

# ERADICAREA CHIRURGICALĂ A FOCARULUI DE PERITONITĂ POSTOPERATORIE ÎN FUNCȚIE DE LOCALIZAREA COMPARTIMENTALĂ ABDOMINALĂ

## SURGICAL ERADICATION OF THE FOCUS OF POSTOPERATIVE PERITONITIS DEPENDING ON ITS LOCALIZATION IN PERITONEAL CAVITY

Vladimir HOTINEANU, Valeriu BOGDAN, Alexandru ILIADI

Catedra Chirurgie Nr. 2 USMF "Nicolae Testemițanu"

### Rezumat

Studiul este bazat pe analiza rezultatelor tratamentului chirurgical al unui lot de 306 pacienți cu peritonită postoperatorie, tratați în clinică în perioada anilor 1991-2009. Atitudinea curativă individuală, cu aplicarea unei tactici diferențiate și a tehnicilor operatorii optime asupra focarului de peritonită, în funcție de localizarea compartimentală abdominală a acestuia, în combinație cu tratamentul prelungit "în etape", ne-a permis ameliorarea rezultatelor curative și reducerea letalității până la 23,36% în cazul peritonitelor cu focarul localizat supravezicolic, cu 19,70% medio-abdominal și cu 18,91% pentru cel pelvin.

### Summary

The study is based on the analysis of surgical treatment via continued "staged" method, applied to group of 306 patients with postoperative peritonitis, observed in surgical clinic nr.1, 2<sup>nd</sup> Chair of Surgery, State Medical University during the 1991-2006 period. Individual curative attitude regarding the postoperative peritonitis focus, the application of different and optimal surgical tactics and techniques depending on peritoneal localization, the combination with continued "staged" treatment, allowed us to improve the effectiveness of treatment results and to decrease postoperative lethality of patients down to 23,36% of supramesocolic region of the abdominal cavity cases, to 19,70% cases for middle abdominal region and 18,91% cases for the inferior region.

### Actualitatea temei

Peritonitele postoperatorii prezintă o problemă actuală a medicinei practice contemporane, atât prin incidența sa de 35-56% dintre toate complicațiile survenite după intervenții chirurgicale pe organele cavității peritoneale, fiind cea mai frecventă cauză a relaparotomiilor precoce, cât și prin progresele minore în asistența lor medicală [11, 8, 1, 3].

Letalitatea în peritonita postoperatorie, în general, în ultimii 30 de ani, practic, nu s-a schimbat, corespunde în mediu de 30% și este determinată de progresarea intoxicației endogene și insuficienței multiple de organe vitale importante, ca urmare a procesului inflamator infecțios neînălăturat [6, 10, 1, 3].

Studiind eficacitatea asanării cavității peritoneale în peritonitele postoperatorii, într-un singur moment un șir de autori au demonstrat că indiferent de soluția folosită la lavaj, inflamația și contaminarea bacteriană rămâne să persiste. O singură intervenție chirurgicală nu reușește să controleze suficient un proces septic sever [9, 1, 3, 10]. În 72,2-92,2%, cazurile letale sunt determinate de focarul intraabdominal neînălăturat [10, 7, 4, 3].

Noi posibilități în tratamentul peritonitelor postoperatorii au fost oferite prin elaborarea și implementarea metodelor prelungite "în etape", care presupun instalarea unui regim de dirijare a procesului inflamator în cavitatea peritoneală, cu posibilități de corecție activă chirurgicală și farmacoterapeutică, asigurând reducerea considerabilă a complicațiilor și a letalității postoperatorii [7, 5, 11, 4, 2]. Cu toate acestea unele aspecte tactico-chirurgicale, până în prezent, rămân a fi controversate și discutabile.

### Scopul lucrării

Ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical prin elaborarea unei tactici medico-chirurgicale diferențiate și a tehnicilor operatorii optime asupra focarului de peritonită postoperatorie, în dependență de localizarea lui în cavitatea peritoneală.

### Materiale și metode

Studiul efectuat reflectă experiența colectivului Catedrei Chirurgie Nr. 2 a USMF „Nicolae Testemițanu” în tratamentul chirurgical prin procedee de asanare prelungită "în etape" a peritonitei postoperatorii pe un lot de 306 de pacienți, tratați în clinică în perioada anilor 1991-2005.

