

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 49 (1729)

**Несмотря на достижения современной медицины, распространённый перитонит до настоящего времени остаётся актуальной проблемой в неотложной абдоминальной хирургии. Это обусловлено как широким распространением заболевания, так и неудовлетворительными ближайшими и отдалёнными результатами лечения. По данным ведущих отечественных и зарубежных клиник, летальность при данной патологии за последние десятилетия не имеет тенденции к снижению и колеблется от 20-30 до 50-70% и выше, достигая наиболее высоких цифр при послеоперационном перитоните, развитии полиорганной недостаточности и инфекционно-токсического шока.**

Современная хирургическая концепция включает следующие основные задачи оперативного лечения распространённого перитонита: устранение или надёжная изоляция источника, интраоперационная санация и дренирование брюшной полости, декомпрессия кишечника, находящегося в состоянии пареза, создание благоприятных условий для пролонгированной санации брюшной полости и воздействия на основные пути резорбции и транспорта токсинов в послеоперационном периоде. Существуют различные тактические подходы, в зависимости от которых выделяют 6 способов лечения распространённого перитонита, которые представлены в таблице 1.

Закрытый способ в XX веке практически не применялся. Однако в настоящее время появились единичные сообщения о возможности использования данного метода при низкой степени контаминации брюшной полости, времени развития заболевания, не превышающем 6-8 часов, и случаях констатации распространённого химического перитонита. После выполнения традиционного хирургического вмешательства брюшная полость ушивается без введения дренажей.

водорода 1-1,5%-ная, раствор фурацилина в разведении 1 : 5000, 0,5%-ный раствор диоксида, 0,2%-ный раствор хлоргексидина, физиологический раствор с антибиотиками, гемодез, димексид, озонированные растворы и др. Имеются данные о применении для лечения перитонита различных мазей, гипертонических ионных растворов, перфторана.

Дискуссионным остаётся также вопрос о количестве используемых растворов. В основном для санации брюшной полости рекомендуется использовать от 2 до 6 л раствора или выполнять санацию до «чистых вод», но отдельные авторы советуют увеличить объём такого промывания до 10 и даже 20-30 л, считая, что это помогает избежать повторных санаций.

## Хирургическое лечение перитонита

Некоторые исследователи полагают, что на эффективность санации влияет скорость подачи раствора в брюшную полость и температурный режим, предлагая последовательное использование гипотермического 0,9%-ного раствора NaCl (12-15° С) и последующую гидропрессивную обработку брюшины гипертермическим 0,9%-ным раствором NaCl (46-47°С).

С целью более качественного удаления фибриновых наложений с париетальной и висцеральной брюшины, а также для усиления действия антисептиков применяются ультразвуковая или электроимпульсная обработка брюшной полости, продлённый фракционный протеолиз с помощью синтетических иммоби-

действию обладает рядом позитивных биологических эффектов. Растворы гипохлорита натрия 300-600 мг/л оказывают фибринолитическое действие, эффективно saniруют брюшину, уменьшают степень тканевой перитонеальной гипоксии, улучшают микроциркуляцию и стимулируют местный иммунитет. К факторам, снижающим эффективность применения гипохлорита натрия при распространённом перитоните, относятся неустойчивость данного соединения во внешней среде, быстрое разрушение и инактивация раневым экссудатом, повреждающее действие на мезотелий брюшины. Поэтому поиск методов эффективной санации брюшной полости продолжается. В этом свете представляют интерес иммобилизованные формы гипохлорита натрия в гелях карбоксиметилцеллюлозы, которые, обладая пролонгированным бактерицидным действием, ускоряли раневое заживление при лечении гнойных ран. Использование их при лечении распространённого перитонита не изучено.

В целом анализ литературных источников, посвящённых изучению полузакрытого способа лечения, позволяет отметить следующие недостатки данной технологии: ограниченные возможности контроля за динамикой воспали-

тонита и санации брюшной полости при помощи видеозендоскопических технологий без применения традиционного хирургического вмешательства.

