

УДК 616.381-002-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

В.И. Русин; С.М. Смотрин, д.м.н., доцент

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье представлен обзор современных подходов к лечению острого перитонита. Подчёркивается важность не только оперативного вмешательства, но и предоперационной подготовки и послеоперационного лечения. Делается вывод о возможности совершенствования ныне существующих методов лечения данного заболевания.

Ключевые слова: острый перитонит, предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, послеоперационное лечение.

Current approaches to treatment of acute peritonitis are reviewed in the article. Importance of not only surgical treatment but also of preoperative preparation and postoperative management is emphasized. The conclusion on possible improvement of the present treatment strategies is drawn.

Key words: acute peritonitis, preoperative preparation, surgical intervention, postoperative management.

Острый перитонит – одно из наиболее опасных заболеваний органов брюшной полости, которое является крайне значимой и сложной проблемой в неотложной хирургии. Именно поэтому лечение гнойных перитонитов представляет трудность для практической хирургии. По данным разных авторов, острый перитонит встречается у 3,1% – 43,1% общего количества больных, госпитализированных в хирургические стационары [2, 12], а летальность при развитии различных форм острого перитонита сохраняется на высоком уровне и составляет от 9,2% до 71,7% [2, 3, 8, 12, 22].

В настоящее время основные положения комплексного лечения острого перитонита выглядят следующим образом:

- адекватная предоперационная подготовка с целью стабилизации гемодинамических и электролитных нарушений, разгрузка верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- многокомпонентное экстренное хирургическое вмешательство, включающее следующие этапы:
 - выбор метода обезболивания;
 - широкая лапаротомия, удаление экссудата и устранение источника перитонита;
 - тщательная санация брюшной полости;
 - декомпрессия желудочно-кишечного тракта;
 - выбор метода завершения операции;
 - многоцелевая послеоперационная терапия [2, 3, 4, 8, 22, 24].

На сегодняшний день целесообразность и необходимость предоперационной подготовки при остром перитоните доказана и не является предметом дискуссий [2, 3, 4, 8, 11, 22, 27]. Длительность и объём предоперационной подготовки зависят от причины перитонита и стадии течения. В случаях острого перитонита реактивной стадии применяется кратковременная подготовка (1-2 часа), больные острым перитонитом токсической и терминальной стадии подлежат более длительной предоперационной подготовке (от 2 до 6 и более часов) [2, 3, 8, 12, 21, 25]. Наличие внутреннего кровотечения определяет показания к экстренной неотложной операции на фоне массивной трансфузии жидкости [22]. Весь комплекс предоперационных мероприятий при остром перитоните можно разделить на диагностический и лечебно-корректирующий этапы. Диагностический этап предоперационной

подготовки включает в себя, помимо диагностики перитонита, выявление сопутствующей патологии и степени нарушения жизненно важных функций (дыхательной, сердечной деятельности, выделительной и т.д.), а также выявление степени нарушения гомеостаза. Необходимо следить за динамикой артериального и центрального венозного давления, а также произвести электрокардиографию и некоторые гемодинамические пробы (например, Штанге, Генча, Могта, Бараха и т.д.), что является достаточно информативным исследованием сердечной деятельности [3, 22]. Лечебно-корректирующую терапию в предоперационном периоде можно представить в виде следующей схемы:

- борьба с болевым синдромом;
- декомпрессия желудка и, по возможности, толстой кишки;
- устранение метаболического ацидоза;
- коррекция нарушений сердечно-сосудистой деятельности;
- коррекция водно-электролитного баланса с возмещением дефицита жидкости под контролем диуреза;
- коррекция анемии;
- устранение нарушений микроциркуляции;
- коррекция белковых расстройств;
- антибактериальная терапия;
- терапия, направленная на улучшение функций паренхиматозных органов (в первую очередь, печени и почек);
- антиферментная терапия;
- непосредственная медикаментозная подготовка перед операцией (премедикация) [2, 3, 8, 11, 12, 24].

Тяжёлые функциональные расстройства органов и систем объясняют необходимость серьёзного отношения к методу анестезиологического пособия. В данной ситуации предпочтение отдаётся общему обезболиванию, интубации трахеи с искусственной вентиляцией лёгких и хорошей мышечной релаксации брюшной стенки [3, 22, 25]. Весьма эффективным является перидуральная анестезия как на этапе проведения операции, так и в послеоперационном периоде [3].

