

**Балтийский федеральный
университет имени**

И. Канта

Медицинский институт

Кафедра хирургических

ДИСЦИПЛИН

Перитонит

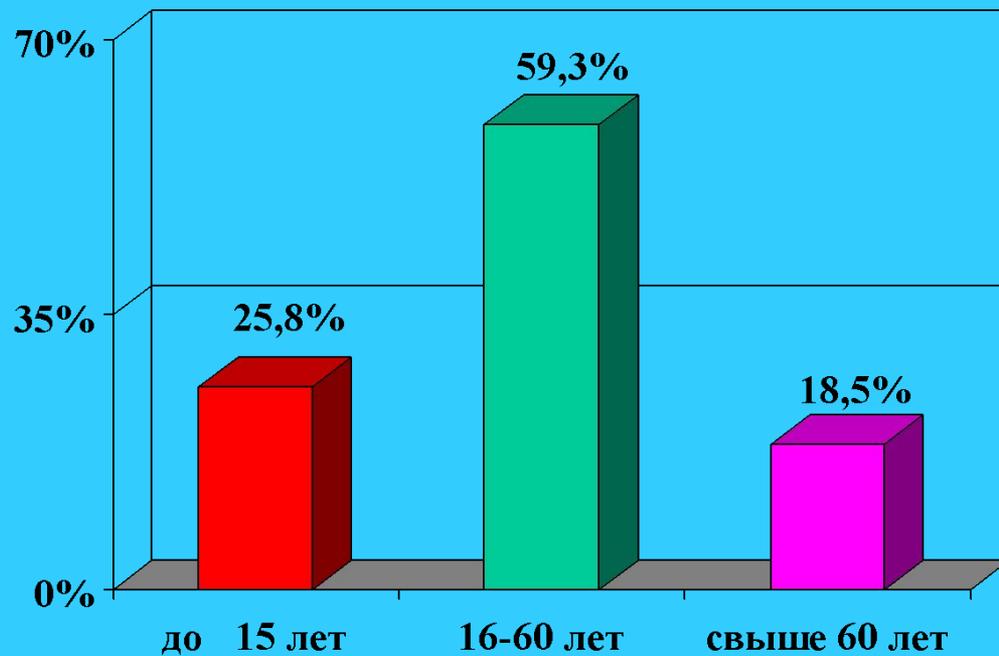
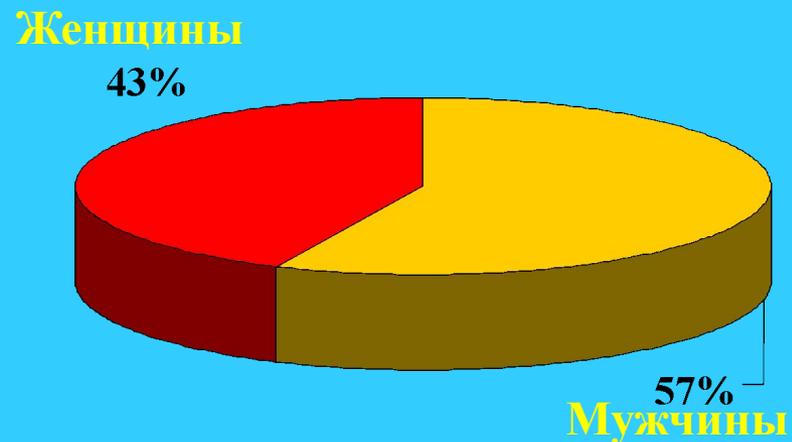
Калининград - 2015

*«Я и моё поколение
воспитаны в страхе перед
богом и перитонитом.»*

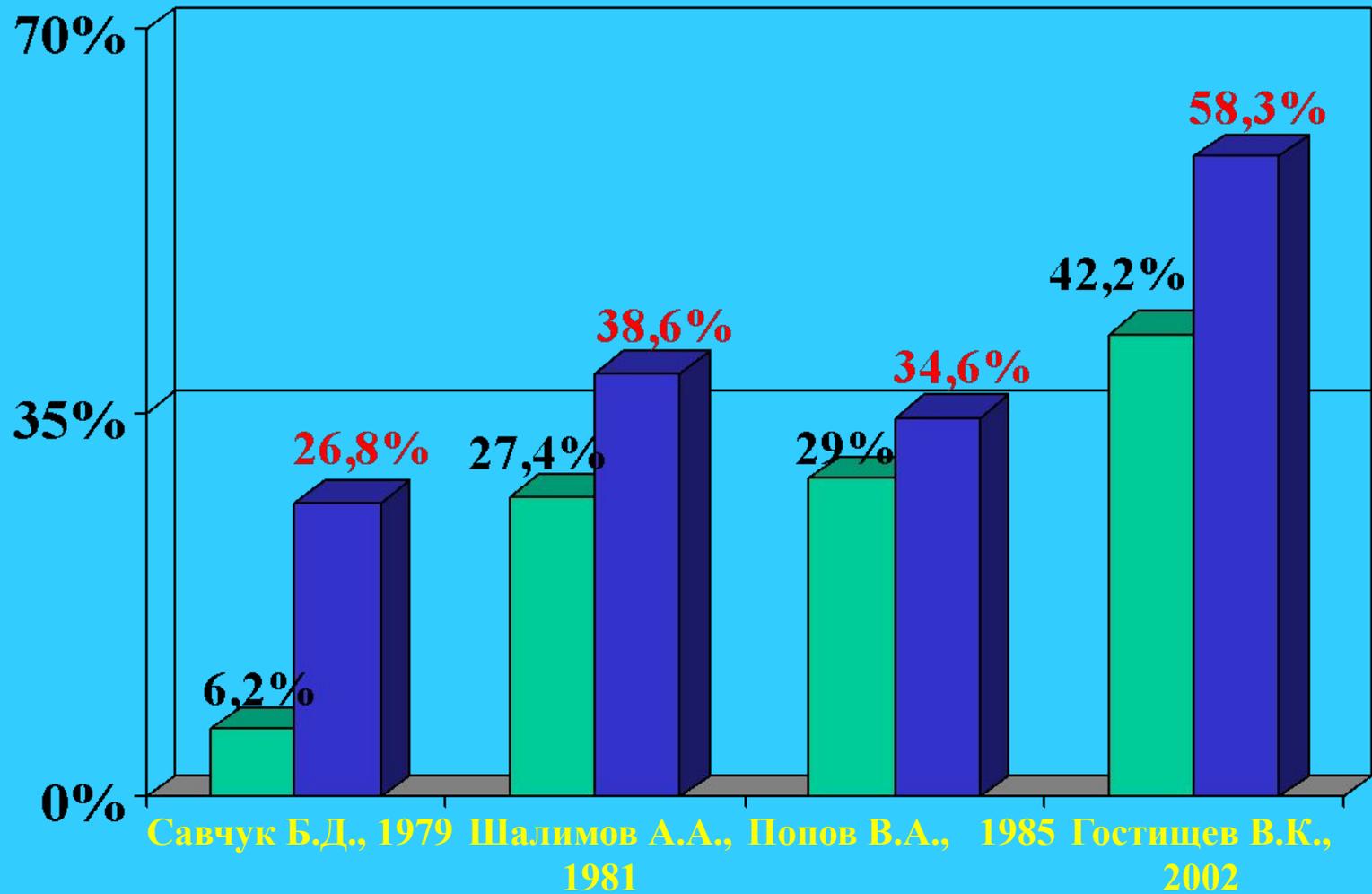
акад. Вагнер (1876).

Перитонит – острое или хроническое воспаление висцеральной и париетальной брюшины, возникающее в результате воздействия на неё микробного, химического, термического или механического факторов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИТОНИТА



Летальность при перитоните



**Острый
перитонит**

**Послеоперационный
перитонит**

Причины высокой летальности при перитоните

- 1) Значительное увеличение числа больных пожилого и старческого возраста.
- 2) Поздняя обращаемость больных.
- 3) Увеличение числа онкологических заболеваний.
- 4) Увеличение числа больных сахарным диабетом.
- 5) Резистентность микроорганизмов к антибиотикам и недостаточная эффективность антибактериальной терапии.
- 6) Ошибки диагностики и хирургической тактики.
- 7) Особая тяжесть течения гнойного процесса.

В.И. Стручков и соавт., 1986г.

ВИДЫ ПЕРИТОНИТА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН

1. МИКРОБНЫЙ (БАКТЕРИАЛЬНЫЙ)

ПЕРИТОНИТ:

- Неспецифический, вызванный микрофлорой Ж.К.Т.
- Специфический вызванный микрофлорой, не имеющей отношения к Ж.К.Т.

2. АСЕПТИЧЕСКИЙ (АБАКТЕРИАЛЬНЫЙ) ПЕРИТОНИТ

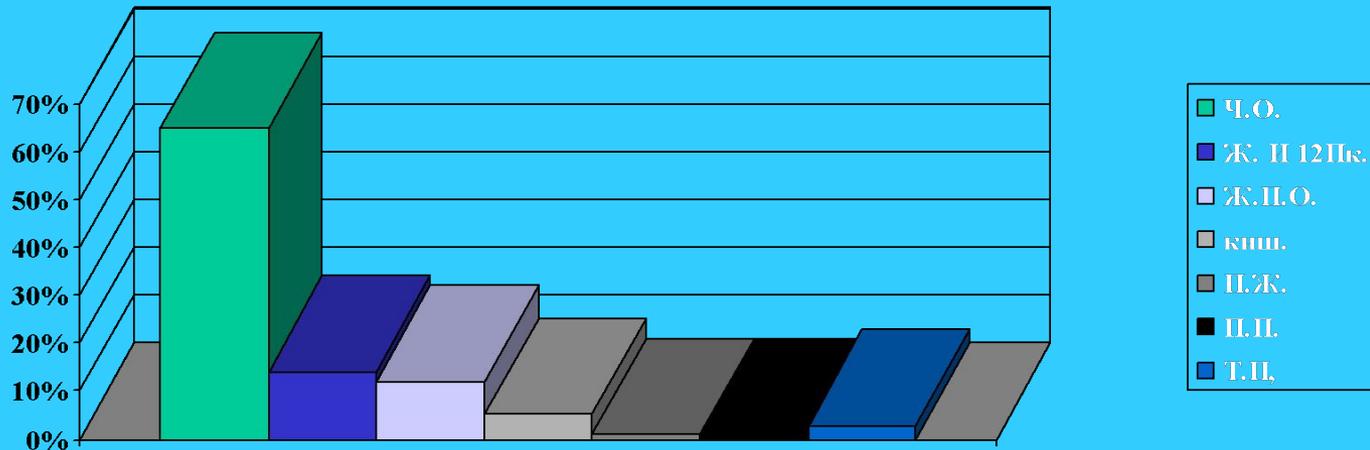
3. ТРАВМЫ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

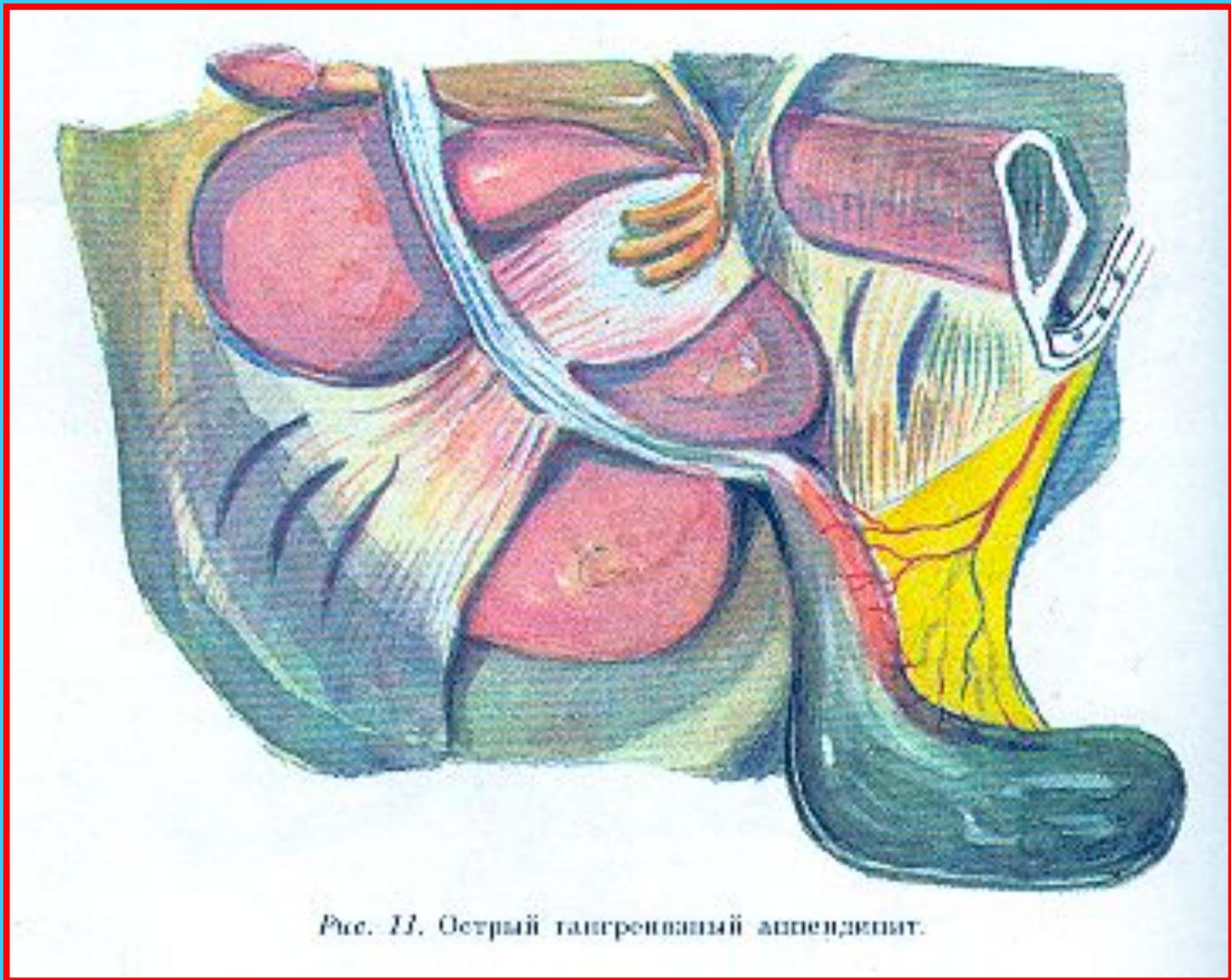
4. ОСОБЫЕ ФОРМЫ ПЕРИТОНИТА:

- канцероматозный, паразитарный, ревматоидный, туберкулёзный.

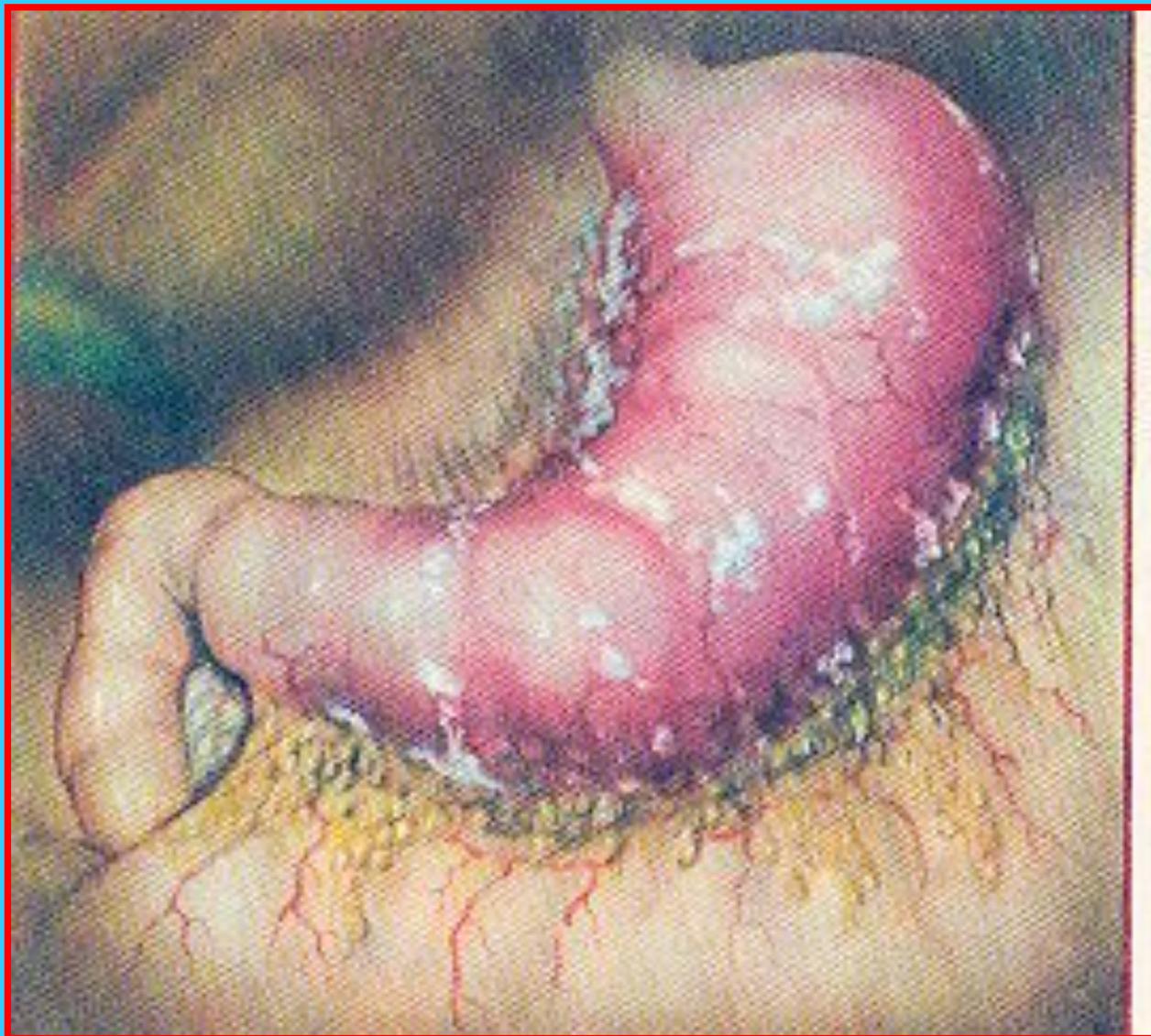
Основные источники инфицирования брюшной полости.

