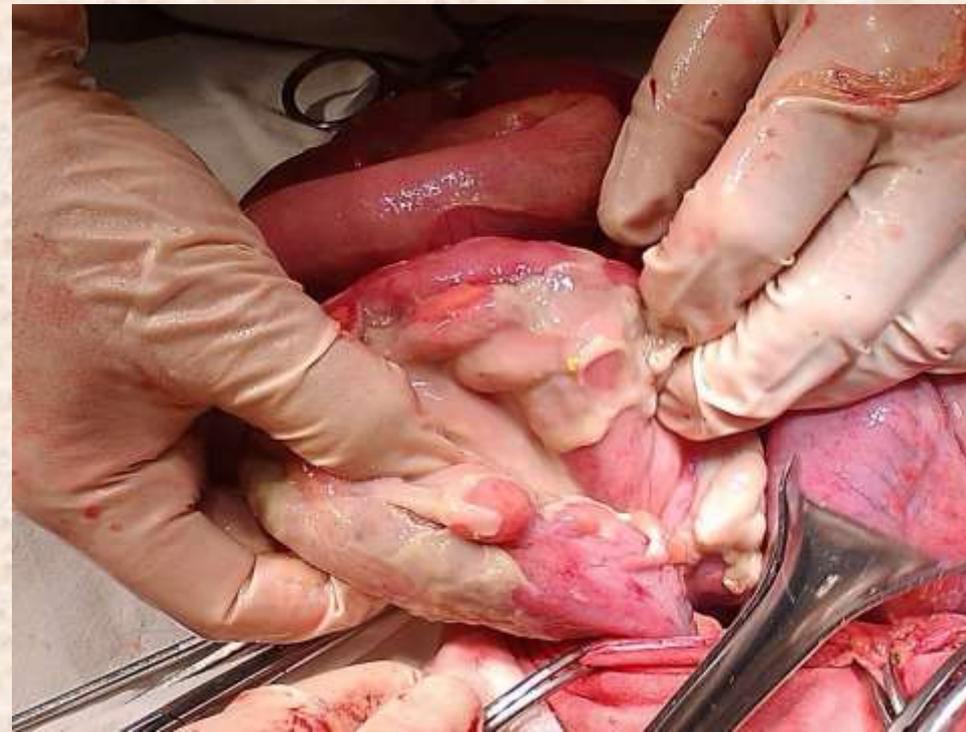


ПЕРИТОНИТЫ

...страх перед богом прошел, а перед перитонитом остался...»

Перитонит – острое воспаление брюшины – одно из наиболее тяжелых осложнений заболеваний и повреждений органов брюшной полости, имеющее клиническую картину самостоятельного заболевания и представляющее собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций с нарушением функционирования всех систем гомеостаза больного.

До настоящего времени гнойный перитонит остается одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Летальность при перитоните колеблется от 4,5 % до 58 % и выше.



Мои современники, так же как и я, все, конечно, воспитаны в страхе перед богом и брюшиной; она и по сегодняя служит для многих "noli te tangere" "

К.Ф. Вегнер (1876)

"Прошло сто лет, как написаны эти слова, но, к сожалению, страх перед богом прошёл, а перед перитонитом остался"

К.С. Симонян (1971)

Классификация перитонита

I. По клиническому течению:

- – острый
- -хронический.

II. По характеру проникновения микрофлоры в брюшную полость.

А. Первичный перитонит

- гематогенным,
- лимфогенным

Б. Вторичный перитонит – вследствие развития острых хирургических заболеваний или травм органов брюшной полости,

III. По микробиологическим особенностям.

1. Бактериальный перитонит:

(гонококки, пневмококки, гемолитический стрептококк, микобактерии туберкулёза).

2. Асептический – является следствием воздействия на брюшину токсических и ферментных агентов неинфекционного характера (кровь, желчь, желудочный сок, хилёзная жидкость, панкреатический сок).

3. Особые формы перитонита (канцероматозный, паразитарный, ревматоидный, гранулёматозный).

IV. По характеру экссудата :

--серозный;

-фибринозный;

-гнойный;

-каловый;

-желчный;

-геморрагический;

-химический.

