

Эволюция Взглядов На Проблему Послеоперационной Местной Терапии Разлитого Гнойного Перитонита (Обзор Литературы)

Саттаров Шокир Хасанович¹, Рузибаев Санжар Абдусаломович²

Аннотация: Обзор литературы показал, что широкое внедрение эфферентных технологий в эффективное осуществление местного лечения перитонита сдерживается, на наш взгляд, недостаточно полной патофизиологической оценкой вопросов безопасности при проведении гидропрессивной внутрибрюшной санации в такой тяжелой группе. пациентов. В современной литературе все чаще обращается внимание на возможность развития серьезных патофизиологических реакций и даже осложнений, связанных с острым и хроническим повышением внутрибрюшного давления, и прежде всего у больных с тяжелым генерализованным перитонитом.

Ключевые слова: острый перитонит, эндотоксикоз, местное лечение перитонита, интраабдоминальная санация.

Проблема лечения разлитого гнойного перитонита (ДПП) всегда была актуальной. До середины XIX века господствовала точка зрения: «Смертельный исход гнойного перитонита - правило, выздоровление - счастливый случай» (Konradt, 1879). В то время лечение перитонита было малоперспективным, а летальность приближалась к 100%. Н.И. Пирогов в книге «Начала общей военно-полевой хирургии» (1865) впервые сформулировал два основных принципа в лечении перитонита: радикальное устранение источника инфекции и дренирование [3, 11, 18, 29].

На рубеже XIX и XX веков среди хирургов возник спор о методах очищения брюшной полости от гнойного экссудата. В ходе дискуссии возникло противостояние двух методов – «сухого» туалета и смыва. Первый метод заключался в удалении гнойного содержимого с последующим дренированием брюшной полости марлевыми тампонами. Более того, из-за высокой резорбтивной способности брюшины полное удаление гнойного экссудата даже не считалось строго необходимым. Позже выяснилось, что такое выведение токсинов очень рискованно и может привести к полному срыву компенсаторных возможностей организма [2, 17, 31].

Впервые промывание брюшной полости при разлитом перитоните стали применять Могион Sims J. (1873) и Nusbaum J.C. (1874). В те годы, благодаря интраоперационной санации брюшной полости отчетливо наметилась тенденция к снижению летальности. По данным Mc. Burney (1885), из 24 больных 14 выздоровело. F. Torek (1911) сообщил о снижении летальности при гнойном перитоните со 100% до 33% [5, 16, 32].

В 1946 году один из убежденных сторонников активной санации брюшной полости у больных перитонитом В.Ф. Войно-Ясенецкий писал: "Не подлежит сомнению, что промывание - самый нежный способ удаления гноя, не повреждающее эндотелиального слоя брюшины". Сочетание механической очистки брюшной полости с последующей обработкой ее веществами с противомикробным действием создало предпосылки для превращения внутрибрюшной санации в один из эффективных методов лечения больных разлитым гнойным перитонитом [12, 20, 25, 33].

¹ Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

² Кафедра хирургических болезней и урологии. Самаркандский государственный медицинский университет



Sleeman N.K. с соавт. (1967), отводя интраоперационной санации ведущее значение в лечении больных с РГП, в ходе экспериментальных исследований установил, что оставшиеся после санации полости брюшины патологические микроорганизмы размножаются с такой скоростью, что в течение 20 минут их количество увеличивается в 2 раза, в течении часа - в 8 раз. Автор заключил, что с учетом того, что внутрибрюшное размножение микроорганизмов пропорционально увеличивает количество экзо-, эндотоксинов и образование вазоактивных веществ, неадекватная санация брюшной полости создает предпосылки развития у больных с перитонитом эндотоксического шока. В связи с этим проблема санации является не столько интра-, сколько важнейшей послеоперационной проблемой [3, 10, 26].

В пятидесятые годы неудовлетворенность результатами лечения перитонита существенно стимулировала хирургов к поиску новых методов местного лечения. В публикациях все чаще звучат слова о том, что для снижения смертности больных распространенным гнойным перитонитом необходимо уделять больше внимания вопросам послеоперационной санации брюшной полости. В 1957 году Burnett W.E. с соавт. описали случаи успешного применения перитонеального диализа (ПД) в лечении больных с тяжелыми формами гнойного перитонита. Анализ литературных сведений об использовании перитонеального диализа в послеоперационном периоде показал отсутствие единого мнения как в отношении показаний к применению данного способа послеоперационного лечения гнойного перитонита, так и методики его проведения [6, 18, 35].

