

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА

А.И.Рылов

**Запорожский государственный медицинский университет
Запорожье, Украина**

В работе дана характеристика интенсивной терапии травматического перитонита у 67 больных. Разработаны основные этапы интенсивной терапии в зависимости от тяжести перитонита и наличия сочетанных и множественных травм.

Ключевые слова: перитонит, сепсис, терапия.

Введение

Проблема травматического перитонита является одной из актуальных в хирургии абдоминальной травмы [1, 2, 5]. Актуальность проблемы обусловлена прежде всего тяжестью течения, высоким процентом осложнений (15-79%) и летальности (34-54%) [3-5].

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 67 больных с распространенным травматическим перитонитом. Мужчин было 55 (82,1%), женщин — 17 (25,4%). Все больные находились в тяжелом состоянии. Причиной перитонита у 29 больных явилась травма кишечника. Послеоперационный перитонит диагностирован у 38 пострадавших.

Согласно современной концепции развития гнойно-септических процессов перитонит, следует рассматривать как сепсис. На основании данной концепции распространенные формы перитонита нами разделены на три группы (табл. 1).

Формы перитонита

Формы перитонита	Абс.	%
Распространенный перитонит + сепсис	23	34,3
Распространенный перитонит + тяжелый сепсис	39	58,2
Распространенный перитонит + септический шок	5	7,5

Всем больным проводились клинико-биохимические исследования, инвазивные методы, УЗИ, компьютерная томография, мониторинг витальных функций организма.

Результаты исследования и их обсуждение

В связи с общим тяжелым состоянием больных и многообразием имеющихся нарушений жизненно важных систем организма необходимо провести специальную предоперационную подготовку. Длительность ее варьировала в зависимости от тяжести имеющихся расстройств и стадии перитонита. При наличии компенсированных и субкомпенсированных витальных дисфункций предоперационная подготовка проводилась в течение 1-2 часов, а при тяжелом абдоминальном сепсисе и септическом шоке она занимала 6-9 часов.

Нередко при перитоните в сочетании с полиорганной недостаточностью прежде чем оперировать пациента, проводился сеанс гемодиализа (5 больных — 7,5%).

Минимальными критериями, позволяющими приступить к оперативному вмешательству у больных с распространенным перитонитом, целесообразно считать артериальное давление не ниже 100 мм рт.ст., пульс 120 уд./мин., диурез более 30 мл/ч. К этим критериям относится необходимость устранения грубых нарушений показателей кислотно-щелочного и электролитного баланса.

Для контроля за эффективностью интенсивной терапии, проведением инфузионной терапии и мониторингом ЦВД в срочном порядке катетеризировали подключичную вену. Вслед за этим вводили назогастральный зонд для аспирации желудочного содержимого. Третий катетер вводили в мочевой пузырь для измерения почасового диуреза и контроля внутрибрюшной гипертензии. Инфузионную терапию считали в достаточном объеме, если удалось поддержать почасовой диурез на уровне 35-40 мл/ч. Однако у больных, поступивших в состоянии острой печеночно-почечной недостаточности с олигоанурией, этот критерий не всегда корректен.

Учитывая большой дефицит воды и электролитов, выраженные клинические проявления гиповолемии (ОЦК всегда был снижен), параллельно с необходимыми диагностическими мероприятиями проводилась коррекция возникших тяжелых нарушений в системе гомеостаза. При резко выраженной дегидратации, гиповолемии, низком ОЦК и отсутствии сердечно-легочной декомпенсации, при сохранной функции почек начинали предоперационную подготовку с введением низкомолекулярных жидкостей — 5% раствора глюкозы, Рингера и других кристаллоидных растворов в сочетании с применением препаратов гемодинамического действия (рефортана, волювена). Общий объем вводимой жидкости колебался от 4-5 до 7-8 л/сут., лишь в отдельных наблюдениях при очень массивных объемах эвакуации содержимого из желудочно-кишечного тракта эти объемы достигали 8-11 л/сут. Интенсивность введения растворов составляет 30-50 мл на 1 кг массы тела (табл. 2).