1. Червеобразный отросток 30-65%
2. Желудок и 12П.К. 7-14%
3. Женские половые органы 3-12%
4. Кишечник 3-5%
5. Желчный пузырь 10-12%
6. Поджелудочная железа 1%
7. Послеоперационные перитониты 1%
8. Травматические повреждения 2,7%





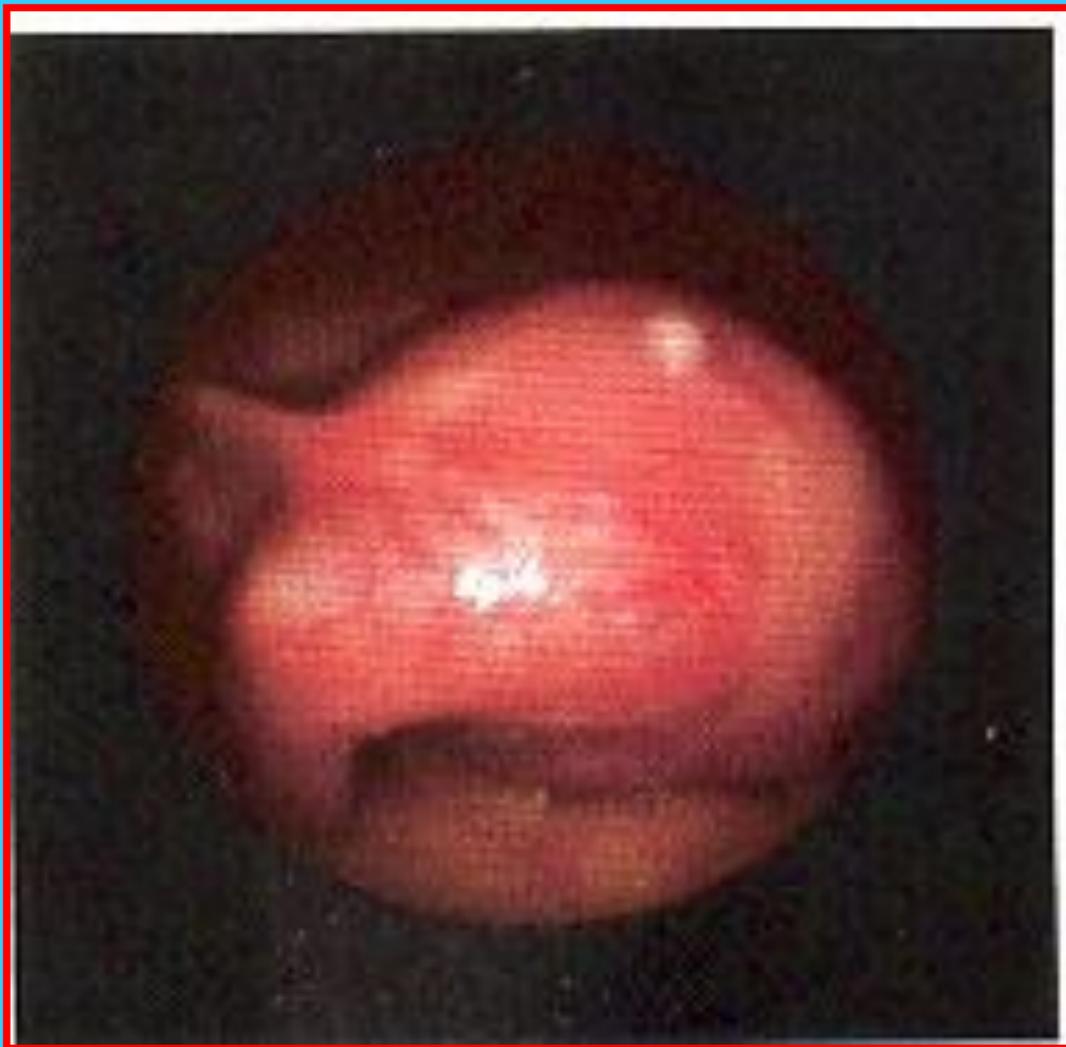
Острый гангренозный аппендицит.



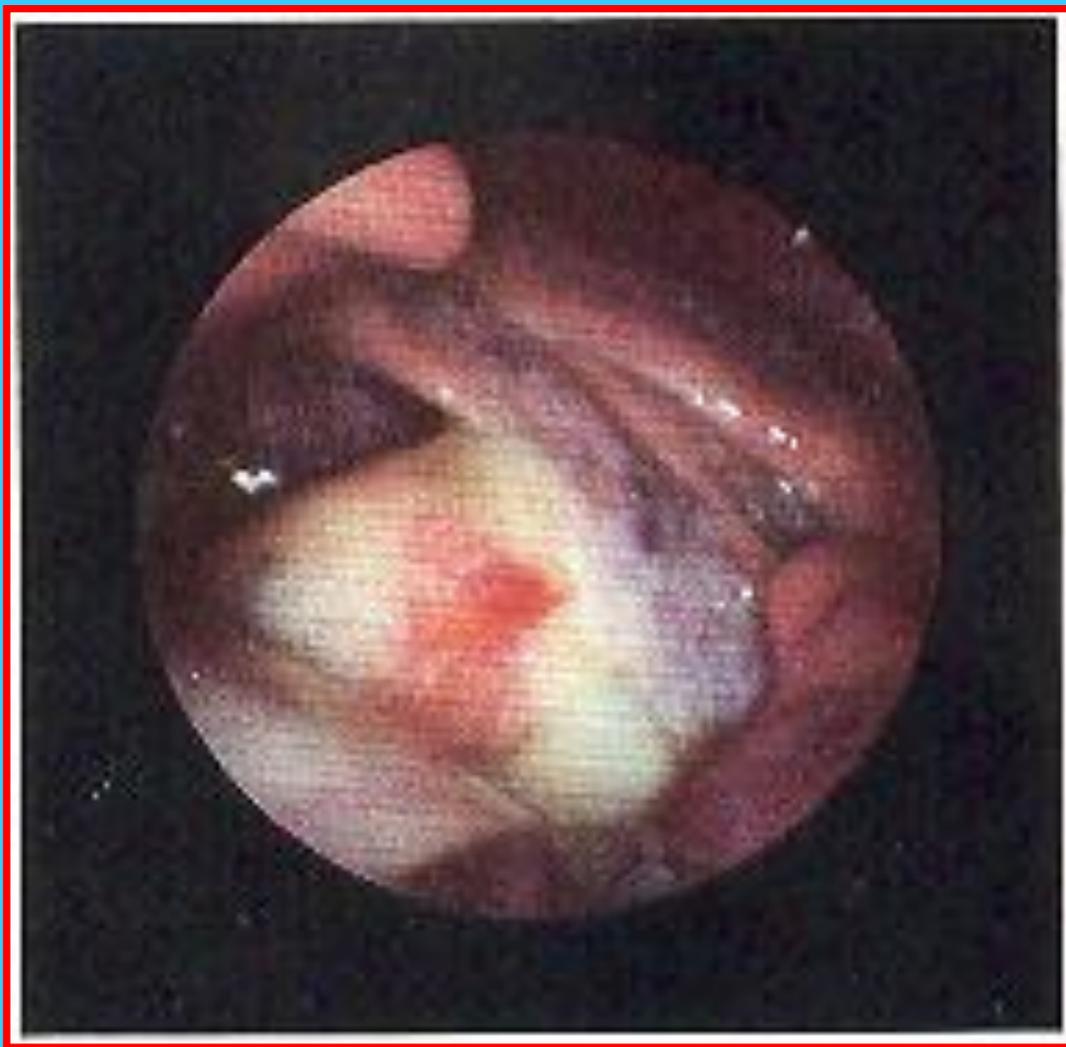
Флегмона желудка



Острый флегмонозный холецистит.



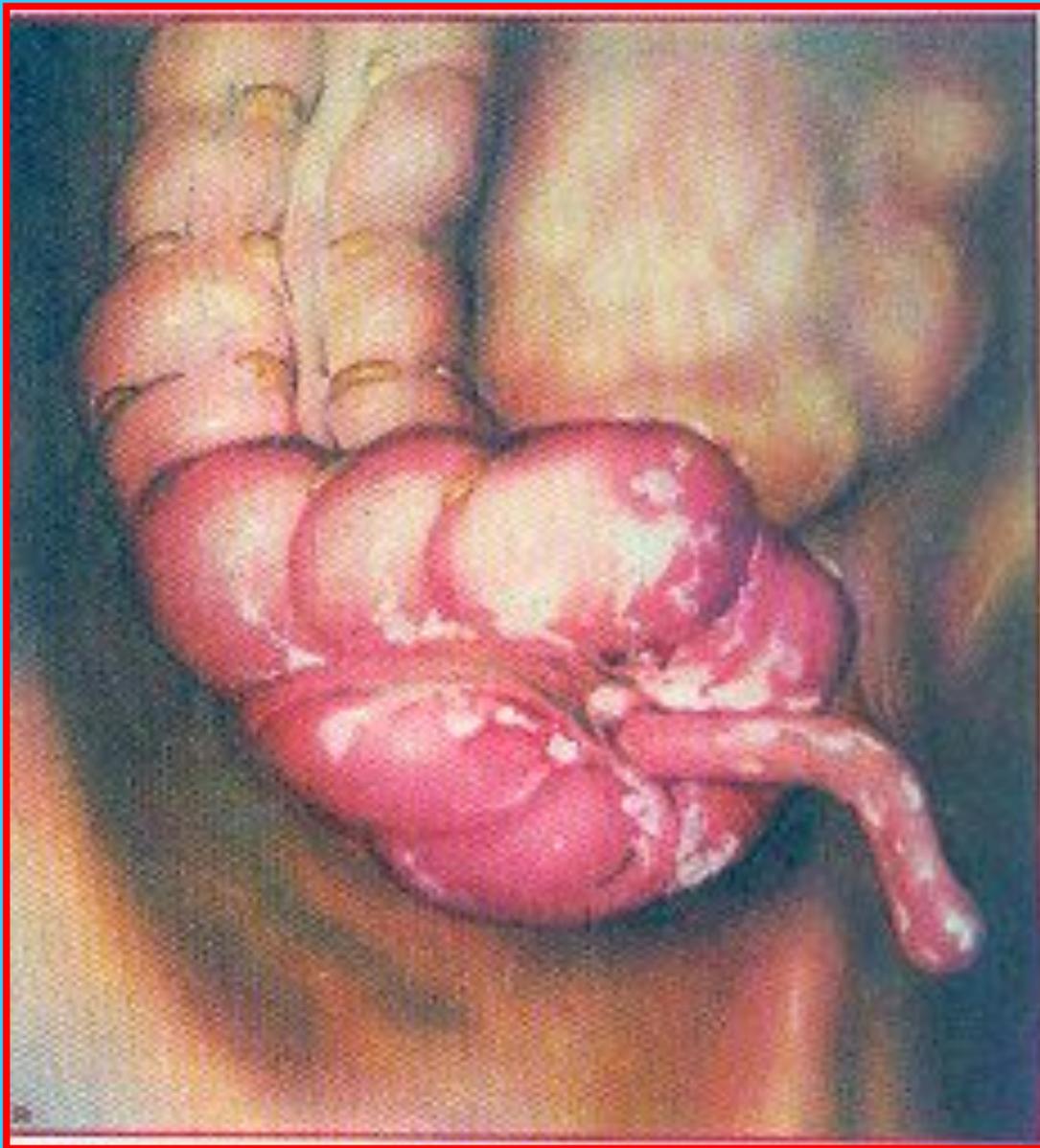
Трубная беременность



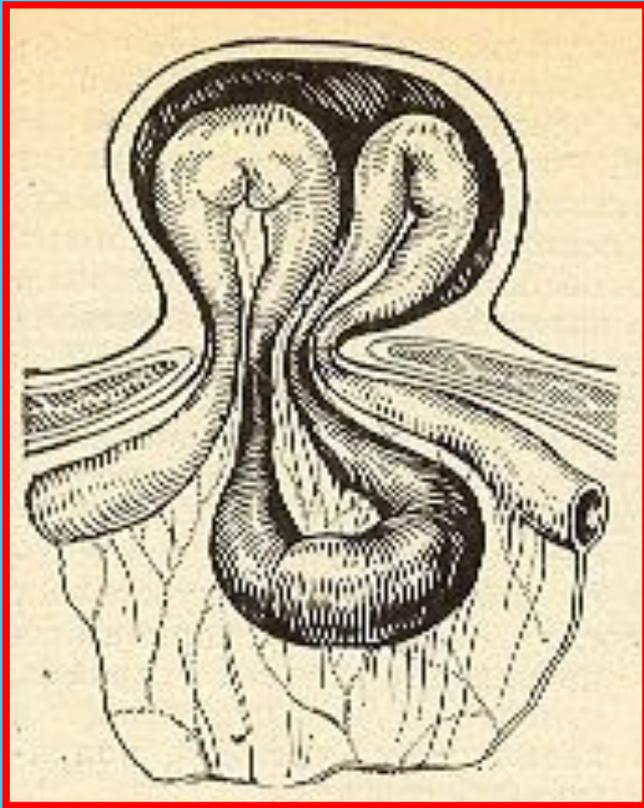
Разрыв кисты яичника.



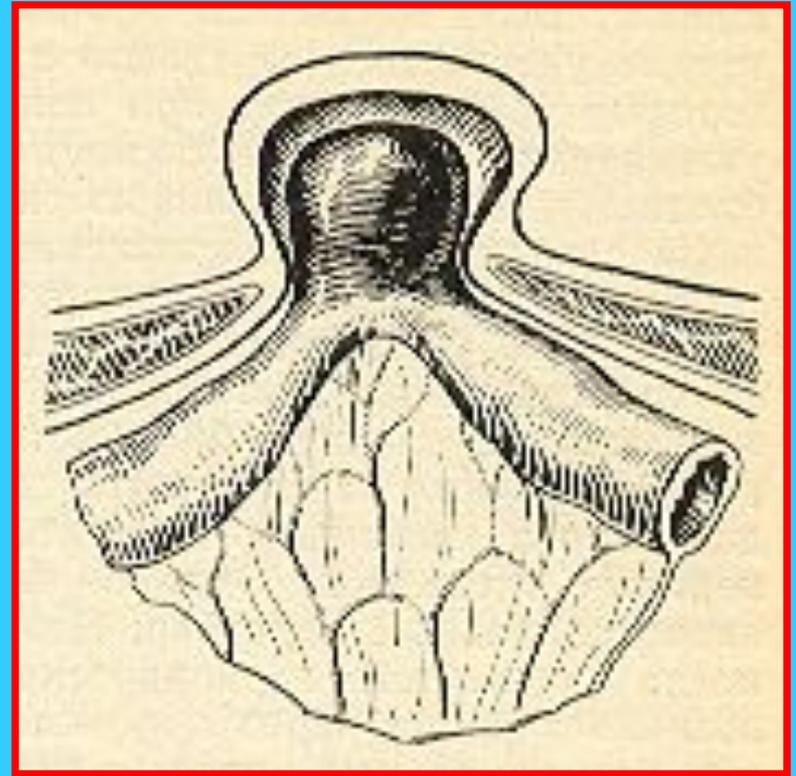
Болезнь Крона



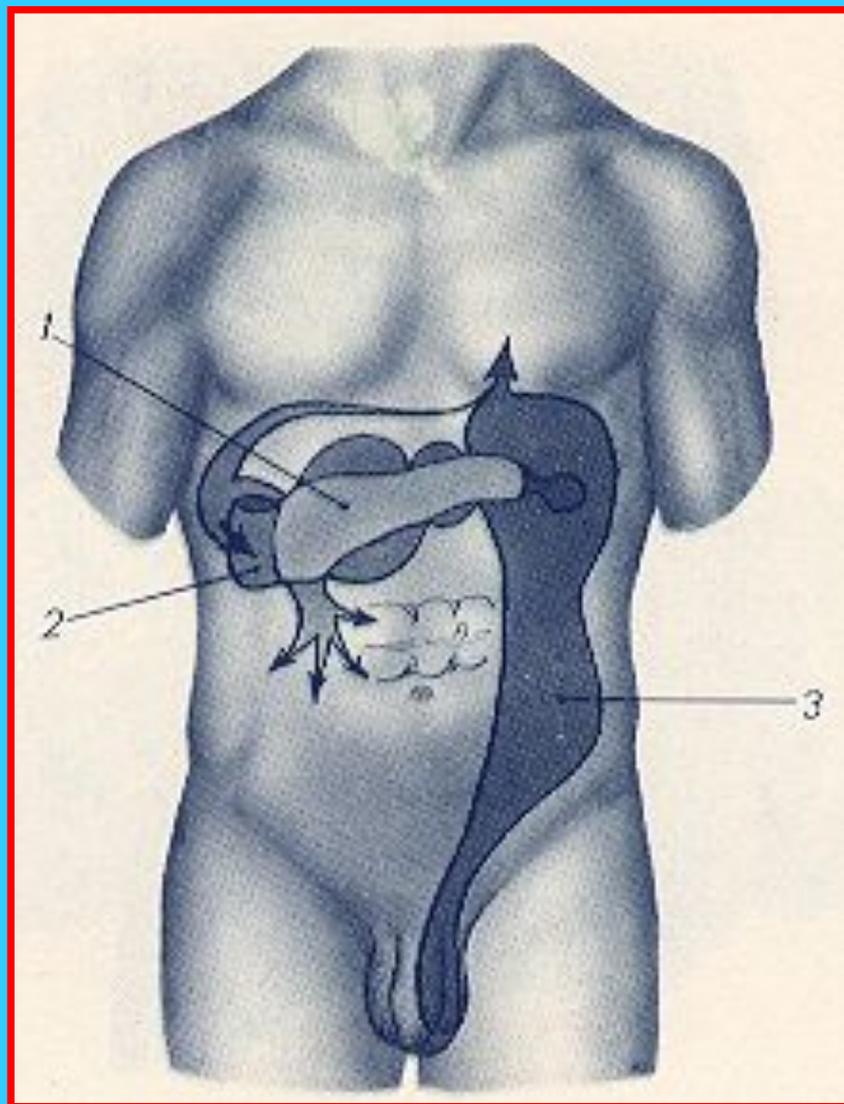
Флегмона слепой кишки



Ущемление грыж.



