

# ПЕРИТОНИТ

## (общие принципы диагностики и лечения)

**Перитонит** — в узкой трактовке — (от греч. *periton* — брюшина), воспаление брюшины.

В современном понимании — значительно более широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Основными задачами хирургического лечения являются:**

- ликвидация явлений септического шока и полиорганной недостаточности
- ликвидация источника перитонита
- санация брюшной полости

- предотвращение тяжелых отрицательных последствий (грыжи и свищи брюшной стенки, утрата функционально важных отделов ЖКТ)
- хирургическое лечение основного заболевания

**Основополагающий принцип** — хирургическая тактика на всех этапах лечения должна соответствовать существующей на данный момент распространенности и форме воспалительного процесса в брюшной полости, а также варианту септической реакции на перитонит.

Соответственно, адекватность диагностики и лечения перитонита во многом определяется знанием особенностей клинической картины различных стадий этого заболевания, а также качеством мониторинга за его трансформацией в процессе лечения.

| КЛАССИФИКАЦИЯ<br>(Российские национальные рекомендации, 2011 г.) | Комментарии и дополнения  |
|--|---|
| Этиологическая характеристика:                                   |   |
| Первичный  | Результат первичного инфицирования брюшной полости при общих инфекционных процессах, спонтанный перитонит у детей, туберкулезный перитонит и т.п., характерны моно или специфическая инфекции   |
| Вторичный  | Результат вторичного инфицирования брюшины, как осложнения заболеваний, травм или операций на органах брюшной полости, характерна полимикробная эндогенная микрофлора.<br>Стартовая антибактериальная терапия назначается в соответствии с источником (см. приложения). Мониторинг микрофлоры и ее чувствительности — по клиническим показателям (признаки анаэробной микрофлоры, отсутствие клинического эффекта, трансформация вторичного перитонита в третичный).  |
| Третичный  | Нозокомиальная трансформация первичного или вторичного перитонита после устранения первичного очага и смена микрофлоры на нозокомиальную.<br>Характерно появление новых источников инфекции в процессе лечения (бактериальная транслокация из просвета кишечника, инфицирование предбрюшинной клетчатки, несостоятельность швов, острые перфорации и т.п.).<br>Типична хронизация воспалительного процесса, стертость клинических проявлений и упорное вялое течение, ослабленная реактивность пациента и преобладание оппортунистической полирезистентной «госпитальной» микрофлоры.<br>Стартовая антибактериальная терапия назначается в соответствии с принципами лечения третичного перитонита (см. приложения). Мониторинг микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам целесообразен у всех больных. |

|  |   |
|--|---|
| Распространенность:  |   |
| Местный<br>— отграниченный<br>— неотграниченный  | До 2х анатомических областей  |
| Распространенный   | Свыше 2х анатомических областей   |
| Характеристика экссудата:  | по форме воспаления.<br>серозный,<br>серознофибринозный,<br>фибринозногнойный<br>гнойный;<br>по характеру примеси<br>желчный,<br>ферментативный (панкреатогенный)<br>геморрагический<br>каловый<br>асцит (асцитперитонит) и др. |
| Фазы течения:  | Соответствие (по ряду параметров) стадийности перитонита по К.С.Симоняну (приведены для сравнения)  |
| Отсутствие сепсиса   | Реактивная  |
| Сепсис   | Токсическая   |
| Тяжелый сепсис   | Терминальная  |
| Септический (инфекционно-токсический) шок  | Не выделялась (ранее — неоперабельное состояние)  |
| Осложнения:<br>внутрибрюшные<br>раневая инфекция<br>инфекция верхних и нижних<br>дыхательных путей<br>(трахеобронхит,<br>нозокомиальная пневмония),<br>ангиогенная инфекция<br>уроинфекция |   |

### **ПЕРИТОНИТ (без явлений сепсиса)**

Перитонит без явлений сепсиса — преобладающий вариант этой патологии в повседневной практике оказания неотложной хирургической помощи большинству хирургических стационаров общей сети. Практически идентичен реактивной стадии перитонита по К.С.Симоняну.

