

გადაუდებელი მედიცინა

მუცლის ღრუს პროგრამირებული ეტაპური გამორეცხვა
გავრცელებული პერიტონიტის ქირურგიულ მკურნალობაში

ზორის ჩაკვეტაძე
ომარ ღიბრაძე

აკაკი წერეთლის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
ქუთაისი, საქართველო
moambe@atsu.edu.ge

პერიტონიტი კვლავ რჩება მწვავე ქირურგიული დაავადების მუცლის ღრუში ქირურგიული ჩარევების დროს ხშირ გართულებად. მნიშვნელოვანი ადგილი, ასევე, უკავია პერიტონიტს, რომელიც გამოწვეულია სამეანო-გინეკოლოგიური პათოლოგიისაგან. ლეტალობა მაღალია და დაკავშირებულია დაზიანებული ორგანოების რაოდენობასთან. პერიტონიტის მკურნალობის საფუძველს შეადგენს ქირურგიული ჩარევა, რომელიც მიმართულია პერიტონიტის კერის მოსაცილებლად ოპერაციის დროს, ინფექციასთან ბრძოლით (მუცლის ღრუს სანაცია) და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ანტიბაქტერიული თერაპია, აგრეთვე, ინტენსიური თერაპია და ორგანიზმის დეზინტოქსიკაცია.

საკვანძო სიტყვები: პერიტონიტი, სამეანო-გინეკოლოგიური პათოლოგია, მუცლის ღრუს სანაცია, თერაპია, დეზინტოქსიკაცია.

პერიტონიტი კვლავ რჩება მწვავე ქირურგიული დაავადების მუცლის ღრუში ქირურგიული ჩარევების დროს ხშირ გართულებად.

მნიშვნელოვანი ადგილი ასევე უკავია პერიტონიტს, რომელიც გამოწვეულია სამეანო-გინეკოლოგიური პათოლოგიისაგან. დიდ სირთულეს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის წარმოადგენს გავრცელებული პერიტონიტი, რომელიც მიმდინარეობს პოლიორგანული (პუ) უკმარისობით. ინკურაბელურ სამეულს უწოდებენ გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტის შერწყმის სუნთქვის და მწვავე ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობას (დადვანი 1994).

ლეტალობა მაღალია და დაკავშირებულია დაზიანებული ორგანოების რაოდენობასთან. დღესდღეობით ერთი-ორი ორგანოს უკმარისობის შემთხვევაში ლეტალობა შეადგენს 46-50%-ს, ხოლო, როდესაც ფუნქციის უკმარისობა ეხება სამს და მეტ ორგანოს, ლეტალობა აღწევს 80-90%-ს (Shein M. et ae, 1990 ხოტინიანი ვ.გ. და სხვები 1991).

პერიტონიტის მკურნალობის საფუძველს შეადგენს ქირურგიული ჩარევა, რომელიც მიმართულია პერიტონიტის კერის მოსაცილებლად ოპერაციის დროს ინფექციასთან ბრძოლით (მუცლის ღრუს სანაცია) და

ბ. ჩაკვეტაძე, ო. ლიბრაძე

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ანტიბაქტერიული თერაპიით, აგრეთვე, ინტენსიური თერაპიითა და ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციით.

ინფექციის წყაროს მოცილების შემდეგ ქირურგთა უმრავლესობა აკეთებს ინტრაოპერაციულად მუცლის ღრუს მრავალჯერ გამორეცხვას ფიზიოლოგიური ხსნარით და ანტიბიოტიკებით ან ანტისეპტიკური ხსნარებით, მაგრამ საყოველთაოდ მიღებული მუცლის ღრუს სანაციის წესი ჯერჯერობით მიღწეული არ არის, ვინაიდან არ არსებობს სანაციის ეფექტიანობის კრიტერიუმები, განსაკუთრებით, შერეული არაკლოსტრიდიული ანაერობული ინფექციის დროს. ეს საკითხები საჭიროებს დაზუსტებას კლინიკური დაკვირვებების განსაკუთრებულ რიცხვზე დაყრდნობით. ყველაზე სადავოა და კითხვებს ბადებს ავადმყოფების პოსტოპერაციული მკურნალობა. არ არის გადაწყვეტილი საკითხი, როგორ უნდა დაიხუროს და გაიკეროს მუცლის ღრუ, მუცლის ღრუს დრენირების მეთოდები, ოპტიმალური ანტიბაქტერიული თერაპია, დეტოქსიკაციის მეთოდები და ორგანიზმის სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციების შენარჩუნება.