В настоящее время лапароскопический способ как самостоятельный метод радикального лечения распространённого перитонита не получил большого распространения. По мнению ряда авторов, он может использоваться при низкой степени бактериальной контаминации брюшной полости, серозном или серозно-фибринозном перитоните, неизменённой тонкой кишке, то есть в качестве альтернативы закрытому методу. Имеются немногочисленные сообщения о применении лапароскопического способа при распространённом перитоните, вызванном деструктивным аппендицитом или перфорацией полых органов. Однако в целом разрешающая способность метода требует дальнейшего изучения.

Одним из основных способов лечения распространённого гнойного перитонита является комбинированный, при котором на первом этапе производится традиционное хирургическое вмешательство, направленное на устранение источника перитонита, а на втором – программированные видеозендоскопические санации брюшной полости. Накопленный опыт свидетельствует, что к преимуществам данной технологии можно отнести её малую травматичность, динамический контроль воспалительного процесса в брюшной полости и своевременную диагностику внутрибрюшных осложнений, возможность избежать напрасных релапаротомий, раннюю реабилитацию больного. Многие авторы рассматривают комбинированный способ как альтернативу методу программируемых ревизий и санаций брюшной полости. Однако применение лапароскопических методик при перитоните имеет существенные ограничения, связанные с невозможностью осуществления адекватной санации брюшной полости при её массивной бактериальной контаминации, удаления массивных наложений фибрина на висцеральной и париетальной брюшине, проведения манипуляций при выраженном парезе кишечника, выполнения зондирования интубации. По мнению большинства авторов, оптимальными сроками проведения санационных лапароскопий являются 12-48 часов после операции. Вместе с тем конкретные схемы видеолaparоскопических санаций брюшной полости с объективизацией показаний к началу их проведения, необходимости продолжения и возможности окончания в литературе практически отсутствуют.

При промывании брюшной полости под видеозендоскопическим контролем с использованием непрерывной струи антисептического раствора невозможно удалить плотные наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине, где находят убежище микроорганизмы. Это приводит к пролонгации воспалительного процесса и развитию спаек. Нами разработана новая технология видеозендоскопических санаций брюшной полости. На втором этапе через 24-48 часов после проведения традиционного хирургического вмешательства выполняются программированные видеозендоскопические санации брюшной полости, которые включали в себя оксигенацию, пневмомассаж кишечной трубки, ранний адеголизис, фракционный перитонеальный лаваж антисептиками, восстановление функции дренажей, введение в брюшную полость 200 мл 0,03%-ной иммобилизированной формы раствора гипохлорита натрия. Для перитонеального лаважа применяли пульсирующую струю антисептика, а после завершения санации в брюшную полость вместо водного раствора вводилось 200 мл иммобилизированной формы гипохлорита натрия. Для создания пульсирующей струи жидкости использовали ирригатор. Частота пульсации регулировалась ручкой аппарата. Оптимальная частота удаления рыхлых наложений фибрина составляла 8-10 Гц под давлением 5-6 кг/см<sup>2</sup>, а в случаях плотной фиксации фибрина – от 15 до 20 Гц под давлением 7-8 кг/см<sup>2</sup>. Струю антисептика направляли на фибриновые наложения тотчас у места их фиксации к брюшине, постепенно отслаивая и смывая их с расстояния 1-2 см. Затем аспирировали содержимое брюшной полости (патент на изобретение РФ № 2438716).

При использовании пульсирующей струи антисептика и иммобилизированных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы во время операции по поводу распространённого гнойного перитонита у больных быстрее снижается уровень эндогенной интоксикации, скорее восстанавливается моторно-эвакуаторная функция кишечника, наблюдается менее выраженный спаечный процесс в брюшной полости и лучший физический компонент здоровья в отдалённом периоде, чем при традиционном способе лечения. Эффект пульсирующей струи антисептика объясняется в основном механическим воздействием. В фазе «компрессии» струя жидкости при помощи микроудара освобождает слабо фиксированные участки фибрина, свёртки крови и микробные тела, проникает в микрополости, разрушая их. В межпульсовой «декомпрессионной» фазе они отходят с потоком жидкости. Множественное