Din numărul total de bolnavi incluși în studiu, 176 (57,52%) bolnavi au fost de sex masculin și 130 (42,48%) au fost de sex feminin. Majoritatea (n=259; 84,63%) pacienților au constituit persoane active în muncă.

Peritonita postoperatorie după intervenții chirurgicale programate a survenit în 94(30,72%), după intervenții chirurgicale în chirurgia abdominală de urgență în 149(48,69%) și după intervenții chirurgicale pentru leziuni traumatice ale organelor cavității peritoneale în 63(20,59%) cazuri.

În observațiile noastre peritonita postoperatorie a avut o evoluție temporală îndelungată. Astfel, doar 15 (4,90%) aveau o durată de până la 24 ore, majoritatea pacienților (n=261; 85,29%) fiind cu peritonite cu o durată de 2-6 zile, iar 12 (3,92%) dintre ei, cu peritonite „în eviscerație” de peste 10 zile .

La momentul internării în clinică, la 227(74,18%) dintre pacienți, starea a fost apreciată ca gravă și la 79(25,82%) extrem de gravă. Valorile MPI au fost în limitele 12-46 de puncte, iar starea generală a acestui contingent de bolnavi a fost apreciată cu 14 puncte și mai mult după gradația APACHE II, ce corespunde probabilității medii și înalte a rezultatului letal (tab.1).

**Tabelul 1. Caracteristica bolnavilor cu peritonită postoperatorie după gradația APACHE II și după valorile MPI (n=306)**

	Punctajul	Valorile medii	Nr. pacienți
MPI	<20	16,1±1,9	77 (25,16%)
	20/30	24,9±2,7	127 (41,51%)
	>30	33,1±2,4	102 (33,33%)
APACHE II	<15	13,4±1,2	56(18,3%)
	15-20	18,3±1,6	174 (56,86%)
	>20	23,2±3,1	76(24,84%)

Gravitatea stării pacienților a fost determinată de insuficiența funcțională a organelor și a sistemelor de importanță vitală, prezentă în 291 (91,83%) cazuri, sindromul de disfuncție al unui singur organ fiind constat la 179(63,70%), prevalentă fiind insuficiența respiratorie (n=128; 71,51%), insuficiența funcțională a două organe la 79 (28,11%) și a 3 și mai multe organe la 23 (8,19%) bolnavi. Particularitățile de evoluție clinică au fost dependente și de maladiile asociate, care au fost prezente la 131 (42,81%) pacienți din lotul studiat.

Metodele de diagnosticare a peritonitei postoperatorii au inclus: examenul clinic, investigații de laborator biochimice și bacteriologice, investigații imagistice radiologice, USG, TC, IRM.

Pregătirea preoperatorie a avut ca scop stabilirea indicilor minimi de operabilitate prin terapie de repleție volemică, de corecție a dezechilibrului hidro-electrolitic și acido-bazic, a dereglărilor proteice, anemiei, ameliorarea funcției organelor vitale importante. Durata de pregătire preoperatorie a fost de până la 6 ore în peritonitele de tip "perforativ" și până la 12 ore în cazul peritonitelor persistente cu tulburări profunde și severe volemice, ale constantelor homeostaziei și a funcției organelor și sistemelor de importanță vitală.

Tratamentul chirurgical a avut ca prim obiectiv rezolvarea factorului septic prin evacuarea colecțiilor de puroi și a membranelor de fibrină, lavajul peritoneal cu soluții antiseptice, drenajul circular al cavității peritoneale. Al doilea obiectiv a fost rezolvarea sursei de peritonită.

În funcție de posibilitatea de eradicare a sursei de peritonită toți bolnavii incluși în studiu au fost divizați în 3 loturi:

1. cu focarul localizat în etajul supravezocolic- 137 (44,77%) cazuri,
2. cu focarul localizat în etajul mediu abdominal - 132 (43,14%) cazuri,
3. cu localizare pelvină a focarului peritonitic - 37 (12,09%) cazuri.

