

УДК 616.381-002.3-06

М.М. Гладинец, А.Б. Кульмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова, З.Р. Зарипова,
А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова

Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра хирургии и травматологии

ВТОРИЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Аннотация

Перитонит является тяжелым и частым осложнением острых заболеваний органов брюшной полости, встречается до 90% больных. Летальность при разлитом гнойном перитоните колеблется 10 - 65% [1,4,8]. Причинами неудовлетворительных результатов лечения вторичных перитонитов является прогрессирование гнойно-воспалительных осложнений. Перитонит - это одна из вечных проблем в хирургии. Воспаление брюшины, сопровождается местными и общими симптомокомплексами. Основная причина развития перитонита - инфекция, ученые называют микробный перитонит. Брюшина выполняет защитную, выделительную, пластическую функцию. Общая площадь брюшины колеблется от 1700-2040 см². Брюшина за сутки может всасывать до 70 л. жидкости, это её ведущая защитная функция. Летальность остается высокой. Прогноз всегда серьезный, особенно при вторичных перитонитах. В патогенезе перитонитов основная роль принадлежит быстро развивающейся интоксикации. Спасает таких больных с запущенным разлитым гнойным перитонитом в токсической стадии детоксикационные способы: гемосорбция, гипербарическая оксигенация, лимфосорбция и плазмофорез, эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия [1,5,7].

Ключевые слова: эвентрация, эндотоксикоз, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия.

Актуальность

В хирургии есть не стареющие проблемы – к ним относится перитонит. Перитонит по своей природе – вторичное заболевание. Острый гнойный перитонит развивается вследствие осложнений при острой патологии органов брюшной полости: острый деструктивный аппендицит - 53,3%, заболевания желчного пузыря, поджелудочной железы - 22,2%, послеоперационный вторичный перитонит - 13,2%, перитониты вследствие перфорации язв желудка, при некрозе кишечника - 11,3%. Первичные перитониты встречаются 1%. Прогноз серьезный, летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет - 25-30%, полиорганной недостаточности - 90%. При перитонитах операция в первые часы дает до 90% выздоровления, в первый день - 50%, позже третьего дня смертность - 99%.

Цель: Выявление наиболее важных осложнений разлитого гнойного перитонита и роли ранней радикальной операции в профилактике вторичных осложнений.

Задачей наших клинических исследований являются: выявление частоты вторичных осложнений разлитого гнойного перитонита, причины, систематизация часто встречающихся в послеоперационном периоде; это описание «вторично-прогрессирующего» разлитого перитонита, тактика введения; роли ранней экстренной релапаротомии у больных с «вторично-прогрессирующим» разлитым гнойным перитонитом. Об осложнениях разлитого гнойного перитонита имеются сообщения, что они входят в разряд вторичных осложнений. Однако, по сегодняшнее время, отсутствует четкая общепринятая классификация послеоперационных осложнений разлитого гнойного перитонита, которые встречаются в послеоперационном периоде. В больнице скорой медицинской помощи наблюдавшихся в хирургическом отделении 137 пациентов за 10 лет выявлены вторичные осложнения, которые были разделены на четыре группы: это осложнения, развивающиеся со стороны брюшной полости: «вторично-прогрессирующий» разлитой перитонит, острая спаечная непроходимость кишечника, эвентрация кишечника, тазовые гнойники, инфильтраты, межкишечные абсцессы и инфильтраты, кишечные свищи, нагноение раны. К

сердечно-сосудистым отнесены: острая сосудисто-сердечная недостаточность, тромбоэмболия крупных сосудов, флебиты, тромбозы, тромбозы, флеботромбозы. Легочные заболевания: это пневмония, бронхиты, отек легкого, обострение хронического бронхита, трахео-бронхиты, сочувственный плеврит. К прочим осложнениям относятся: острая печеночная недостаточность и почечная недостаточность, поражения нервной системы, септические состояния, полиорганная недостаточность.