**Таблица 1**  
Характеристика способов хирургического лечения перитонита

<b>Закрытый</b>	Лапаротомия, устранение источника, санация брюшной полости без дренирования, ушивание лапаротомной раны наглухо
<b>Полузакрытый</b>	Лапаротомия, устранение источника, санация и дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны наглухо (традиционная технология)
<b>Лапароскопический</b>	Устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости при помощи видеозендоскопических технологий
<b>Комбинированный</b>	Сочетание традиционного способа с программированными видеозендоскопическими санациями брюшной полости
<b>Полуоткрытый</b>	Сочетание традиционного способа с временным закрытием лапаротомной раны и программированными хирургическими санациями брюшной полости
<b>Открытый</b>	Лапаротомия без временного закрытия брюшной стенки, программированные хирургические санации брюшной полости

В послеоперационном периоде производят многократные ультразвуковые контрольные исследования брюшной полости. При выявлении ограниченных скоплений экссудата под УЗИ-контролем производят пункцию и дренирование экссудативных образований. Такое лечение можно производить лишь в клиниках, имеющих опыт чрескожного дренирования абсцессов брюшной полости.

Полузакрытый способ лечения перитонита является традиционным, он наиболее распространён и освоен. Однако несмотря на более чем вековую историю, его этапы служат предметом дискуссии. Не вызывает разногласий только необходимость надёжной ликвидации источника перитонита, в то время как в вопросах санации, состава промывной жидкости и способах дренирования брюшной полости единое мнение отсутствует.

Санация брюшной полости – один из самых главных и ответственных этапов операции, качество выполнения которого во многом определяет динамику развития патологического процесса, а также необходимость проведения её последующих обработок. По мнению В.Савельева (2006), успех в лечении перитонита на 80% зависит от интраоперационной санации и на 20% от остальных мероприятий. Для промывания брюшной полости предложено множество растворов: перекись

лизованных протеаз, метод высоконапорного микродисперсного потока озонированного раствора.

В то же время существует мнение, что главная цель санации – это чисто механическое удаление токсинов и бактерий, а применение каких-либо антисептиков в условиях системной антибиотикотерапии нецелесообразно по следующим причинам: краткосрочность экспозиции, высокий риск проявления местного и общего токсического эффекта, нарушение антибактериального действия препарата в условиях воспаления брюшины.

Известно, что главными требованиями, предъявляемыми к saniрующим растворам при перитоните, являются высокая антимикробная активность, отсутствие формирования устойчивости микроорганизмов, минимальное повреждающее действие на ткани организма, низкая токсичность, низкая стоимость. В последнее десятилетие отмечается существенное сокращение арсенала антисептиков, используемых для санации брюшной полости, поскольку большинство из них не отвечает указанным критериям. Тем не менее одним из средств, широко применяющихся в лечении перитонита и потенциально приближающихся по своим характеристикам к «идеальному антисептику», является гипохлорит натрия, который наравне с мощным антимикробным

тельно-инфекционного процесса в брюшной полости, а также активного воздействия на него в послеоперационном периоде; отсутствие значимого эффекта от применения неподвижных многоканальных дренажных систем; большое количество интраабдоминальных осложнений, связанных с недостаточной эффективностью санации брюшной полости и приводящих к выполнению релапаротомии «по требованию»; невозможность коррекции внутрибрюшного давления, что создаёт предпосылки для возникновения синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Поэтому актуальным на сегодняшний день является оптимизация лечения перитонита путём создания новых форм антисептиков, которые обладают более длительным действием, устойчивостью во внешней среде и не оказывают повреждающего действия на мезотелиальный покров брюшины.

Для улучшения результатов лечения распространённого гнойного перитонита нами разработан новый способ путём применения для санации брюшной полости иммобилизованных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы.

Для быстрого приготовления антисептического геля использовали следующую технологию: к 150 мл 5%-ного геля Na-карбоксиметилцеллюлозы добавляли 50 мл 0,12%-ного раствора гипохлорита натрия. Концентрация гипохлорита натрия в полученном геле снижалась до 0,03% и соответствовала рекомендованной для внутривенного введения (патент на изобретение РФ № 2339368). После проведения традиционного хирургического вмешательства в брюшную полость вводится антисептический гель.

