



ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Амонов Худойберди Равианович

*Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан*

Аннотация: проведенный обзор литературы показал, что перитонит, несмотря на современные достижения в ургентной абдоминальной хирургии, продолжает оставаться актуальной проблемой. Это обусловлено тем, что патогенетические механизмы, которые развиваются во время перитонита, являются чрезвычайно сложными и не полностью изученными, а возникающие острые септические осложнения продолжают обуславливать высокий уровень летальности при данной патологии.

Ключевые слова: острый перитонит, эндотоксикоза, санация.

Введение. Важным и очень актуальным остается вопрос коррекции эндотоксикоза при перитонитах. На современном этапе при критических состояниях применение эфферентных методов лечения является общепринятым. Ни один из методов эфферентной детоксикации не является универсальным, поскольку вещества, подлежащие выводу, существенно различаются по физико-химическим свойствам. Эффективность терапии определяется дифференцированным подходом к выбору метода в зависимости от природы токсического агента, который играет ведущую роль в клинике эндогенной интоксикации [3, 10, 21]. Важным элементом коррекции эндотоксикоза являются хирургические мероприятия, направленные на элиминацию токсических субстанций из брюшной полости. Первичная хирургическая санация не всегда обеспечивает адекватный и длительный отток экссудата из первичного инфекционного очага. Наряду с техническими усовершенствованиями методик программируемой релапаротомии, лапаростомии и «открытого» живота обсуждается также эффективность проведения лапароскопических санаций брюшной полости при гнойных перитонитах [4, 11, 19, 24].

Методы: Использование лапароскопических технологий с диагностической и лечебной целью является одним из наиболее перспективных направлений улучшения результатов лечения ранних послеоперационных абдоминальных



осложнений, возможности которых значительно расширились благодаря совершенствованию и широкому внедрению видеолапароскопических вмешательств [6, 18, 27]. При послеоперационных перитонитах лапароскопическая санация брюшной полости является альтернативой релапаротомии. Включение в комплекс лечебных мероприятий при послеоперационном перитоните лапароскопической санации брюшной полости позволяет улучшить результаты хирургического лечения. Эффективность лапароскопической санации брюшной полости, по сравнению с традиционной релапаротомией, определяется достоверным уменьшением сроков лечения больного, уменьшением частоты осложнений со стороны раны и брюшной полости, уменьшением послеоперационной летальности [4, 8, 14, 26]. Эффективность санации повышается благодаря использованию специальных приспособлений [3, 20, 25]. Контрольную динамическую лапароскопию предлагают выполнять после оперативных вмешательств по поводу перитонита через 1 - 3 суток [1, 7, 18, 24]. Для выполнения контрольной динамической лапароскопии используют дренаж в качестве проводника для гильзы троакара под контролем УЗИ [1, 6, 10]. Проведение лапароскопических санаций брюшной полости у больных с разлитым перитонитом обеспечивается благодаря многофункциональному сквозном спиралевидной шву брюшной стенки [5, 22]. Для проведения лапароскопических вмешательств у больных, которым противопоказано создания напряженного пневмоперитонеума применяют специальный лапаролифт, благодаря которому достигается оптимальный обзор внутреннего пространства брюшинной полости [2, 9, 18, 23]. Продолжается дискуссия о растворах для промывания брюшной полости при лапаросанации, и для перитонеального диализа. Предлагают применять электрохимические - активированный раствор (ЭХАР) 0,8% хлорида калия для санации брюшной полости, который обеспечивает положительный детоксикационный эффект и очистки брюшной полости. Экспериментальные исследования показывают, что наиболее эффективным для санации брюшной полости является использование 10% раствора медицинской желчи, и 0,02% раствора декаметоксину в соотношении 1:10 [2, 5, 13, 18, 23]. Промывание брюшной полости 0,02% раствором Декасан усиливает элиминацию значительного количества микроорганизмов, что приводит к уменьшению эндогенной интоксикации [1,5]. Внутрибрюшинное введение на фоне антибиотикотерапии раствора дезмистину способствует значительному уменьшению в экссудате всех видов возбудителей воспалительного процесса [6, 10, 16]. Для профилактики нагноений операционной раны при выполнении программируемых санаций брюшинной полости используют