Первоначально показания к перитонеальному диализу ограничивались терминальной стадией перитонита. Некоторые авторы считали, что перитонеальный диализ при перитоните показан только в случаях развившейся почечной недостаточности, не поддающейся консервативному лечению. В дальнейшем перитонеальный диализ рекомендовался во всех случаях распространенного гнойного воспаления брюшины и даже для профилактики послеоперационного перитонита [5, 16, 24, 39].

Важным моментом в вопросе перитонеального диализа является способ его проведения. Существует два основных метода промывания брюшной полости: проточный и фракционный. Впервые в послеоперационном периоде в брюшную полость непрерывно капельно вводят диализат. Однако проточный диализ имеет существенные недостатки, главным из которых является быстрое отделение дренажных трубок от свободной брюшной полости, когда диализат проходит по узким каналам, не промывая всю поверхность брюшины. Этот факт убедительно доказан рентгеноконтрастными исследованиями Ю.Л. Шалкова (1980). В связи с этим обстоятельством было предложено проводить диализ в режиме периодического заполнения брюшной полости промывной жидкостью (фракционный режим). Было отмечено, что этот метод лучше переносится больными; при применении удается быстро снять интоксикацию и создать высокую внутрибрюшную концентрацию антибиотиков. Заполнение брюшной полости растворами при некотором избыточном давлении позволило улучшить проникновение диализирующей жидкости в труднодоступные участки брюшины, а применение принудительной аспирации через двухпросветные дренажные трубки уменьшило объемный дефицит смывов. жидкость до 150-200 мл [7, 18, 22, 41].

В 1986 году Б.О. Мильков, проведя ряд экспериментальных исследований, установил, что растворы антисептиков, вводимые через дренажные трубки при гнойном перитоните, никогда не омывают всю брюшную полость, а стекают в горизонтальном положении больного на дорсальную стенку и далее через латеральные каналы в брюшную полость. таз. В 80% случаев дренажные трубки потеряли проходимость уже в первые сутки после операции, а у 60% больных перитонитом на фоне промывания брюшины растворами антисептиков, при микробиологическом исследовании выпота из брюшной полости неклостридиальный инокулировали анаэробные бактерии, чаще всего в сочетании с аэробной микрофлорой [13, 24, 33].

Традиционно применяемые в настоящее время закрытые методы лечения перитонита с послеоперационном лаважом брюшной полости, зачастую приводят к развитию резидуальных



абсцессов за счет накопления в "карманах" брюшной полости инфицированного экссудата. Кроме того, на сегодняшний день установлено, что детоксикационные возможности перитонеального лаважа в его стандартном исполнении - 3-5 л жидкости в сутки непрерывным или прерывистым способом - недостаточны, а при развитии полиорганной недостаточности эффективность ПД вообще ставится под сомнение [6, 8, 23, 41].

В последние годы все больше внимания уделяется методу активного хирургического лечения гнойного перитонита или "открытого живота". Впервые эту методику около ста лет назад предложил Микулич. В 1949 году советский хирург Н.С. Макоха впервые успешно использовал метод в практике для лечения тяжелых форм перитонита, но свою методику описал только в 1967 году, а в 1979 году несколько видоизмененную методику советского хирурга повторил американский автор Steinberg [13, 25].

Сущность метода лапаростомии состоит в том, что после лапаротомии (релапаротомии) брюшную полость не ушивают или зашивают временными швами для проведения систематических ревизий в послеоперационном периоде. Окончательно ушивают брюшную полость только после ликвидации перитонита. Основным преимуществом метода является возможность проводить регулярные осмотры органов брюшной полости. Ревизии обычно проводятся каждые 24–48 часов в операционной под общим наркозом. В этом случае хирург пальцами рук разрушает спайки, препятствующие оттоку скопившейся жидкости, удаляет отложения фибрина и некротические ткани, фиксирует динамику заболевания [9, 16, 43].

Начиная с 1977 года, был введен термин "этапный лаваж" (etappen lavage), который подразумевает проведение плановых санаций брюшной полости при перитоните с помощью вшивания в ткани передней брюшной стенки "Молнии- застежки" или марсиленовой сетки [13].