În etajul supravezocolic, în dependență de angajarea focarului de peritonită, bolnavii au fost divizați în următoarele loturi:

1. cu focarul pe segmentul esofago-gastroduodenal – 60 (43,79%) cazuri,
2. cu focarul pe căile biliare extrahepatice – 24 (17,51%) cazuri,
3. cu focarul de peritonită de origine pancreatică – 30 (21,90%) cazuri,

4. cu focarul de peritonită după intervenții pe ficat și splină – 23 (16,80%) cazuri.

Peritonita postoperatorie cu focarul localizat pe segmentul esofagogastroduodenal (n=60; 43,79%) cel mai frecvent a fost cauzată de dehiscenta anastomozelor și a suturilor (n=47; 78,33%), urmată de ulcerul acut perforat al bontului gastric (n=3; 5,00%), iatrogenia duodenului (n=3; 5,00%), fistulele gastrice (n=1; 1,67%) și duodenale (n=6; 10,00%) în pancreatita acută necrotică supurată.

În structura dehiscentelor de sutură pe segmentul esofagogastroduodenal predomină dehiscentele de bont duodenal (n=23; 48,94%), urmată de dehiscentele anastomotice (n=9; 19,15%), ale suturilor aplicate pe leziunile traumatiche ale duodenului și stomacului (n=8; 17,02%), ale suturilor ulcerului perforat (n=4; 8,51%) și piloroplastiei (n=3; 6,38%).

Modalitățile de rezolvare a sursei de peritonită pe segmentul esofagogastroduodenal au depins de localizarea și dimensiunile fistulei, de volumul pierderilor sucurilor digestive și alimentare, de posibilitățile de nutriție, de condițiile locale și generale. Pe acest segment sunt posibile numai tehnici chirurgicale de delimitare și de excludere a focarului. Delimitarea sursei s-a efectuat prin drenaj activ cu lavaj continuu al zonei (17 cazuri), duodenostomie dirijată (17 cazuri), gastroduodenostomie dirijată (8 cazuri). Excluderea sursei s-a efectuat prin rezecție sau rerezecție gastrică cu GEA în Y a la Roux sau Balfour cu duodenostomie dirijată (6 cazuri), rezecție gastrică cu GEA în Y a la Roux sau Balfour cu antrumduodenostomie dirijată (7 cazuri).

În cazul dehiscentelor anastomotice ale esofagului cu stomacul și jejunul (n=3), fistulelor de dimensiuni mici cauzate de dehiscenta bontului duodenal (n=6), dehiscenta GJA (n=1), dehiscenta suturilor leziunii duodenale (n=1) și în fistulele duodenale în pancreatita acută gravă (n=6) soluția optimă este plasarea la locul dehiscentei a un sistem de drenuri pentru aspirație și lavaj continuu cu antiseptice în speranța constituirii unei fistule externe dirijate și introducerea unei sonde nazojejunale cu țel inițial de decompresie, ulterior, după restabilirea tranzitului intestinal pentru nutriție enterală.

În dehiscentele bontului duodenal cu defecte mari și, îndeosebi, în fistulele complete, unica soluție, pe care o considerăm optimă și pe care am realizat-o în 17 cazuri, este delimitarea fistulei prin aplicarea duodenostomiei dirijate cu tub de dren trilumen.

În fistulele de dimensiuni mari cauzate de: dehiscenta GDA (n=4), dehiscenta suturii ulcerului perforat (n=2), dehiscenta suturii piloroplastiei (n=2), cu inflamația țesuturilor gastroduodenale de procesul septic și sucurile gastroduodenale, unica soluție, "de disperare", pe care am utilizat-o în aceste situații a fost aplicarea gastroduodenostomiei dirijate prin orificiul de dehiscentă cu un tub trilumen, ca și în cazul duodenostomiilor dirijate. Mărirea treptată a orificiului fistulos, imposibilitatea dirijării ei, pierderile mari de sucuri gastroduodenale, restricțiile de aport postoperatoriu și insuficiența reechilibrării nutritive pe cale parenterală, starea septică, au dus în marea majoritate (7 cazuri) la decesul acestor bolnavi.

