

*ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ*

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ПЕРИТОНИТ

Перитонит

- ★ Первичный – моноинфекция при тяжелых сопутствующих заболеваниях
- ★ Вторичный – 80% всех перитонитов; внебольничные возбудители
- ★ Третичный – 10-15% всех перитонитов; оппортунистические возбудители

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Диффузный бактериальный перитонит при целостности абдоминальных полых органов

- А . Спонтанный у детей
- Б . Спонтанный у взрослых
- В . При длительном амбулаторном перитонеальном диализе

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Локализованный (абсцесс) или разлитой перитонит (абдоминальный сепсис), связанный с нарушением целостности органов

- А . Острый перфоративный
- Б . Послеоперационный
- В . Посттравматический

ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Септический синдром, наблюдаемый вследствие расстройств иммунной системы организма

- А . Перитонит без очевидных патогенов
- Б . Вызванный грибами
- В . При наличии низко-патогенных бактерий

Первичный перитонит –

- Проявление моноинфекции:
tbc – перитонит;
асцит-перитонит при персистенции
вирусов С и В инфекционного
гепатита
- Спонтанный перитонит у детей
(чаще девочек)

Вторичный перитонит –

осложнение острых воспалительных деструктивных заболеваний или повреждений органов живота, образующих морфологический субстрат – *источник перитонита*

Третичный перитонит —

«вялотекущий, персистирующий
перитонит»,

возможный исход вторичного
перитонита,

классический пример

оппортунистической инфекции

Осмоловский М.Р., 1890 г.

«О лечении перитонитов разрезом живота»

- 180 наблюдений в мире
- 68,5% выздоровление

ПЕРИТОНИТ

- 1979 г. – сводные данные комиссии по неотложной хирургии АМН СССР – летальность при перитоните **20 – 40 %**
- Сводные данные Григорьева Е.Г., 1998 **30 – 40 %** летальность при перитоните. Послеоперационный перитонит – летальность - **до 50 – 60 %**

ПЕРИТОНИТ

- ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

20 – 50 % [цит. по В.К.Гостищеву, 1992]

- ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

45 – 92,8 % [цит. по В.К.Гостищеву, 1992]

- ЛЕТАЛЬНОСТЬ **НЕ СНИЖАЕТСЯ (!)**
ПРИ ТРАДИЦИОННЫХ СПОСОБАХ ЛЕЧЕНИЯ !!!

Проблема клинической хирургии

лечение тяжелых форм

вторичного

распространенного

перитонита

Классификация перитонита

- По этиологии
- По характеру содержимого брюшной полости
- По распространенности
- По тяжести

Классификация перитонита

- По этиологии (1)

- Первичный
- Вторичный
- Третичный

- По этиологии (2)

- Осложнение острых заболеваний
- Посттравматический
 - При закрытой травме
 - При проникающих ранениях

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПЕРИТОНИТА

- **АППЕНДИЦИТ**
- **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ**
- **ПРОБОДНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ**
- **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ**
- **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**
- **ТРАВМА ЖИВОТА**
- **ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ**
- **УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ**
- **ПЕРФОРАТИВНЫЕ ОПУХОЛИ ЖКТ**
- **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ**

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПЕРИТОНИТА

ОГРАНИЧЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ

- **АППЕНДИЦИТ – более 30 %**
- **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ 5 – 10 %**
- **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ 5 - 10 %**

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ

- **ПРОБОДНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ**
- **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**
- **АППЕНДИЦИТ**

7 – 10 %

Причины распространенного гнойного перитонита (n = 335 больных)

- Перфорация полого органа - 98 (29,3%),
- Острый аппендицит - 87 (26,0%),
- Рак толстой кишки - 65 (19,4%),
- Острый холецистит - 17 (5,0%),
- Остр. кишечная непроходимость – 12 (3,6%),
- Травма паренхиматозн. органов – 11 (3,3%),
- Дивертикулярная болезнь - 9 (2,7%),
- Прочие - 36 (10,7%).

Классификация перитонита

По характеру содержимого

- Серозный
- Серозно-геморрагический
- Серозно-фибринозный
- Гнойный
- Желчный
- Каловый
- Химический

Гнойный экссудат —
облигатный компонент тяжелого
перитонита.

В зависимости от особенностей
воспалительной реакции и
патологических примесей имеет
разновидности —

- гнойно-фибринозный
- гнойно-геморрагический
- желчный
- каловый

КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИТОНИТА

- 1906 SPRENGEL - Местный и свободный**
- 1912 Греков - Стадии: ранняя, поздняя, конечная**
- 1915 Murphy - Общий**
- 1927-1928 Korte, Kirshner - Разлитой**
- 1958 Петров, Беляев - Стадии (фазы)**
(напряжение, подавление, истощение защитных сил)
- 1968 Карякин - Местный и разлитой**
- 1971 Симонян - фазы (реактивная, токсическая, терминальная)**

КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИТОНИТА

1974 Федоров В.Д. (по распространенности)
1- Местный: огранич. и неогранич.
2- Распространенный: диффузный, разлитой, общий

1979 Савчук Б.Д. (по распространенности и реактивности)
1- Реакт. (24 ч) 2- Токсич. (24 - 72 ч) 3 Термин. (>72ч)
• Местный: ограниченный, неограниченный
• Распространенный : диффузный, разлитой

1992 Гостищев В.К., Сажин В.П.

(распространенность, стадийность, эндогенная интоксикация)

1 - Ограниченный 2 - Распространенный

Стадии: 1 - 8 ч соответствует ЭИ-1 степени

2 - 8-24 ч. ----- ЭИ-2

3 - 24-48 ч. ----- ЭИ-3

4 - 48-96 - ст. прогрессирования ПОН

4А - 48-72 ч. - ст. компенсации

4Б - 72-96 ч. - ст. декомпенсации

По тяжести

- **Симонян К.С., 1971**

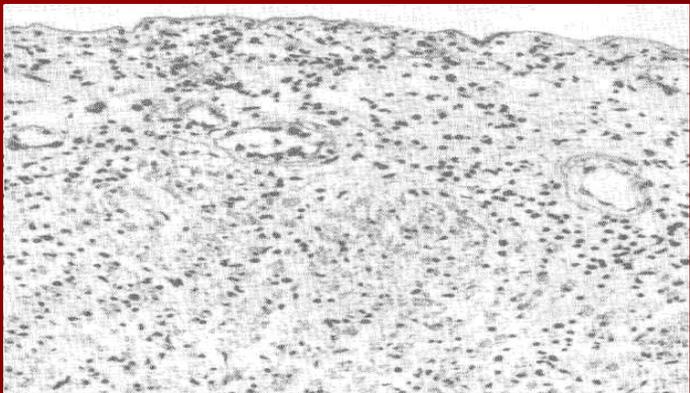
(фазы перитонита)

- Реактивная
- Токсическая
- Терминальная

- **Савельев В.С., 1999**

- Без абдоминального сепсиса
- Абдоминальный сепсис
- Тяжелый сепсис
- Септический шок

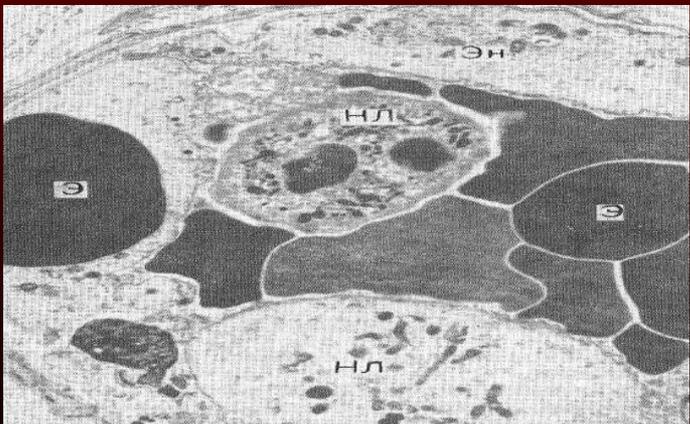
РЕАКТИВНАЯ СТАДИЯ



**ФИБРИН, ОТЕК, ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ
ИНФИЛЬТРАЦИЯ**

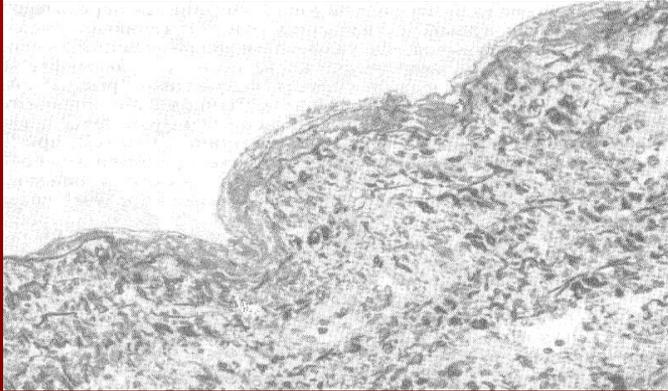


**АГРЕГАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ, ДИАПЕДЕЗ,
НЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ**

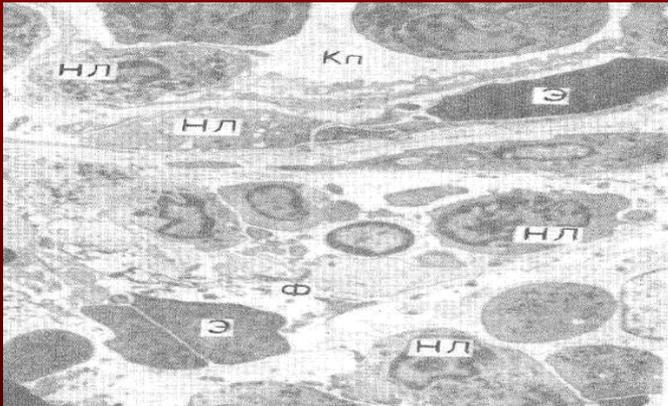


**КАПИЛЛЯР: СТАЗ, ДИАПЕДЕЗ ЭРИТРОЦИТОВ,
НЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ,
ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК**