В современных условиях метод санационной программной релапаротомии, являясь достаточно эффективным средством ликвидации распространенного перитонита, позволяет предотвратить развитие гнойно-септических осложнений только при правильном определении показаний, которые должны основываться на понимании положительных и отрицательных сторон аспекты этого метода. Показания к программным санитарным лаважам через лапаростому можно сформулировать следующим образом: распространенный гнойный, каловый перитонит, признаки анаэробной инфекции, послеоперационный перитонит. Преимуществами данного метода лечения являются: своевременная диагностика и коррекция внутрибрюшных осложнений, полное обследование органов брюшной полости, возможность активной санации брюшной полости. К существенным недостаткам лапаростомий относятся: негативные системные последствия повторных вмешательств (в том числе повторное развитие синдрома «медиаторного шторма» и токсического шока), повторная травма брюшной стенки и органов брюшной полости, длительная интубация желудочно-кишечного тракта, трахеи, мочевыводящих путей. при высоком риске развития внутрибрюшной пневмонии и уроинфекций, необходимости длительной катетеризации сосудов, при высоком риске развития «катетерной инфекции» и ангиогенного сепсиса, длительной ИВЛ, высоком риске внутрибрюшного кровотечения и формирования кишечных свищей, длительное пребывание в отделениях интенсивной терапии и стационаре [4, 13, 20, 22, 35, 47].

В условиях полиорганной недостаточности с поражением более трех систем и органов метод программной санации и ревизии брюшной полости теряет свои преимущества, полностью сохраняя присущие ему недостатки. Попытки повысить эффективность перитонеального лаважа как основного метода послеоперационной местной терапии перитонита предпринимались неоднократно. Они касались, прежде всего, увеличения объема промывочной жидкости – до десятков литров в сутки. Однако до настоящего времени эти попытки не получили поддержки из-за экономической нерентабельности и на практике используются гораздо меньшие объемы растворов, а санация продолжается до тех пор, пока не будет получена «чистая промывная вода», что является чисто субъективным критерием. Однако в последнее время вопрос об объеме промывной жидкости, необходимом для качественной



санации брюшной полости у больных с разливом, стал решаться на основе достаточно глубоких экспериментальных и клинических исследований [12, 15, 18, 33, 45].

Установлено, что мезотелиальная выстилка брюшной полости, имеющая общую площадь от 17000 до 20400 см², выполняет ряд уникальных функций, среди которых экссудативно - реабсорбционная является наиболее важной, так как даже в норме за сутки объем жидкости, фильтруемой и реабсорбируемой через брюшную полость, составляет около 70 литров. Столь интенсивный трансмезотелиальный обмен, резко усиливающийся в условиях перитонита, делает брюшину участницей в формировании большинства осложнений, связанных с генерализацией инфекционно-токсического процесса. В связи с данным обстоятельством, от тотальной обработки брюшной полости большими объемами растворов при разлитом перитоните следует ожидать значительно большего лечебного эффекта, нежели от регионарной санации воспалительного очага. Возможности современной перфузиологии и эфферентной медицины располагают огромными резервами для превращения промывания брюшной полости при перитоните в многокомпонентную процедуру эфферентной терапии, позволяющую, избежав в значительной степени недостатков традиционных методов местного лечения, воздействовать на многие звенья патогенеза этого заболевания и его осложнений [3, 16, 24, 30, 49].

В конце 90-х годов XX столетия впервые были предприняты попытки закрытых высокообъемных перфузий живота у больных с разлитым перитонитом. В экспериментально-клинических исследованиях Российских ученых показано, что, несмотря на сложный профиль полости брюшины, размеры и расположение ее карманов, добиться равномерного промывания всех ее отделов гидравлически эффективным потоком относительно легко. Авторы проводили перфузию брюшной полости, как рециркуляцию 3-5 л изотонического раствора хлорида натрия с объемной скоростью 2-2,5 л/мин в течение 60 минут и установили, что непрерывная перфузия брюшной полости превосходит по эффекту перитонеальный диализ, сопровождается снижением количества внутрибрюшных гнойных осложнений и меньшим уровнем летальности. Эффект гидропрессивных обработок брюшной полости у больных терминальным перитонитом был подтвержден в исследованиях Н.В. Шаповаловой (1998), А.А. Глухова (2003) и И.В. Ремизова с соавт. (2003) [3, 15, 34, 46, 50].