În dehiscentele anastomozelor gastroduodenale (n=2), piloroplastiilor (n=1), suturilor ulcerului perforat (n=2), suturilor leziunilor traumatiche și a iatrogeniilor duodenale (n=1), când condițiile locale și generale permit, optime sunt tehnicile chirurgicale de excludere prin rezecție sau rerezecție

gastrică cu GJA în Y a la Roux sau Balfour cu duodenostomie dirijată (fig.1).

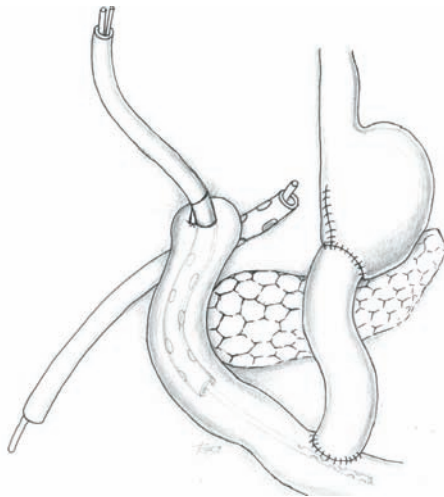


Figura 1. Duodenostomă dirijată

În dehiscentele de sutură a leziunilor traumatiche duodenale (n=4) și în iatrogeniile duodenului (n=3) tehnica chirurgicală, pe care o considerăm "de elecție" și pe care am efectuat-o cu succes, este excluderea duodenului prin rezecție gastrică cu gastrojejunooanastomoză în "Y" a la Roux sau în "Omega" cu montarea antrumduodenostomiei dirijate (după metoda clinicii) cu sutura repetată a fistulei și plasarea drenurilor de siguranță pentru lavaj și aspirație locală continuă în perioada postoperatorie (fig.2).

Peritonita postoperatorie după intervenții pe căile biliare extrahepatice a fost cauzată de biliragie din ductele accesorii din patul colecistului (n=7), și din canalul cistic (n=2), de iatrogenia căilor biliare extrahepatice (n=8), de dehiscenta de sutură a coledocului (n=4), coledoco-duodenoanastomozei (n=2), colecistojejunooanastomozei (n=1).

În peritonitele postoperatorii cauzate de secțiunea căii biliare extrahepatice Bismuth tip 3 (6 cazuri), considerăm unicul gest posibil asanarea peritonitei cu drenarea externă a arborelui biliar prin unul sau două tuburi aplicate în fiecare canal biliar, montarea unei microjejunostomii tip Dellany, cu formarea, după restabilirea tranzitului intestinal, a unui By-pass biliodigestiv extern pentru recuperarea pierderilor de bilă. Acest procedeu este varianta chirurgicală "de disperare" în aceste situații, dar permite soluționarea cu succes a problemei în cauză

În peritonitele generalizate de origine pancreatică (n=30) metodele tratamentului chirurgical au variat în dependență de dinamica și extinderea procesului necrotico-purulent în pancreas, spațiile retroperitoneale și cavitatea peritoneală. La toți bolnavii din acest lot la prima etapă s-a recurs la metoda relaparotomiilor programate de asanare a cavității peritoneale, frecvența lor fiind de 1-2. După regresia peritonitei, laparorafia, în toate cazurile, s-a finalizat cu instalarea pancreatomentobur-sostomiei în combinație cu drenarea activă cu lavaj continuu și mesajul bursei omentale. Acest procedeu a asigurat controlul evoluției procesului inflamator pancreatic și peripancreatic și dirijarea lui prin revizii programate (5-13) de asanare la fiecare 48-72 ore. În cazul fuziunilor extinse a procesului necrotico-purulent în spațiile retroperitoneale am întrebuițat metoda de drenare prin acces extraperitoneal pe stânga (12 cazuri), pe dreapta (4 cazuri) și bilateral (5 cazuri).

