

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	<i>Дата</i> 2017
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Острый перитонит»</i> <i>Коды МКБ</i> (K65.0/K65.8/K65.9/K66/K66.8/K66.9/K67/K67.0/ K67.1/ K67.2/ K67.3/ K67.8) <i>Возрастная группа взрослые</i> <i>Год утверждения - 2017г.</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

Перитонит – воспаление брюшины в результате интраабдоминального

инфицирования.

Первичный перитонит – развивается в результате гематогенного или лимфогенного инфицирования брюшной полости при отсутствии внутрибрюшного источника или трансудации специфической моноинфекции из других органов.

Вторичный перитонит – наиболее частая и тяжелая форма абдоминальной инфекции, развивающейся в результате гнойно-некротических заболеваний и повреждений полых и паренхиматозных органов живота и (или) осложнений в послеоперационном периоде (например, несостоятельность анастомоза).

Третичный перитонит характеризуется персистирующим течением инфекционного процесса и развивается позже 48 ч. после успешного и адекватного хирургического лечения источника вторичного перитонита в результате контаминации брюшной полости полирезистентной нозокомиальной микробной флорой на фоне кишечной недостаточности (кишечно-брюшинная и кишечно-портальная транслокация инфекта).

1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Перитонит может быть следствием попадания в брюшную полость любых микроорганизмов, однако для каждого из них существует количественная характеристика и условия, при которых перитонит возникает. Это утверждение основывается на существовании бактерицидных и иммунных свойств брюшины. В настоящее время перитонит, как правило, вызывается смешанной флорой. Этиологические особенности существующих форм перитонита во многом связаны с различиями источников бактериальной контаминации и этапами течения перитонита. Что касается непосредственных причин перитонита, то их частота и структура на протяжении длительного времени остаётся достаточно стабильной. Среди хирургической патологии наиболее часто к возникновению перитонита приводит перфорация полого органа. В эту группу входят пациенты с травмой органов брюшной полости, перфоративной гастродуоденальной язвой, перфорациями червеобразного отростка, кишечника и несостоятельностью желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов. Мужчины болеют чаще (60-70 %). Возраст пациентов колеблется от нескольких месяцев до 80-90 лет и старше. Удельный вес больных в пожилом и старческом возрасте составляет порядка 30%.

При гнойном перитоните грамотрицательные и анаэробные бактерии, включая флору кишечника, поступают в брюшную полость. Эндотоксины, произведенные грамотрицательными бактериями, приводят к выбросу цитокинов, которые вызывают клеточные и гуморальные каскады, заканчивающиеся клеточным повреждением, а у ряда больных инфекционным шоком и синдромом полиорганной недостаточности. В частности, абдоминальный сепсис инициируется компонентом наружной мембраны грамотрицательных микроорганизмов (например, липополисахаридом, липидом А, эндотоксином) или грамположительных организмов (например, липотейхоевой кислотой, пептидогликаном), а также токсинами из анаэробных бактерий. Это приводит к высвобождению провоспалительных цитокинов, таких, как фактор некроза опухоли (TNF α) и интерлейкинов 1 и 6 (IL-1, IL-6). Они способствуют образованию токсичных медиаторов, что приводит к сложному, многофакторному синдрому, который бывает различной степени тяжести и ведет к функциональным нарушениям одного или более жизненно важных органов и систем.

2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Кодирование по МКБ 10

K65.0 Острый перитонит (при необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97))

K65.8 – Другие виды перитонита;

K65.9 – Перитонит (адгезивный) (с выпотом) (фибринозный);

K66 – Другие поражения брюшины;

10

K66.8 – Другие уточненные поражения брюшины;

К66.9 – Поражение брюшины неуточненное;
К67 – Поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках;
К67.0 – Хламидийный перитонит (А74.8*);
К67.1 – Гонококковый перитонит (А54.8+);
К67.2 – Сифилитический перитонит (А52.7+);
К67.3 – Туберкулезный перитонит (А18.3+);
К67.8 – Другие поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках.