დღესდღეობით გამოიყენება პერიტონიტის პოსტოპერაციულ პერიოდში მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდი:

1. მუცლის ღრუს დახურული დრენირება შერწყმული ადგილობრივ და ზოგად ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად - (დდ);
2. მუცლის ღრუს დახურული მუდმივი გამორეცხვა პერიტონელური დიალიზი (მ. კუზინი და თანაავტორები, 1994, ბ. სავჩუკი, 1998, M. Sehein et all. 1990, M. Imhof 1991 და სხვ. – (პდ);
3. ღია მუდმივი დორზო ვენტრალური გამორეცხვა, როდესაც ხსნარი შედის დრენაჟებში რომლებიც არიან ჩადგმული გვერდით არხებში, ხოლო ხსნარი გადმოდის მუცლის წინა კედლიდან და მისი აპირირება ხდება სადრენაჟე მილებით (E. Guthy et aee, R.Pichemayr et all., 1983 და სხვები) - (ღგ);
4. ღია დრენირება ლაპაროსტომია ტამპონების და ნახვევების გამოყენებით (ი. იუდინი და თანაავტორები 1999; D.Steinberg 1989 და სხვ.) – (ლდ);
5. მუცლის ღრუს პროგრამირებული ეტაპური გამორეცხვა განმეორებით რევიზიით და სანაციით, პროგრამირებული რელაპაროტომიები (მ. კუზინი და თანაავტორები, 1986, ვ. გისტიშვილი და თანაავტორები 1992, ბ. შურკალინი და თანაავტორები 1993; W. Tiehmann და სხვები 1980,1183, 1985, 1986 D. Wittmann 1990) – (პეგ).

სამწუხაროდ, უმეტეს ქირურგებსა და მკვლევრებს, მათ შორის ზემოთ დასახელებულებსაც, არ აქვს შემთხვევების დიდი რაოდენობა, მაგრამ ერთ საკითხში არის თანხვედრა, რომ ყველა მათგანი თანმიმდევრულად

იყენებს სხვადასხვა მეთოდს - დახურული დრენირებიდან პერიტონარული დიალიზით და პროგრამული ეტაპური გამორეცხვით დამთავრებული.

გარდა ამისა, ჩნდება აუცილებლობა, შეფასდეს არა მხოლოდ ქირურგიული მეთოდების, არამედ ექსტრა კორპორატული დეტოქსიკაციის მეთოდები.

მიუხედავად მრავალი კვლევისა, რომელიც დაკავშირებულია პერიტონიტის პათოგენეზთან და პოლიორგანული უკმარისობის ქირურგიულ მკურნალობაში მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით, ანტიბიოტიკების, ინტენსიური თერაპიის, მრავალი სხვადასხვა მიდგომისა, ლეტალობა პერიტონიტის მძიმე ფორმების პოლიორგანული უკმარისობით რჩება მაღალი.

აღნიშნული კვლევა მოიცავს გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტის მქონე 31 ავადმყოფს, რომლებიც იმყოფებოდნენ „წმ. ნიკოლოზის სახ. ქირურგიულ ცენტრსა“ და ქ. ქუთაისის რესპუბლიკურ კლინიკურ სავადმყოფოში 2000-2021 წლებში.

ავადმყოფთა ასაკი არის 17-დან 78 წლამდე, მაგრამ ავადმყოფთა უმრავლესობა (77,9%) იყო 60 წელზე ახალგაზრდა, ორი-სამი ორგანოს ფუნქციის მოშლა აღენიშნებოდა 71,2%-ს.

პერიტონიტის მიზეზი პაციენტთა ნაწილის შემთხვევაში (4,7%) იყო მუცლის ღრუს ანთებითი დაავადებები, პერიტონიტი განვითარებული სამეანო-გინეკოლოგიური ჩარევების შემდეგ აღენიშნებოდა 38,8%-ს, გართულებები, რომლებიც განვითარდა მუცლის ღრუს ორგანოებზე გეგმიური ჩარევების შემდეგ - 24,5% - ს.

