Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Читинская Государственная Медицинская Академия федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Кафедра факультативной хирургии

**Контрольная работа**

Тема: **Современные принципы лечения перитонита**

Чита - 2010 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

IІІ. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**ВВЕДЕНИЕ**

Перитонит с многочисленными причинами, вариантами течения и исходами остается сложнейшей проблемой клинической медицины. Своевременная диагностика и патогенетически обоснованное комплексное лечение многообразных его форм являются важнейшими разделами хирургии.

Несмотря на значительный прогресс медицины и смежных наук, перитонит продолжает оставаться в центре внимания хирургов, летальность при перитоните остается по сей день высокой и достигает 28-75%, что определяет необходимость продолжения исследований, направленных на повышение эффективности лечения этого осложнения.

Поиск новых, рациональных подходов к комплексному лечению перитонита является актуальной задачей. Результаты лечения этого осложнения остаются крайне неудовлетворительными.

Перитонит сам по себе и перенесенный в прошлом, представляет не меньшую угрозу для здоровья человека, чем другие болезни. Так, только спаечная болезнь является причиной кишечной непроходимости у 24,3-70% больных. Значительную опасность для жизни представляют сформированные и особенно несформированные кишечные свищи, послеоперационные грыжи, резедуальные абсцессы и другие состояния, нуждающиеся в систематизации, уточнении зависимости их от перенесенного перитонита.

Таким образом, нерешенность проблемы борьбы с хирургической инфекцией, неудовлетворительные результаты лечения перитонита ставят эту задачу в разряд государственных, приобретая важнейшую социально-экономическую значимость. Поэтому поиск новых патогенетически обоснованных методов консервативного и оперативного лечения перитонита и его последствий, позволяющих улучшить клиническое течение и исходы, является актуальной проблемой современной хирургии.

**Предмет исследования**: методы лечения перитонита.

**Объект исследования**: ОВКГ №321 - истории больных, находящихся на лечении в 12 хирургическом отделении за 2005-2010 гг.

**Цель исследования**: изучить современные принципы лечения перитонита.

**Задачи:**

· Сделать обзор литературы

) Изучить особенности лечения перитонита;

) Найти данные о современных методах лечения перитонита;

) Охарактеризовать материалы и методы исследования;

) Изучить и провести анализ результатов собственного исследования (статистика за пять лет)

· Заключение. Вывод.

**Материалы исследования**: истории больных, находящихся на лечении в 12 хирургическом отделении за 2005-2010 гг.

**Метод исследования**: статистический.

**Место проведения исследования**: 321 ОВКГ, 12 хирургическое отделение.

гнойный перитонит брюшной токсемия

**I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Хирургическая операция - центральное звено лечебной программы при всех формах перитонита. Она должна включать мероприятия, определяемые особенностями реакции организма на воспалительный процесс, а также наличием сопутствующих заболеваний.

Правильный выбор тактической схемы лечения распространенного перитонита во многом определяет прогноз лечения при этой патологии. Разработка хирургических методов лечения не облегчает решения конкретных диагностических и тактических задач у постели больного, в ходе которых должен определяться выбор одного из следующих способов лечения распространенного перитонита:

) полузакрытый способ - традиционный, наиболее часто используемый способ хирургического лечения, заключающийся в лапаротомии, устранении источника перитонита, санации и дренировании брюшной полости;

) полуоткрытый способ - этапные санационные релапаротомии. Метод применяется при высокой бактериальной контаминации брюшной полости, невозможности в ходе одной операции ликвидировать полностью источник перитонита или факторы его прогрессирования, при наличии синдрома полиорганной дисфункции;

) открытый способ - лапаростомия, применяется при обширных неудалимых деструктивных изменениях в брюшной полости, кишечных свищах, при инфицированных панкреонекрозах.

Выбор хирургической тактики в практике часто представляет значительные трудности. Основными критериями выбора служат: характер экссудата (в том числе количественные и качественные бактериологические данные), время развития перитонита, степень нарушения функции основных систем органов. Очевидно, что срок до операции, как отражение человеческого фактора, важен для всех пациентов. Прогностическая и сиюминутная оценка тяжести состояния пациентов.