Классификация

В настоящее время в мире насчитывается около 30 классификаций перитонита. В России – это классификации, разработанные во второй половине XX века: В. И. Стручкова и соавт. (1967), А. М. Карякина (1968), К.С. Симоняна (1971), В.Д. Федорова (1974), Б.Д. Савчука (1979), В.К. Гостищева (1992), Е.Г. Григорьева (1996), согласованная в Ростове н/Д в 2000 г. классификация В.Д. Федорова, В.С. Савельева с соавт. (2000). В зарубежной литературе до последнего времени наиболее распространенной была классификация D. Whittmann (1990) [5]. На сегодняшний день у нас в стране, общепризнанной является классификация перитонитов, предложенная В.С. Савельевым с соавт. и утвержденная на XI съезде хирургов России в 2011 [6]:

1. Основной диагноз;
 2. Характер развития:
 - 2.1. Первичный;
 - 2.1.1. Спонтанный перитонит у детей;
 - 2.1.2. Спонтанный перитонит у взрослых;
 - 2.1.3. Перитонит, связанный с определенными заболеваниями (туберкулез, сифилис, гонорея);
 - 2.2. Вторичный;
 - 2.3. Третичный;
 3. Распространенность:
 - 3.1. Местный (занимающий одну-две анатомические области);
 - 3.1.1. Отграниченный (инфильтрации, абсцесс);
 - 3.1.2. Не отграниченный;
 - 3.2. Распространенный;
 - 3.2.1. Диффузный (от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости);
 - 3.2.2. Разлитой (более пяти анатомических областей или два этажа брюшной полости)
 4. Экссудат и его примеси:
 - 4.1. Характер экссудата: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический (и их сочетания)
 - 4.2. Примеси: кишечное содержимое, желчь, моча, кровь;
3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

1. Жалобы и анамнез.

Клинические проявления распространённого перитонита многообразны и складываются в большинстве случаев из симптомов основного заболевания и «наслоения» на них признаков воспаления брюшины, абдоминального сепсиса или септического шока. Наиболее часто больные жалуются на боль в животе, которая может быть острой или тупой. Первоначально, боль может быть слабой не локализованной, но затем она прогрессирует и усиливается при любом движении (например, кашель, сгибание бедра) и локальной пальпации. При сборе анамнеза выясняется давность заболевания,

изменение характера и локализации боли, динамику токсических проявлений, признаки осложнений. Анамнез так же включает в себя предыдущие эпизоды болезней (например, дивертикулит, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки). Анорексия и тошнота – частые симптомы и могут предшествовать возникновению боли в животе. Тошнота и рвота в начале заболевания носят рефлекторный характер. Рвота так же может произойти из-за основной висцеральной патологии органа (то есть, обструкции различных отделов желудочно-кишечного тракта) или быть вторичной, обусловленной перитонеальным воспалением, как следствием пареза кишечника; присоединяется примесь желчи, а далее – содержимого тонкой кишки. Температура тела обычно субфебрильная, реже она достигает высоких цифр. Имеет место значительная разница между подмышечной и ректальной температурой (с-м Маделунга). Нарушения стула не очень характерны, но по мере прогрессирования перитонита и пареза кишечника может быть задержка стула и отхождение газов

2. Физикальное обследование.

Положение больного при распространенных формах перитонита обычно вынужденное – на спине или на боку, с приведёнными к животу ногами (симптом Розанова). Если же больной сидит, то при попытке лечь происходит усиление болей в животе или появление болей в надплечьях (симптом Элекера – раздражения диафрагмального нерва) заставляют его вернуться в положение сидя. Это так называемый симптом "ваньки-встаньки". Больной малоподвижен; окраска кожных покровов бледная, отмечается акроцианоз. Пульс в подавляющем большинстве случаев учащён, малого наполнения, мягкий. Артериальное давление на ранних стадиях развития перитонита остаётся обычно на нормальных цифрах. Снижение его отмечается при запущенных

14 формах заболевания. Проявление токсической энцефалопатии проявляется как заторможенностью, так и возбуждением или делирием. Бледность, особенно мраморность кожи, отражает глубокое нарушение микроциркуляции. Язык – обложен белым налетом, сухой. Живот вздут, отмечается разлитая болезненность во всех отделах. Аускультация выявляет резкое ослабление, чаще полное отсутствие кишечных шумов. Иногда слышен «шум падающей капли». При перкуссии живота у больного перитонитом могут быть выявлены важные для диагностики признаки, прежде всего отсутствие печёночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спигарного). Перкуторный звук неравномерный. Можно обнаружить симптомы "гробовой тишины", Латейссена (вместо кишечных слышны дыхательные и сосудистые шумы), Складорова ("шум плеска"). Признаки раздражения брюшины являются наиболее специфичными симптомами перитонита. Живот, как правило, равномерно «мячеобразно» вздут (симптом Мондора), в дыхании не участвует (симптом Винтера). При пальпации выявляют болезненность во всех отделах живота, которая может быть более выраженной в проекции патологического процесса. Имеет место напряжение мышц передней брюшной стенки. Основными перитонеальными симптомами являются:

- 1) симптом Щеткина-Блюмберга – при резком отведении руки от передней брюшной стенки у больного возникает острая боль. При доскообразном напряжении мышц передней брюшной стенки он не всегда отчетливо выражен;
- 2) симптом Менделя – выявление при перкуссии болезненности передней брюшной стенки;
- 3) симптом Воскресенского – при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) больной испытывает боль;
- 4) симптом Бернштейна – в результате раздражения воспалительным процессом брюшины над мышцей, поднимающей яичко, оно подтягивается к наружному отверстию пахового канала.