მწვავე ქირურგიული დაავადებების ყველაზე ხშირი მიზეზი იყო მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი (44,6%). სხვა მიზეზები გვხვდებოდა გაცილებით იშვიათად: კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია (9,8%), მწვავე დესტრუქციული ქოლეცისტიტი (10,2%), ნაწლავთა მწვავე გაუალობა (8,1%), მწვავე პანკრეონეკროზი (4,8%), მწვავე სალპინგიტოორიტი (10,5%), მუცლის ღრუს დახურული ტრამვა (10,1%).

სამედიცინო გინეკოლოგიური გართულებების ძირითადი მიზეზები იყო საკეისრო კვეთა და სეპტიური აბორტი (ამ ჯგუფში დაკვირვებათა 76%).

ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტის განვითარების რიცხვი აღინიშნებოდა პაციენტებში, რომლებსაც ჩაუტარდათ ოპერაცია სიმსივნური დაავადებების გამო (9%). მათ შორის ჭარბობდნენ პაციენტები კუჭის კიბოთი გასტრექტომიის შემდეგ (6 პაციენტი) და მსხვილი ნაწლავის კიბოთი (6 პაციენტი).

ყველა პაციენტი იმყოფებოდა მძიმე, ტერმინალურ მდგომარეობაში გამოწვეული პოლიორგანული უკმარისობით. ყველა ავადმყოფი იყო

ბ. ჩაკვეტაძე, ო. ღიბრაძე

საფუძვლიანად ბეჯითად გამოკვლეული და გამოყენებული იყო ყველა თანამედროვე ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული მეთოდი - რენტგენოლოგიური, კტ-კვლევები, ულტრაბგერითი, ენდოსკოპიური, ბიოქიმიური, მიკრობიოლოგიური და მორფოლოგიური.

კლინიკო-ლაბორატორული კვლევების საფუძველზე შეიძლება გამოიყოს პერიტონიტის სიმძიმის 3 ხარისხი:

I ხარისხის პერიტონიტი - სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქცია მოშლილი არ არის (კომპენსაციის სტადია).

II ხარისხის პერიტონიტი - უმეტესად მოშლილია სასიცოცხლო მნიშვნელობის მქონე ერთი ორგანოს ფუნქცია (სუბკომპენსაციის სტადია).

III ხარისხის პერიტონიტი - ორი-სამი ორგანოს უკმარისობით დეკომპენსაციის სტადია პოლიორგანული უკმარისობით.

ავადმყოფთა შორის 71%-ს აღენიშნებოდა პოლიორგანული უკმარისობა. პერიტონიტის მიზეზის მოცილების და მუცლის ღრუს ბეჯითი სანაციის მრავალჯერადი ამორეცხვის შემდეგ გამოყენებულ იქნა შემდგომი მკურნალობისა და დრენირების ოთხი სხვადასხვა მეთოდი:

- დახურული დრენირება ადგილობრივი და ანტიბიოტიკების სისტემური გამოყენებით,
- პერიტონეალური ლავაჟი,
- ლაპაროსტომია (ღია დრენირება),
- პროგრამირებული ეტაპური მუცლის ღრუს გამორეცხვა და მუცლის ღრუს რევიზია.

პოლიორგანული უკმარისობის დროს ლაბორატორული მაჩვენებლები ბევრად განსხვავებულია ვიდრე იმ პაციენტებისა, რომლებსაც დაუდგინდათ სუბკომპენსირებული და, მით უმეტეს, დეკომპენსირებული პერიტონიტები.

პოლიორგანული უკმარისობის დროს მკვეთრად მომატებულია ლეიკოციტოზი და ერითროციტების დალექვის სიჩქარე (ედს), ფორმულა გადახრილია მეტად მარცხნივ, კატასტროფულად იწვევს ქვემოთ ლიმფოციტების რაოდენობა (2-5%), ხარისხობრივად მომატებულია ბილირუბინის და ტრანამინაზების მაჩვენებლები, შარდოვანა და კრეატინინი გაზრდილია 6-8-ჯერ, მუცლის ღრუდან ამოითესება ანაერობული ფლორა 11,4 %-ის შემთხვევაში, ხოლო, როდესაც გამოყენებული იყო ქრომატოგრაფიული მეთოდით გამოკვლევა ანაერობები ამოითესა 78,6%-ის შემთხვევაში.

