

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский
университет им. Святителя Луки»

Кафедра госпитальной хирургии и онкологии

Гнойная инфекция органов брюшной полости



«Острый живот – сигнал бедствия, диктующий необходимость принятия быстрого решения, сигнал не дающий времени на уточнение и детализацию диагноза»

Ф.И. Комаров

Заболевания брюшной полости встречаются почти у каждого человека, и их осложнения приводят к неотложной хирургии брюшной полости. Пациенты с «острым животом» - основной контингент поступающих в стационар по экстренным показаниям.

Острый живот - клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь.

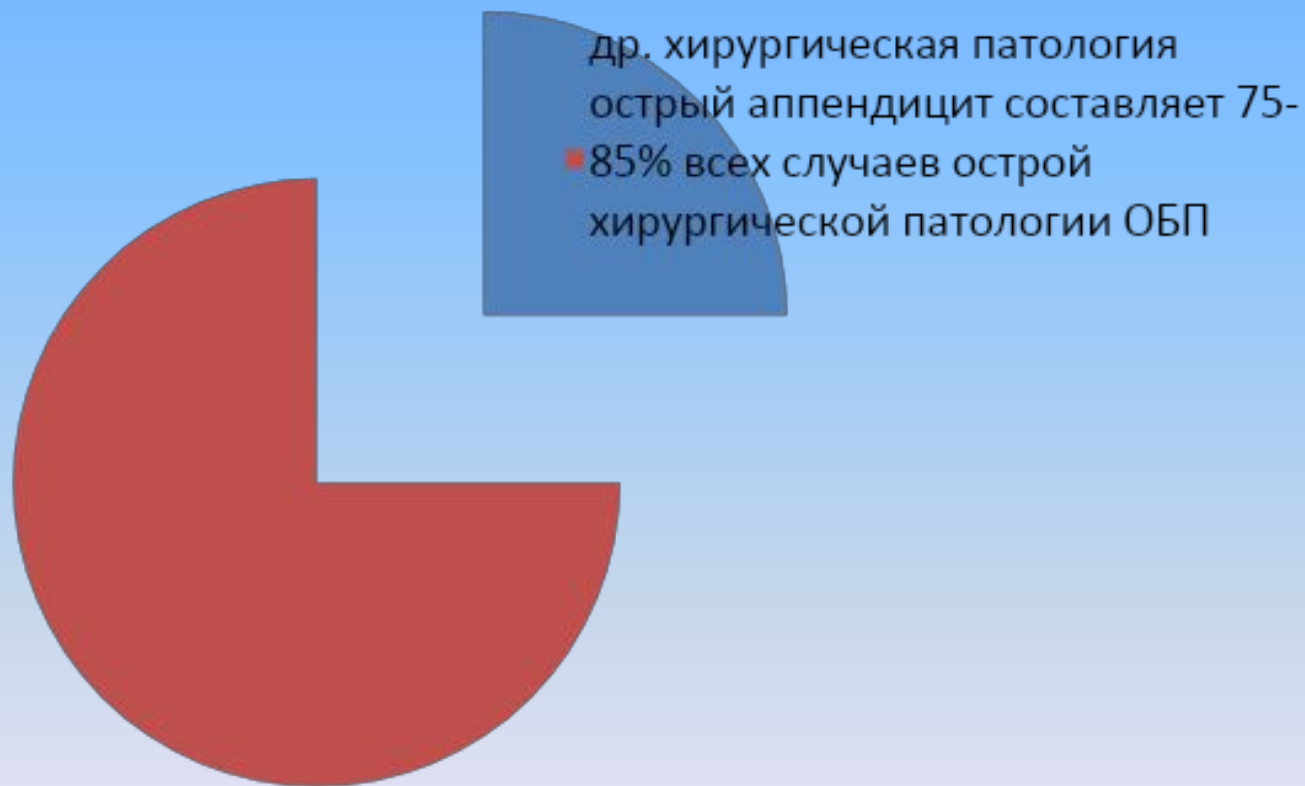
Одной из наиболее часто встречающихся причин острого живота является гнойная инфекция органов брюшной полости.

Частные нозологические формы острого живота:

