

ПЕРИТОНИТ

Определение:

Перитонит — заболевание, в основе которого лежит воспаление брюшины, вызванное различными причинами и заболеваниями.

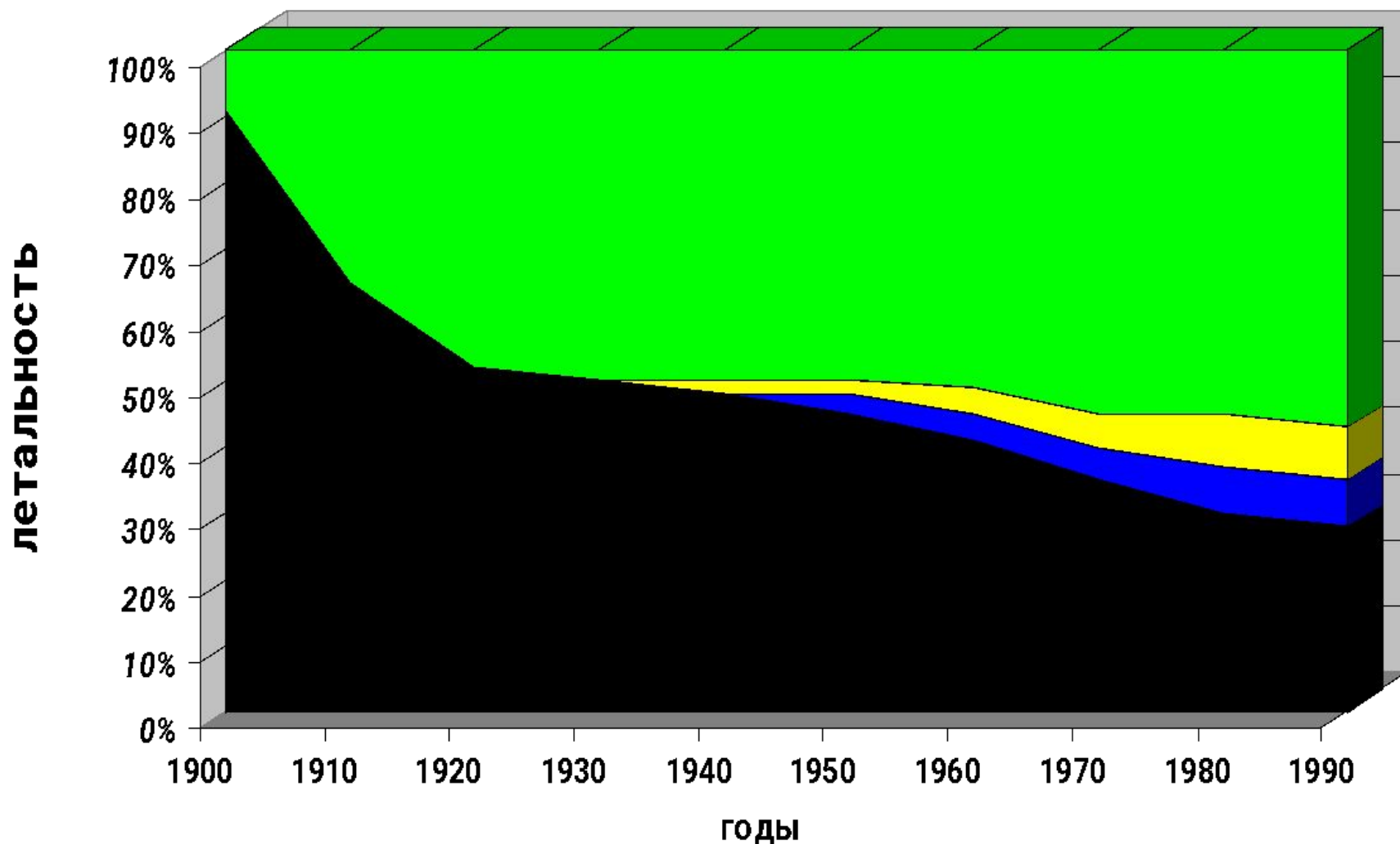
«... я и мое поколение воспитаны в страхе перед Богом и перитонитом...» Wagner, 1876

«... страх перед богом прошел, а перед перитонитом остался...» К.С. Симонян, 1975

История вопроса

- ✓ Древнеегипетские врачи за три тысячелетия до н. э. имели элементарное представление о проявлениях перитонита и пытались лечить его хирургическим путём.
- ✓ Амбруаз Паре - «общее заражение» - сепсис, одна из причин- воспаление брюшных внутренностей.
- ✓ Русский военный врач Василий Шабанов (1816г.) - первое достоверное описание перитонита
- ✓ 1881 г. А.И. Шмидт впервые в мире произвёл успешную операцию при перфорации абсцесса селезенки.
- ✓ В 1890 г. - докторская диссертация, и первая монография М. Р. Осмоловского «О лечении перитонита с разрезом живота»

- ✓ К началу XX века необходимость операции при перитоните признается хирургами всего мира.
- ✓ 1926 год **Киршнер** - выдвинул лечебную концепцию, включающую раннее оперативное вмешательство и дренирование брюшной полости при перитоните
- ✓ С.С. Юдин, П.Л. Сельцовский - предложили внутрибрюшинное введение сульфаниламидов и пенициллина.
- ✓ К.С. Симонян, В.С. Маят, В.Д. Федоров - тактика тщательного отмывания брюшной полости от гнойного экссудата — перитонеальный лаваж.

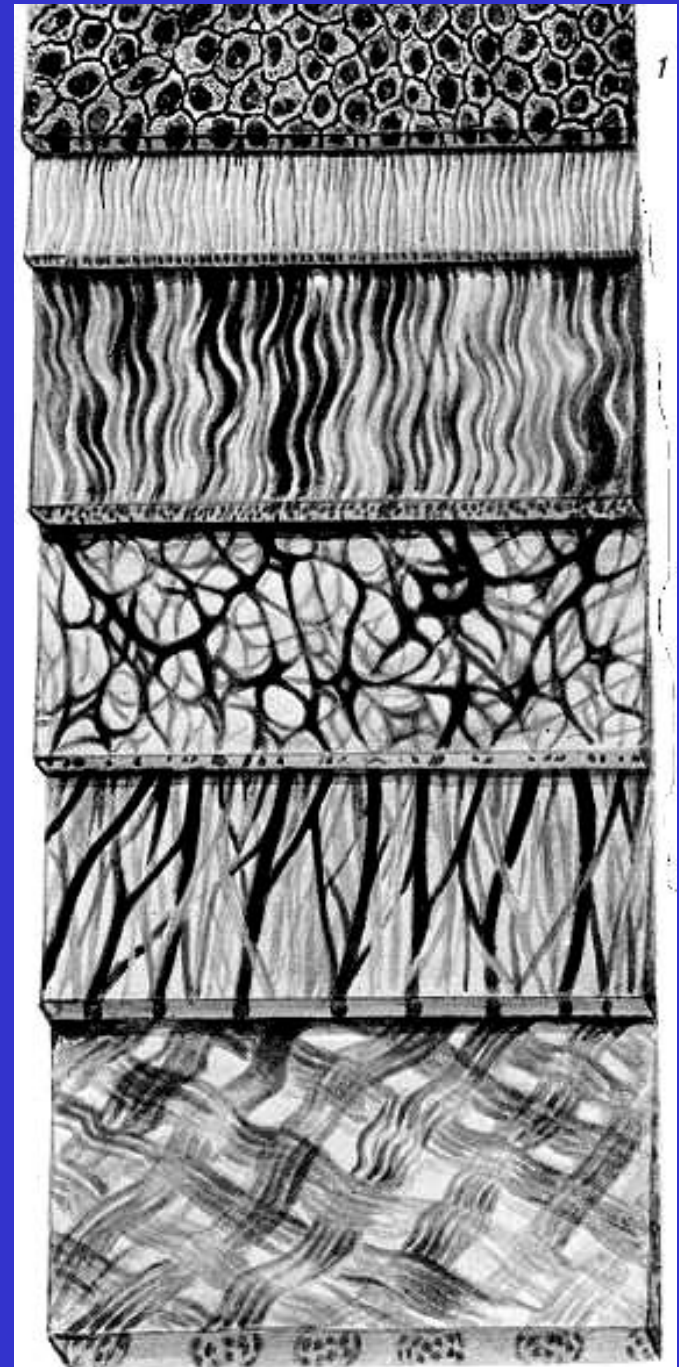


ЭМБРИОГЕНЕЗ

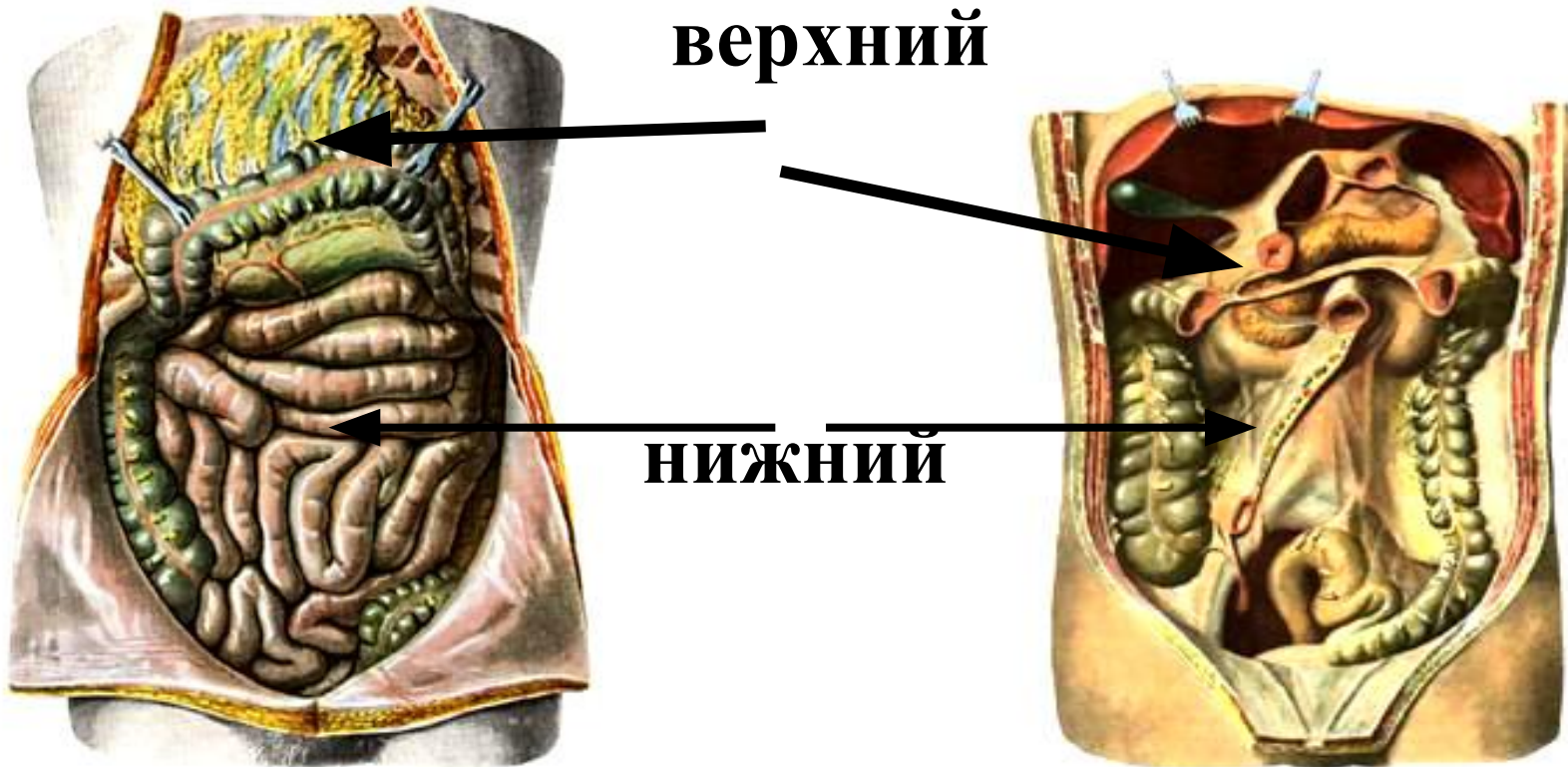
- ❑ На 3 неделе из мезодермы формируется оболочка первичной кишечной петли - предшественница брюшины.
- ❑ На 5-6 неделе с образованием желудка и 12-перстной кишки она покрывает их.
- ❑ С 3 месяца начинается внутриутробный поворот кишечной трубки против часовой стрелки и формируются все отделы желудочно-кишечного тракта, а брюшина покрывает внутренние органы.
- ❑ К 5 месяцу все органы брюшной полости сформированы и покрыты брюшиной.