сорбент с приведенными антибактериальными свойствами, который в Биоинертные контейнере размещается между краями операционной раны [8, 19, 26]. Эффективным является также использование метода тотальной пролонгирован перитонеосорбции при распространенном перитоните, в основе которого лежит внутри забрюшинного подведения биоинертных контейнеров, содержащих сорбент приведенным антибактериальными свойствами. Этот метод перитонеосорбции позволяет активно элиминировать и обезвредить микроорганизмы и токсины, предупреждая их местное действие и генерализации [1, 12, 25]. Таким образом, на сегодняшний день проблема диагностики эндотоксикоза и его коррекции при гнойном перитоните является одной из самых актуальных проблем хирургии, которая достаточно широко обсуждается в отечественной и зарубежной научной литературе. Многогранность этиопатогенетических аспектов этого заболевания требует его дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику новых специфических методов для количественного определения эндотоксикоза и поиск новых эффективных методов его коррекции при гнойном перитоните, что дало бы возможность улучшить течение заболевания, уменьшить летальность и сроки госпитализации. Распространенный перитонит является тяжелым осложнением многих заболеваний брюшной полости, а его лечения является одной из наиболее серьезных проблем современной хирургии [2, 9, 18, 27]. Летальность при распространенном перитоните, несмотря на широкий арсенал диагностических и лечебных мероприятий, остается чрезвычайно высокой и достигает, по оценкам отечественных и зарубежных авторов, 18-83% [1,5]. Основную роль в этом играет несвоевременное хирургическое лечение, что обусловлено, как правило, поздним поступлением больных в стационар или запоздалой диагностикой [6, 18, 26]. Ряд авторов связывают это так же и с увеличенным объемом хирургической помощи, увеличением числа больных пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями [5]. Прогрессирования эндогенной интоксикации, в основе которой лежат тяжелые нарушения центральной и периферической гемодинамики, лимфатической и иммунной систем, тканевого метаболизма, нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов и развитие синдрома полиорганной недостаточности, является основной причиной высокой летальности при перитоните [1, 10]. Ведущая роль в развитии и прогрессировании распространенного перитонита принадлежит эндогенной интоксикации [6]. Доктрина лечения перитонита много десятилетий остается неизменной [5, 8]. Постулатами является обязательное хирургическое устранение



источника внутрибрюшной инфекции, тщательная санация брюшной полости, целенаправленная антибактериальная терапия и интенсивное детоксикационное и симптоматическое лечение в послеоперационном периоде [1, 2, 10]. Эти принципиальные положения, как считают Б.К. Шуркалин и соавт. (2007), не претерпевают изменений в будущем. Однако способы их достижения является постоянным предметом споров и обсуждений. Наиболее спорным остается вопрос о способах завершения операции - показания к дренированию брюшной полости, применении в послеоперационном периоде такого агрессивного метода, как многократные ревизии брюшной полости [3, 20]. В конце 80-х - начале 90-х годов прошлого века появилось значительное количество публикаций, свидетельствующих о снижении летальности при распространенном перитоните. Это было связано с улучшением качества хирургического пособия за счет использования новых технологий, в том числе лапароскопии, этапных санаций брюшной полости, а также обусловлено появлением новых групп антибиотиков, резистентность микроорганизмов к которым была минимальной [4]. В настоящее время выделяют особую, третичную форму перитонита, в основном связано с нарастающим распространением внутрибольничных штаммов, устойчивых к антибактериальным препаратам резерва [6]. Современная терапия распространенного перитонита базируется на нескольких основных принципах, включающих раннее назначение антибактериальных препаратов, надежный контроль инфекции и интенсивную терапию, направленную на борьбу с органными дисфункциями [8, 23]. Однако применение используемых в практике антисептиков не всегда приводит к удовлетворительным результатам, поскольку, как было отмечено выше, среди штаммов микроорганизмов возбудителей перитонита наблюдается широкая резистентность к антибактериальным средствам, которые нередко сами по себе могут быть причиной различных осложнений [10, 16]. В настоящее время для лечения перитонита применяется большое количество различных антисептиков, из которых самым эффективным считается водный раствор гипохлорита натрия (NaClO). К его достоинствам относят широкий спектр действия, отсутствие резистенции, потенцирование действия антибактериальных препаратов на микробную клетку, низкую стоимость. Вместе с тем, его эффективность при лечении перитонита снижается из-за быстрого вымывания из брюшной полости, растворения и инактивации перитонеальным экссудатом. Кроме этого, вредное воздействие гипохлорита натрия на мезотелий брюшины способствует возникновению спаек, что может привести к развитию кишечной непроходимости и