В клинической картине преобладают классические признаки перитонита — постоянная боль, тоническое напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины.

Перитонит на этой стадии проще всего диагностировать и лечить.

Предоперационная или периоперационная антибиотикопрофилактика обязательны. Откладывать операцию для предоперационной инфузионной подготовки имеет смысл только у определенных категорий больных, имеющих фоном те или иные органные или системные дисфункции, обусловленные сопутствующими заболеваниями. В большинстве ситуаций вполне адекватна инфузионная терапия, осуществляемая в процессе операции.

Общепринятая практика его лечения в подавляющем большинстве ситуаций предполагает одномоментное хирургическое разрешение перитонита и вызвавшего его основного заболевания. Исключение составляет лечение наиболее тяжелых контингентов больных (выраженные возрастные изменения, системные осложнения основной патологии, острая тяжелая сопутствующая патология или декомпенсация хронических заболеваний).

В качестве способа оперирования могут быть использованы различные хирургические технологии: эндовидеохирургия, оперирование из малого доступа, классические вмешательства из широкой лапаротомии.

После устранения источника перитонита и хирургической коррекции пораженного органа место операции должно быть санировано, удалены кровь, примеси и воспалительный экссудат.

При местном перитоните и лапароскопическом оперировании допускается промывание зоны операции физиологическим раствором с последующим орошением этой области 1% диоксидином (доза не должна превышать 70 мл). Необходимость дренирования зоны воспаления брюшины с целью лечения перитонита определяется индивидуально.

При распространенном перитоните брюшную полость рекомендуется отмыть «до чистой воды». Дренажи располагают в брюшной полости в предполагаемых местах скопления экссудата (малый таз, боковые каналы, за большим сальником под брыжейкой поперечной ободочной кишки, подпеченочное и поддиафрагмальное пространства, т.п.). Дренажные трубки удаляют сразу после прекращения отделяемого (обычно на 1 — 3 сутки).

После операции назначают стандартную синдромную терапию, включающую антибактериальные препараты (см. соответствующий раздел).

При осуществлении послеоперационного мониторинга следует учитывать, что эта стадия перитонита уже прошла и выраженных симптомов раздражения брюшины может не быть даже в случае прогрессирования перитонита!

Поэтому, при диагностике послеоперационного перитонита больше внимания следует уделять ухудшению общего состояния, симптоматике сепсиса, органных и системных дисфункций.

В случае их появления в обязательном порядке должны привлекаться соответствующие диагностические возможности (например, высокоинформативные лучевые исследования, диагностическая лапароскопия) для немедленного

разрешения сомнений или предприниматься релапаротомия (релапароскопия) «по требованию»\*.

*\* В подавляющем большинстве наблюдений релапаротомию «по требованию» у больных перитонитом изначально без признаков SIRS применяют в качестве операции «second look», целью которой служит послеоперационная ревизия состояния швов, жизнеспособности органов и т.п. К лечению перитонита такие вмешательства отношения не имеют.*

**NB.** К категории больных с «неосложненным» перитонитом не относятся ситуации, когда остро появившиеся классические признаки раннего перитонита (острая боль, напряжение мышц и другие классические симптомы раздражения брюшины) сочетаются с клиникой септического шока.

В большинстве случаев такое сочетание свидетельствует об одномоментном массивном загрязнении большой поверхности брюшины и тканей брюшной полости высоковирулентной микрофлорой (например, прорыв абсцесса в свободную брюшную полость; ранение, перфорация или несостоятельность швов толстой кишки) и состоявшейся массивной инвазии микроорганизмов в ткани организма и начавшейся резорбции продуктов их деятельности в системный кровоток.

Уже возникший воспалительный ответ в виде септического шока делают развитие тяжелого прогрессирующего перитонита практически неизбежным даже в случае своевременно предпринятого и, казалось бы, вполне «радикального» хирургического вмешательства.