Строение брюшины

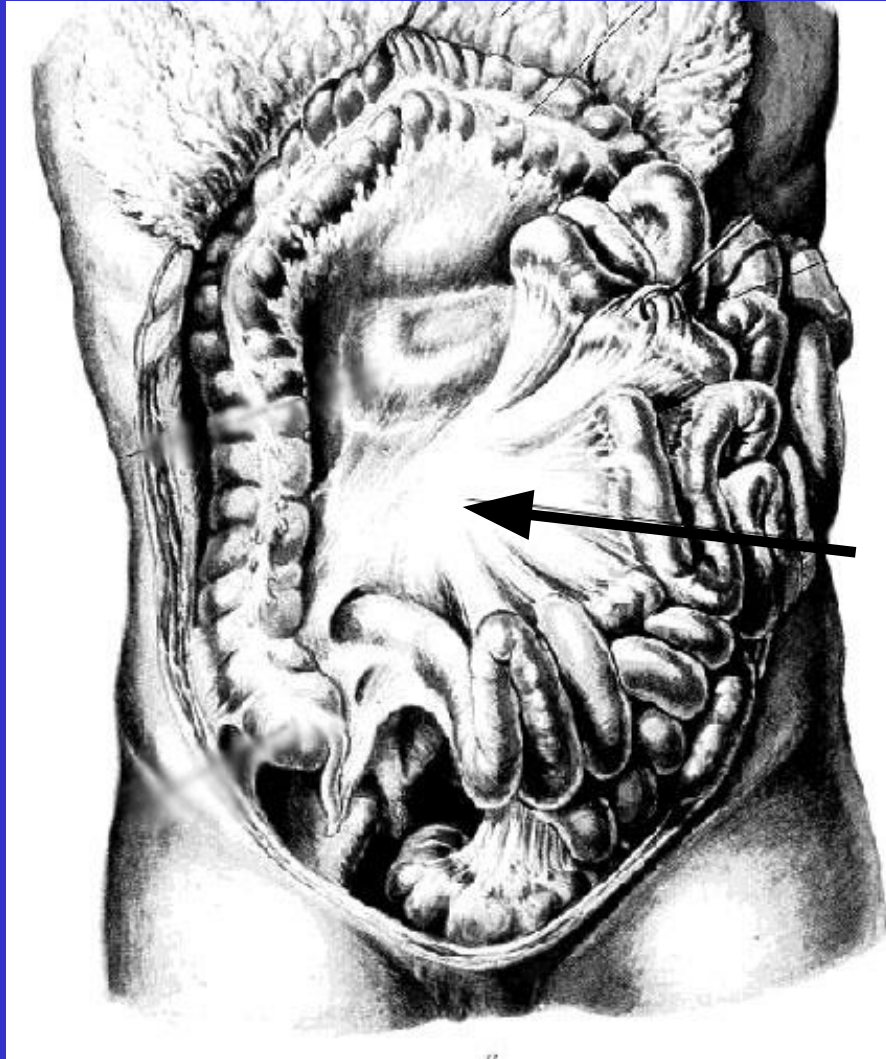
- I. Мезотелий.
- II. Пограничная базальная мембрана.
- III. Поверхностный волокнистый коллагеновый слой.
- IV. Поверхностная неориентированная эластическая сеть.
- V. Глубокая продольная эластическая сеть.
- VI. Глубокий решётчатый коллагеново-эластический слой.

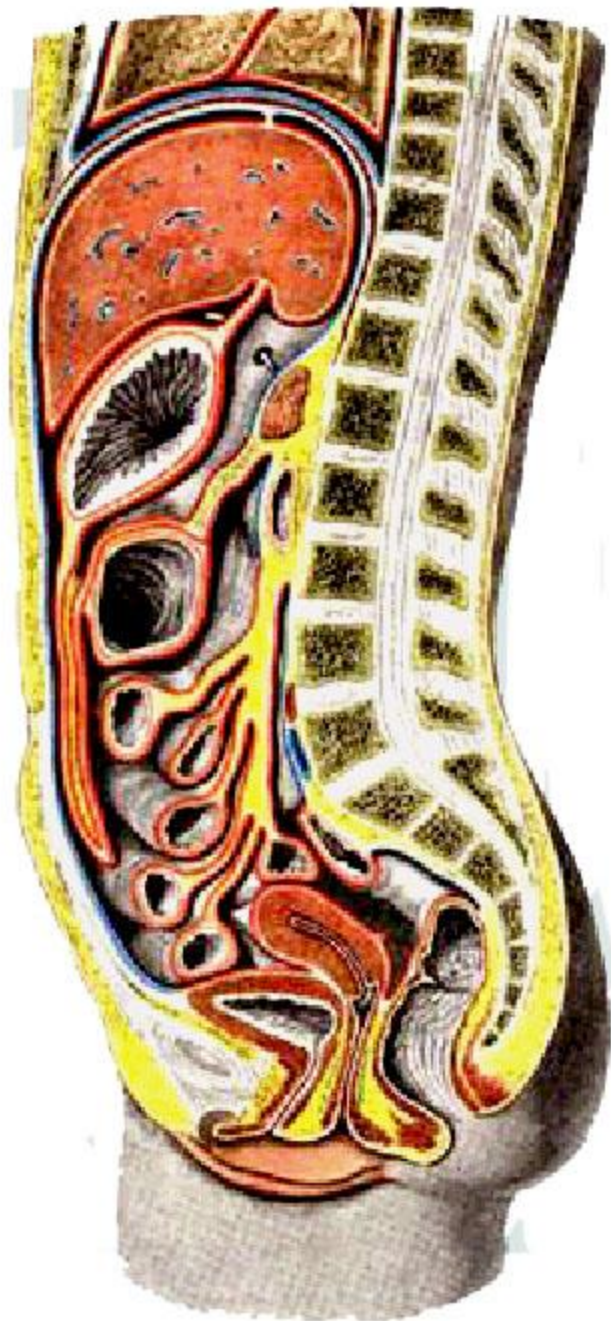
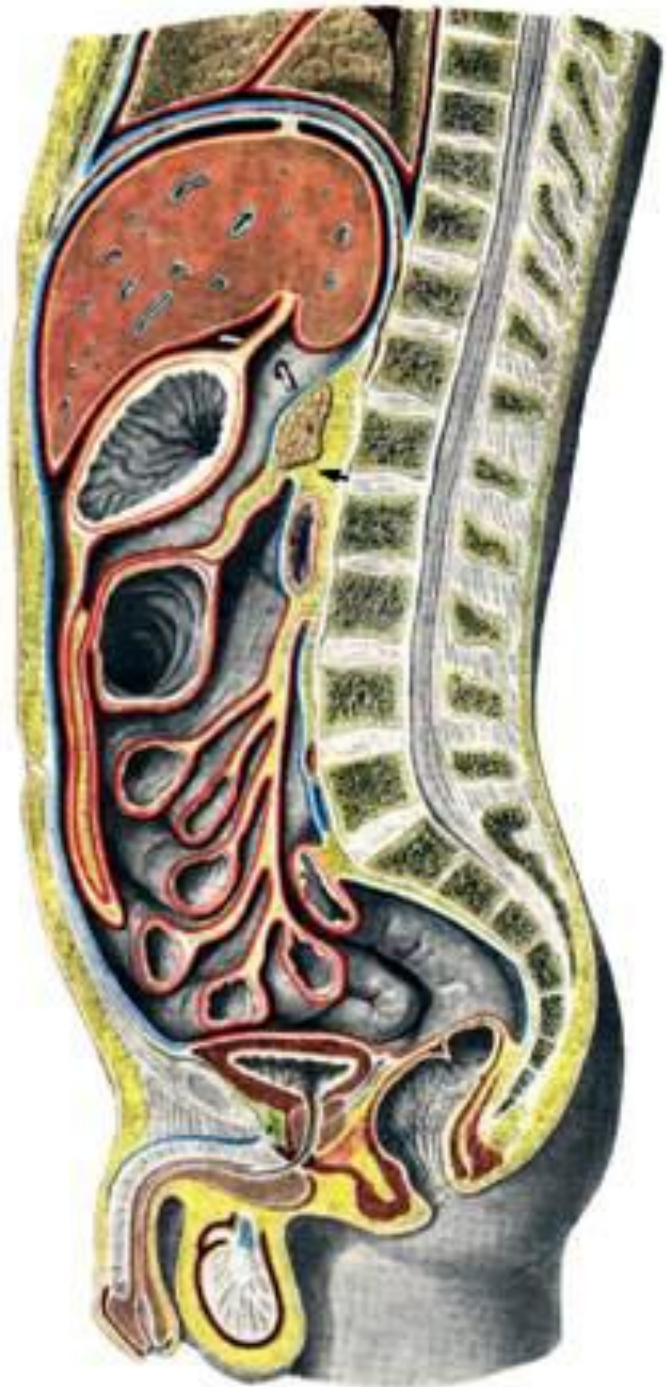