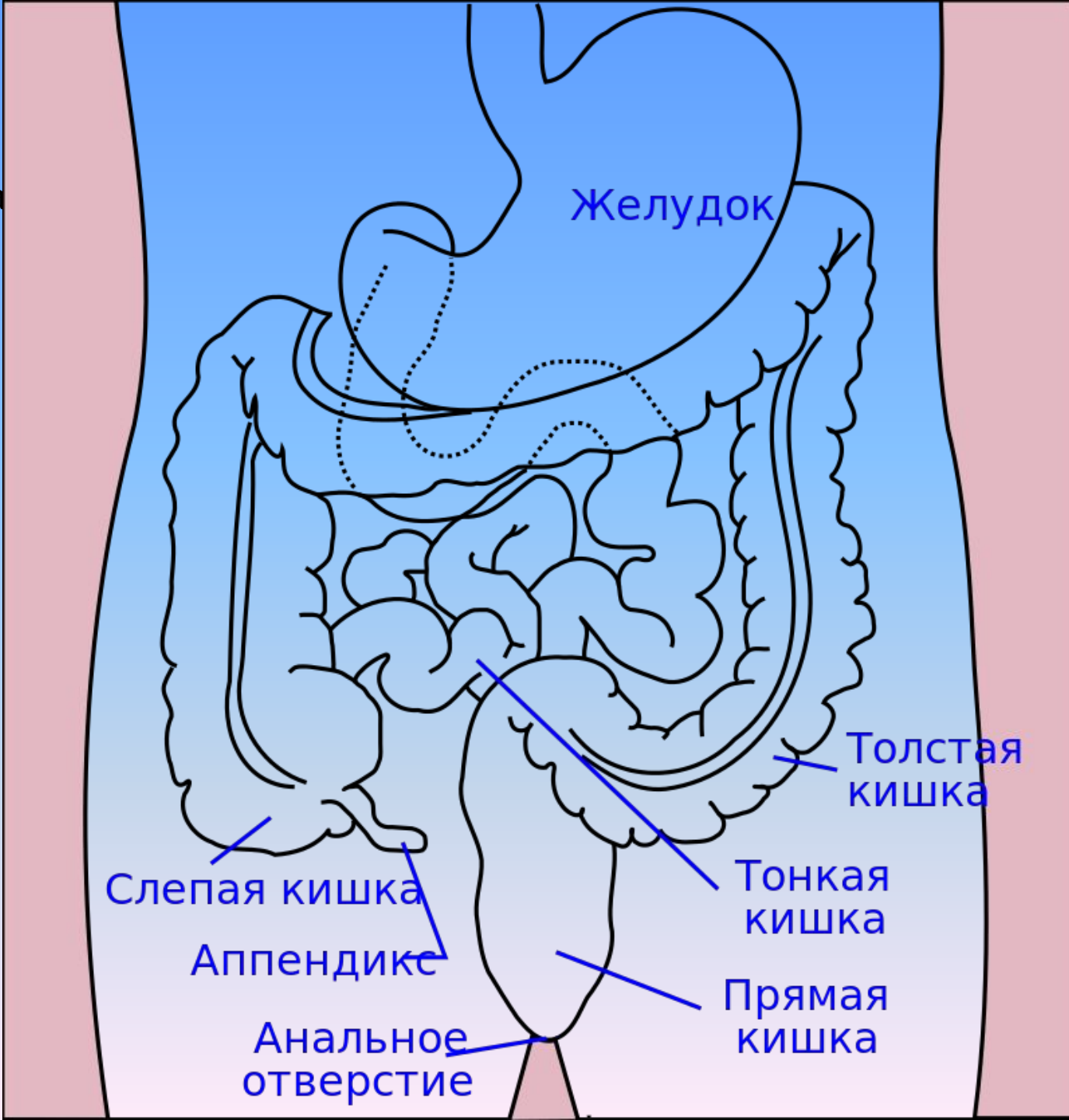
- Острый аппендицит
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Острый перитонит



Острый аппендицит



Аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности.



Этиология острого аппендицита

Выделяют 3 теории:

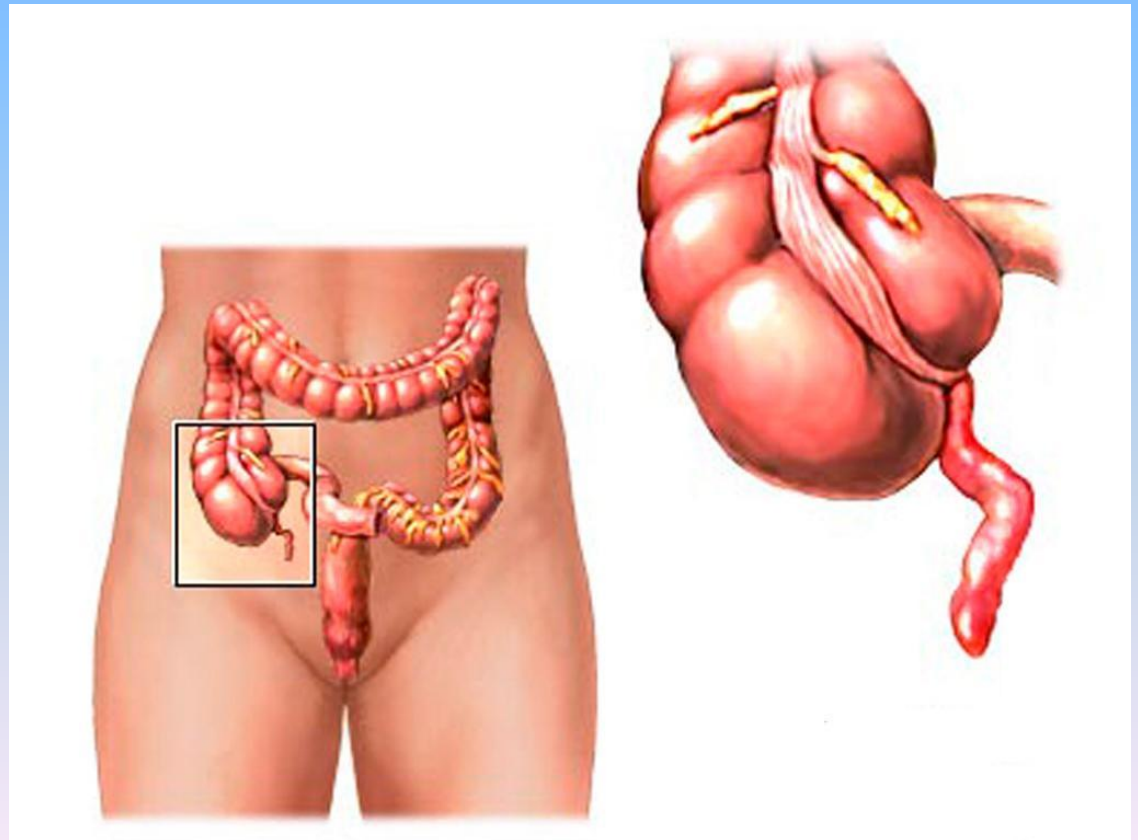
- инфекционная (активация кишечной флоры и нарушение барьерной функции кишечника)
- нервно-рефлекторная (расстройство трофических процессов в стенке аппендикса вследствие патологических рефлексов (кортиковисцеральных и висцеро-висцеральных))
- аллергическая – как местное проявление реакции гиперчувствительности