Лечение в таких ситуациях целесообразнее осуществляться в соответствии с лечебно-диагностическим алгоритмом «Перитонит, септический шок» (см. соответствующий раздел).

Учитывая исходные условия бактериальной контаминации при наложении швов на мышечно-апоневротические слои брюшной стенки во избежание формирования лигатурных свищей рекомендуется использовать синтетические нити с длительным сроком резорбции и антибактериальным покрытием.

### **Перитонит. Абдоминальный сепсис.**

На следующем этапе течение перитонита осложняется присоединением абдоминального сепсиса. Основанием для констатации диагноза «сепсис» при наличии инфекционного очага (в данном случае перитонита) является наличие 2х и более критериев SIRS из следующего перечня:

- температура тела выше 38° или ниже 36°,

- число сердечных сокращений 90 и более в минуту (исключение — пациенты, страдающие заболеваниями, сопровождающимися тахикардией)
- частота дыханий свыше 20 в минуту или рСО<sub>2</sub> менее 32 Нг,
- количество лейкоцитов в циркулирующей крови 12х10<sup>9</sup>/л или наличие более 10% незрелых нейтрофилов.

Присоединение признаков системной воспалительной реакции и сепсиса существенно меняют клиническую картину заболевания. Болевой синдром, тоническое напряжение мышц брюшной стенки и ясные симптомы раздражения брюшины стихают, уступая место гнойно-резорбтивной интоксикации.

Эти особенности во многом сближают понятия «перитонит, абдоминальный сепсис» с «токсической стадией перитонита» в классификации перитонита, предложенной К.С. Симоняном.

Современный подход перитониту с позиций сепсиса, основанный на использовании четких и объективных критериях, облегчает диагностику этой стадии. Кроме того, он основан на использовании общепринятой терминологии, облегчая взаимопонимание и совместные действия врачей разных специальностей.

Короткая предоперационная подготовка (2 — 4 часа) на этой стадии перитонита являются стандартом. Предоперационная или периоперационная антибиотикопрофилактика обязательны.

Как и на предшествующей стадии, лечение перитонита, уже осложнившегося абдоминальным сепсисом в большинстве случаев позволяет одновременно разрешать проблемы перитонита и радикального устранения основной патологии, послужившей причиной развития перитонита (перечень исключений см. выше). Однако, имеются и существенные отличия, обусловленные характером патологического процесса в брюшной полости.

Прежде всего сепсис возникает при распространенных вариантах перитонита с выраженными явлениями воспаления брюшины (серознофибринозный, фибринозногнойный, гнойный) на фоне развернутых процессов гнойно-септической резорбции.

В этих условиях предпочтительной становится классическая операция из широкого лапаротомного доступа — наиболее простой и быстрый способ оперирования, не сопровождающийся повышением внутрибрюшного давления. В условиях специализированных центров и хирургических клиник возможно применение

видеолапароскопического варианта вмешательства.

После устранения причины перитонита следует отмыть брюшную полость «до чистой воды» и тщательно осушить все ее отделы. Дренажи располагают по стандартной схеме.

В дальнейшем, проводится комплексное лечение перитонита.

На практике большинство релапаротомий у этой категории пациентов носит контрольный характер («second look») или предпринимается для ликвидации послеоперационных осложнений (кровотечение, ранняя спаечная непроходимость, несостоятельность швов, послеоперационный панкреонекроз и т.п.). Однако, учитывая риск дальнейшего прогрессирования и трансформации вторичного перитонита в третичный, настоятельно рекомендуется осуществлять послеоперационный мониторинг общего состояния пациента и имеющихся системных дисфункций с использованием балльных оценок и их ежедневной регистрацией.