В настоящее время в отношении хирургического доступа при остром перитоните мнение абсолютного большинства хирургов едино-срединная лапаротомия [2, 3, 12, 21, 22, 25]. В процессе операции может возникнуть

необходимость в дополнительных разрезах с целью предупреждения инфицирования брюшной полости [21, 22]. После вскрытия брюшной полости одним из важных моментов операции является выполнение новокаиновой блокады рефлексогенных зон [2, 3, 4, 22, 25]. При тяжёлых формах острого перитонита рекомендуется проводить тотальную пролонгированную забрюшинную нейровегетативную блокаду по Бенсману [25]. С 90-х годов в России стал применяться и находит все больше сторонников лапароскопический метод лечения перитонита, направленный на устранение его источника, санацию и дренирование брюшной полости. Существует два вида эндоскопических вмешательств при данной патологии: радикальная лапароскопия и диагностическая лапароскопия с конверсией на лапароскопически ассистированную минилапаротомию. В послеоперационном периоде по показаниям производят плановые релапароскопии и санации брюшной полости с интервалом 2-3 суток [9, 24]. Лапароскопические операции стали основными при гинекологическом и панкреатогенном перитоните [24]. Затем, после оценки экссудата, если количество выпота достаточно велико, следует максимально освободить брюшную полость от патологической жидкости с помощью электроотсоса или марлевых тампонов, и только после этого приступить к поэтапному обследованию органов с целью выявления источника перитонита [3, 22]. После выявления источника патологического процесса приступают к его надёжной ликвидации с помощью наименее травматичного и легко исполнимого хирургического пособия [2, 3, 8, 12, 22]. В случае, если удалить источник перитонита не представляется возможным, его следует надёжно отграничить тампонами от свободной брюшной полости [3]. Третьим вариантом ликвидации источника перитонита является его дренирование, показанием к которому служат неудаляемый гнойно-некротический очаг в брюшной полости и распространение гнойно-некротического процесса на забрюшинную клетчатку [3, 12].

После удаления источника перитонита главной целью является максимальная деконтаминация поверхности париетальной и висцеральной брюшины. На сегодняшний день наиболее распространённым и признанным практически всеми хирургическими школами способом интраоперационной одномоментной санации остаётся промывание брюшной полости с помощью антисептиков и растворов антибиотиков [4, 8, 10, 13, 15, 21, 26]. В то же время, в литературе встречаются и отрицательные мнения об интраоперационном промывании брюшной полости из-за боязни распространения инфекции по ней [12, 21]. У больных с каловым перитонитом брюшная полость дополнительно промывается 500 мл 0,25% раствора новокаина с добавлением пероксида водорода. Атомарный кислород, образующийся при контакте пероксида водорода с брюшиной подавляет как анаэробов, так и резидуальную инфекцию [2]. Эффективно применение и физических методов санации брюшной полости. В последние годы ряд авторов предлагают использовать ультразвуковую низкочастотную кавитацию аппаратом УРСК-7Н-18. В качестве озвучиваемой среды используют раствор фурацилина, водный раствор хлоргексидина, раствор фурагина или антибиотиков широкого

спектра действия [2, 3, 8, 11, 26]. Положительным эффектом также обладают ультрафиолетовое облучение брюшной полости, лазерное облучение брюшной полости, вакуумирование брюшной полости, струйно-ультразвуковая обработка антисептиками, воздействие на брюшную полость пульсирующей струёй антибиотиков [2]. В последнее время определённое место в лечении распространённого гнойного перитонита отводят озону. Озонированные растворы с концентрацией озона 3-4 мг/л обладают бактерицидным, фунгицидным, вирусоцидным действием и улучшают кровоснабжение [13, 14, 16, 23, 28, 29, 30]. Описаны и положительные результаты применения физиотерапевтического потока аргоновой плазмы при остром перитоните. В своё время был период увлечения детергентами в целях механической обработки брюшной полости. Однако в настоящее время использование поверхностно активных веществ признано анахронизмом [13]. Одним из ведущих патогенетических механизмов развития эндогенной интоксикации является поражение печени при распространённых формах перитонита и, в частности, угнетение монооксигеназной системы (МОС) органа. В связи с этим применяются простые электрохимические системы с использованием различных переносчиков кислорода – непрямого электрохимическое окисление крови. Одним из таких переносчиков кислорода является гипохлорит натрия (NaClO), получаемый путем непрямого электрохимического окисления из изотонического раствора хлорида натрия в аппаратах ЭДО-4, ЭДО-3М [11, 20]. Однако нужно сказать, что, хотя при остром перитоните одномоментная санация брюшной полости на операционном столе является базовым элементом лечения, она должна «переходить» в один из вариантов продлённой санации [2, 4, 6, 8, 15, 25].