Пути проникновения инфекции в аппендикс:

энтерогенный – самый частый (из просвета отростка);

гематогенный;

лимфогенный.



Классификация острого аппендицита:

-Катаральный аппендицит (простой-поверхностный)

-Деструктивный аппендицит

флегмонозный

гангренозный

перфоративный

-Осложненный аппендицит

аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный и прогрессирующий)

аппендикулярный перитонит (отграниченный или разлитой)

Клиническая картина ОА

Типичная клиническая картина острого аппендицита характеризуется: Приступом боли в правой подвздошной области, выраженной местной и общей реакцией организма. Как правило, боли при остром аппендиците начинаются внезапно на фоне полного здоровья. В начале приступа они нередко локализуются в эпигастральной области, в области пупка или по всему животу, а через несколько часов (иногда через 1—2 суток) — в правой подвздошной области.

Чаще боли носят постоянный характер, никуда не иррадиируют, но усиливаются при покашливании.

Боль в животе не дает больному уснуть, хотя интенсивность ее обычно невелика; характерно уменьшение болей в положении на правом боку.

В первые часы заболевания могут возникать тошнота, рвота рефлекторного характера, задержка стула и газов.

Значительно реже наблюдается жидкий стул (преимущественно при тяжелой интоксикации, или медиальном и тазовом расположении отростка).

Температура тела повышается до 37,5—38°, реже остается нормальной.

Пульс в первые сутки от начала заболевания учащается до 90—100 ударов в 1 минуту и более, опережая рост температуры (симптом —токсических ножниц), АД не изменяется и только при тяжелой интоксикации несколько снижается.

Язык вначале слегка обложен и влажен, но скоро становится сухим.

При осмотре живота часто определяют отставание при дыхании нижних отделов брюшной стенки.

Пальпацию живота следует проводить осторожно, начиная с левой его половины.

При этом в правой подвздошной области, как правило, отмечается резкая болезненность, сочетающаяся с защитным напряжением мышц брюшной стенки на ограниченном участке.

У большинства больных легкое постукивание пальцами в различных участках брюшной стенки помогает быстро установить место наибольшей болезненности.

Характерные измерения крови: лейкоцитоз (—обычно 9—12 тыс. и больше), сдвиг формулы влево, а при наличии инфильтрата — часто ускорение СОЭ.

Симптомы острого аппендицита

Симптом Ровзинга. Собранными вместе пальцами левой руки надавливают на стенку живота в левой подвздошной области, соответственно месту расположения находящейся сигмовидной кишки. Не отнимая левой руки, пальцами правой надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки. Симптом считается положительным, если при надавливании правой рукой возникает или усиливается боль в правой подвздошной области.



Симптом Ситковского. Больного, находящегося в положении на спине, просят повернуться на левый бок, при этом отмечается появление или усиление болей в правой подвздошной области.



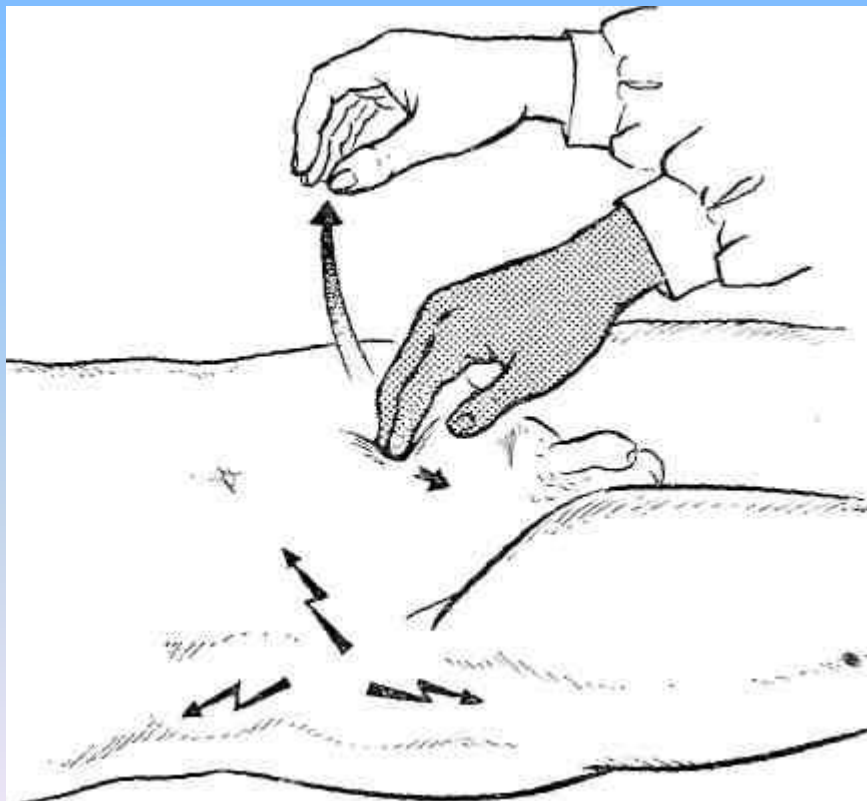
Симптом Воскресенского. Левой рукой натягивают рубашку больного за нижний ее край, а пальцы правой руки устанавливают в подложечной области. Во время выдоха больного при наиболее расслабленной брюшной стенке проделывают правой рукой скользящее быстрое движение косо вниз к области слепой кишки и там останавливают скользящую руку, не отрывая от живота. В момент окончания такого "скольжения" больной отмечает резкое усиление аппендикулярных болей и нередко выражает это мимикой.