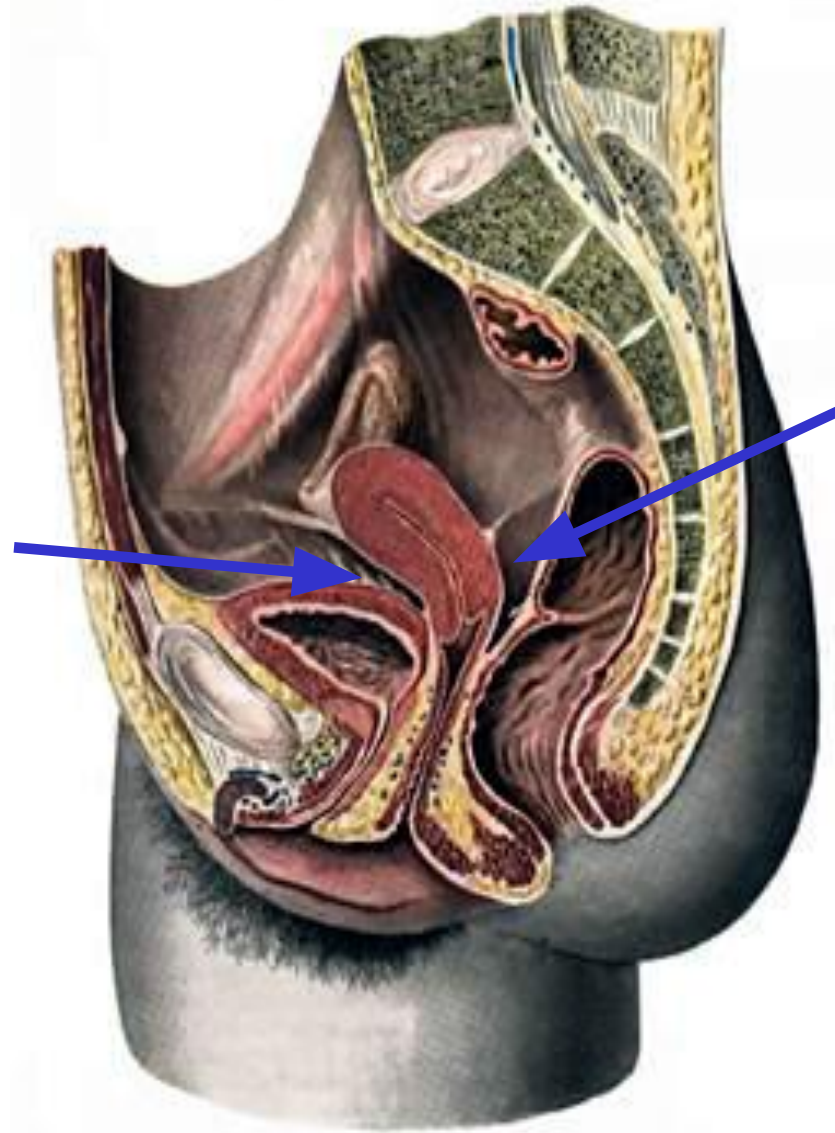
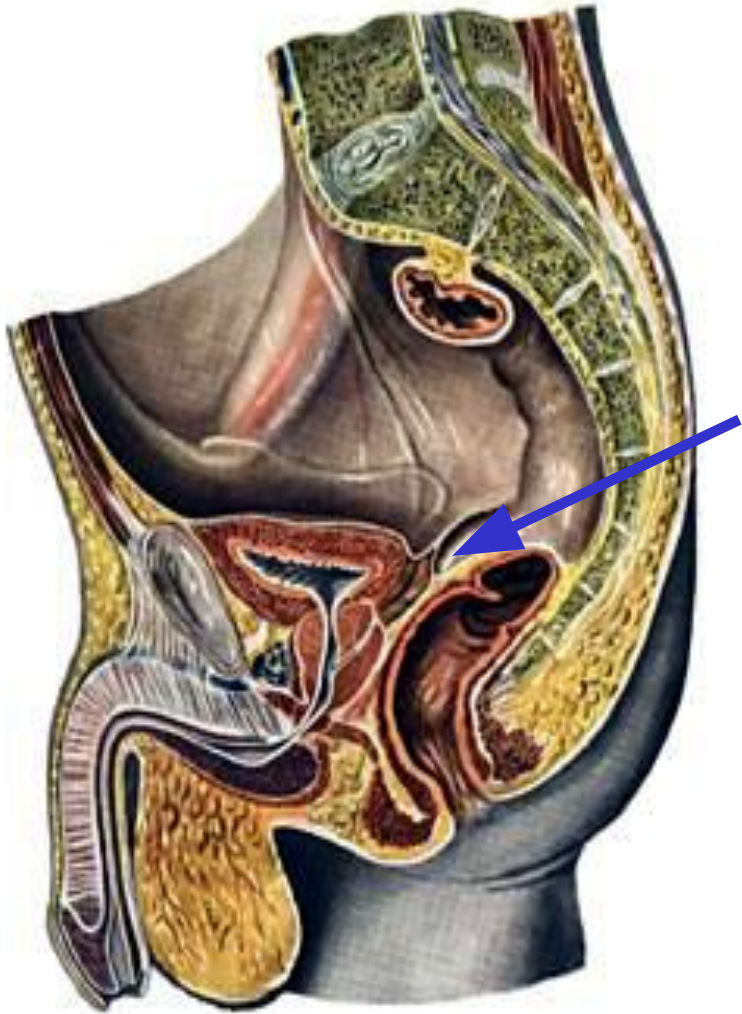
Брюшная полость делится
брыжейкой поперечно-ободочной кишки
на 2 этажа - верхний и нижний.



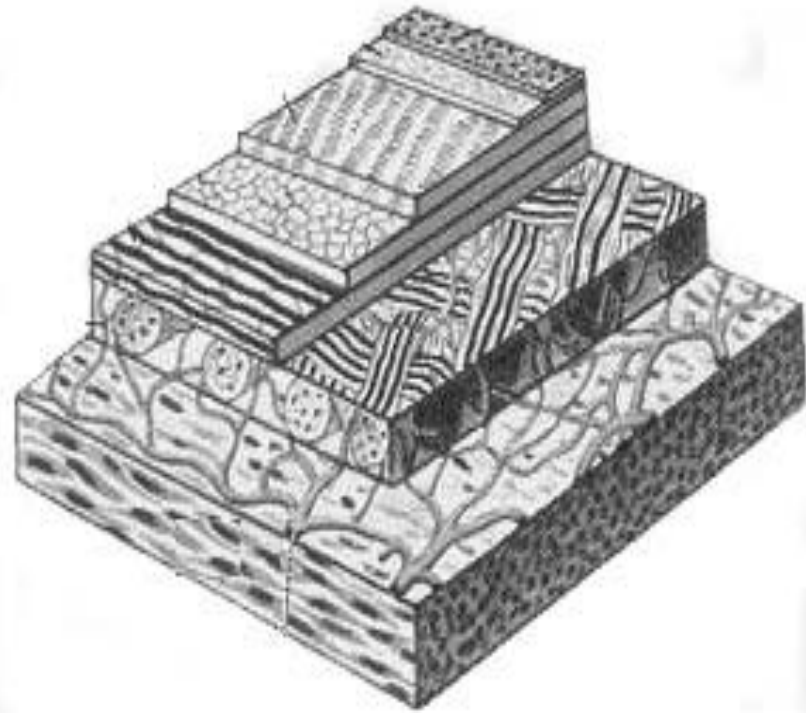
Нижний этаж полости брюшины брыжейкой тонкой кишки делится на левый и правый брыжеечные синусы







Большой сальник: 4 слоя брюшины, артерии, вены, лимфатические сосуды, соединительная ткань, трабекулы, жировая ткань, клеточные скопления («млечные пятна»), монослой эпителия.



Функции большого сальника

- «жандарм брюшной полости» - защитная функция - до 15% всей резорбции из брюшной полости, всегда устремляется в зону воспаления для отграничения процесса от остальных отделов брюшной полости;
- выработка компонентов клеточного и гуморального иммунитета.
- оказывает гемостатическое действие,
- фактором реваскуляризации и реиннервации органов и систем.

Все органы брюшной полости имеют определенное отношение к брюшине:

- I. **Интраперитонеально** (со всех сторон покрыты брюшиной) - при поражении этих органов перитонит развивается быстро и всегда.
- II. **Мезоперитонеально** (с трёх сторон покрыты брюшиной) - при их поражении перитонит развивается также быстро и часто, но не всегда.
- III. **Ретроперитонеально** (забрюшинно) - при поражении этих органов перитонит развивается поздно и редко.

ФУНКЦИИ БРЮШИНЫ

1. **Секреторная.**
2. **Всасывательная** (брюшная полость в норме за сутки секретирует и всасывает до 60 л жидкости).
3. **Защитная** (выработка факторов клеточного и гуморального иммунитета).
4. **Пластическая** (функция отграничения очага при воспалении или травме, а также достаточно быстрой регенерации).
5. **Фиксации органов** (принимает участие в формировании складок, связок, брыжеек и т.д.).

ЭТИОЛОГИЯ

1. Асептический

Причины - попадание биологических жидкостей (кровь, моча, желчь) и химических веществ.

2. Микробный

Причины микробного перитонита:

- воспаление органов ЖКТ,
- прободение или травма органов ЖКТ,
- переход инфекции со смежных органов (*например, из забрюшинного пространства при гнойном паранефрите*),
- занос инфекции извне (гематогенно, лимфогенно), - (*например, через женские гениталии или зону кишечного шва*).

Деление на эти две формы заболевания условно, т.к. асептический перитонит с течением времени всегда переходит в микробный

В абсолютном большинстве случаев перитонит - вторичный процесс, обусловленный заболеваниями или травмами органов брюшной полости.