Важным этапом лечения острого перитонита является интраоперационная декомпрессия желудочно-кишечного тракта. В различных случаях с этой целью может применяться как назоинтестинальная интубация, так и наложение стом [3, 4, 12, 21, 27].

В настоящее время существует несколько вариантов завершения операции при остром перитоните. Наиболее предпочтительным вариантом окончания операции, по мнению большинства авторов, особенно при распространённых формах заболевания, является перитонеостомия, которая является достаточно высокоэффективным средством, позволяющим добиться выздоровления этой крайне тяжелой категории больных. Благодаря перитонеостомии можно регулировать внутрибрюшное давление, снижается травматизация тканей операционной раны, предупреждается нарушение микроциркуляции мягких тканей, что способствует профилактике гнойных осложнений, позволяет не применять дорогостоящих материалов и устройств [4, 5, 6, 8, 11]. Часто применяется традиционное дренирование брюшной полости несколькими дренажами с глухим швом лапаротомной раны и массивной послеоперационной антибиотикотерапией [2, 3, 8, 11, 21, 22]. Описаны методики проточного, фракционного и комбинированного перитонеального лаважа [8, 12, 13, 15, 24, 25]. Гораздо реже применяются пролонгированная релапаротомия [3, 4, 24] и глухое ушивание лапаротомной раны без дренажей [2, 22, 24]. Встречается способ отдельного автономного микроиригаторно-

полосочного дренирования брюшной полости, согласно которому каждую область, пазуху, канал и сумку брюшной полости необходимо дренировать отдельно микроиригатором (для последующего введения диализата) и широкой резиновой полоской (для оттока экссудата) [25]. В литературе можно найти описание метода аспирационного дренирования по А.И. Генералову при аппендикулярных перитонитах, согласно которому проводится дренаж через дополнительный прокол и ушивание операционной раны наглухо, что позволяет избежать нагноения основной раны и развития эвентраций [17]. Описан метод плоскостного сорбционного дренирования брюшной полости по Микуличу-Макоха гемосорбентом ВНИИТУ-1 в сочетании с регионарной лимфотропной терапией. Этот способ, благодаря эффекту лимфосанации (о чем свидетельствует доброкачественная гиперплазия регионарного лимфатического узла за счет увеличения площадей коркового и мозгового вещества, корковых и мозговых синусов, Т- и В-зависимых зон), способствует активации местного иммунитета, усилению дренажной, транспортной и детоксикационной функций лимфатического региона и позволяет сократить сроки ушивания брюшной полости при открытом ведении ее, улучшить результаты лечения и снизить показатели летальности больных [18, 26].

Многоцелевая послеоперационная терапия направлена на коррекцию гомеостаза путём внутривенных и внутриартериальных инфузий белковых, электролитных и гемодинамических препаратов, антибактериальную, иммунокорректирующую и дезинтоксикационную терапию с использованием методов экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, лимфосорбция, плазмаферез, оксигенация аутокрови и гипербарическая оксигенация, ультрафильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, экстракорпоральное подключение ксеноселезёнки и ксенопечени) и квантовой терапии, энтеросорбции, ультразвука, наружной абдоминальной гипотермии, рефлексотерапии, ИВЛ, лечение, направленное на восстановление функции кишечника, а также на профилактику послеоперационных осложнений со стороны жизненно важных органов и систем [2, 3, 10, 25, 26, 27]. Хорошие результаты при лечении острого перитонита отмечаются при введении антибактериальных препаратов непосредственно в лимфатическое русло [19]. Эффективным путём коррекции нарушений гомеостаза при остром перитоните может быть проведение комплексной терапии с применением 400 мл 1,5% раствора реамберина с добавлением ex tempore 1 мл 0,005% раствора имунофана, а также 10 мл пентоксифиллина [1]. При лечении острого перитонита может использоваться низкоинтенсивное лазерное излучение. Имеются два основных патогенетических направления действия фотонной энергии у больных с перитонитом: стимуляция моторной функции желудочно-кишечного тракта и оптимизация процессов репаративной регенерации брюшины. В клинической практике используются отечественные установки инфракрасного лазерного излучения “Узор” и “РИКТА” с длиной волны 890 нм, частотой следования импульсов 50 и 150 Гц, средней мощностью излучения 5 и 3 мВт, соответственно. Наиболее благоприятные сроки для использования лазерного воздействия: первые-вто-

рые сутки после операции. Экспозиция для каждого поля лазерного воздействия составляет 1 минуту. Облучение проводится с четырех полей: правой подвздошной области, правой мезогастральной области, области эпигастрия и левой мезогастральной области. Обычно на курс лазеротерапии достаточно 2-3 сеансов облучения, проводимых ежедневно [7].

