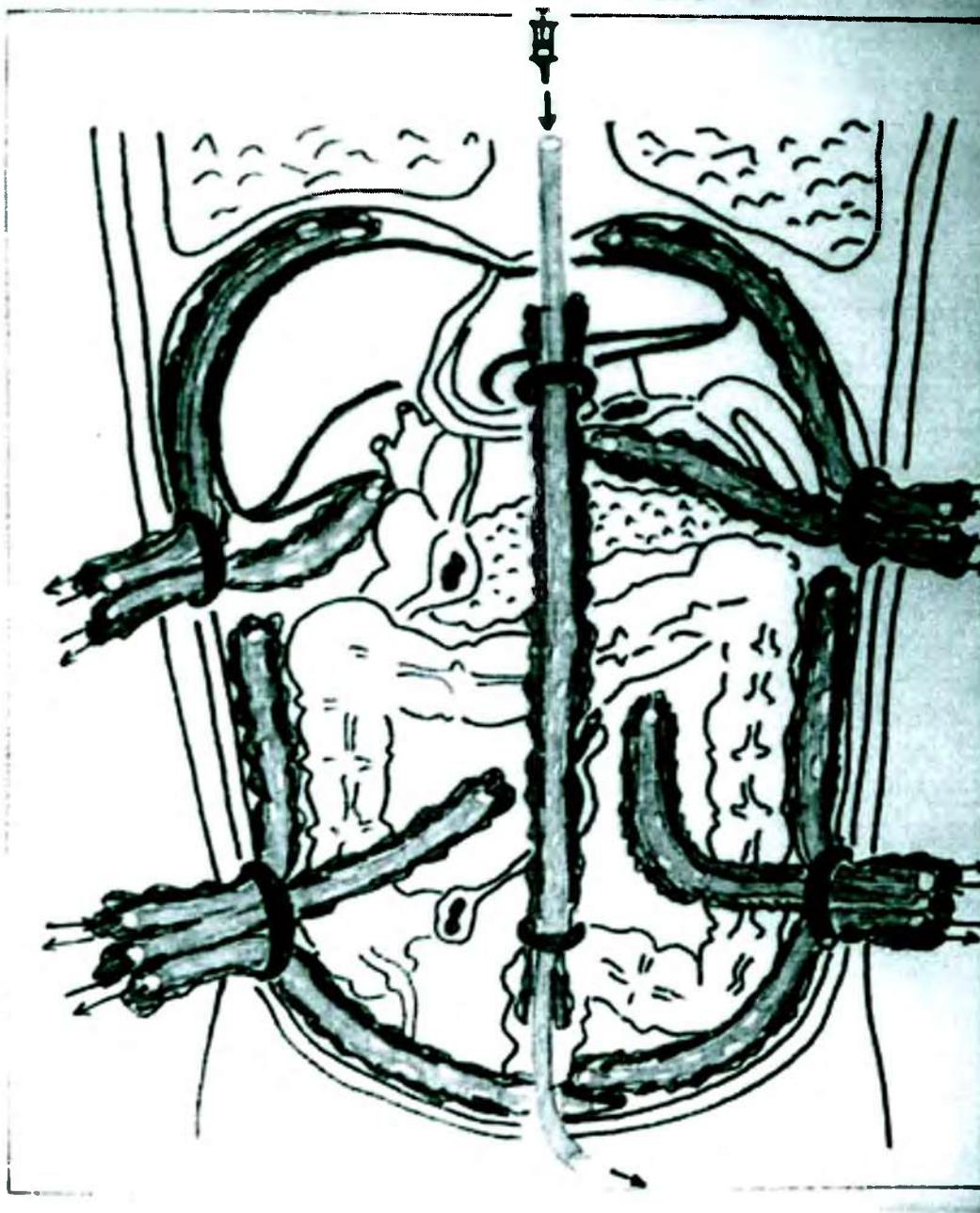
отверстиями. В послеоперационном периоде в этот микроирригатор вводим диализирующий раствор, в составе которого есть антисептики и противовоспалительные препараты. Тем самым, осуществляется орошение спереди органов брюшной полости и предотвращается развитие сращений (спаек) между передней брюшной стенкой и органами, лежащими под ней. При нашей методике обязательно дренируются мезентериальные синусы. По клиническому опыту и по публикациям известно, что в послеоперационном периоде при перитоните внутрибрюшные абсцессы часто локализуются в правом мезентериальном синусе. Это происходит за счет задержки экссудата в анатомическом углублении, расположенном над илеоцекальным углом. Но ни в одной монографии и в периодической печати мы не нашли сообщения о обязательной необходимости дренирования мезентериальных синусов, в частности правого.