Абсцессы печени

Перфорация ЖП

**Перфорации
язвы 12ПК**

**Несостоятельность
анастомоза**

Перфорация кишки

**Перфоративный
аппендицит**

Болезнь Крона

Инфаркт селезенки

Перфорация язвы

Панкреонекроз

Язвенный колит

Мезотромбоз

Перфорация Меккелева
дивертикула

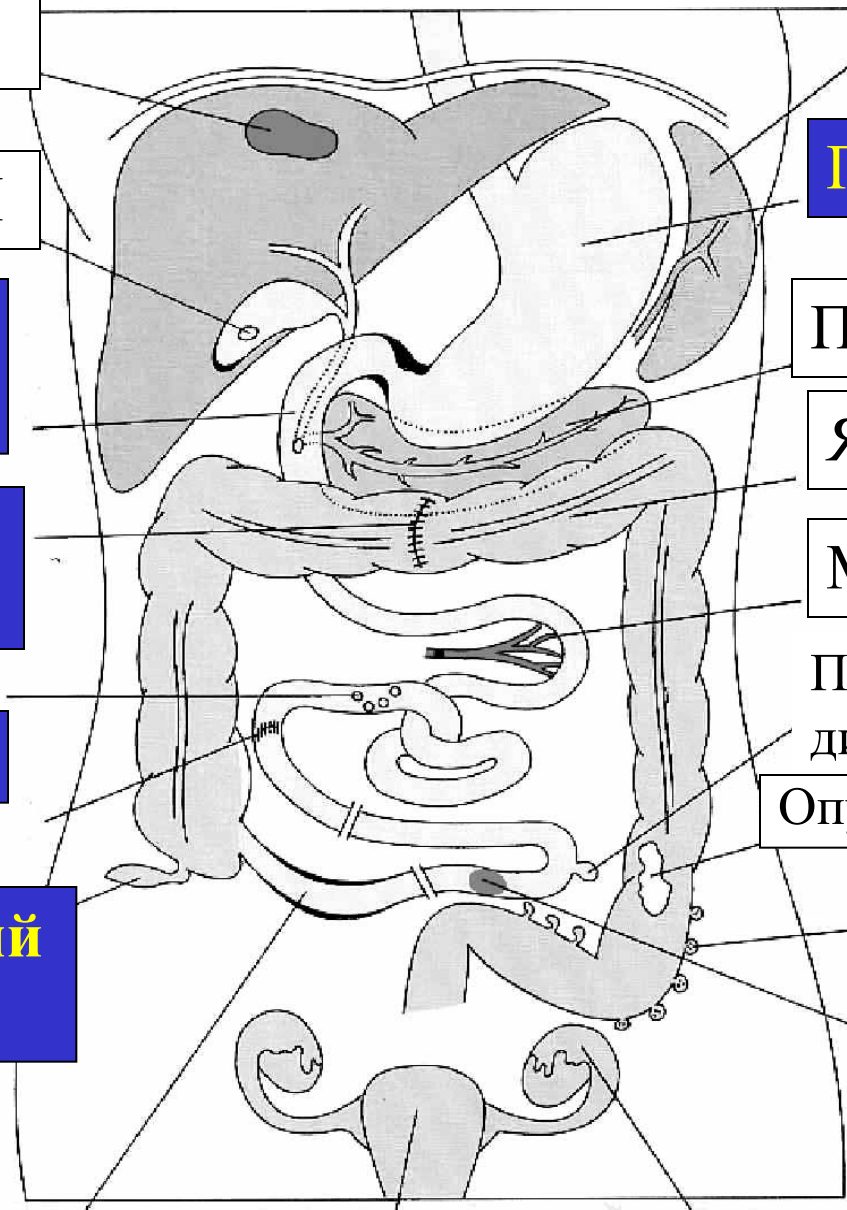
Опухоль с перфорацией

Дивертикулы

Энтерит

Перфорация матки

Аднексит с перфорацией



Отдел ЖКТ	Содержание микроорганизмов	Соотношение аэробы:анаэробы
Желудок	$0-10^3$	Анаэробы редко
Проксимальная часть тонкой кишки	$0-10^5$	10:1
Терминальный отдел подвздошной кишки	10^3-10^9	1:100
Толстая кишка	В сухом остатке каловых масс микроорганизмы – 60%	1:1000

Микрофлора при перитоните:

- ✓ наиболее часто - поливалентная аэробно-анаэробная микрофлора кишечного происхождения.
- ✓ только аэробы - 14-20%,
- ✓ только анаэробы - 5-10%.

Аэробы:

- А. энтеробактерии (кишечная палочка),
- В. стафилококки,
- С. стрептококки,
- Д. энтерококки,
- Е. палочка сине-зелёного гноя

Анаэробы:

популяция факультативной (неклостридиальной) микрофлоры.

- А. бактероиды,
- В. пептококки,
- С. пептострептококки,
- Д. фузобактерии.

Инфекция (избыточная микробная нагрузка)



Воспаление брюшины



Взаимодействие бактерий с макрофагами и нейтрофилами- фагоцитоз



**Поступление медиаторов воспаления в кровь
(цитокины, интерлейкины, ФНО)**

Системные нарушения:

- ✓ Гипертермия,
- ✓ Вазодилатация,
- ✓ Гиповолемия,
- ✓ Гиперкоагуляция,
- ✓ Ацидоз.

Парез кишечника:

- ✓ Колонизация,
- ✓ Секвестрация,
- ✓ Водно-электролитные нарушения,
- ✓ Гипопротеинемия

**ТКАНЕВАЯ
ГИПОКСИЯ**

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Патологическая анатомия

- ✓ **Брюшина:** гиперемия, отёк, отложения фибрина, полиморфно-клеточная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев, гнойное расплавление, очаговые некрозы, затем -организация фибрина – спайки - деформация органа.
- ✓ **Кишечник:** гиперемия, отек, лейкоцитарная и микробная инфильтрация всех слоев кишечной стенки, дегенерация интрамуральных нервных сплетений, склеивание петель фибрином, в более поздние сроки - организация фибрина — спайки — деформация органа.
- ✓ **Паренхиматозные органы:** отёк, дистрофия, дегенерация, некрозы, очаги клеточной инфильтрации, в более поздние сроки - развитие соединительной ткани с нарушением их функции.
- ✓ **Нервная система:** интерстициальный отёк, дистрофия, дегенерация, клеточная инфильтрация, поражение периферических нервных ганглиев, менингоэнцефалит.

Классификации перитонита

По течению:

- Острый,
- Хронический

По этиологии

- Асептический,
- Микробный.

По происхождению:

- Воспалительный,
- Травматический,
- Послеоперационный,
- Гематогенный,
- Лимфогенный.

По характеру экссудата:

- Серозный,
- Гемморагический,
- Фибринозный,
- Гнойный,
- Гнилостный (ихирозный)
- Сочетание

Классификация перитонита по распространенности патологического процесса

1. МЕСТНЫЙ

□ **Ограниченный** – воспалительный инфильтрат, абсцесс.

□ **Неограниченный** – ограничивающий сращений нет, воспалительный процесс локализуется в одной из анатомических областей брюшной полости.

2. РАСПРОСТРАНЕННЫЙ

□ **Диффузный** – брюшина поражена на значительном протяжении, но процесс охватывает не более чем, 2-4 анатомические области брюшной полости.

□ **Разлитой** – поражена брюшина двух этажей брюшной полости.

□ **Общий** – тотальное поражение всего серозного покрова органов и стенок брюшной полости.

Стадии перитонита:

I. **Реактивная** (первые 24 часа)-
нервно-рефлекторная реакция,
экссудативная реакция
брюшины;

✓ **Нейро-рефлекторная
фаза;**

✓ **Фаза «мнимого
благополучия»**

II. **Токсическая** (24-72 часа) –
интоксикация;

III. **Терминальная** (свыше 72
часов) - глубокие нарушения
функции жизненно важных
органов и тканей

✓ **Фаза обратимой
полиорганной
недостаточности (ПОН)**

✓ **Фаза необратимой ПОН**

КЛИНИКА

- Болевой синдром,
- Диспепсический с-м,
- Воспалительный с-м,
- Перитонеальный синдром,
- С-м интоксикации,
- С-м кишечной непроходимости,
- С-м полиорганной недостаточности

Болевой синдром:

- ✓ Начало (связь с источником перитонита),
- ✓ Миграция болей (при распространении перитонита),
- ✓ Иррадиация, интенсивность, фазность.

Воспалительный синдром:

- ✓ Температурная реакция,
- ✓ Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и ускорением СОЭ.

Диспепсический синдром:

- ✓ Анорексия, тошнота, рвота,
- ✓ Неотхождение газов и стула, тенезмы.

Перитонеальный синдром:

- ❑ **Внешний вид** (лицо Гиппократата; ограничение или неучастие брюшной стенки в акте дыхания),
- ❑ **Болезненность при поверхностной пальпации** (мышечное напряжение),
- ❑ **Симптомы раздражения брюшины** (Щеткина-Блюмберга, Менделя, Крымова и др., «крик Дугласа»),
- ❑ **Изменение перистальтики кишечника** (ослабление, исчезновение, патологические шумы) – симптом Матье-Склярлова (плеска), Спасокукоцкого («падающей капли»), Квистона (сердечные тоны на фоне «гробовой тишины») и др.

Синдром интоксикации

- ✓ оценивают по клиническим проявлениям,
- ✓ уровню молекул средней массы крови,
- ✓ лейкоцитарному индексу интоксикации и др.

Синдром полиорганной недостаточности

признаки печёночной, почечной, сердечно-сосудистой, мозговой, надпочечниковой, дыха-тельной, кишечной недостаточности.

ПОН включает сочетание не менее трёх органных поражений.

Реактивная стадия перитонита (первые 24 часа)

Стадия максимального выражения местных проявлений:

- ✓ резкий болевой синдром, выраженный перитонеальный синдром (защитное напряжение мышц), рвота.
- ✓ болевой шок – тахикардия, повышение АД, учащение дыхания.
- ✓ воспалительный синдром – температура до 38, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Токсическая стадия (24-72 часа)

- ✓ Стадия стихания местных симптомов и превалирования общих реакций интоксикации.
- ✓ Интоксикационный синдром – заостренные черты лица, бледность, малоподвижность, эйфория, тахикардия,

Терминальная стадия

(свыше 72 часов)

Стадия глубокой интоксикации: лицо Гиппократата, адинамия, вялость, заторможенность, значительные расстройства дыхания и ССС, падение температуры, гнойно-токсический сдвиг лейкоцитарной формулы крови, бактеремия.

Местные симптомы: отсутствие перистальтики, значительный метеоризм, разлитая болезненность по всему животу.

Ограниченный перитонит - это отграниченный от «свободной брюшной полости» воспалительный процесс, протекающий в виде двух форм - инфильтрата и абсцесса.

Причины:

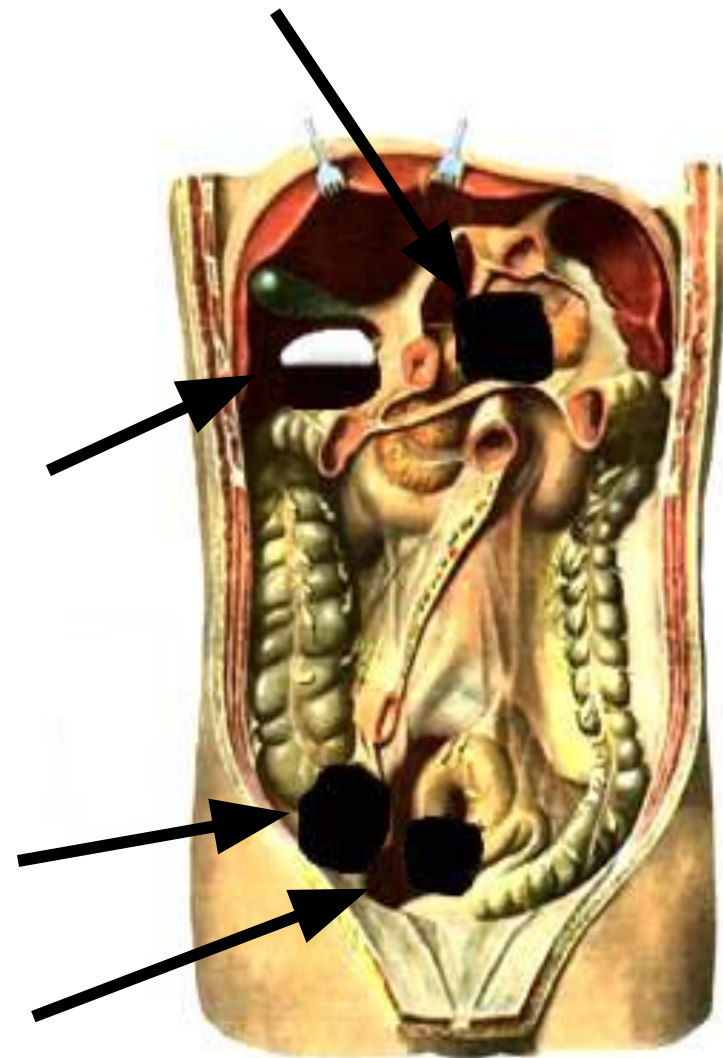
- 1) высокие пластические свойства брюшины;
- 2) относительно медленное поступление инфекционного начала в брюшную полость;
- 3) наличие инородных тел (от фрагментов пищи, особенно клетчатки. до ятрогенных факторов - марли, резины и т. д.);
- 4) изменённые экссудативно-резорбтивные свойства брюшины в определённых областях брюшной полости при воспалении (в поддиафрагмальных пространствах, карманах малого таза и т.д.).