ТОКСИЧЕСКАЯ СТАДИЯ



**ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНОЕ
ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ**

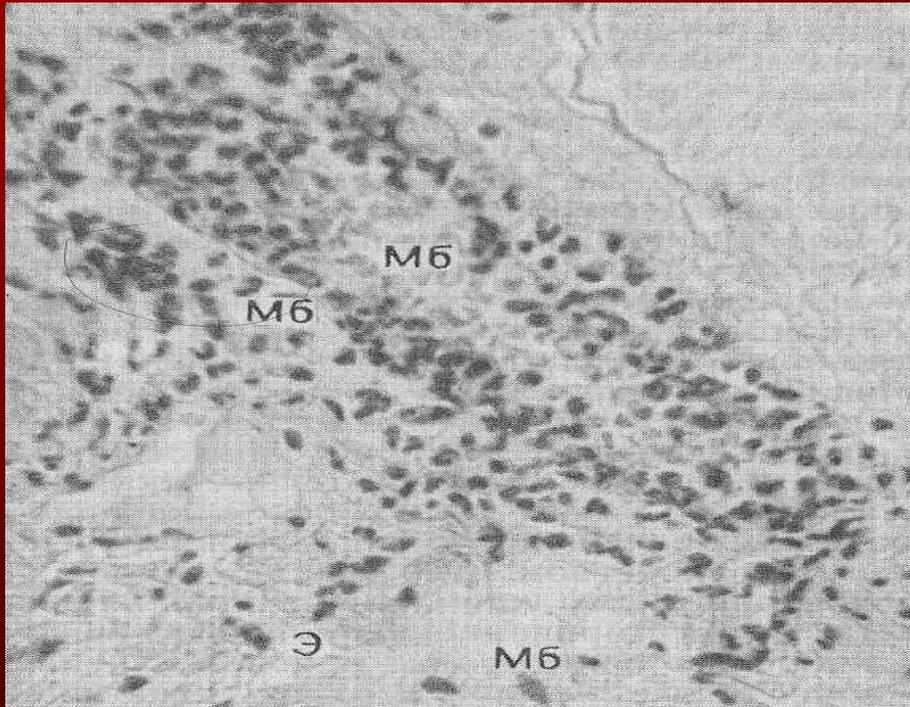


**МИГРАЦИЯ ИЗ КАПИЛЛЯРА
НЕЙТРОФИЛЛОВ И ЭРИТРОЦИТОВ,
ИНФИЛЬТРАЦИЯ ИМИ БРЮШИНЫ**

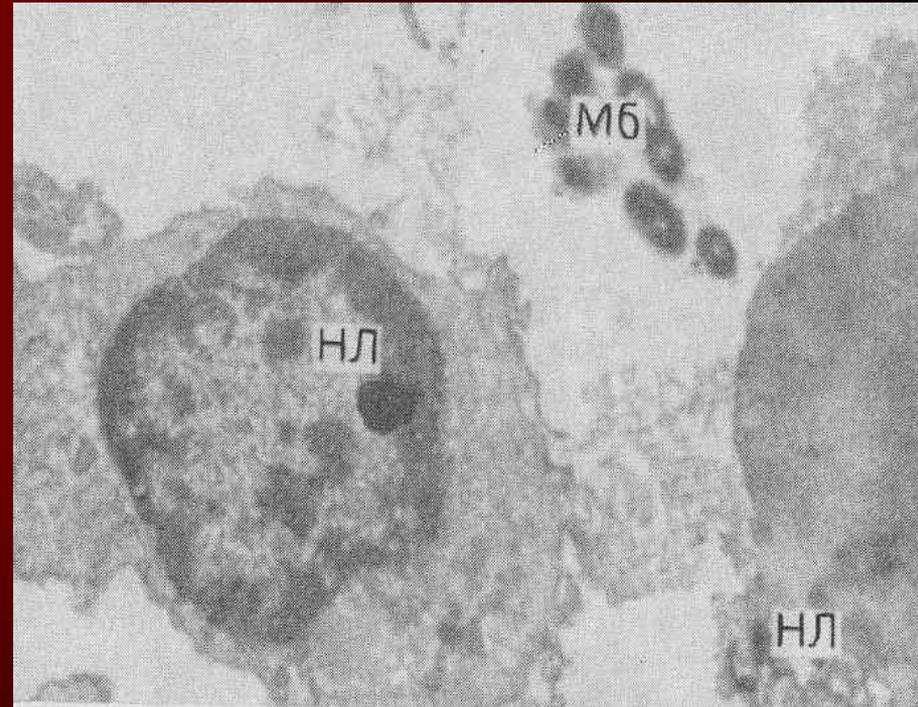


**МИКРОБЫ В ГНОЙНО-ФИБРИНОЗНОМ
ЭКССУДАТЕ, ПОГИБШИЙ
НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТ**

ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ



ГНОЙНЫЙ ФЛЕБИТ,
ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ
БРЮШИНЫ



СНИЖЕНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ ФУНКЦИИ
НЕЙТРОФИЛОВ, ИХ ДИСТРОФИЯ
И ОТСУТСТВИЕ ГРАНУЛ

СТАДИИ ПЕРИТОНИТА

(В.К.Гостищев и др., 1992)

✦ I СТАДИЯ (первые 6-8 часов)

- ✦ Боль, дисфагия, парез, $> t$, умеренный лейкоцитоз, ЛИИ = 2,5, ЭИ – 1 степени
- ✦ Наложение анастомозов безопасно !

✦ II СТАДИЯ (8 - 24 часа) - стадия мнимого благополучия !

- ✦ Боль стихает, нарастает интоксикация (бледность, эйфория, тахикардия > 100 , дисфагия, нарастает парез, $> t$, высокий лейкоцитоз, ЛИИ = 4,5, ЭИ – 2 степени
- ✦ Наложение анастомозов НЕ безопасно !

✦ III СТАДИЯ (24 – 48 часов) - стадия эндотоксического шока и развития полиорганной недостаточности !

- ✦ Клиника дополняется психозом, нестабильной гемодинамикой, стойким парезом с застойной рвотой, $> t$, снижением лейкоцитоза, ЭИ – 3 степени
- ✦ Наложение анастомозов ПРОТИВОПОКАЗАНО !

✦ IV СТАДИЯ (48 - 96 часов) - стадия прогрессирующей полиорганной недостаточности !

✦ IV А (48-72 часа) – стадия компенсации ПОН

Клиника дополняется иктеричностью, психозом, нестабильной гемодинамикой, стойким парезом с застойной рвотой, одышкой, поносом, олигурией

✦ IV А (72-96 часов) – стадия декомпенсации ПОН

Классификация перитонита по степени эндогенной интоксикации

по В.К. Гостищеву, В.П. Сажину, А.Л. Авдовенко (1992, 2002г)

Критерии	I степень	II степень	III степень
PS в 1`	До 110	110-130	>130
ЧДД в 1`	18-22	23-30	>30
Нарушение f ЦНС	Легкая эйфория	Заторможенность или возбуждение	Делирий
Кожные покровы	Нормальные	Бледные	Землистые
Диурез, мл	>1000	800-1000	<800
Перистальтика	Вялая	Вялая или отсутствует	Отсутствует
ЛИИ	<3	3-6	>6
МСМ	0.266 \pm 0.03	0.4 \pm 0.06	0.535 \pm 0.06
Мочевина, ммоль/л	7.4 \pm 0.5	10 \pm 0.69	16.3 \pm 1.8

Клиническая классификация

- Любая классификация условна
- Цель клинической классификации – дифференцированная тактика
- Не идеальная, но общепринятая классификация всегда полезнее лучшей, но не получившей распространения

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

✦ **КЛИНИКА**

✦ **ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ**

✦ **ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ
ОЦЕНКИ**

ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ

✦ **SAPS, APACHE – II, III**

✦ **УЗИ**

✦ **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ**

✦ **ЛАПАРОСКОПИЯ**



Волгоградский государственный медицинский университет

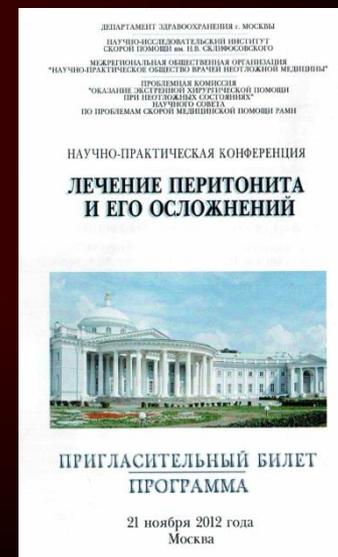
Кафедра госпитальной хирургии

**По материалам программного доклада
на Пленуме Проблемной комиссии по экстренной хирургии
Научного Совета РАМН
по проблемам скорой медицинской помощи**

Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

21 ноября 2012 года



Наиболее значимые моменты

- ✓ **принципиальное деление перитонита только на ограниченный и распространенный** (*Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л., 1992*), с приданием решающего значения не объему поражения брюшины, а тяжести состояния пациента в прогнозе благоприятного или летального исхода;

Наиболее значимые моменты

- ✓ глубокое изучение патогенеза и структуры эндогенной интоксикации, ее роли в клиническом течении и исходах перитонита привели к разработке **принципов комплексной детоксикации**, с учетом большой роли кишечника в генезе не только гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, но и эндотоксикоза

Наиболее значимые моменты

- ✓ постепенное более широкое внедрение с середины 70-х годов XX века **открытого ведения перитонита, программированных (запланированных) релапаротомий**, и в последующем, с 90-х годов - **этапных лапароскопических санаций брюшной полости**

Наиболее значимые моменты

- ✓ **введение понятия**
хирургической детоксикации
(Сажин В.П., 1991)
– обоснование роли и значения
этапного (программированного)
лечения перитонита

Наиболее значимые моменты

- ✓ применение **адекватной декомпрессии** желудочно-кишечного тракта в сочетании с деконтаминацией и усилия, направленные на раннее восстановление моторики желудка и кишечника (продленные регионарные блокады, электостимуляция, гипербарическая оксигенация, прокинетики и другие лекарственные препараты)

Наиболее значимые моменты

✓ признание роли анаэробной микрофлоры в микробном пейзаже перитонита и отсюда – серьезный пересмотр принципов антибактериальной терапии (цефалоспорины 3-ей генерации, линкозамиды, карбопенемы, фторхинолоны 3 и 4 генерации, 5-нитроимидазолы), необходимость применения гипербарической оксигенации в режимах лечения анаэробной инфекции

Наиболее значимые моменты

✓ применение для местного лечения перитонита **составов на основе многоатомных спиртов** (полиэтиленгликостей молекулярной массы 400 и 1600), обладающих высокой осмотической активностью и других способов активного дренирования брюшной полости

Наиболее значимые моменты

✓ совершенствование респираторной, нутриционной поддержки, иммунокоррекции

✓ совершенствование и расширение возможностей ранней диагностики послеоперационного перитонита (сонография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, лапароскопия).

Наиболее значимые моменты



Все вышеизложенное существенно улучшило результаты лечения – привело к снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности при перитоните, которая, однако, не может быть признана приемлемой

ПРОБЛЕМЫ



ПРОБЛЕМЫ

✓ Отсутствие диспансеризации



Рост ургентной абдоминальной патологии

✓ Даже крупные городские хирургические стационары в среднем на 85-88% работают на неотложную хирургию !!!