V. По характеру поражения поверхности брюшины.

1. Местный:

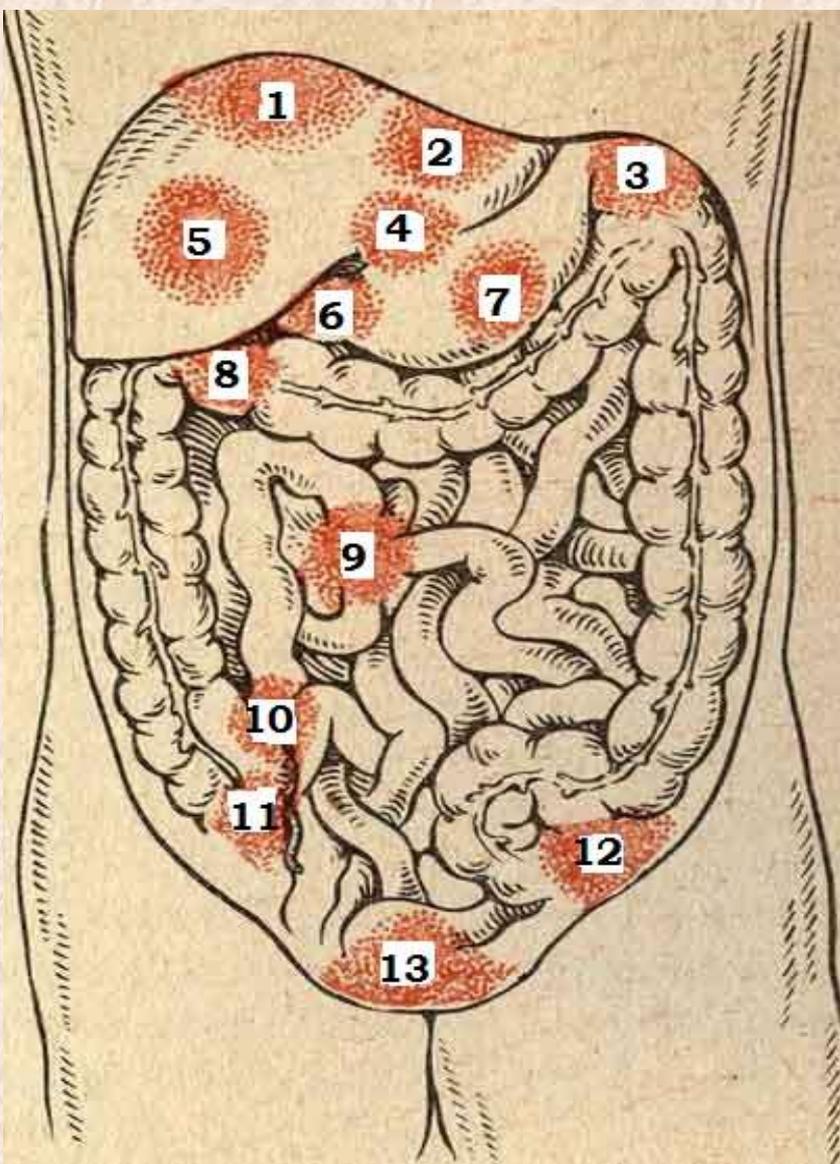
ограниченный (абсцесс или воспалительный инфильтрат);
неограниченный (не имеет чётких границ и тенденций к отграничению, но процесс локализуется в одном из карманов брюшины).

2. Распространённый:

- диффузный
- разлитой
- общий

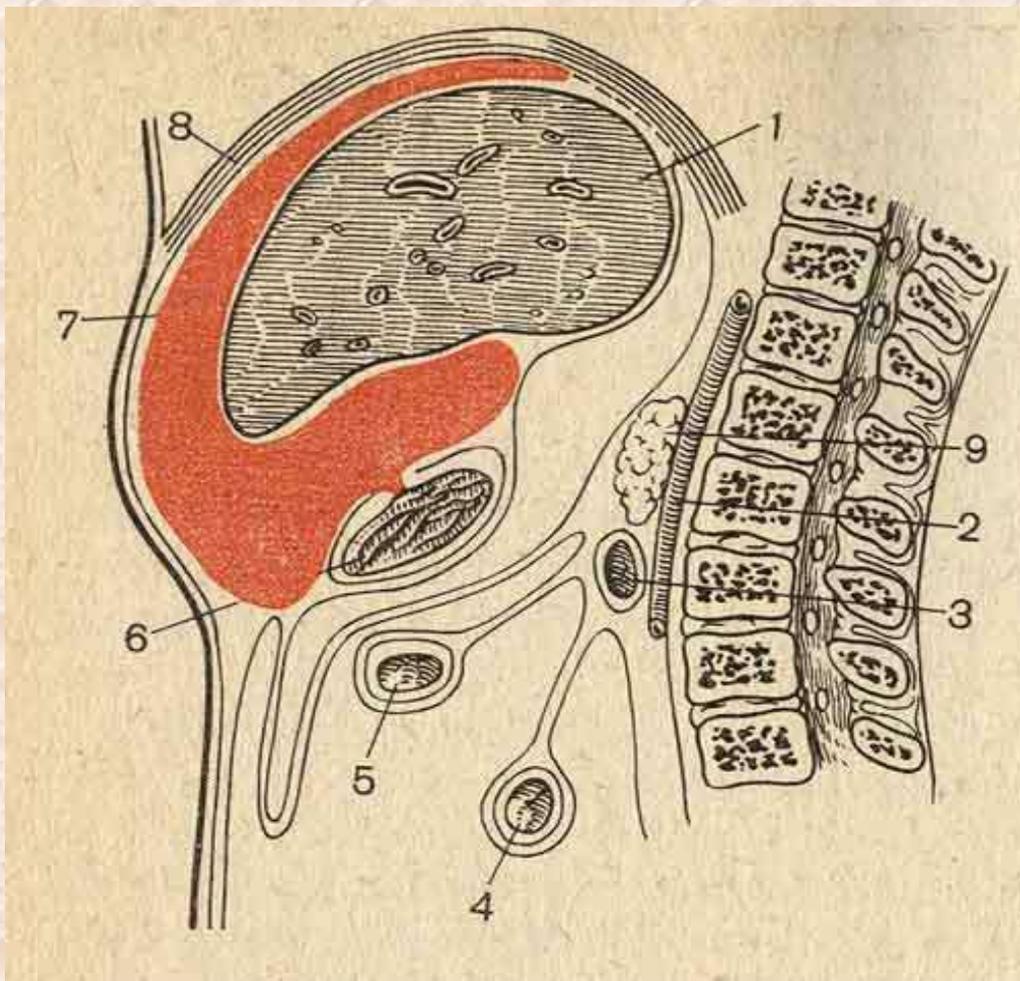
VI. По фазам развития.

1. Реактивная - первые 24 ч. (для перфоративных – 12 ч.);
2. Токсическая - 24-72 ч. (для перфоративных – 12-24 ч.);
3. Терминальная - свыше 72 ч. (для перфоративных – свыше 24 ч.).



Типичные места локализации абсцессов брюшной полости.

- 1 - правосторонний поддиафрагмальный абсцесс;
- 2 - срединный поддиафрагмальный абсцесс;
- 3 - левосторонний поддиафрагмальный абсцесс;
- 4 - абсцесс в сальниковой сумке;
- 5 - абсцесс печени;
- 6 - абсцесс в области культи двенадцатиперстной кишки;
- 7 - абсцесс в области культи желудка;
- 8 - подпеченочный абсцесс;
- 9 - межпетлевой абсцесс;
- 10-11 - абсцесс в области червеобразного отростка;
- 12 - абсцесс в области сигмовидной кишки;
- 13 - тазовый абсцесс.



Поддиафрагмальный абсцесс, осложнивший перфорацию передней стенки желудка.

1 - печень; 2 - аорта; 3 - двенадцатиперстная кишка; 4-5 - тонкая кишка; 6 - желудок; 7 - полость абсцесса; 8 - диафрагма; 9 - поджелудочная железа.



Абсцесс прямокишечно-маточного углубления
(пальцевое исследование прямой кишки).

Этиология и патогенез перитонита

Перитонит независимо от вызвавшей его причины в подавляющем большинстве случаев представляет собой типичное бактериальное воспаление. Наиболее частыми возбудителями гнойного перитонита являются кишечная палочка (65 %) и патогенные кокки (30 %). В современных условиях отмечается также значительная активация условно-патогенной флоры, участвующей в нагноительном процессе в брюшной полости: облигатных анаэробов, бактероидов и пр. Нередко возникновение перитонита обусловлено несколькими бактериальными возбудителями одновременно; подобные ассоциации наблюдаются у 35 % больных.