Этапы развития ограниченного перитонита

- I. **Воздействие этиологического начала.**
- II. **Развитие локального воспаления** с пластической реакцией со стороны окружающих органов (сальника, кишечника и т. д.).
- III. **Инфильтративно-воспалительные изменения** в прилежащих окружающих органах и тканях. Морфологически- полиморфно-ядерноклеточная инфильтрация тканей, сосудистая реакция и отёк. Клинически - воспалительная опухоль (инфильтрат) в брюшной полости.
- IV. **Стадия исхода** (имеются два варианта):
 - A. **инволюция** (*рассасывание*) инфильтрата,
 - I. **абсцедирование.**

Формы ограниченного перитонита в зависимости от локализации:

- ▶ аппендикулярный инфильтрат (абсцесс);
- ▶ поддиафрагмальный инфильтрат (абсцесс);
- ▶ подпечёночный инфильтрат (абсцесс);
- ▶ межкишечный инфильтрат (абсцесс);
- ▶ тазовый инфильтрат (абсцесс);
- ▶ инфильтрат (абсцесс) сальниковой сумки.



ТАКТИКА ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ РАЗНООБРАЗНА.

Главные принципы лечения:

1 в стадии инфильтрата - интенсивное консервативное лечение,

2 при абсцедировании –

3 внебрюшинное, внеплевральное вскрытие и дренирование гнойника.

4 дренирование под контролем УЗИ, КТ

Пневмококковый перитонит

(возбудитель — пневмококк).

- ✓ возникает на фоне или после перенесенной пневмонии, чаще у детей и ослабленных пациентов;
- ✓ отмечаются герпес, цианоз, тахипноэ, выраженная интоксикация, неукротимая рвота, понос, выраженный воспалительный синдром, симптоматика со стороны органов дыхания.
- ✓ диагноз ставится на основании клиники и R-исследования органов грудной клетки либо при лапаротомии, утяжеляющей состояние пациента и прогноз болезни.

Стрептококковый перитонит (β -гемолитический стрептококк).

- возникает на фоне рожистого воспаления, фурункулёза, пиодермии, бактериального эндокардита, ангины, ревматизма;
- в клинике мало специфических симптомов: превалируют перитонеальный, воспалительный, диспептический, интоксикационный синдромы;
- лечение - оперативное.

Гонококковый перитонит

(возбудитель-диплококк Нейссера).

- возникает у женщин как следствие восходящей гонореи, часто связан с менструальным циклом;
- в клинике преобладают признаки пельвеоперитонита,
- генитальные изменения (гнойные выделения из половых путей, уретрит, при посеве гноя -диплококк Нейссера),
- менее выражены интоксикация и перитонеальные симптомы,
- Диагноз ставится на основании анамнеза, специального гинекологического обследования, мазка или пунктата заднего свода влагалища.
- Лечение возможно и консервативное.

Туберкулёзный перитонит

(возбудитель - микобактерия туберкулёза).

- типичная клиника распространённого перитонита;
- при операции (лапароскопии) - миллиарный туберкулёз брюшины;
- множественные бугорковые высыпания по брюшине и серозный экссудат (при биопсии узелков – кругло-клеточные гранулёмы с клетками типа Пирогова-Ланхганза);
- в клинике имеют место признаки основного очага;
- лечение, по возможности, консервативное (по принципам лечения туберкулёза).

Хронический перитонит - воспалительные процессы в брюшной полости, характеризующиеся длительным (хроническим) течением.

1. Туберкулёзный хронический перитонит может протекать как: экссудативный (асцитический); бугорково-слипчивый; казеозный.

2. Раковый хронический перитонит (в большинстве случаев - диссеминация опухоли по брюшине с асцитом, в ряде случаев перитонит имеет микробный характер - инфицирование асцитической жидкости или микроперфорации опухоли).

3. Адгезивный (пластический) хронический перитонит - хроническая вегетация микрофлоры на брюшине, снижение местного иммунитета и сенсibilизации - прогрессирующий спаечный процесс в брюшной полости.

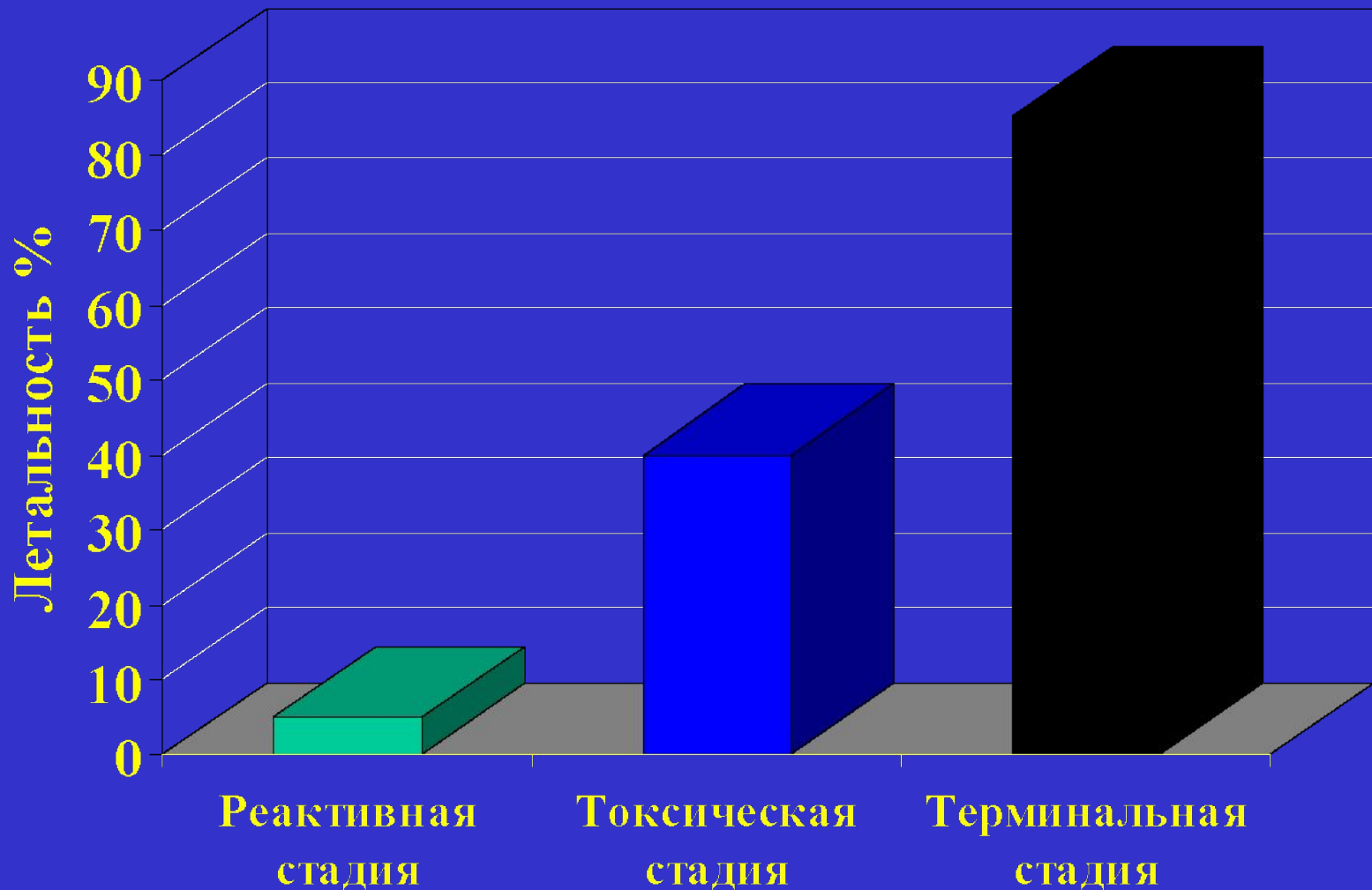
4. Хронический оментит (эпиплоит) - хроническое воспаление большого сальника.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

Лечение перитонита должно быть:

- Своевременным
- Этиотропным
- Патогенетически обоснованным
- Комплексным

Своевременность лечения



Закономерность: чем раньше начато лечение перитонита, тем лучше прогноз

Этиотропность лечения перитонита:

- ✓ **Устранение причины** – при прободении полого органа – ушивание, резекция или экстрAPERитонизация.
- ✓ **Воздействие на основное этиологическое начало перитонита** - поливалентную микробную флору кишечного происхождения.

Комплексное лечение

включающее все эффективные современные лечебные направления хирургического и терапевтического лечения

- Предоперационная подготовка.
- Хирургическое лечение (операция).
- Интенсивное лечение в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка проводится:

- всем больным в токсической и терминальной стадиях заболевания;
- ослабленным пациентам и больным с сопутствующей патологией;
- всем детям, пациентам пожилого и старческого возраста;
- больным с признаками инфекционно-токсического шока.

Предоперационная подготовка включает:

- Купирование болевой реакции (нарк.анальгетиков, блокады).
- Удаление содержимого желудка и толстой кишки (назогастральный зонд, клизма).
- Дезинтоксикационная терапия (в/в введение кристаллоидных и коллоидных растворов, кровезаменителей, препаратов крови).
- Стабилизация сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности, обмена веществ (сердечные гликозиды, кортикостероиды, вазопрессоры).
- Введение внутривенно антибиотиков широкого спектра действия

Операция при перитоните необходима для:

- ✓ устранения источника перитонита;
- ✓ устранения источника интоксикации (экссудат, кишечное содержимое);
- ✓ лаважа и дренирования брюшной полости;
- ✓ подведение антибактериальных средств.