Оперативное вмешательство при распространенном перитоните предусматривает выполнение следующих основных задач:

· устранение источника перитонита;

· интраоперационную санацию и рациональное дренирование брюшной полости;

· дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома кишечной недостаточности;

· завершение первичной операции, выбор дальнейшей тактики ведения больного.

Больной с перитонитом помещается в отделение интенсивной терапии и реанимации, где начинается предоперационная подготовка, параллельно с которой выполняется необходимый объем исследований для уточнения источника перитонита. Проводится катетеризация центральной вены с измерением центрального венозного давления, катетеризация мочевого пузыря с измерением почасового диуреза, обеспечивается мониторный контроль за параметрами сердечно-сосудистой и дыхательной систем, температурной реакцией. Объем инфузионной терапии колеблется от 2,5 до 5 литров с оптимальным соотношением кровезаменителей и препаратов крови. Зондом дренируется верхний отрезок пищеварительного тракта, а после уточнения диагноза и показаний к операции применяем наркотические анальгетики.

Операция при перитоните выполняется только под общим комбинированным обезболиванием в сочетании с продленной перидуральной анестезией или без нее и регионарными блокадами в брюшной полости.

При всех формах перитонита, какого бы происхождения он не был, операция производится через широкую срединную лапаротомию. Далее решается главная задача операции - ликвидация источника перитонита. Санации брюшной полости предшествует забор материала для бактериологического исследования. Из всех предложенных вариантов санации на сегодня чаще всего используется гипохлорит натрия в концентрациях от 0,02% до 0,08% растворов в количестве не более 600-800 мл с экспозицией в 5-8 минут. Гипохлорит одновременно антикоагулянт, активный фибрино- и некролитик, позволяющий атравматично очищать брюшную полость от напластований фибрина с толщиной 1-5 и более мм. Установлены дополнительные свойства препарата: дезодорирующее действие и улучшение лимфатического дренажа тканей. Исключениями для его использования считаем свежесформированные анастомозы (при послеоперационном перитоните) и коагулопатии различного генеза. Затем применяется 0,5% водный раствор гибитана, фурациллин с добавлением перекиси водорода (при каловых анаэробных в особенности) и (или) физиологический раствор хлорида натрия с разовой (1 г) дозой канамицина. Для аспирации промывных вод используется электроотсос с разработанным нами наконечником, включающий перфорированные наружную трубку и внутреннюю с открытым концом, установленный с возможностью поворота одна относительно другой, отличающийся тем, что с целью обеспечения регулирования потоком дренирования, наружная трубка выполнена с глухим рабочим концом, а перфорационные отверстия на трубках расположены продольными рядами, причем количество отверстий внутренней трубки кратно количеству отверстий наружной трубки как 1:2. Такая конструкция наконечника к хирургическому отсасывателю исключает травмирование органов брюшной полости.

После устранения или отграничения источника перитонита, санации брюшной полости до чистой воды, катетеризируется пупочная вена. Для этого мобилизуется круглая связка печени, выделяется, вскрывается, реканализируется вена с помощью зонда Бебкока для венэктомии наименьшего диаметра, он предпочтительнее пуговчатого или маточного. Катетер с дистальной частью вены выводится через отдельный прокол справа от лапаротомной раны и надежно фиксируется к коже. Интрапортально вводится 5000-10000 ЕД гепарина, новокаин, реополиглюкин, разовая доза канамицина. Иногда, если позволяет ситуация, интраоперационная инфузионная терапия параллельно осуществляется и через пупочную вену. Первая доза крови из вены забирается на лабораторные и бактериологическое исследования.

Для борьбы с парезом желудочно-кишечного тракта необходима декомпрессия кишечника. При резекции кишечника ее выполняют через открытые концы резецированной кишки: их выводят за пределы брюшной полости, снимают зажимы и выдавливающими движениями удаляют из кишки жидкое содержимое и газы. Если один или оба конца кишки выводят в виде кишечного свища, то декомпрессию можно осуществлять и после операции через этот свищ (энтеростому или колостому).