ექსუდატის ბაქტერიოლოგიური კვლევით ავადმყოფთა 47,5%-ის შემთხვევაში გამოიყოფა ნაწლავის ჩხირი, სტაფილოკოკი - 24,7%-ში,

პროტეული - 11,6%-ში, ძალიან ხშირი იყო შერეული ფლორა ნაწლავის ცხირი, სტაფილოკოკი, პროტესული და ანაერობები.

ანტიბიოტიკებზე მგრძობელობა მოწმდებოდა რეგულარულად, რომ ნანახი ყოფილიყო ცვლილებები მკურნალობის პროცესში. როგორც წესი, ინიშნებოდა სამი პრეპარატი ერთდროულად ანაერობული და აერობული ფლორის საწინააღმდეგოდ. ყველაზე ხშირად ინიშნებოდა: ამპიცილინი, კარბენიცილინი და სხვ., ამ ჯგუფის პრეპარატები ან სხვ. ამ ჯგუფიდან შერწყმული გენტამიცინთან და მეტრონიდაზოლთან.

როგორც დიდ კლინიკურ მასალაზე ჩატარებულმა კვლევებმა უჩვენა (დადვანი 1994), მუცლის ღრუს განმეორებითი ეტაპური გამორეცხვები ხელს უწყობენ ჭრილობის გაწმენდას, აჩქარებენ რეპარაციულ პროცესებს ანთებით გადაგვარებული პერიტონიუმში.

პუ გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტების მკურნალობის ზოგადი პრინციპები არის შემდეგი:

1. ოპერაციის წინა მომზადება, რომ მოწესრიგდეს სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოების და სისტემების დარღვეული ფუნქციები, რომელიც შეიცავს ვოლემური და წყალელექტროლიტური დარღვევების გასწორებას, აგრეთვე, ჰემოდიალიზს, ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას, თუ ამისთვის არის შესაბამისი ჩვენებები;
2. სწრაფი ოპერაციული ჩარევა - პერიტონიტის მიზეზის მოცილება, მუცლის ღრუს ბეჯითი სანაცია და წვრილი ნაწლავისა და კუჭის მრავალჯერადი ამორეცხვა, ნაზო-ინტენსტინალური დრენირება;
3. ადეკვატური ადგილობრივი და ზოგადი ანტიბაქტერიული თერაპია ორი-სამი ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენებით;
4. ოპერაციის შემდგომი ინტენსიური თერაპია, გახანგრძლივებული ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია და, საჭიროების შემთხვევაში, ჰემოდიალიზი;

ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა არ უნდა იყოს შემაფერხებელი შესაბამისი ღონისძიებების გასატარებლად, რომ ბოლომდე ვიბრძოლოთ ავადმყოფის გადასარჩენად.

პერიტონიტის გამომწვევი მიზეზის მოცილება უნდა მოხდეს შუა ლაპარითომიული განაკვეთიდან.

დიდ მნიშვნელობას ვანიჭებთ მუცლის ღრუს მრავალჯერ სანაციას. გამოსარეცხად ვხმარობთ თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნარს ან ფურაცილინის ხსნარს წყალბადის ზეჟანგთან ერთად. აღნიშნული მიდგომა ხელს უწყობს მოისპოს ანაერობული მიკროფლორა.

ოპერაციის დასრულების შემდეგ დგება საკითხი, რა მეთოდით უნდა დასრულდეს დრენირება.

ბ. ჩაკვეტაძე, ო. ღიბრაძე

გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს მუცლის ღრუ დრენაჟების გარეშე დაუშვებელია (ყენდება 4-5 დრენაჟი). უნდა აღინიშნოს, რომ დრენაჟები გამოგვყავს მუცლის წინა კედლის გვერდის ზედაპირზე წინა ან შუა აქსილარულ ხაზზე, ამით ხდება ექსუდატის ოპტიმალური გამოდინება.