Симптом Образцова. Лежа на спине, одновременная пальпация и поднятие правой ноги больного приводит к резкому усилению болезненности в правой подвздошной области.



Симптом Щеткина-Блюмберга. В положении больного на левом боку надавливают на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием. Симптом считается положительным при появлении или усилении болей в момент отнятия пальцев.



ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

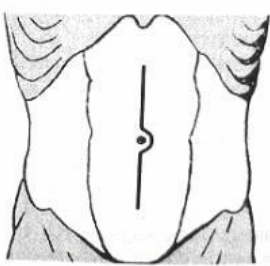
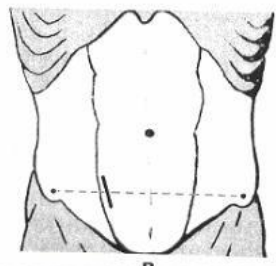
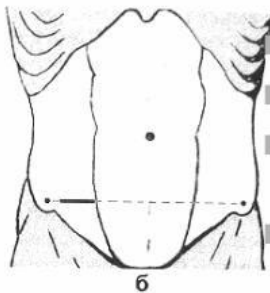
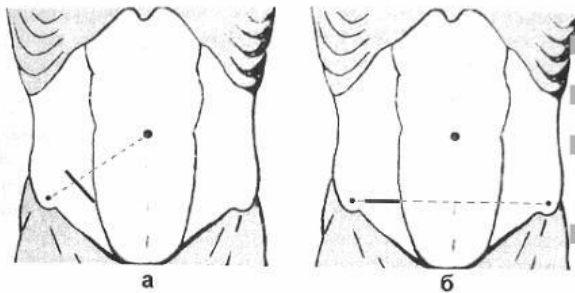
1. Тщательно собрать анамнестические данные.
2. Исключить соматическую патологию, симулирующую острые заболевания органов брюшной полости
3. Исследовать состояние дыхательной системы (при необходимости – рентгеноскопия грудной клетки).
4. Исследовать функцию сердечно-сосудистой системы (пульс, давление, у лиц старше 30 лет – ЭКГ).
5. При подозрении на урологическую патологию – обзорный снимок почек, урографию.
6. Пальпация и перкуссия живота на предмет выявления аппендикулярных симптомов.
7. Ректальное и вагинальное (при необходимости) исследование.
8. Измерение ректальной и подмышечной температуры.
9. Клинический анализ крови и общий анализ мочи.
10. В сомнительных случаях – лапароскопия. При этом выявляются как п р я м ы е признаки острого аппендицита (видимые визуально воспалительные и деструктивные изменения отростка) так и косвенные (явления местного перитонита в правой подвздошной ямке – выпот, фибрин и т.д.).

Лечение острого аппендицита – хирургическое.

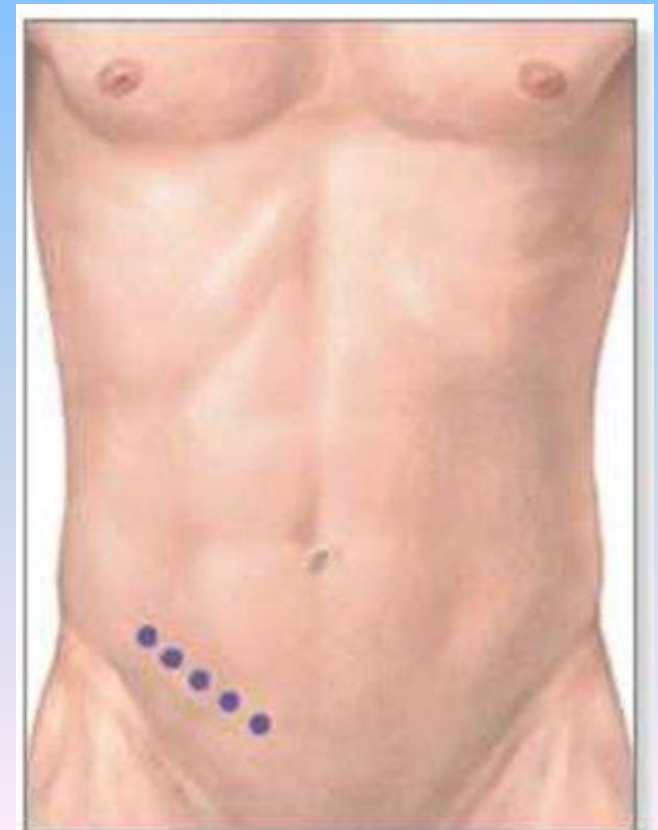
Обезболивание – общее (наркоз). Местная анестезия должна рассматриваться как исключение.

