

616.381-002.3-089

LÉČBA PERFORAČNÍCH PERITONITID

MUDr. Václav ŠAFRÁNEK

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice, Plzeň

(náčelník: plk. MUDr. Oldřich Smola)

Problematika difúzního zánětu pobřišnice se v odborné literatuře stále opakuje. Stejně je tomu i na našem oddělení. Hlavní důvod je ten, že výsledky léčby tohoto onemocnění stále ještě nejsou ideální. Když jsme se touto problematikou zabývali před 10 lety, konstatovali jsme, že difúzní zánět pobřišnice je nejčastější příčinou smrti v břišní chirurgii. K tomu závěru jsme došli i nyní, ale přece jen byl učiněn určitý pokrok. Výsledky léčby jsou lepší.

Základem léčby difúzní peritonitidy zůstává včasná chirurgická intervence a odstranění zdroje zánětu z dutiny břišní. Léčbu je třeba, jak uznává většina autorů, zahájit hned po stanovení diagnózy, tj. před operací. Patří sem zavedení nasogastrální sondy, parenterální přívod tekutin, aplikace antibiotik a chemoterapeutik, podpora kardiovaskulárního aparátu u vhodných nemocných a eventuálně kortikoidy. Práce týkající se difúzních peritonitid se v posledním období více zabývají operační technikou. Jsou to práce hlavně zahraničních autorů a důvodem je zřejmě snaha udělat pro nemocného maximum již během operace. Operační přístup zůstává obecně dvojitý.

Buď cílený k místu, odkud se zánět rozšiřuje, nebo laparotomie diagnosticko-terapeutická. V druhém případě se volí nejčastěji řez ve střední čáře, protože je nejjednodušší, nejméně traumatizuje, má nejmenší tvorbu reziduálních mrtvých prostorů, umožňuje nejlepší exploraci dutiny břišní a je možno jej uzavřít v jedné vrstvě. Po úspěšném či méně úspěšném odstranění zdroje zánětu zbývá chirurgovi rozhodnout, zda se přidrží starší zásady našich učitelů nedráždit zbytečně peritoneum a nerozšiřovat zánět – a uzavře dutinu břišní, nebo se rozhodne pro modernější a většinou radikálnější způsob. Pak má několik možností: Odsát a vydrénovat, vyčistit a vydrénovat, důkladně vyčistit a vypláchnout a vydrénovat, zavést permanentní laváž na několik dnů či zvolit maximalistickou metodu „open packing“ s odloženým uzavřením dutiny břišní.

Podle nejnovějších zkušeností je zřejmé, že při difúzní peritonitidě je třeba odsát maximum zánětlivého výpotku a vypláchnutím dutiny břišní (fyz. roztok – cca 5 l) vyplavit zbytek zánětlivého exudátu,

snížit koncentraci mikrobů v reziduální tekutině a redukovat obsah vázoaktivních látek. Drénování zůstává metodou volby, a i když je jasné, že celá dutina břišní se efektně vydrénovat nedá, většinou se mu nevyhneme. Peritoneální laváž, tato staronová metoda, má zřejmě také svoje úskalí, ale při použití přiměřeného množství lavážní tekutiny a vhodného antiseptika je to u difúzních hnisavých peritonitid, zvláště u perforací tlustého střeva, jediná možnost. Dobré výsledky publikují anglosaští autoři. V naší literatuře (Fischer) nejsou uváděny tak výrazné efekty, ale přesto se tato metoda doporučuje. „Open packing“ – odložené uzavření dutiny břišní – je metoda, která se snaží léčit difúzní peritonitidu jako každé jiné ložisko – jako abscesovou dutinu – a má tedy zabezpečit dokonalou drenáž. Je ji možno doplňovat dorzoventrálním výplachem a opakovanými revizemi v pravidelných intervalech (24–48 h). V americké literatuře je zatím publikováno dosti neúspěchů s touto metodou. Jako příčina se uvádí obrovská spotřeba infúzních roztoků pro parenterální výživu a tudíž obtížná bilance tekutin, často dlouho přetrvávající hnisavá sekrece s nemožností včasného uzavření dutiny břišní a poměrně častý průvodní septický šok. Stahl (3) k polemikám o těchto chirurgických přístupech říká, že výsledek léčby mnohem více než na tom, jakou metodou operovat, záleží na schopnosti nemocného bránit se infekci – na jeho imunitním systému. O tom chirurg, bohužel, není informován většinou vůbec.

Při každé difúzní peritonitidě jsou ve výpotku přítomny mikroby. Jejich složení bývá různorodé, ale dnes se všeobecně uznává, že největší škody působí gramnegativní mikroby a hlavně anaeroby. Z anaerobů to je nejčastěji *Bacteroides fragilis*, který se při dokonalé kultivaci nachází až v 90 % případů peritonitid a břišních abscesů. Průkaz anaerobů v běžných terénních podmínkách (Brousil) je minimální až nulový, při perforaci v horní části zažívací trubice bývají v prvních 12 hodinách jen obvyklé aeroby, ale při perforaci distálních částí a nebo po 12 hodinách je přítomna již smíšená flóra s převahou anaerobů! Zajímavý je údaj, že shodnou flóru je možno v té době vykultivovat v krvi i moči nemocného (Lygidakis). Ve shodě s literárními údaji o suverénní účinnosti metronidasolu na anaeroby se tento preparát již rutinně užívá na většině československých pracovišť. Je k dispozici v tabletách, čípkách i v injekční formě. Tato medikace, doplněná vhodným antibiotikem, pokryje prakticky celou mikrobiální flóru. Ve světle těchto poznatků přistupujeme k difúzním peritonitidám v posledních letech i my a výsledky si dovoluujeme uvést.