В случаях, когда источник перитонита устранен без вскрытия просвета кишечника (аппендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративного отверстия), декомпрессию во время операции и в послеоперационном периоде осуществляют с помощью длинных мягких тонкокишечных зондов с множественными боковыми отверстиями; их проводят через нос, пищевод, желудок в тонкую кишку во время операции или ретроградно через прямую и толстую кишку. Зонд продвигают по кишке во время лапаротомии, удаляют по нему кишечное содержимое и оставляют для длительной декомпрессии в послеоперационном периоде.

Цель декомпрессии, продолжающейся после операции, - удалить кишечное содержимое, чтобы предупредить его всасывание и интоксикацию организма, а также уменьшить нарушение кровообращения и питания в растянутой газами стенке кишки. Кроме того, вздутие живота ограничивает движение диафрагмы, приводит к смещению сердца и легких, тем самым нарушая их деятельность. После декомпрессии кишечника в брыжейку тонкой кишки вводят 150 мл 0,25% раствора прокаина.

Как правило, операцию завершают дренированием брюшной полости одно- или двухпросветными силиконовыми трубками, устанавливаемыми по стандартной технике к зоне источника перитонита и во все отлогие места брюшной полости. Дренажи используют для активной или пассивной эвакуации экссудата или санации брюшной полости в межоперативном периоде. В случаях гнойно-некротического поражения забрюшинного пространства или при панкреатогенном перитоните высокоэффективно использование дренажей Пенроза.

Операцию заканчивают послойным ушиванием раны брюшной стенки. При наличии выраженного кишечного пареза или выраженных признаков воспаления висцеральной и париетальной брюшины возможно ушивание только кожи с подкожной клетчаткой. Ущерб от образовавшейся вследствие такой методики вентральной грыжи «компенсируется» предотвращением гибели больного от прогрессирующего перитонита или синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Устранение источника перитонита, санация брюшной полости во время операции, интубация кишечника не останавливают сразу воспалительный процесс в брюшине. Воспаление может продолжаться, постепенно стихая под воздействием проводимого в послеоперационном периоде лечения. Дренирование и лаваж брюшной полости (перитонеальный диализ), дезинтоксикационная терапия способствуют окончательной ликвидации воспаления. Однако в тяжелых случаях распространенного перитонита, при прогрессирующем его течении, приходится прибегать к повторной операции (релапаротомии) с целью санации брюшной полости.

Программированная релапаротомия - нестандартная операция, требующая опыта и специальных знаний от хирурга, поскольку ее выполнение затрудняется рыхлостью тканей, повышенной кровоточивостью и реальной угрозой формирования кишечного свища. Требуется деликатность при некрэктомии, удалении фибрина с помощью гипохлорита натрия, вскрытии и опорожнении абсцессов и затеков, адекватное дренирование брюшной полости.

Любое оперативное вмешательство в брюшной полости при остром распространенном перитоните, даже технически правильно выполненное, может сопровождаться осложнениями и потребовать срочной релапаротомии. Для хирурга, который уверен в отсутствии погрешностей проведенной операции, или при стертой картине перитонита трудно преодолеть психологический барьер и определить показания к релапаротомии. Поэтому нередко теряется драгоценное время и повторная операция проводится с опозданием. Применяя запланированную релапаротомию при распространенном перитоните, хирург и больной не испытывают страха перед ней - релапаротомия не является неожиданной повторной операцией, поскольку планируется заранее. Ввиду того, что запланированные релапаротомии повторяются в зависимости от тяжести состояния больного с интервалом 2-4 дня, число нераспознанных осложнений сводится к минимуму или они вообще отсутствуют.

Повторные плановые санации брюшной полости после операции можно обеспечить с помощью лапаростомии, которую используют при распространенном гнойном перитоните. В этом случае операцию заканчивают вшиванием в края лапаротомной раны молнии или на рану накладывают редкие швы, которые завязывают на бантик, что позволяет проводить повторные санации. В послеоперационном периоде под наркозом, перидуральной анестезией молнию раскрывают или развязывают швы, проводят осмотр и санацию брюшной полости.