Ректальное и влагалищное исследования позволяют выявить выраженную болезненность передней стенки прямой кишки или сводов влагалища (симптом Куленкамппфа или крик Дугласа), что объясняется раздражением тазовой брюшины перитонеальным экссудатом. При значительном скоплении экссудата в Дугласовом пространстве определяется также выбухание передней стенки прямой кишки.

• Рекомендуются максимально ранняя диагностика и быстрое лечение

перитонита.

3. Лабораторные диагностические исследования.

При воспалительном процессе в брюшной полости в зависимости от степени тяжести процесса имеют место изменения практически всех лабораторных показателей.

- Рекомендуется проводить лабораторные исследования: общего анализа крови и мочи, содержания белков крови, в том числе и альбуминов, Среактивного белка, сахара крови, печеночных проб: билирубина, фибриногена, лактатдегидрогеназы, а также, амилазы, липазы, прокальцитонина, интерлейкины – 1, 6, 8, 10 и TNF-показателей гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО).

4. Инструментальные диагностические исследования.

Всем пациентам, находящимся в ОРИТ с нестабильной гемодинамикой, которые не могут в данный момент перенести лапаротомию и чье критическое состояние препятствует тому, чтобы они могли покинуть ОРИТ для диагностических процедур рекомендуется выполнение УЗИ

Обзорные рентгенограммы брюшной полости (например, лежа на спине, в вертикальном и боковом положении лежа) часто являются первыми исследованиями, выполняющимися у больных с перитонитом. Свободный воздух в брюшной полости определяется в большинстве случаев желудочной и дуоденальной перфорацией, но встречается намного реже при перфорациях тонкой и толстой кишки и еще реже при перфоративном аппендиците. Следует учитывать, что наличие малого количества свободного воздуха может быть не видно на обзорных рентгенограммах.

17

- У стабильных пациентов КТ (при наличии соответствующего материальнотехнического обеспечения) рекомендуется для диагностики большинства внутрибрюшных воспалительных процессов [14].

Когда КТ и УЗИ брюшной полости не дают необходимой информации – диагностический перитонеальный лаваж может быть полезным для выявления перитонита [18]. Полученное содержимое брюшной полости должно быть забрано для диагностических исследований, прежде всего для выявления аэробных и анаэробных бактериальных культур с использованием срочных цитологических и бактериологических технологий.

- У пациентов с абдоминальным сепсисом неизвестного происхождения рекомендуется выполнять диагностическую лапароскопию.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

3.1 Консервативное лечение

Учитывая тяжелое состояние больного с перитонитом, перед операцией необходимо производить кратковременную, но интенсивную подготовку, включающую в себя инфузионно-трансфузионную терапию и периоперационную антибиотикотерапию. Показаниями к ней является–тяжесть физического состояния, превышающая значение 12 баллов по шкале APACHE II и SOFA. Абдоминальный сепсис диагностируется в случае наличия инфекции и органных нарушений. Последние верифицируются на начальных этапах госпитализации с помощью шкалы quick SOFA (qSOFA), включающую в себя нарушение ментального статуса (оценка по шкале Глазго менее 13 баллов), частоту дыхательных движений более 22 в минуту и уменьшение систолического давления до и ниже 100 мм рт. ст. Органная дисфункция, диагностируется при оценке по шкале qSOFA>2 баллов [95]. Сроки подготовки к операции не должны превышать 2-бчасов с учётом индивидуальных различий в зависимости от возраста больного, массы тела, наличия сопутствующих заболеваний. Общая схема предоперационной подготовки наряду

с общепринятыми гигиеническими мероприятиями включает катетеризацию центральной вены, мочевого пузыря, желудка; внутривенное введение кристаллоидных растворов в объеме до 1000-1500 мл; переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объема циркулирующей жидкости; коррекцию гемодинамики и транспорта кислорода; внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия. Полной коррекции нарушений гомеостаза до операции добиться практически невозможно, достаточно достичь стабилизации систолического АД выше 90 мм. рт. ст., ЦВД должно быть положительным, а диурез должен превышать 30мл/час для взрослого больного (или 0,5 мл/кг/час)

3.2 Хирургическое лечение

Основными этапами оперативного вмешательства являются: устранение источника перитонита; интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости; дренирование кишечника, который при распространенных формах перитонита находится в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности; выбор варианта завершения первичной операции и определение дальнейшей тактики ведения больного.