ПРОБЛЕМЫ

✓ ПЕРИТОНИТ

становится болезнью цивилизации



- в крупных городах частота осложненных форм острых хирургических заболеваний живота заметно выше, несмотря на «кажущуюся большую информированность» населения

- неблагоприятный социальный фон

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

- **ошибки врачей** амбулаторно-поликлинического звена и подстанций скорой медицинской помощи растут, что связано с неуклонно снижающейся квалификацией;
- не всегда обоснованное **«упование»** врачей-гастроэнтерологов на современные лекарственные препараты, приводит к росту осложненного течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе перфоративных гастродуоденальных язв; тоже касается осложненной желчнокаменной болезни и острого панкреатита;
- в несколько раз **снизилось количество плановых операций** по поводу вентральных грыж, в том числе - паховых; это, в свою очередь, привело к заметному росту экстренных грыжесечений, зачастую при осложненных грыжах, что тоже является следствием отсутствия диспансеризации и санпросветработы;

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

- по-прежнему, неуклонно **растет заболеваемость раком ободочной и прямой кишки**, а вместе с этим – растет частота запущенных осложненных форм рака на фоне крайне низкой выявляемости ранних стадий заболевания – более половины больных поступает в хирургические и колопроктологические отделения с признаками обтурационной толстокишечной непроходимости, других параканкрозных осложнений и перитонитом.

- **дефекты антибактериальной терапии**, допускаемые долгие годы врачами, привели к небывалому росту антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов; причины этого кроются в элементарном не знании подавляющей массой врачей вопросов эпидемиологии, микробиологии, клинической фармакологии.

Организационные и материально-технические проблемы

- в большинстве больниц, оказывающих экстренную хирургическую помощь, по-прежнему, диагностика осложненных хирургических заболеваний органов брюшной полости основана на клинике, минимальных лабораторных данных и рентгенологических методах обследования; круглосуточная возможность использования ультразвуковой и эндоскопической диагностики имеется, зачастую, лишь в крупных многопрофильных учреждениях здравоохранения, не говоря уже о компьютерной и магнитно-резонансной томографии;

Организационные и материально-технические проблемы

- в большинстве случаев **отсутствует возможность получения полноценных сведений** о состоянии гомеостаза и гемостаза пациента, дыхательной и кислородно-транспортной функции, объективизации степени эндогенной интоксикации, экспресс методов микробиологической диагностики и много другого, необходимого для объективной оценки тяжести состояния пациента с перитонитом;

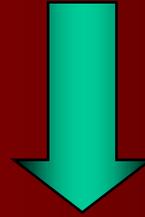
- материально-техническая оснащенность реанимационных отделений большинства больниц **оставляет желать много лучшего**;

- крайне **ограничен выбор эффективных антибактериальных средств** для парентерального применения, инфузионно-трансфузионных средств, препаратов для парентерального питания, - только лишь ввиду их высокой стоимости;

ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

- **отступление от принципов хирургической детоксикации** (отказ от запланированной релапаротомии, увеличение сроков и интервалов выполнения «санационной» релапаротомии);
- **неполноценность комплексной детоксикации при перитоните** объясняется, с одной стороны, недостаточно глубокими представлениями большинства хирургов и реаниматологов о структуре и роли эндогенной интоксикации в генезе полиорганной дисфункции и прогнозе течения и исходов перитонита, а с другой стороны, - крайне недостаточно оснащение больниц специалистами и средствами детоксикационной терапии.
- абсолютно **не решены вопросы иммунокорригирующей терапии**, которая, как показывают рандомизированные исследования, в отсутствии точного представления о состоянии клеточного и гуморального иммунитета в конкретный временной период течения заболевания, не должна применяться; хотя сама необходимость иммунокоррекции неоспорима.

ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА



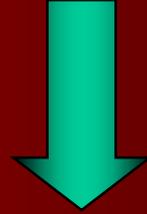
✓ ПЕРИТОНИТ

НЕВОЗМОЖНО ВЫЛЕЧИТЬ

ТОЛЬКО СКАЛЬПЕЛЕМ ХИРУРГА!

Решение проблемы лечения перитонита
требует комплексного
дифференцированного подхода

ПЕРСПЕКТИВЫ



- ✓ **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
- ✓ **ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- необходимо не только **возрождение диспансеризации**, но – выведение ее на качественно новый уровень (эти задачи необходимо ставить перед органами управления здравоохранением);

- необходимо **создание полного реестра стандартов** оказания медицинской помощи не только при острой хирургической патологии органов брюшной полости, но и целого ряда гастроэнтерологических, колопроктологических, онкологических заболеваний; а так же **восстановление и развитие преемственности** в оказании медицинской помощи между амбулаторно-поликлиническим звеном – гастроэнтерологическими и хирургическими стационарами;

- необходимо **внедрение разных схем обучения и усовершенствования** по вопросам острой хирургической патологии органов брюшной полости для ... - терапевтов, гастроэнтерологов, врачей скорой помощи и, естественно, для врачей-хирургов поликлиник;

- необходимо **обучение врачей всех специальностей** по клинической фармакологии антибактериальных средств;

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- необходимо коренным образом **изменить возможности диагностической и лечебной базы хирургических стационаров и реанимационных отделений больниц**, обеспечив круглосуточное функционирование в полноценном режиме оказания квалифицированной хирургической и реанимационной помощи больным с перитонитом (диагностика, реанимация, детоксикация, гипербарическая оксигенация и др.);

- принимая во внимание определяющую роль хирургической детоксикации в лечении перитонита, следует, согласно современным представлениям о структуре эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности, их роли в определении тяжести пациента и прогнозе течения и исхода заболевания, - вести речь только о **комплексной детоксикации**, потому, необходима подготовка соответствующих специалистов и отделений (кабинетов) в каждой больнице;

- значительные перспективы содержатся в создании **специализированных хирургических отделений (центров) хирургической инфекции нового типа**, занимающихся лечением осложненной хирургической патологии живота;

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В лечении перитонита различного генеза к настоящему времени сформировались различные подходы.

Необходимо оценить перспективы улучшения результатов лечения ряда наиболее распространенных и значимых форм перитонита.

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Гнойный перитонит.

- **Расширение показаний к запланированным релапаротомиям** (особенно при анаэробно-аэробном перитоните - независимо от его давности);
- применение **эффективных способов дренирования** брюшной полости (осмотически активные системы и препараты – наиболее доступны и эффективны - мази на водорастворимой основе (многоатомные спирты - полиэтиленоксиды);
- необходимо продолжить **поиск оптимальных методов** временного закрытия брюшной полости при запланированных многократных релапаротомиях;
- **комплексная детоксикация** с использованием всех имеющихся схем, включая электрохимическую детоксикацию крови, гипербарическую оксигенацию, лимфогенную детоксикацию (включая прямые и непрямые способы эндолимфатического введения препаратов);
- **эмпирическая антибактериальная терапия** (на первом этапе), выбор которой необходимо оценивать по клиническим признакам абдоминальной инфекции (антианаэробный и антиграм-отрицательный спектр);
- различные способы эффективной **интестинальной декомпрессии**;
- **пролонгированные регионарные блокады.**

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Место лапароскопических технологий при гнойном перитоните.

Перспективы этой технологии имеются **при остром аппендиците, холецистите и перфоративной гастродуоденальной язве**, когда срок развития перитонита не превышает 6-10 часов (т.е. гнойный с рыхлым фибрином); при этом распространенность перитонита не имеет принципиального значения при наличии возможности адекватной санации брюшной полости и дренирования ее.

При прободных язвах заслуживают внимания бесшовные технологии закрытия перфоративного отверстия (тахокомб, серджисел).

Требует изучения следующий подход в лечении перитонита с тяжелой эндогенной интоксикацией, полиорганной недостаточностью, когда операционно-анестезиологический риск максимален. Наряду с комплексной детоксикацией в режиме предоперационной подготовки, выполнять элементы малоинвазивной хирургической детоксикации, т.е. – лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости, что должно приводить к некоторому снижению эндотоксикоза и давать возможность подготовить пациента к лапаротомии.

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Гинекологический гнойный перитонит.

С развитием и широким использованием лапароскопических технологий, этот вид перитонита **должен сразу лечиться по хирургическим принципам**

(тем более, что вопросы дифференциальной диагностики с острым аппендицитом остаются актуальными);

более широко должны применяться **этапные лапароскопические вмешательства** при гнойно-воспалительных заболеваниях придатком матки.

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Панкреатогенный перитонит.

Учитывая особенности патогенеза этого вида перитонита, лечебно-тактические подходы должны иметь определенные особенности. Показания к экстренным и срочным открытым операциям должны быть строго ограничены (некроз и инфицирование забрюшинного пространства и гнойный перитонит).

Основные задачи 1-го этапа лечения панкреатогенного перитонита

- на фоне панкреонекроза должны быть сведены к следующему: -- комплексная интенсивная терапия с детоксикацией, восстановление оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку (внутрипросветная эндоскопия),
- лапароскопия с целью – визуальной оценки характера и распространенности процесса, эвакуации экссудата, вскрытия брюшины по контуру поджелудочной железы, дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, катетеризации круглой связки печени. Лапароскопия должна выполняться в динамическом режиме.

ПЕРСПЕКТИВЫ

✓ ЧАСТНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Следует отметить, что панкреатогенный перитонит является лишь часть проявления крайне тяжелого заболевания – панкреонекроза, перспективы лечения которого и определяют прогноз развития осложнений и летального исхода.

Поэтому, основное внимание должно быть уделено лечению панкреатогенного шока, профилактике, ранней диагностике и миниинвазивному лечению инфицирования забрюшинного пространства, а в последующем – адекватному лечению поздних осложнений (секвестрация поджелудочной железы).

Одной из приемлемых разновидностей малоинвазивного лечения панкреонекроза остается оментобурсостомия с этапными некрэктомиями (по Козлову В.А. и Сажину В.П.).

Показания к операции



- **Неотложные**
(экстренные, ургентные)
(после 1,5 – 2 часов
предоперационной
подготовки)

Срок подготовки может
быть увеличен

в зависимости от тяжести
состояния (!)



(В.С. Савельев, 2006)

- “В принятии решения о необходимости экстренной операции всегда будет доминировать **клиническое мышление**, основанное на знаниях, логике и интуиции – на том, что составляет профессиональное мастерство клинициста, особенно хирурга.”