Однако, широкое внедрение эфферентных технологий в эффективную реализацию местного лечения перитонита сдерживается, на наш взгляд, недостаточно полной патофизиологической оценкой вопросов безопасности при проведении гидропрессивных интраабдоминальных санаций у столь тяжелой группы пациентов. В современной литературе все чаще обращается внимание на возможность развития серьезных патофизиологических реакций и даже осложнений, связанных с острым и хроническим увеличением внутрибрюшного давления, и, прежде всего, у больных тяжелым разлитым перитонитом.

Список литературы

1. Аллазова С. А., Мансуров У. М., Турсунов А. Ф. Комплексное лечение мочевого перитонита //Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – №. 6. – С. 21-21.
2. Аскарлов П. А. и др. Хирургический подход к лечению больных со "свежими" повреждениями магистральных желчных протоков //Молодежный инновационный вестник. – 2018. – Т. 7. – №. S1. – С. 9-9.
3. Асраров А. А., Абдуллаев У. Б., Тагаев К. Р. Эффективность программированных релапаротомий в лечении острого распространенного гнойного перитонита //Врач-аспирант. – 2010. – Т. 43. – №. 6.1. – С. 115-122.
4. Ахгамов Ж. А. и др. Результаты комплексного лечения острых панкреатитов //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 178-178.
5. Ачилов М. Т. и др. Результаты хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки //Скорая медицинская помощь-2022. – 2022. – С. 12-14.



6. Давлатов С. С. Дифференцированный подход к лечению больных острым холангитом, осложненным билиарным сепсисом //Вісник наукових досліджень. – 2017. – №. 1. – С. 72-76.
7. Давлатов С. С. Дифференцированный подход к лечению больных с холангитом //Шпитальна хірургія. – 2014. – №. 4. – С. 49-53.
8. Давлатов С. С., Касымов Ш. С., Курбаниязов З. Б. Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография //Ташкент: ИПТД «Узбекистан. – 2018. 160 стр.
9. Джумабаев Э. С. и др. Третичный перитонит-проблема, решаемая методами регионарной лимфатической терапии //Вестник лимфологии,(4). – 2014. – С. 38-42.
10. Курбаниязов З. Б. и др. Эндовидеохирургия в лечении эхинококкоза печени с использованием антигельментной терапии //Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы медицины» посвящённая. – 2010. – С. 53-54.
11. Курбанов, Н. А., Давлатов, С. С., Рахманов, К. Е., Газієв, К. У., Хамдамов, І. Б. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
12. Назиров Ф. Н. и др. Опыт применения антисептического препарата декаметоксин в комплексном лечении больных перитонитом //Український хіміотерапевтичний журнал. – 2013. – №. 3-4. – С. 66-67.
13. Назыров Ф. Г. и др. Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4. – №. 1. – С. 31-39.
14. Рахманов К. Э. и др. Причины и пути предупреждения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 93-97.
15. Рахманов К. Э. и др. Хирургическая тактика при «свежих» поврежденных магистральных желчных путей //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 585-587.
16. Рузибоев С. А., Саттаров Ш. Х. Результаты лечения острого разлитого гнойного перитонита с применением лапаростомии //ББК 1 А28. – 2020. – С. 21.
17. Саидмурадов К. Б. и др. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 27-28.
18. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А. Пути коррекции эндотоксикоза при остром перитоните (обзор литературы) //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 82-87.
19. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. Оптимизация пути коррекции эндотоксикоза при остром перитоните (обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
20. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. Результаты лечения острого разлитого гнойного перитонита с применением лапаростомии //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
21. Хайдаров Ф. Н. и др. Совершенствование хирургического лечения острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 26 (151). – С. 33-40.
22. Халилов Ш. К. и др. Тактика лечения при перитонитах у детей //Экономика и социум,(4). – 2020. – С. 959-962.