Проведённые исследования показали, что при использовании иммобилизованных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы во время операции по поводу распространённого гнойного перитонита у больных быстрее снижается уровень эндогенной интоксикации, скорее восстанавливается моторно-эвакуаторная функция кишечника, наблюдается менее выраженный спаечный процесс в брюшной полости и лучший физический компонент здоровья в отдалённом периоде, чем при использовании водного раствора. Депонирование в геле карбоксиметилцеллюлозы пролонгирует действие гипохлорита натрия и предупреждает инактивацию антисептика перитонеальным токсическим экссудатом. При этом достаточно высокие концентрации антисептика наблюдаются в брюшной полости до 3 часов, а следы выявляются в течение суток. Этим более длительным действием гипохлорита натрия в брюшной полости можно объяснить положительное влияние последнего на течение воспалительного процесса при распространённом гнойном перитоните. В свою очередь, гели карбоксиметилцеллюлозы обладают «барьерным» действием в брюшной полости, то есть препятствуют слипанию поверхностей органов брюшной полости и тем самым снижают выраженность спаечного процесса.

Широкое внедрение миниинвазивных технологий в абдоминальную хирургию обусловило появление лапароскопического и комбинированного способов лечения распространённого перитонита. Видеозендоскопические методики имеют значительный арсенал диагностических и лечебных возможностей при перитоните, сохраняя при этом неоспоримо более щадящее отношение к органам и тканям.

Сущность лапароскопического метода заключается в устранении источника пери-

повторение пульсаций позволяет эффективно удалять фибрин.

Стремление активно воздействовать на инфекционный процесс в брюшной полости как во время операции, так и в послеоперационном периоде привело к разработке и широкому распространению открытого (истинная лапаростомия) и полукрытого (программированные санационные реллапаротомии) способов хирургического лечения распространённого перитонита. В литературе оба метода весьма разнообразно представлены в терминологическом отношении: лапаростомия локальная и управляемая, метод «открытого живота», перитонеостомия, лапарооперация, «фенестрация брюшной полости», программированный перитонеальный лаваж и др.

Открытый способ предусматривает открытое ведение брюшной полости без ушивания лапаротомной раны. Различают два варианта лапаротомии: закрытую эвисцерацию, с ограничением внутренних органов от окружающей среды марлевыми салфетками, полиэтиленовыми плёнками, альгипором, поролоном и т.п. и открытую эвисцерацию, при которой органы не укрываются, а в края лапаротомной раны вшиваются различные каркасные устройства. Метод позволяет осуществлять многократные мануальные ревизии и санации, оценивать динамику течения воспалительно-инфекционного процесса в брюшной полости и создаёт неблагоприятные условия для анаэробной микрофлоры. Однако, по мнению большинства исследователей, открытый способ обладает большим количеством серьёзных недостатков: нефизиологичность «открытого живота» и травматизация брюшины, образование кишечных свищей и несостоятельность анастомозов вследствие длительного контакта кишечных петель с перевязочным материалом, нагноение лапаротомной раны и развитие межкишечных абсцессов, быстрое раневое истощение и вторичное инфицирование брюшной полости, глубокие нарушения водно-электролитного баланса и выраженные потери белка, ретракция мышц, эвентрация органов и развитие обширных послеоперационных вентральных грыж. В связи с вышеизложенным в настоящее время истинную лапаростомию применяют лишь в исключительных случаях при обширных флегмонах и некрозах брюшной стенки, анаэробном перитоните, кишечных свищах.

Полукрытый способ в последние десятилетия всё более широко используется в практике лечения распространённого перитонита и заключается в проведении первичной операции с ликвидацией источника перитонита, временном закрытии лапаротомной раны путём вшивания в брюшную стенку «застёжки-молнии» и проведении ряда повторных ревизий и санаций брюшной полости как единого этапа хирургического лечения до полного исчезновения признаков внутрибрюшной инфекции. Показаниями к применению данного метода являются распространённый перитонит с высокой бактериальной контаминацией аэробно-анаэробной микрофлорой, с формирующимися абсцессами брюшной полости и трудноудаляемыми фибринозными наложениями; послеоперационный перитонит; невозможность одномоментной ликвидации источника перитонита; крайняя тяжесть состояния больного, исключающая возможность выполнения операции одномоментно в полном объёме; неуверенность в состоятельности кишечных швов и анастомозов, сформированных в условиях перитонита; синдром интраабдоминальной гипертензии. К преимуществам полукрытого способа относятся качественная санация и динамический контроль состояния органов брюшной полости, своевременная диагностика и коррекция внутрибрюшных осложнений, возможность активного дренирования брюшной полости.