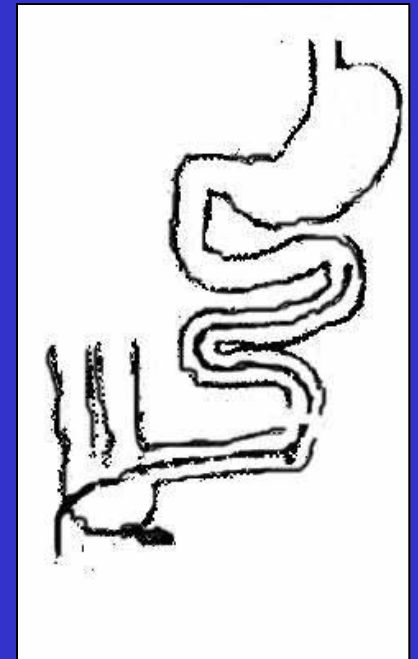
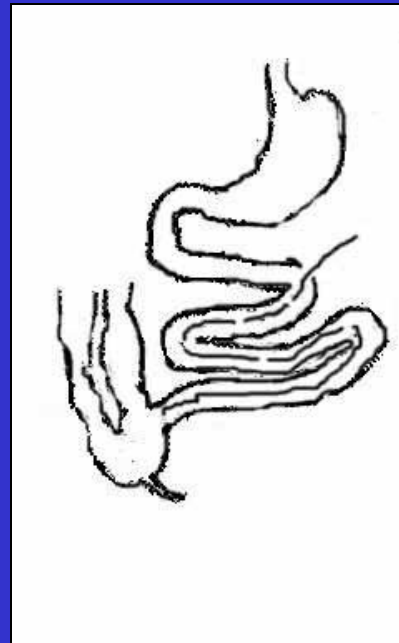
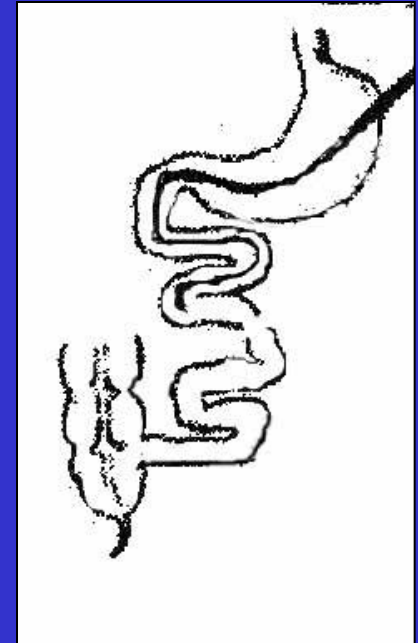
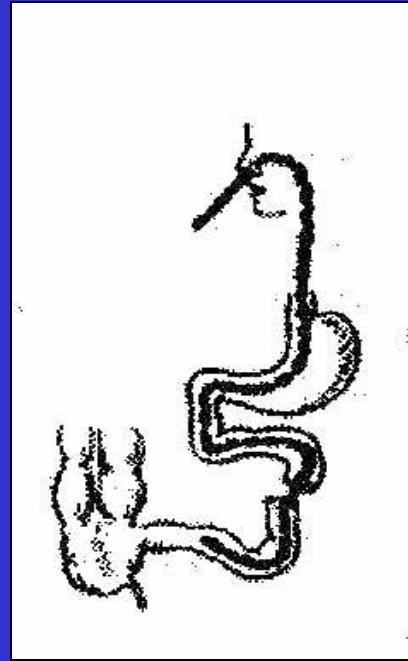
- **Обезболивание** - комбинированный эндотрахеальный наркоз (*при стабильной гемодинамике рационально применение перидуральной или спинномозговой анестезии*).
- **Доступ - лапаротомия.** *В отдельных случаях при известном источнике перитонита применяются локальные доступы над очагом.*
- **Операция должна быть:** 1) быстрой, 2) асептической, 3) атравматичной, 4) безболезненной.

Задачи оперативного вмешательства:

- Эвакуация патологического содержимого брюшной полости с забором материала для микробиологического исследования.
- Устранение источника перитонита (при невозможности его полного удаления - отграничение источника от «свободной брюшной полости»).
- Декомпрессия кишечника
- Дренирование брюшной полости.

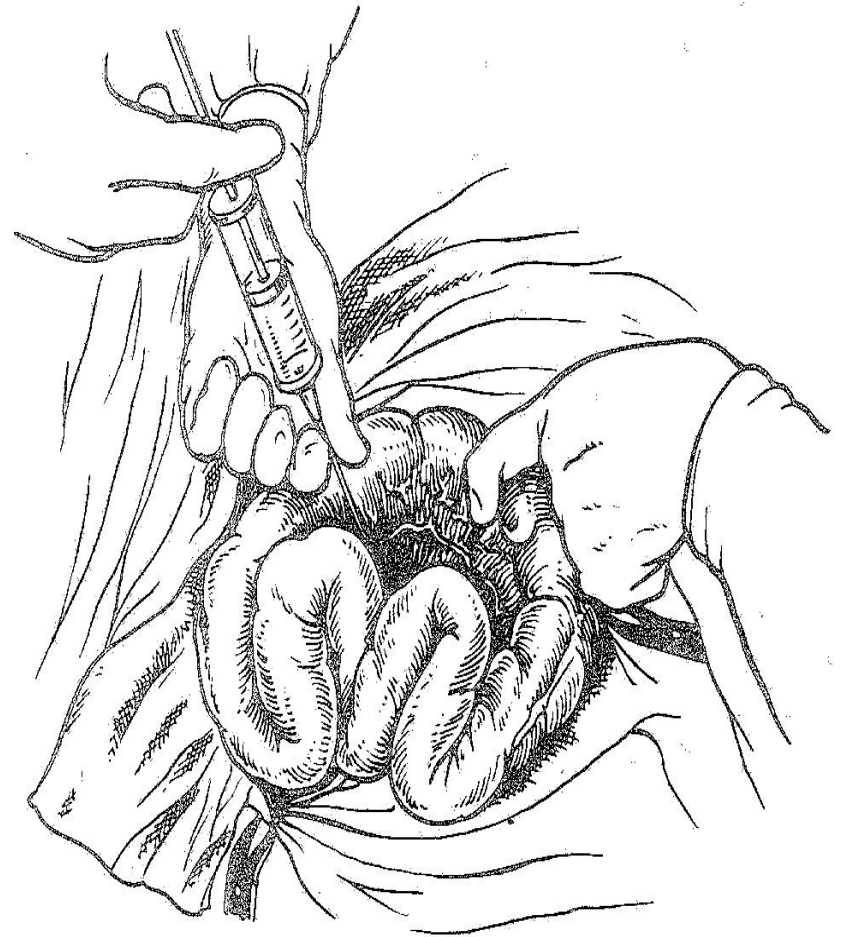
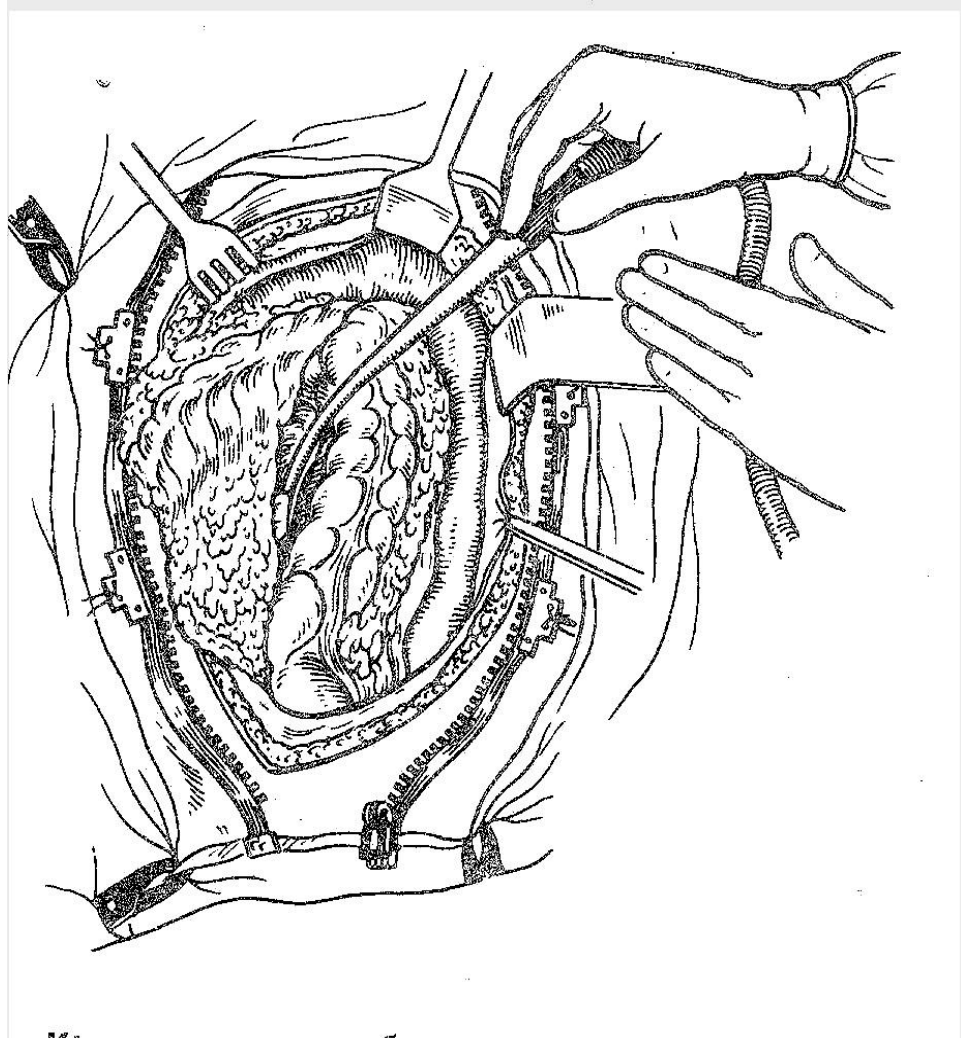
ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА

- Желудочным зондом
(малоэффективно);
- назогастроинтестинальная
(предпочтительнее всего, с
применением специальных
зондов длиной до 3-3,5 м);
- через гастростому (по Ю.М.
Дедереру);
- через илеостому (по И.Д.
Житнюку);
- через цекостому
(аппендикоцекостому);



Важный этап оперативного лечения перитонита - промывание (лаваж) брюшной полости.

- проводится большим количеством антисептика (до 10 л),
- по принципу «столько, сколько нужно» - для механической очистки брюшной полости от экссудата, детрита, фибрина, пищи, микроорганизмов и токсических веществ.
- используются растворы гипохлорита натрия, фурациллина, хлоргексидина, диоксидина, и др.



Дренирование брюшной полости.

Тампоны оставляются в брюшной полости:

- ✓ при невозможности ликвидации источника перитонита,
- ✓ наличии гнойно-некротических очагов, вскрывшихся в брюшную полость, которые не могут быть удалены,
- ✓ для остановки диффузного кровотечения.

Правила постановки тампона:

- ✓ Тампон ставится прямо над очагом через контрапертуру.
- ✓ Тампон нельзя гофрировать.
- ✓ Удаляется тампон через 6-8 суток при инфекционном процессе и на 2-е сутки при его постановке с целью гемостаза.