Преобладающий вариант определения показаний к выполнению повторных санаций брюшной полости — релапаротомия «по требованию». Критериями для подобных операций определяются в ходе ежедневного мониторинга общего состояния пациента (оценка в баллах по шкалам), наблюдения за динамикой перитонеальной симптоматики и тяжестью септических проявлений. Последующий мониторинг должен основываться на особенностях течения послеоперационной реабилитации. Ухудшение любого из этих показателей или их необъяснимая стабилизация (отсутствие положительной динамики) также должны рассматриваться в пользу повторного вмешательства «по требованию».

Затягивающийся парез кишечника, сохраняющиеся признаки септической реакции, повышение внутрибрюшного давления являются весьма настораживающими признаками некупирующегося перитонита и должны служить основанием для немедленной попытки подтвердить или исключить такую вероятность.

При этом следует иметь в виду, что присоединение органных и системных дисфункций, тем более признаков септического шока, делает повышение внутрибрюшного давления и наложение пневмоперитонеума нежелательными. В этой ситуации предпочтительной становится открытая операция.

Релапаротомия «по программе» также может применяться у данной категории больных. Основанием для ее назначения могут служить

констатация высокой степени бактериальной загрязненности тканей на первичной операции: интраоперационная оценка характера и степени загрязненности, степень запущенности гнойно-воспалительных или деструктивных изменений, которые не позволяют уверенно рассчитывать на достаточность однократной санации брюшной полости. В ряде ситуаций переход к повторным санациям «по программе» оказывается вынужденным из-за неадекватной первичной санации брюшной полости.

Ориентиром может служить личный опыт каждого хирурга в лечении инфицированных и гнойных ран. Стал бы он при подобных изменениях ушивать рану мягких тканей на дренажах или склонился в сторону необходимости повторных перевязок и закрытия раны после ее очищения?

Отсутствие убедительных данных, свидетельствующих в пользу возможности одномоментного разрешения перитонита (тяжесть общего состояния, грубые наложения фибрина, выраженная гиперемия брюшины и инфильтрация подлежащих тканей, т.п.) должно служить основанием для назначения плановой релапаротомии.

Решение о назначении релапаротомии (релапароскопии) «по программе» должно быть внесено в протокол операции. Наиболее рациональный срок ее первого выполнения — через 24 часа.

Релапаротомии «по программе» — ответственные операции, требующие преемственности в оценке течения патологического процесса. Их должен выполнять или курировать один и тот же хирург (лечащий врач, зав. отделением, руководитель клиники). При проведении повторного вмешательства оперирующий хирург должен оценить эффективность проводимого лечения — перитонит регрессирует, стабилизировался или продолжает прогрессировать.

В случае положительной динамики оперирующий хирург решает — нужна еще одна программная санация, когда или их можно прекратить. Не рекомендуется делать перерывы между санациями более 24 — 48 часов.

Отсутствие положительной динамики (стагнация или прогрессирование тяжелого состояния или воспалительного процесса в брюшной полости) должно служить основанием для расширения круга диагностических мероприятий и поиска причины:

трансформации вторичного перитонита в третичный (нагноение ран и клетчаточных

пространств, микроперфорации и несостоятельность швов, смена микрофлоры и неадекватность антибактериальной терапии, т.д.)

другой причины тяжелого состояния пациента, не требующих вмешательств на брюшной полости (пневмония, пилефлебит, декомпенсация сопутствующих заболеваний).

Планирование новой операции делает ушивание лапаротомной раны при релапаротомии, назначаемой «по требованию» нецелесообразным. Во-первых, это повышает внутрибрюшное давление и препятствует доступу кислорода, формируя благоприятные условия для анаэробной микрофлоры. Во-вторых, края раны неизбежно травмируются в процессе ушивания, сдавливаются швами и ишемизируются, что в условиях наличия инфекции повышает вероятность гнойнонекротических раневых осложнений и краевых некрозов. Кроме того, ушивание раны увеличивает продолжительность и травматичность операции. Поэтому ушивать рану брюшной стенки между релапаротомиями «по программе» не рекомендуется.