Методика послеоперационной санации

заклучалась в следующем. Первые 2-3 суток после операции фракционный диализ проводим 3-4 раза в сутки, в последующие дни эта процедура уменьшается. Диализ фракционный. В зависимости от оттока диализата в процессе процедуры меняем положение больного - приподнимаем головной конец, просим больного переварачиваться с бока на бок, по возможности производить дыхательные экскурсии передней брюшной стенки. Диализ начинаем с верхнего этажа брюшной полости - подпеченочной, правой надпочечной, левой поддиафрагмальной областей, а также вводим санационную жидкость в микроирригатор, расположенный сразу же под передней брюшной стенкой на протяжении лапаротомной раны. Затем диализат вводим в оба канала и в оба мезентериальных синуса. И в заключении диализат вводим в малый таз.

Непременным условием для успешного проведения брюшного диализа при перитоните является использование диализирующего

РИС. СХЕМА РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЕРИТОНИО-МИКРОИРРИГАТОРНЫХ ДРЕНАЖЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ.



раствора, идентичного по содержанию основных анионов и катионов плазме крови и изотоничного с ней. В конце брюшного диализа мы вводили противовоспалительную смесь.

Сроки дренирования и послеоперационной санации колебались от 3-4 до 6-8 суток, а в отдельных случаях и больше. При этой методике дренирования, ни в одном случае не наблюдалось развитие внутрибрюшного абсцесса.

Также больным во время операции устанавливали катетеры в забрюшинное пространство выше и ниже поджелудочной железы для тотальной нейровегетативной забрюшинной блокады. Доказано, что при традиционном блокировании забрюшинного пространства методом введения анестетика в корень брыжейки поперечно-ободочной и тонкой кишки наступает блок нижнебрыжеечного

и парааортального сплетений. Анастетик распространяется в забрюшинном пространстве до нижнего контура поджелудочной железы.

Органы верхнего этажа брюшной полости, значительная часть тонкой, толстой кишки иннервируются ветвями, исходящими из солнечного и верхнебрыжеечного сплетений, поэтому в послеоперационном периоде этим больным в течении первых 2-3 суток в катетеры расположенные выше и ниже поджелудочной железы 3 раза в сутки вводили 100 или 200 мл 0,25 % раствора новокаина и антибиотик, тем самым создавая массивированную лимфотропную антибиотикотерапию и тотальную нейровегетативную блокаду.

Таким образом, усовершенствованный комплекс лечебных мероприятий при лечении разлитого перитонита позволил повысить эффективность лечения этой тяжелой категории больных и существенно снизить летальность.

#### Литература:

1. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Абдоминальный сепсис, возможности антибактериальной и иммунокорректирующей терапии. // Хирургия – 2002. - № 4. – С. 69-74.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. // Рук-во для врачей. - М.: Медицина, 1996 г.
3. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдошенко А.П. Перитонит. – М. гастроэнтер. Медицина, 2002 – 224с.
4. Гостищев В. К. и соавт. Перитонит. - Москва. - Медицина. 1992 г.
5. Зубарев П.Н., Врублевский Н.М.,

Данилин В.И. Способы завершения операций при перитоните. // Вестник хирургии. - 2008. - № 6. - С. 110-113.

6. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространенного перитонита. // Хирургия. - 2005. - № 4. - С. 9-13.

7. Кузин М.И. Хирургия. – 1996; 5: С. 9-15 .

8. Попов В.А. Перитонит. М.: Медицина, 1987 г.

9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // Под ред. В.С.Савельева. – 1986. г.

10. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. - М.: Литера, 2006. - 206 с.

11. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М.: Медицина, 1979. г.

12. Сажин В.П., Авдошенко А.П., Юрищев В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита. // Хирургия. - 2007. -№ 11. - С. 36-39.

13. Симонян К.С. Перитонит. М.: Медицина, 1971-г.

14. Струков А.И. Острый разлитой перитонит. М.: Медицина, 1987 г.

15. Фёдоров В. Д. Лечение перитонита. М.: Медицина, 1974 г.

16. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., Глушаков Л.С. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом. // Хирургия. - 2003. - № 4. - С. 32-35.

17. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., Глушаков Л.С. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом. // Хирургия. – 2003. - № 4. - С. 32 - 35.