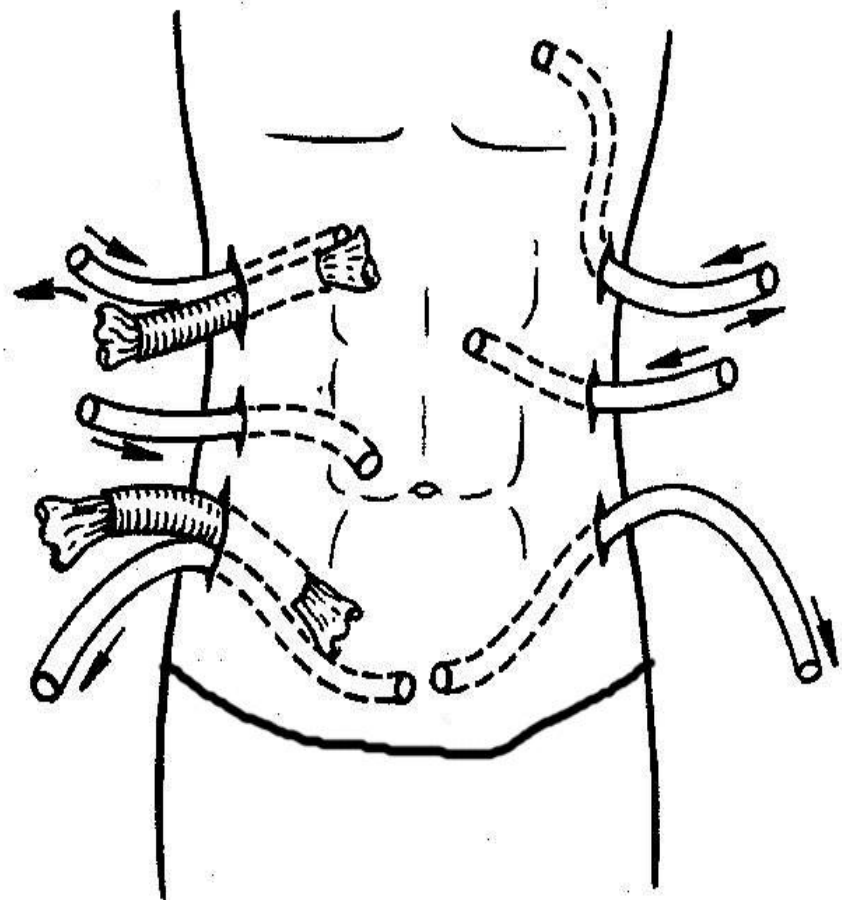
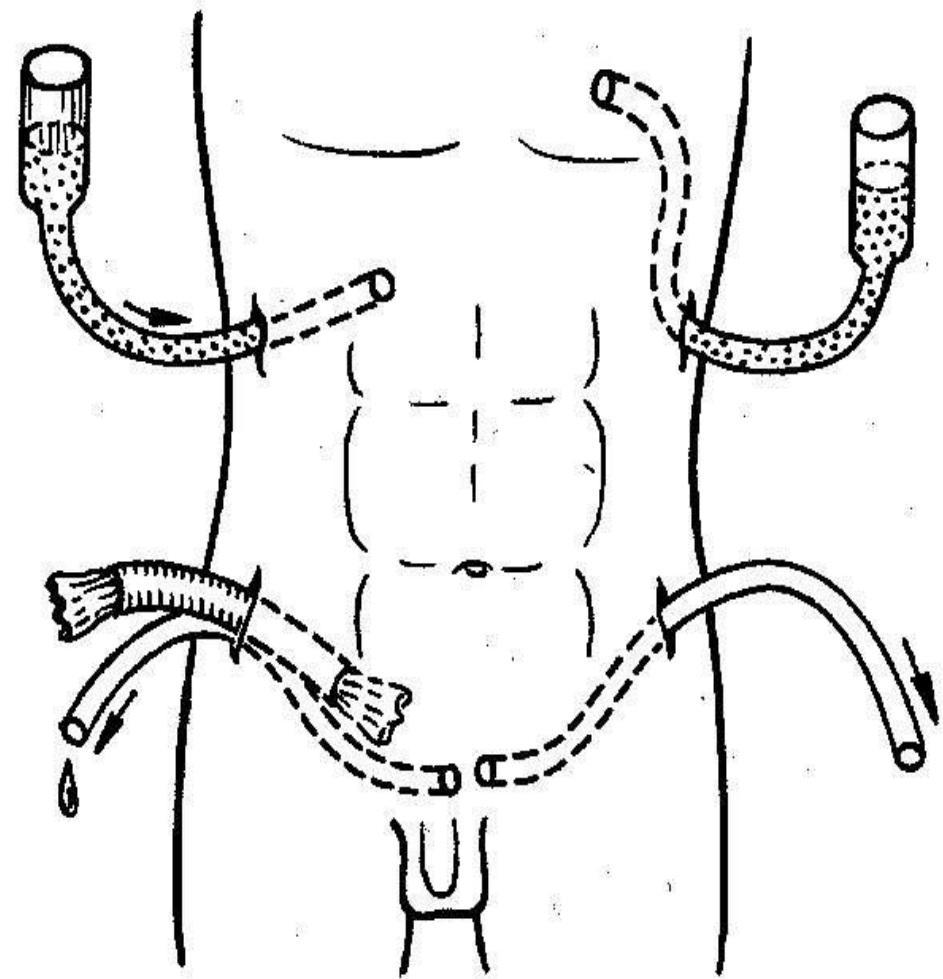
Дренирование трубчатými дренажами.

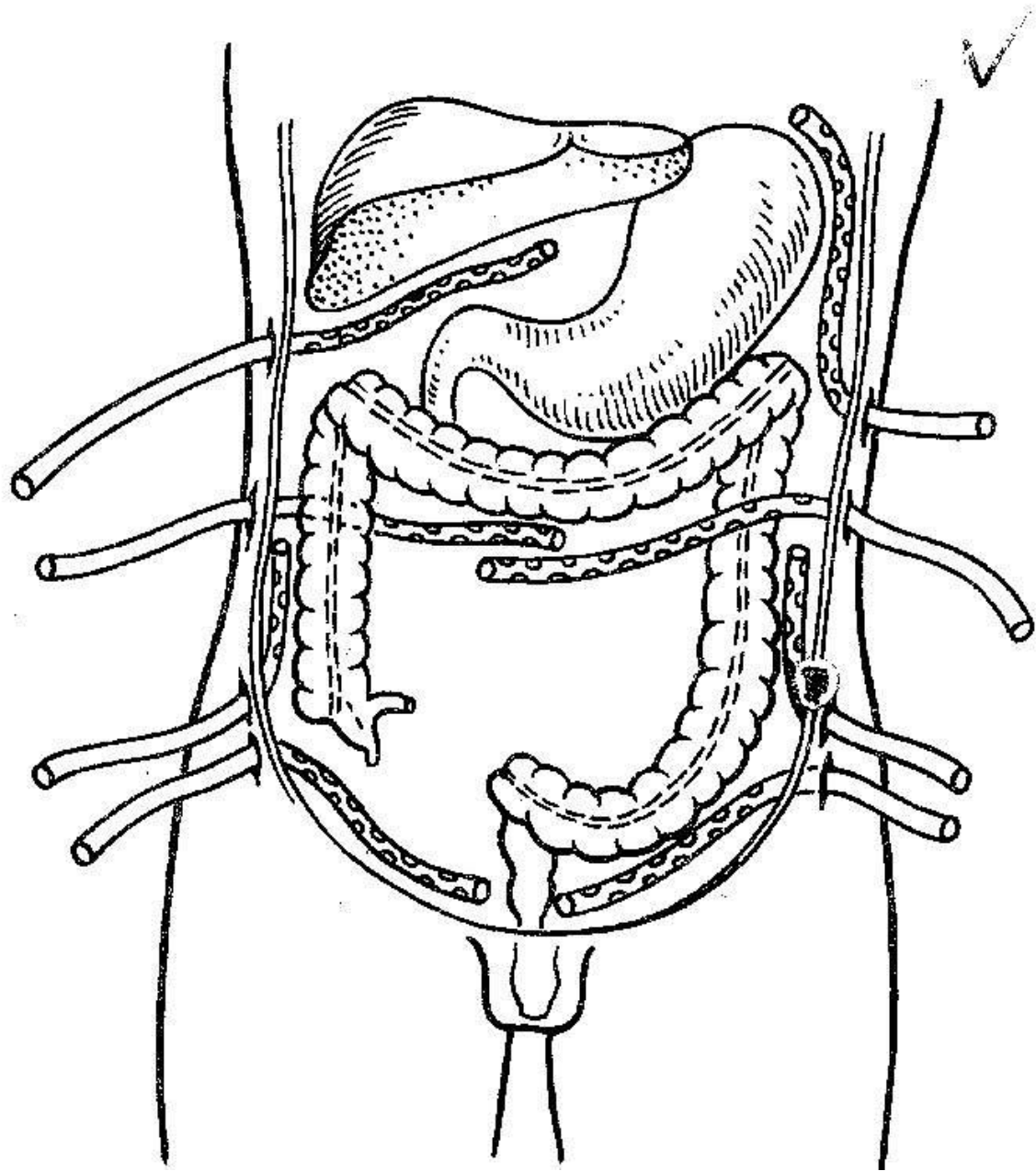
Трубчатые дренажи предназначены:

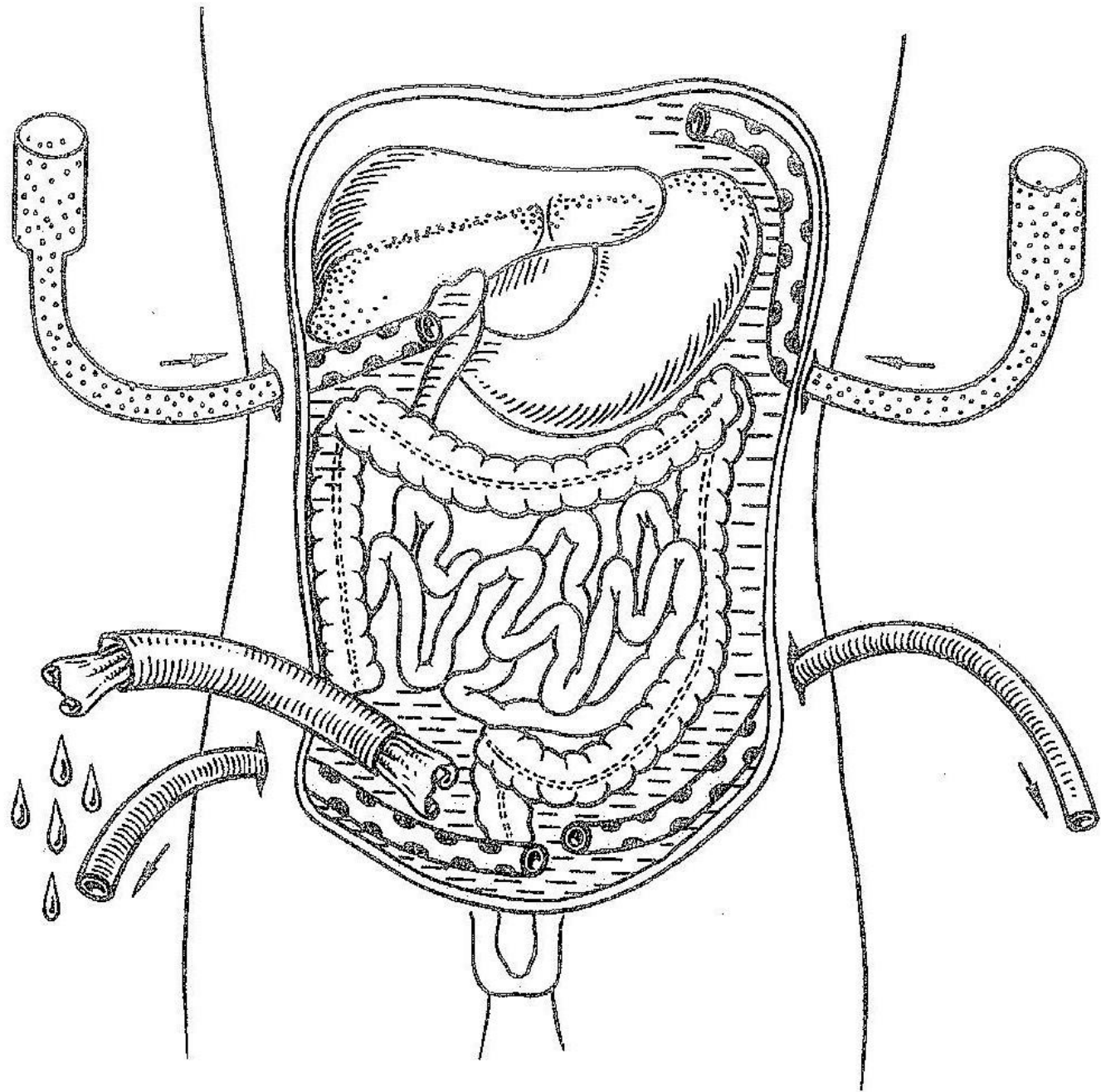
- для удаления патологического экссудата из поражённых отделов брюшной полости,
- для подведения туда антибактериальных препаратов,
- для контроля за состоянием брюшной полости.