Peritonita postoperatorie, cu focarul localizat în etajul mediu abdominal (n=132; 43,14%) a complicat cele mai diverse patologii și intervenții chirurgicale efectuate pe organele cavității peritoneale și a fost cauzată de fistulele intestinale, ca urmare a traumatismului intraoperator al seroasei intestinale și al iatrogeniilor, legate de greșeli tactice și de tehnică chirurgicală (n=46; 43,85%), a dehiscentei suturilor anastomotice (n=41; 31,06%), a dehiscentei suturilor, aplicate pe intestinul subțire și colon (n=25; 18,94%), a dehiscentei bontului apendicular (n=6; 4,55%), a dehiscentei bontului intestinal (n=2; 1,52%) și a perforației ulcerelor colonice în colita ulceroasă nespecifică (n=8; 6,06%)

În dependență de tactica chirurgicală, bolnavii cu focarul localizat medioabdominal au fost repartizați în 2 loturi:

1. cu fistule jejunale (n=14; 10,61%);
2. cu fistule cu localizare joasă ale intestinului subțire (n=39; 29,54%) și ale colonului (n=79; 59,85%).

Principiul de bază al tratamentului chirurgical al fistulelor înalte este evitarea aplicării unei jejunostomii, care neapărat poate duce bolnavul în perioada postoperatorie la dereglări severe și ireversibile hidroelectrolitice și proteice.

Soluția optimă în cazurile de fistulă intestinală înaltă, pe care am folosit-o cu succes în 4 cazuri, este rezecția segmentului cu fistulă cu aplicarea anastomozei primare, protejate de decompresia nazojejunală.

Procedeele chirurgicale de eradicare prin rezecția segmentului de jejun cu fistulă cu montarea anastomozei primare (n=4) și sutura fistulei jejunale (n=4), cu aplicarea în toate cazurile

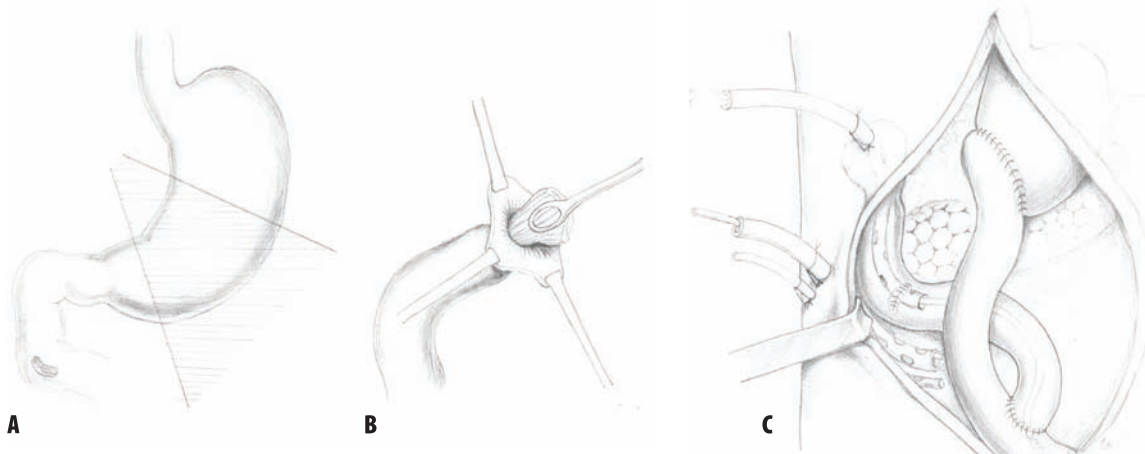
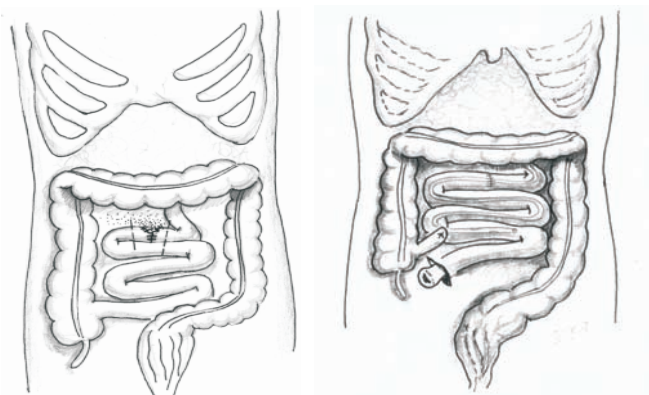


Figura 2. Antrumduodenostomie dirijată.

