

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА МЕТОДОМ "ПОЛУОТКРЫТОЙ" ЛАПАРОСТОМИИ

Маркулан Л.Ю.

Институт клинической и экспериментальной хирургии, г. Киев

В последние годы при лечении послеоперационного перитонита широкое распространение получил метод этапного лаважа брюшной полости, который называют "полуоткрытой" лапаротомией, программированной релапаротомией, программированным перитонеальным лаважем, программированной лапаротомией [1]. Метод предусматривает выполнение повторной, заранее спланированной релапаротомии с осуществлением санации брюшной полости до ликвидации признаков перитонита. Важным вопросом является определение срока проведения очередного лаважа брюшной полости. Известно, что в течение 24 часов после промывания брюшной полости при перитоните происходит полная репродукция микробных тел [2]. Этот факт лег в основу рекомендаций конгресса Международного общества хирургов (1993) по установлению срока выполнения лапаротомии (24 часа). Однако, многие хирурги выпол-

няют повторный лаваж брюшной полости в сроки от 1 до 3 и более дней.

Нами изучены результаты применения метода "полуоткрытой" лапаротомии при лечении тяжелых форм послеоперационного перитонита у 101 больного: 56 больным релапаротомию проводили через каждые 1-3 дня (I группа), 45 - ежедневно (II группа).

Причинами перитонита явились несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза, культы ДПК, эзофагоэнтероанастомоза, межкишечных соустьев, инфицирование брюшной полости при выполнении операций по поводу кишечных свищей, абсцессов.

В I группе больных в среднем выполнено 3,5 релапаротомии (от 1 до 8), во второй группе - 5,5 релапаротомии (от 1 до 12). Характер осложнений при использовании метода полуоткрытой лапаротомии в двух группах больных представлен в таблице.

Таблица 1

Осложнения	Осложнения при применении 'полуоткрытой' лапаротомии	
	Группа больных	
	I группа	II группа
Пневмония	17 (33 %)	11 (25%)
Сердечно-сосудистая недостаточность	16 (31%)	13 (30%)
Почечная недостаточность	10 (19%)	9 (20 %)
Печеночная недостаточность	21 (40 %)	16 (36 %)
Прогрессирование перитонита	7 (13 %)	3 (7 %)
Абсцессы брюшной полости	6 (11%)	-
Остаточные абсцессы легких	1 (2 %)	-
Нагноение раны	41 (79%)	32 (72 %)
Эвентерация	4 (8 %)	2 (4 %)
Свищи полых органов	12 (23%)	14 (32%)

При сравнительном анализе осложнений в группах больных отмечено отсутствие абсцессов брюшной полости при ежесуточном лаваже брюшной полости, достоверное ($P < 0,05$) уменьшение осложнений со стороны легких, явлений прогрессирования перитонита. В то же время несколько возрасла частота образования свищей полых органов.

Общая летальность составила 26 % (25 больных): 16 больных - (31 %) в I группе и 9 больных - (21 %) во второй. Летальные исходы явились следствием синдрома системного воспалительного ответа с развитием полиорганной недостаточности (18 больных), тромбэмболии легочной артерии (2 больных), кишечных свищей, приведшие к необратимым метаболическим расстройствам (5 больных), причем, по секционным данным, лишь у 4 больных перитонит был неразрешившимся.

Относительно быстрое купирование явления перитонита при использовании метода "полуоткрытой" лапаростомии коррелировало с динамикой снижения бактериальной обсемененности перитонеального экссудата. В первые дни развития перитонита обсемененность экссудата достигала 10^{16} - 10^{25} микроб-

ных тел на 1 мл и резко падала к концу сеанса промывания (10^2 - 10^4 микробных тел на 1 мл). Микрофлора в перитонеальном экссудате была представлена эшерихией коли у 69 больных, золотистым стафилококком у 19, протеем у 17, синегнойной палочкой у 12, энтерококком у 11, клебсиелой у 9, стрептококком у 8. В 48 % случаев выделялись анаэробные микроорганизмы класса бактероидов. У 23 больных обнаружена моноинфекция, у 46 - ассоциация 2 возбудителей, у 20 - ассоциации 3 микроорганизмов, у 7 больных - по 4 вида микроорганизмов. Однако, к 3 - 4 сеансу промываний у большинства больных (в 80 % наблюдений) микрофлора в перитонеальном экссудате переставала выявляться.

Таким образом, метод "полуоткрытой" лапаростомии достаточно эффективен в лечении послеоперационного перитонита, позволяет устранить гнойную инфекцию, избежать генерализации септического процесса или прервать дальнейшее его развитие, уменьшить число хирургических осложнений, причем ежесуточный лаваж является более предпочтительным.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Г.Кригер. Послеоперационный перитонит (Обзор литературы) // Хирургия. - 1994. - № 4. - С. 146-149.
2. Edmiston C.E., Goheen M.P., Komhall S. et al. Fecal peritonitis: *mirrobici adherens* to serosal mesothelium and resists to peritoneal lavage // *Wid J. Surg.* -1990.-Vol. 14.-P. 176-183.

РЕЗЮМЕ

Досвід лікування післяопераційного перитоніту методом "напіввідкритої" лапаростомії

Маркулан Л.Ю.

Вивчалися результати застосування методу "напіввідкритої" лапаростомії при лікуванні важких форм післяопераційного перитоніту у 101 хворого. Зроблено висновок, що цей метод є достатньо ефективним в лікуванні післяопераційного перитоніту, дозволяє усунути гнійну інфекцію, уникнути генералізації септичного процесу або припинити його подальший розвиток, зменшити кількість хірургічних ускладнень, причому щодобовому лаважу надається перевага.

SUMMARY

The experience of treatment of postoperative peritonitis by the method of "half-opened" laparostomy

L.Yu. Markulan

The experience of treatment of postoperative peritonitis by the method of "half-opened" laparostomy in treatment of severe forms of postoperative peritonitis in 101 patients. The conclusion was made that this method is effective in treatment of postoperative peritonitis, allows to eliminate the purulent infection, avoid the generalisation of a septic process or to interrupt its further development, decrease the number of surgical complications.