Вторичные осложнения разлитого гнойного перитонита: вторично - прогрессирующий разлитой гнойный перитонит – 22 (6,1%) больных, острая спаечная кишечная непроходимость - 18 (5%) пациентов, нагноение раны брюшной стенки - 17,2% (4,8%), эвентрация кишечника – 17 (4,7%), межкишечные и тазовые абсцессы – 9 (2,5%) больных, кишечные свищи - у 7 (1,9%) больных, острый холецистит – 2 (0,6%) больных.

У некоторых больных, после проведенных первичных оперативных вмешательств при гнойном перитоните, часто наступает прогрессирование заболевания в результате проведенного вмешательства, иногда у больных наблюдается короткий период «затишья», за которым следует дальнейшее развитие гнойного процесса. Такое быстрое прогрессирование воспалительного процесса после операции в первые дни, назвали условно «вторично-прогрессирующим» разлитым перитонитом [4]. В такой ситуации, следует подумать, что плохая сопротивляемость организма у больного, но не исключается высокая вирулентность инфекции. Возможно недостаточная радикальность проведенной операции. Своевременно источник перитонита не был устранен. Незамеченное повреждение органа, несостоятельность швов, неадекватное дренирование, санация брюшной полости. Для установления диагноза вторично-прогрессирующего разлитого гнойного перитонита значение имеют - клинические, лабораторные исследования: резкое учащение пульса, легочная недостаточность, гипотония, гектическая температура, напряжение мышц брюшной стенки, ослабление перистальтики кишечника, высокий лейкоцитоз, СОЭ-повышенное, токсическая зернистость лейкоцитов, повышенное содержание палочек в развернутом анализе формулы крови. При вторично-прогрессирующем раз-

литом гнойном перитоните большинство больных на следующее утро после проведенной операции и в последующие дни становятся беспокойны, часто эйфоричны, брюшная стенка в акте дыхания слабо участвует, дыхание учащается, напряжение брюшной стенки, появляются симптомы раздражения брюшины, гематологические и гемодинамические показатели ухудшаются, появляется сухость в ротовой полости, отмечаются лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг, концентрация С-реактивного белка не снижается, а даже, нарастает. Показано оперативное лечение - релапаротомия. В последующем перечисленные признаки вторично-прогрессирующего разлитого перитонита стираются, состояние больного и самочувствие улучшается, интоксикация на 4-5-е сутки у больных, напряжение брюшной стенки становится маловыраженным, симптомы раздражения брюшины могут проявляться слабее, болевые ощущения в животе уменьшаются, частота пульса 80 в минуту, температура 37,3°C, лейкоциты – 8350, СОЭ – 26, отмечается тенденция к нормализации артериального давления. Применение комплексного стимулирования перистальтики кишечника магнитотерапии, назогастрального зондирования желудка, лекарственных стимуляторов, внутривенного введения раствора NaCl, введение прозерина в целях улучшения перистальтики кишечника, при «вторично-прогрессирующем» разлитом перитоните не всегда приводит к одинаковому результату. У многих больных после такой стимуляции эффект бывает устойчивым, хорошим, у других больных длительно удерживается метеоризм, приходится осуществлять перидуральную анестезию, которые приводят к хорошему эффекту. Больные с вторично-прогрессирующим разлитым перитонитом относятся к наиболее тяжелой группе, поэтому им необходимо оказывать интенсивную помощь вплоть до реанимационных мероприятий, а в ряде наблюдений требуется повторное оперативное вмешательство, экстренную релапаротомию. В данном случае разбирается вопрос об экстренных релапаротомиях при вторичных осложнениях вялотекущего разлитого гнойного перитонита. Опыт показывает, что при этих осложнениях часто имеются значительные трудности не только в диагностическом, но и в тактическом отношении. Комплекс лечебных и реанимационных мероприятий у этой категории больных состоял в следующем: проведение интенсивной инфузионно - трансфузионной предоперационной подготовки, которая необходима в целях улучшения функционального состояния органов и систем, снятия интоксикационного синдрома. Ранняя диагностика и своевременно выполненная операция, является основным и важным этапом в лечении разлитого гнойного перитонита с применением современных методов детоксикации: гемосорбция, плазмофореза, лимфосорбции, эндолимфатического введения антибиотиков широкого спектра действия [5,6,7]. Это способствует улучшению показателей летальных исходов у пациентов с разлитым распространенным гнойным перитонитом.