როგორც ცნობილია, გავრცელებული ჩირქოვანი პერიტონიტის დროს სულ არის დამახასიათებელი პარალიტიური ილეული. ამ დროს ნაწლავები ხდებიან ინფექციის დამატებით გავრცელების წყაროდ.

გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ პარალიტიური ილეულის წარმატებული ლიკვიდირება კარგად ხერხდება ანტიბაქტერიული მკურნალობით და წვრილი ნაწლავის ეფექტური დრენირებით ნაზოგასტრალური ზონდის საშუალებით.

სპეციალურად გვინდა გავაზიაროთ ჩვენი გამოცდილება დრენირების ორ მეთოდზე: მუცლის ღრუს პროგრამირებული ეტაპური გამორეცხვა, რომელიც გამოყენებულია 12 პაციენტზე, რომელთაგანაც 6 პაციენტი იყო მწვავე ქირურგიული პათოლოგიით, 3 ავადმყოფი - სამეანო-გინეკოლოგიურით, ხოლო 3 - პოსტოპერაციულით. ოპერაციის დროს პერიტონიტის მიზეზის მოცილების შემდეგ, რომელიც იყო გამოწვეული წვრილი ნაწლავის შერთულის ნაკერთა უკმარისობით, ვაკეთებდით დეფექტის გაკერვას მსხვილი ნაწლავის შერთულებზე და ვადებდით ერთ ლულიან ანუსს. მუცლის ღრუს მრავალჯერ ვრეცხავდით, ნაზოინტენსტინალური ზონდით ვუკეთებდით წვრილი ნაწლავის შიგთავსის ასპირაციას და ვტოვებდით ზონდს ნაწლავის სანათურში რამდენიმე დღე. მუცლის ღრუს სანაციის შემდეგ ჭრილობის კედლებს ვაახლოვებდით სხვადასხვა საშუალებებით (ვენტროფილები, ბადე, სამაგრი-ელვა), განმეორებითი რევიზია, პროგრამის მიხედვით, კეთდება 1-2 დღის შემდეგ, ყურადღებას ვაქცევდით პერიტონიტის სიმძიმეს, ექსუდატის ხასიათს და ცვლილებებს მუცლის ღრუში, ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ლაბორატორული მაჩვენებლების დადებითი დინამიკა იწყებოდა ორი-სამი ეტაპური გამორეცხვის შემდეგ. ამ დროისთვის ექსუდატი ხდებოდა სეროზული, ქრებოდა ფიბრინული ჩანართები, ჩნდებოდა გრანულაციები, მცირდებოდა ლეიკოციტოზი. ყველა მაჩვენებლის გაუმჯობესების შემთხვევაში ეტაპური რევიზიის და სანაციების რიცხვი იფარგლებოდა ორი-სამი პროცედურით. მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფები იყვნენ ძალიან მძიმე მდგომარეობაში, შესაძლებელი გახდა ლეტალობის შემცირება 21.3%-მდე. ლეტალობა უფრო მაღალი იყო პოსტოპერაციული პერიტონიტის დროს (34,6%). აპენდიკულარული წარმოშობის პერიტონიტის დროს ლეტალობა

შემცირდა 11,9%-მდე ნაცვლად 21%-ისა, როდესაც მკურნალობა მიმდინარეობდა დრენირების ყველა სხვა მეთოდებით.

პროგრამირებული ეტაპური ჩირქოვანი პერიტონიტის გავრცელებული ფორმების და ჩირქოვან-ფიბრინოზული პერიტონიტის დროს, როდესაც ადგილი აქვს პერიტონეუმზე უხეშ ცვლილებებს, მუცლის ღრუ აბსცესების და ნაწლავთა მარყუჟების შეწებების საშიშროების დროს, მუცლის ღრუს პროგრამირებული ეტაპური გამორეცხვა გვადლევს საშუალებას, ეფექტურად ვებრძოლოთ ინფექციის გავრცელებას, აბსცესების წარმოქმნას, სეფსისს, ჭრილობის დაჩირქებას და სხვა გართულებებს, ეს მეთოდი ამცირებს პოლიორგანული უკმარისობის განვითარებას, ამცირებს ლეტალობას, რაც გვადლევს მისი პრაქტიკაში გამოყენების უფლებას. ასეთი პაციენტები უმჯობესია მოთავსდნენ სპეციალიზებულ განყოფილებებში, რომლებიც აღჭურვილია თანამედროვე აპარატურით და ყველა საჭირო პირობებით.

