

*В. Е. Корик<sup>1</sup>, С. А. Жидков<sup>1</sup>, А. П. Трухан<sup>1</sup>, А. С. Жидков<sup>1</sup>, Д. В. Дударев<sup>2</sup>,  
Н. Д. Мелконян<sup>2</sup>, А. С. Сорокин<sup>3</sup>, А. А. Керезь<sup>3</sup>*

## **ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА**

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета  
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»<sup>2</sup>*

*Лечебный факультет УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>3</sup>*

---

**Р**аспространенный перитонит различного генеза до сих пор является важнейшей проблемой неотложной хирургии. Летальность при различных его формах достигает 50–60%. Исходя из этого, необходимо искать малейшие пути для улучшения результатов лечения этого тяжелого заболевания.

Нами проведен анализ успешного лечения 43 пациентов с распространенным перитонитом различного генеза у больных в возрасте от 18 до 83 лет.

Острый аппендицит был причиной заболевания в 17 случаях (39,5%); острый холецистит

в 5 (11,8%); прободная язва в 18 (41,2%); воспалительные заболевания придатков матки в 3 (7,5%).

При поступлении больным проводили клиническое обследование. Основными симптомами были: боль в животе – в 8 случаях (41,2%); тошнота – в 10 (23,2%); рвота – в 6 (15,0%); симптомы раздражения брюшины – в 15 (35,4%).

При проведении клинического анализа крови лейкоцитов свыше  $10 \times 10^6$  был в 30% случаев, анемия в 24%.

Наиболее информативными для диагностики оказались инструментальные методы об-

следования: обзорная рентгенография живота при прободной язве оказалась информативной в 16 случаях (94,1%); УЗИ живота определило свободную жидкость в 36 случаях (83,8%); в 12 случаях выполненная лапароскопия подтвердила диагноз в 100%. После 1–3 часовой подготовки все больные оперированы. При этом у больных с сердечной патологией в подготовке принимал участие кардиолог.

Оперативное вмешательство проводили независимо от причины перитонита. Срединная лапаротомия, взятие экссудата на посев, ликвидация источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости. При этом раствор для санации выбирался произвольно, т. к. этот процесс имеет чисто механическое значение. Главное – количество раствора должно быть не менее 10–12 л.

В послеоперационном периоде проводили интенсивную терапию в отделении реанимации. При нестабильной гемодинамике применяли продолжительную ИВЛ. Больных с сопутствующей сердечной патологией ежедневно осматривал кардиолог. Антибиотерапию начинали

с цефалоспоринов III-IV поколений и метронидазола. Через 3-4 дня после получения результатов антибиотикограммы производили коррекцию лечения. Двое суток в отделении реанимации лечились 26 пациентов (60,7%); трое – 7 (16,4%); четверо – 3 (7,5%); более четырех суток – 7 (16,4%). Наибольший срок пребывания в отделении реанимации – 18 суток.

Из 43 пациентов умерли 2 (4,6%). Средняя длительность лечения выживших – 16,4 дня.

### **Выводы**

1. В современных условиях основными методами диагностики распространенного перитонита являются инструментальные: рентгенография живота, УЗИ и лапароскопия.
2. Для успешного лечения перитонита у лиц с сердечной патологией необходимо участие кардиолога в до- и послеоперационном периоде.
3. До получения антибиотикограммы при перитоните любой этиологии необходимо применение цефалоспоринов III-IV поколений и метронидазола.