Привстеночное ущемление



Абсцесс поджелудочной железы

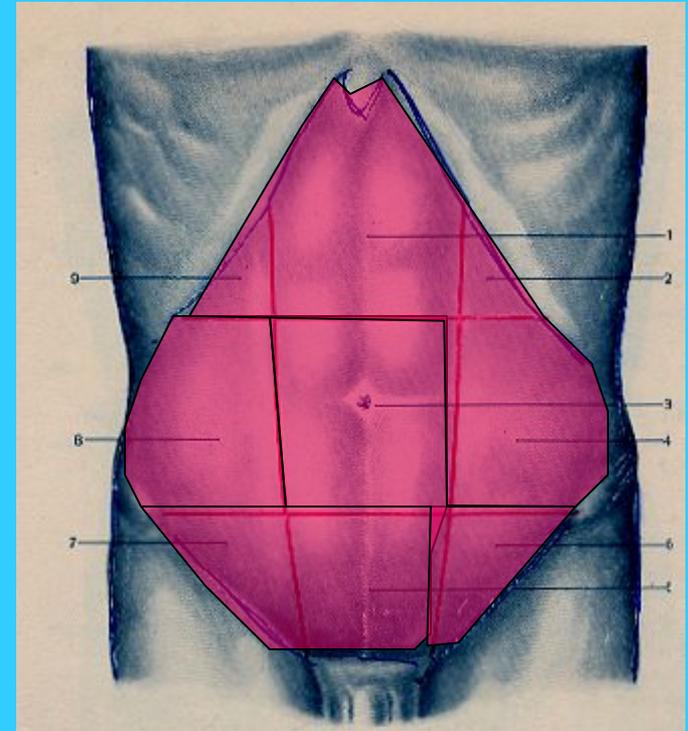
Классификация Б.Д. Савчука, 1979

I. Местный перитонит.

- 1) Ограниченный
- 2) Неограниченный.

II. Распространенный перитонит.

- 1) Диффузный
- 2) Разлитой.



Перитонит по характеру выпота

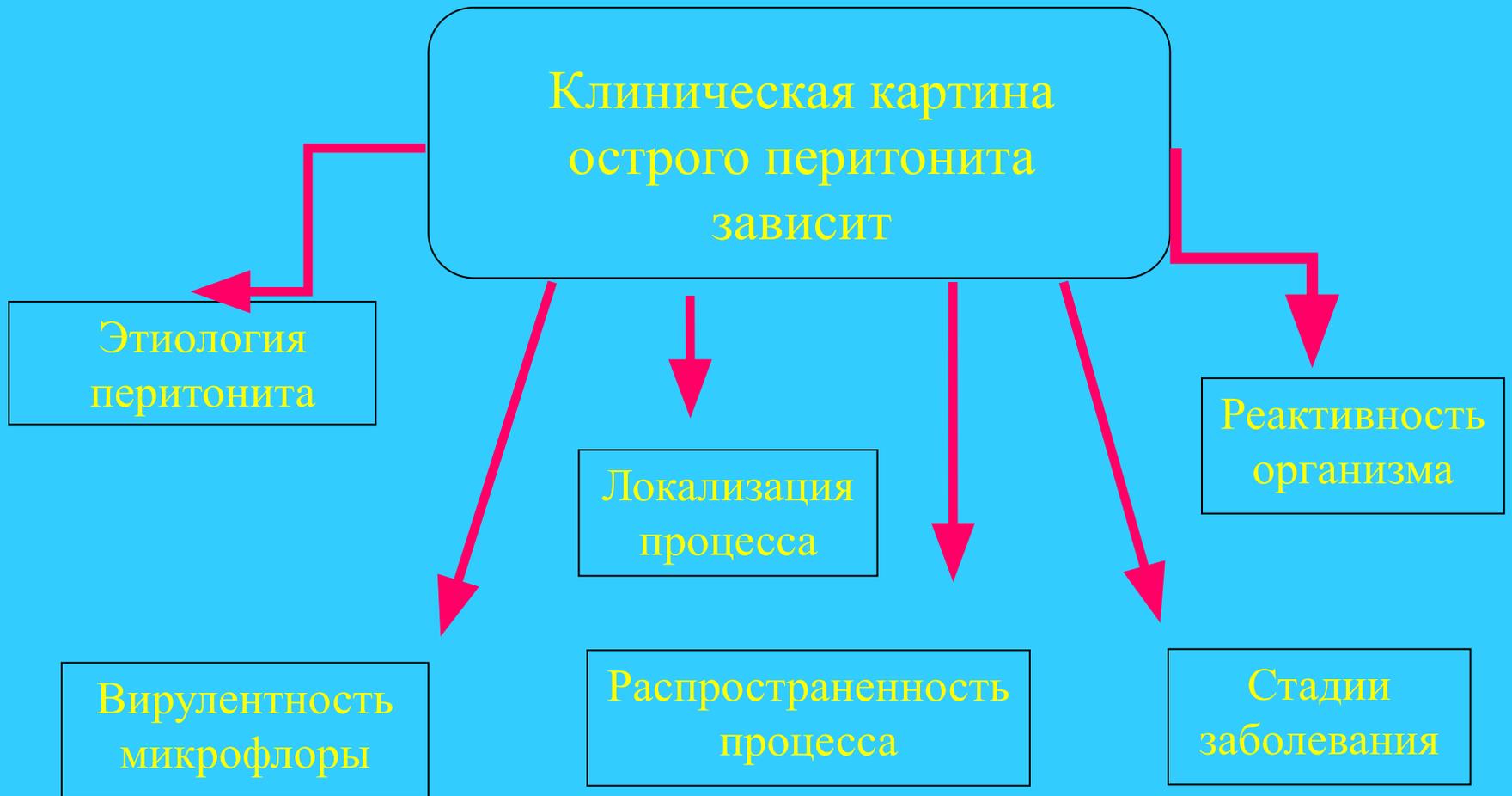
- Серозный
- Фибринозный
- Фибринозно-гнойный
- Гнойный
- Геморрагический
- Гнилостный

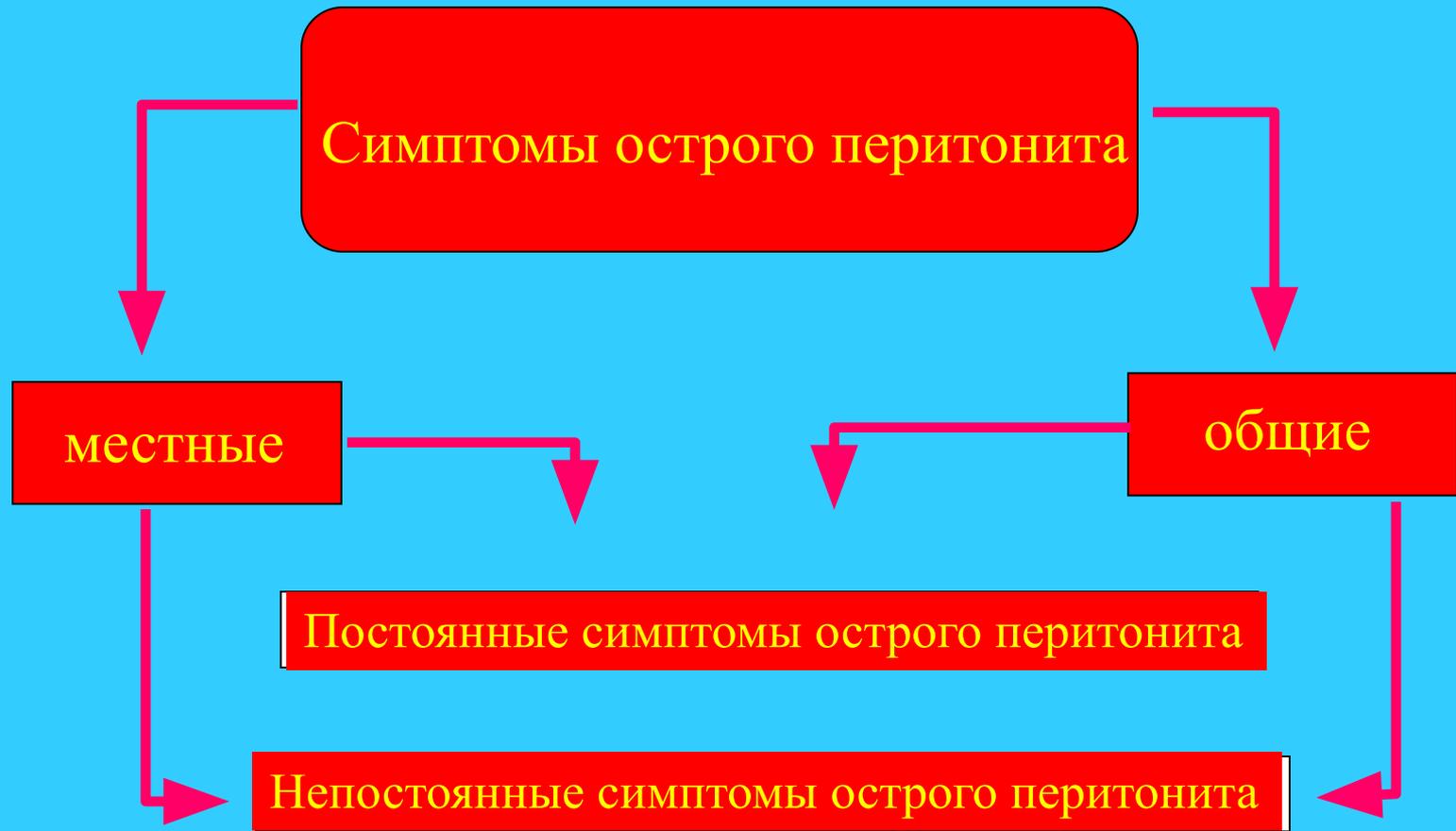
По стадиям течения

Реактивная
(первые 24
ч.)

Токсическая
(24-72 ч.)

Терминальная
(свыше 72 ч.)





Постоянные симптомы перитонита

1. Боли в животе, болезненность при пальпации живота
2. Симптом Щеткина-Блюмберга
3. Мышечное напряжение передней брюшной стенки
4. Сухой и обложенный язык
5. Тошнота, рвота, жажда
6. Лицо Гиппократа
7. Парез кишечника, задержка газов и кала.
8. Изменение характера дыхания
9. Повышение температуры, отставание температуры от пульса «симптом ножниц»
10. Болезненность при исследовании через прямую кишку
11. Лейкоцитоз в крови, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ
12. Изменения мочи

Непостоянные симптомы перитонита

Озноб

Экссудат в брюшной полости

Икота

Понос при пневмококковых септических
перитонитах

Свободный газ в брюшной полости

Дизурические явления

**Кардинальные симптомы
перитонита**

**Боли в
животе**

**Симптом
Щеткина-Блюмберга**

**Защитное
напряжение
мышц живота**

Рвота

**Паралитическая
непроходимость
кишечника**

Симптомы острого перитонита в реактивной стадии

Местные

Резкие боли в животе

Выраженное напряжение мышц живота

Выраженный симптом Щеткина-Блюмберга

Перистальтика кишечника ослаблена

Общие

Учащение пульса до 120 уд.мин.

Повышение АД

Учащение дыхания

Повышение температуры тела

Местные

Общие

Симптомы острого перитонита в токсической стадии

Местные

Снижение болевого синдрома

Снижение напряжения мышц живота

Симптом Щеткина-Блумберга менее выражен

Парез кишечника
увеличение живота

Общие

Учащение пульса
более 120 уд.мин.

Снижение АД

Эйфория

Заостренные черты
лица, бледность

Гектическая температура

Местные

Общие

Симптомы острого перитонита в терминальной стадии

Местные

Разлитая болезненность по всему животу

Значительный метеоризм

Перистальтика кишечника отсутствует

Общие

Лицо Гиппократата

Адинамия

Интоксикационный делирий

Обильная рвота с каловым запахом

Падение температуры

ССН, легочная, печеночно-почечная недостаточность (ПОН)

Варианты течения синдрома ПОН

- Быстрый – клинические признаки нарушения функции органов появляются в первые 24-48 часов.
- Каскадный – нарушение функции органов происходит постепенно и последовательно.
- При поражении 2 органов летальность 30-40%, 4 – до 100%.

Диагностика острого перитонита

- Жалобы
- Анамнез заболевания и жизни
- Объективный статус
- Локальный статус
- Клинико-биохимические исследования
- Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования

Неинвазивные

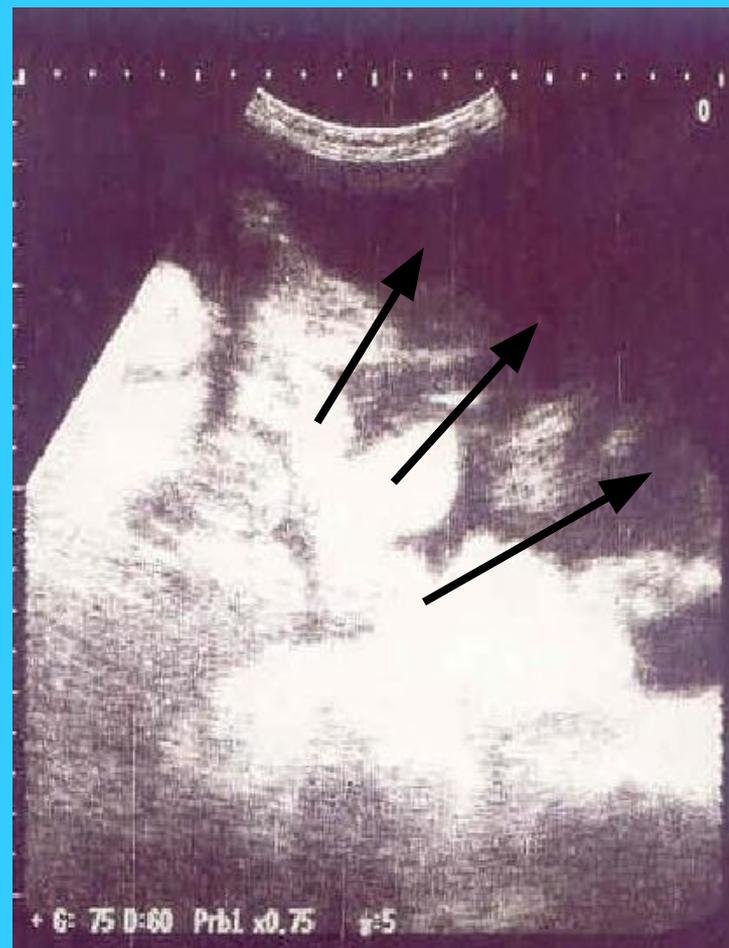
- УЗИ исследование
- Обзорная рентгено-
графия
- КТ