Предоперационная подготовка

- **Гигиеническая**
- **Общесоматическая**
- **Дезинтоксикационная**
- **Антибактериальная**
- **Анестезиологическая**



План операции

- Хирургический доступ
- Удаление патологического содержимого
- Выявление и устранение источника перитонита
- Завершающая санация брюшной полости
- Дренирование кишечника
- Продленная забрюшинная блокада
(непрямой эндолимфатический доступ)
- Создание условий для продленной санации брюшной полости

Продленная санация брюшной полости

- **Орошение**
- **Диализ**
- **Релапаротомия**
- **Повторные санации**
- **Лапаростомия**

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (Лечения перитонита)

✦ ЗАКРЫТЫЕ

✦ Пассивное

✦ Активное

✦ ПОЛУЗАКРЫТЫЕ

✦ Этапные санации

(программированная лапаростомия)

✦ ОТКРЫТЫЕ

✦ Лапаростомия

СПОСОБЫ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

✦ ЗАШИВАНИЕ ВСЕХ СЛОЕВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

✦ Пассивное дренирование

✦ Активное дренирование

✦ ЗАШИВАНИЕ ТОЛЬКО КОЖИ

✦ ВРЕМЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (МОЛНИЯ-ЗАСТЕЖКА, ВЕНТРОФИЛЫ и т.д.)

✦ Этапные санации (программированная лапаростомия)

✦ ОСТАВЛЕНИЕ ОТКРЫТОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

✦ Лапаростомия

- Многофокусность зон альтерации,
- Крупномасштабность очагов воспаления,
- Распространенный характер источников деструкции и инфицирования в брюшной полости и забрюшинном пространстве,
- Топографо-анатомическая сложность для выполнения «идеального» хирургического вмешательства,
- Т. С. источник инфекции при АС не всегда может быть радикально ликвидирован в один этап.



Выбор способа завершения лапаротомии

**World Journal of Emergency
Surgery**



This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections

World Journal of Emergency Surgery 2013, **8**:3 doi:10.1186/1749-7922-8-3

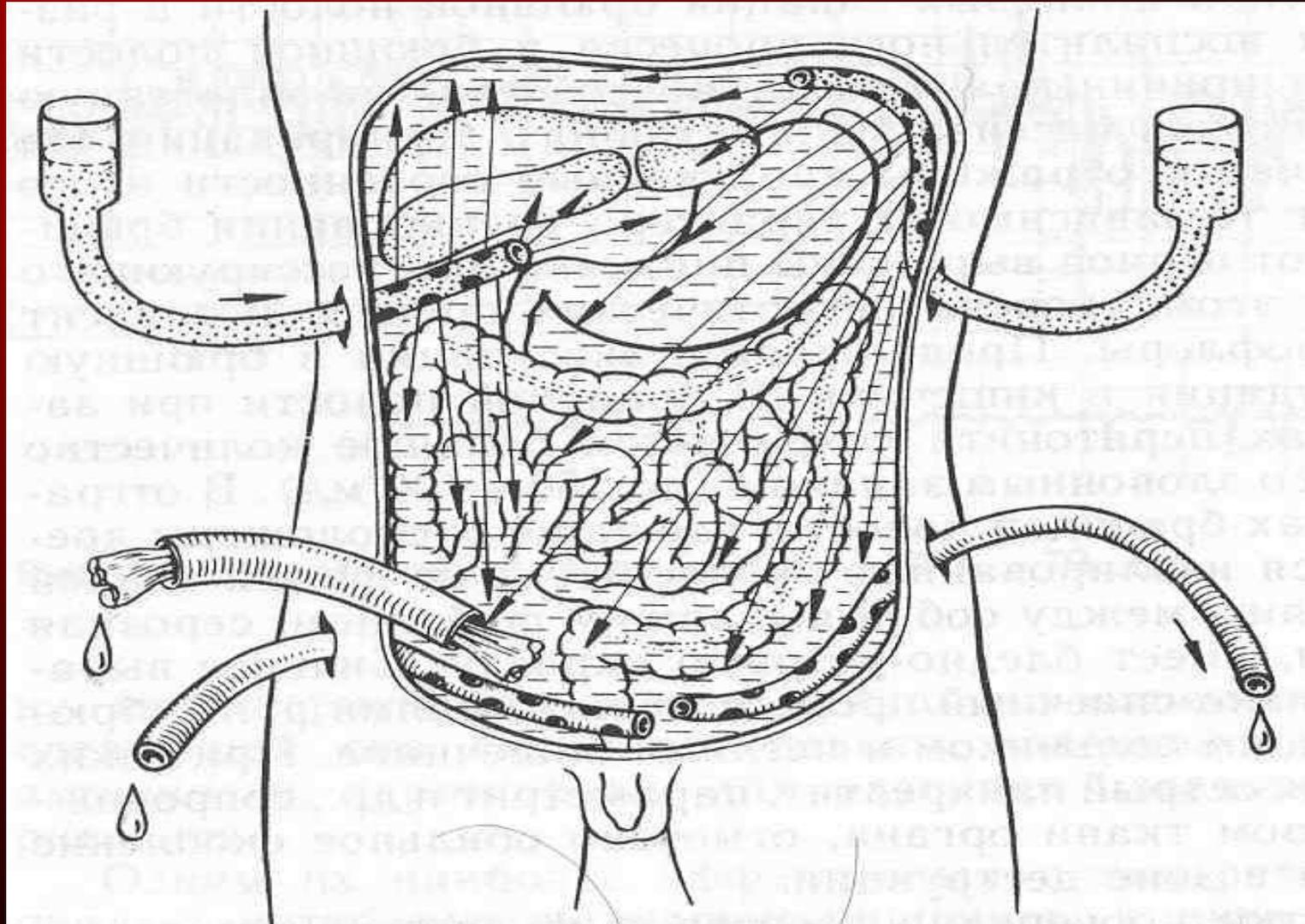
- У пациентов с тяжелым АС в первую очередь обоснована активная тактика с релапаротомией.

[Hutchins RR, Gunning MP, Lucas DN, Allen-Mersh TG, Soni NC: Relaparotomy for suspected Intra-peritoneal sepsis after abdominal surgery. World J Surg 2004, 28(2):137–141]

- Некупирующаяся ПОН является главным признаком прогрессирования ИАИ и показанием к релапаротомии.

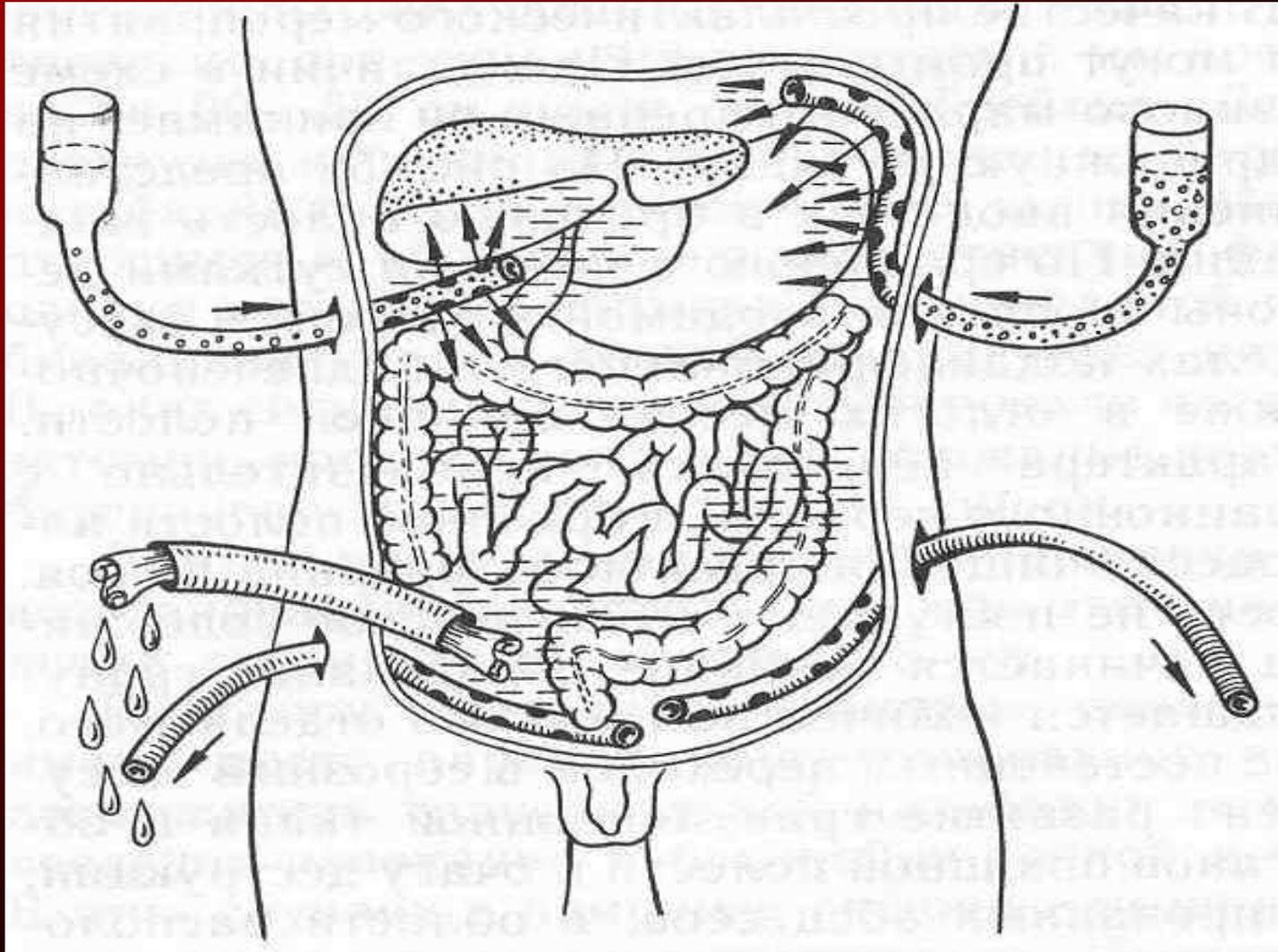
[Lamme B, Mahler CW, van Ruler O, Gouma DJ, Reitsma JB, Boermeester MA: Clinical predictors of ongoing infection in secondary peritonitis: systematic review. World J Surg 2006, 30(12):2170–2181.]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА



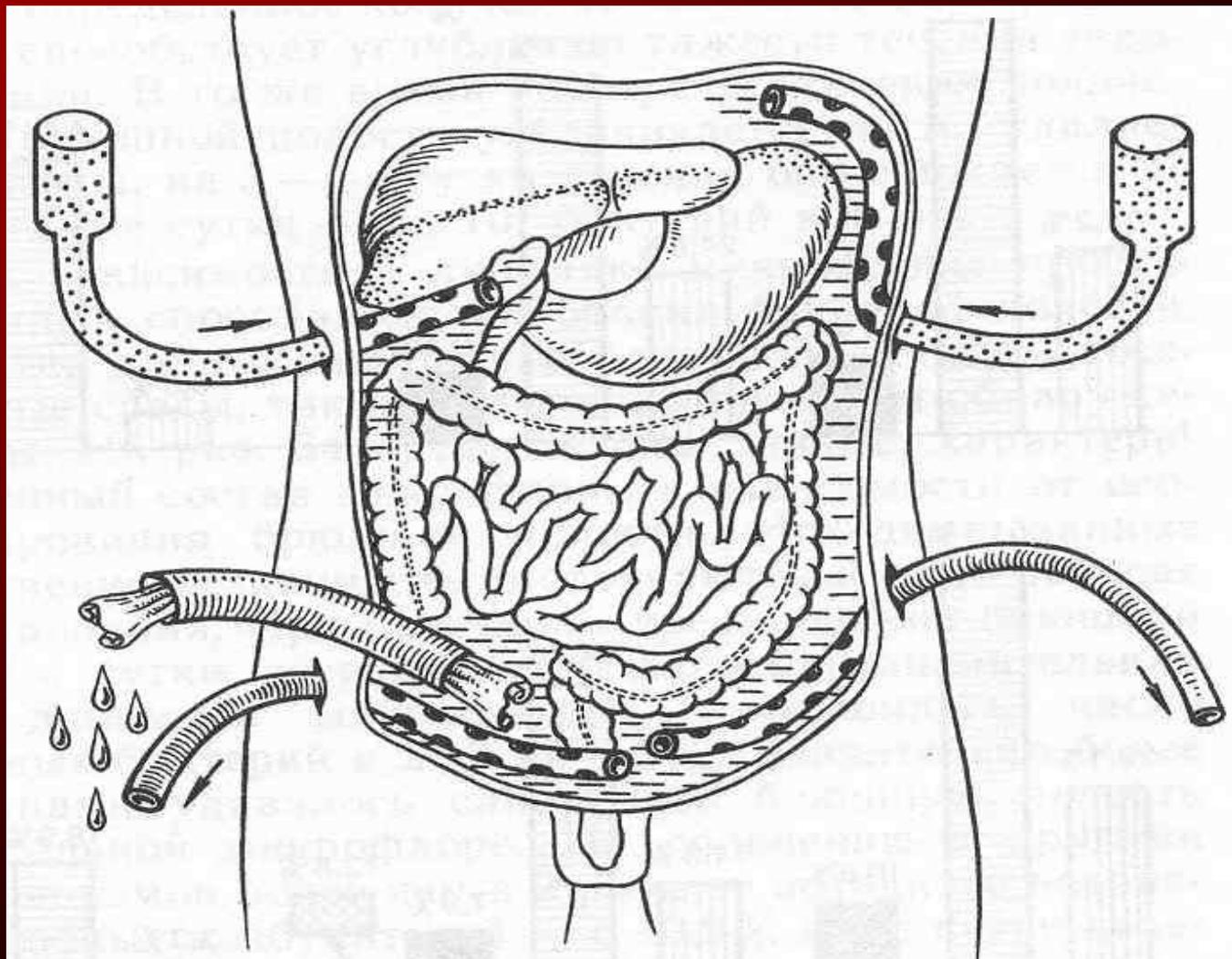
1 – 3 СУТКИ - ВСЯ БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА



4 – 5 СУТКИ - ОТГАНИЧЕННЫЕ ЗОНЫ ЖИВОТА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

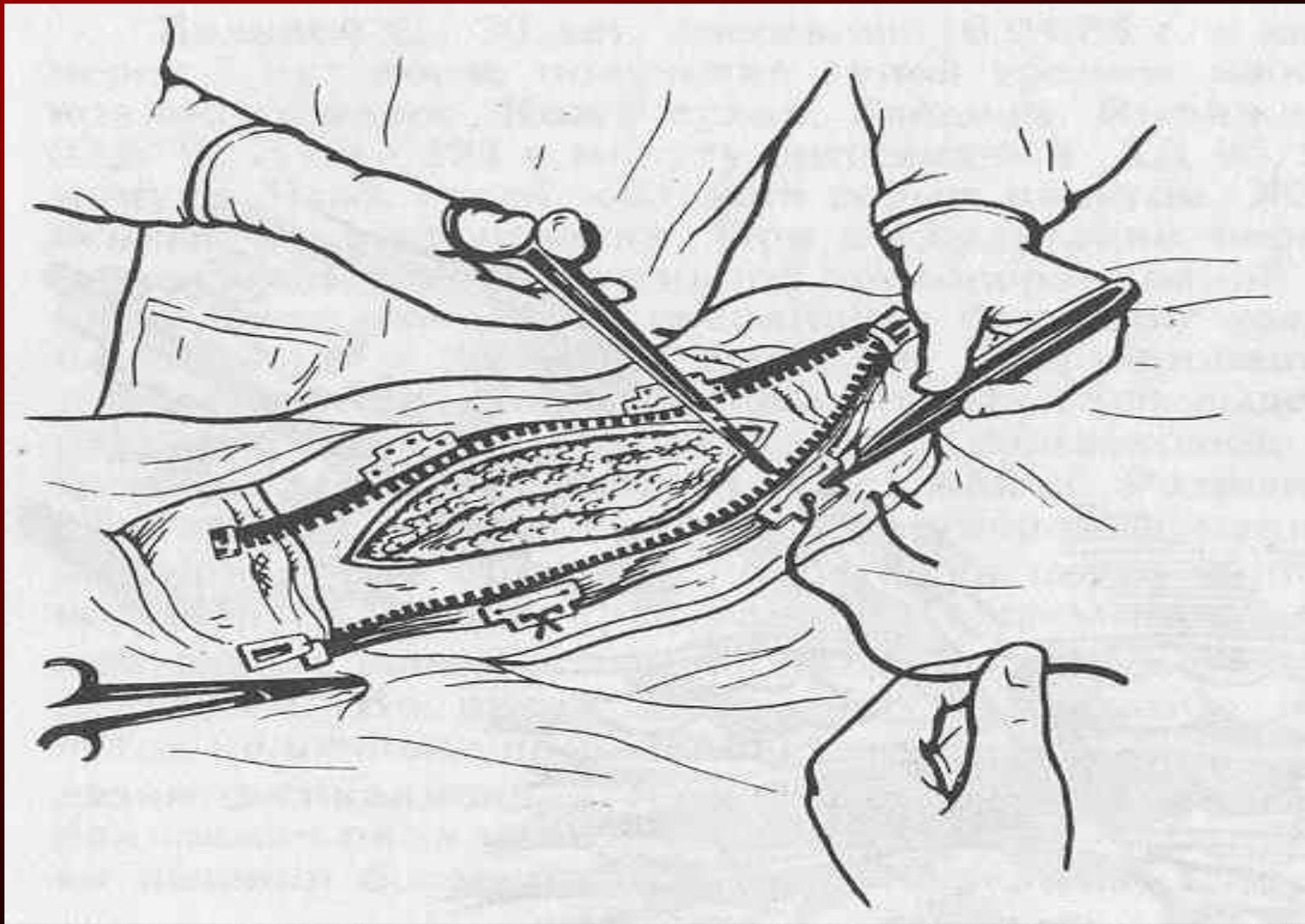


6 – 7 СУТКИ - ФОРМИРОВАНИЕ КАНАЛОВ

Повторные санации брюшной полости

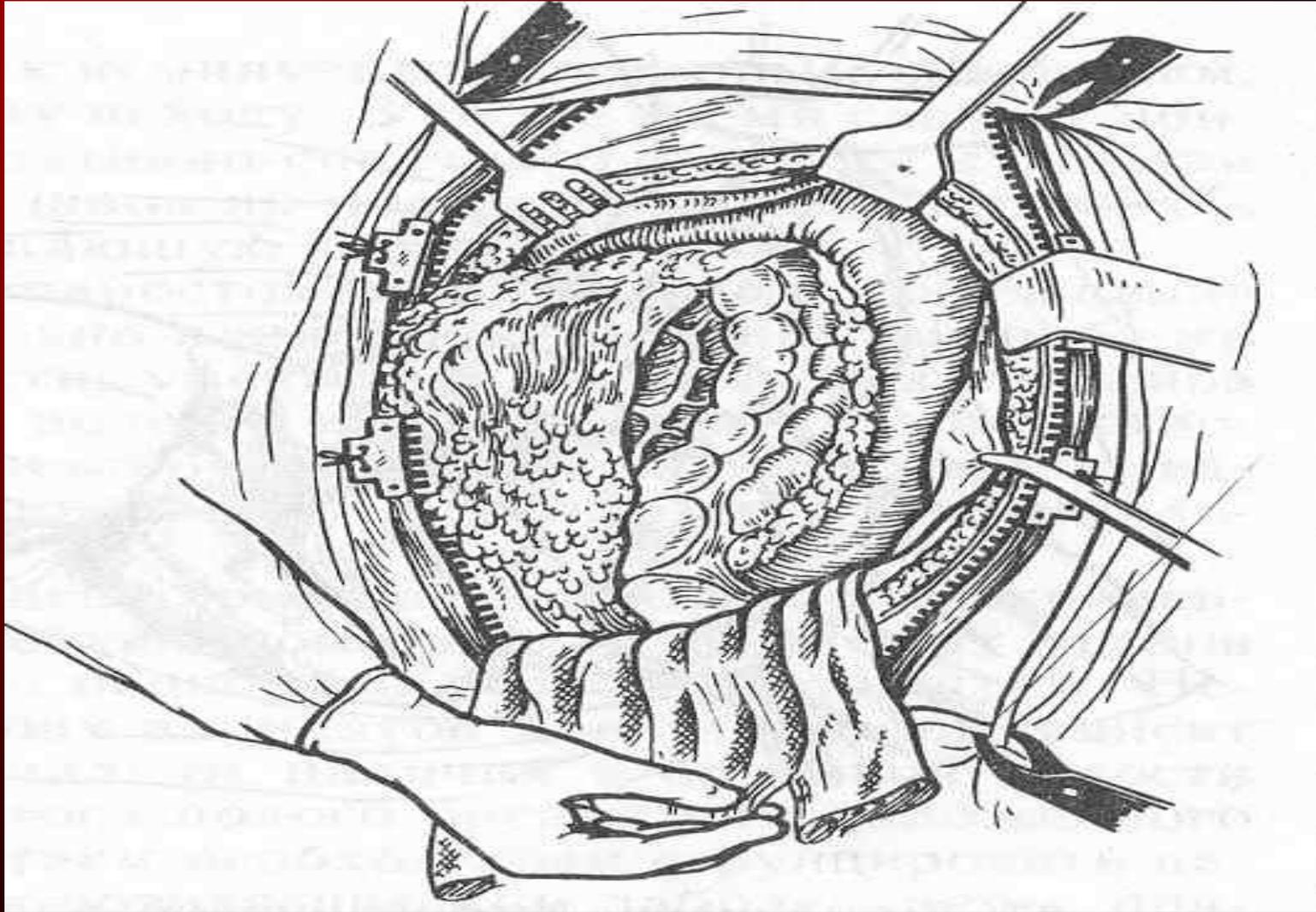
- Программированные
- «По требованию»