A) fistulă duodenală, limitele de rezecție gastrică; B) demucozarea antrumului; C) antrumduodenostomie dirijată.

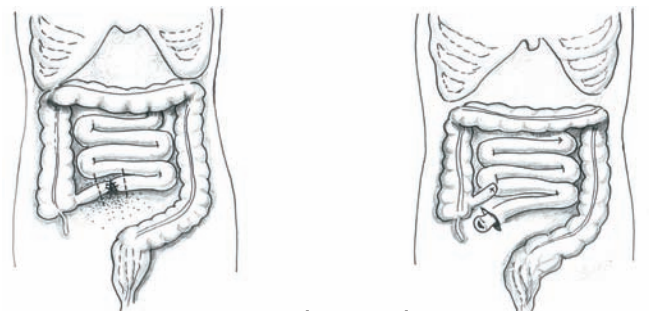
stimei la distanță pe ileonul terminal ne-a permis evitarea unei jejunostomii (fig.3).



**Figura 3. Fistulă intestinală înaltă.**  
Rezecția sectorală cu anastomoză primară și ileostomie

Numai în 2 cazuri, prezența procesului aderențial sever și lipsa condițiilor de restabilire a continuității tractului digestiv a impus, ca intervenție "de disperare", rezecția conglomeratului de anse intestinale cu fistule și montarea unei jejunostome terminale.

În fistulele intestinale joase ale intestinului subțire (n=39) și ale colonului (n=51) optim este procedeul de eradicare prin rezecția segmentului interesat, cu închiderea capătului distal și exteriorizarea celui proximal la piele (fig.4).



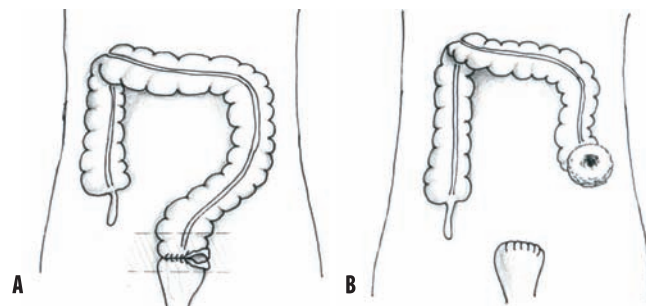
**Figura 4. Fistulă intestinală joasă.**  
Rezecție sectorală cu ileostomie terminală

În cazul fistulelor colonice neformate de dimensiuni mici (n=21), am efectuat intervenții chirurgicale de excludere a acestora din pasajul intestinal, prin aplicarea ileostomiei terminale (n=18) sau a colostomei terminale (n=3), în combinație cu sutura fistulei (n=16) sau drenajul activ al zonei fistulei (n=5), în scopul constituirii unei fistule dirijate.

Peritonita postoperatorie cu focarul localizat pelvin (n=37; 12,09%) a fost cauzată de dehiscența suturilor bontului vaginal sau uterin (n=13; 35,14%), dehiscența bontului rectal (n=9; 24,32%), dehiscența anastomozelor colorectale (n=8; 21,62%), dehiscența suturilor aplicate pe colonul rectosigmoid (n=5; 13,51%) și de necroza ansei coborâte transanal (n=2; 5,41%).

În peritonitele postoperatorii cu focarul localizat pelvin sunt posibile tehnici chirurgicale de eradicare, de excludere și de delimitare a focarului. Tehnicile de eradicare sunt indicate în dehiscențe majore colorectale, prin rezecția anastomozelor dehiscente cu colostomie terminală (n=6) (fig.5), în dehiscențele bontului rectosigmoid (n=5), când condițiile locale și lungimea bontului permit, prin rezecția bontului cu închiderea repetată a lui, și în necroza ansei coborâte transanal (n=2) prin rezecția sectorului de intestin sfacelat cu colostomie terminală.

În cazul fistulelor de dimensiuni mici, cauzate de dehiscența parțială a anastomozelor colorectale (n=2) și a suturilor, aplicate pe rectosigmoid pentru leziuni traumatice și iatrogenii (n=5), optime sunt tehnicile de excludere a fistulei prin ileostomie (n=5) sau colostomie (n=2) supriacentă, în combinație cu drenajul activ cu lavaj local continuu al zonei fistulei, în scopul constituirii unei fistule dirijate.