Инвазивные

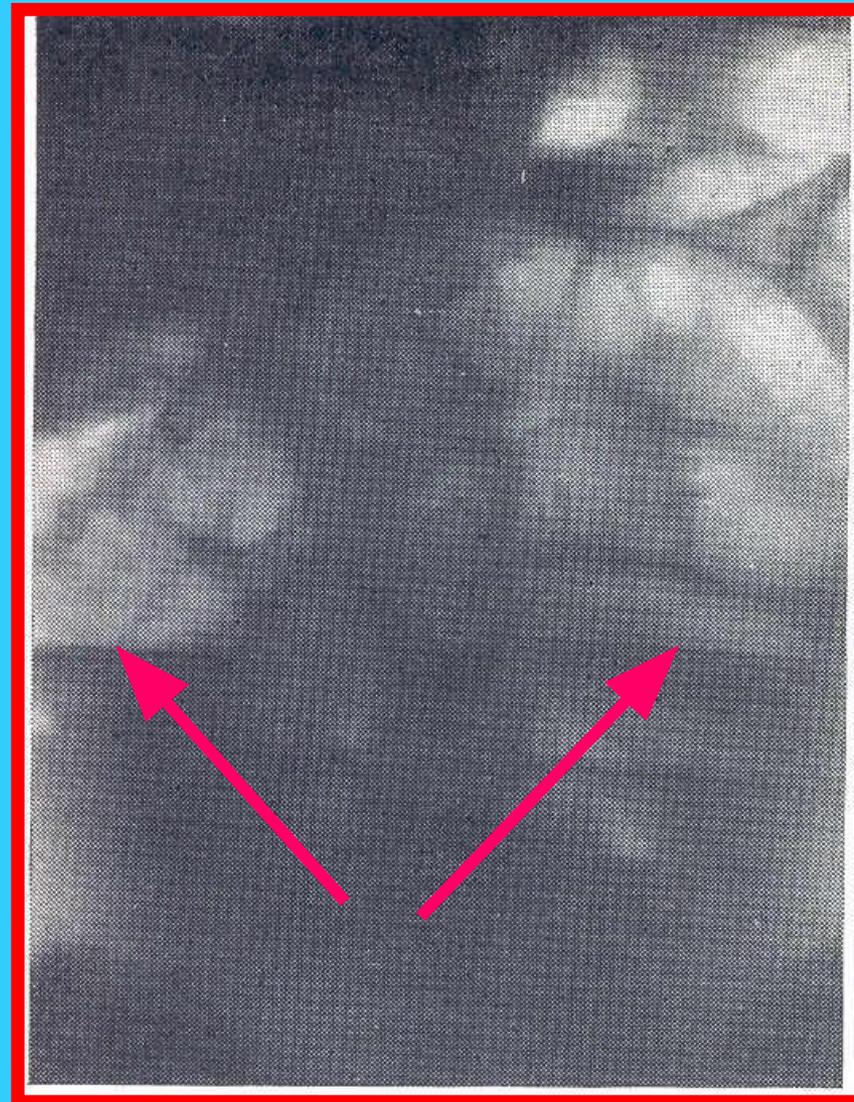
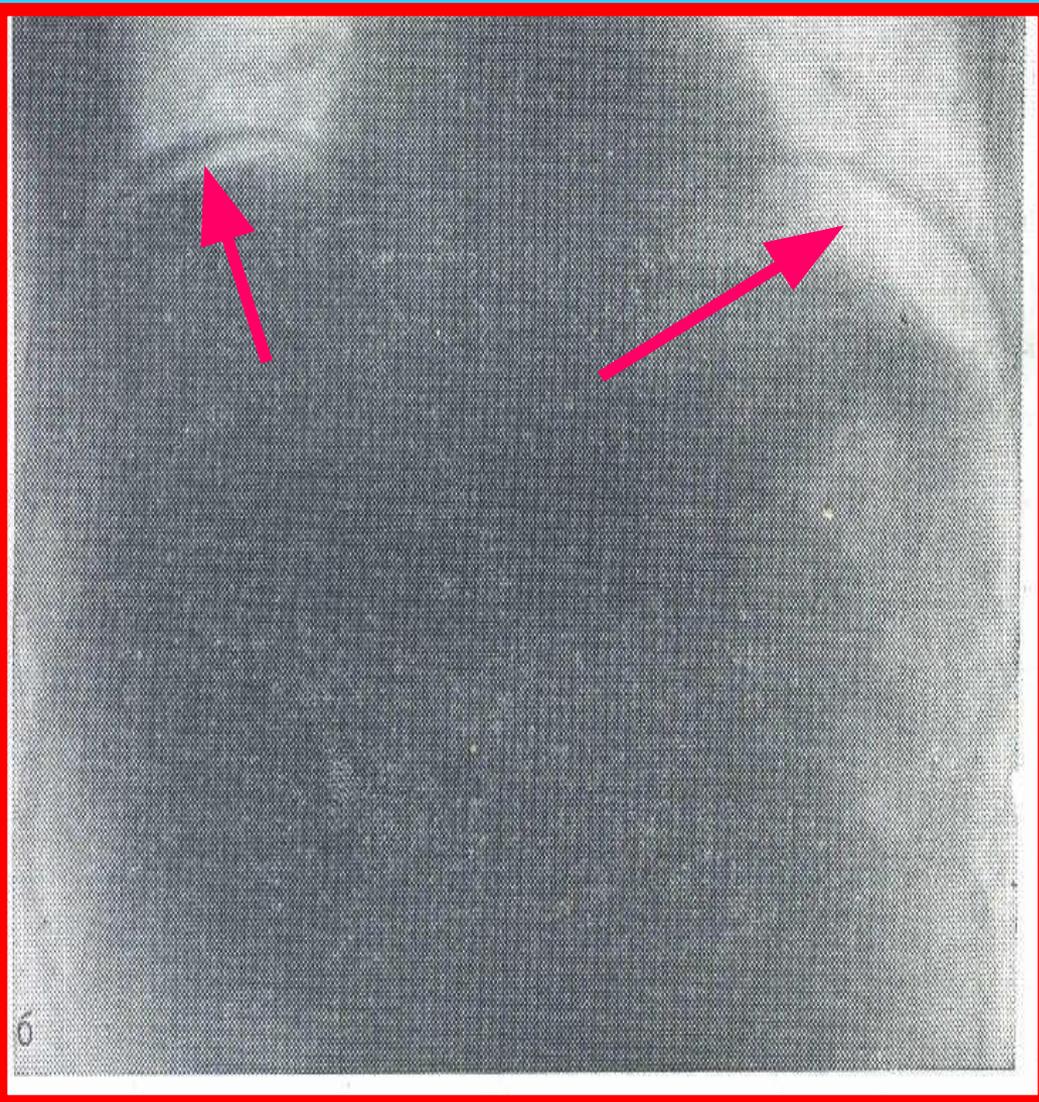
- Лапароцентез
- Метод «шарящего»
катетера
- Диагностическая
лапароскопия
- Диагностическая
лапаротомия

УЗИ брюшной полости

Наличие свободной
жидкости в брюшной
полости



Рентгенологические симптомы

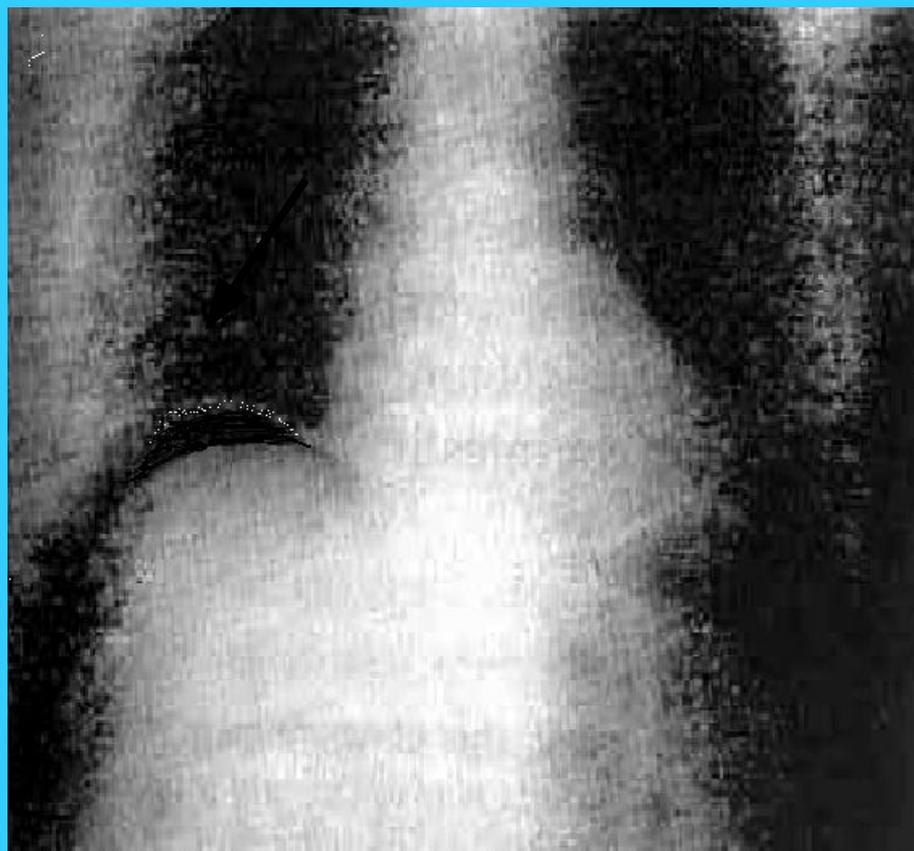


Поддиафрагмальная серповидная
полоска (свободный газ, с-м

Чаши Клойбера

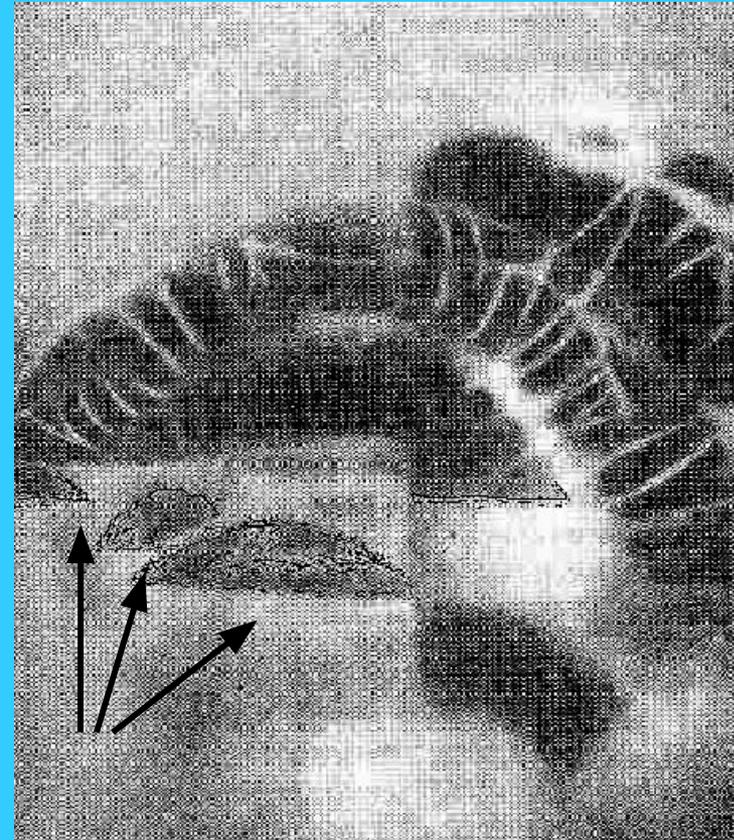
Обзорная рентгенограмма брюшной полости

Свободный газ в
брюшной полости
*(под правым
куполом
диафрагмы)*



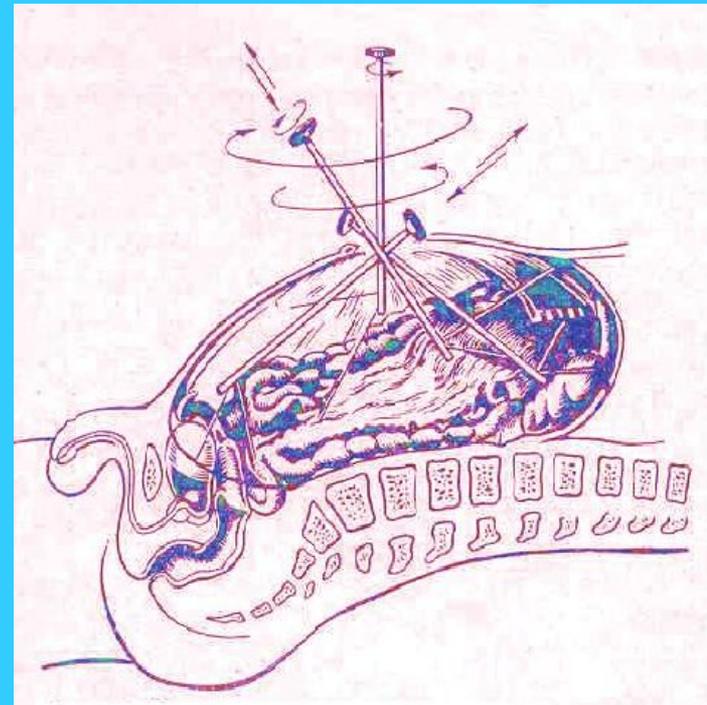
Обзорная рентгенограмма брюшной полости

На обзорной рентгенограмме «чаши» Клойбера
Скопление газов в виде арки в растянутом тонком кишечнике - симптом Штирлина



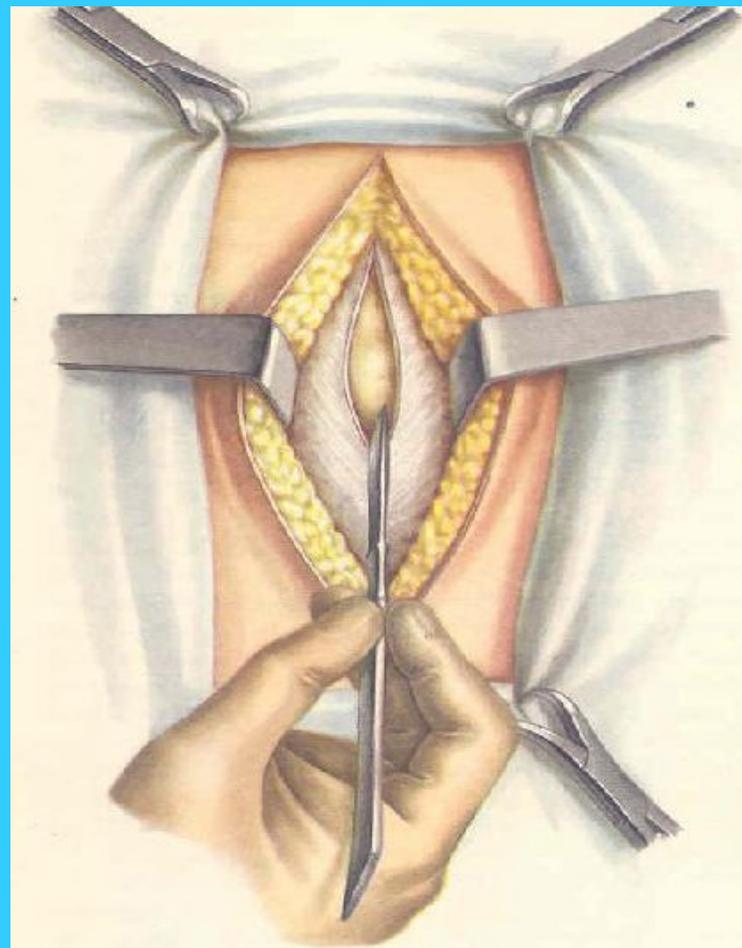
Диагностическая лапароскопия

Является более достоверным методом, который позволяет непосредственно обнаружить источник перитонита, наличие и характер экссудата.



Диагностическая лапаротомия

В трудных случаях
позволяет своевременно установить
наиболее правильный
диагноз



Лечение больных острым перитонитом включает три периода:

- Предоперационная подготовка
- Оперативное лечение
- Послеоперационное лечение

Проблема предоперационной ПОДГОТОВКИ

С одной стороны

коррекция
нарушенных
функций до уровня
при котором
хирургическое
вмешательство было
бы наименее
опасным для
больного

С другой

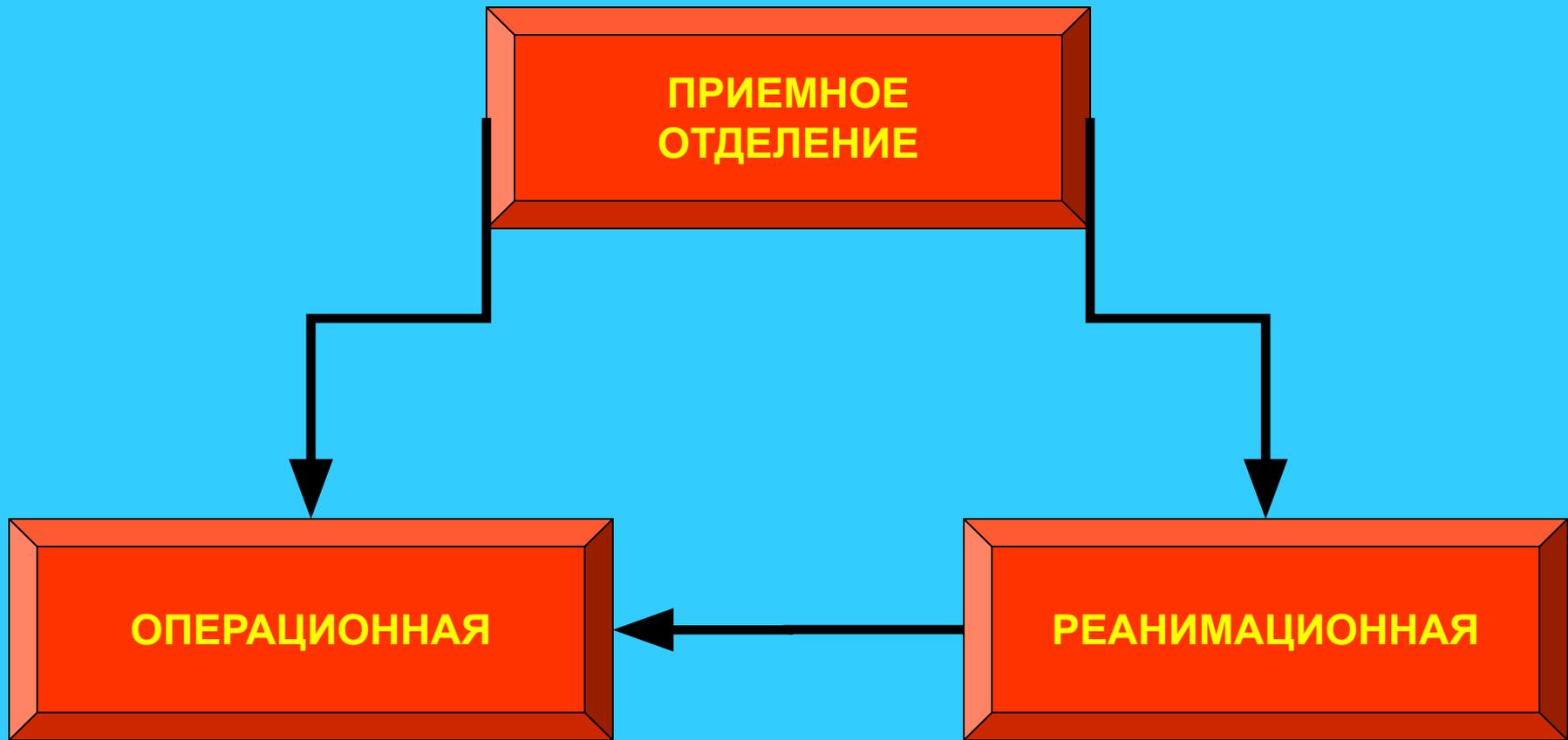
необходимо как
можно раньше
устранить гнойный
процесс в брюшной
полости (причину
нарушений гомеостаза),
что ограничивает
минимально короткими
сроками решения всех
лечебно-диагностичес-
ких задач периода