Доступ – косопеременный разрез по Волковичу – Дьяконову длиной не менее 8 см.

Оперативные доступы



- а) по Мак-Бурнею
- б) Шпренгеля
- в) параректальный по Леннандеру
- г) срединная лапаротомия



Типичная аппендэктомия начинается с парциального пересечения на зажимах брыжейки отростка с прошиванием и перевязкой ее.

Отросток перевязывается у основания кетгутом, пересекается дистальнее лигатуры, культя отростка обрабатывается раствором йода.

Культя отростка погружается в наложенный вокруг нее на слепую кишку серо – серозный кисетный шов, который после завязывания и отсечения лигатуры прикрывается Z – образным швом. При инфильтрированной стенке слепой кишки культю отростка погружают в отдельные серо-серозные узловы швы.

При неосложненных аппендиците и аппендэктомии рана ушивается послойно наглухо



a



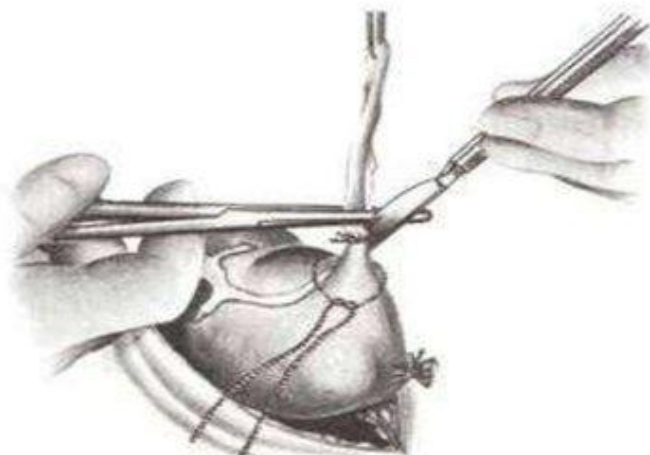
b



c



d



e



f

Особенности течения острого аппендицита у детей

Клиническое течение острого аппендицита у детей более тяжелое, чем у взрослых, а диагностика его значительно сложнее, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями развития ребенка.

У детей первых лет жизни в клинической картине острого аппендицита преобладают общие симптомы, присущие многим заболеваниям этого возраста: высокая температура тела, многократная рвота, нарушение функции кишечника.

Если у детей старшего возраста ведущее значение имеют жалобы на боли в правой подвздошной области, то у детей раннего возраста судить об их наличии можно лишь по ряду косвенных признаков.

Наиболее важным из них является изменение поведения ребенка.

Он становится вялым, капризным, малоконтактным, нарушается сон. Беспокойное поведение ребенка следует связывать с нарастанием боли.

Частым симптомом является рвота, преимущественно многократная.

Температура тела часто достигает 38—39°.

Характерен высокий лейкоцитоз (до 20000—30000).

У детей первых лет жизни возбуждение и беспокойство при осмотре мешают отличить активное мышечное напряжение от пассивного и выявить локальную болезненность.

Эффективен осмотр беспокойных детей в состоянии естественного или медикаментозного сна, во время которого легко выявляют пассивное мышечное напряжение и локальную болезненность, симптом Щеткина—Блюмберга, симптом —отталкивания, поскольку исчезает двигательное возбуждение, снимаются психоэмоциональные реакции и активное напряжение мышц.



Особенности течения острого аппендицита у беременных

Острый аппендицит у беременных – заболевание нередкое. Диагностика его трудна, а последствия могут угрожать жизни, как матери, так и плода. В первые 3 месяца беременности острый аппендицит не имеет существенных клинических особенностей.

Своеобразно протекает острый аппендицит у беременных, начиная с 5-го месяца беременности, что обусловлено смещением слепой кишки увеличенной маткой кверху, а также изменением реактивности организма.

В связи с этим боли локализуются значительно выше, а напряжение мышц и другие симптомы острого аппендицита могут быть выражены слабо.

Наиболее диагностически достоверным является начало заболевания и характер локализации болей.

Характерным является наличие внезапно появившихся и постоянных болей без иррадиации в нижних отделах правой половины живота.

Остальные признаки непостоянны и встречаются значительно реже.

Тошнота и рвота нередко сопровождают беременность и не могут рассматриваться как достоверный симптом острого аппендицита.

Мягкая брюшная стенка или невыраженное ее напряжение не исключают наличие острого аппендицита вплоть до деструктивных форм с явлениями местного перитонита.

Клинические проявления часто не соответствуют тяжести морфологических изменений в отростке.

Для выявления локализации болезненности целесообразна пальпация больной в положении на левом боку.

Классические аппендикулярные симптомы встречаются либо редко, либо не выявляются вообще.

Поэтому при подозрении на острый аппендицит у беременных показана госпитализация и хирургическое лечение.

Особенности течения острого аппендицита у пожилых

У лиц старше 60 лет клинические проявления острого аппендицита обычно мало выражены.

С самого начала заболевание у них может протекать ареактивно, даже при выраженной деструкции отростка.

Это несоответствие выраженности клинической картины степени деструкции отростка является основной особенностью.

Кроме того, учитывая облитерацию просвета отростка, у этой группы больных практически не бывает обтурационных форм, однако, значительно чаще встречаются первично-гангренозные формы на фоне облитерации или тромбоза а. appendicularis.