Доступом выбора при распространенном перитоните является срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости. Все другие доступы (параректальный, трансректальный, поперечный, подреберные и др.), связаны с необходимостью рассечения больших массивов фасциально-мышечных структур передней брюшной стенки, что может влечь за собой опасность развития ее послеоперационной флегмоны.

3.2.1 Устранение источника перитонита

Ключевыми моментами хирургического вмешательства при любых формах и видах перитонита являются по возможности радикальное устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости.

Острый аппендицит

- Больным с острым аппендицитом рекомендовано выполнение аппендэктомии. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1с)

Комментарий: аппендэктомия остается методом выбора для лечения острого аппендицита. Больные с перфоративным аппендицитом должны быть подвергнуты экстренному оперативному вмешательству [15].

- Для лечения острого аппендицита рекомендована как традиционная аппендэктомия (из открытого доступа), так и лапароскопическая аппендэктомия
- Больных с периаппендикулярными абсцессами рекомендуется лечить с использованием чрескожного дренажа под лучевым наведением (УЗИ, КТ, МРТ)

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1b).

Острый холецистит.

- Рекомендуется ранняя диагностика перфорации желчного пузыря и выполнение экстренного хирургического вмешательства.

- При различных формах перитонита, источником которого является острый холецистит, рекомендуется выполнение лапароскопической холецистэктомии

Гнойный холангит

- Рекомендуется раннее лечение гнойного холангита, включающее в себя адекватную антибактериальную, инфузионную терапию и желчную декомпрессию.
- Рекомендуется дренирование желчного дерева эндоскопическим методом.
- Открытый дренаж рекомендуется выполнять только тогда, когда другие виды восстановления оттока гнойной желчи не удалось или имеются противопоказания к выполнению малоинвазивных способов декомпрессии.

Гастродуоденальная перфорация

Поздняя госпитализация больных с прободными гастродуоденальными язвами ведет к развитию перитонита, который значительно снижает эффективность хирургического лечения.

- При прободении гастродуоденальной язвы рекомендуется зашивание

перфоративного отверстия.

- При оперативном лечении язвенных прободений рекомендуется использовать лапароскопический доступ.
- При прободении язвы желудочной локализации рекомендуется иссечение края язвы для гистологического исследования.
- Больным с перфоративным желудочным раком рекомендуется выполнять резекцию части желудка с опухолью даже при наличии явлений перитонита.
- В случае невозможности выполнения резекции части желудка у больных с перфоративным желудочным раком рекомендуется простое зашивание перфорации (если технически это возможно).
- В послеоперационном периоде всем больным с прободением гастродуоденальной язвы рекомендуется провести исследования для выявления хеликобактерной инфекции.
- При выявлении хеликобактерной инфекции рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

Проникающие раны кишки

Повреждения полых органов брюшной полости связаны с высокой частотой возникновения их осложненного течения и летальности. В связи с этим, быстрая установка правильного диагноза и экстренное хирургическое вмешательство способны улучшить прогноз у пострадавших. Уровень достоверности доказательств 1с [38]. Проникающая рана полого органа должна быть срочно ликвидирована путем наложения ручного или аппаратного шва.

- При явной угрозе несостоятельности швов анастомоза, общей тяжести больного, не позволяющей выполнить операцию в полном объеме, рекомендуется произвести резекцию кишки с ушиванием наглухо приводящих и отводящих ее отрезков, в то время как радикальные коррекции (такие как выполнение анастомоза, реконструкция и колостомия) должны быть отсрочены.

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2с) [41].

Комментарии: эти шаги позволяют осуществлять лучший контроль состояния кишечных швов, избежать несостоятельности межкишечного анастомоза, в то же время они позволяют сократить время операции, не увеличивая тяжесть состояния пострадавшего. При проникающих ранах толстой кишки местоположение их повреждения не влияет на частоту возникновения осложнений и летальность [42]. Выполнение отсроченного анастомоза (использование технологий «damage control») для пациентов с обширными ранами толстой кишки, когда имеются показания к ее хирургической резекции – является эффективной хирургической тактикой, которая не увеличивает частоту выполнения колостомии, возникновения осложнений и летальности [43].

Колостомия является более адекватным объемом вмешательства для пострадавших, у которых имеют место тяжелые формы перитонита с формированием интраабдоминальных абсцессов, выраженный отек стенки кишки, метаболический ацидоз.