В патогенезе перитонита основная роль принадлежит интоксикации. Подсчитано, что брюшинный покров человека по площади примерно равен кожному покрову. Поэтому развивающийся в брюшной полости нагноительный процесс быстро приводит к наводнению организма токсинами

Клиника и диагностика перитонита

"Диффузный перитонит - последняя глава проигранной битвы за живот"

Алоис Йирасек

Клиническая картина острого распространённого перитонита включает в себя четыре ключевых синдрома:

- боль в животе,
- нарастающий парез кишечника;
- признаки обезвоживания тканей;
- прогрессирующий эндотоксикоз.

Интенсивные боли внизу живота, тенезмы, жидкий стул, повышение температуры тела.

Живот умеренно вздут в нижних отделах, мягкий.

Симптомы раздражения брюшины резко положительные, язык влажный.

При осмотре пациента:

Живот правильной формы или ассиметричен (за счёт мышечного напряжения или какого-либо образования). В дыхании участвует ограниченно. При аускультации – резкое ослабление, затем исчезновение перистальтики. При разлитом перитоните – «шум плеска». При перкуссии- тимпанит, притупление в боковых отделах живота, может исчезать печёночная тупость.

При пальпации:

В первой фазе – мышечное напряжение над первичным очагом; в фазе «мнимого благополучия» мышечное напряжение всей передней брюшной стенки, исчезающая по мере нарастающего вздутия живота.

Симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

В терминальной фазе могут быть определённые трудности с постановкой диагноза перитонита, если нет возможности выяснить анамнез заболевания у родственников. Адинамичный, заторможенный, резко обезвоженный больной с запавшими глазами, обостренными чертами лица (лицо Гиппократ), дышит поверхностно учащенно, часто с тихим стоном. Сухой "как щетка" язык он не может высунуть, так как внутренние поверхности щек тоже сухие.



Лицо Гиппократа

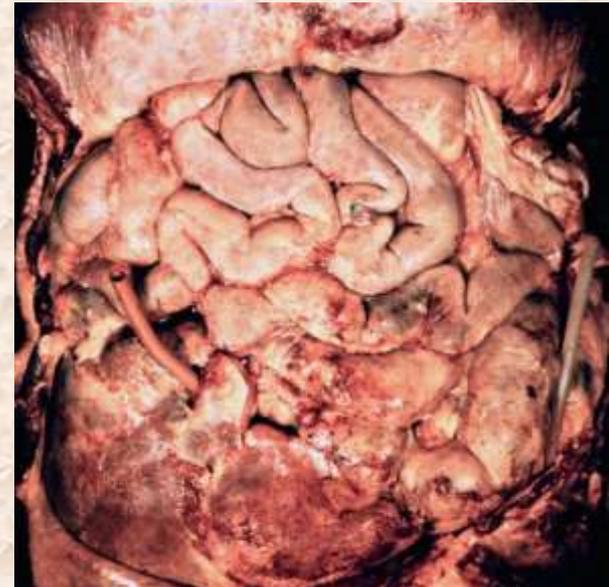
I. Темп развития клинической картины перитонита определяется следующими моментами:

А) недостаточность механизма защиты

Б) высокая вирулентность инфекции

В) объём и скорость контаминации брюшной полости

Г) неадекватное лечение



II. Нарушения гемодинамики – протекает фазно, характеризуясь последовательной сменой гипер- и гиподинамического синдромов.

А) кардиоваскулярный синдром формируется из трёх одновременно протекающих процессов:

- снижение сократительной функции миокарда
- нарушение сосудистого тонуса с прогрессивным снижением ЦВД
- изменение ОЦК

Б) нарушение микроциркуляции

1. На ранних стадиях – вазоконстрикция, повышение проницаемости сосудистой стенки для белка и воды, развитие прокапиллярного отёка. Это нарушает снабжение тканей кислородом и удаление из них метаболитов
2. По мере прогрессирования процесса наступает расширение прекапилляров и венул, замедление кровотока в них и сброс артериальной крови в венозную систему через атриовентрикулярные шунты. Скорость кровотока в тканях замедляется, в просвете мелких сосудов образуются агрегаты форменных элементов, отмечается стаз и гемолиз эритроцитов.
3. Нарушение обменных процессов ведёт к развитию тканевой гипоксии, ацидозу, повышению свёртываемости крови, возникновению ДВС – синдрома с коагулопатией потребления.