Больные, как правило, жалуются лишь на незначительную боль в гипогастрии.

Температура тела остается нормальной или повышается незначительно, частота пульса не нарастает (в пределах 90 ударов в 1 мин).

Напряжение мышц живота в правой подвздошной области выражено слабо, а боль при глубокой пальпации незначительна.

Даже лейкоцитоз чаще бывает небольшим, однако отмечается резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

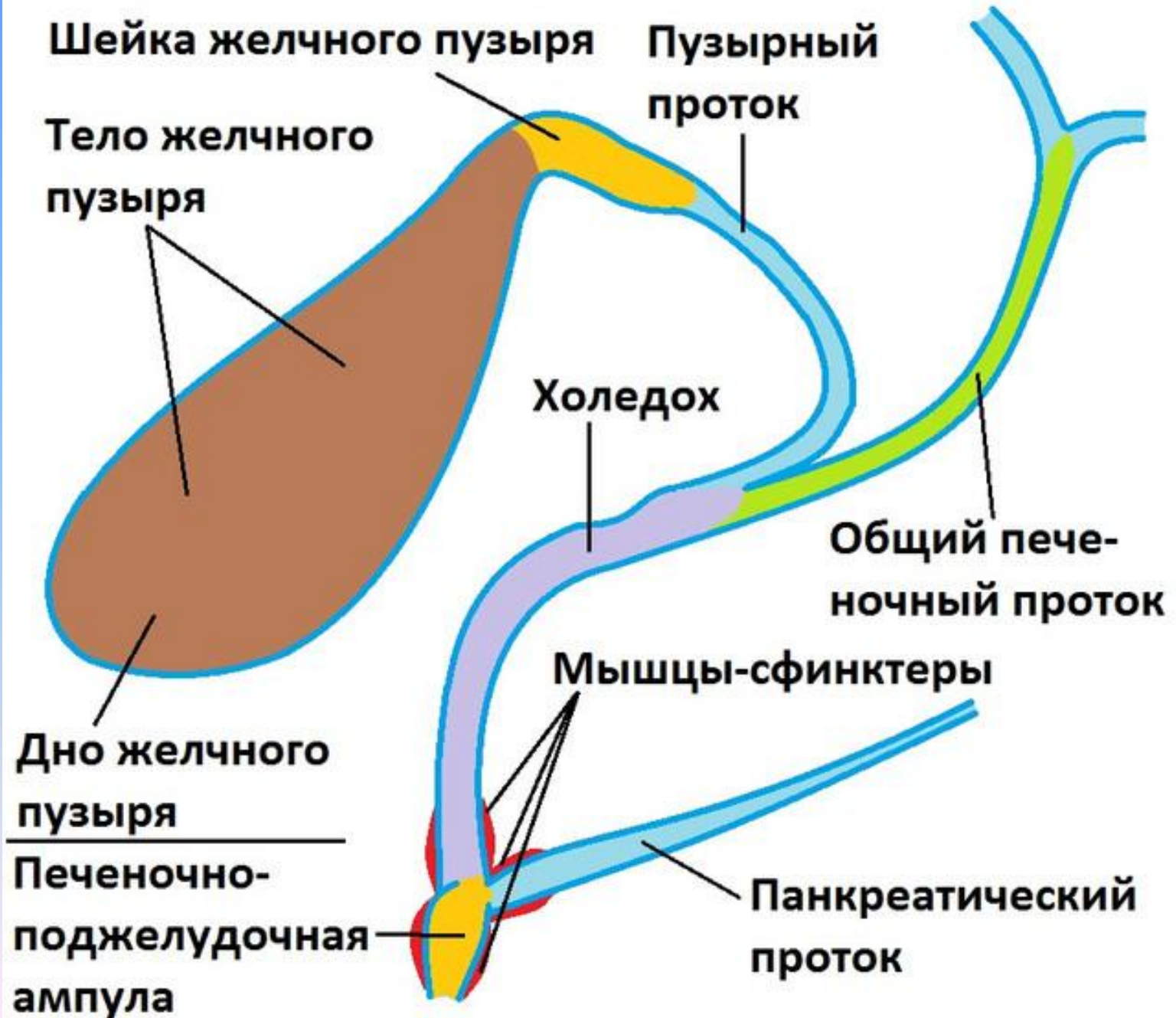
Клиническая картина заболевания бывает настолько стертой, что часто больные обращаются к врачу, когда в брюшной полости отчетливо определяется инфильтрат.

У людей пожилого возраста инфильтрат может не рассасываться иногда в течение 2—3 мес., что дает основание заподозрить опухоль слепой кишки, и вопрос о характере заболевания в таких случаях может быть решен с помощью ирригоскопии или колоноскопии.

A photograph of a person's midsection, showing their hands clasped over their stomach. The area where the hands are placed is highlighted with a red glow, indicating pain or discomfort. The person is wearing a light blue top. The background is white.

Острый холецистит

Анатомия желчного пузыря и желчных протоков (схема)



Острый холецистит - воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией

10% - острый бескаменный холецистит

90% - холецистит на фоне ЖКБ, как осложнение

Здоровый желчный пузырь



Холецистит



Желчный камень

Воспаленная
слизистая

Этиология и патогенез

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке пузыря является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст.

Как правило (90- 95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря в результате обтурации камнем, комочком слизи или желчным шламом и др.