Перфорации тонкой кишки

Перфорации тонкой кишки – относительно редкая причина перитонита, ведущая к большому числу осложнений и летальности [45, 46].

- При перфорации тонкой кишки рекомендуется экстренное хирургическое вмешательство.
- В случае перфоративного отверстия небольшого диаметра рекомендуется его первичное зашивание.
- Резекцию кишки с анастомозом рекомендуется выполнять при наличии ограниченной зоны поражения.
- Хирургам, имеющим опыт лапароскопических вмешательств, рекомендуется использовать их при лечении перфораций тонкой кишки.
- При завершении операции после резекции кишечника, когда наложение анастомоза не целесообразно и предполагается повторная операция, рекомендуется

«заглушить» дистальный и проксимальный сегменты тонкой кишки и оставить их в животе. Проксимальный сегмент необходимо дренировать назоинтестинальным зондом.

- Не рекомендуется выведение проксимальной еюностомы

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3а) [39, 41-45, 76].

Комментарии: выведение проксимальной еюностомы является не столько нецелесообразным, сколько вредным, что обусловлено:

- а) Выраженным воспалением и висцеральными отеками, которые ограничивают мобильность кишечных петель;
- б) Дополнительной травмой передней брюшной стенки;
- в) Необходимостью выполнения деэнтеростомии при повторной операции.

Перфорации толстой кишки

Решение о выборе объема операции принимается хирургом в зависимости от оценки рисков возникновения несостоятельности наложенных швов на толстую кишку. Они включают в себя: физический статус больного, состояние ткани кишки, распространенность и форму перитонита, степень потери крови и интраоперационную гемодинамическую устойчивость пациента.

- Зашивание перфорации двухрядным швом рекомендуется в ранние сроки возникновения перитонита (до 6 часов) при небольшом (до 5 мм.) дефекте стенки кишки.
- Операцию типа Гартманна при гнойном перитоните рекомендуется выполнять для лечения больших перфораций толстой кишки
- Всем больным с явлениями распространенного гнойного, а тем более – калового перитонита не рекомендуется наложение первичного анастомоза.

Дивертикулит

Среди достаточно большого числа имеющихся классификаций осложненных форм дивертикулярной болезни ведущей остается классификация Хинчи. Она позволяет выбрать конкретный вид хирургического вмешательства при возникновении перфорации дивертикула с развитием гнойных осложнений, которые наблюдаются у каждого четвертого больного с дивертикулярной болезнью. Оперативная диагностика и своевременное хирургическое вмешательство способствует улучшению прогноза у таких больных. Уровень достоверности доказательств 1с [49].

- При стадии Хинчи I, когда имеет место наличие небольшого количества параколитического воздуха или скопления жидкости, а также при имеющемся локализованном абсцессе диаметром до 4 см. рекомендуется консервативное лечение антибиотиками.
- При стадии Хинчи II (наличие абсцессов диаметром более 4-5 см. в параколоне или полости малого таза, доказанных инструментальными методами диагностики) рекомендуется лечить их с помощью чрескожного дренажа под лучевым наведением в сочетании с антибактериальной терапией.
- При стадии Хинчи III (наличие распространенного гнойного перитонита) рекомендуется выполнять резекцию кишки с первичным анастомозом с или без наложения проксимальной колостомы или операции Гартманна в зависимости от клинического состояния пациента и имеющихся сопутствующих заболеваний.
- Не рекомендуется применение лапароскопического доступа для хирургического лечения больных с перфорацией толстокишечного дивертикула, осложненного распространенным перитонитом.
- Операция Гартманна, либо ограничение объема вмешательства в виде выведения одно- и ли двухствольной колостомы рекомендуется для лечения разлитого перитонита у больных в критическом состоянии, а также при наличии множественных сопутствующих заболеваний (стадия Хинчи IV – распространенный каловый перитонит).
- Для клинически нестабильных пациентов при этой форме перитонита (тяжелый

сепсис / септический шок) рекомендуется использовать стратегию «damage control».

Послеоперационные интраабдоминальные инфекции

Послеоперационный перитонит может быть опасным для жизни осложнением брюшной хирургии, связанной с высокими цифрами органной недостаточности и летальности. Неэффективный контроль источника перитонита ведет к значительному повышению показателей летальности. Уровень достоверности доказательств 1с [61]. Лечение больных с послеоперационным перитонитом требует проведения интенсивной терапии дисфункции органа, исходный контроль инфекции путем хирургического вмешательства и/или пункционных дренажных технологий и антимикробную терапию.

