

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

\*Костюченко К.В., Колобанов А.А., Храбров Д.Н.

Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА, МКУЗ МСЧ ОАО «Автодизель»

Ярославль, Россия

Применение интестинальной декомпрессии (ИД) наиболее оправдано при хирургическом лечении распространённого гнойного перитонита (РГП) в сочетании с необходимым комплексом интраоперационных мероприятий, среди которых важнейшими являются перитонеальный лаваж и энтеральный лаваж. Перитонеальный лаваж с использованием больших объёмов растворов в ряде случаев приводит к дисэлектролитемии, диспротеинемии, ухудшению местных и общих иммунных реакций, поэтому, увеличение кратности лаважа более 3 должно быть правильно аргументировано и ограничивается ситуациями, когда проведение качественной санации невозможно по причине существования кишечных свищей. Среди вариантов интестинальной декомпрессии наиболее эффективными считаются проксимальная и тотальная назогастроинтестинальная интубация, ограничением для которых являются выраженный спаечный процесс в брюшной полости, быстро развивающийся синдром повреждённого желудка, патология лёгких с дыхательной недостаточностью.

В ходе обследования и лечения 315 пациентов проведён анализ эффективности различных видов интестинальной декомпрессии, которые были применены у 298 пациентов с РГП (95%). При анализе групп пациентов, разделённых по наличию показаний к интестинальной декомпрессии, этот метод, как одиночный фактор, приводил к уменьшению летальности на 12-13%. Интестинальная декомпрессия в сочетании и 2-3-кратным перитонеально-энтеральным лаважом приводила к снижению летальности до 25%. При решении вопроса о профилактическом действии интубации тонкой кишки в отношении деструкции в зоне анастомоза не установлено существенного предупредительного эффекта. Предупреждение пролонгации распространённого перитонита, не связанного с деструкцией кишечной стенки отмечено более отчётливо, как и уменьшение уровня токсико́за, органной дисфункции. Эффективный дренаж тонкой кишки с 3-4-кратным в течение суток энтеральным лаважом 5% раствором глюкозы или физиологическим раствором, проводимым в течение 3 хирургических суток, способствует более быстрому купированию токсико́за (динамика шкалы SOFA). Проксимальная декомпрессия не обеспечивает достаточного уровня дренирования кишечника, особенно в тех случаях, когда ИД проводится более 5 суток, что влияет на скорость восстановления функции кишечника. Более эффективна тотальная (субтотальная) ИД, применение которой приводит к наилучшим результатам (летальность, частота тактически значимых осложнений, койко-день). Прогностическая интерпретация фактора интестинальной декомпрессии достаточно сложна, но корреляция применения ИД в самых тяжёлых случаях РГП и снижения летальности позволяет утверждать удовлетворительный клинический эффект, а значит, более позитивный прогноз. Среди осложнений, возникающих вследствие выполнения ИД наиболее известно кровотечение из органов желудочно-кишечного тракта. В нашем исследовании это осложнение констатировано в 7 случаях (2,3%). Возникновение кровотечения отмечено на 4-7 хирургические сутки. Удаление интестинального зонда привело к быстрой остановке кровотечения из кишечной стенки в 6 случаях. Синдром повреждённого желудка констатирован в 9 случаях, из них 3 случая кровотечения отмечены на фоне уже имеющейся гастродуоденальной язвы (исключены случаи с перфоративной гастродуоденальной язвой).

Использование интестинальной декомпрессии привело к уменьшению числа летальных исходов у самой тяжёлой категории пациентов с распространённым гнойным перитонитом, способствовало изменению моральных аспектов релапаротомии.

\* [Kostyuchenko@nm.ru](mailto:Kostyuchenko@nm.ru)