В патогенезе заболевания (острого воспаления) важное значение придают лизолецитину и повышенной продукции простагландинов E и F1a. Возникновение желчной гипертензии является главным фактором в уменьшении кровоснабжения слизистой желчного пузыря.

Снижение гемоперфузии стенки (особенно в пожилом и старческом возрасте при наличии склеротических изменений) способствует нарушению слизистого барьера, проникновению и росту микроорганизмов (выделяют из желчи и стенки желчного пузыря в 50-60% наблюдений; в 75% выделяют анаэробы), что в свою очередь увеличивает воспалительную экссудацию в просвет органа. Очевидно, что процесс экссудации сам по себе ведет к дальнейшему увеличению внутрипузырного давления, еще большему нарушению микроциркуляции, усилению повреждения слизистой.

Таким образом формируется патофизиологический порочный «замкнутый круг».

У 10-15% больных ишемия стенки желчного пузыря, развивающаяся на фоне внутрипузырной гипертензии, приводит к некрозу, перфорации, местному или диффузному перитониту.

Чаще формируется перивезикальный (подпеченочный, поддиафрагмальный) абсцесс.

При газообразующей флоре – эмфизематозный желчный пузырь.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОХ)

по А.А.Шалимову, 1993 г.

- 1. Простой (катаральный, инфильтративный, язвенный).
- 2. Флегмонозный.
- 3. Гангренозный.
- 4. Перфоративный.
- **5. Осложненный:**
 - а) желчным перитонитом (без видимой перфорации);
 - б) околопузырным инфильтратом;
 - в) околопузырным абсцессом;
 - г) механической желтухой;
 - д) абсцессом печени;
 - е) септическим холангитом;
 - ж) острым панкреатитом.

Классификация Токийского соглашения по острому холецистититу (Tokyo guidelines (2007, 2013)).

Легкое течение (Grade I): -острое воспаление желчного пузыря у соматически здоровых пациентов без сопутствующих заболеваний с умеренными воспалительными изменениями в стенке желчного пузыря (острый простой холецистит (Королев Б.А., Пиковский Д.Л., 1990 г.)) или острый обструктивный холецистит.

Среднетяжелое течение (Grade II): -анамнез заболевания более 72 часов, пальпируемый желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье, лейкоцитоз более 18×10^9 /л, верифицированные деструктивные формы острого холецистита с развитием перипузырных осложнений или желчного перитонита. Наличие одного из перечисленных признаков позволяет отнести пациента к данной группе.

По терминологии Королева Б.А. и Пиковского Д.Л. (1990) – осложненный холецистит, или острый деструктивный холецистит.

Тяжелое течение (Grade III): острый холецистит, сопровождающийся полиорганной недостаточностью, артериальная гипотония, требующая медикаментозной коррекции, нарушения сознания, развитие респираторного дистресссиндрома взрослых, повышение уровня креатинина в плазме, нарушения свертывания крови, тромбоцитопения (Угрожаемая группа, группа повышенного риска).





Клиническая картина

Клиническая симптоматика острого холецистита разнообразна и зависит от возраста больного, формы воспаления желчного пузыря, развивающихся осложнений.

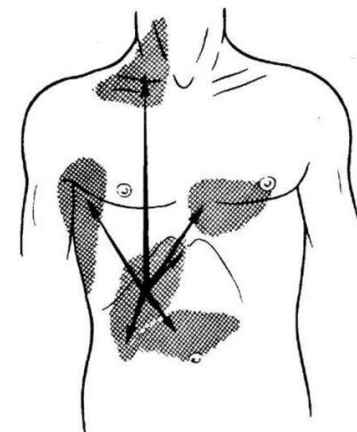
Заболевание развивается внезапно.

Нередко начало его связано с погрешностями в диете (употребление жирной, острой или обильной пищи), физическим или эмоциональным переутомлением.



Основным и самым ранним симптомом является боль. Боль чаще всего локализуется в правом подреберье. Но иногда локализация бывает менее определенной: больные предъявляют жалобы на боли в правой половине живота или правой половине груди. В 75% случаев боль начинается в виде билиарной колики, которая отмечалась у больных с желчнокаменной болезнью и раньше. Эти боли после приема спазмолитических средств могут уменьшиться или даже исчезнуть. Но, по мере развития воспаления в желчном пузыре, боль вновь усиливается, становится упорной. Боль при остром холецистите носит постоянный режущий характер, иногда бывает схваткообразной. Может иррадиировать в правую подключичную область, правое плечо, лопатку, поясничную область.

Возможная иррадиация боли при холецистите



Состояние больного бывает различным, что зависит от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре. Оно может ухудшаться по мере развития осложнений.

Как правило, отмечается повышение температуры до 38-39° С. Высокая лихорадка и озноб наблюдаются при деструктивных формах, развитии осложнений.

В 10% случаев отмечается желтуха. Умеренная желтуха бывает при сдавлении протоков воспалительным инфильтратом, локальном гепатите, холангите.

Стойкая и выраженная желтуха указывает на механическое препятствие току желчи в желчных протоках в виде конкремента или стриктуры.



При осмотре больного обращает на себя внимание бледность кожных покровов с желтушным оттенком.

У больных пожилого и старческого возраста - цианоз губ, кончика носа. Кожные покровы влажные, как правило, покрыты холодным потом. Живот щадится при дыхании.

При пальпации живота характерной является болезненность в правом подреберье. Зона болезненности может расширяться при развитии перитонита или при атипичном расположении желчного пузыря (медиальном, латеральном, низком).

