УДК 616.381-002.3-089-06

Н.М. Абишев, А.Д. Жилкайдаров, М.М. Гладинец

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.**ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ****Аннотация**

Изучены диагностические, тактические и технические ошибки, допущенные при лечении 208 больных с разлитым гнойным перитонитом. Рассмотрены причины отмеченных ошибок и осложнений, показано значение качественной и количественной сторон предоперационной подготовки и рационального ведения послеоперационного периода. Особое внимание обращено на оптимальную хирургическую тактику во время выполнения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: Эндотоксикоз, иммуногенез, детоксикация, декомпрессия, релапоротомия, эвентрация.

Актуальность: Перитонит является тяжелым и относительно частым осложнением острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, возникая у 15-35% больных этими заболеваниями. Летальность при перитонитах колеблется от 7 до 70%. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения перитонита являются прогрессирование гнойно-воспалительных осложнений. Учет ошибок, опасностей и осложнений, встречающихся при лечении разлитого гнойного перитонита, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных. Несмотря на большое число работ, посвященных диагностике и лечению разлитого гнойного перитонита, частота диагностических ошибок и послеоперационных осложнений, а также летальность остаются на достаточно высоком уровне [1, 4, 5].

Мы изучили непосредственные результаты лечения 208 больных разлитым гнойным перитонитом, находившихся в хирургических и реанимационных отделениях Городской больницы №1 и Больнице скорой медицинской помощи г. Семей за 6 лет.

При анализе сроков госпитализации больных в стационар установлено, что в 1-е сутки от начала заболевания госпитализировано 49% больных, через - 48 часов - 19,7%, через 72 часа были доставлены в клинику - 43,5%, позже трех суток - 18,8% пациентов, лечившихся в других отделениях.

У 32 больных 15,4 % были допущены диагностические ошибки на догоспитальном этапе. При обращении за медицинской помощью они были осмотрены врачами поликлинического звена как терапевтами, так и хирургами, врачами скорой неотложной помощи, приемного отделения стационара. Из них 7 больных в связи с диспепсическими проявлениями госпитализированы в инфекционную больницу, где после дальнейшей манифестации клинической картины были осмотрены врачами-хирургами и переведены в хирургическое отделение. В то же время 24 больным было отказано в госпитализации, только при повторном обращении через двое-трое суток были направлены на стационарное лечение в хирургическую клинику БСМП.

Представляет интерес тот факт, что у умерших больных ошибки диагностики на догоспитальном этапе отмечены реже у 10,5%, чем у выживших - 18,9%.

У 37 больных 17,8 % диагностические ошибки допущены врачами-хирургами на стационарном этапе лечения. Чаще всего устанавливали диагноз острой кишечной непроходимости, клинический синдром которой доминировал у больных с разлитым гнойным перитонитом в токсической и терминальной фазах заболевания. Это

привело к неправильному выбору лечебной тактики: сифонные и очистительные клизмы, проведение бариевой пробы, длительное динамическое наблюдение, в результате чего увеличивались сроки пребывания больных в стационаре до выполнения операции. У умерших больных диагностические ошибки в стационаре допускались чаще у 19,8%, чем у выживших 16,4%.

Таким образом, выявленные ошибки диагностики на догоспитальном и стационарном этапах, у больных с разлитым гнойным перитонитом встречаются довольно часто, так как врачи разного профиля недостаточно хорошо знают клиническую картину перитонита, имеющую свои особенности в разных фазах заболевания.

Большое практическое значение в лечении перитонита имеет предоперационная подготовка больных. По данным литературы [5], подготовка позволяет снизить летальность на - 10-15 %. Основой предоперационной подготовки являются коррекция грубых нарушений гомеостаза и купирование явлений полиорганной недостаточности, нередко возникающих при разлитом гнойном перитоните. Этим требованиям отвечают инфузионная терапия заменителями вне- и внутриклеточной жидкости, корректоры объема циркулирующей крови, препараты, улучшающие реологические свойства крови, терапия нарушений кислотно-щелочного равновесия, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, антибактериальная терапия и особенное значение имеют методы детоксикации.

В анализируемой группе больных предоперационная подготовка была проведена у 171 больных, что составляет - 82,2%. Однако при изучении сроков подготовки выяснилось, что у 70,2% больных она длилась более 3 часов, что было связано с организационными и диагностическими сложностями. У подавляющего большинства больных подготовка проводилась в условиях общехирургического отделения при недостаточно полном контакте врачей-хирургов и анестезиологов-реаниматологов, что приводило к значительной отсрочке операции, а это существенно отразилось на непосредственных результатах лечения. Так, среди больных, у которых оперативное вмешательство было произведено в первые 2 часа после поступления в стационар, умерли 15,6%, при увеличении этого времени до 3 часов летальность составила - 30,6%, до 7-12 ч - 44,4%, а более 12 ч - 73,9%.

В связи с этим представляется, что более рационально предоперационную подготовку больных проводить в реанимационном отделении или операционном блоке при лабораторном и функциональном мониторинге. Объективным подтверждением этого может служить

тяжесть состояния больных при поступлении. Так, нестабильная гемодинамика с явлениями централизации кровообращения была у 21,6% больных, тахикардия более 100 в минуту - у 54,4%, тахипноэ более 28 в минуту - у 28 %, рвота - у 56,8%, нулевое или отрицательное центральное венозное давление - у 39%, что, безусловно, требует постоянного контроля и наблюдения специализированного медицинского персонала. Вероятно, необходимо согласиться с мнением ряда авторов считающих, что оптимальные сроки предоперационной подготовки даже у очень тяжело больных не должны превышать 2-3 часа (3.5).