III. Нарушение моторики ЖКТ

- А) атония кишечника, возникающая в самом начале развития перитонита как защитная реакция на имеющийся в брюшной полости воспалительный очаг может способствовать ограничению воспалительного процесса
- Б) под влиянием действия токсинов на нервно-мышечный аппарат кишки, нарушения кровообращения в её стенке, расстройств метаболизма в мышечных волокнах и нервных клетках кишки наступает стойкий парез ЖКТ
- В) нарастающая ишемия в стенке кишки делает её проницаемой для микроорганизмов.

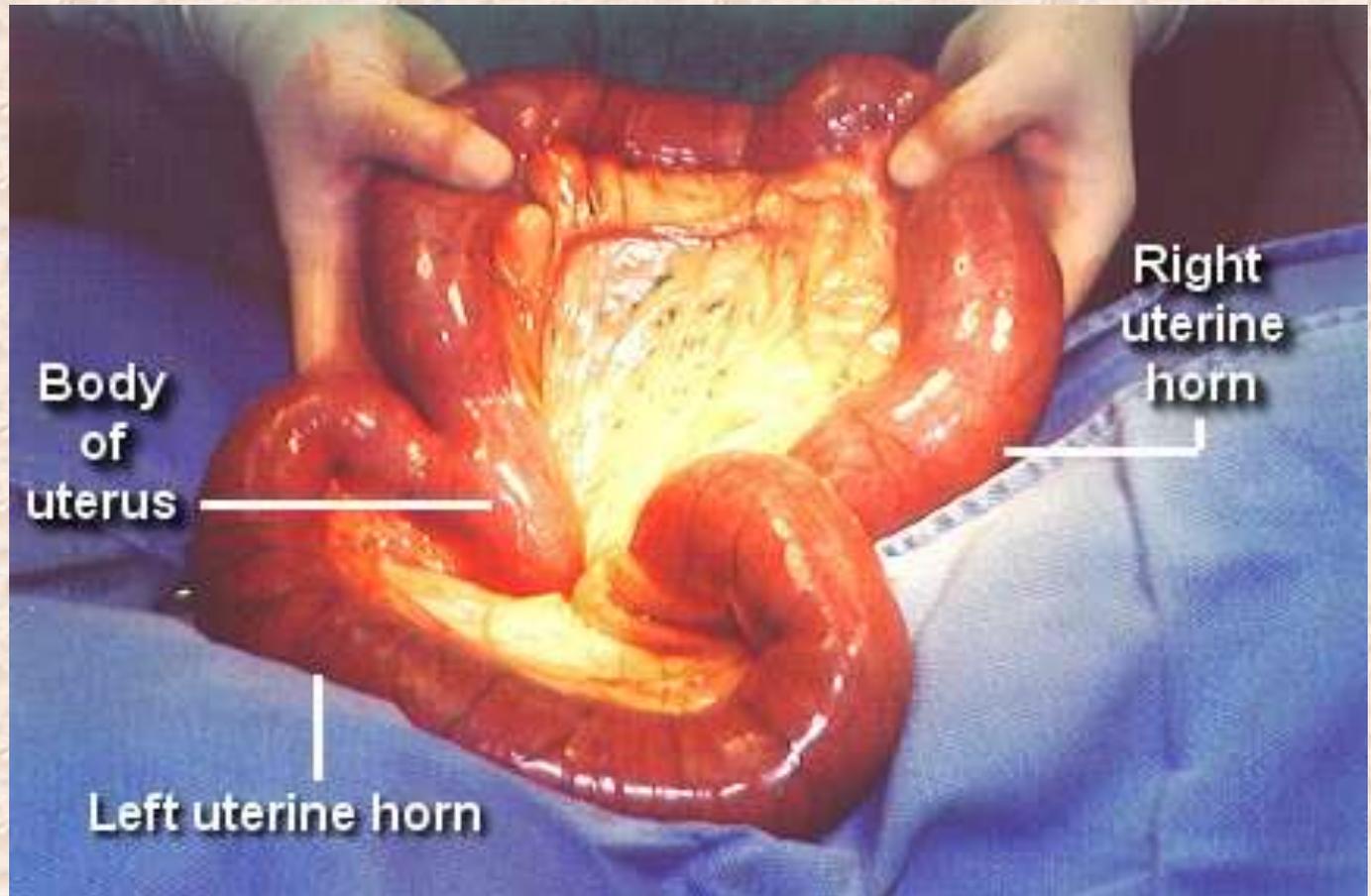
- Нарушение иммунной защиты организма

По мере прогрессирования перитонита развивается иммунодепрессия.