ЛАПАРОСТОМИЯ



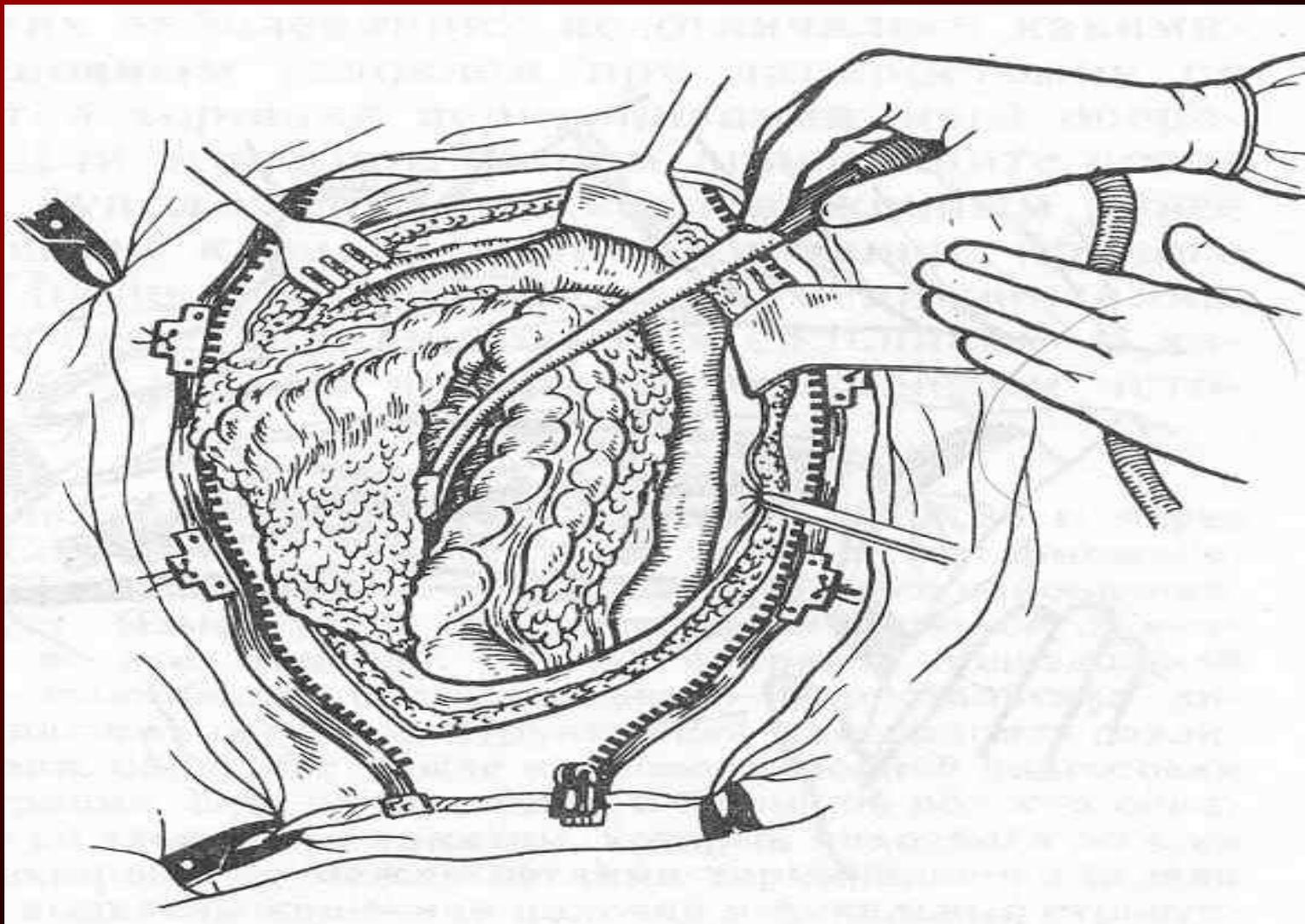
ФИКСАЦИЯ МОЛНИИ-ЗАСТЕЖКИ К КОЖЕ

ЛАПАРОСТОМИЯ



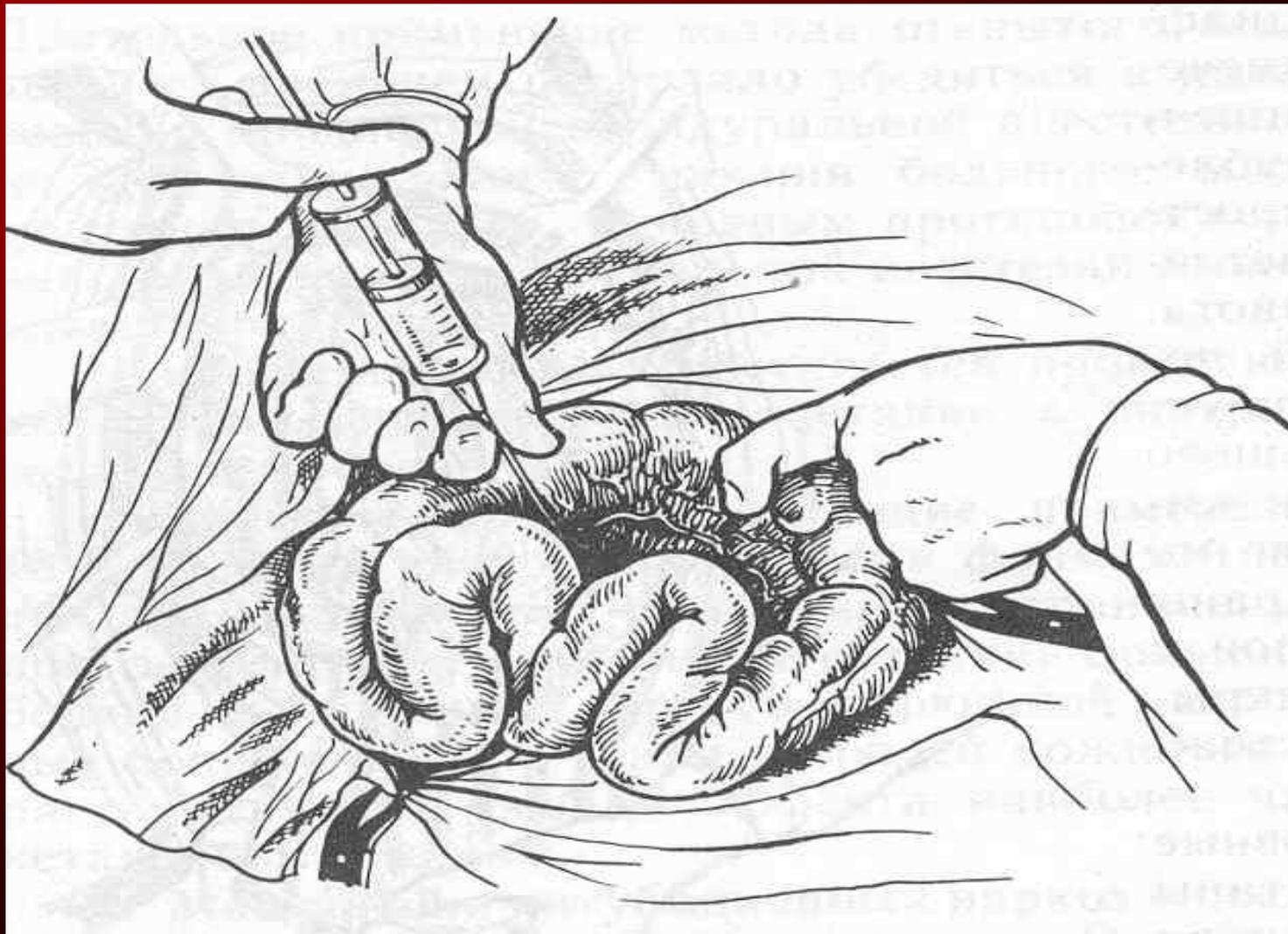
РАСТЕГИВАНИЕ МОЛНИИ, УДАЛЕНИЕ ТАМПОНОВ

ЛАПАРОСТОМИЯ



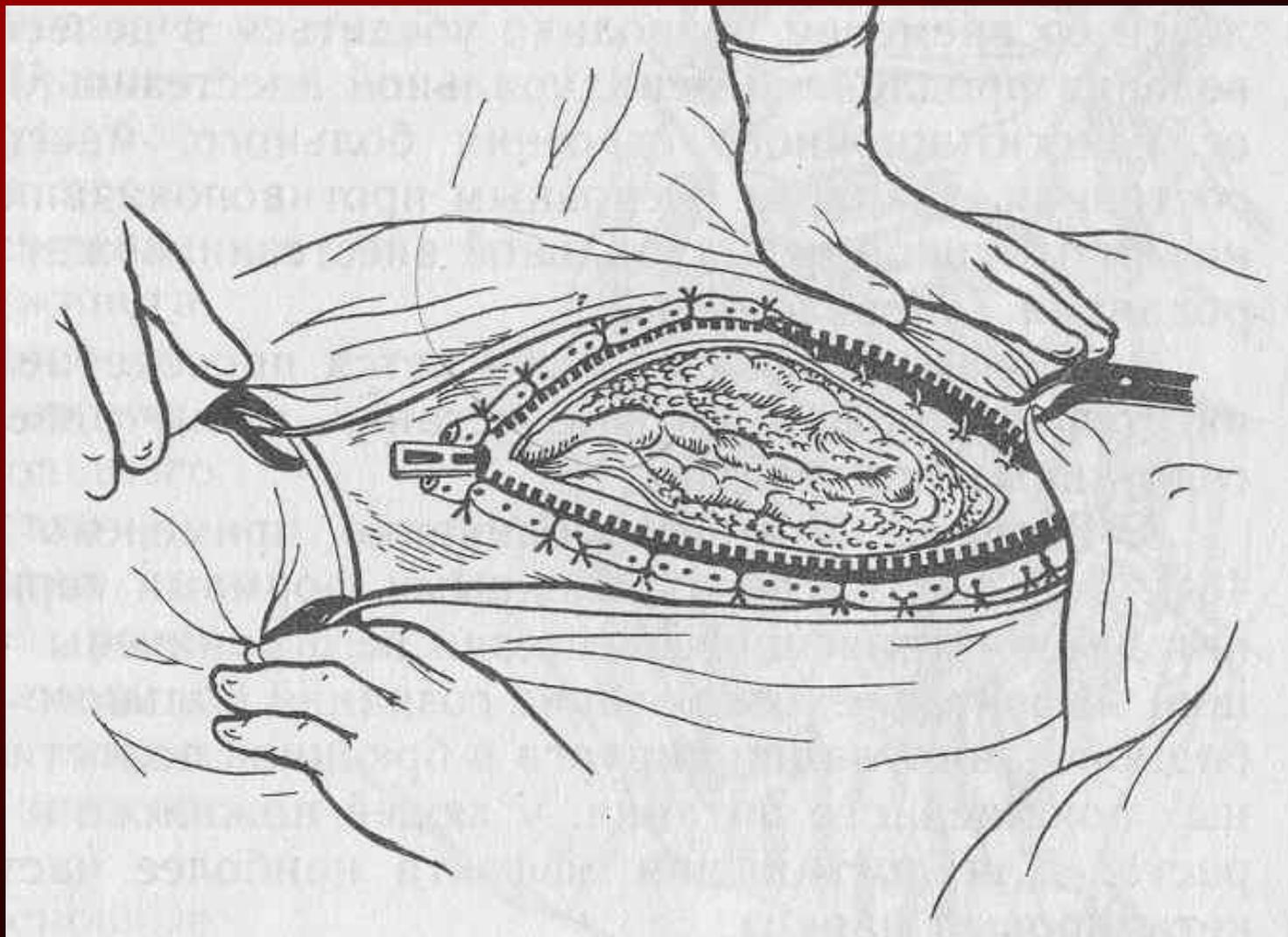
САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ЛАПАРОСТОМИЯ



