# Диагностика и лечение послеоперационного перитонита

#### С.Д. Атаев, М.Р. Абдуллаев.

Нами анализированы истории болезни 162 больных в возрасте от 18 до 80 лет, лечившихся в клинике по поводу послеоперационного перитонита (ПП), возникшего после операций на органах брюшной полости за последние 22 года (1976-1997). Мужчин было 114 (70,4%), женщин - 48 (29,6%). ПП развился после операций: по поводу острой кишечной непроходимости - у 50 (30,8%) больных; на желудке и пищеводе - у 42 (25,9%); на печени и желчных путях - у 35 (19,7%); на толстой и прямой кишках - у 25 (14,2%); аппендэктомии - у 5 (3,1%); по поводу огнестрельных ранений органов брюшной полости - у 5 (3,1%) больных. Наиболее часто(75%) ПП развивался вследствие несостоятельности швов анастомозов, наложенных на желудочно-кишечный тракт и желчные пути. Развитие ПП способствовали тактические операционные ошибки:

а) не проводилась декомпрессия желудка, кишечника и новокаиновая блокада брыжеек;

б) переоценивалась жизнеспособность дестрангулированной кишки, она не резецировалась или производилась "экономная резекция";

в) вследствие недостаточной ревизии брюшной полости оставались нераспознанными заворот, внутреннее ущемление кишки, дефекты стенок желудка, кишок, общего желчного протока и т.д.;

г) при завороте и некрозе сигмовидной кишки или полной обтурации её опухолью, производили первичную резекцию с одномоментным наложением анастомоза между концами кишки;

д) недостаточно санировалась и неправильно дренировалась брюшная полость и т.д.

Классическое течение ПП, сопровождающееся острой картиной перфорации полого органа, в настоящее время встречается всё реже и реже. У большинства больных ПП протекал атипично, стерто на фоне перенесенного тяжелого оперативного вмешательства и проводимой интенсивной терапии.

Своевременная диагностика ПП и установление показаний к релапаротомии - трудная задача в связи с неспецифичностью симптомов заболевания. В основном приходится ориентироваться на нарастающее ухудшение общего состояния больного в раннем послеоперационном периоде, выраженный болевой синдром несмотря на проводимую анальгезию, упорный парез кишечника, неподдающийся консервативным мероприятиям и тахикардию. В основе диагностики ПП лежит умение хирурга регистрировать, анализировать, правильно объяснить возникающие отклонения в течении послеоперационного периода. Это умение основывается на постоянном личном наблюдении за состоянием больного, объективней оценке всего комплекса изменений, происходящих в состоянии пациента, систематическом лабораторном контроле. Важными ранними симптомами ПП являются: частый слабый пульс, не соответствующий температуре тела. вздутие живота, нарастающий метеоризм, не ликвидирующийся консервативными мероприятиями, болезненность живота, напряжение мышц, эйфория или депрессия, бессонница, жажда, икота, тошнота, рвота, дегенеративнотоксические и биохимические изменения крови. Любые отклонения от нормального течения послеоперационного периода должны вызвать тревогу и требуют незамедлительных действий по их объяснению и коррекции. Подозрение на развитие перитонита после оперативного вмешательства на органах брюшной полости является достаточным основанием для применения у больного специальных методов исследования. Изменение характера и количества отделяемого из брюшной полости через дренажные трубки, введенные во время операции, лапароцентез через основную операционную рану или в подвздошных областях путём введения "щадящего" катетера, оказывают большую помощь в ранней диагностике ПП. Обзорное и контрастное рентгенологическое исследование органов брюшной полости, лапароскопия, эндоскопия желудка и кишечника, У3И позволяют получить дополнительную и в тоже время очень важную информацию о неблагополучии в брюшной полости. Несмотря на это, релапаротомия по поводу ПП была выполнена после первой операции через 5 сут. и позже у 67,4% больных.

В комплексном лечении ПП, помимо адекватного оперативного вмешательства и проведения традиционной интенсивной терапии, особое значение придавали внутрибражеечной инфузии лекарственных средств, как видоизмененному высокоэффективному методу эндолимфатического лечения. Для этого всем больным ПП в конце операции после тщательной санации брюшной полости в корень брыжейки тонкой кишки вводится и фиксируется кетгутом тонкий хлорвиниловый микроирригатор, используемый обычно для катетеризации подключичной вены. Периферический конец микроирригатора выводится через лапаротомную рану наружу и фиксируется к коже одним швом. Через него 2 раза в сутки вводится лекарственная смесь, состоящая из 500 тыс. ед. ампициллина или другого антибиотика широкого спектра действия и препаратов, улучшающих микроциркуляцию и биоэнергетику в тканях кишечной стенки: 1 мл 1% раствора АТФ, 10 тыс. Ед. Гепарина, 50 мг гидрокортизона, 100 мг кокарбоксилазы. 100 мл 0,25% раствора новокаина.

Детальность при ПП за последние годы (1988-1997 гг.) по сравнению с предыдущим десятилетием снизялась на 14%.

Отказ хирурга от релапаротомии при ПП по причине безнадежности, бесперспективности, ссылки на тяжелые сопутствующие заболевания и пожилой возраст пациента неправомерно и является грубой тактической ошибкой, обрекающей больных на неизбежную смерть. Только раннее повторное адекватное хирургическое вмешательство является спасительной мерой при ПП, хотя хирургу не всегда легко преодолеть психологический барьер.