

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА»

г. КРАСНОЯРСК

09.04.2002г.

Проблема лечения перитонита остается актуальной, о чем свидетельствует возрастающее количество больных с осложненным течением острого панкреатита, острого холецистита, травм органов брюшной полости. На территории Красноярского края ежегодно выполняется оперативное лечение более чем у 500 больных с разлитым перитонитом, однако, достоверных статистических данных на этот счет нет, поскольку нет стандартных статистических отчетных форм, отсутствует мониторинг за больными с разлитым перитонитом, и нет единой формулировки клинического диагноза. Поэтому считаем что, формулировать клинический диагноз необходимо в соответствии с классификацией перитонитов, принятой на объединенном пленуме проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Гнойная хирургия» 21-22. 04. 99 г. (г. Ростов-на-Дону).

Перитонит делится:

по распространенности:

1. Местный

2. Распространенный

А) диффузный (выходит за пределы зоны воспаления охватывает рядом расположенные зоны),

Б) разлитой (охватывает значительную или всю зону брюшной полости) по характеру экссудата:

- Серозный
- Серозно-фибринозный
- Гнойный

В течении распространенного перитонита необходимо указывать наличие нарушений функций органов и систем обусловленного синдромом системного воспалительного ответа (ССВО) – системная реакция организма на воздействие сильных раздражителей), который характеризуется двумя или более признаками:

- температура тела более 38°C или менее 36°C,
- ЧСС более 90 в мин.,
- ЧД более 20 в мин.,
- Лейкоциты крови более 12x10⁹/мл или менее 4x10⁹/мл, или незрелых форм более 10%.

1. Сепсис – системный воспалительный ответ на инфекцию.

Проявляется двумя или более признаками ССВО.

2. Тяжелый сепсис – сепсис, характеризующийся органной дисфункцией, гипоперфузией и гипотензией.
3. Септический шок – тяжелый сепсис с признаками гипотензии, тканевой и органной гиперфузии, которые развиваются, несмотря на адекватную инфузионную терапию.
4. Сепсис в стадии полиорганной недостаточности (СПОН) - множественное, одновременное нарушение функции жизненно важных органов и систем.

Решением краевой научно-практической конференции хирургов обобщена работа передовых клиник России и рекомендован к практическому применению порядок проведения операций при перитоните:

Предоперационная подготовка должна проводиться в палате интенсивной терапии или отделении реанимации врачом реаниматологом, который в последующем будет проводить анестезию.

Готовность больного к операции по поводу перитонита должна определяться достижением следующих показателей:

- 1) систолическое давление не менее 90 мм.рт.ст.,
- 2) ЦВД не должно быть отрицательным,
- 3) диурез не должен быть менее 3мл\мин.

Антибактериальная терапия обязательно должна входить в объем подготовки.

Операция должна выполняться из срединного доступа под многокомпонентной сбалансированной анестезией с применением мышечных релаксантов и ИВЛ.

Объем операции должен быть по возможности минимальным, в соответствии с основными принципами - удаление источника, санация и адекватное дренирование брюшной полости. Обязателен забор материала для бактериологического исследования.

При поражениях толстого и терминальных отделов тонкого кишечника необходимо наложение:

1. колостомы,
2. илестомы, которую рекомендуется накладывать в крайних случаях,
3. кишечный анастомоз «конец в конец», выполнять с применением прецизионной техники. При этом обязательно проведение кишечного зонда дистальнее зоны анастомоза.

Санацию брюшной полости проводить при помощи аппарата «Гейзер». При его отсутствии необходимо использовать не менее 10 литров водного изотонического и изотермического раствора антисептика с температурой 37°C (хлоргексин и другие).

При наличии пареза кишечника обязательна трансназальная интубация тонкой кишки зондом Кантора до илеоцекального угла.

Дренирование при разлитом перитоните необходимо производить в 4 стандартных точках: правом подпеченочном пространстве, правой подвздошной яме, левом поддиафрагмальном пространстве, полости малого таза, которые могут дополняться дренированием через другие разрезы. Весьма выгодным является дренирование через задний свод влагалища у женщин, если процесс расположен в нижних отделах живота.

Дренирование осуществлять перчаточными или перчаточно – трубчатыми дренажами.

Завершать операцию при перитоните необходимо с решением вопроса о применении метода программируемых релапаротомией .

Показания к применению метода программируемых релапаротомией:

1. Перитонит при наличии сепсиса и полиорганной недостаточности.
2. Послеоперационный перитонит, в том числе при несостоятельности швов на органах желудочно-кишечного тракта.
3. Анаэробный перитонит.
4. Перитонит после огнестрельного ранения.
5. Невозможность радикально устранить источник перитонита.

Плановую санацию брюшной полости проводить не ранее 24 часов и не позднее 5 суток после первой операции.

В соответствии с приказом № 173-орг от 28. 08. 1998 г.

Плановые санации в ЦРБ проводить после консультаций с привлечением врачей КГСЦ. Если состояние больного позволяет, то он может быть эвакуирован в КГСЦ силами бригады экстренной и плановой консультативной помощи. Информация о применении программируемой релапаротомии у больных с перитонитом должна быть направлена в КГСЦ в течение ближайших суток.

Информация о применении программируемой релaparотомии у больных с перитонитом должна быть направлена в КГСЦ в течение ближайших суток.

Противопоказаниями к проведению программных санаций брюшной полости являются:

1. преагональное состояние,
2. наличие нестабильной гемодинамики.

Послеоперационное лечение больных с перитонитом проводить в реанимационных отделениях.

Оно должно быть направлено на:

- адекватное обезболивание,
- сбалансированную инфузионную терапию,
- профилактику и лечение синдрома полиорганной недостаточности,
- раннее использование энтерального и парэнтерального питания в послеоперационном периоде,
- обеспечение адекватной легочной вентиляции и газообмена с проведением ранней ИВЛ,
- стабилизацию кровообращения с восстановлением ОЦК, улучшение и поддержание работы сердца,
- нормализацию микроциркуляции в органах и тканях.
- коррекцию метаболических сдвигов,
- использование методов эффективной детоксикации,
- адекватная антибактериальная терапия.

Антибактериальную терапию необходимо начинать с комбинации:

1. Ампициллин + гентамицин +/- метранидазол, или линкомицин + гентамицин, либо цефалоспорины 3 поколения без антисинегной активности + аминогликозид + метранидазол.

При неэффективности проводимой терапии в течение 2 – 3 суток необходимо ее заменить на:

2. Фторхинолоны (ципрофай, ципролет, цифран) + метронидазол.

При неэффективности:

3. Монотерапия карбопинемами (тиенам).

Главный хирург города



В. Е. ТУЧИН

Заслуженный врач России,
д.м.н., профессор кафедры
общей хирургии КрасГМА

Ю. С. ВИННИК