Число программированных релапаротомий зависит в значительной степени от объективных данных и личного опыта хирурга, наряду с данными лабораторных и других исследований, а также от того, в каком направлении развивается заболевание - перитонит прогрессирует или воспаление купируется. Практика показала - достаточно 2-3, реже 4-5 санаций, чтобы направить процесс в благоприятное русло и не перешагнуть рубеж, когда начинается раневое истощение и органная недостаточность.

Способ лечения перитонита, включающий релапаротомию, санацию брюшной полости путем промывания антисептиками, дренирование, лимфостимуляцию, перитонеосорбцию сорбентом, предварительно насыщенным антисептиком, отличающегося тем, что в качестве сорбента используют гранулы шивыртуина, предварительно насыщенного гипохлоритом натрия (NaClО) в соотношении 3:1 и вводимого в состоянии суспензии в сетчатом контейнере из синтетической ткани, лимфостимуляцию проводят путем усиления лимфопродукции в печени, для чего через реканализированную пупочную вену вводят гемодилютант, например реополиглюкин, а лимфосорбцию усиливают путем стимуляции сальника, для чего реканализацию его производят путем создания хода между вторым и третьим листками эмбриональной брюшины, куда посредством микроирригатора вводят в качестве лимфостимулятора гипохлорит натрия.

Лечение больных с гнойным перитонитом в послеоперационном периоде предусматривает:

· санацию брюшной полости;

· антибактериальную терапию;

· дезинтоксикационную терапию;

· коррекцию обменных нарушений (вводно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, белкового состава крови, ОЦК);

· восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Антибиотики широкого спектра действия применяют внутривенно в сочетании с внутрибрюшинным введением антибактериальных препаратов через дренажи с учетом чувствительности микрофлоры и соблюдением других правил антибиотикотерапии.

В послеоперационном периоде до момента восстановления функций кишечника проводят полное парентеральное питание, а по мере их восстановления постепенно переходят на энтеральное питание.

В последние годы интенсивное развитие эндовидеохирургических технологий обеспечило возможность выполнения программированной или возникающей по показаниям повторной санации брюшной полости без релапаротомии. Имеющиеся для этого специальные элеваторы позволяют избежать необходимости массированной инсуффляции газа в брюшную полость и успешно производить ревизию и санацию различных ее отделов.

Лишь при условии своевременной и адекватно выполненной вторичной хирургической обработки брюшной полости в ходе лапаростомии с программированной релапаротомией становятся эффективными другие методы детоксикации и ЭТ. Их чередование, совмещение и наслоение в процессе лечения решается индивидуально.

Весь цикл иногда занимает 2-3 недели, сливающиеся в один непрерывный отрезок времени. Такое лечение возможно только в крупном многопрофильном лечебном учреждении, оснащенном необходимым диагностическим и лечебным оборудованием и имеющем подготовленный квалифицированный персонал.

Одним из высокоэффективных способов экстракорпоральной детоксикации является плазмаферез. При обменном плазмаферезе, кроме удаления из крови токсичных метаболитов, антител, вазоактивных веществ, иммунных комплексов, микробов и продуктов их деградации, уже в процессе проведения процедуры осуществляется коррекция белкового и электролитного состава крови, а также иммунных нарушений, постоянно сопутствующих тяжелой эндогенной интоксикации.

Проведение сеансов обменного плазмафереза при комплексном лечении распространенного перитонита целесообразно после ликвидации источника перитонита, дренирования гнойных очагов и санации брюшной полости.

Применение обменного плазмафереза в комплексе с запланированной релапаротомией повышает эффективность лечения, так как повторный осмотр предохраняет от неадекватного дренирования и санации брюшной полости, увеличивая тем самым результативность экстракорпоральной детоксикации и уменьшая эндогенную интоксикацию. Поэтому при комплексном лечении больных с острым распространенным перитонитом желательно чередовать запланированную релапаротомию с сеансами обменного плазмафереза каждые 12-72 ч. (в зависимости от тяжести заболевания), что позволяет достичь максимальной детоксикации и стабилизации гомеостаза.