- Для лечения послеоперационных ограниченных интраабдоминальных абсцессов при отсутствии симптомов распространенных форм перитонита рекомендуется использовать чрескожный дренаж.
- Для лечения послеоперационного перитонита рекомендуется выполнять раннюю релапаротомию.

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 его последующих обработок. По мнению В.С. Савельева (2006), успех в лечении перитонита во многом зависит именно от интраоперационной санации [66]. Сегодня существует аргументированное 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 в брюшной полости растворов с антисептиками, высокий риск проявления местного и общего токсического эффекта, нарушение антибактериального действия препарата в условиях воспаления брюшины. В последнее десятилетие отмечается существенное сокращение арсенала антисептиков, используемых для санации брюшной полости, поскольку большинство из них не отвечает предъявляемым к ним требованиям. В основном для санации брюшной полости рекомендуется использовать объем жидкости от 2 до 6 л раствора и выполнять санацию до «чистых вод» [63-65].

Дренирование тонкой кишки

После санации решают вопрос о дренировании тонкой кишки. Оно показано при выраженных признаках паралитической непроходимости кишечника.

- В условиях перитонита рекомендуется интестинальная интубация с проведением зонда в подвздошную кишку.
- При технических трудностях установки зонда, обусловленных анатомическими особенностями (сужение или искривление носовых ходов, деформация пилороантрального отдела, двенадцатиперстной или тощей кишки в зоне связки Трейтца, наличие спаечного процесса); выраженности инфильтрации стенки кишки (когда опасность повреждения воспаленной кишки превышает ожидаемую эффективность процедуры); крайней тяжести состояния больного не рекомендуется выполнять назоинтестинальную интубацию.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2а) [65, 76].

Комментарии: в таких ситуациях, вполне допустимо оставление зонда, проведенного до уровня в 40 см. ниже связки Трейтца.

- Для проведения зонда рекомендуется интубация кишечника через гастро- или энтеростому.

Тампонада и дренирование брюшной полости

- В конце хирургического этапа лечения перитонита рекомендуется дренирование брюшной полости.
- При различных формах перитонита рекомендуется использовать перчаточные дренажи, которые обеспечивают максимальный отток экссудата из брюшной полости.
- Введение марлевых тампонов в брюшную полость рекомендуется лишь в

следующих случаях:

- а) не полностью удаленный очаг инфекции;
- б) отсутствие уверенности в состоятельности наложенных швов на полый орган, для ограничения возможного попадания желудочно-кишечного содержимого в свободную брюшную полость;
- с) с целью гемостаза при продолжающемся диффузном кровотечении.

3.2.2 Выбор завершения операции

В настоящее время используются три основные стратегии хирургического лечения по завершению первичной лапаротомии при перитоните, которые зависят от вида основного заболевания и тяжести имеющегося процесса:

- 1) традиционный (закрытый метод), когда после завершения всех основных этапов операции, брюшная полость зашивается наглухо;
- 2) этапные операции с использованием полуоткрытых / полужакрытых технологий:
 - а) релапаротомия «по плану»;
 - б) релапаротомия «по требованию»;
- 3) открытый живот (лапаростомия).

Закрытые технологии

- После вскрытия брюшной полости рекомендуется по возможности полно удалять патологическое содержимое с помощью электрического отсоса.

Затем производят тщательную ревизию органов брюшной полости для выявления источника перитонита. Для его ликвидации используют наиболее простой и быстрый способ. При этом необходимо соизмерять объем вмешательства с тяжестью состояния больного.

- Не рекомендуется расширять операцию, стремясь во всех случаях к радикальному устранению основного заболевания, вызвавшего перитонит.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2а) [39, 41-45, 76].

- После выполнения всех этапов операции рану передней брюшной стенки рекомендуется послойно ушить наглухо в следующих случаях:

- 1) при наличии реактивной или токсической стадии перитонита (по К.С. Симонян, 1971);
- 2) легкой или средней формы перитонита по шкале Мангеймского перитониального индекса (1986);
- 3) при индексе брюшной полости по В.С. Савельеву менее 13 баллов, а также отсутствии факторов риска возникновения послеоперационного перитонита (вид основного заболевания, свойства экссудата, характер фибринозных наложений, выраженность пареза кишечника)

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

Эффективное купирование боли. Послеоперационная боль – важнейший фактор, влияющий на длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре.

- При проведении послеоперационной аналгезии рекомендуется мультимодальный подход с комплексным использованием регионарной аналгезии, нейрональных блоков, комбинации ацетаминофена и нестероидных противовоспалительных препаратов, что позволяет уменьшить использование опиоидов и, как следствие, снизить их побочные эффекты.

- Рекомендуется ранняя пероральная гидратация: потребление более 300 мл жидкости после прекращения внутривенной инфузии.