Чем тяжелее состояние больного, тем
дольше длится предоперационная
подготовка

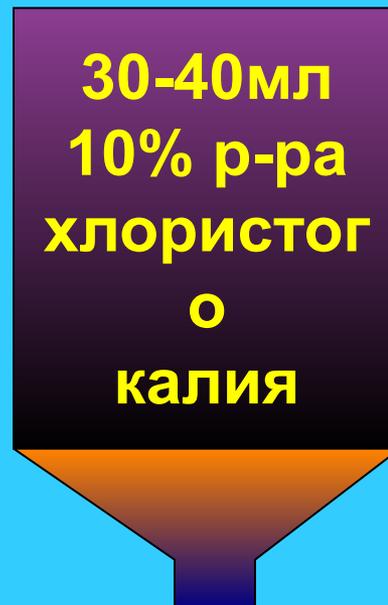
Не более 2-х часов

**Раннее оперативное
вмешательство**

Транспортировка больного с перитонитом



I. Коррекция волемических, электролитных и микроциркуляторных нарушений



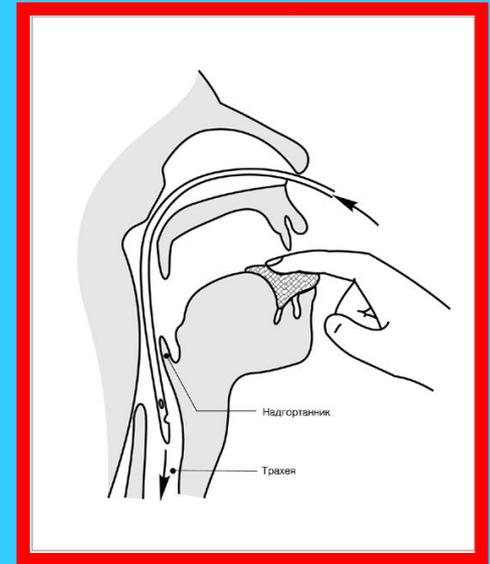
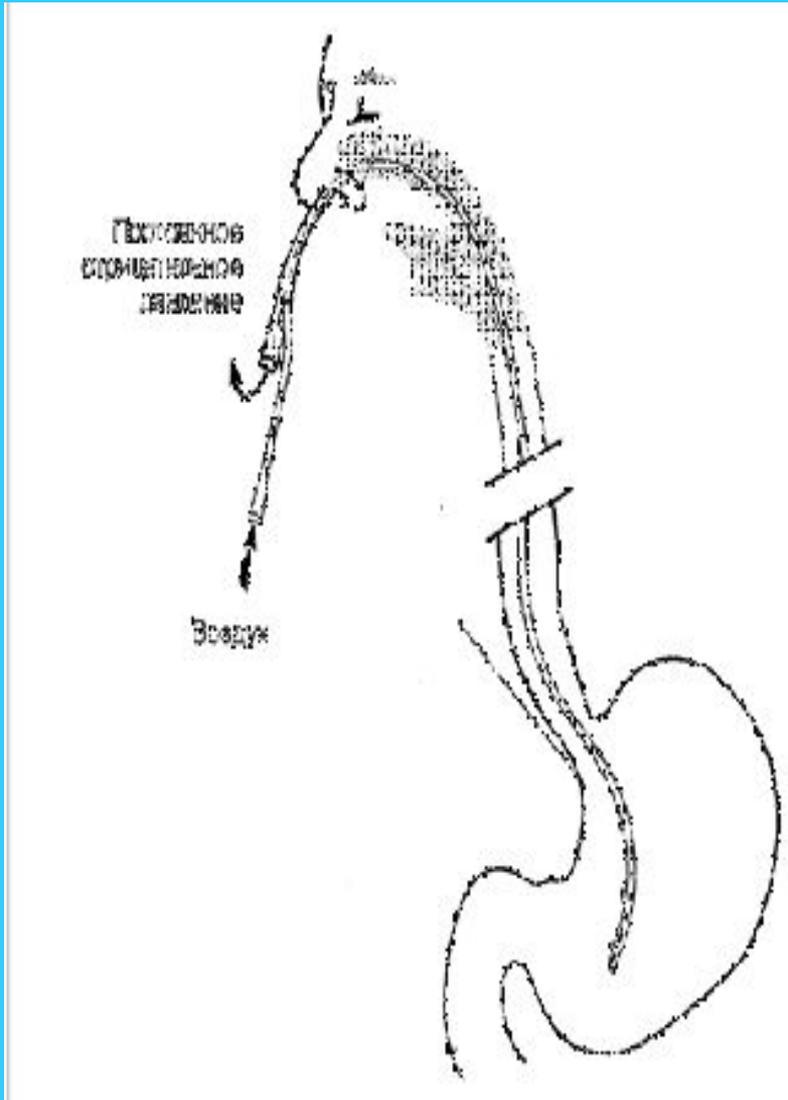
II. Коррекция белковых нарушений



ИЛИ



III. Декомпрессия ЖКТ и снижение секреции



ПРЕПАРАТЫ

Для снижения
секреции ЖКТ и
профилактики
аспирации

Предоперационная подготовка:



IV. Устранение анемии

**V. Устранение
метаболического
ацидоза**

**VI. Блокада
болевых
импульсов**

Предоперационная подготовка :

**VI. Введение
глюкокортикоидов**

**VII. Введение
ингибиторов
протеаз**

**VIII.
Антибактериальная
терапия**

Тактика оперативного лечения при остром перитоните



Основной метод лечения острого перитонита:

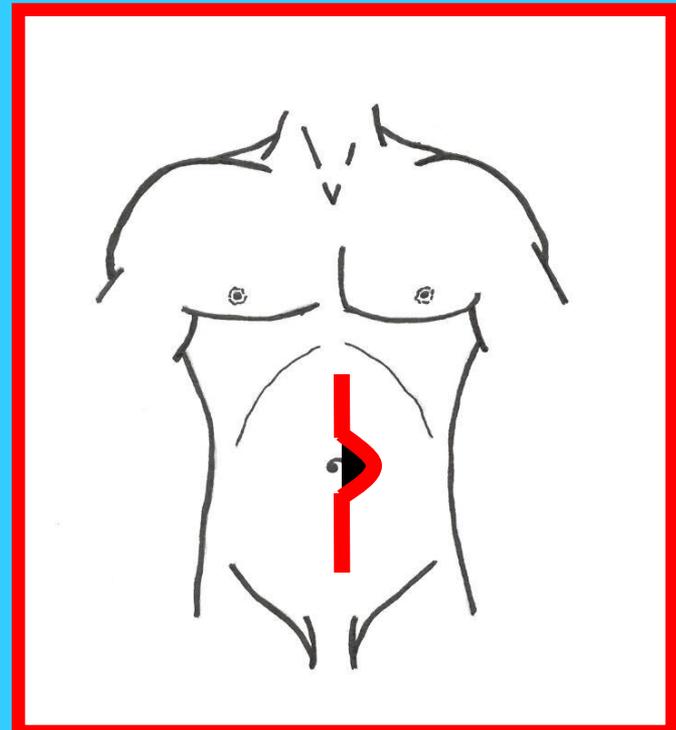


Срочное оперативное лечение

Основные принципы оперативного вмешательства при перитоните

- Общая анестезия с управляемым дыханием
- Ревизия органов брюшной полости
- Ликвидация источника перитонита
- Санадия брюшной полости
- Назоинтестинальная интубация
- Дренирование брюшной полости

Часто используемый доступ при
остром перитоните:

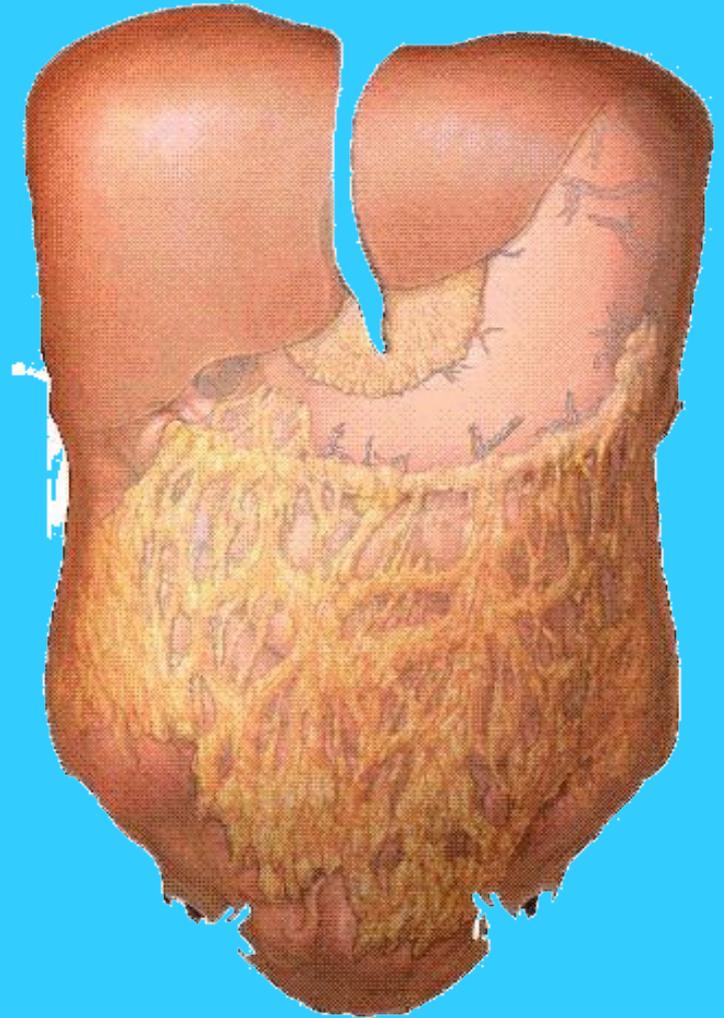


Средне-срединная лапаротомия

Состояние брюшины

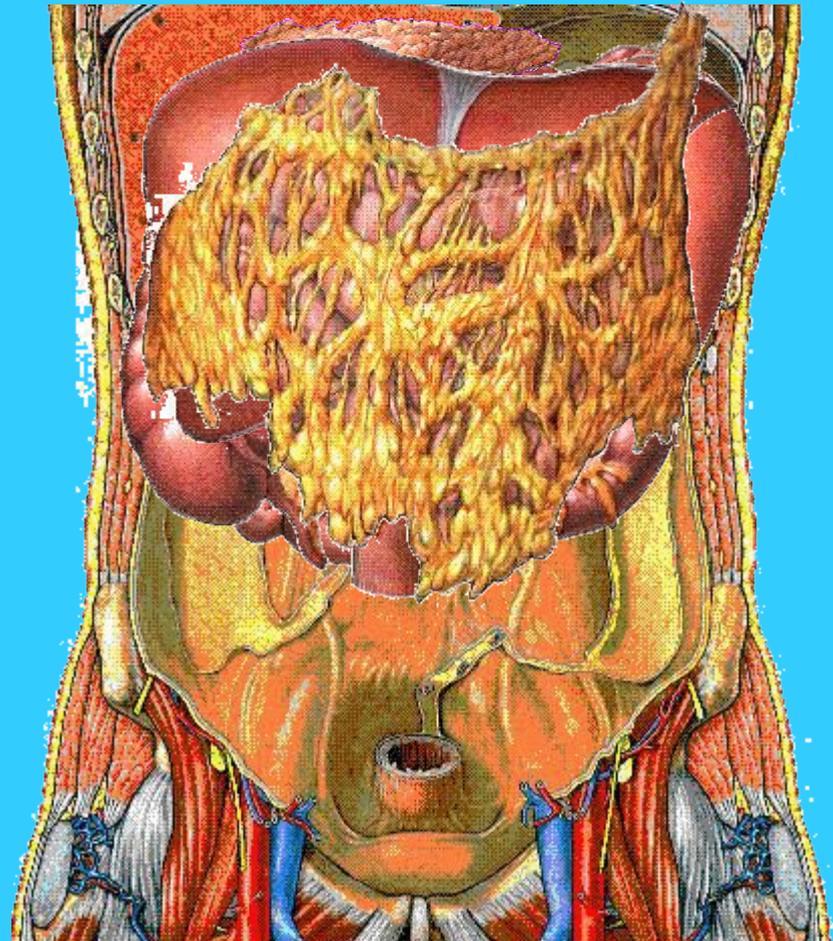
Состояние брюшины:

- цвет,
- прозрачность
- толщина,
- отечность,
- гиперемия,
- инъецирование
сосудов



Характеристика экссудата

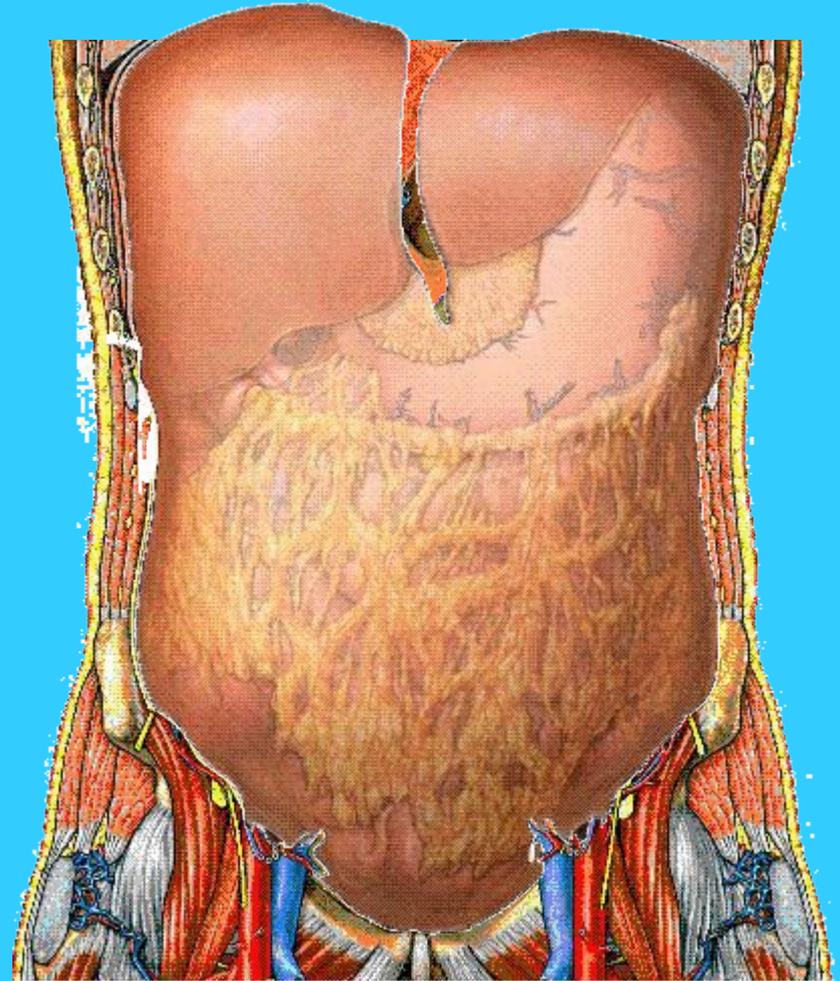
Серозный
Серозно-
фибринозный
Фибринозно-
гнойный
Геморрагический
Гнойный
Мочевой
Желчный
Каловый
Смешанный



Ревизия органов брюшной полости

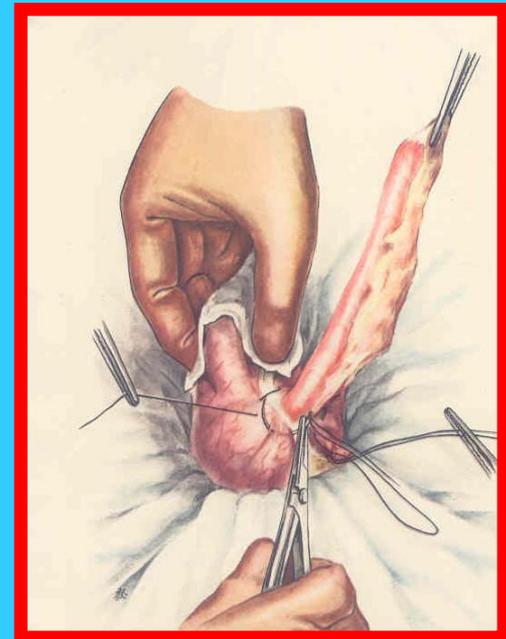
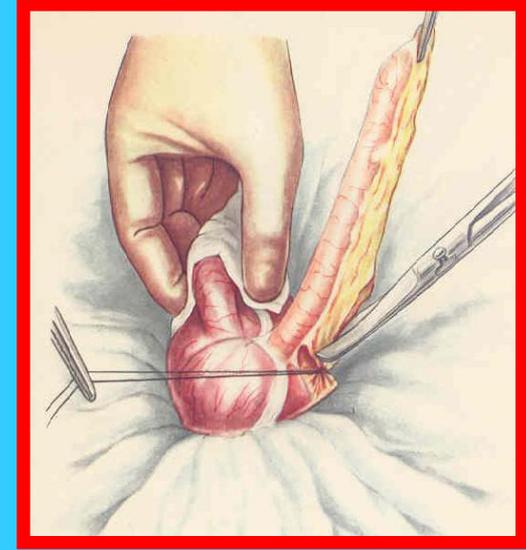
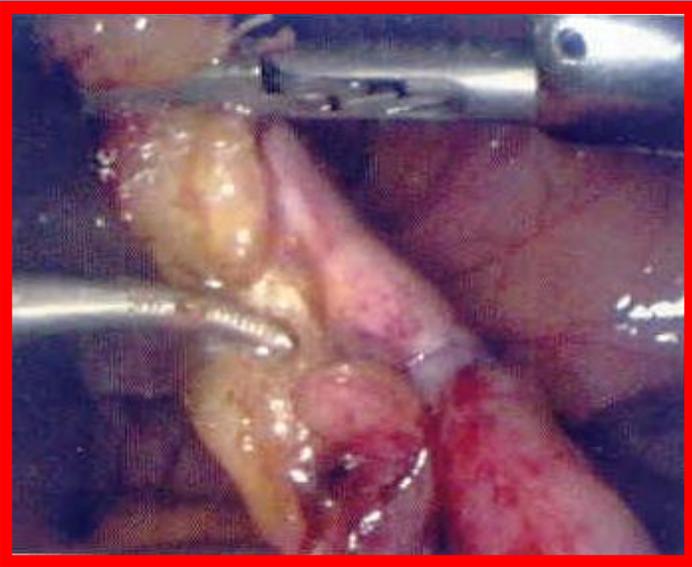
Основное правило:

- Соблюдение этапности ревизии органов брюшной полости.