Несмотря на большое количество вариантов лечения острого перитонита, летальность при данном заболевании сохраняет высокие показатели. Поэтому поиск новых подходов и способов лечения заболевания брюшины остается крайне актуальным и в перспективе позволит повысить эффективность терапии, увеличить частоту благоприятных исходов, снизить частоту осложнений, уменьшить экономические затраты, облегчить контроль за лечением.

Литература

1. Алексеев, С.А. Возможности патогенетической коррекции метаболических нарушений у больных распространённым перитонитом / С.А. Алексеев, Ю.М. Гаин, Ю.А. Соколов, А.В. Тарасенко // – Материалы 13 съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». – Гомель, 2006. – том 1. – с. 18-19.
2. Иоскевич, Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Минск, «Высшая школа», 2001. – 685 с.
3. Мартов, Б.Ю. Распространённый перитонит. Основы комплексного лечения. /Ю.Б.Мартов, С.Г. Подолинский, В.В. Кирковский, А.Т. Щастный//. – Москва, изд. «Триада-Х», 1998.-144 с.
4. Шебушев, Н.Г. Современные подходы к лечению послеоперационных перитонитов / Н.Г. Шебушев // – Материалы 13 съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». – Гомель, 2006. – том 2. – с. 207-208.
5. Альперович, Б.И. Способ улучшения управляемой лапароскопии при распространённом перитоните /Альперович Б.И., Барабаш В.И.//. – Сибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Томск, МКЛПМУ «Городская больница № 3», г. Томск. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ssmu.ru/bull/03/2/1146.pdf> – Дата доступа: 12.03.2009.
6. Абдуллаев, У.Б. Пути улучшения результатов комплексного лечения распространённого гнойного перитонита /У.Б. Абдуллаев//. – Материалы 13 съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». – Гомель, 2006. – том 1. – с. 7-8.
7. Вишневецкий, Е.Л. Использование низкоинтенсивного лазерного излучения при ряде хирургических заболеваний у детей /Е.Л. Вишневецкий, С.И. Воздвиженский, И.В. Казанская, Е.Я. Гаткин, В.В. Бирюков, В.М. Банников, Н.А. Степанова, А.К. Коновалов, А.Б. Богданов//. – Методическое пособие для врачей, Москва, ЗАО “МИЛТА-ПКП ГИТ”, 2001. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.media-security.ru/lasers/todoct.htm> – Дата доступа: 12.03.2009.
8. Гостищев, В.К. Перитонит. /В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко//. – Москва, изд. «Медицина», 1992. – 224 с.
9. Дегтярь, В.А. Преимущества лапароскопического метода лечения перитонитов у детей / В.А. Дегтярь, А.Л. Хитрик, Л.Н. Бондарюк, А.М. Барсук, В.Г. Хомяков, А.Г. Запороженко, С.В. Коваль // – Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, 2009. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vnmu.vn.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=935 – Дата доступа: 27.04.2009.
10. Зарубина, Т.В. Управление состоянием больных перитонитом с использованием новых информационных технологий / Т.В. Зарубина, С.А. Гаспарян//. – Москва, изд. ГИТИСа, 1999. – 265 с.
11. Иванов, С. В. Лечение разлитого перитонита /С. В. Иванов, С. М. Юдина, А. М. Чухраев, Г. А. Бондарев, С. Н. Должен-

