

11. ПЕРИТОНИТ

Перитонит – острое воспаление брюшины, сопровождающееся комплексом патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, брюшине, подлежащих тканях, приводящих к системной воспалительной реакции, полиорганной дисфункции, сепсису.

Коды по МКБ-10: K65.0, K65.8, K65.9.

Классификация

Классификация перитонита (Савельев В.С. и соавт., 2011):

1. Основное заболевание (указывается нозологическая причина перитонита).

2. Этиологическая характеристика:

2.1. Первичный (спонтанный или связанный с трансмиссивными заболеваниями).

2.2. Вторичный (обусловленный перфорацией, деструкцией или травмой органов).

2.3. Третичный (персистирующий или вялотекущий).

3. Распространенность:

3.1. Местный (занимающий 1–2 анатомические области):

- отграниченный (инфильтрат, абсцесс);
- неотграниченный.

3.2. Распространенный:

- диффузный (занимает от 2 до 5 анатомических областей);
- разлитой (тотальный – занимает более 5 анатомических областей).

4. Экссудат и его примеси:

4.1. Характер экссудата: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический (и их сочетания).

4.2. Примеси: кишечное содержимое, желчь, моча, кровь.

Осложнения: сепсис, септический шок, синдром интраабдоминальной гипертензии, абсцессы брюшной полости, раневая инфекция, ангиогенная инфекция, уроинфекция.

Тяжесть состояния в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции при возможности определяется в баллах на основании шкал

APACHE II (QR-код 1), SAPS (QR-код 2), MODS (QR-код 3), SOFA (QR-код 4), qSOFA (QR-код 5).



APACHE II



SAPS



MODS



SOFA



qSOFA

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты

маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, рентгенография органов брюшной полости.

Дополнительные исследования: группа крови и Rh-фактор; С-реактивный белок, прокальцитонин, лактат, белковые фракции, кислотно-щелочное состояние; рентгенография органов грудной клетки, ЭГДС, измерение внутрибрюшного давления, КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием.

Лечебная тактика

Экстренное оперативное вмешательство – основной метод лечения перитонита. В случае необходимости предоперационной подготовки место ее проведения, длительность и лечебная тактика определяются индивидуально решением консилиума с обязательным участием хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом купировании основного заболевания, купировании септического шока, полиорганной недостаточности, сепсиса. Необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита, динамику местного и системного воспалительного процесса.

Вид хирургического доступа у пациентов с перитонитом рекомендуется определять в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния и распространенности патологического процесса. Возможно использование лапароскопического и лапаротомного доступов.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Диагностическая лапароскопия показана при клинической картине перитонита, отсутствии септического шока и синдрома интраабдоминальной гипертензии, так как позволяет в большинстве случаев верифицировать причину и распространенность перитонита, оценить возможность применения лапароскопического способа операции и избежать напрасной лапаротомии. В случае обоснованных сомнений в эффективности лапароскопического вмешательства или технической невозможности его проведения предпочтение отдается лапаротомии.

При тяжелом, нестабильном состоянии пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника перитонита (резекция участка кишки без формирования анастомоза или кишечной стомы, контроль контаминации брюшной полости, ушивание перфорации без резекции). В дальнейшем в условиях отделения реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство в адекватном объеме выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Решение о повторных (программных, этапных) санациях брюшной полости принимается на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от тяжести и распространенности перитонита. Для объективизации критериев определения показаний к релапаротомии либо к завершению санаций возможно использовать интегральные шкалы оценки состояния:



*Мангеймский индекс
перитонита (QR-код 6)*



*Прогностический индекс
релапаротомии (QR-код 7)*



*Критерии
интраоперационной оценки
характера поражения
органов брюшной полости
при перитоните (QR-код 8)*

Парез кишечника с расширением кишки более 4 см служит показанием к назоинтестинальной интубации. Интубация всей тонкой кишки нецелесообразна. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

При наличии в брюшной полости не полностью санированного источника инфекции, высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии, флегмоне передней брюшной стенки, абдоминальном сепсисе вакуум-ассистированная лапаростомия может обладать преимуществами перед традиционным ведением перитонита с использованием программных релапаротомий.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Целесообразен контроль внутрибрюшного давления. Комплексное консервативное лечение включает инфузионную, антибактериальную, антисекреторную, антикоагулянтную терапию, вазопрессорную, респираторную и нутритивную поддержку, экстракорпоральные методы детоксикации. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.