Правила постановки дренажей:

- количество дренажей определяется распро-странённостью процесса в брюшной полости,
- ставятся в отлогих местах (по правилам гидродинамики с учётом анатомических и позиционных особенностей);
- вводятся через контрапертуры;
- удаляются через 3-5 суток (по показаниям могут оставаться в брюшной полости до 8 и более суток);
- удлиняются через стерильную систему и баночку с антисептиком или стерильный пакет для пассивного оттока или (в ряде случаев) подсоединяются к системе активной аспирации.







Окончание операции.

В абсолютном большинстве случаев применяется ушивание раны.

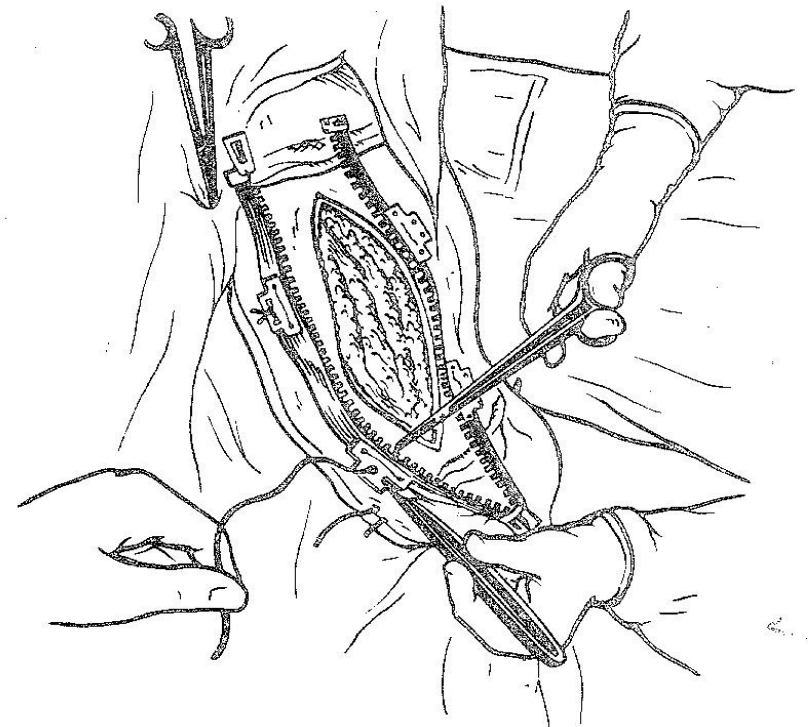
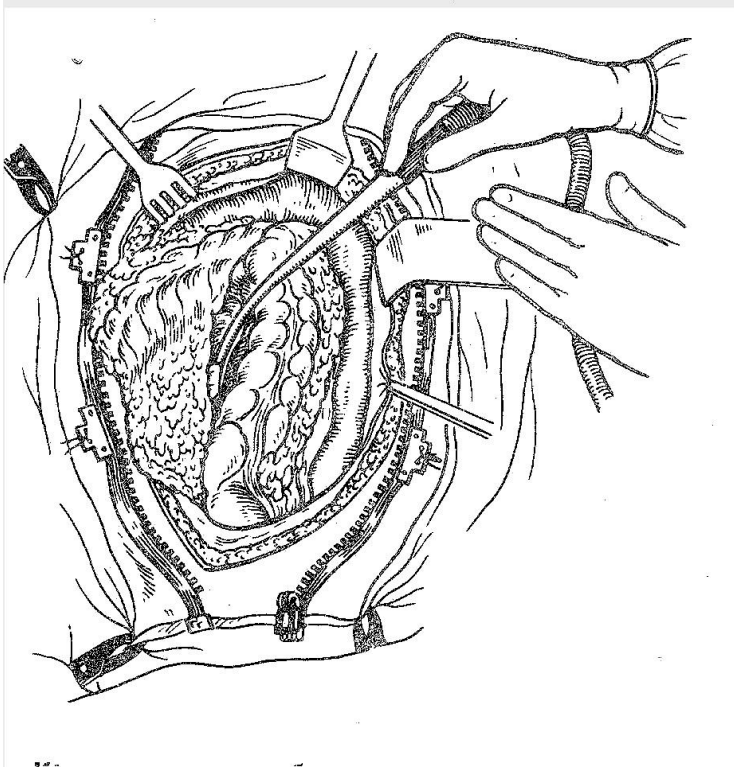
Для профилактики нагноения раны подкожная клетчатка дренируется:

- ✓ резиновыми выпускниками или марлевыми турундами;
- ✓ по Редону - активная аспирация с помощью «груши» или «гармошки»;
- ✓ по Шансеньеру - проточно-промывное дренирование раны сквозной перфорированной трубкой;
- ✓ по Каншину - аспирационно-промывное дренирование при помощи двухпросветной трубки.

При запущенном перитоните иногда применяют открытый или полукрытый методы ведения брюшной полости.

1) Открытый метод - лапаротомия.

2) Полуоткрытый метод - метод программированной релапаротомии или этапных санаций брюшной полости.



Антибактериальная терапия:

- Должна быть начата сразу же после постановки диагноза перитонита, выбор препаратов должен учитывать источник перитонита, возраст пациента, сопутствующую патологию, предшествующее лечение, степень эндотоксикоза.
- В ходе лечения может потребоваться смена антибактериальных препаратов в зависимости от результатов бактериологических посевов и клинических проявлений.
- При тяжелом течении распространенного перитонита необходимо схем суперсильного спектра: фторхинолоны или карбапенемы в сочетании с ванкомицином либо меропенем (меропенем).
- Внутривенное либо внутримышечное назначение антибактериальных препаратов должно дополняться внутрибрюшным, внутриартериальным и эндолимфатическим.

Борьба с парезом кишечника и синдромом кишечной недостаточности:

- зондовая декомпрессия кишечника;
- клизмы (гипертонические);
- новокаиновые блокады;
- компресс на живот (масляный, полуспиртовой);
- фармакологическая стимуляция (прозерин, серотонина адипинат, физостигмин, 10%-ный раствор поваренной соли, убретид, др.);
- продлённая перидуральная анестезия;
- электростимуляция кишечника;
- энтеральный диализ, энтеросорбция;

Н.В. Послеоперационный парез кишечника следует отличать от вялотекущего перитонита.

Борьба с болевым синдромом:

1. Первые 4-5 суток – наркотические анальгетики.
2. Эпидуральная блокада,
3. Новокаиновые блокады.

Корректирующая инфузионно-трансфузионная терапия:

- Коррекция водно-электролитных потерь,
- Поддержание онкотического давления (декстраны, плазма),
- Улучшение микроциркуляции (глюкоза, новокаин),
- Детоксикация (иммуноглобулин, гемодез, неокомпенсан).
- Парентеральное питание со 2-3 суток.
- Коррекция нарушений гемостаза, профилактика и лечение ДВС-синдрома – (гепарин, ингибиторы протеолиза - контрикал, гордокс, трасилол, овамин; препараты реологического действия - реополиглюкин, дипиридамол, пентоксифиллин).

Профилактика и лечение дыхательной недостаточности и пневмонии:

- ИВЛ в режиме гипервентиляции,
- Санационные бронхоскопии,
- Ингаляции, вдыхание кислорода,
- Дыхательная гимнастика,
- Массаж грудной клетки,
- Отхаркивающие препараты, банки.

Дезинтоксикационная терапия

- ✓ «форсированный диурез»;
- ✓ дренирование грудного лимфатического протока;
- ✓ лимфосорбция, гемосорбция;
- ✓ плазмаферез;
- ✓ ультрафильтрация крови;
- ✓ ксеноспленосорбция,
- ✓ гемодиализ;
- ✓ перитонеальный диализ;
- ✓ интестинальные (зондовые) методы детоксикации (интестинальный диализ кишечника оксигенированными растворами, энтеросорбция);

Иммунокорригирующая терапия:

- иммуномодуляторы (тактивин, диуцифон, тималин, спленин, левомизоль, ронколейкин);
- иммуноглобулин;
- переливание иммунизированной плазмы;
- ультрафиолетовое и внутрисосудистое лазерное облучение крови.

Оценка эффективности лечения перитонита

- Разрешение перитонеального и воспалительного синдромов.
- Появление и усиление перистальтики кишечника
- Уменьшение отделяемого по дренажам и зонду.
- Уменьшение интоксикации (клинически и по данным лабораторных исследований).
- Отсутствие воспалительных инфильтратов в брюшной полости.
- Нормализация деятельности органов и систем, нормализация всех видов обмена.

Показания к релапаротомии

1. Продолжающийся перитонит.
2. Развитие ранней спаечной кишечной непроходимости.
3. Кровотечение в брюшную полость и просвет ЖКТ.
4. Гнойники брюшной полости.
5. Несостоятельность кишечного шва.

Причины летальности при перитоните

- Позднее поступление больных в стационар.
- Трудности в диагностике и ошибки при этом.
- Поздняя операция по любым причинам.
- Невозможность и невыполнение радикальной операции.
- Тяжёлые сопутствующие заболевания.
- Тактические и технические врачебные ошибки.
- Неправильное и неполноценное лечение.

Профилактика перитонита

- ❑ Своевременное лечение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости.
- ❑ Санитарно-просветительная работа среди населения.
- ❑ Борьба за раннее поступление больных в стационар.
- ❑ Асептика, методичность, атравматичность при выполнении операции.
- ❑ Рациональная антибактериальная терапия.
- ❑ Использование рациональных методик кишечного шва при операциях на пищеварительном тракте.