С целью улучшения результатов лечения больных с острым распространенным перитонитом разработана комплексная программа лечебных мероприятий, включающая применение гидропрессивных и озоновых технологий - пред-, интра- и послеоперационной парентеральной озонотерапии, озоновой и гидропрессивной санации брюшной полости, интестинального озонового диализа.

Эффективность озонотерапии и гидропрессивной санации при лечении перитонита изучали в эксперименте на животных с использованием клинических, бактериологических, гистологических, гистохимических, электронно-микроскопических методов исследования, общего и биохимического анализов крови, определения свободнорадикального статуса. Выполнено 8 серий опытов на 144 беспородных собаках и 546 белых крысах. В эксперименте отработаны методики озонотерапии и гидропрессивной обработки брюшной полости, установлены их высокая эффективность и безопасность. Это позволило применить указанные методы при лечении перитонита в клинике.

Эффективность различных методов озонотерапии при перитоните у людей определяли с помощью клинических методов исследования (общее состояние больного, частота пульса, дыхания, температура тела), общего и биохимического анализов крови и мочи, коагулограммы, иммунограммы, путем оценки активности перекисного окисления липидов, состояния антиоксидантной системы. Качественный и количественный состав патогенной микрофлоры в брюшной полости динамического контроля за анаэробной микрофлорой осуществляли методом газожидкостной хроматографии.

С целью повышения эффективности интраоперационного этапа лечения разработаны новые способы санации брюшной полости с использованием гидропрессивных технологий и озона. Целесообразность обработки брюшной полости озонированным раствором обусловлена прежде всего его выраженными антимикробными свойствами в отношении большинства аэробных и анаэробных микроорганизмов. В отличие от многих антисептических препаратов у озонированного раствора, применяемого в терапевтических концентрациях, побочное токсическое действие выражено незначительно.

С целью повышения эффективности антисептического раствора разработана методика доставки его к контаминированным отделам брюшной полости при перитоните в виде микродисперсного потока под давлением (гидропрессивный метод), получаемого с помощью устройств. Гидропрессивная озоновая санация брюшной полости предусматривает последовательное выполнение во время операции ряда манипуляций: промывание брюшной полости озонированным раствором, гидропрессивную обработку кишечника озонированным раствором, гидропрессивную обработку периетальной брюшины, озоновый гидромассаж кишечной стенки, озоновый гидромассаж брыжейки кишечника.

Для устранения энтерального компонента интоксикации разработан метод интестинальной озоновой детоксикации организма. Он заключается в тотальном или субтотальном дренировании тонкой кишки с удалением застойного содержимого и последующим введением в просвет кишки лекарственного раствора, насыщенного озоново-кислородной смесью.

Эффект метода интестинальной озоновой детоксикации определяется двумя лечебными компонентами. Первый из них связан с декомпрессией и аспирацией токсичного содержимого тонкой кишки, второй основан на свойствах самого озонированного раствора, прежде всего детоксикационных, антимикробных и антигипоксантных. Введенные в просвет кишки озонированные растворы окисляют значительную часть токсичных субстанций, улучшают кровоснабжение тканей, стимулируют факторы местного иммунитета и систему антиоксидантной защиты.

**II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Материалами исследования** явились истории болезни больных, находящихся на лечении в 12 гнойно-хирургическом отделении 321 ОВКГ.

При изучении историй выяснялся пол, возраст больных, клинические варианты (общий - разлитой, местный - диффузный), причина перитонита, сроки госпитализации.

Обращалось внимание на проведение лапароскопической санации брюшной полости больным с послеоперационным перитонитом.

**Метод исследования** - статистический.

**IІІ. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Мною были проанализированы 26 историй болезни пациентов, находившихся в 2006-2010 гг. на лечении в 12 хирургическом отделении 321 ОВКГ, с диагнозом «Перитонит».