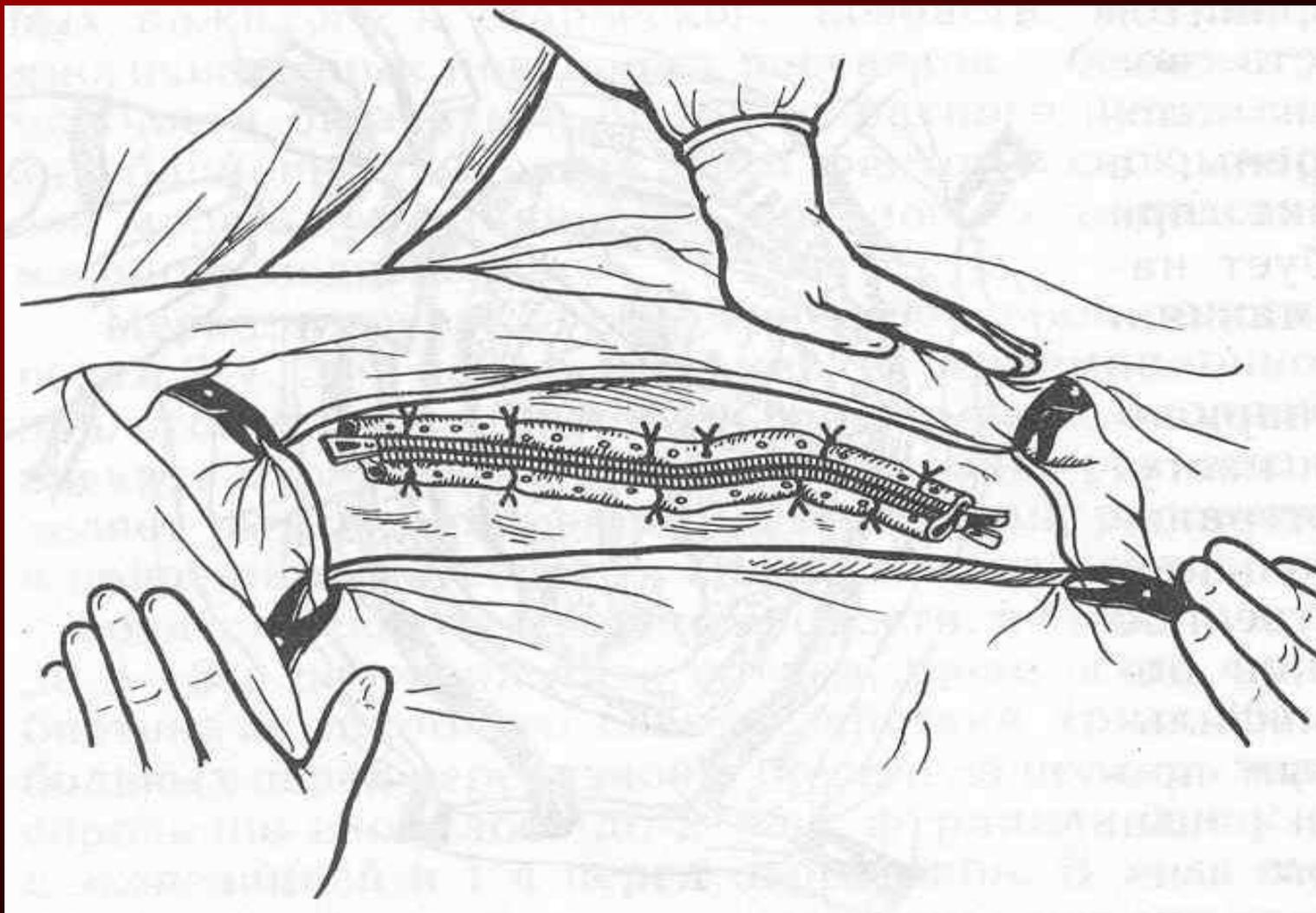
ЗАБРЮШИННАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА

