

ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

В.П. Кравец, канд. мед. наук; **А.В. Кравец**, ассистент;

В.В. Кравец

Медицинский институт Сумского государственного университета,
г. Сумы

Перитонит является одним из наиболее распространённых осложнений острых заболеваний органов брюшной полости. Изучены результаты хирургического лечения 89 больных с различными формами перитонита. В работе рассмотрены некоторые вопросы дренирования брюшной полости при перитоните. Опыт свидетельствует о том, что применение перчаточнотрубчатого дренирования напрямую кратчайшим путём улучшает отток гноя из брюшной полости и способствует уменьшению количества ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: перитонит, дренирование брюшной полости, лечение.

Перитоніт є одним із найбільш поширених ускладнень гострих захворювань черевної порожнини. Вивчені результати хірургічного лікування 89 хворих із різними формами перитоніту. У роботі розглянуті деякі питання дренивання черевної порожнини при перитоніті. Досвід свідчить про те, що використання рукавично-трубчастого дренивання прямо найкоротшим шляхом покращує відтік гною із черевної порожнини та сприяє зменшенню кількості ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: перитоніт, дренивання черевної порожнини, лікування.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на достигнутый прогресс в неотложной абдоминальной хирургии, расширение возможностей диагностики и медикаментозной терапии, внедрение новых медицинских технологий, лечение перитонита остаётся трудной и до конца не решенной проблемой. Стабильно высокие показатели послеоперационной летальности (33-60 %), значительное количество послеоперационных осложнений требуют поиска новых эффективных методов лечения [1-3,5,8-10].

В 1980 г. Н. А. Каншин констатировал: «Решающее значение при перитоните имеют радикальное устранение источника перитонита и санация брюшной полости на операционном столе, если эти два мероприятия проведены неполноценно, то ни инфузионная терапия, ни самые новейшие антибиотики, ни лимфосорбция, ни даже гемосорбция не в силах спасти больного». В 1984 г. Б. Нидерле сформулировал триаду основных мероприятий при хирургическом лечении перитонита – устранение источника, санация и дренирование брюшной полости.

В литературе недостаточно освещены показания и техника выполнения дренирования брюшной полости. Различные методы дренирования при перитоните не утратили своего значения и в настоящее время. Дренирование брюшной полости имеет ряд недостатков. Прежде всего, это реакция брюшной полости на инородное тело, которая проявляется в отграничении дренажной трубки фибрином, уже начиная со второго дня после дренирования, в результате чего дренаж оказывается расположенным "экстраперитонеально" по отношению к брюшной полости. Кроме того, применение дренажей способствует развитию острой непроходимости кишечника, прогрессированию гнойных осложнений, может привести к некрозам стенок полых органов и др. [3,4,6,7].

Ещё Teit в 1882 г. выдвинул концепцию, согласно которой дренирование показано там, где у хирурга имеются сомнения. В то же время Vates в 1978 г. отмечал, что "тотальное дренирование брюшной полости физически и физиологически невозможно, так как практически сразу же наступает инкапсуляция дренажей" [6].

У всех методик дренирования имеется один общий недостаток - отсутствие способности сохранять дренажную функцию на требуемый срок лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью данной работы является изучение результатов различных методов дренирования брюшной полости при перитоните, определение показаний, техника дренирования, обзор современных научных достижений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено лечение 89 больных с перитонитом. Мужчин было 54 (60,6%), женщин – 35 (39,4%). Возраст пациентов колебался от 16 до 85 лет. Статистическая обработка проводилась с применением компьютерной базы данных Ther Dep 4S.

Больные поступали в стационар с давностью заболевания до 12 часов – 9 (10,2%), до 24 часов – 25 (28%), до 48 часов – 43 (48,4%), до 72 часов – 10 (11,4%), свыше 72 часов с момента заболевания госпитализировано 2 (2,3%) лица. Поздняя госпитализация пациентов обусловлена несвоевременной обращаемостью за медицинской помощью, а у 4 (4,5%) – ошибки медицинских работников на догоспитальном этапе.

Для изучения клинического течения проводилась оценка жалоб, состояния пациентов, данных температуры, пульса, АД, общего осмотра. Всем больным при поступлении в стационар выполняли общеклинические, биохимические обследования крови (содержание электролитов, белка и белковых фракций, амилазы, трансаминазы, общего билирубина и его фракций, креатинина, мочевины), также определяли уровень глюкозы крови, показатели коагулограммы. Использовали инструментальные методы: обзорную рентгенографию органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости, эндоскопические исследования, компьютерную томографию и др. Степень тяжести интоксикационного синдрома определяли с помощью лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу (1948) и количеству среднемолекулярных и низкомолекулярных олигопептидов.