Этап программных релапаротомий и «открытого живота» должен быть максимально интенсивным. В этом случае он будет наименее продолжительным, быстрее позволит купировать воспалительные процессы в брюшной полости и в ране, быстрее закрыть брюшную полость, не опасаясь рецидива перитонита, гнойнонекротических раневых осложнений и пр. У больных перитонитом и абдоминальным сепсисом, как правило, достаточно 12 программных санаций. Ушивание раны передней брюшной стенки до ретракции ее мышечно-апоневротических слоев, как правило, приводит к заживлению первичным натяжением без натяжения тканей и возникновения послеоперационной грыжи.

Следует помнить, что затягивание лечебного процесса (поздняя диагностика перитонита, неадекватная антибактериальная терапия, длительные перерывы между санациями брюшной полости на 48 часов и более, необоснованный переход на «закрытое» ведение брюшной полости и релапаротомии «по требованию», нагноение и некроз краев раны) приводит к ретракции краев раны, ее отграничению от свободной брюшной полости и трансформации в лапаростому. Заживление вторичным натяжением ведет за собой длительность стационарного лечения, риск возникновения кишечных свищей и исход в послеоперационную грыжу с соответствующими косметическими дефектами и функциональными нарушениями.

Учитывая исходные условия бактериальной контаминации при наложении швов на мышечно-апоневротические слои брюшной стенки во избежание формирования лигатурных свищей рекомендуется использовать синтетические нити с длительным сроком резорбции и антибактериальным покрытием.

### **Перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис.**

Следующая стадия перитонита (тяжелый абдоминальный сепсис) характеризуется присоединением выраженных органных или системных дисфункций (по меньшей мере, одной).

Одной из первых развивается энтеральная недостаточность (паралитическая непроходимость кишечника), что сближает этот этап развития перитонита с «терминальной» стадией по К.С. Симоняну.

Первичная диагностика перитонита на этой стадии еще более усложняется. Боль и классические перитонеальные знаки в этот период становятся малозаметными, уступая место прогрессирующему ухудшению общего состояния, полиорганной недостаточности и «пастозности» передней брюшной стенки. Данная группа признаков, в комплексе с беспокойным по перитониту анамнезом (эпизод абдоминальных болей или операции, перенесенные несколько дней назад) являются базовыми критериями распознавания перитонита на стадии тяжелого абдоминального сепсиса. При этом отсутствие напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины не должно служить основанием для отказа от диагностической лапаротомии (лапароскопии).

Дифференциальная диагностика перитонита, сопровождающегося тяжелым абдоминальным сепсисом и ПОН, с хроническими заболеваниями, осложненными тяжелыми дисфункциями пораженных органов и систем, основывается на анализе давности патологического процесса и соответствии ему степени выраженности клинико-лабораторных проявлений. К примеру, перитонит, чтобы осложниться почечной недостаточностью, должен иметь давность несколько суток, при этом степень уремии должна быть относительно небольшой, а для того чтобы хроническая почечная недостаточность осложнилась явлениями перитонизма, заболевание обычно имеет намного более длительный анамнез и многократно более высокий уровень уремии.

Предоперационная подготовка должна проводиться в сжатые сроки до стабилизации

состояния пациента. Предпочтительными являются широкая лапаротомия и классический способ оперирования. При наличии благоприятных условий и соответствующего состояния пациента первичное вмешательство может сочетать полноценную санацию брюшной полости с одномоментным (в том числе радикальным) устранением причины перитонита.

Методом выбора является комплексное лечение с применением санаций брюшной полости «по программе» и «открытым» ведением брюшной полости в перерывах между санациями.

Ежедневно в баллах (APS, SOFA, MODS, Екатеринбург 2000) должны оцениваться имеющиеся органные системные дисфункции. Это позволяет объективизировать оценку эффективности проводимого лечения (в дополнение к мониторингу общего состояния и степени воспалительных изменений в брюшной полости).