ЛАПАРОСТОМИЯ



ЗАВЕРШЕНИЕ ЭТАПНОЙ САНАЦИИ

ЛАПАРОСТОМИЯ



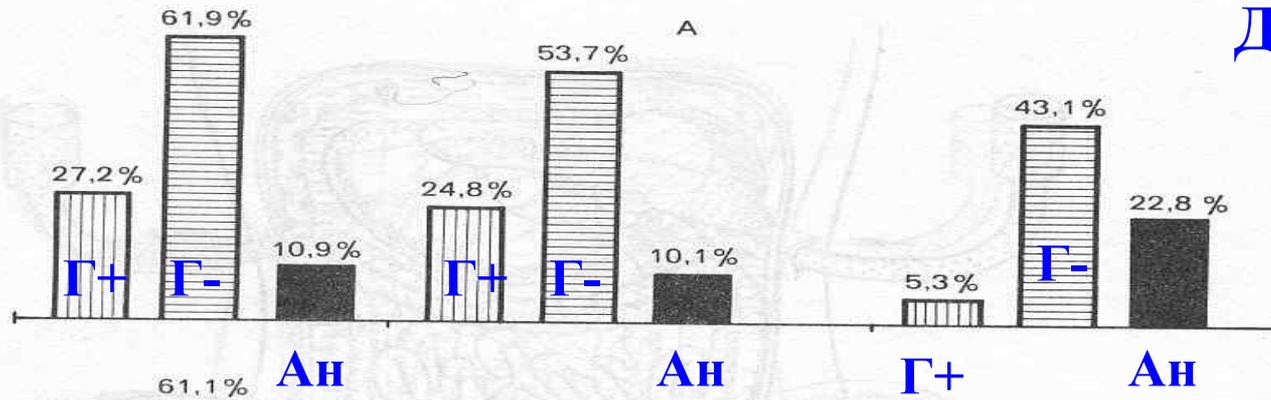
ЗАВЕРШЕНИЕ ЭТАПНОЙ САНАЦИИ

ДИНАМИКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА

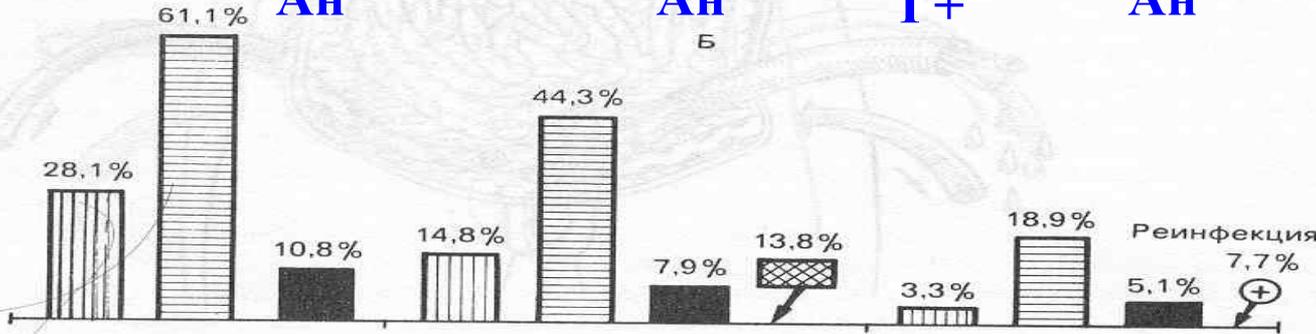
ДРЕНИРОВАНИЕ



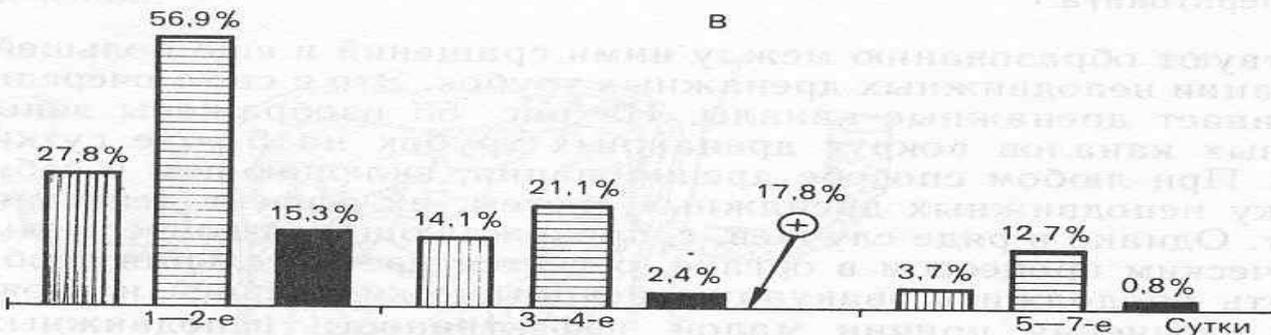
Пассивное



Активное



Лапаростома



1 - 2

3 - 4

6 - 7

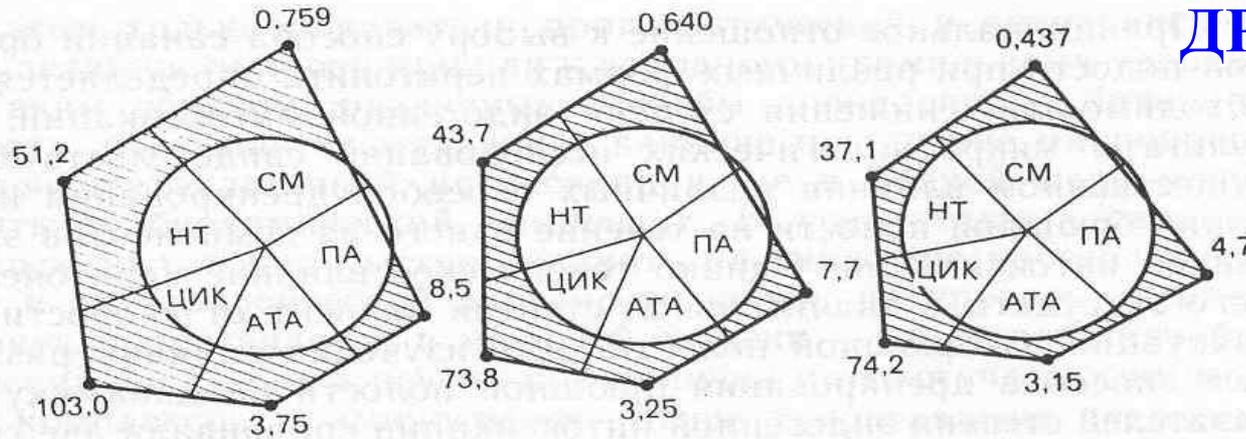
СУТКИ

ДИНАМИКА ЭНДОТОКСИКОЗА

ДРЕНИРОВАНИЕ

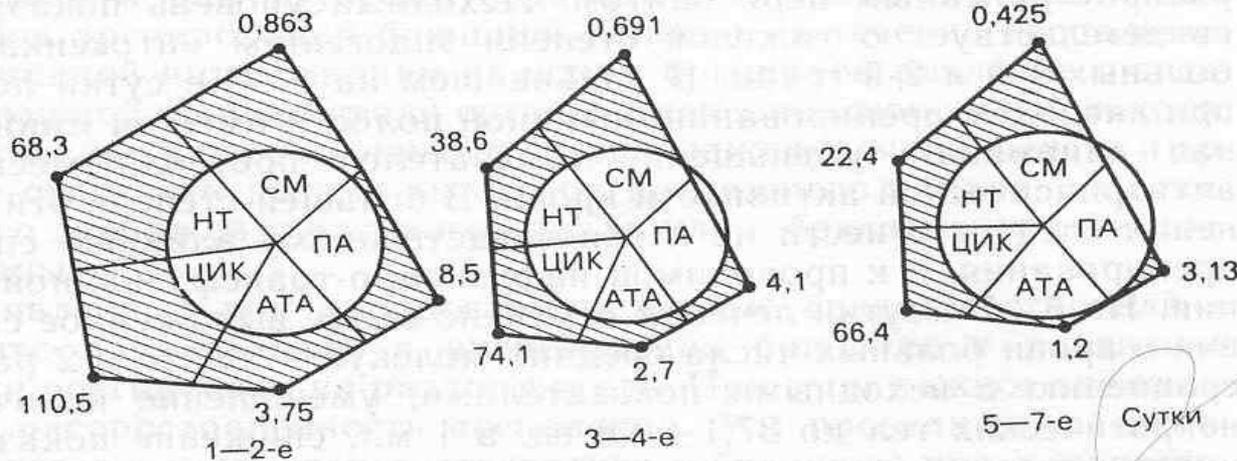


Пассивное



Активное

Лапаростома



1 - 2

3 - 4

5 - 7

СУТКИ

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- **ПОЛИЭТИОЛОГИЧНОСТЬ - ШИРОКИЙ КРУГ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ**
- **ПОЛИМИКРОБНАЯ ЭТИОЛОГИЯ – В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ УДАЕТСЯ ВЫДЕЛИТЬ ДВА МИКРООРГАНИЗМА И БОЛЕЕ**
- **АССОЦИАЦИЯ АЭРОБОВ И АНАРОБОВ**
- **СЛОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ (УСТАНОВЛЕНИЯ ВЕДУЩЕГО ВОЗБУДИТЕЛЯ)**

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ

(Б.Р.Гельфанд и др., 1998)

(М.Н.Зубков, 1998)

ЭНТЕРОБАКТЕРИИ - 58%

АНАЭРОБЫ - 48%

БАКТЕРОИДЫ - 17%

ЭНТЕРОБАКТЕРИИ - 24%

ПСЕВДОМОНАДЫ - 13%

ПСЕВДОМОНАДЫ - 12%

СТРЕПТОКОККИ - 8%

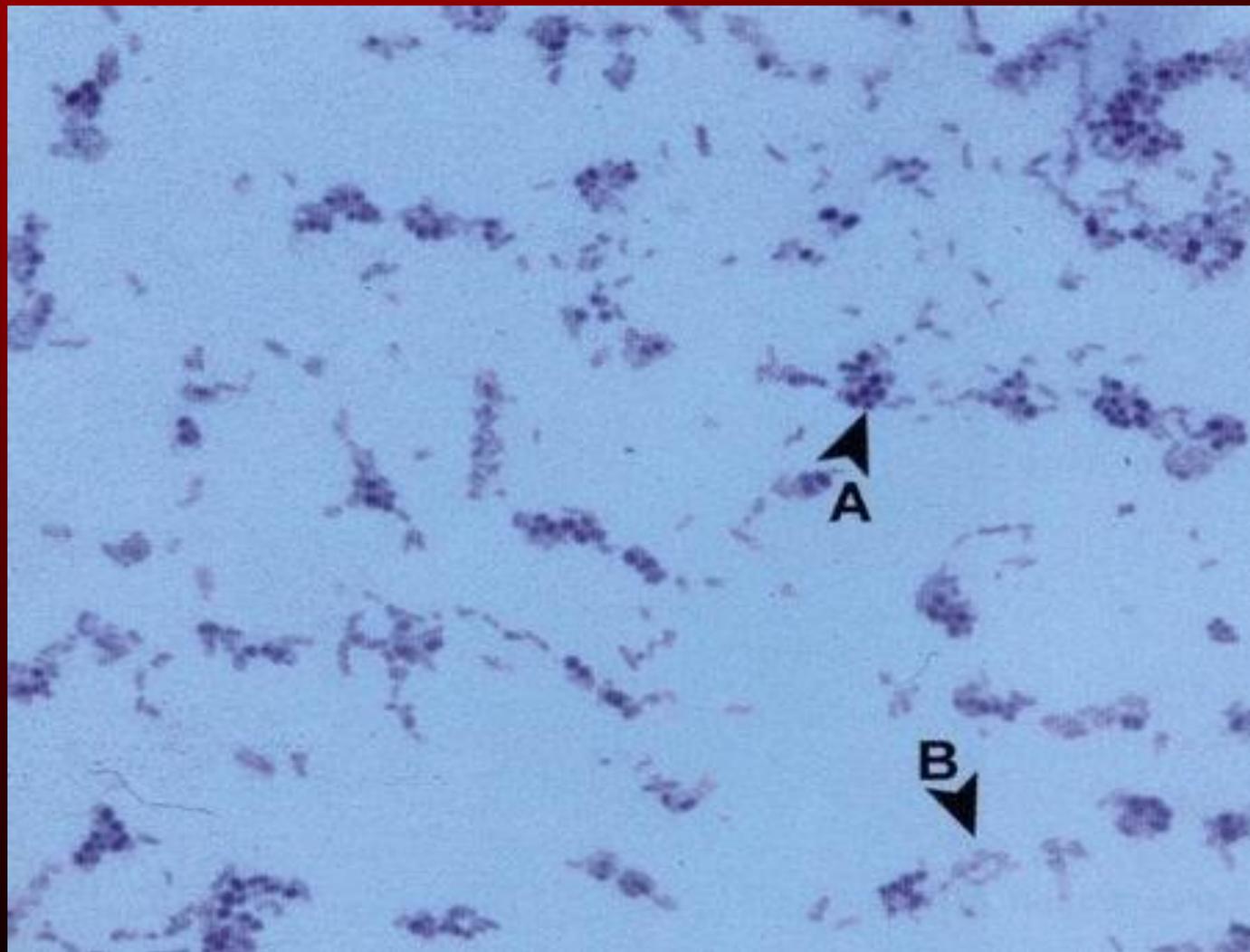
СТРЕПТОКОККИ - 11%

СТАФИЛОКОККИ - 7%

СТАФИЛОКОККИ - 5%

ПРЯМАЯ ФАЗОВОКОНТРАСТНАЯ БАКТЕРИОСКОПИЯ НАТИВНОГО МАЗКА

Окраска по Граму



А - Гр+ кокки
В – Гр- палочки

ОРГАНЫ - «ИСТОЧНИКИ ПЕРИТОНИТА» И ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ

ДИСТАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДОК

Грам(+) бактерии, Candida spp.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Enterococcus spp., Грам(-) бактерии, Анаэробы

ТОНКИЙ КИШЕЧНИК, АППЕНДИКС

Enterobacteriaceae, Другие грам(-) бактерии, Анаэробы

ТОЛСТЫЙ КИШЕЧНИК, ПРИДАТКИ МАТКИ

Анаэробы, Enterobacteriaceae

Принципы антибактериальной терапии интраабдоминальных инфекций

- ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНО, НО НЕ ЗАМЕНЯЕТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**
- ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ НАПРАВЛЕНО НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОГО РЕИНФИЦИРОВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЭКСТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ**
- ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО НА ИХ СПЕКТРЕ, НО И ФАРМАКОКИНЕТИКЕ, ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОГО И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕНОСИМОСТИ, А ТАКЖЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКЕ**

Основные направления лечения интраабдоминальных инфекций

- **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ**
- **ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ**
- **ДЕТОКСИКАЦИЯ**
- **ДЕКОМПРЕССИЯ ЖКТ**
- **АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ**
- **ИММУНОКОРРЕКЦИЯ**
- **РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА**
- **НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА**
- **ИНОТРОПНАЯ И СОСУДИСТАЯ ПОДДЕРЖКА (при шоке)**

Факторы негативного прогноза при перитоните :

- Неадекватный хирургический контроль источника воспаления (*Source control*),
- Развитие СИАГ,
- Необходимость обеспечения коррекции СКН,
- Неоднозначность решения проблемы обеспечения целостности дигестивного тракта в различных клинических ситуациях.
- Высокий риск инфицирования резистентными патогенами.

Таким образом, проблема улучшения результатов лечения перитонита должна решаться комплексно, с учетом имеющихся достижений и перспектив.

*Благодарю
за
внимание*