**Таблица 1 Структура лечившихся больных с РГП (распространенным гнойным перитонитом) в 12 хирургическом отделении 321 ОВКГ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование основного заболевания | Год | Всего | Госпитализировано в сроки | | | | | | | Поставлен окончательный диагноз | | | | Всего прооперировано |
|  |  |  | до 3 ч. | от 3 до 6 ч. | от 6 до 12 ч. | от 12 ч. до 1 суток | от 1 до 2 суток | от 2 до 3 суток | от 3 суток и позже | при поступлении | в 1 сутки | на 2 сутки | на 3 сутки |  |
| Перитонит | 2006 | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  | 2 |  |  |  | 2 |
|  | 2007 | 6 |  | 2 | 4 |  |  |  |  | 6 |  |  |  | 6 |
|  | 2008 | 4 |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  | 2 |
|  | 2009 | 10 |  |  | 10 |  |  |  |  | 10 |  |  |  | 6 |
|  | 2010 | 4 |  | 2 | 2 |  |  |  |  | 4 |  |  |  | 4 |

**Таблица 2 Распределение больных, выбывших с определившимся исходом по контингентам**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | Год | Всего выбыло с опред. исходом | Из них | | | | | | | |
|  |  |  | Военнослуж., проходящ. воен.сл. по призыву | Военнослуж., проходящ. воен.сл. по контракту | Офицеры прапорщ. запаса и в отставке | Члены семей оф.кадра, и в отставке | В т.ч. дети до 18 лет | Гражданский персонал ВС РФ | Воен. фед.органов исполнит-ой власти, о кот. фед.законом пред-на воен.служба | Прочие |
| Перитонит | 2006 | 2 |  | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | 2007 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | - | - |  |  |
|  | 2008 | 4 | 3 | 1 | - | - | - | - |  |  |
|  | 2009 | 10 | 2 | 4 | 1 | 1 |  | 1 | 1 |  |
|  | 2010 | 4 | 3 | 1 | - | - | - |  | - |  |

**Таблица 3 Клиническая характеристика больных перитонитом**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Распространенность перитонита | Кол-во больных | Мужчины | Женщины | Летальность |
| Общий разлитой | 14 | 10 | 4 | 3 (21,4 %) |
| Местный диффузный | 12 | 9 | 3 | - |
| Итого | 26 | 19 | 7 | 3 (11,5 %) |

**Таблица 4 Распределение больных по источнику перитонита**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Источник перитонита | Распространение | | Итого |
|  | разлитой | диффузный |  |
| Перфорация тонкой кишки, холецистит, прободная язва желудка и 12-п. кишки | 5 | 2 | 7 (27 %) |
| Деструктивные формы аппендицита | 8 | 4 | 12 (46,1 %) |
| Острая кишечная непроходимость | 5 | 2 | 7 (27 %) |

Лапароскопический метод лечения послеоперационного перитонита применен у 14 больных в возрасте от 20 до 55 лет. Обязательным условием для проведения санационных лапароскопий являлись устранение источника перитонита, отсутствие выраженных фиброзных наложений (особенно в трудных для санации отделах брюшной полости), стойкий парез тонкой кишки, отсутствие нагноения лапаротомной раны.

У 8 пациентов лапароскопия проводилась под интубационным наркозом, у 3 - под перидуральной анестезией, у 3 - под внутривенным наркозом.

Лапароскопическую санацию (ЛС) брюшной полости после аппендэктомии выполняли 8 больным. В 3 случаях к ЛС прибегли сразу после установления диагноза внутрибрюшного осложнения, в 2 - после однократно проведенной релапаротомии, в одном - после проведения двух релапаротомий. В двух случаях причиной послеоперационного перитонита явился вскрывшийся абсцесс брюшной полости, локализовавшийся в правой подвздошной области.

После холецистэктомии ЛС осуществлена 2 пациентам, у которых было выявлено подтекание желчи из добавочных желчных протоков ложа желчного пузыря.

Проведению ЛС у 4 больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости с резекцией тонкой кишки, у трех с ранением живота и у одного с ущемленной грыжей передней брюшной стенки предшествовала одна релапаротомия. У данных пациентов причиной распространенного перитонита явилась неадекватная санация брюшной полости.