Из анамнеза историй болезни - у 137 больных с перитонитом экстренная релапаротомия по поводу вторично-прогрессирующего разлитого перитонита была произведена - у 22 пациентов, причинами перитонита были деструктивный аппендицит - у 8, прободная язва желудка – у 2, гангрена тонкой кишки с перфорацией – у 4, гинекологические заболевания и травма живота – у 4, ущемленная грыжа, кишечная непроходимость кишечника – у 4.

Показаниями к экстренной релапаротомии при перитоните были прогрессирующее ухудшение общего со-

стояния после первой операции лапаротомии, нарастание объективных изменений со стороны живота, характерных при разлитом гнойном перитоните, парез кишечника [3,4]. При экстренной релапаротомии, кроме разлитого перитонита, у 14 из 22 больных имелись признаки ранней спаечной кишечной непроходимости. У ряда больных отмечались истощение, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, гипостатическая пневмония. При вторично-прогрессирующем разлитом перитоните релапаротомии проводились под интубационным наркозом, использовались мышечные релаксанты из срединного разреза живота с ревизией брюшной полости, аспирацией экссудата электроотсосом, устранения гнойных скоплений, разделением рыхлых спаек, тщательная санация, адекватное дренирование брюшной полости. Решающее значение в лечении больных с вторично-прогрессирующим разлитым перитонитом имеет ранняя экстренная релапаротомия. При необходимости ее завершают наложением контрапертур в подвздошных областях с введением трубок и наложением илеостомы в целях декомпрессии паретичного кишечника в послеоперационном периоде [3]. Вторичные осложнения перитонита, тяжелые вторичные межкишечные выявлены - у 2,5% больных, клинически проявлялись через 6-8 дней после операции по поводу разлитого перитонита. Эвентрации кишечника частичные были - у 4,7% больных с разлитым гнойным перитонитом, они связаны с истощением, прогрессированием перитонита, нагноением раны брюшной стенки, особенно у больных с вялотекущим течением перитонита [2]. Кишечные свищи появлялись - у 1,9% больных, острая спаечная странгуляционная кишечная непроходимость была - у 3,8 % больных разлитым гнойным перитонитом. Всем больным были повторно выполнены оперативные пособия, наиболее важные вторичные осложнения разлитого гнойного перитонита наступали у больных в течение первых 2-3 недель. Осложнения со стороны органов дыхания выявлялись - у 35,5% больных, из них пневмонии - у 12,4%, сердечно-сосудистые осложнения - у 20,8% больных.

Выводы:

- Наиболее важными вторичными осложнениями разлитого гнойного перитонита являются «вторично-прогрессирующий» гнойный разлитой перитонит, острая спаечная непроходимость кишечника, образования межкишечных и тазовых гнойников, кишечные свищи, эвентрация кишечника.

- Важное значение в профилактике вторичных осложнений гнойного перитонита, является ранняя диагностика заболевания и своевременная операция по устранении первичного источника развившегося перитонита.

- Одной из основных причин тяжести состояния больных с разлитым гнойным перитонитом является выраженный синдром эндогенной интоксикация, борьба с которым должна проводиться на всех основных этапах его формирования.

- Гемосорбция-эффективный метод элиминации из крови и тканевых депо токсинов, что дает возможность рассматривать, её как патогенетически обоснованный метод дезинтоксикации при гнойном разлитом перитоните.

Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Национальное руководство: Хирургические болезни. Том 2. - Москва, 2009 - С. 298-316.