- При наличии тошноты и рвоты рекомендуется фармакологическая терапия (дроперидол, антисеротонинергические препараты и аналгезия с уменьшенным использованием опиоидов).

Ускоренная мобилизация – ранняя способность передвигаться. Постельный режим усугубляет потерю мышечной массы и слабость, ухудшает лёгочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбозам, а также способствует послеоперационному образованию спаек. Должны быть приложены все усилия для ранней

послеоперационной активации, которая возможна при адекватной анальгезии.

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Не показаны	
Клиническая лабораторная диагностика	Не показаны	
Цитологические, гистологические методы диагностики	Цитологическое исследование перитонеальной жидкости -1 (0.1) Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы -1 (0.1) Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на анаэробные неспорообразующие микроорганизмы (0.1)	ПРИКАЗ от 25 октября 2007 года N 669 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с перитонитом (при оказании специализированной помощи)
Иглорефлексотерапия	Не показаны	
Гирудотерапия	Не показаны	
Экстракорпоральные методы	Не показаны	
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	
Методы остеопатии	Не показаны	

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: не требуется.

VII. Показания для госпитализации.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности и доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1		
	Визуальный осмотр общетерапевтический	1		
	Пальпация общетерапевтическая	1		
	Аускультация общетерапевтическая	1		
	Перкуссия общетерапевтическая	1		
	Термометрия общая	1		
	Исследование пульса	1		
	Измерение частоты дыхания	1		
	Измерение частоты сердцебиения	1		
	Взятие крови из пальца	1		
	Взятие крови из периферической вены	1		
	Оценка гематокрита	1		
	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1		

Исследование оседания эритроцитов	1		
Исследование уровня эритроцитов в крови	1		
Исследование уровня тромбоцитов в крови	1		
Исследование уровня ретикулоцитов в крови	1		
Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах	1		
Исследование уровня лейкоцитов в крови	1		
Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1		
Исследование уровня общего белка в крови	1		
Исследование уровня мочевины в крови	1		
Исследование уровня общего билирубина в крови	1		
Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	1		
Исследование уровня глюкозы в крови	1		
Исследование уровня холестерина в крови	1		
Исследование уровня натрия в крови	1		
Исследование уровня калия в крови	1		
Исследование pH крови	1		
Исследование уровня буферных веществ в крови	1		
Исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови	1		
Исследование уровня амилазы в крови	1		
Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	1		
Исследование уровня С-реактивного белка в крови	1		
Исследование уровня фибриногена в крови	1		
Исследование уровня альбумина в крови	1		
Исследование уровня креатинина в крови	1		
Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови	1		
Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	1		
Микроскопическое исследование осадка мочи	1		
Определение белка в моче	1		
Определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи)	1		
Определение объема мочи	1		
Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1		
Исследование уровня глюкозы в моче	1		
Ультразвуковое исследование селезенки	1		
Ультразвуковое исследование печени	1		
Ультразвуковое исследование желчного пузыря	1		
Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	1		
Ультразвуковое определение жидкости в брюшной полости	1		
Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза	1		
Лечение из расчета 22 дня			
Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1		

	Визуальный осмотр общетерапевтический	28		
	Пальпация общетерапевтическая	28		
	Аускультация общетерапевтическая	28		
	Перкуссия общетерапевтическая	28		
	Исследование пульса	28		
	Измерение частоты дыхания	28		
	Измерение частоты сердцебиения	28		
	Измерение массы тела	2		
	Измерение роста	2		
	Измерение артериального давления на периферических артериях	12		
	Регистрация электрокардиограммы	1		
	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1		
	Термометрия общая	44		
	Суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров	10		
	Оценка степени риска развития пролежней	1		
	Оценка интенсивности боли	6		
	Взятие крови из пальца	10		
	Исследование уровня лейкоцитов в крови	10		
	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	10		
	Исследование оседания эритроцитов	10		
	Исследование уровня тромбоцитов в крови	10		
	Исследование рН крови	5		
	Исследование уровня буферных веществ в крови	5		
	Взятие крови из периферической вены	5		
	Исследование эндотоксина в крови	3		
	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	5		
	Исследование уровня пламиногена в крови	5		
	Исследование уровня фибриногена в крови	5		
	Исследование фибринолитической активности	5		
	Определение антител к <i>Treponema pallidum</i>	1		
	Определение основных групп крови (А, В, 0)	1		
	Определение резус-принадлежности	1		
	Определение подгруппы и других групп крови меньшего значения А-1, А-2, D, Сс, Е, Kell, Duffy	1		
	Микроскопическое исследование осадка мочи	4		
	Определение белка в моче	4		
	Определение концентрации водородных ионов мочи (рН мочи)	4		
	Определение объема мочи	4		
	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	4		
	Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка	1		
	Зондирование желудка	1		
К 0.9				
К 0.8	Рентгенография легких Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1 2		
К 0.7	Интубация трахеи	1		