- Гиповолемия

Потери крови и плазмы составляют от 20% до 50% ОЦК. Нарастание гиповолемии обеспечивают: а) экссудация и транссудация в просвет ЖКТ, в свободную брюшную полость ткани всего организма; б) потери жидкости при рвоте, дыхании, испарении с кожных покровов.

Гиповолемиа сопровождается значительными расстройствами гемодинамики, водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния.



Синдром полиорганной недостаточности.

Гипоксия вызывает каскадное поражение функции лёгких, печени, почек, кишечника, сердца, мозга. В этих органах происходит снижение внутриорганного кровотока, повышение внутрисосудистого сопротивления, развития дистрофических и некробиотических процессов.

Дифференциальная диагностика.

Проводится преимущественно в реактивной фазе (срок заболевания небольшой, много общих симптомов).

1. Псевдоабдоминальный синдром может возникать более чем при 70 заболеваниях.
 - a) Заболевания легких и плевры (пневмония, плеврит, повреждения лёгких и плевры, гемо- и пневмотораксы)
 - b) Сепсис заболевания (стенокардия, инфаркт миокарда, атеросклероз, миокардит и т.д.)
 - c) При сердечной недостаточности абдоминальные боли, связанные с застойной печенью, купируются мочегонными и сердечными средствами

- d) Расслоение аневризмы брюшной аорты
- e) Ревматический перитонит
- f) Заболевания и повреждения нервной системы
- g) Декомпенсация сахарного диабета
- h) Тяжелый тиреотоксикоз
- i) Инфекционные болезни (пищевые токсикоинфекции, вирусный гепатит, грипп, скарлатина, дизентерия, брюшной тиф)
- j) Заболевания мочеполовых органов (почечная колика, пиелит)
- k) Заболевания и повреждения передней брюшной стенки

Особая форма перитонита.

Гонококковый перитонит обычно наблюдается у молодых женщин.

Приблизительно у 15% больных гонореей развивается пельвиоперитонит.

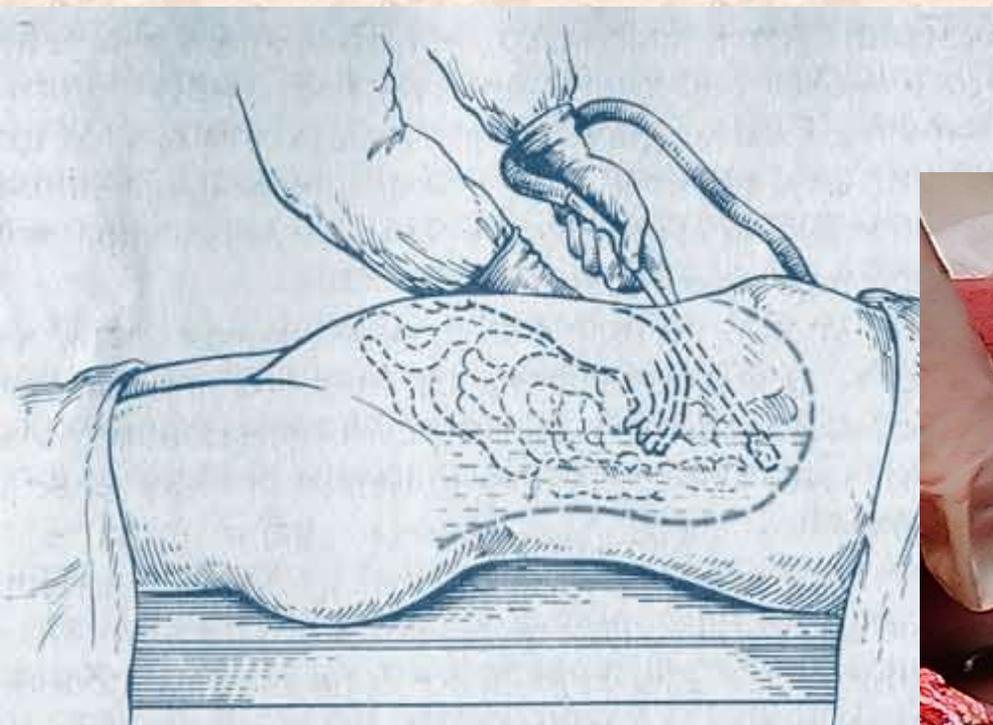
Возбудители проникают в брюшную полость через влагалище, полость матки, маточные трубы. Идентичные поражения вызывают хламидии.