23. Шамсиев А. М. и др. Влияние озона на процесс спайкообразования при экспериментальном перитоните // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – Т. 13. – №. 1.
24. Шамсиев А. М. и др. Спектр микрофлоры при распространенном аппендикулярном перитоните у детей // Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 94-94.
25. Шамсиев А. М., Давранов Б. Л., Шамсиев Ж. А. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших аппендикулярный и первичный перитонит в детском возрасте // Детская хирургия. – 2008. – №. 3. – С. 35-38.
26. Эгамов Ю. С. и др. Видеолапароскопическое лечение при острой непроходимости кишечника, осложненной перитонитом // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – Т. 17. – №. 6. – С. 9-12.
27. Эгамов Ю. С. Лимфологические принципы в комплексном лечении острого разлитого перитонита // Лимфология: от фундаментальных исследований. – 2021. – С. 233.
28. Эрметов А. Т. Программированная санационная видеолапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита // Український журнал екстремальної медицини імені ГО Можаєва. – 2009. – №. 10, № 4. – С. 66-70.
29. Юсупов Ш. А. и др. Экспериментальное обоснование эффективности озонотерапии при перитоните у детей // Детская хирургия. – 2021. – Т. 25. – №. S1. – С. 86-86.
30. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) // International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2020.
31. Davlatov S. S. Application hemoperfusion as the method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Collection of scientific works of students and young scientists of the All-Russian scientific-practical conference with international participation. Yaroslavl. - April 24-26. – 2013. - P. 147.
32. Davlatov S. S. et al. A New method of detoxification plasma by plasmapheresis in the treatment of endotoxemia with purulent cholangitis // Academic Journal of Western Siberia. – 2013. – Т. 9. – №. 2. – С. 19-20.
33. Davlatov S. S., Kasimov S. Z. Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences. – 2014. – С. 175-179.
34. Davlatov S. S., Kasimov Sh. Z., Kurbaniyozov Z. B., Ismailov A. O. A modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis // Materials of the IX international scientific-practical conference "New Scientific Achievements - 2013". Bulgaria, Sofia. – 2013. Volume 17. March 17-25. - P. 30-33.
35. Davlatov S. S., Kasimov Sh. Z., Kurbaniyozov Z. B., Rakhmanov K. E., Ismailov A. O. Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // «Academic Journal of Western Siberia». - 2013. - № 1. - P. 30-31.
36. Davlatov S. S., Rakhmanov K. E. Improved method of plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Collection of scientific works of students and young scientists of the All-Russian scientific-practical conference with international participation. - Yaroslavl. - April 24-26 – 2013. - P. 148.
37. Gafurovich N. F., Babajanovich K. Z., Salim D. Modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis // European science review. – 2018. – №. 7-8. – С. 142-147.
38. Jabborova F. U. Adaptation Mechanisms of Local Immunity of the Mucous Membrane of the Oral Cavity During Coronavirus Infection // JournalNX. – С. 100-102.
39. Jabborova F. U. Evaluation Of The Results Of The Study Of Dental Indices In Patients With



- Covid-19 And Healthy Individuals Who Have Not Undergone Covid-19 //Journal of Pharmaceutical Negative Results. – 2022. – C. 3210-3213.
40. Kasimov, Sh, et al. "Haemosorption in complex management of hepatargia." The International Journal of Artificial Organs 36.8 (2013): 548.
 41. Kasymov S. Z., Davlatov S. S. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Academic Journal of Western Siberia. – 2013. – T. 9. – №. 1. – C. 31-32.
 42. Kurbonov N. A. et al. Handling of mirizzi syndrome and surgical considerations for gallbladder-bile duct fistula //Boffin Academy. – 2024. – T. 2. – №. 1. – C. 198-204.
 43. Nuritdinovich K. F., Zarifovich K. B. Surgical interventions in acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – T. 2. – №. 3.
 44. Obidovna, D. Z., & Sulaimonovich, D. S. (2023). Influence of the Mode of Work and Recreation of the Student's Health. International journal of health systems and medical sciences, 2(3), - C. 3-5.
 45. Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2022). Physical activity and its impact on human health and longevity. Достижения науки и образования, (2 (82)), - C. 120-126.
 46. Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2022). The concept of " healthy lifestyle" in psychological research. ResearchJet Journal of Analysis and Inventions, 3(06), - C. 53-64.
 47. Obidovna, D. Z., & Sulaymonovich, D. S. (2023). Forming a Healthy Lifestyle for Students on the Example of the Volleyball Section in Universities. European journal of innovation in nonformal education, 3(3), - C. 22-25.
 48. Rakhmanov K. E. et al. The treatment of patients with major bile duct injuries // Academic Journal of Western Siberia. – 2013. – T. 9. – №. 1. – C. 33-34.
 49. Sulaymonovich D. S., Yormonovich K. N., Babajanovich K. Z. Complex treatment of purulent cholangitis //British Journal of Science, Education and Culture. – 2014. – C. 214.
 50. Yangiyev B. A. et al. Outcomes of operative intervention for recent major biliary tract injuries //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – T. 6. – №. 1. – C. 80-87.