ლიტერატურა

დადვანი, სერგო. 1994. მუცლის ღრუს პროგრამირებული ეტაპური გამორეცხვა გავრცელებული პერიტონიტის გართულებული პოლიორგანული უკმარისობით. მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარდგენილი დისერტაციის ავტორეფერატი. მოსკოვი.

კუზინი, მ. სოროკინა, მ. 1995. „პერიტონიტის მკურნალობა გართულებული პოლიორგანული უკმარისობით“. ჟურნალი ქირურგია, #5, 1994: 8-13.

ლომიძე, ნოდარ. 1992. გეგმიური რელაპარატონია და პლაზმოფერეზი მწვავე გავრცელებული პერიტონიტის კომპლექსურ მკურნალობაში. მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარდგენილი დისერტაციის ავტორეფერატი. თბილისი.

Emergency Medicine

Programmed Staged Abdominal Lavage in Surgical Treatment of Common Peritonitis

Boris Chakvetadze

Omar Ghibradze

Akaki Tsereteli State University

Kutaisi, Georgia

moambe@atsu.edu.ge

Peritonitis still remains an acute complication of severe surgical disease in the abdominal cavity during surgical interventions. Peritonitis caused by obstetric-gynecological pathology also plays an important role. Lethality is high and is related to the number of organs damaged. In the treatment of peritonitis, its basis is a surgical intervention aimed at eradicating the cause of peritonitis during surgery, fighting infection (abdominal sanitation) and antibacterial therapy in the postoperative period, as well as intensive therapy and detoxification of the body.

Keywords: *Peritonitis, obstetric-gynecological pathology, abdominal sanitation, therapy, detoxification.*

Peritonitis still remains an acute complication of severe surgical disease in the abdominal cavity during surgical interventions.

Peritonitis caused by obstetric-gynecological pathology also plays an important role.

Lethality is high and is related to the number of organs damaged.

In the treatment of peritonitis, its basis is a surgical intervention aimed at eradicating the cause of peritonitis during surgery, fighting infection (abdominal sanitation) and antibacterial therapy in the postoperative period, as well as intensive therapy and detoxification of the body.

Different methods of treatment of peritonitis in the postoperative period are currently used: Programmed staged abdominal lavage with repeated revision and sanitation, programmed relaparotomies (M. Kuzin et al., 1986; V. Gistishev et al. 1992, B. Shurkalin et al. 1993, W. Teiehmann et al., 1980, 1183, 1985, 1986 D. Wittmann 1990)- (P.S.R.)

The cause of peritonitis in 4.7% of patients was inflammatory diseases of the abdomen, the peritonitis developed after obstetric-gynecological interventions - 38.8%, complications that developed after planned interruptions in the abdominal organs - 24.5%.

The common cause of acute surgical diseases was severe destructive appendicitis (44.6%). All patients were in severe terminal condition with poly-organic insufficiency – (POI). 71% of our patients suffered poly-organic insufficiency.

The cause of peritonitis should be removed from the mid-laparotomy cut.

We give great importance to multiple sanations of the abdomen. To wash, use warm saline solution or furacillin solution with hydrogen peroxide (100 ml. H₂O₂ XSNARI 1 LITRA AMOSARECX XSNARZE). This approach helps to get rid of anaerobic microflora.

In cases of programmed stages of purulent peritonitis and purulent-fibrinous peritonitis, when there are rough changes in the peritoneum, when there is a risk of abdominal abscesses and adhesions of the intestinal loops, programmed staged abdominal washing allows us to effectively fight the spread of infection, abscesses, sepsis, wound suppuration and other complications. This method reduces the development of poly-organic insufficiency, reduces lethality, which allows us to use it in practice. It is better to place such patients in specialized units equipped with modern equipment and all necessary conditions.

Terminology used: POI – Polyorganic Insufficiency, CD- Closed Drainage, PD - Peritoneal Dialysis, OL - Open Lavage, OD - Open drainage, PSL –Programmed Staged Lavage.