Факторами, которые обуславливают тяжесть гомеостаза при перитоните, есть время от начала развития заболевания до оказания специализированной медицинской помощи и распространение воспалительного процесса.

Оперативные вмешательства выполнялись по поводу первичных заболеваний: острого аппендицита -33 (37%), заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей – 12 (13,4%), заболеваний желудка и 12-перстной кишки – 15 (16,9 %), острого панкреатита – 6 (6,7 %), острой кишечной непроходимости – 4 (4,5%), ущемленной грыжи – 2 (2,3 %), закрытой и открытой травм живота – 5 (5,6 %), перфорации опухоли толстой кишки – 2(2,3 %), инфицированных воспалительных гинекологических заболеваний – 4 (4,5 %), тромбоз мезентериальных сосудов – 3 (3,4 %), других заболеваний – 3 (3,4%).

Всем больным обязательно проводилась интенсивная предоперационная подготовка (1-4 часа), включающая декompрессию желудочно-кишечного тракта, коррекцию водно-электролитных нарушений, функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Комплексное применение клинико-лабораторных и инструментальных исследований в динамике у больных перитонитом позволяет выбрать

время и объём оперативного вмешательства в зависимости от динамики течения заболевания и показателей эндогенной интоксикации, а также степени поражения органов и окружающей ткани.

Во время оперативного вмешательства местный перитонит диагностировали у 35 (39,3 %) человек, диффузный – у 28 (31,5 %), разлитой – у 20 (22,5 %), общий – у 6 (6,7 %).

Оперативное лечение включало устранение источника перитонита, туалет и санацию брюшной полости, по показаниям интубацию тонкой кишки, дренирование брюшной полости и профилактику осложнений. Обязательным являлось определение микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам.

После оперативного лечения больные в течение всего критического периода находились в отделении интенсивной терапии и реанимации. Комплексная интенсивная терапия была направлена на коррекцию гиповолемии, коллоидно-осмотического гомеостаза, устранение вегетативного дисбаланса, а также включала рациональную антибактериальную терапию, энтеральное зондовое питание. По показаниям применяли энтеросорбцию, УФО крови, плазмаферез, внутривенную лазеротерапию. Проводили контроль в динамике различных функциональных и биохимических показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По способу дренирования брюшной полости больные распределены на 2 группы, которые были практически одинаковые по срокам заболевания, степени тяжести состояния, стадиям и распространению перитонита. В 1-ю группу вошли 42 пациента, которым выполнено дренирование брюшной полости трубчатыми дренажами. 2-ю группу составили 47 лиц, у которых оперативное вмешательство закончено с использованием перчаточного-трубчатых дренажей. При дренировании живота учитывался гидростатический фактор. Дренажные трубки выводили через участки брюшной стенки, располагающиеся ниже уровня экссудата в брюшной полости. Однако из-за анатомических особенностей брюшной полости и неровностей рельефа париетальной брюшины в положении больного на спине дренаж не всегда удаётся расположить в самых низких точках зон живота, где оседает наибольшее количество содержимого, микробных тел. Любой вид дренирования, в том числе и с активной аспирацией, будет наиболее эффективным, если дренаж вывести напрямую кратчайшим путём. У этих больных улучшается отток гноя и экссудата из брюшной полости. Оставленный дренаж в брюшной полости отграничивают петли кишечника и сальник. Нити фибрина выпадают на дренажную трубку, и в дальнейшем происходит дренирование лишь своего канала, в котором уложена трубка.

Больным первой группы санация брюшной полости проводилась раствором фурациллина (0,02%) с добавлением 3% раствора перекиси водорода (в соотношении 10:1) или 0,9% раствором хлорида натрия. Пациентам второй группы завершали санацию брюшной полости двукратно раствором декасана. Последняя порция из брюшной полости активно не аспирировалась.

Эффективность лечения и состояние больных оценивали по клиническим признакам, лабораторным и инструментальным данным, осложнениям послеоперационного периода.

В 1-й группе больных трубчатые дренажи, установленные в отлогих местах и каналах брюшной полости, уже на 2-е сутки были отграничены от свободной брюшной полости выпавшими нитями фибрина, а боковые отверстия полого дренажа прикрыты тканевым фибрином, т. е. дренаж практически не функционировал. Во 2-й группе пациентов повязка в области контрапертуры промокала выпотом из брюшной полости.