Таблица 2

Применение инфузионно-трансфузионных растворов у больных с распространенным перитонитом

Растворы	Количество	Больные	%
Кристаллоиды	1200	26	38,8
Коллоиды	1800	7	10,4
Гидроэтилкрахмалы	800	15	22,4
Препараты желатины	800	6	8,9
Эритроцитарная масса	550	7	10,4
Плазма	200	6	8,9

Хирургическое вмешательство сопряжено с агрессией механическим разрушением сохранившихся биологических барьеров, ограничивающих очаги воспалительной деструкции и кишечные микробиоценозы. Отсюда необходимость упреждающего создания терапевтической концентрации антибиотиков в тканях, пока еще не пораженный инфекционным процессом.

Учитывая, что у данного контингента на фоне тяжелого инфекционного процесса происходит значительная дисфункция тканевой перфузии, введение антибактериальных препаратов внутримышечно нецелесообразно, поэтому наиболее эффективный способ введения препаратов эндоваскулярный. В связи с тем, что у всех больных мы катетеризировали подключичную вену, антибактериальная

терапия начиналась с введения препаратов в вышеуказанную вену. У 12% больных эмпирическая противовоспалительная терапия начиналась с введения препаратов в бедренную артерию, которая заранее была катетеризирована для проведения интенсивной терапии (табл. 3).

Таблица 3

Эмпирическая антибиотикотерапия

Антибактериальная терапия	количество	%
Лораксон	24	35,8
Фортум + метроджил	9	14,3
Фортум + метроджил + флуконазол	8	11,9
Импенем	7	10,4
Лораксон + метроджил + флуконазол	10	14,9
Фортум + амикацил + флуконазол	9	14,3

Вывод

Таким образом, оптимизированная периоперационная терапия травматического перитонита позволяет добиться более стабильного течения оперативного вмешательства, более «гладкого» послеоперационного течения, а также снижения летальности на 4,5%.

Литература

1. Бойко В.В. Распространенный перитонит / В.В.Бойко, И.А.Криворучко, С.Н.Тесленко [и др.]. — Х.: Прапор, 2008. — 280 с.
2. Булыгин Г.В. Возможности повышения эффективной терапии гнойной хирургической инфекции / Г.В.Булыгин, Н.И.Камзалакова, Ю.Р.Солончук // Хирургия. — 2010. — №5.
3. Козлова Т.В. Интенсивная терапия септического шока у больных с тяжелой абдоминальной инфекцией / Т.В.Козлова, И.В.Гусак, Ю.В.Иванова, А.В.Москаленко // Хирургічна перспектива. — 2010. — №1. — С. 82-85.
4. Миминошвили А.О. Мониторинг моторики кишечника как новый метод прогнозирования течения перитонита / А.О.Миминошвили, Е.П.Корчагин, К.В.Коцубанов, С.В.Ярошак / Науковий конгрес «IV міжнародні Пироговські читання». — Т.2. — С. 41-42.
5. Саенко В.Ф. Принципы комплексного лечения разлитого перитонита / В.Ф.Саенко, Л.С.Белянский // Клін. хірургія. — 2003. — №4-5. — С. 51-57.
6. Gecelter G. Abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis: an indication for a decompressing laparotomy / G.Gecelter, B.Fahoum, S.Gardezi, M.Shein // Dig. Surg. — 2004. — Vol. 19 (5). — P. 402-405.

А.І.Рилов. Періопераційна інтенсивна терапія травматичного перитоніту. Запоріжжя, Україна.

Ключові слова: перитоніт, сепсис, терапія.

У роботі дана характеристика інтенсивної терапії травматичного перитоніту у 67 хворих. Розроблені основні етапи інтенсивної терапії в залежності від тяжкості перитоніту та наявності поєднаних і множинних травм.

A.I.Rylov. Perioperative intensive care of traumatic peritonitis. Zaporizhzhya, Ukraine.

Key words: peritonitis, sepsis, treatment.

Author presented the characteristic of intensive therapy in 67 patients with traumatic peritonitis. There were founded the main stages of severity of peritonitis and the presence of combined and multiple trauma.