спаечной болезни. Наиболее выраженный статистически достоверный бактерицидный эффект наблюдался Б.С. Суковатых с соавт. (2008) при использовании NaClO иммобилизованным в геле метилцеллюлозы. При санации брюшной полости обеспечивалось постоянное и постепенное высвобождение гипохлорита натрия в течение 24-48 ч и тем самым пролонгации его антимикробного действия. Высокая летальность среди больных с тяжелыми формами распространенного перитонита, не имеет особой тенденции к снижению, а также стремление активно влиять на абдоминальную инфекцию в послеоперационном периоде, предупреждать, своевременно диагностировать и корректировать послеоперационные осложнения заставили многих хирургов вернуться к активным методам хирургической коррекции [1, 8, 13, 19]. Анализ литературы показывает, что положительный результат лечения больного с распространенным перитонитом на 80% зависит от оптимальной хирургической тактики, в первую очередь от адекватной санации брюшной полости, и только на 20% - от антибактериальной и интенсивной терапии [3, 16, 24]. Тактические подходы к оперативному лечению распространенного перитонита разнообразны. Закрытый метод ведения брюшной полости применяется при низкой степени бактериальной контаминации брюшной полости и времени развития заболевания, не превышает 6-8 ч. Релапаротомия - наиболее часто используемый метод, заключающийся в повторной лапаротомии, устранении источника перитонита, санации и дренировании брюшной полости [3, 6]. Основными критериями выбора метода хирургического лечения перитонита считаются его этиология, давность развития и распространенность, характер экссудата, определяется визуально, количественные и качественные бактериологические характеристики экссудата, степень выраженности пареза кишечника и органной дисфункции [1, 9, 17, 22]. Решающее значение в успехе лечения распространенного перитонита имеет ранняя операция, задача которой сводится к устранению источника перитонита и тщательной санации брюшной полости. Первая задача, как правило, решается однократно во время оперативного вмешательства. Вторая задача при высокой степени загрязнения брюшной полости при распространенном гнойном перитоните не всегда может быть решен одноразовой интраоперационной санацией. В 4,9-15,9% больных возникает необходимость в продленной или повторной санации брюшной полости [10, 12]. По данным В.С. Савельева с соавт. (2006), каждый пятый пациент с распространенным гнойным перитонитом оперируется повторно [5].



Выводы. Перитонит остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Это обусловлено тем, что патогенетические механизмы, которые развиваются во время перитонита являются чрезвычайно сложными и не полностью изученными, а возникающие острые септические осложнения продолжают обуславливать высокий уровень летальности при данной патологии. Хотя использование протоколов лечения перитонита остается общим и общепринятым, однако использование только такого лечения не всегда позволяет вылечить больного. Предложенные способы и подходы к решению этой задачи разные, и также не обеспечивают абсолютного достижения положительных результатов лечения. При этом существующие методы лечения перитонита недостаточно эффективными, поскольку не могут охватить весь спектр нарушений, иммунологических изменений, эндотоксикоза и способны влиять лишь на отдельные патогенетические звенья.



Список литературы

1. Allazov S. A., Ruziboev S. A. Значение лейкоцитарного индекса интоксикации в оценке тяжести инфекции верхних мочевых путей //Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2017. – Т. 16. – №. 1. – С. 85-88.
2. Devyatov A. V., Babadjanov A. K., Ruziboev S. A. EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER PORTOSYSTEMIC SHUNTING DEPENDING ON COMPLIANCE OF POSTOPERATIVE RECOMMENDATIONS //Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi. – 2019. – №. 1. – С. 53-59.
3. Ibadov R. A. et al. Standardization of intensive therapy tactics for acute hepatic insufficiency in patients with liver cirrhosis after portosystem shunting //Khirurgiia. – 2018. – №. 8. – С. 61-67.
4. Khasanovich B. A. et al. Efficacy of Endoscopic Interventions in Prevention of Gastroesophageal Bleeding in Patients with Liver Cirrhosis. – 2016.
5. Matlubov M. M. et al. Комплексный подход к оценке риска анестезиологического пособия и родоразрешения у пациентов с ожирением //Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – Т. 14. – №. 2. – С. 6-10.
6. Ruziboev S. A., Khakimov E. A. Surgical treatment of deep burns in persons of aged and geriatric age with burdened premorbid background //Vestnyk Neotlozhnoy I Vosstanovitelnoy Khirurgii. – 2011. – Т. 12. – №. 1. – С. 30-33.
7. Yuldashev S. S., Allazov S. A., Ruziboev S. A. Оптимизация лечения острого цистита с применением озонотерапии //Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2017. – Т. 16. – №. 1. – С. 81-84.
8. Ахгамов Ж. А. и др. Результаты комплексного лечения острых панкреатитов //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 178-178.
9. Бабажанов А. С. и др. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики гипотиреоза у больных с многоузловым нетоксическим зобом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 10 (135). – С. 53-59.
10. Бабажанов А. С. и др. СРАВНИТЕЛЬНОЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 3 (75). – С. 76-80.
11. Даминов Ф. А., Рузибоев С. А. ПРИМЕНЕНИЕ ЗОНДОВОЙ ПИТАНИЙ-В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТЯЖЕЛОБОЖЖЁННЫХ //Advances in Science and Technology. – 2020. – С. 15-16.
12. Даминов Ф., Карабаев Х., Рузибоев С. КУЙГАН БЕМОРЛАРДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИ ФУНКЦИЯСИ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ЭНДОСКОПИК МОНИТОРИНГИ ВА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШ //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 29-32.



13. Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Рузибоев С. А. ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ //EurasiaScience. – 2019. – С. 17-18.
14. Девятов А. В., Рузибоев С. А., Бабаджанов А. Х. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
15. Девятов А., Бабаджанов А., Рузибоев С. Выбор лечебной тактики у больных циррозом печени в отдаленном периоде после портосистемного шунтирования //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 4 (104). – С. 189-191.
16. Ибадов Р. А. и др. Стандартизация тактики интенсивной терапии при острой печеночной недостаточности у пациентов с циррозом печени после портосистемного шунтирования //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2018. – №. 8. – С. 61-67.
17. Карабаев Б. Х. и др. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА //Современные аспекты лечения термической травмы. – 2016. – С. 41-42.
18. Карабаев Б. Х. и др. Особенности течения и лечения ожогового сепсиса у лиц пожилого и старческого возраста //Современные аспекты лечения термической травмы. – 2016. – С. 42-43.
19. Карабаев Б. Х., Рузобаев С. А., Шакиров Б. М. Течение и лечение ожоговой болезни на фоне сопутствующих заболеваний у лиц старше 60 лет //Скорая медицинская помощь. – 2006. – Т. 7. – №. 3. – С. 56-57.
20. Матлубов М. М. и др. Состояние гемодинамики у беременных с ожирением //Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова. – 2015. – Т. 7. – №. 2. – С. 86-90.
21. Назиров Ф. Г. и др. АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
22. Назиров Ф. Г. и др. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ //EurasiaScience. – 2019. – С. 19-20.
23. Назиров Ф. и др. Медико-социальные аспекты цирроза печени в современном здравоохранении //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 4 (104). – С. 206-208.



24. Назыров Ф. Г. и др. Эволюция технологий азигопортального разобщения в профилактике кровотечений портального генеза // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2018. – Т. 23. – №. 1. – С. 65-73.
25. Рузибоев С. А. Оперативное лечение глубоких ожогов у пожилых // *Скорая медицинская помощь*. – 2006. – Т. 7. – №. 3. – С. 156-157.
26. Рузибоев С. А., Амонов Х. Р. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ // *Advances in Science and Technology*. – 2020. – С. 19-20.
27. Рузибоев С. А., Саттаров Ш. Х. Результаты лечения острого разлитого гнойного перитонита с применением лапаростомии // *Advances in Science and Technology*. – 2020. – С. 21-22.
28. Рузибоев С. А., Хакимов Э. А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ.
29. Рузибоев С. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований*. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 61-64.
30. Рузибоев С. и др. Интраабдоминальная гипертензия в хирургии // *Журнал проблемы биологии и медицины*. – 2016. – №. 2 (87). – С. 187-190.
31. Рузибоев С. и др. Методы и средства местного консервативного лечения обожженных // *Журнал проблемы биологии и медицины*. – 2016. – №. 4 (91). – С. 186-192.
32. Рузибоев С. и др. Наш опыт консервативного лечения повреждении селезенки при закрытой травме живота // *Журнал вестник врача*. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 131-132.
33. Рузибоев С. и др. Неоперативная селективная тактика ведения больных при травматическом повреждении внутренних органов брюшной полости // *Журнал вестник врача*. – 2018. – Т. 1. – №. 1. – С. 112-116.
34. Рузибоев С. и др. Результаты диагностики и хирургического лечения внутрибрюшных кровотечений // *Журнал проблемы биологии и медицины*. – 2017. – №. 2 (94). – С. 84-88.
35. Рузибоев С. и др. Результаты лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки // *Журнал проблемы биологии и медицины*. – 2014. – №. 4, 1 (81). – С. 64-67.
36. Рузибоев С. Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. – 2011.



37. Рузибоев С. Печеночная энцефалопатия: современное состояние проблемы и перспективы научных исследований // Журнал вестник врача. – 2018. – Т. 1. – №. 4. – С. 124-128.
38. Рузибоев С., Девятов А., Бабаджанов А. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПОРТСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 56-60.