

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹Фомин А.В., ¹Становенко В.В., ¹Зельдин Э.Я., ¹Богданович А.В.,
²Подолинский С.Г.

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской
помощи», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Лечение пациентов с распространенным перитонитом, одна из наиболее сложных проблем хирургии. Лечение перитонита усугубляется при онкологических заболеваниях, летальность при этом достигает 60%-80%. Высокий процент неблагоприятных

исходов у лиц с перитонитом на фоне опухоли толстой кишки, прооперированных в экстренном порядке по поводу разнообразных острых осложнений колоректального рака позволяют говорить о том, что эта проблема не решена.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов при злокачественной опухоли толстой кишки, осложненной распространенным перитонитом.

Материалы и методы. По данным медицинских документов и имеющихся показателей объективного обследования выполнен анализ результатов лечения 108 пациентов со злокачественной опухолью толстой кишки, осложненной у 25 пациентов распространенным перитонитом. Повторные операции при перитоните по требованию в сроки от 3 до 19 суток выполнены 17 пациентам. Пациенты с токсической стадией и стадией полиорганной недостаточности составили в этой группе 88,2%. У десяти пациентов (58,8%) были продолжены санации. Умерло 9, летальность 52,9%.

Эффективность лечения оценивали по уровню летальности, динамике лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), и числу критериев синдрома системной воспалительной реакции (ССВР).

Результаты и обсуждение. Наиболее проблемной была группа пациентов с перитонитом в стадии абдоминального сепсиса и тяжелого абдоминального сепсиса. При диагнозе распространенный перитонит в стадии полиорганной недостаточности обязательными этапами операции было удаление выпота и фибрина. Устранение источника перитонита, то есть удаление опухоли выполнялось согласно протоколам оказания помощи пациентам онкологическими заболеваниями. За исключением случаев наличия отдаленных метастазов, увеличенных парааортальных лимфатических узлов, невозможности удаления опухоли вследствие прорастания единым блоком, удаляли опухоль и выполняли лимфодиссекцию в объеме Д2. Лаваж брюшной полости физиологическим раствором хлорида натрия выполнялся до «чистой воды». Обязательным являлась декompрессия кишки путем назогастроинтестинальной интубации (НГИ), в отдельных случаях ретроградная интубация по Житнюку. Пациентов планировали для повторных санаций брюшной полости, ушивая в только кожу лапаротомной раны. Повторную санацию выполняли в сроки от 24 (11%) до 48 часов. Для завершения санации требовалось от 2 до 5 повторных операций.

Послеоперационный перитонит выявлен у 4 пациентов. У двух он возник после удаления опухоли сигмовидной кишки и несостоятельности швов анастомоза, когда хирург принял решения о наложении первичного анастомоза без аппарата. У двух пациентов он выявлен после удаления опухоли слепой кишки и наложения илеотрансверзоанастомоза.

Декомпрессию тонкой кишки выполняли при токсической стадии перитонита, абдоминальном сепсисе, когда диаметр тонкой кишки превышал три сантиметра на всем протяжении. Если при первой операции интубацию кишки не проводили, она обязательно выполнялась при повторной санации. Основным способом декомпрессии было выполнение НГИ тонкой кишки и заведение зонда за Баугиниевую заслонку. При отсутствии показаний для НГИ декомпрессию выполняли повторной постановкой желудочного зонда.

В процессе назогастроинтестинальной интубации зонд с третьих суток промывали физиологическим раствором хлорида натрия. Зонд удаляли на 2-8 сутки. Критерием извлечения зонда служило восстановление перистальтики, отхождение газов, отсутствие отделяемого по зонду, либо большое количество отделяемого из желудка, при отсутствии отделяемого из кишки.

При анализе микрофлоры содержимого кишечника в группе умерших, диагностирована смешанная инфекция - сочетание *E. Coli* и *Candidasp.*, *E. Coli* и *Klebsiellaoxytoca*, *E. Coli* и *Pseudonadaaeruginosa*. При проведении анализа на чувствительность к антибиотикам нами установлено, что в 75% микроорганизмы не были чувствительны к назначенным антибиотикам, которые изначально назначали эмпирически. После санации брюшной полости назначали циплапинем, метронидазол, ципрофлоксацин. Из брюшной полости наиболее часто высевали *St. aureus* и *E.coli*. При повторной операции *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida spp.*, *Klebsiella pneumoniae*.

Антибактериальная терапия проводилась системно с поддержкой органов и систем жизнеобеспечения, а также купированием энтеральной недостаточности. С учетом риска кандидозной суперинфекции назначали противогрибковые препараты.

Выводы. Лечение пациентов с опухолью толстой кишки и распространенным перитонитом в стадии тяжелого абдоминального сепсиса предполагает удаление выпота, устранение причины заболевания, декомпрессию кишки, лаваж и дренирование брюшной полости, повторные санации.

Преобладание в посевах из брюшной полости и микробном пейзаже содержимого кишки умерших пациентов госпитальных штаммов микроорганизмов предполагает применение у лиц с программными санациями с самого начала лечения иммунокорригирующей терапии и использования антибактериальных препаратов, к которым сохранена чувствительность госпитальных штаммов в конкретных отделениях реанимации и интенсивной терапии.