Ликвидация источника перитонита

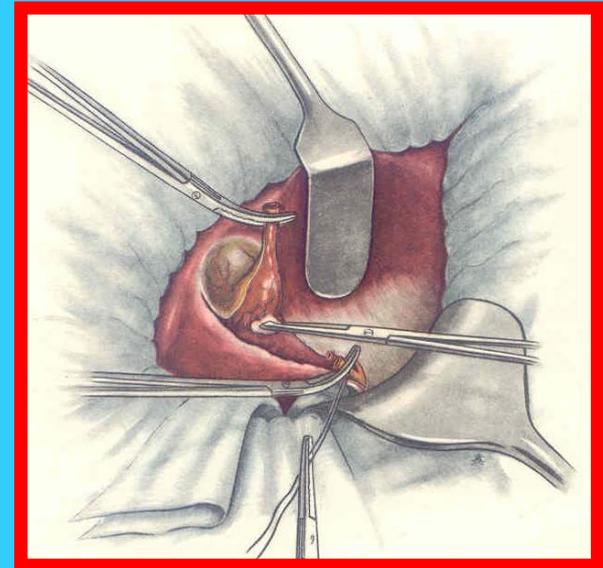
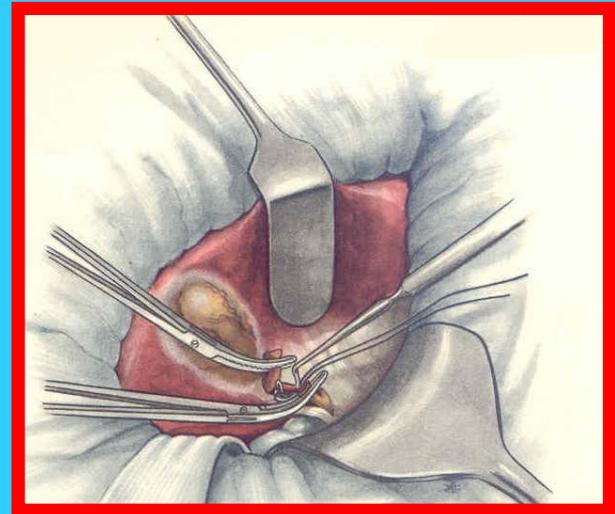
Острый деструктивный
аппендицит



Аппендэктомия

Ликвидация источника перитонита

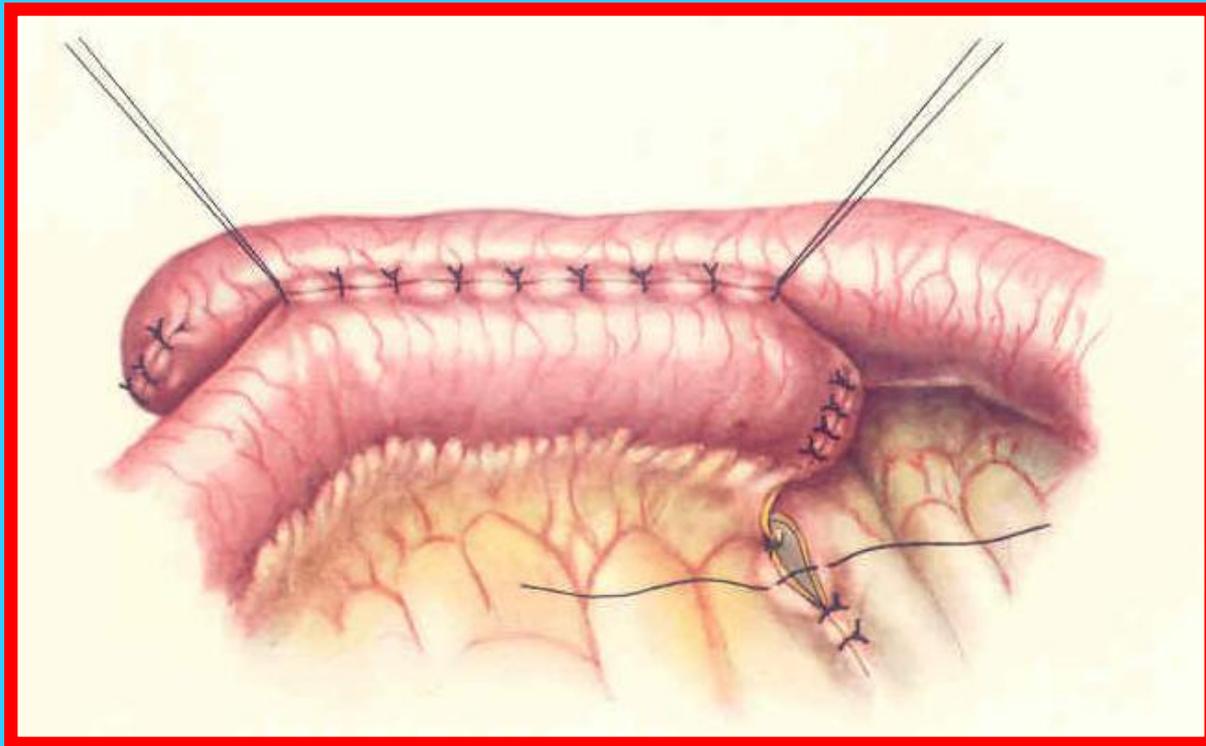
Острый деструктивный
холецистит



Холецистэктомия

Ликвидация источника перитонита

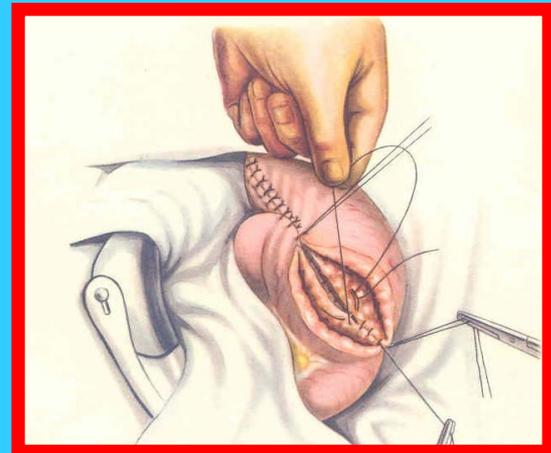
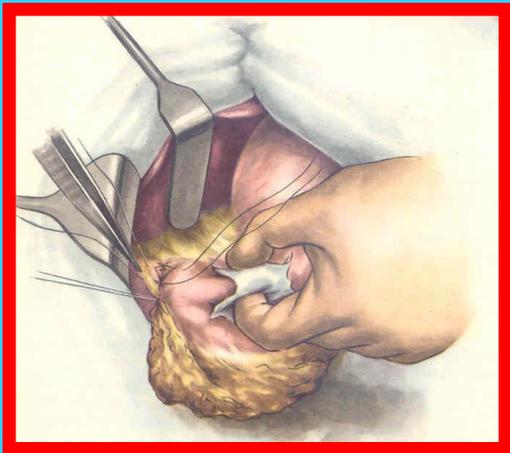
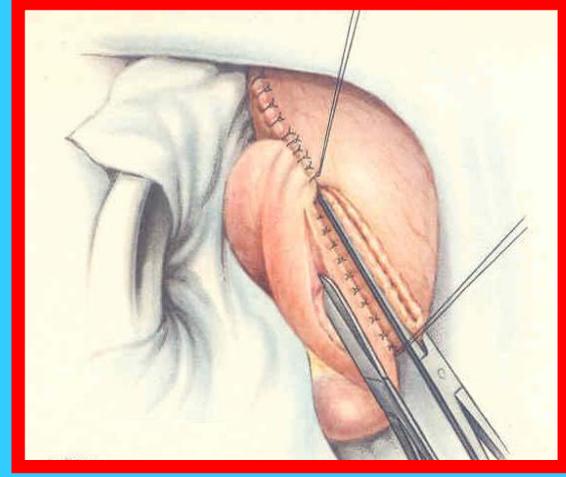
Перитонит на фоне гангрены кишечника



Резекция кишечника с ЭЭА «бок в бок».

Ликвидация источника перитонита

Перитонит на фоне перфорации язвы 12 п.к. или желудка



Ушивание перфорации

Резекция желудка

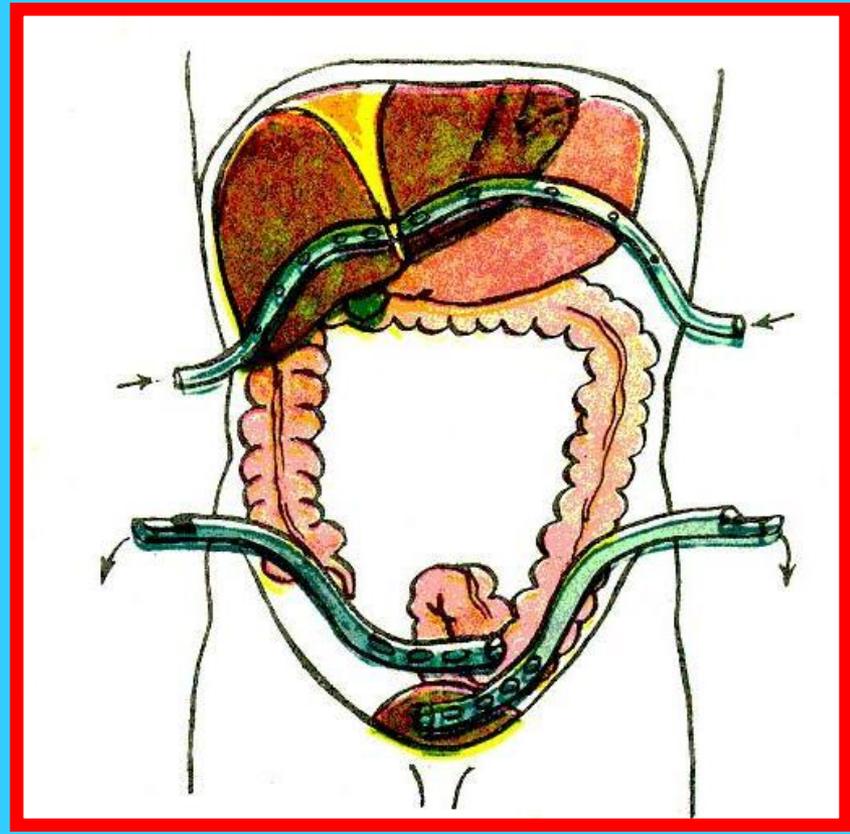
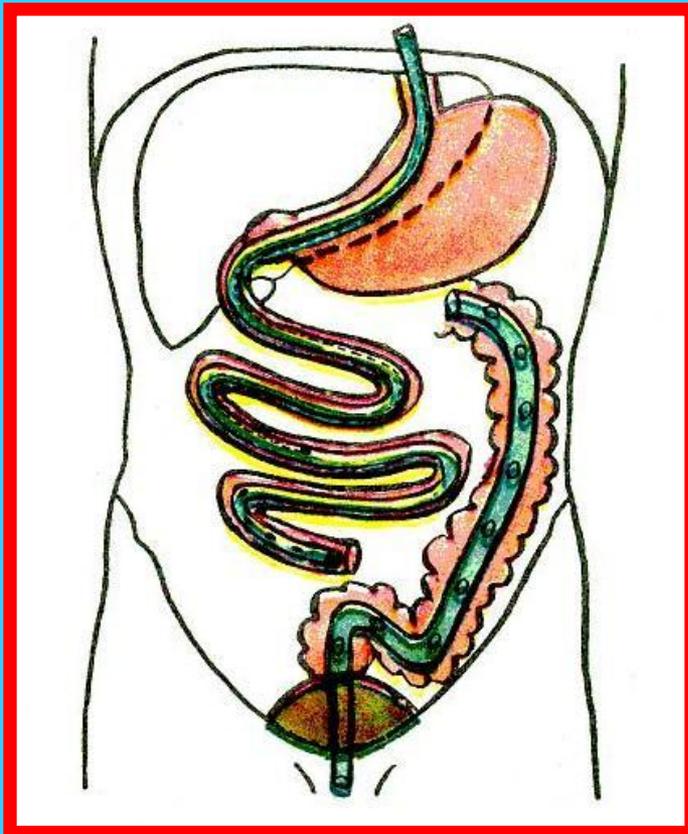
Ликвидация источника перитонита

- При панкреатогенном перитоните – дренирование сальниковой сумки
- При гинекологическом перитоните – кистэктомия, тубэктомия и т.д.
- При мочевом перитоните – ушивание дефекта мочевого пузыря, эпицистостомия

Выбор оперативного вмешательства при гастродуоденальных перитонитах

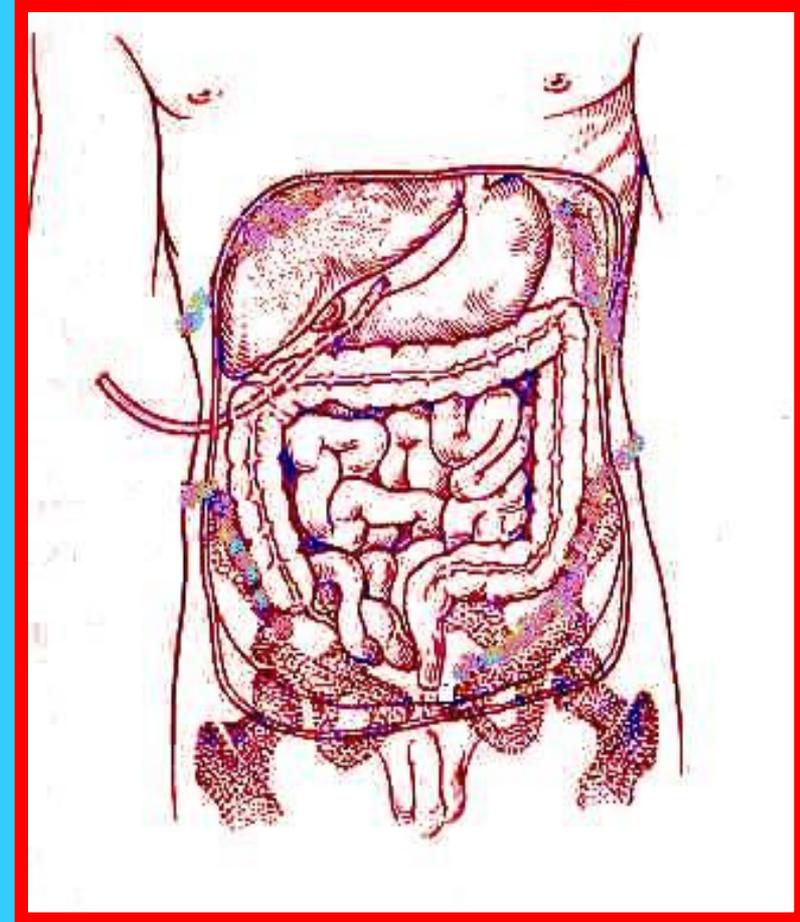


Назоинтестинальная интубация и дренирование брюшной полости



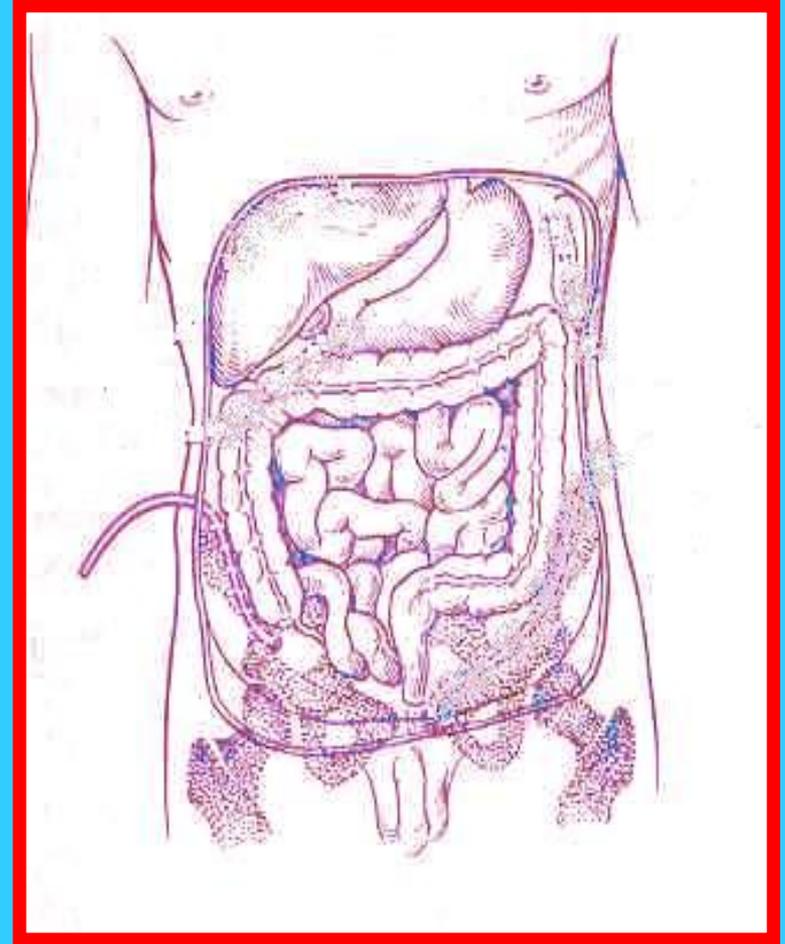
Методики дренирования зависят: *От степени поражения брюшины*

Дренирование
подпечёночного пространства при местном ограниченном перитоните
(подпечёночный абсцесс).



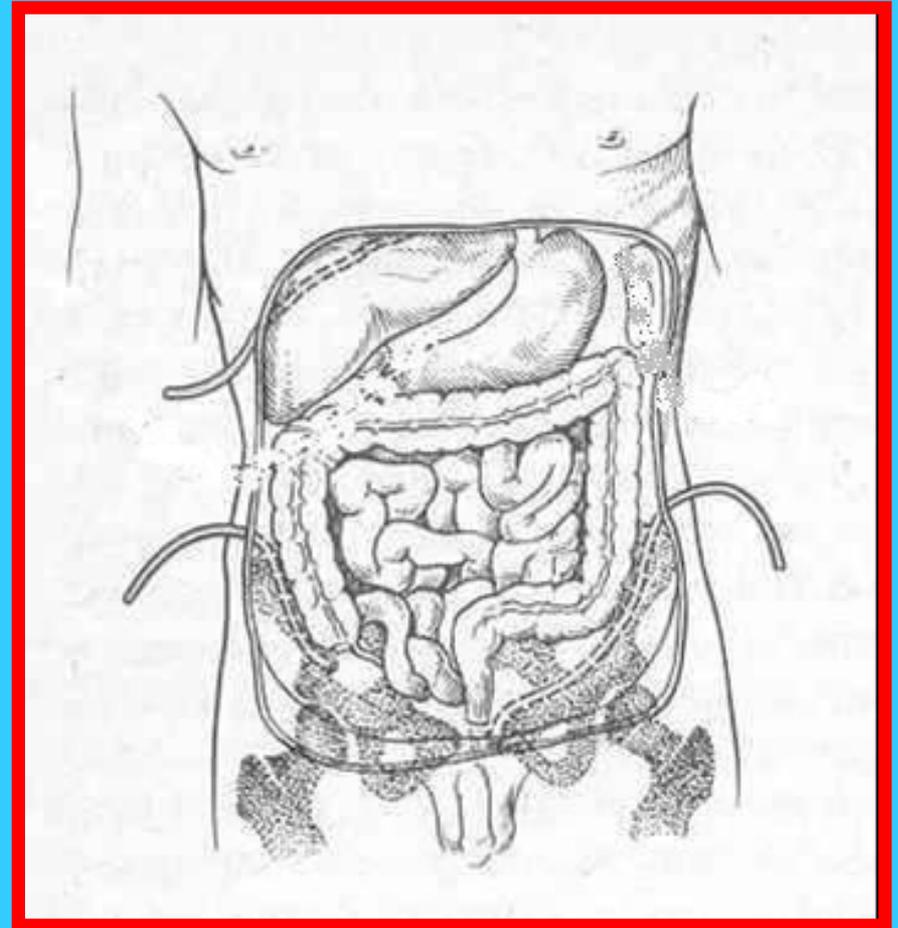
Дренажирование правой подвздошной области

При местном неограниченном перитоните (Острый гангренозный аппендицит, местный гнойный перитонит).