Санации проводят в стерильных условиях операционной под общим обезболиванием. Удаляют повязки, ревизуют брюшную полость и тщательно, по областям оценивают динамику воспалительных изменений за прошедшие сутки.

Отмывают брюшную полость до «чистой воды», вскрывая формирующиеся межпетлевые абсцессы с последующим орошением водным раствором антисептика (доза 1% диоксида не должна превышать 70 мл).

Показания к интубации кишечника рекомендуется ограничить случаями выраженной паралитической непроходимости или необходимости декомпрессии кишечных швов на период заживления. При этом во многих случаях для отведения тонкокишечного отделяемого достаточно завести кишечный зонд в петли тощей кишки на 30 — 40 см ниже связки Трейца.

Завершают вмешательство установкой в контрапертурные разрезы дренирующих трубок и дренажей типа Пенроуза (аналог — многократно сложенная перчаточная резина), заведением синтетических перфорированных пленок или салфеток под края раны для предотвращения эвентрации.

Число программных санаций больше и период открытого ведения брюшной полости у больных этой группы требуется больше, чем у пациентов без полиорганной недостаточности. Это обусловлено большей выраженностью воспалительных и гнойно-резорбтивных изменений.

Для улучшения наружного оттока и сокращения сроков очищения брюшной полости между санациями в дополнение к трубчатым

дренажам в проекции обоих боковых каналов брюшной полости рекомендуется выполнять контрапертурные поперечные разрезы длиной 3 — 4 см на середине расстояния от крыла подвздошной области до реберной дуги.

В целях дальнейшего сокращения периода следует учитывать неравномерность регресса перитонита в разных анатомических областях брюшной полости. Как правило, в одних областях он заканчивается намного раньше, чем в остальных.

Купирование полиорганной недостаточности означает возможность закрытия брюшной полости и восстановления ее мышечно-апоневротического каркаса. Однако, зоны, где воспаление брюшины еще сохраняется, требуют продолжения санационных мероприятий.

В этой ситуации целесообразен переход на «шахматные» минилапаростомии, которые выполняют над каждым из измененных квадрантов брюшной полости. Основной доступ при этом ушивают.

Другой вариант «долечивания» затухающего перитонита — переход на программные видеолaparоскопические санации. Необходимым условием также является купирование полиорганной недостаточности.

Отсутствие положительной динамики (стагнация или прогрессирование тяжелого состояния, воспалительного процесса в брюшной полости, появление острых язв и перфораций ЖКТ, появление специфических примесей) должно служить основанием для расширения круга диагностических мероприятий и поиска причины (пневмония, пилефлебит, нагноение ран и клетчаточных пространств, несостоятельность швов, смена микрофлоры и неадекватность антибактериальной терапии, т.д.).

### **Перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис. Септический шок.**

Явления септического шока — наиболее грозный признак крайней запущенности перитонита и угрожающего состояния пациента.

Это относительно редкое патологическое состояние, чаще других, возникающее в результате позднего обращения за медицинской помощью наименее социально адаптированных пациентов (старческий возраст, инвалидность по психическим заболеваниям, алкоголизм и наркомания, больные из домов престарелых, перестающие реагировать на изменение своего состояния, лица без определенного места жительства или медицинской страховки и пр.).

Констатация септического шока у больного послеоперационным перитонитом в большинстве случаев свидетельствует о недостаточной эффективности послеоперационного наблюдения. Это означает, что перитонит, замаскированный наркозом и последующим обезболиванием, болью и послеоперационным парезом кишечника, оставался не диагностированным в течение значительного времени. Были пропущены все предшествующие стадии перитонита с соответствующей симптоматикой.

В клинической картине преобладает симптоматика септического (инфекционно-токсического) шока. Фоновые проявления полиорганной недостаточности имеются у большинства пациентов, симптомы раздражения брюшины не характерны.

Исключения составляют отдельные патологические процессы (прорыв гнойника, несостоятельность швов толстой кишки и т.п.), при которых происходит одномоментное массивное бактериальное загрязнение брюшной полости. В таких случаях нет выраженной гиперемии и инфильтрации брюшины. Не было и предшествовавшего прогрессирования перитонита и полиорганной недостаточности.

