

О ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПЕРИТОНИТА

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ

Больные с распространенным перитонитом являются наиболее сложным контингентом хирургических гастроэнтерологических отделений как в плане оказания оперативной помощи, так и в плане ведения послеоперационного периода. Являясь по существу осложнением различных заболеваний органов брюшной полости, сам перитонит способствует возникновению других различного рода осложнений. Эти осложнения, которые можно назвать вторичными осложнениями перитонита, усугубляют тяжесть течения болезни и нередко являются непосредственной причиной летального исхода [1, 2, 3].

Целью работы явилось изучение характера, частоты и причин вторичных осложнений, развившихся у больных с распространенным перитонитом в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

В течение 10 лет (1996–2005 гг.) в клинике по поводу основных форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и травм живота оперировано 8597 больных. У 198 из них (2,3%) оперативное вмешательство производилось в условиях разлитого перитонита. В разработку ввиду их специфичности не включены перитониты, обусловленные blastomatozным процессом, острым панкреатитом и возникшие после плановых оперативных вмешательств.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде (после устранения источника перитонита) отмечены у 126 из 198 больных (63,6%). Поскольку у многих больных имелось сочетание двух и более осложнений, частота их значительно превышает указанное число больных (91,4%).

Группировку вторичных осложнений перитонита, выявленных у больных при ретроспективном анализе историй болезни, мы произвели по наиболее часто используемому классификационному признаку – в зависимости от их локализации. С учетом этого критерия все вторичные осложнения перитонита разделены на 5 групп: 1) осложнения со стороны брюшной полости; 2) раневые осложнения; 3) осложнения со стороны легких и плевральной полости; 4) сердечно-сосудистые осложнения; 5) прочие.

Ретроспективный анализ историй болезни проводился по унифицированной схеме, исследование – сплошным методом.

Результаты и обсуждение

Наиболее частым осложнением, обуславливающим нередко необходимость повторного оперативного вмешательства, был прогрессирующий перитонит. Он отмечен у 44 из 198 больных (22,2%). Выделение этого осложнения в определенной степени носит условный характер, учитывая, что первичная операция производилась уже на фоне перитонита. Очевидно, при этом следует исходить из того, что при нормальном течении послеоперационного периода перитонит, источник которого удален, должен регрессировать. Прогресси-

рование же его является отклонением от нормы, т. е. осложнением.

Наиболее частой причиной прогрессирования перитонита, по нашим данным, являлись дефекты, связанные с санацией и дренированием брюшной полости (15 наблюдений). Другими причинами были: несостоятельность кишечных швов (6), неполное устранение источника перитонита (4), нераспознанные заболевания (2), интраоперационное повреждение органов (2). У 15 больных конкретные причины прогрессирования перитонита не были установлены. Следует иметь в виду, что неблагоприятное течение заболевания в значительной мере определялось и такими факторами, как преклонный возраст больных, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний сердца, сосудов, бронхолегочной системы, печени, почек.

Релапаротомия была произведена 26 больным с прогрессирующим послеоперационным перитонитом, у 9 больных наличие этого осложнения установлено лишь при патолого-анатомическом вскрытии. В этой связи следует отметить, что диагностика прогрессирования перитонита в раннем послеоперационном периоде часто бывает несвоевременной, вследствие чего повторные неотложные вмешательства выполняются с опозданием. Трудности диагностики прогрессирующего перитонита в этом периоде связаны с атипичностью клинической картины болезни, обусловленной применением обезболивающих средств, антибиотиков, проведением корригирующей инфузионной терапии. В этой ситуации помочь может только раннее использование специальных методов исследования: рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового, компьютерной томографии. Из этого арсенала перечисленных методов исследования наиболее информативным и доступным является ультразвуковой. В сонографической картине прогрессирующего перитонита, как правило, выявляются следующие симптомы: повышенное содержание газа в полых органах, наличие свободной жидкости в двух и более отделах брюшной полости, отсутствие перистальтики желудка и кишечника.

Инфильтраты и ограниченные гнойники брюшной полости нередко осложняли течение распространенного перитонита. По нашим данным, они наблюдались у 16 больных (8,1%). Чаще всего (10 наблюдений) эта группа осложнений возникала у больных с перитонитом аппендикулярной этиологии и локализовалась в правой подвздошной области или малом тазу. Другими причинами были деструктивный холецистит (3), прободные гастродуоденальные язвы (3), травматические повреждения органов брюшной полости (2). Лишь у 3 больных инфильтраты в брюшной полости рассосались в результате консервативной терапии, остальные оперированы. Вскрытие и дренирование гнойника традиционным открытым методом производилось 7 больным, у 6 применена методика чрескожного пунк-

ционного дренирования абсцесса под ультразвуковым контролем.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, возникла у 5 больных (2,5%). Первичная операция им выполнялась по поводу деструктивного аппендицита (у 3 больных) и поврежденных органов брюшной полости (у 2 больных). Трудности диагностики этого осложнения понятны. Они аналогичны тем, которые возникают при диагностировании прогрессирующего перитонита.