Основой оперативного лечения были радикальное устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости. Во время операции у 2 больных были допущены технические ошибки - повреждение мочевого пузыря при лапаротомии и повреждение селезенки при осушивании брюшной полости. Выявлена статистически достоверная зависимость летальности от длительности операции. При продолжительности оперативного вмешательства менее 1 часа умерли - 11,9% больных, 1-2 часов - 35,5%, 2-3 часов - 82,3 %, более 3 часов - 90%.

Сегодня остается правомерным суждение, что операцию у больных с разлитым гнойным перитонитом должны выполнять наиболее квалифицированные специалисты, которые способны произвести оптимальное вмешательство в зависимости от характера и сложности патологии в брюшной полости.

Вопросы санации брюшной полости решаются хирургами неоднозначно. Одни предпочитают производить промывание брюшной полости различными жидкостями, другие ограничиваются лишь удалением патологического экссудата. Осушивание полости живота с последующим ее промыванием различным антисептическим раствором было произведено у 138 больных или 66,4%, а у 70 пациентов санация ограничивалась удалением патологического экссудата с промыванием раствором 0,25% новокаина, фурацилина.

Не была выявлена зависимость частоты летального исхода от количества экссудата в брюшной полости, но отметили существенную разницу при проведении интраоперационной санации брюшной полости. Так, если после удаления экссудата производили промывание различными жидкостями, то летальность составила 36,2%, если ограничивались лишь осушиванием брюшной полости и одним антисептиком с последующим ее дренированием, то она повышалась до 51,4%. Объем жидкости, используемый для промывания брюшной полости, не влиял на частоту летального исхода.

Таким образом, отказ от промывания брюшной полости различными антисептиками во время операции следует считать тактической ошибкой, ведущей к повышению летальности.

Завершали операцию оставлением дренажей в брюшной полости для адекватного оттока экссудата и одновременного проведения местной антибактериальной терапии.

Ошибки в дренировании брюшной полости отмечены у 64 человек 30,8%. Основными ошибками были: дренирование брюшной полости при распространенных формах перитонита 1-2 трубчатыми дренажами; тампонада брюшной полости без наличия абсолютных показаний не полностью удаленный очаг инфекции, неуверенность в состоятельности швов полых органов, не полностью остановленное капиллярное кровотечение; несоблюдение рациональных сроков нахождения дренажей и тампонов в брюшной полости. Все это у ряда больных привело к развитию тяжелых послеоперацион-

ных осложнений. Остаточные гнойники брюшной полости наблюдались у 13 больных 6,3%, кишечные свищи - у 12 (5,8%), релапаротомии по поводу продолжающегося перитонита были выполнены у 18 больных (8,7%).

Одним из основных элементов комплексного лечения разлитого гнойного перитонита является рациональная антибактериальная терапия. Она была использована у 191 больного. Предпочтение отдавали парентеральному введению терапевтических доз пенициллина у 71,2% больных, полусинтетических пенициллинов у 25,5%, цефалоспоринов у 11,1%, амино- гликозидов у 9,7%, тетрациклинов у 6,7% и т. д. Для местного лечения внутрибрюшинно применяли канамицин у 91,1%, мономицин у 5,7% и другие антибиотики у 3,2%. Стандартная комбинация антибиотиков пенициллинового ряда парентерально и аминогликозидов внутрибрюшинно использована у 114 больных 60%. На наш взгляд, в таком стандартном назначении антибактериальной терапии частично кроются причины неудовлетворительных результатов лечения разлитого гнойного перитонита. Подтверждением этого является тот факт, что чувствительность микрофлоры, высеваемой из брюшной полости, к пенициллину была сохранена лишь у 21,4% больных, к канамицину - у 65,3%, к мономицину - у 71,9%.

Несмотря на высокий процент сохранения чувствительности микрофлоры к антибиотикам аминогликозидного ряда, они обладают и серьезными недостатками, такими как нефро- и гепатотоксичность. Ретроспективный анализ историй болезни больных с разлитым гнойным перитонитом показал, что гипербилирубинемия при поступлении была у 49 человек 23,5 %, а в ближайшие дни после операции она наблюдалась уже у 104 больных 50%. Изменения в моче, указывающие на поражение почек до операции, отмечены у 72 человек 34,6%, а в раннем послеоперационном периоде - у 135 64,9%. Эти нарушения деятельности печени и почек характерны для тяжелых хирургических эндотоксикозов, поэтому применение в комплексе лечения перитонита антибиотиков аминогликозидного ряда в определенной мере способствует прогрессированию полиорганной недостаточности.

В связи с этим одним из реальных путей улучшения результатов лечения разлитого гнойного перитонита должна явиться истинная рациональная антибиотикотерапия с учетом антибиотикограммы, механизма действия и побочных эффектов назначаемых препаратов, а в ряде случаев, особенно при реактивной стадии перитонита, предпочтение при использовании антибактериальной терапии для внутрибрюшинного введения следует отдавать антисептикам диоксидин.

Тяжесть течения основного заболевания предопределяет и тяжесть развития послеоперационных осложнений. Так, тяжелые формы пареза желудочно-кишечного тракта и гастроплегия с большими потерями желудочного содержимого отмечены у 78 больных (37,5%), нагноение послеоперационной раны - у 79 (37,9%), эвентрация - у 8 человек (3,8%). Возникновение этих осложнений отягощало течение заболевания, а у ряда больных способствовало наступлению летального исхода; значительно увеличивались сроки пребывания больных в стационаре. Умерли 86 больных (41,3 %).

Литература:

1. Савельев В.С. Клиническая хирургия. Национальное руководство: Т. 2 - М., 2008. ГОЭТАР-Медиа. - 864 с.
2. Навашин С. М., Фомина И. П. Рациональная антибиотикотерапия. - М., 1985. - 128 с.