

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Гарелик П.В., Милешко М.И., Дешук А.Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Перитонит, как осложнение многих хирургических заболеваний, имеет свои особенности проявления и его лечение во многом зависит от основного заболевания. За последние годы в связи с применением высокоэффективных антибиотиков, интенсивной дезинтоксикационной терапии результаты лечения перитонита значительно улучшились, однако летальность при нем остается достаточно высокой, достигая по данным многих хирургов 10-20%. Каждая прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки сопровождается перитонитом, тяжесть которого во многом зависит от времени развития перитонита. При выборе хирургического пособия при прободных язвах так же учитывается характер перитонита.

В последние годы начали лечить прободную язву используя лапароскопические методики. Закономерным является вопрос: достаточно ли лапароскопического доступа для полной санации брюшной полости, а так же на какой стадии развития перитонита целесообразно перейти на лапаротомию.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения перитонита при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки при применении лапароскопического и открытого доступа.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 196 пациентов с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки находившихся на лечении в клинике в период с 2008 по 2022 гг. (15 лет). Мужчин было 171 (87,3%), женщин 25 (12,7%) в возрасте от 21 до 86 лет. Язвенный анамнез отмечен только у 46 человек, повторное прободение наступило у 2 пациентов.

Применялись следующие методы обследования:

- 1) фиброгастроуденоскопия;
- 2) УЗИ органов брюшной полости;

3) обзорная рентгенография брюшной полости;

4) лапароскопия.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина перитонита имела у всех 196 пациентов и зависела от времени его развития: перитонит 6 часовой давности имелся у 113 (57,6%) человек. Время развития перитонита от 6 до 24 часов было у 64 (32,6%), перитонит длительностью более 24 часа имел место у 19 (9,8%) человек.

У подавляющего числа пациентов – 172 (87,7%) перитонит не вызвал каких-либо выраженных отклонений в жизненно важных функциях организма и они были оперированы в первые 2 часа с момента поступления в стационар. У 24 человек (12,3%) уже имелись выраженные признаки интоксикации и тяжелая сопутствующая патология, они были госпитализированы в отделение реанимации. Им в течение 2-4 часов производилась предоперационная подготовка.

После оценки общего состояния и с учетом выраженности перитонита было принято решение у 141 человек (71,9%) применить лапароскопический метод лечения, а 55 пациентов подвергнуть лапаротомии. При визуальном обследовании брюшной полости были установлены следующие виды перитонита – по распространенности: местный отграниченный – 5 (2,7%), местный неотграниченный – 56 (28,5%), распространенный у 135 (68,8%) пациентов. По характеру экссудата: серозный – 13 (6,6%); серозно-фибринозный – 155 (79%); гнойный – 28 (14,4%) человек.

После устранения источника перитонита (чаще всего ушивание прободной язвы) приступали к его интраоперационному лечению. Объем лечения во время лапароскопии заключался в аспирации жидкого содержимого и фибрина, повторном (трехкратном промывании брюшной полости раствором фурацилина и физиологическим раствором хлорида натрия. Одномоментный объем вводимой в брюшную полость жидкости должен составлять 1-1,5 литра. Меньшее количество жидкости не позволяет в достаточной степени промыть брюшную полость. Операция завершалась тщательной аспирацией жидкого содержимого, которую надо проводить методически сверху вниз, приподнимая головной конец стола с последующим дренированием брюшной полости 2-3 трубками.

Из 141 предпринятой лапароскопической операции у 25 пациентов вынуждены были перейти на конверсию, в том числе у

18 пациентов в связи с выраженным перитонитом и недостаточной лапароскопической санацией.

Лапаротомная операция в общей сложности выполнена 80 пациентам (55+25). Кроме устранения источника перитонита и санации брюшной полости она дополнялась ревизией кишечника с разделением рыхлых сращений и удалением локальных отграниченных жидкостных скоплений. Если этого не сделать, будет большая вероятность развития межкишечных абсцессов в послеоперационном периоде. У некоторых пациентов в корень брыжейки тонкой кишки вводили 80-120 мг гентамицина на 150 мл 0,25% раствора новокаина.

В послеоперационном периоде пациенты получали как минимум 2 антибиотика из разных групп (чаще сочетания аминогликозидов и цефалоспоринов). У 16 пациентов с целью лечения перитонита применялись различные методы экстракорпоральной детоксикации.

Осложнения после операции имели место у 11 пациентов. Из них у 3 человек наступила несостоятельность ушитой лапароскопически прободной язвы (одна из них ушивалась по Поликарпову). Во время лапаротомии произведено повторное ушивание прободных язв с последующим выздоровлением. После лапаротомии у 2 пациентов наступила эвентрация (в 1 случае имелся цирроз печени с асцитом, во втором – канцероматоз). Нагноение лапаротомной раны отмечено у 6 человек.

После операции (открытых) умерло 3 (1,5%) человека при наличии перитонита и тяжелых сопутствующих заболеваний.

Выводы:

1. У более чем половины пациентов (59,1%) с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки лечение сопутствующего перитонита возможно из лапароскопического доступа.

2. Конверсия для продолжения операции открытым методом потребовалась у 25 пациентов (17,7%), причем по поводу запущенного гнойного перитонита только у 18 человек (12,8%).

3. Несостоятельность ушитой прободной язвы при лапароскопическом методе лечения имела место у 3 пациентов (2,6%) и она не была связана с методом лечения перитонита.