**Figura 5. Dehiscența anastomozelor colorectale.** Rezecția segmentului cu fistulă cu închiderea bontului distal și montarea colostomei terminale

Tehnicile de delimitare a sursei de peritonită postoperatorie prin drenajul activ cu lavaj continuu al zonei fistulei sunt indicate în dehiscențele bontului rectal (n=4), în dehiscența minoră a anastomozelor colorectale (n=2), în dehiscența suturilor aplicate pe rectosigmoid (n=5) și în dehiscența bontului uterin sau vaginal (n=13).

Metoda „de elecție” în tratamentul peritonitelor postoperatorii grave, pe care am utilizat-o în majoritatea cazurilor, este cea semideschisă, prin relaparotomii programate. „Laparostomia” o considerăm ca o variantă auxiliară (de obicei, impusă), în caz de lipsă de substanță a stratului peritoneo-aponevrotic a plăgii operatorii, când ermetizarea abdomenului este imposibilă. În restul cazurilor, indiferent de exprimarea și răspândirea procesului inflamator peritoneal, laparostomia nu este o alternativă a relaparotomiilor programate.

Durata de tratament prin metode prelungite „în etape” a fost de 2-3 zile în 86 (28,10%) cazuri, de 5-6 zile în 190 (62,10%), de 7-10 zile în 21 (6,86%) și mai mult de 10 zile în 9 (2,94%) cazuri. Numărul relaparotomiilor programate, efectuate la un singur bolnav, a variat de la 1 până la 6, cu o medie de 2,18, cel mai frecvent (68,3%), fiind efectuate 1-2 revizii programate ale cavității abdominale.

În perioada critică, toți bolnavii au fost îngrijiți în secția de reanimare septică cu monitorizarea unor indici funcționali și biochimici și efectuarea terapiei intensive, direcționate spre analgezie adecvată, reechilibrare a homeostaziei și întreținere a sistemelor și organelor vitale importante, detoxifiere, corecție a tulburărilor de metabolism proteic prin nutriție parenterală și enterală precoce și a dezechilibrului hidro-electrolitic și acido-bazic, combatere a ileusului paralytic, antibioticoterapie complexă generală și locală.

### Rezultate și discuții

În perioada postoperatorie, atât până, cât și după închiderea cavității abdominale, au fost înregistrate un șir de complicații, rata lor fiind de 157 (51,30%) (tab.2).

Pentru rezolvarea acestor situații dificile au fost întreprinse măsuri terapeutice conservative de tratament intensiv general și local, iar în unele cazuri complicația a necesitat efectuarea reintervenției chirurgicale.

Au decedat 65 de bolnavi. Letalitatea postoperatorie fiind de 21,24%, în marea majoritate a cazurilor a fost determinată de progresia peritonitei postoperatorii cu insuficiența funcțională în agravarea continuă a organelor și a sistemelor de importanță vitală (tab.3).

**Tabelul 2. Complicațiile postoperatorii survenite la pacienții cu peritonite postoperatorii tratați prin metode prelungite „în etape” (n=157)**

Genul complicației	Nr. cazuri	%
Dehiscenta plăgii laparotomice	41	13,40
Abcese subaponevrotice	14	4,57
Supurația plăgii după aplicarea suturilor secundare	18	5,88
Hemoragie digestivă din ulcere acute	30	9,80
Hemoragie erozivă	13	4,25
Abcese abdominale	13	4,25
Dehiscenta repetată a suturilor		
· bontului duodenal	6	1,96
· leziunii traumatiche duodenale	3	0,98
· fistulelor intestinului subțire	5	1,63
· bontului rectal	1	0,33
Apariția noilor fistule intestinale	6	1,96
Flegmon parastomic	4	1,31
Colecistită acută gangrenoasă calculoasă	2	0,65
Hemoragie din segmentul rectosigmoid exclus	1	0,33
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>51,30</b>