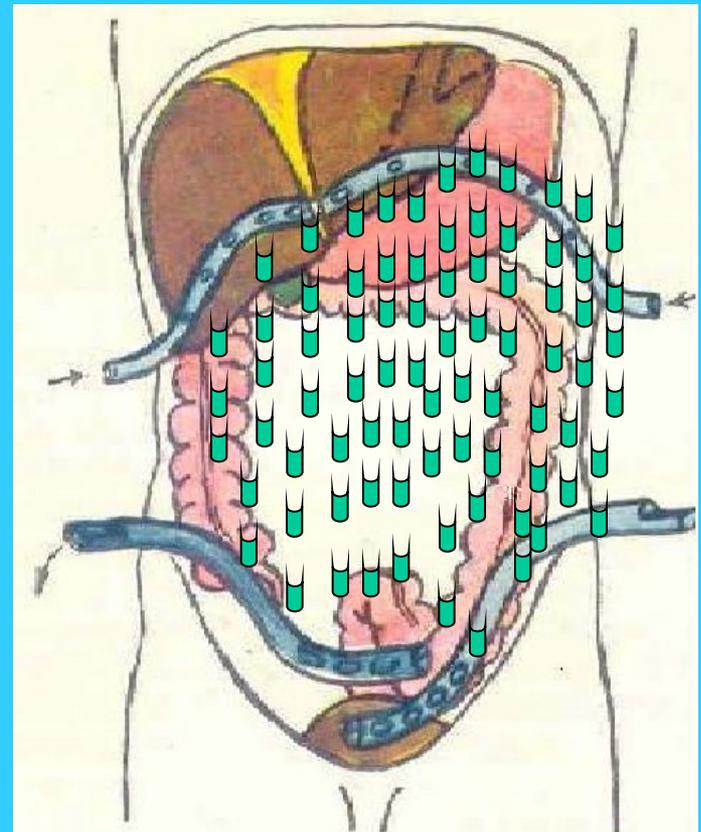
Дренирование поддиафрагмального пространства и боковых каналов

Диффузный перитонит

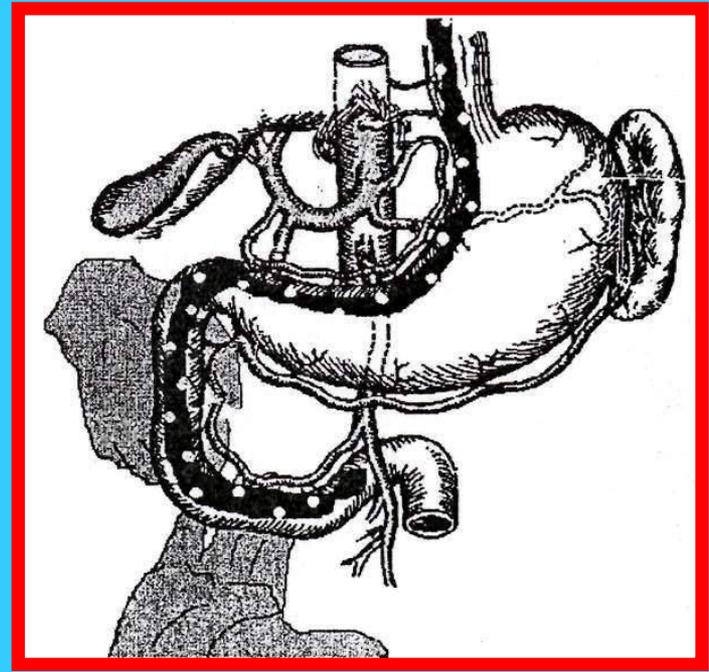
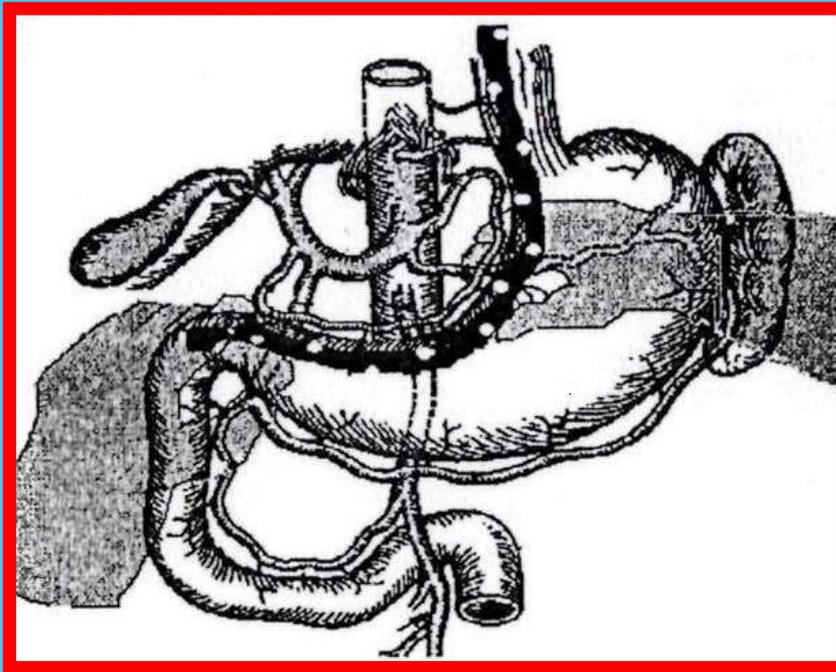


Дренажирование брюшной полости для проведения перитонеального диализа

- Сквозной дренаж притока со множеством боковых отверстий - для выхода жидкости, устанавливается через левое и правое подреберье и проводится для его фиксации в брюшной полости через серповидную связку печени.
- Дренажи оттока (оба 2-х просветные) устанавливают : один в малый таз и другой над входом в малый таз, что позволяет производить при необходимости активную аспирацию.
- Выход жидкости из дренажа притока осуществляется струйно, в виде «дождевой» установки, что способствует более адекватному промыванию органов брюшной полости.



Методика выполнения активной декомпрессии тонкого кишечника



- Опорожнение желудка желудочным зондом
- Проведение назоинтестинального зонда
- Подключение назоинтестинального зонда к активной аспирации

Показания к назоинтестинальной декомпрессии тонкой кишки при остром перитоните

**Парез тонкой кишки с
увеличением диаметра
кишечной петли более 5 см
и отеком её стенки**

**Разлитой гнойный
перитонит**

Задачи назоинтестинальной интубации

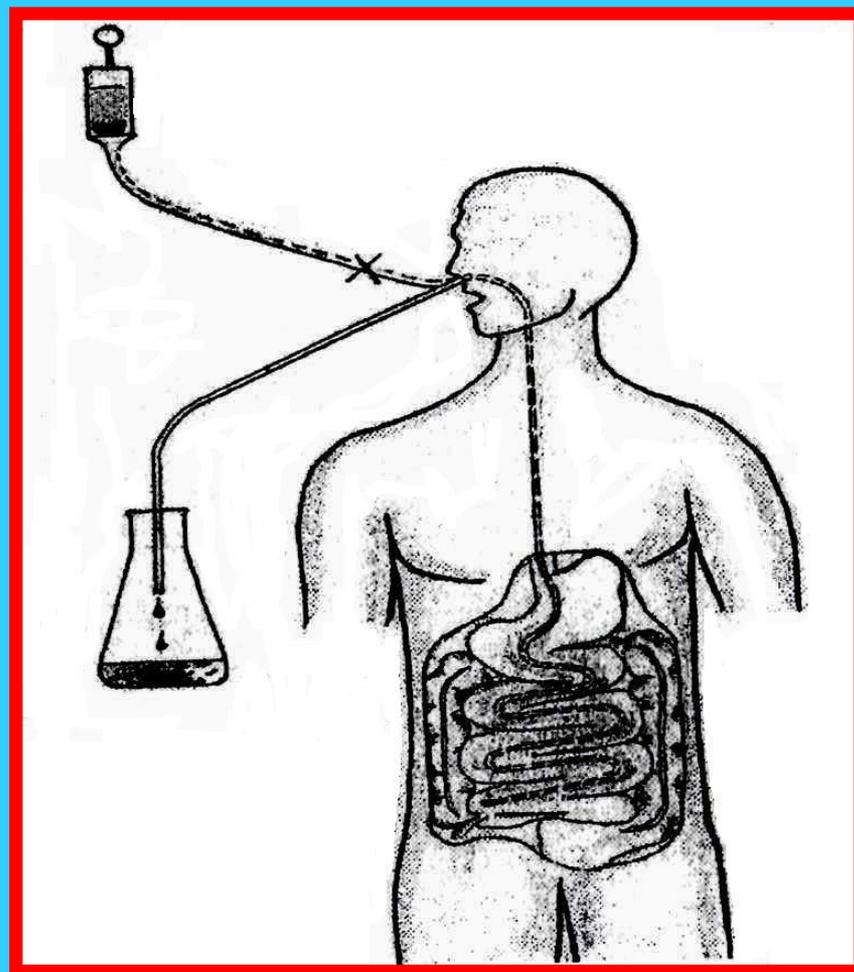
Декомпрессия

Детоксикация

**Профилактика
ВОЗМОЖНЫХ
осложнений**

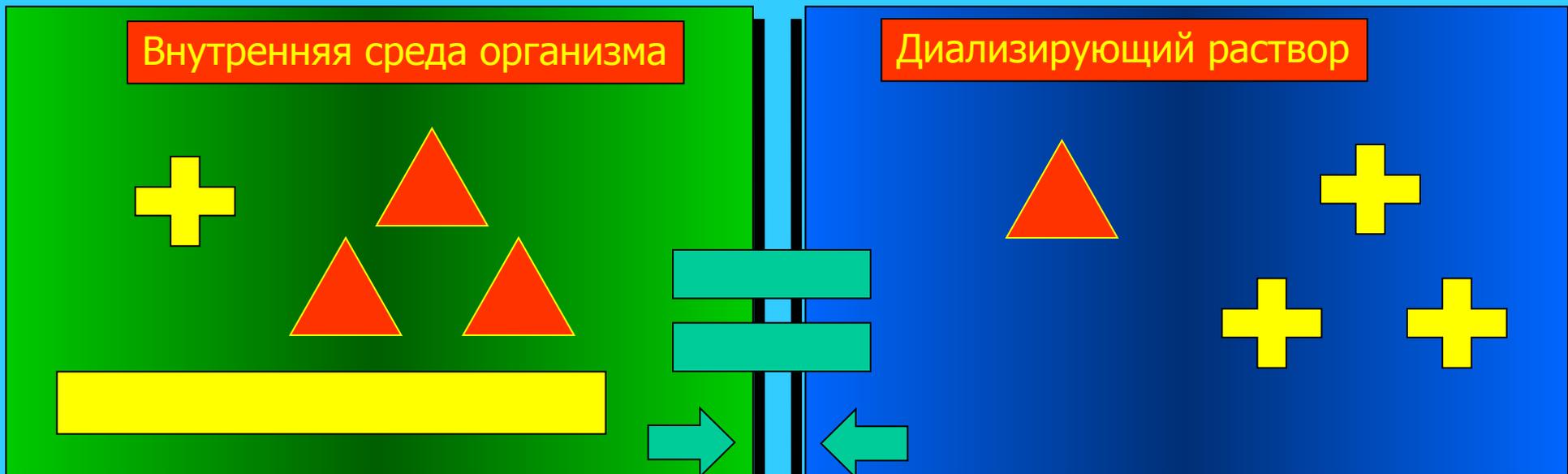
**Создание каркаса
кишечника**

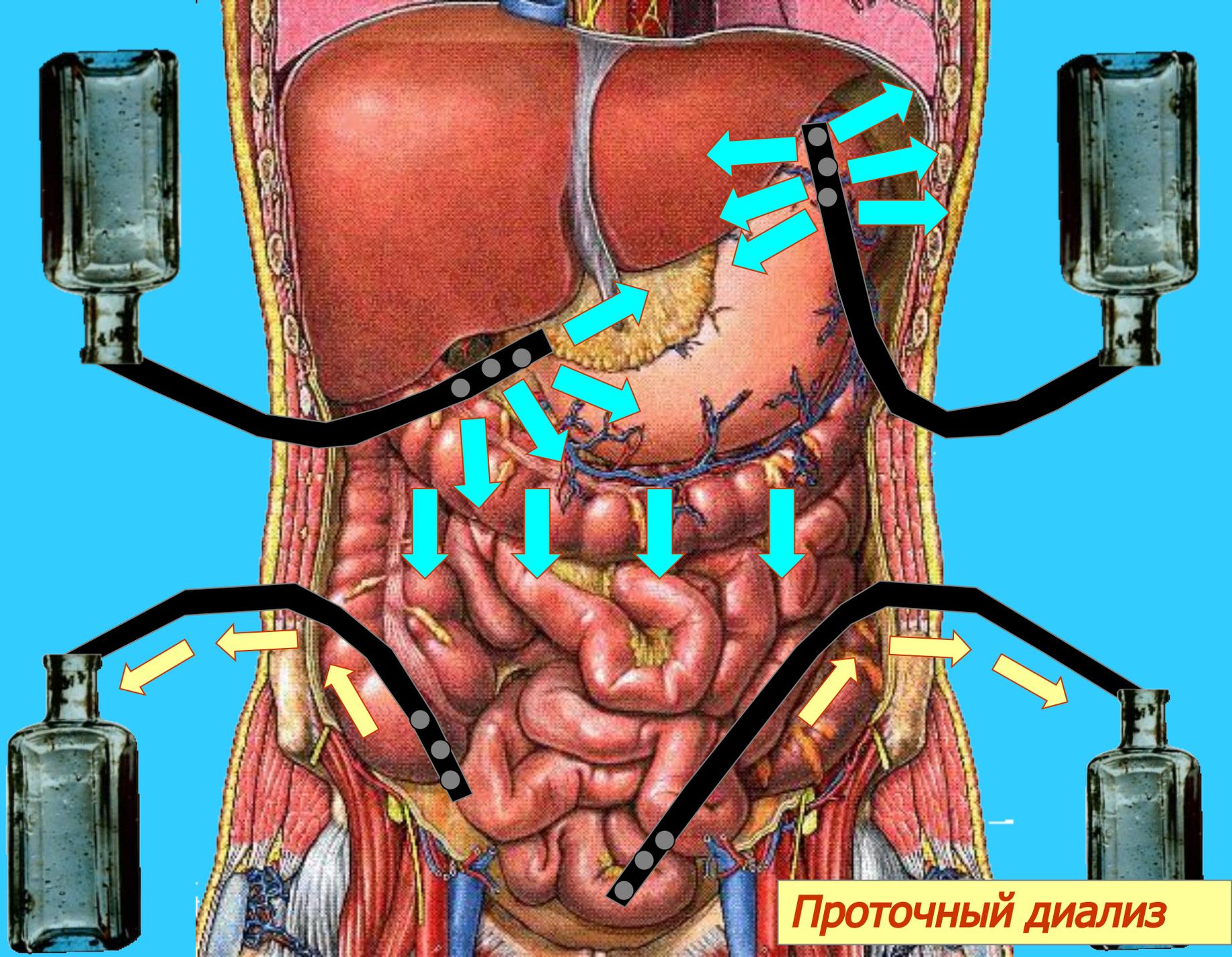
Методика проведения кишечного лаважа и энтеросорбции