Развитие внутрибрюшных абсцессов отмечено чаще в 1-й группе больных (5 случаев), тогда как во 2-й группе гнойники диагностировали у 3 лиц.

При определении показаний для дренирования брюшной полости необходимо сопоставить эффективность методики, положительные и отрицательные стороны того или иного способа дренирования.

ВЫВОДЫ

1. В современной хирургии ещё не выработаны критерии дренирования брюшной полости при перитоните в каждом конкретном случае.

2. Применение перчаточного-трубчатого дренирования напрямую кратчайшим путём улучшает отток гноя из брюшной полости и способствует уменьшению количества ранних и поздних послеоперационных осложнений.

3. Правильно определенные показания, технически грамотно выполненное дренирование брюшной полости при перитоните сказываются на конечных результатах лечения.

SUMMARY

DRANAGE ABDOMINAL CAVITY AT PERITONITIS

V.P. Kravets, A.V. Kravets, V.V. Kravets
Medical Institute of Sumy State University, Sumy

Peritonitis is one of the most wide-spread complications of the acute diseases of organs of abdominal cavity. Results of the surgical treatment of 89 patients with different forms of the peritonitis were studied. Some problems of drainage of abdominal cavity at peritonitis are considered in the research. The experience indicate that that using of gauntlet-tubular drainage straight the shorter way improve drainage of fester from abdominal cavity and promotes decrease of number of early and late postoperative complications.

Key words: *peritonitis, drainage abdominal cavity, treatment.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашрафов Р.А. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита / Р.А. Ашрафов, М.И. Давыдов // Хирургия. - 2001. - №2. - С. 56-58.
2. Гостищев В.К. Перитонит // В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.П. Авдошенко. - М.: Медицина, 2002. - 240 с.
3. Десятерик В. І. Діагностика та лікування перитоніту в умовах багатoproфільної лікарні / В.І. Десятерик, С.П. Міхно, С.Д. Аксентьев // Харківська хірургічна школа. - 2005. - № 11. - С. 27-29.
4. Ерохин И.А. Хирургические интоксикации / И.А. Ерохин, Б.Р. Генфальд, С.А. Шляпников. - СПб.: Питер. - 2003. - С. 590-623.
5. Koperna T. Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems? / T. Koperna, E.Schuls // Arch. Surg. - 1996. - Vol. 131, №. 2. - P. 180-189.
6. Костырной А. В. Оценка эффективности дренирования брюшной полости при перитоните / А. В. Костырной, Д. Е. Воронков // Харківська хірургічна школа. - 2005. - № 11. - С. 40-42.
7. Родзиховский А. П. Очерки хирургии перитонита / А. П. Родзиховский, О. Е. Бобров, В.Я. Найштетик. - Київ. - 2000. - 139 с.
8. Саенко В. Ф. Принципы комплексного лечения разлитого перитонита / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // Клінічна хірургія. - 2003. - №4-5. - С. 35.
9. Sedrak M. Simple fluid-column manometry to monitor for the development of abdominal compartment syndrome / M. Sedrak, K. Major, M. Wilson // Dowden Health Media. - 2002. - Vol. 58, №5. - P. 227-229.
10. Гнойный перитонит. Патофизиология и лечение / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, В.В. Минухин и др. / Под. ред. А.Я. Цыганенко. - Харьков: Контраст, 2002. - 280 с.

Поступила в редакцию 16 октября 2009 г.

Про включення до «Каталогу
видань України» 2011 р.
наукових журналів

Заступнику директора Сумської дирекції
УДПІЗ “Укрпошта”
Молодець В.М.
пл. Привокзальна, 5, м. Суми, 40003

Просимо включити до «Каталогу видань України» 2011 наступні журнали,
що видаються Сумським державним університетом:

назва журналу	передплатний індекс
Вісник СумДУ. Серія “Медицина”	94801
Вісник СумДУ. Серія “Економіка”,	98869
Вісник СумДУ. Серія “Технічні науки”	98870
“Журнал нано- та електронної фізики» (стара назва Вісник СумДУ. Серія “Фізика, математика, механіка”,	98871
“Філологічні трактати” (стара назва Вісник СумДУ. “Серія Філологія“	98872

Проректор з наукової роботи СумДУ

А.М. Чорноус