Продолжительность вмешательства колебалась от 30 до 60 мин. После оценки степени распространенности воспалительного процесса брюшная полость санировалась 3-5 литрами 0,02% водного раствора хлоргексидина. Во время ЛС проводили визуальную оценку состояния органов брюшной полости, разделение рыхлых спаек, удаляли пленки фибрина, освобождали дренажи от налета фибрина, устанавливали их в нужном месте или осуществляли замену. В последующем содержимое аспирировали. Процедура могла повторяться до 4 раз, повторную ЛС выполняли через 24-36 с.

Показания к прекращению сеансов ЛС были те же, что и для релапаротомии: положительная клиническая динамика течения заболевания, регрессия воспаления брюшной полости, появление моторики тонкой кишки.

У 11 больных была выполнена однократная ЛС, у 2 - двукратная и у одного - трехкратная. У 2 пациентов с послеоперационным перитонитом после аппендэктомии ЛС оказалась неэффективной, что потребовало перехода к релапаротомии.

Умерло трое больных.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, при распространенном послеоперационном перитоните ЛС брюшной полости является малоинвазивным и достаточно эффективным хирургическим вмешательством, способным уменьшить число послеоперационных осложнений и снизить летальность при тяжелых формах перитонита.

Целесообразен поиск более совершенных и менее травматичных приемов оперирования, детоксикации, сорбционной терапии, дренирования брюшной полости и пищеварительного тракта, принципиально новых устройств для санации брюшной полости, кишечника, обтурации кишечных свищей.

Лечение гнойного перитонита - сложная комплексная проблема клинической медицины, основанная на многокомпонентности терапевтических приемов. Исходя из патогенеза первая и важнейшая задача лечения - устранение источника перитонита, вторая - стабилизация биологических барьеров, реабилитация детоксицирующих систем организма, третья - устранение токсемии. Четвертое направление состоит в стремлении исправить эффект эндотоксикоза, прервать аутокаталитический процесс нарушения тканевого метаболизма, но и это звено терапии еще далеко от решения. Пятое - своевременное выявление и эффективное устранение последствий перенесенного перитонита.

Основополагающими моментами оперативного вмешательства при перитоните являются устранение (или изоляция) очага инфекции и адекватная санация брюшной полости, что обусловливает постоянное внимание хирургов к поиску новых способов их выполнения. Признание и распространение получила методика лапаростомии (перитонеостомии) в открытом и закрытом вариантах с этапными санациями гипероксигенированными растворами. Травматичность методики, при которой делается 2-5 и более этапных санаций, высокий риск образования кишечных свищей, присоединение вторичной инфекции, трудности ухода за больными, вероятность осложнений со стороны органов и систем вынуждают совершенствовать известные и продолжать поиск принципиально новых способов лечения больных с перитонитом.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Булынин В.И., Глухов А.А. Резекция печени. Применение новых технологий. Воронеж, 1995.

. Булынин В.И., Глухов А.А. Новый метод санации брюшной полости. Экс-Консилио, 1998; 1 : 38 - 41.

. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Турков В.И. Лапаростомия в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита: Метод. рекомендации. М., 2009.

. Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник для мед-ких вузов - 4-е изд., перераб., доп. и испр. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 832 с.

. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. М.: Медицина, 2008.

. Ерюхин И.А. Вестн хир 2008; 7 : 3 - 7.

. Журнал «Вестник хирургии имени И.И.Грекова». №6, 2005; №32004.

. Журнал «Военно-медицинский» №9, 2004, №12, 2006.

. Зарубина Т.В., Гаспарян С.А. Управление состоянием больных перитонитом с использованием новых информационных технологий. - Москва.2009. - 265 с.: ил.

. Козлов В.А. Плазмаферез и плазмосорбция в лечении урологических больных: Дис. …д-ра мед.наук. М., 1989.

. Лобаков А.И. Вестн хир 1987; 2 : 132 - 136.