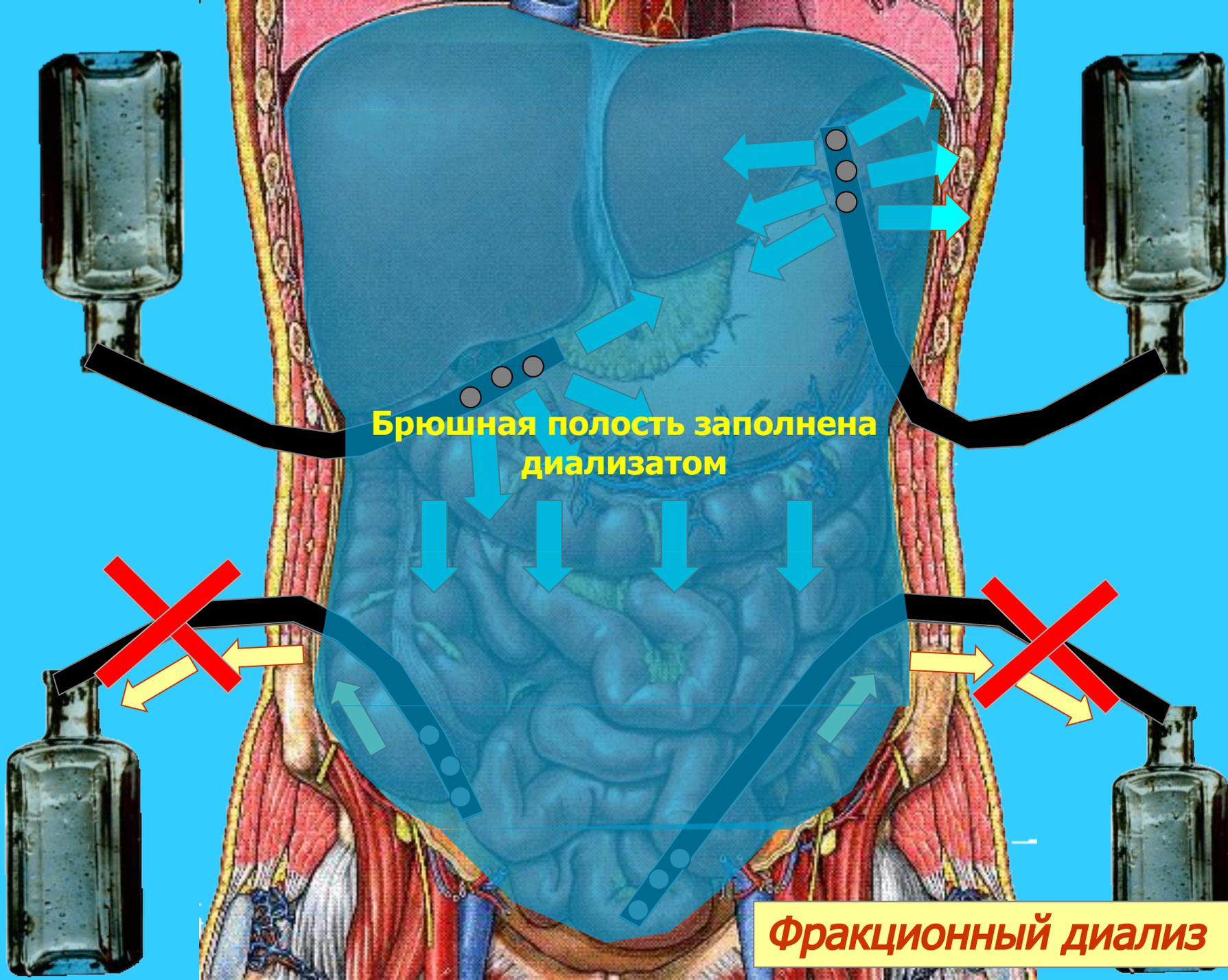
Перитонеальный диализ

- Метод очищения организма от вредных веществ, основанный на высокой всасывающей способности брюшины.
- Сущность диализа:



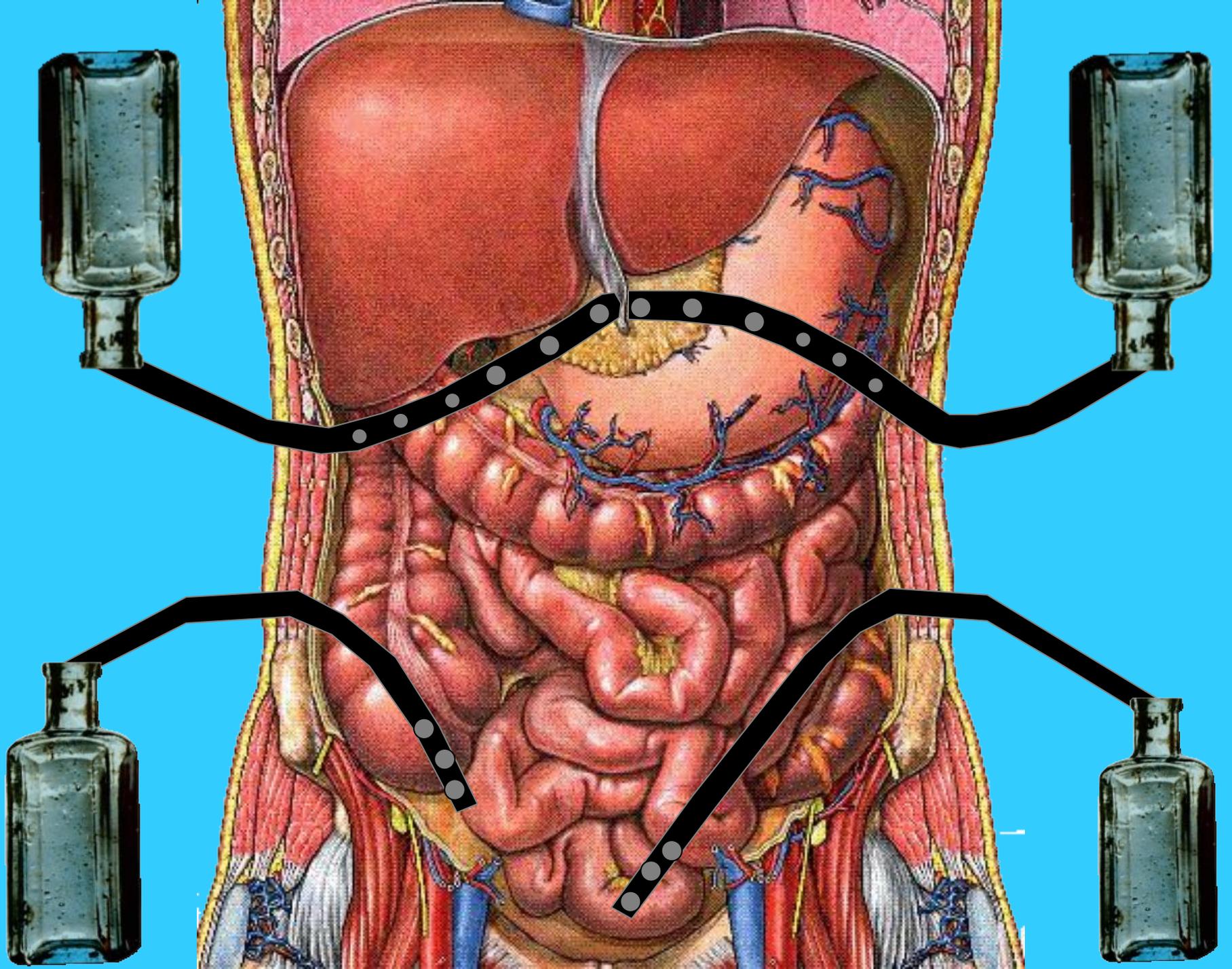


Проточный диализ

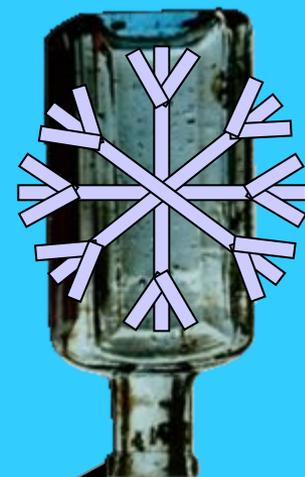
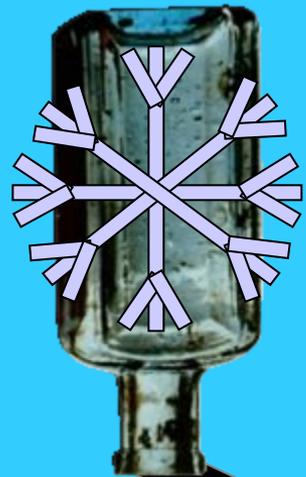


Брюшная полость заполнена диализатом

Фракционный диализ



ПЕРИТОНИТ – ПОЖАР В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



Искусственная гипотермия



**Осложнения при перитоните
разделяют на:**

I. Специфические

II. Неспецифические

I. Специфические осложнения

Осложнения в ране и передней брюшной стенке:

```
graph TD; A[Осложнения в ране и передней брюшной стенке:] --> B[Нагноения раны]; A --> C[Флегмоны передней брюшной стенки];
```

Нагноения раны

Флегмоны передней
брюшной стенки



Неполноценное промывание бр. полости

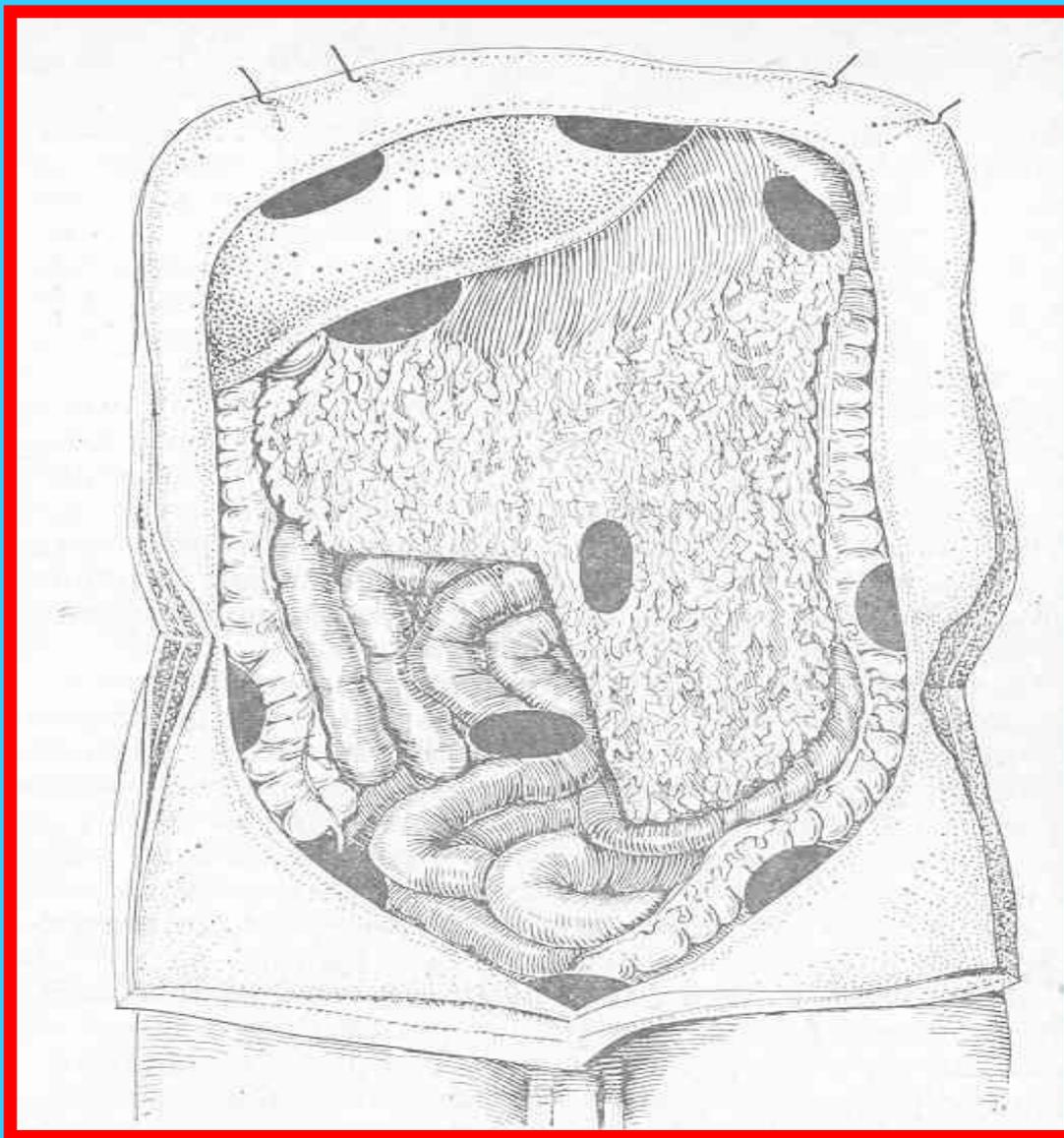
Неадекватное дренирование бр. полости

Абсцессы бр. полости

Накопление диализата в св. бр. полости

Неадекватная антибактериальная терапия

Абсцессы в брюшной полости





4

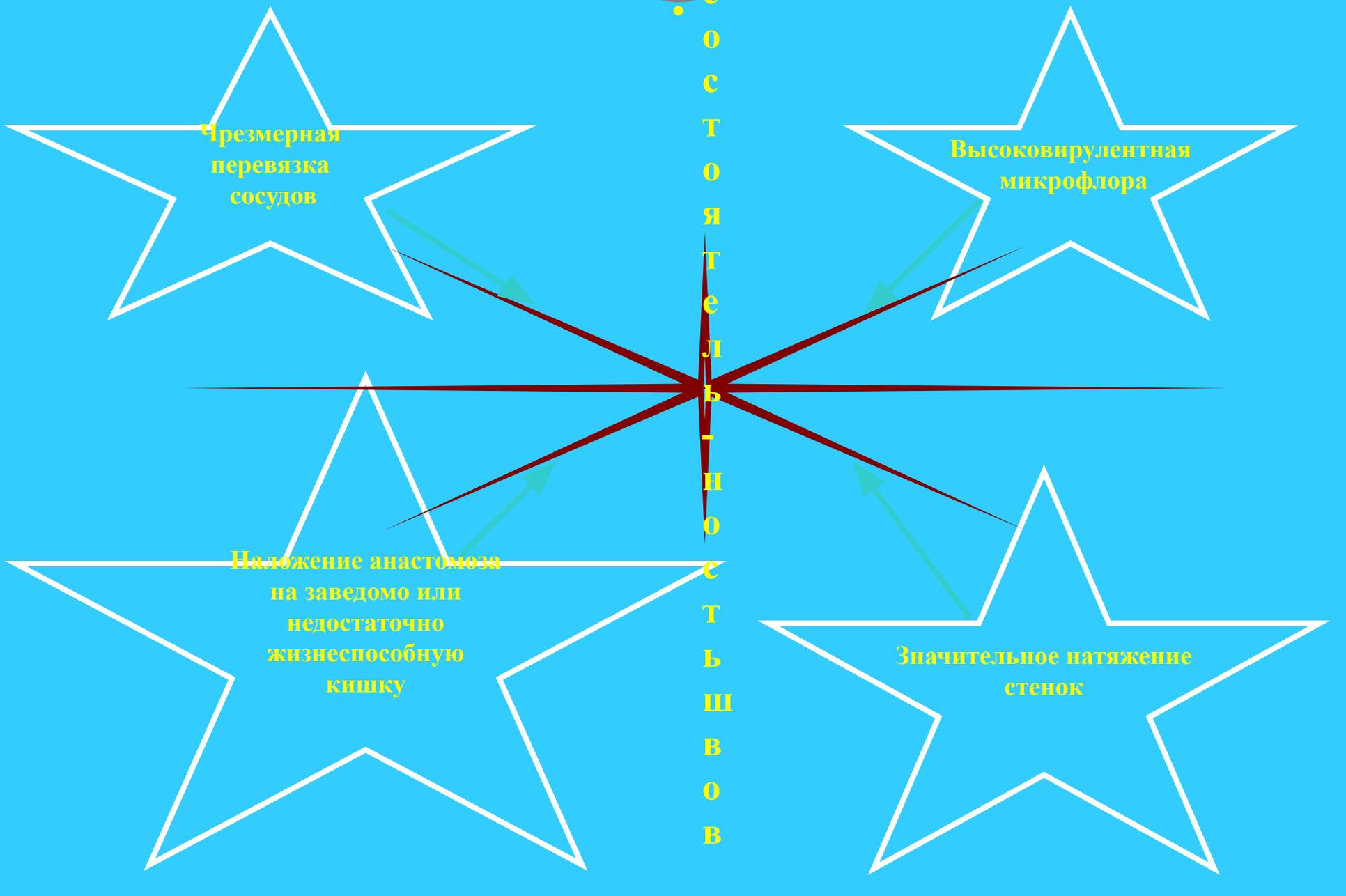
Чрезмерная
перевязка
сосудов

Высоковирулентная
микрофлора

Наложение анастомоза
на заведомо или
недостаточно
жизнеспособную
кишку

Значительное натяжение
стенок

н
е
с
т
о
я
т
е
л
ь
-
н
о
с
т
ь
ш
в
о
в



Послеоперационный перитонит

В п/о периоде, за счет несостоятельности швов

Неадекватная санация брюшной полости в интраоперационном периоде

Стойкий парез кишечника

Неполноценная декомпрессия кишечника

Разрыв начинающихся формироваться абсцессов

Недостаточное дренирование

6.

Эвентерация

А.

Непосредственные причины

Излишне пользование электроножом

Слишком тугие швы

Некроз тканей

Нагноение раны брюшной стенки

Расхождение послеоперационных ран

Кишечные свищи



Рис. 41. Несформированный кишечный свищ через полость.

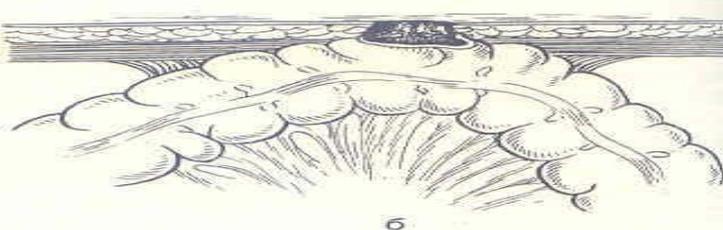
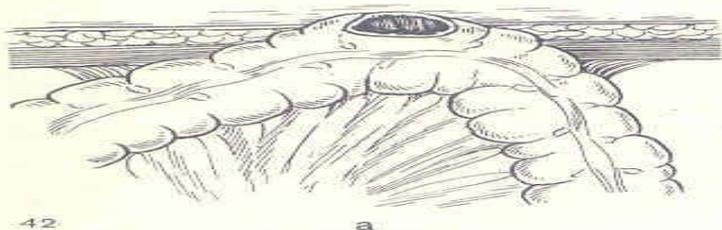


Рис. 42. Варианты несформированных зияющих кишечных свищей.

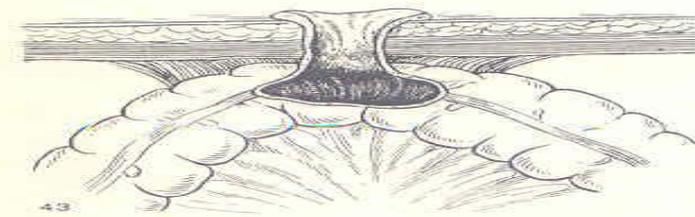


Рис. 43. Сформированный губовидный кишечный свищ.

Рис. 44. Сформированный трубчатый кишечный свищ.



Рис. 45. Переходный кишечный свищ.

Причины летальности при перитоните

При перитонитах прогноз всегда очень серьезен. Летальность зависит от причины перитонита, сроков оперативного лечения. Операция на фоне септического шока дает летальность до **80-90%**.

Летальность при неспецифических осложнениях

Гипостатическая
пневмония

ОДН

ОССН

ОПН
Н

ДВС

Сепс
ис

При аутопсии определяется регресс перитонита