Обязательным компонентом лечения при использовании программированных санационных реллапаротомий, помимо устранения источника, промывания брюшной полости и дренирования, является кишечная декомпрессия предпочтительно интестинальными зондами различных конструкций с оставлением зонда на срок, пока не наступит восстановление двигательной функции кишечника. Выполнение этой манипуляции позволяет уменьшить травматичность операции, снизить внутрибрюшное давление, улучшить кровообращение и микроциркуляцию в стенке кишки, осуществлять кишечный лаваж и энтеральное питание, способствует профилактике несостоятельности кишечных анастомозов.

Несмотря на многолетний опыт применения полукрытого способа, в литературе продолжается дискуссия относительно сроков, кратности и критериев завершения программируемых санационных реллапаротомий. По мнению большинства авторов, оптимальный интервал для выполнения повторных ревизий и санаций составляет 24-48 часов, а выраженный положительный эффект наблюдается при выполнении не более 3-4 этапных вмешательств. Увеличение времени между санационными реллапаротомиями свыше 48 часов и/или их количества сопровождается повышением риска летального исхода. Ориентирами для окончания этапных санаций служат купиро-

вание эндотоксикоза и локальных признаков внутрибрюшной инфекции, что определяется на основании интраоперационной оценки состояния органов брюшной полости и тяжести состояния больного. Режим программируемых санаций может быть завершён при полном устранении или надёжной изоляции источника перитонита, отсутствии неудаляемых очагов некроза или других ограниченных интраабдоминальных гнойных скоплений, прозрачном серозном экссудате, восстановлении активной перистальтики тонкой кишки, очищении петель кишечника от фибриновых наложений или отграничении петель тонкой кишки от свободной брюшной полости наложениями фибрина в виде панциря, отсутствии гнойно-некротического поражения операционной раны.

Предметом активных споров является вопрос об оптимальном способе временного закрытия лапаротомной раны. Предложено большое количество различных методов: сближение краёв раны наводящими, отсроченными или провизорными швами через все слои или швами только на кожу, швами на «бантиках» и турникетах, ушивание на вентрофлап, применение «застёжек-молний», аппаратов и устройств, использование синтетических плёнок и др. Вместе с тем при использовании большинства вариантов временного закрытия операционной раны не учитывается изменение внутрибрюшного давления, что повышает риск развития внутрибрюшной гипертензии и синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Остаётся до конца не решённым вопрос о способе окончательного закрытия лапаротомной раны. Большинство хирургов после купирования явлений перитонита производят послойное ушивание раны передней брюшной стенки без контроля уровня внутрибрюшного давления. Учитывая развивающийся диастаз и латерализацию мышц брюшной стенки при многократных санациях, можно предположить, что это приведёт к новому росту внутрибрюшного давления, выбросу в кровоток эндотоксинов, развитию реперфузионного синдрома, который сопровождается повреждением микроциркуляторного русла жизненно важных органов, увеличивая летальность.