Лечебная тактика

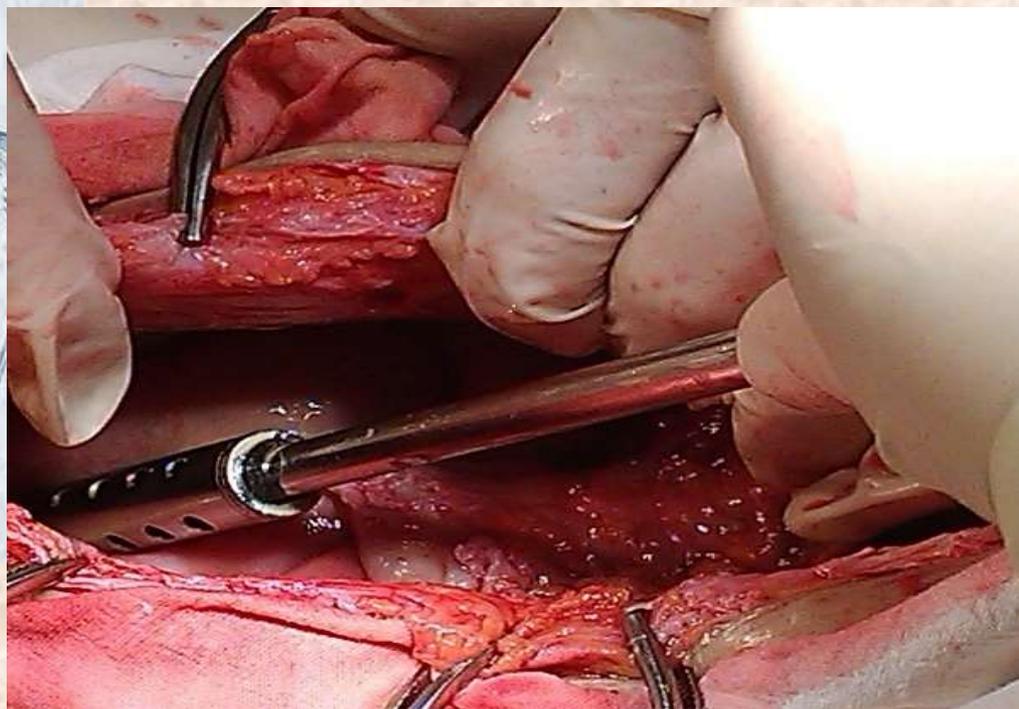
"При перитонитах операция в первые часы дает до 90 % выздоровлений, в первый день - 50 %, позже третьего дня - всего 10 %"

С.И. Спасокукоцкий (1926)

Наличие у больного признаков перитонита является абсолютным показанием к экстренной операции.