**Tabelul 3. Cauzele letalității în peritonita postoperatorie (n=65)**

Cauza decesului	Nr. decesuri	%
Peritonita progresivă. MODS	15	23,08
Peritonita progresivă. Dereglări severe hidroelectrolitice, proteice. MODS	11	16,92
Peritonita progresivă.		
Ulcere acute, hemoragie digestivă.	11	16,92
Șocul toxico-septic	18	27,69
Hemoragia erozivă. CID. Șocul hemoragic	7	10,77
Tromboembolia arterei pulmonare	3	4,64
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Au fost externați 241 (78,26%) de pacienți, dintre ei cu jejunostoma terminală 1 (0,42%), cu ileostoma terminală 55(22,82%), cu colostoma terminală 53(21,99%), cu ileo- și sigmstoma 3(1,24%), cu evențrații postoperatorii 32(13,28%) pacienți.

Atitudinea chirurgicală diferențiată și aplicarea tehnicilor operatorii optime asupra focarului de peritonită ne-a permis reducerea letalității în peritonitele postoperatorii cu focarul localizat în etajul supravezocolic la 23,36%, mediu abdominal la 19,7% și pelvin, la 18,91%.

### Concluzii

1. Actul chirurgical asupra focarului reprezintă baza tratamentului unei peritonite postoperatorii. Modalitățile de rezolvare a sursei de peritonită diferă în funcție de localizarea ei în cavitatea peritoneală. Astfel, în etajul supravezocolic metodele de delimitare și de excludere a segmentului interesat sunt unicele posibile, în etajul medioabdominal eradicarea este posibilă prin rezecția segmentului interesat, cu restabilirea tranzitului și decompresia intestinală sau cu aplicarea ileo-, colostomie și, în etajul pelvin optime sunt metodele de excludere prin stomie supriacentă și de delimitare prin drenaj activ.

2. Asanarea cavității peritoneale în varianta semideschisă prin relaparotomie programate este metoda de elecție în tratamentul peritonitelor postoperatorii, laparostomia în varianta “eviscerației închise” având indicație numai în caz de lipsă de substanță parieto-abdominală, când ermetizarea abdomenului este imposibilă.

3. Atitudinea curativă individuală asupra focarului de peritonită postoperatorie, cu aplicarea unei tactici diferențiate și a tehnicii operatorii optime în dependență de localizarea lui în cavitatea peritoneală, în combinație cu tratamentul prelungit “în etape” a peritonitei postoperatorii, permite să se amelioreze eficiența rezultatelor curative și reducerea letalității până la 21,24%.

### Bibliografia

- Angelescu N., Jitea N. Peritonitele postoperatorii. Edit. Medicală. București, 1995.
- Naidhardt J.H., Roussou N. Peritonites aiguës generalisées post-operatoires. Actualités chirurgicales. Chirurgie. Abdomen et Digest., 1980, 1er partie AFC, p.141-150.
- Popescu I. Peritonitele. Editura Celsius, 1998, 287 p.
- Witmann D.H., Arabamian C., Berstein J.M. Etappenlavaje: Advanced Diffuse Peritonitis Managed by Planned Multiple Laparotomies Utilizing Zippers, Slide Fastener, and Velcro Analogue for Temporary Abdominal Closur. World Journal of Surgery, 1991, v.14, N2, p.218.
- Бытка П.Ф., Хотинян В.Ф., Брынзэ Г.В. и др. Открытое лечение послеоперационного перитонита. Вестник хирургии, 1986, №4, с.38-42.
- Кембель В.П. Программированная релaparотомия в лечении разлитого перитонита. Автореферат дис. канд. мед. наук. Красноярск, 1992..
- Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого гнойного перитонита Хирургия, 1986, N8, с.124-126.
- Маломан Е.Н. Диагностика и лечение острого разлитого перитонита. Кишинев, Штиинца, 1985, 199с.
- Подачин П.В. Распространенный перитонит проблемы и перспективы этапных методов хирургического лечения. Анналы хирургии, N2, 2004, стр.5-13.
- Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Инфекция в абдоминальной хирургии: настоящие и будущие проблемы. Вестник хирургии, 1990, N6. с.3-7.
- Хотиняну В.Ф. Открытый метод лечения послеоперационного перитонита. Автореферат дис. док. мед., К., 1989.