Способ наложения управляемой лапаростомии при распространенном перитоните

Альперович Б.И.¹, Барабаш В.И.²

Controlled laparostomy application method in cases of total peritonitis

Alperovich B.I., Barabash V.I.

¹ Сибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Томск

² МКЛПМУ «Городская больница «3», г. Томск

© Альперович Б.И., Барабаш В.И.

Проблема перитонита остается актуальной для практической медицины, т.к. летальность и осложнения при этой патологии остаются высокими. Наиболее опасным является распространенный гнойный перитонит. В статье изложены результаты лечения 52 больных с распространенными перитонитами с использованием нашего метода. При этом отмечается снижение летальности до 25%.

Ключевые слова: хирургия, перитонит, лапаростомия.

The problem of peritonitis remains actual for practical medicine as the lethality and complications in this pathology are on a high level. General purulent peritonitis is the most dangerous one. This article covers the results of treatment of 52 patients with total peritonitis using our method. It causes the decrease of lethality up to 25%.

Key words: surgery, peritonitis, laparostomy.

УДК 616.381-002-089.86

Введение

Одной из наиболее сложных проблем urgentной хирургии остается лечение гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений [2]. Летальность при этом не имеет четкой тенденции к снижению и достигает, по данным последних лет, 70% [1, 2, 6, 7]. Высокая послеоперационная летальность при распространенном перитоните побуждает хирургов к поиску новых, более эффективных методов своевременной диагностики и лечения перитонитов, а иногда и к возрождению уже старых, на современном уровне знаний и оснащения. Этим объясняется тот факт, что в последние десятилетия в хирургии распространенного перитонита стали применять открытый метод лечения как альтернативу традиционному.

До настоящего времени нет единой точки зрения в терминологии метода лапаростомии. Многие авторы предлагают свою классификацию и терминологию этого метода. Одни выделяют

открытое дренирование — лапаростому — как вынужденную меру при флегмоне передней брюшной стенки и эвентрации и этапное программное промывание брюшной полости. Также метод лапаростомии называют программной лапаростомией, программным этапным промыванием брюшной полости, программными санациями и т.д. [3]. Другие авторы предлагают термин «декомпрессивная лапаростомия» [4]. Последнее высказывание основано на том, что при перитоните всегда имеется выраженный парез кишечника и необходимо наложить лапаростому таким образом, чтобы понизить внутрибрюшное давление. При этом не следует смешивать термины «лапаростома», когда брюшная полость после операции остается открытой, и «метод лапаростомии», подразумевающий весь диапазон вариантов использования лапаротомной раны для удаления экссудата из брюшной полости. Кроме этого, С.В. Кемеров,

Г.Е. Соколович (1998) классифицируют метод лапаростомии в 3 вариантах:

1. Программная релапаротомия.
2. Программная лапаростомия.
3. Открытая лапаростома.

Большое количество терминов, обозначающих один и тот же метод, доставляет определенные неудобства в практической работе. Сам метод должен носить исторически сложившееся и чаще всего применяемое название — метод лапаростомии. Он подразумевает определенный алгоритм лечения перитонита, когда удаление гнойного экссудата активно осуществляется через лапаротомную рану.

Мы считаем, что более правильным будет назвать этот метод «управляемой лапаростомией». На чем основаны наши суждения? Во-первых, при лечении больного с распространенным перитонитом должны учитываться все критерии развития болезни. Во-вторых, такой контингент больных поступает в крайне тяжелом состоянии, в состоянии инфекционно-токсического шока, и врачам-реаниматологам приходится затрачивать большие усилия для подготовки этих пациентов к повторным санациям брюшной полости. Слепое подчинение определенному сценарию ведения таких больных может пагубно отразиться на процессе лечения и привести к трагедии. Таким образом, термин «управляемая лапаростомия», на наш взгляд, всесторонне характеризует не только сам метод лечения, но и позволяет управлять всем течением болезни. При этом только совместное заключение хирургов, реаниматологов, терапевтов дает возможность вмешиваться в процесс лечения в любой период болезни, учитывая полную клиническую картину, и только в необходимый для больного момент дать разрешение на повторные, уже плановые, санации.

Материал и методы

В клинике хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета метод управляемой лапаростомии активно стал применяться для лечения больных с распространенным перитонитом с 2000 г. За этот период пролечено 52 пациента,

из них мужчин — 32, женщин — 20. Возраст пациентов колебался от 15 до 84 лет. Показаниями к лапаростомии считали: 1) токсическую и терминальную стадии разлитого гнойного перитонита с полиорганной недостаточностью, 2) разлитой гнойный перитонит у лиц с тяжелой сопутствующей патологией, ведущей к снижению регенерации, 3) послеоперационный прогрессирующий перитонит с наличием гнойников брюшной полости, кишечных свищей, 4) эвентрацию при гнойном перитоните и флегмоне брюшной стенки. У 12 больных из 52 лапаростома была наложена во время первичной лапаротомии.