а

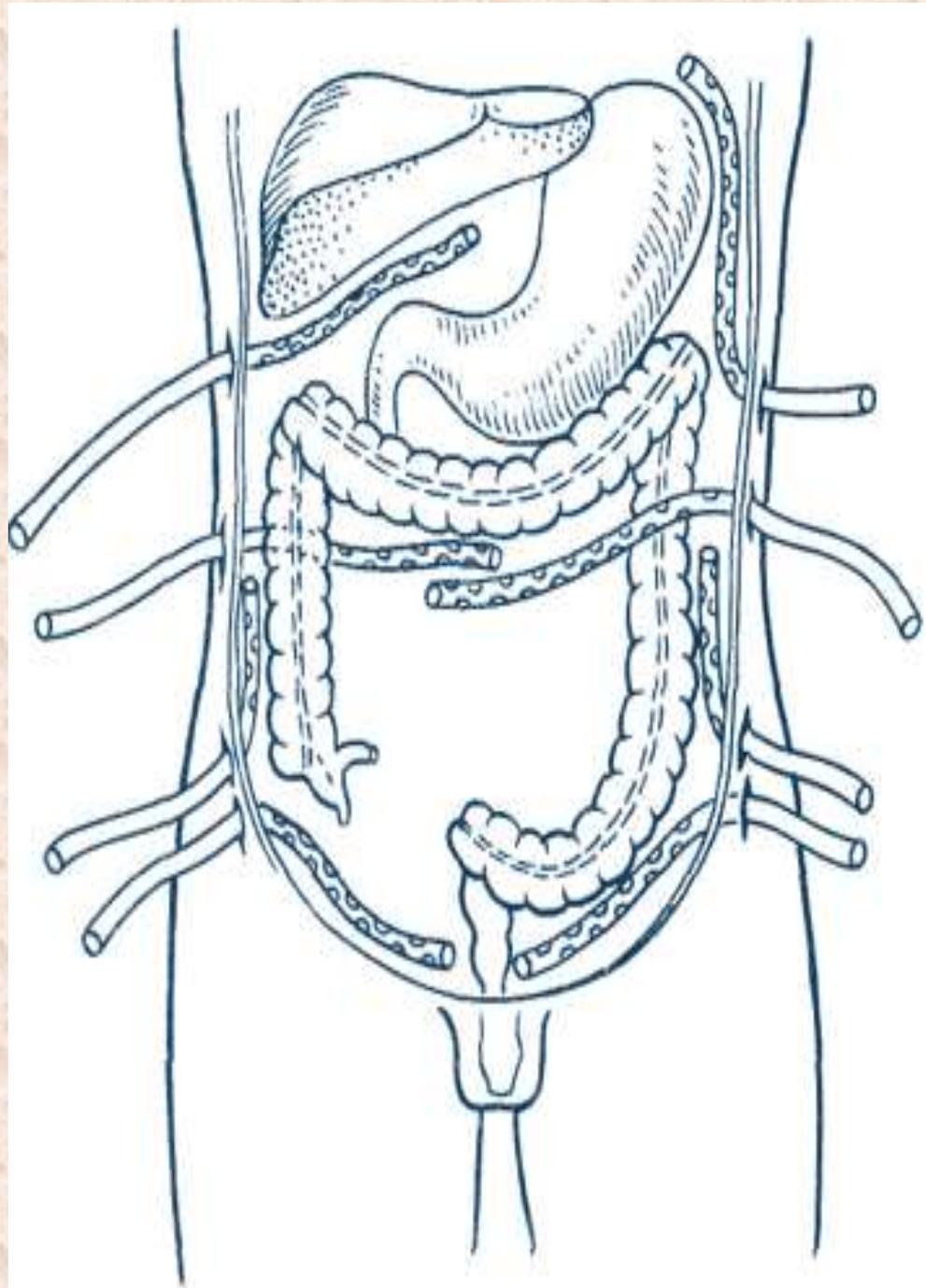


б

Удаление патологического содержимого из брюшной полости:

а - схема, б - интраоперационно.

Дренаж брюшной полости при распространённом перитоните.



Общие принципы лечения перитонита

1. Раннее устранение источника инфекции.
2. Уменьшение степени бактериальной контаминации во время операции.
3. Лечение остаточной инфекции и профилактика нового инфицирования брюшной полости.
4. Поддержание жизненно важных функций организма до и после операции.

Тактика фельдшера:

1. Анталгическое положение
2. Холод к животу
3. Назагостральный зонд, эвакуация содержимого ЖКТ; оставить зонд на весь период транспортировки.
4. Инфузионная терапия с целью дезинтоксикации и восполнения ОЦК.
5. Госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям медицинским транспортом.



Положение, уменьшающее боль

Прогноз заболевания:

- Летальность при тяжёлых формах составляет – 25-30%
- При развитии полиорганной недостаточности – 85-90%

При перитонитах операция в первые часы даёт 90% выздоровлений, в первый день – 50%, позже третьего дня – 10%