Для этих ситуаций характерно острое начало, наличие классических признаков «раннего» перитонита и септического шока. Тем не менее тактика лечения подобных больных, в целом, должна соответствовать изложенной в данном разделе, исходя из факта состоявшегося массивного обсеменения брюшной полости, клинически доказанной вирулентности микрофлоры и наличия септического шока, неизбежности возникновения перитонита и чрезвычайно высокой вероятности его тяжелого течения.

Предоперационная подготовка. Возможности предоперационной подготовки на фоне прогрессирующего перитонита ограничены. Поэтому она должна быть короткой (лучше не более 2 — 4 часов) и продолжаться лишь до стабилизации состояния пациента.

Основным механизмом формирования шоковой реакции у больных перитонитом является прорыв перитонеальной (септической) агрессии через кишечный и печеночный барьеры — продолжающаяся массивная транслокация микроорганизмов, резорбция бактериальных токсинов, метаболитов и медиаторов воспаления.

Поэтому первичное хирургическое пособие следует рассматривать как элемент противошоковых мероприятий. Это означает, что управлять лечебным процессом на этом этапе

должен реаниматолог, который должен определять продолжительность предоперационной подготовки, время начала операции, ее продолжительность и травматичность.

Действия хирурга в первую очередь должны быть направлены на снижение интенсивности бактериальной транслокации и гнойно-септической перитонеальной резорбции, достаточное для медикаментозного купирования шока. Для этого в большинстве наблюдений достаточно широко открыть брюшную полость (давление в ней и расположенных там органах сравняется с атмосферным, что резко снизит интенсивность всех видов резорбции), осторожно аспирировать перитонеальный выпот (без промывания) и изолировать источник перитонита от свободной брюшной полости (например, наложить временные швы на дефект).

У больных послеоперационным перитонитом эффективность противошоковых мероприятий можно существенно повысить сняв швов с лапаротомной широкой разведкой ее краев.

При выполнении абдоминальной операции на фоне шока следует помнить, что любые манипуляции с воспаленными тканями сами по себе разрушают последние барьеры, способствуя резкому ухудшению состояния пациента («драматическая транслокация» микроорганизмов и токсинов из просвета кишечника и воспаленных тканей брюшной полости по Е.Г. Григорьеву). Поэтому первичное хирургическое пособие, предпринимаемое на фоне септического шока, должно быть минимальным по травматичности продолжительности (лучше не более 20 — 30 минут).

По предложению реаниматолога операция в любой момент может быть прекращена или

приостановлена для продолжения общей программы противошоковых мероприятий.

Учитывая вынужденно недостаточный объем первичного хирургического пособия, следующую более полноценную санацию брюшной полости рекомендуется предпринимать не позднее 12 — 24 часов после выведения больного из шокового состояния.

Общую программу хирургических мероприятий — полноценную санацию брюшной полости (промывание брюшной полости, выполнение контрапертурных разрезов и т.п.), окончательное вмешательство на источнике перитонита и других органах (интубация кишечника, холецистэктомия, удаление камней из протоков, формирование анастомозов, выполнение ваготомии и т.п.) — лучше реализовать постепенно в процессе выполнения последующих санаций по мере улучшения состояния пациента.

Следует также помнить, что преждевременное восстановление мышечно-апоневротического каркаса брюшной стенки у подобных больных может привести к рецидиву септического шока. Исходя из этого, любые варианты ушивания брюшной стенки до окончательной ликвидации явления инфекционно-токсического шока крайне нежелательны.

Критериями адекватности предпринятых мероприятий и назначенной терапии является стабилизация состояния пациента и купирования явлений септического шока.

Далее, в случае успеха, лечебная тактика должна формироваться по принципам лечения перитонита, осложненного тяжелым сепсисом (см. предыдущий раздел).