Существующие способы временного закрытия брюшной полости не удовлетворяют многих практических хирургов. Это связано и со сложностью наложения и использования лапаростомы, и с возможностью развития различных осложнений (эвентрация, повреждение внутренних органов, гнойно-некротические флегмоны передней брюшной стенки и т.д.). В нашей клинике разработан собственный способ наложения управляемой лапаростомии (заявка < 2002131726 > отдел 14, служебный < 033603, приоритет от 26 ноября 2002 г.)

Суть способа представлена на схеме (рис. 1, а, б) наложения управляемой лапаростомы. После основных этапов операции — устранения очага воспаления, санации

Рис. 1. Способ наложения управляемой лапаростомы при распространенном перитоните: 1 — салфетка с мазью; 2 — блоковидные швы; 3 — отрезки силиконовых трубок; 4 — салфетка с антисептиком; 5 — завязанные банты; 6 — сальник брюшной полости — на петли кишечника укладывают сальник (6), на него — салфетку (1), смоченную антисептической мазью, например, «Левомеколь». Затем, отступив 5 см от краев операционной раны, отрезки силиконовых трубок (3) длиной 4 см пришивают равномерно, попарно-симметрично с обеих сторон операционной раны блоковидными швами капроновыми нитями с длинными концами (2). Между кожными краями укладывают салфетку, смоченную водорастворимым антисептиком (4), например, 0,5%-м раствором хлоргексидина. Длинные концы нитей блоковидных швов завязывают в виде бантов (5) таким образом, чтобы края раны не соприкасались между собой. При последующих санациях брюшной полости банты развязывают, после проведения санации вновь завязывают. Расстояние между краями раны регулируют в зависимости от показателей внутрибрюшного давления (от 2 до 4 см). При использовании фрагментов трубки длиной менее 4 см может произойти эвентрация внутренних органов, при использовании фрагментов более 4 см или цельных трубок может произойти их деформация, влекущая нарушение микроциркуляции в области их прикрепления, болевые ощущения, возникновение пролежней. А попарно-симметричное закрепление трубок на операционной ране исключает дополнительную

деформацию тканей передней брюшной стенки. Применение антисептика на мазевой основе предотвращает слипание петель кишечника, которое может привести к травме кишок и возникновению кишечных свищей при разделении петель. Распределение сальника на петлях кишечника способствует защите внутренних органов и препятствует проникновению инфекции в ткани передней брюшной стенки. Использование блоковидных швов с длинными концами нитей делает возможным закрепление последних в виде бантов, что позволяет многократно использовать их во время плановых последующих санаций брюшной полости и регулировать расстояние между краями раны от 2 до 4 см в зависимости от состояния внутрибрюшного давления, увеличивая его при высоких показателях.

Результаты и обсуждение

Из 52 пациентов умерло 13 (25%). При традиционном методе лечения перитонита летальность составляет 31% [1]. Флегмона брюшной стенки развилась у 2 пациентов (1,97%).

Таким образом, по материалам клиники выяснено, что метод лапаростомии в лечении больных с распространенными формами перитонита при правильном его использовании является достаточно высокоэффективным средством, позволяющим добиться выздоровления этой крайне тяжелой категории больных. А предлагаемый способ наложения управляемой лапаростомы сокращает время как первой операции, так и последующих санаций брюшной полости, позволяет регулировать внутрибрюшное давление, снижает травматизацию тканей операционной раны, предупреждает нарушение микроциркуляции мягких тканей, что способствует профилактике гнойных осложнений, позволяет не применять дорогостоящих материалов и устройств.

Литература

1. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Неотложная хирургия живота. Томск: Изд-во «Курсив», 2002. С. 165—196.
2. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис // Рус. мед. журн. 1995. Т. 6. < 11. С. 697—706.

Альперович Б.И., Барабаш В.И. Способ наложения управляемой лапаростомии при распространенном перитоните

3. Дадвани С. Хирургическое лечение распространенного гнойного перитонита // Врач. 1998. < 1. С. 10—12.
4. Кемеров С.В., Соколов Г.Е. Декомпрессивная лапаростомия // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. Томск. 2000. < 10—11. С. 156—157.
5. Кемеров С.В., Соколов Г.Е. К вопросу классификации лапаростомий // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. Томск. 1998. Т. 1. < 6—7. С. 347.
6. Шелестюк П.И., Блакитко Е.М., Ефремов А.В. Перитонит. Новосибирск: Наука, 2000. 302 с.
7. Simon G.L., Gorbuch S.L. Intestinal flora in health and disease // Gastroenterology. 1984. № 84. P. 174—193.

Поступила в редакцию 24.03.2003 г.