Soubor

Ve sledovaném pětiletém období 1982–1986 bylo na chirurgickém oddělení VN Plzeň operováno 9250 nemocných. Z tohoto počtu bylo 59 peritonitid, z nichž pak 29 bylo peritonitid difúzních, většinou

perforačních. 16× tato vznikla jako důsledek perforace při apendicitidě, 6× při perforaci žaludečního vředu, 3× při cholecystitidě a 5× při otevření střeva různého původu (trauma, Tu, zánět). Všichni nemocní byli operováni. Doba od začátku onemocnění do operace byla různě dlouhá. Ve shodě s literárními údaji nepřesáhla 7 hodin u perforace gastroduodenálního vředu, ale naopak u apendicitidy dosáhla i více než 2 dny. V operační technice jsme proti dřívější době změnili jen málo. Operujeme co nejdříve po nezbytné přípravě nemocného. Po odstranění zdroje zánětu odsáváme maximum zánětlivého výpotku, čistíme dutinu břišní od pablán a nekrotických hmot a vyplachujeme vlažným fyziologickým roztokem v dostatečném množství (3–5 l). Jen někdy cíleně drénujeme, ale většinou drénujeme Douglasův prostor. Do dutiny břišní před uzavřením aplikujeme antibiotika a metronidazol. Nepoužili jsme dlouhodobou drenáž ani „open packing“ metodu. Je nám jasné, že operací nekončí difúzní zánět peritonea. S vědomím toho, že povrch peritonea je větší než povrch celého těla (cca 22 000 cm²) a při zánětu tak velké plochy je nemocný smrtelně ohrožen, intenzívně jej sledujeme a léčíme. Součástí léčby je kontinuální sledování vnitřního prostředí a jeho co nejdokonalejší úprava. Nezbytným předpokladem je úzká spolupráce s laboratorii, která nám v těchto případech monitoruje asi 30 hodnot (krev, moč) 2–3× denně a výsledky zpracovává počítač. Vlastní infúzní terapii upravuje klinik. Při každé operaci samozřejmě nabíráme kultivaci na aeroby i anaeroby, ale záchyt anaerobů nebyl spolehlivý. Na výsledek samozřejmě nečekáme, ale ihned léčíme téměř pravidelně vysokými dávkami krystalického penicilínu – 20 miliónů k. rozděleného do 4 dávek ve 250 ml F roztoku. Jako další antimikrobiální léčbu používáme standardně metronidasol buď parenterálně (Tiberal, Metronidasole), nebo při jejich nedostupnosti v podobě čípků. Tento postup se nám velmi osvědčil a za poslední 2 roky jsme neztratili ani jednoho nemocného. Nepoužili jsme léčbu samotným metronidasolem, i když se uvádí, že tento působí tak intenzívně na anaeroby, že uvolní kapacitu fagocytů pro likvidaci ostatních patogenů. Reoperovat jsme byli nuceni pouze ve 4 případech. Věkový průměr nemocných s difúzní peritonitidou byl 30 let. Nejčastější věkovou skupinou na našem oddělení jsou 20letí vojáci a tato skutečnost má zřejmě také vliv na výsledky naší léčby. Ve skupině do 30 let jsme neztratili ani jednoho nemocného. Průměrný věk všech čtyř osob zemřelých na difúzní peritonitidu byl 41 let.

Při srovnání výsledků léčby difúzní peritonitidy před 10 lety a nyní (viz tabulka) jsme zjistili, že těchto případů na našem oddělení ubylo, i když počet operovaných se prakticky nezměnil. Před 10 lety to bylo 40 případů za 5 let, nyní jen 29. Jako důvod vidíme odpovědnější přístup lékařů 1. sledu v terénu k těmto příhodám, ale také snížený počet přijímaných civilních osob vyššího věku. Mortalita poklesla ze 17,3 % na 13,7 % a předpokládáme její další snížení.

Tabulka

	1972–1976	
počet operací	difúzní peritonitida	exitus
9 301	40 (0,43 %)	7 (17 %)

	1982–1986	
počet operací	difúzní peritonitida	exitus
9 250	29 (0,31 %)	4 (13 %)

Souhrn

Difúzní zánět pobřišnice zůstává závažným chirurgickým problémem. Základem je operační léčení a poznání původce zánětu. Při uplatnění všech nejno-

vějších poznatků jak v operační technice, tak v léčbě infekce se výsledky léčby difúzního zánětu pobřišnice zlepšují.

Literatura

1. LYGIDAKIS, N. J.: Surgical aproaches to peritonitis. Acta chir. belg., 1983, 83, s. 345–352.
2. ALTON OCHSNER: The conservative treatment of appendiceal peritonitis. JAMA, 246, s. 2453–2454.
3. ANDERSON, E. D.: Open packing of the peritoneal cavity in generalized bacterial peritonitis. Am. J. Surg., 145., 1983, s. 131–135.
4. BROUSIL, L.: Využití rektálně aplikovaného metronidazolu v terapii peritonitid. Rozhl. Chir., 1985, 12, s. 812–817.

Klíčová slova: Difúzní peritonitida; Mikrobiální infekce; Metronidazol.