- ко. А.М.Гапонов, С. Н. Нестеренко, С. Р. Истомин, Ю. Е. Бурда / . – Курский Государственный Медицинский Университет, Кафедра хирургических болезней № 1, Курск. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.surgery1.kursknet.ru/texts/peritonit.htm> – Дата доступа: 12.03.2009.
12. Каримов, Ш.И. Диагностика и лечение острого перитонита /Ш.И. Каримов, Б.Д. Бабаджанов//. – Ташкент, изд.-полигр. об-ние Ибн Сино, 1994. – 399 с.
13. Касумьян, С.А. Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии / С.А. Касумьян, А.Ю. Некрасов, А.В. Сергеев//. – Смоленск:СМ-ГА, 2006. – 144 с.
14. Лелянов, А.Д. Альтернативные методы детоксикации и иммунокоррекции в лечении гнойно-воспалительной патологии органов брюшной полости. – Дис. ... д-ра мед. наук. – Смоленск, 1989. – 215 с.
15. Литтман, И. Оперативная хирургия /И. Литтман и [др.]//. – Будапешт, изд-во академии наук Венгрии, 1982. – 1176 с.
16. Макаов, А.Х. Медицинский озон в лечении острого перитонита /А.Х. Макаов, А.А. Теузов, А.М. Базиев//. – Кафедра общей хирургии КБГУ. КБР, г. Нальчик. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ozonetherapy.com.ua/17.09.2007/medical-ozone-peritonit-cure/> – Дата доступа: 12.03.2009.
17. Морозов, Д.А. Методы дренирования аппендикулярных перитонитов у детей / Д.А. Морозов, Добренькова Ю.В., Карпов С.А., Николаев А.В., Городков С.Ю. // . – Материалы 13 съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». – Гомель, 2006. – Том 2. – С. 41.
18. Низовой, К.А. Плоскостное сорбционное дренирование брюшной полости в сочетании с регионарной лимфотропной терапией в комплексном лечении больных с распространённым гнойным перитонитом Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. – ГОУ ВПО Омской государственной медицинской академии Росздрава, Омск, 2008. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.teoriya.ru/dissert/avtoref/?nid=5443> – Дата доступа: 12.03.2009.
19. Петров, С.В. Эндолимфатическая терапия с коррекцией лимфотока и иммуностимуляция в лечении перитонита / С.В. Петров, Н.А. Бубнова, Р.В. Тонэ, О.В. Галкина // – Сборник научных трудов под общей редакцией проф. А.А. Курыгина и проф. М.Д. Ханевича «Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита», Санкт-Петербург, 1995. С. 119-120. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.biotech.spb.ru/main.php?menu=books&list=find&id=220> – Дата доступа: 27.04.2009.
20. Петросян, Э.А. Влияние натрия гипохлорита на систему перикисного окисления липидов при лечении экспериментального желчного перитонита / Э.А. Петросян и [др.]//. – Эфферентная терапия. – 2000. – №3. – с. 62-67
21. Попкиров, С. Гнойно-септическая хирургия / С. Попкиров // . – София, изд-во «Физкультура и медицина», 1974. – 484 с.
22. Попов, В.А. Перитонит. – Санкт-Петербург, изд. «Медицина», 1985. – 232с.
23. Рустимова, К.Р. Применение озона в комплексном лечении разлитого перитонита. – Павлодарский государственный университет им.С.Т.Орайгырова, Республика Казахстан. –[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=27066> – Дата доступа: 12.03.2009.
24. Сажин, В. П. Современные тенденции хирургического лечения перитонита /В. П. Сажин, А. Л. Авдовенко, В. А. Юрищев/ . – Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/379/4913/> – Дата доступа: 12.03.2009.
25. Сопуев, А.А. Методика хирургического лечения разлитого гнойного перитонита / А.А. Сопуев, А.М. Калжикеев, Э.У. Алыбаев, Н.Ч. Элеманов, М.Б. Исаков // – Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med2000.ru/artik270/artik1297.htm> – Дата доступа: 27.04.2009.
26. Филиппов, С.И. Результаты лечения перитонита и полиорганной недостаточности с использованием методов экстракорпоральной гемокоррекции / С.И. Филиппов, Р.А. Арестович, В.М. Куламахин, Н.Г. Сазонов, С.С. Павлов // – Омская медицинская академия, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, г. Омск- [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://anesth.medi.ru/OMSK/omsk2242.htm> – Дата доступа: 27.04.2009.
27. Ханевич, М.Д. Перитонит: Инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия. / М.Д. Ханевич, Е.А. Селиванов, П.М. Староконь//. – Москва, ООО «МедЭкспертПресс», 2004. – 205 с.
28. Eberhardt H.G. The efficacy of ozone in Therapy asan Antibiotic Medicine Proceeding of the Eleventh Ozone World Congress San Francisco. – 2003. – p. 18-31.
29. Ozmen V. et al. Irrigation of the abdominal cavity in the treatment of experimentally induced microbial peritonitis: efficacy of ozonated saline. Am. Surg. 1993, 59(5), p. 297 – 303.
30. Wolff M. Das Medicinsche Ozone Heideberg. – 1979. – 274 p.

Поступила 30.04.09