К 0.6				
К 0.5	Лечение из расчета 22 дня Проба на совместимость перед переливанием крови Гемотрансфузия Промывание желудка	2 2 1		

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (наименование)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика	ПРИКАЗ от 25 октября 2007 года N 669 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с перитонитом (при оказании специализированной помощи)		
1.			
2.			
3.			
Лечение	ПРИКАЗ от 25 октября 2007 года N 669 Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с перитонитом (при оказании специализированной помощи)		
1.			
2.			
3.			
4.			

X. Информация для пациента (кратко о заболевании).

После операции в течение 1-2 месяцев пациент должен придерживаться относительно простых и выполнимых ограничений. В выполнении они достаточно просты тем более, если учесть, что их игнорирование чревато достаточно неприятными и нежелательными последствиями.

Диета

После операции по поводу перитонита еда в домашних условиях должна быть перетертой, кашеобразной. Разрешаются молоко и молочные кисели, жидкие каши (лучше

на воде), куриный и овощной бульон, овощные пюре. Диетическое питание прописывается пациенту в первые 2-3 месяца после операции. Рацион питания влияет на состав микрофлоры кишечника и на активность его функций. Необходимо следовать таким принципам:

- дробное и частое питание, противопоказано одномоментное употребление крупных порций еды;
- пища не должна быть горячей или холодной, а лишь немного подогретой;
- полноценное питание, обеспечивающее организм всем спектром питательных веществ, витаминов и минералов, поскольку в восстановительном периоде требуется стимуляция и укрепление иммунитета;
- исключение продуктов, способствующих брожению и газообразованию в пищеварительном тракте; рацион питания не должен содержать бобовых, тяжелых животных жиров, любых сортов капусты, копченостей, маринадов и солений, не рекомендуется употребление алкогольных и газированных напитков.

В первые две недели из рациона исключаются:

- копченые, соленые, жирные, жареные и острые блюда;
- колбасы;
- специи, майонез, кетчуп;
- хлебобулочные изделия;
- алкоголь (вплоть до полного восстановления).

Пациенту настоятельно рекомендуется следить за своим весом. Поскольку физическая активность в послеоперационный период существенно минимизируется, легко набрать лишний вес, что крайне нежелательно. Для восстановления нормальной микрофлоры организму полезны молочные и кисломолочные продукты, обильный питьевой режим. Мясо и рыба в первые недели после операции употребляться не должны,

однако допустимы бульоны и перетерты мясные/рыбные фарши пюре. Лучше отказаться от хлеба и хлебобулочных изделий, отличной их альтернативой могут быть хлебцы, где есть минимум клетчатки и углеводов. Благоприятно организмом воспринимаются овощи (морковь, свекла), бананы, от цитрусовых фруктов лучше отказаться. В тоже время для иммунизации организму необходим витамин С, который можно черпать из других продуктов питания или потреблять в таблетированном виде, равно как и другие витамины и витаминно-минеральные комплексы. Окончание диеты не должно быть резким. Рекомендуется постепенно расширять рацион. Ни в коем случае не стоит резко срывать на ранее исключенные из рациона продукты. В целом послеоперационная диета не строга, а потому полезно будет следовать уже привычным за несколько месяцев правилам и в последующем. Это пойдет лишь на пользу организму.

Физическая активность после операции по поводу перитонита

В последующие 6 недель происходит сращение мышц, на фоне чего остается риск образования спаек и грыж. Категорически запрещается поднимание тяжестей и активные физические нагрузки. В то же время отмечается, что ежедневная ходьба небыстрым шагом по 2-3 километра в послеобеденное время способствует предотвращению спаек.

Прописывается лечебная гимнастика. Примечательно, что наилучшее восстановление мышечной ткани происходит у тех лиц, кто ранее вел активный образ жизни и поддерживал свое тело в тонусе. Спустя несколько месяцев можно возвращаться к умеренным нагрузкам, постепенно дополняя лечебную гимнастику общими упражнениями.

- совершать пешие прогулки на небольшие расстояния;
- после формирования послеоперационного рубца – посещать бассейн и выполнять несложные физические упражнения;
- тем, кто ведет активный образ жизни, а так же пациентам с лишним весом – носить специальный бандаж;
- заниматься сексом не раньше, чем через 12-14 дней после операции.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