Осложнения в виде кишечных свищей имели место у 9 больных (4,5%). Повторное оперативное вмешательство в раннем послеоперационном периоде произведено 5 из них. Основными причинами возникновения кишечных свищей были: наличие в брюшной полости гнойно-воспалительного очага, применение тампонады брюшной полости, интраоперационные лечебно-тактические ошибки врачей. Оставляя в стороне вопросы лечения этой сложной патологии, отметим лишь одну деталь тактического плана: при высоких тонкокишечных свищах шанс на спасение жизни больного оставляет только срочное оперативное вмешательство – резекция кишки с восстановлением ее непрерывности.

Кровотечение в брюшную полость или в просвет желудочно-кишечного тракта возникло у 6 больных (3,0%). Из них релапаротомия по поводу внутрибрюшного кровотечения была выполнена 2 больным: после аппендэктомии (1) и холецистэктомии (1). У 4 больных наблюдалось желудочно-кишечное кровотечение из острых язв желудка. Оперативное вмешательство им не производилось.

Эвентрация кишечника осложнила течение послеоперационного периода у 7 больных (3,5%). Развитие этого осложнения в 5 наблюдениях было обусловлено прогрессированием перитонита и нагноением послеоперационной раны. У 2 больных возникновение эвентрации можно связать с дефектами в технике ушивания лапаротомной раны. Все больные были повторно оперированы. При эвентрации, произошедшей в гнойную рану, применяли частичное сближение краев раны, дополняя это стягиванием живота длинными полосами липкого пластыря.

Нагноение послеоперационных ран, в наших наблюдениях, встретилось у 21 больного (10,6%). Как правило, это осложнение наблюдалось у больных в сочетании с другими гнойно-воспалительными осложнениями. В 3 наблюдениях обширное нагноение в ране привело к эвентрации кишечника.

Легочно-плевральные осложнения составили 11,6% от числа больных со вторичными осложнениями (23 больных). Чаще всего наблюдалась правосторонняя пневмония, ее абсцедирование имело место у 2 больных. Несомненно, больные с распространенным перитонитом составляют группу с максимальной степенью риска возникновения легочных осложнений. Между тем проведенный анализ свидетельствует о недостатках в прогнозировании и профилактике этого осложнения.

Сердечно-сосудистые осложнения, по нашим данным, имели место у 19 больных (9,6%). Из них у 8 это были венозные тромбоэмболические процессы, у 2 – инфаркт миокарда, в остальных наблюдениях – острая сердечно-сосудистая недостаточность или декомпенсация хронических нарушений кровообращения. Как показал ретроспективный

анализ, объем профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений в этой группе больных, также не всегда был адекватен клинической ситуации.

В группу прочих вторичных осложнений перитонита отнесены: острая печеночно-почечная недостаточность – у 15 больных (7,6%), сепсис – у 5 больных (2,5%), психозы – у 11 больных (5,5%). Эти осложнения, по существу, возникали на фоне полиорганной дисфункции, которая и явилась основной причиной смерти у большинства больных.

Заключение

Результаты лечения больных с распространенным перитонитом до настоящего времени остаются неутешительными. Анализ литературного материала и проведенного анализа наблюдений клиники позволяет сделать некоторые обобщения в этом плане:

1. Неблагоприятное течение послеоперационного периода у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости во многом обусловлено вторичными осложнениями перитонита, имевшегося при первичном хирургическом вмешательстве.

2. Значительная часть наблюдавшихся осложнений в течении заболевания находится в причинной связи с действиями врачей при выполнении операции или в послеоперационном периоде.

3. Своевременная диагностика вторичных внутрибрюшных осложнений у больных с перитонитом в послеоперационном периоде представляет собой трудную задачу. Совершенствование ее должно идти по пути оптимизации комплексного использования высокоинформативных диагностических методов.

4. Необходимы выработка и внедрение в клиническую практику конкретных рекомендаций и алгоритмов для определения операционной тактики и более точного прогнозирования послеоперационных осложнений у больных с распространенным перитонитом.

Поступила 15.01.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К., Сажин В. И., Авдовенко А. Л. Перитонит. М., 2002.
2. Кригер А. Г., Шуркалин Б. К., Горский В. А. и др. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита // Хирургия, 2001. № 8. С. 8–12.
3. Савчук Б. Д. Гнойный перитонит. М., 1979.

M. H. ASHHAMAF, M. T. DIDIGOV, R. V. GEDZYUN

ABOUT SECONDARY COMPLICATIONS OF A PERITONITIS

Character, frequency and the reasons of postoperative complications at 198 patients with a wide-spread peritonitis are investigated. The secondary complications which have arisen after elimination of a source of a peritonitis, were observed at 126 (63,8%) by patients and frequently had combined character. The analysis of various complications was carried out in view of their localization. The difficulties connected to diagnostics of intrabelly complications, often their causal relationship with actions of doctors are marked at performance of operation or in the postoperative period.