Нами разработана методика декомпрессионной лапаротомии, которая заключалась в следующем (патент на изобретение РФ № 2373869). После выполнения основного этапа операции приступали к наложению лапаротомы. Для отграничения органов брюшной полости от раны на них сверху укладывали стерильный перфорированный лоскут спанбонда (нетканый полипропиленовый материал, 30 г/м<sup>2</sup>), превышающий рану во всех направлениях на 5 см и пропитанный раствором антисептика. На материал наносили перфорационные отверстия диаметром не менее 5 мм для адекватного оттока экссудата из брюшной полости. После этого с помощью электроножа производили отделение кожного-жирового лоскута от апоневроза прямых мышц живота в обе стороны до уровня, находящегося на 2 см снаружи от латеральных краёв прямых мышц живота. Для закрытия дефекта брюшной стенки использовали крупноячеистый сетчатый полипропиленовый эндопротез с суммарным размером ячеек не менее 70% от общей площади, чем достигали адекватного оттока экссудата. Под контролем внутрибрюшного давления, измеренного в мочевом пузыре по общепринятой методике, определяли необходимый диастаз между краями раны, при котором внутрибрюшное давление оставалось менее 15 мм рт. ст. – критического давления, вызывающего развитие синдрома интраабдоминальной гипертензии. Эндопротез с обеих сторон свободно, без натяжения фиксировали непрерывным полипропиленовым швом к широким мышцам живота на уровне отделённого края подкожной клетчатки, чем предупреждали их контрактуру во время функционирования лапаротомы. Вторым рядом узловатых швов фиксировали эндопротез к апоневрозу прямых мышц живота с каждой стороны, отступая от края лапаротомной раны 2 см. Швы на кожу и подкожную клетчатку не накладывали. В рану укладывали марлевые салфетки, пропитанные раствором антисептика. Кожную рану временно закрывали с помощью застёжки-молнии. При последующих программированных санациях брюшной полости расстёгивали застёжку-молнию, извлекали из раны марлевые салфетки, рассекали продольно полипропиленовый эндопротез по всей длине и удаляли спанбонд. Выполняли программированную санацию брюшной полости. Если перитонит не купировался, вновь укладывали спанбонд, непрерывным швом сшивали края сетчатого эндопротеза полипропиленовой нитью с обязательным контролем внутрибрюшного давления, в рану вводили салфетки с антисептиками, застёгивали молнию.

При купировании перитонита окончательное закрытие лапаротомной раны производили под контролем внутрибрюшного давления. Если его величина при ликвидации дефекта брюшной стенки не достигала критического уровня 15 мм рт. ст., то производили послойное ушивание раны край в край. В противном случае оставляли диастаз между краями раны такого размера, при котором внутрибрюшное

давление не превышало критический уровень. Между протезом и органами брюшной полости укладывали большой салник. Свободный лоскут сетчатого эндопротеза сшивали в виде дубликатуры. Над апоневрозом в подкожной клетчатке устанавливали перфорированный трубчатый дренаж. Накладывали швы на подкожную клетчатку и кожу. Дренаж подсединяли к системе активной аспирации.

Методики декомпрессионного ушивания брюшной полости при помощи полипропиленового эндопротеза не требуют создания дополнительных конструкций, не вызывают специфических осложнений, патогенетически обоснованы и могут применяться в условиях общехирургических отделений районных, городских и областных больниц. Разработанный способ позволяет предупредить развитие реперфузионных повреждений органов брюшной полости, обусловленный ростом давления при закрытии лапаротомной раны в ближайшем послеоперационном периоде, а в отдалённом – послеоперационных вентральных грыж.

Следует отметить, что полукрытый способ лечения перитонита также имеет ряд серьёзных недостатков: повторная операционная травма и анестезиологическая агрессия, длительная интубация полых органов и катертизация магистральных сосудов, высокий риск развития нозокомальных осложнений, рецидивирующих внутрибрюшных и внутрижелудочных кровотечений, образование кишечных свищей и формирование в отдалённом периоде вентральных грыж.

1998 г. в клинике В.Савельева. Шкала состоит из показателей, оцениваемых при очередном вмешательстве, и включает в себя распространённость процесса, характер экссудата, характер фибриновых наложений, состояние тонкой кишки (перистальтика, состояние кишечной стенки), присутствие неудаляемых некротизированных тканей, наличие осложнений: несостоятельности анастомозов, кишечных свищей, раневых осложнений (нагноение раны, эвентрация). Значение индекса более 13 баллов служит показанием к этапной реллапаротомии, а ниже 10 баллов – к прекращению режима этапных санаций. Похожую систему, основанную на оценке источника перитонита, характера экссудата, выраженности пареза тонкой кишки и длительности перитонита, предложили в 2000 г. Г.Аскерханов, А.Гусейнов и др. Нельзя не отметить, что составляющие эту шкалу показатели во многом субъективны и оцениваются непосредственно глазом хирурга, а ряд объективных критериев, как, например, величина внутрибрюшного давления и степень выраженности органной недостаточности, оставлены без внимания. Кроме того, важно решить вопрос не только о принципиальной необходимости выполнения в дальнейшем повторного вмешательства, но и о точном способе его выполнения. На этот вопрос получить ответ при помощи вышеуказанных шкал довольно сложно.