2. Куташевский В. Д., Вкн.: Актуальные вопросы патологии органов брюшной полости. – Киев. – 1975. – С. 26-29.
3. Савчук Б.Д., Острый перитонит. – Москва. - 1979. – 78 с.
4. Сельцовский П.Л., Разлитые гнойные перитониты. – Москва. - 1963. – 75с.
5. Федоров В. Д., Лечение перитонита. Москва, - 1974. – 124с.
6. Астапенко В.Г.- В КН.: Острый перитонит. Диагностика, патогенетические основы лечения. Гродно, - 1981, - С. 3-12.
7. Кирковский В.В. Применение гемосорбции в комплексном лечении синдрома эндогенной интоксикации у больных перитонитом и ожоговой болезнью. Автореферат дис.... Канд.мед.наук., Минск, - 1983, - 20с.
8. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. Киев, - 1981. – 285с.

Тұжырым

ЖАЙЫЛҒАН ІРІНДІ ПЕРИТОНИТТЫҢ ЕКІНШІЛІК АСҚЫНУЛАРЫ

М.М. Гладинец, А.Б. Кульмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова, З.Р. Зарипова, А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Хирургия және травматология кафедрасы

Ірінді перитониттің екіншілік асқынуы негізгі себебі болып 2-к прогрессирлеуші ірінді перитонит, жедел спастикалық ішек өтімсізді, ішек аралық және жамбастың іріндеуі, ішектік жыланкөздер, ішек эвентрациясы.

Ірінді перитониттің 2-к асқынуы кезінде ерте диагностика жүргізу профилактиканы алдын алу мақсатында уақытылы операция жүргізу, перитониттің 1-к кезін жою.

Ірінді перитониттің ең негізгі себебі болып айқын эндогенді интоксикация синдром болып табылады, барлық негізгі этаптарда күрес жүргізу.

Гемосорбция - тіндік қордан токсиндердің және қаннан элиминациялауды эффективті әдісі, ірінді перитонит кезінде дезинтоксикацияның негізгі патогенетикалық әдісі.

Негізгі сөздер: эвентрация, эндотоксикоз, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия.

Summary

SECONDARY COMPLICATIONS OF DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

M.M. Gladinets, A.B. Kulmagambetova, E.V. Efendiyeva, A.S. Zhanybekova, Z.R. Zaripova, A.A. Seliverstova, G.N. Abisheva, Zh.T. Bultrikova
Semey State Medical University,
Department of surgery and traumatology

The most important secondary complications of diffuse purulent peritonitis are "secondary-progressive" purulent diffuse peritonitis, acute adhesive intestinal obstruction, formations of interintestinal and pelvic abscesses, intestinal fistulas, eventration of intestine.

The early diagnostics of the disease and timely operation directed to elimination of primary source of developed peritonitis are significant for prevention of secondary complications of purulent peritonitis.

The one of the main reasons of severity of condition of patients with diffuse purulent peritonitis is the expressed syndrome of endogenous intoxication, which should be treated on all main stages of its development.

Hemabsorption – is an effective method of toxin elimination from the blood and tissue depot, it gives opportunity to consider it as a pathogenically proved method of detoxication at purulent diffuse peritonitis.

Key words: eventration, endotoxiosis, detoxication, decompression, relaparotomy.

УДК 616.381-007.87

О.Г. Таштемирова, М.А. Ансеев, Г.А. Жакупова

Государственный Медицинский университет города Семей,
Областная больница им. Г. Султанова, г. Павлодар

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Аннотация

Проведен подробный анализ выполненных 561 операций лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и их осложнений. Сделан вывод, что за этот период ЛХЭ стала операцией выбора у больных с доброкачественными заболеваниями желчного пузыря, а залогом успешного выполнения ЛХЭ являются хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование пациентов, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, а также внимательное послеоперационное наблюдение за больными.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационные осложнения, постоперационные осложнения.