Нами разработан следующий алгоритм определения показаний к выбору того или иного способа лечения перитонита (патент на изобретение РФ № 2432124). После про-

Таблица 2

Балльная оценка факторов, влияющих на летальность

Признак	Характеристика	Балл
Выраженность абдоминального сепсиса	Сепсиса нет	0
	Сепсис без органной дисфункции	1
	Сепсис с моноорганной дисфункцией	2
	Сепсис с полиорганной дисфункцией	4
Степень интраабдоминальной гипертензии	I ст. 12-15 мм рт. ст.	0
	II ст. 16-20 мм рт. ст.	1
	III ст. 21-25 мм рт. ст.	3
	IV ст. свыше 25 мм рт. ст.	5
Источник перитонита	Желудок, матка, желчный пузырь, тонкая кишка, червеобразный отросток	0
	Толстая кишка	4
	Послеоперационные осложнения	4
		4
Характер экссудата	Серозный	0
	Гнойный	2
	Каловый	4
Характер наложений фибрина на брюшину	Отсутствует	0
	Рыхлые, легко удаляемые	2
	Плотные, не удалимые	4
Степень пареза кишечника	Отсутствует	0
	Слабо выраженный	1
	Умеренный	2
	Резко выраженный	4

Анализ литературы показал, что в настоящее время для лечения перитонита применяются три основных способа: 1) полукрытый (традиционная технология с дренированием

Таблица 3

Шкала для определения технологии лечения распространённого гнойного перитонита

Количество баллов	Технология лечения
1-7	Полузакрытый традиционный метод
8-14	Комбинированный хирургическо-эндоскопический метод
15 и выше	Полукрытый метод с программированными хирургическими санациями брюшной полости

брюшной полости); 2) комбинированный (сочетание традиционного способа с программированными видеозендоскопическими санациями брюшной полости); 3) полукрытый (сочетание традиционного способа с программированными хирургическими санациями брюшной полости). Предметом оживлённой дискуссии является выбор способа лечения распространённого гнойного перитонита. Большинство хирургов чисто эмпирически, на основании своего опыта принимают решение о выборе того или иного способа лечения с учётом оценки тяжести состояния больного и характера поражения брюшной полости. В литературе встречаются сообщения о разработках прогностических балльных систем, направленных на систематизированное и объективное обоснованное проведение программы санационных вмешательств.

Наибольшее распространение получил индекс брюшной полости, разработанный в

ведения ретроспективного статистического анализа лечения 245 больных с распространённым перитонитом нами выбраны 6 факторов, статистически достоверно влияющих на летальность. Каждому фактору дана балльная оценка, которая представлена в таблице 2.

На заключительном этапе мы создали шкалу количественного определения технологии лечения распространённого гнойного перитонита, которая представлена в таблице 3.

Таким образом, к настоящему моменту в арсенале имеется широкий спектр диагностических и лечебных возможностей, однако проблема тактики хирургического лечения распространённого перитонита остаётся одной из наиболее актуальных и требующих своего разрешения. Полукрытый способ лечения перитонита целесообразно применять у больных без проявления абдоминального сепсиса и внутрибрюшной гипертензии, программированные видеолапароскопические санации – при абдоминальном сепсисе в сочетании или без моноорганной дисфункции и внутрибрюшной гипертензией до 20 мм рт. ст., программированные хирургические санации показаны больным с тяжёлым абдоминальным сепсисом с полиорганной недостаточностью и абдоминальной гипертензией свыше 20 мм рт. ст.

Основными критериями оценки эффективности применяемых способов лечения перитонита и абдоминального сепсиса являются показатели летальности и количества послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Применение разработанных нами технологий лечения позволило снизить количество послеоперационных осложнений на 10%, а летальность на 8,2%.

**Борис СУКОВАТЫХ,**  
заведующий кафедрой общей хирургии,  
профессор.

**Юрий БЛИНКОВ,**  
доцент кафедры.

**Курский государственный  
медицинский университет.**