Болезненность часто сочетается с рефлекторным напряжением мышц передней брюшной стенки. Это напряжение свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины. Оно может отсутствовать при ожирении, дряблости передней брюшной стенки.



Специфические симптомы острого холецистита

- Симптом Ортнера – боль при покалывании правой реберной дуги ребром ладони;
- симптом Кера – усиление боли при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука касается воспаленного желчного пузыря;
- симптом Мерфи – непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья;
- симптом Георгиевского-Мюсси – болезненность при пальпации между головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Диагностика

На основании физикального обследования диагноз острого холецистита не может быть достоверно установлен или отвергнут. Патогномоничных симптомов острого холецистита нет, хотя сочетание ряда клинических и лабораторных признаков имеют высокую чувствительность и специфичность.

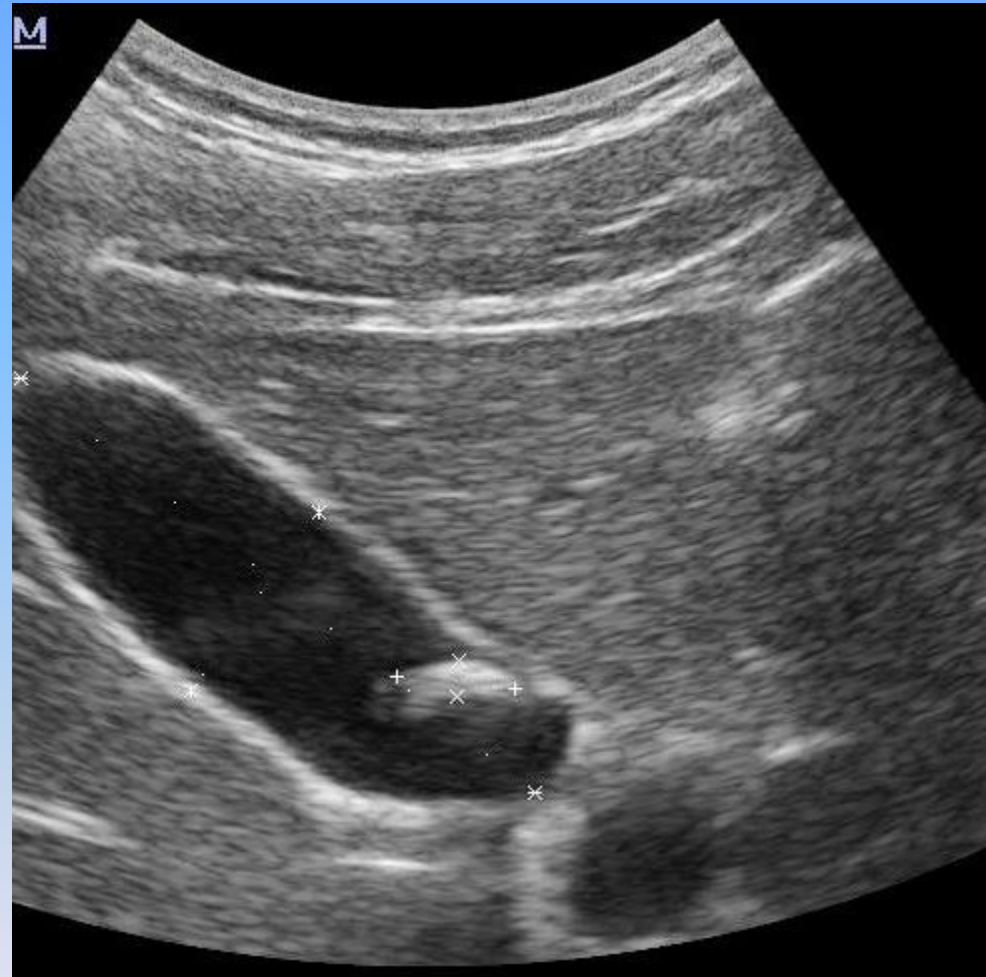
Отмечается лихорадка, повышение уровня С-реактивного белка, лейкоцитоз, в сочетании с ультразвуковой картиной острого холецистита, имеют чувствительность (до 97%), специфичность (76%) и положительную прогнозирующую ценность 95%.

УЗИ

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) должна быть выполнена при всех случаях подозрения на острый холецистит.

Ультразвуковой диагноз острого калькулезного холецистита можно установить при наличии:

- увеличения продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров
- утолщения стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры (слоистость и неоднородность, «двойной контур»)
- блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря
- перивезикального жидкостного скопления.



Лечение острого холецистита

Цель лечения: максимально полное и быстрое снижение уровня общей и местной воспалительной реакции за счет удаления желчного пузыря или ликвидации внутрипузырной гипертензии.



Консервативное лечение острого холецистита

Независимо от того, является консервативная терапия самостоятельным методом лечения или дополняет оперативное вмешательство, она должна включать следующие мероприятия:

1. Обеспечение общего и функционального покоя;
2. Обезболивание;
3. Антибактериальную терапию;
4. Детоксикационную терапию;
5. Коррекцию метаболических нарушений.



Обеспечение общего покоя и функционального покоя для желчевыделительной системы достигается постельным режимом, голодом на 2- 3 дня с последующим постепенным переходом на щадящую диету, опорожнением и промыванием желудка через зонд, назначением спазмолитиков (но-шпа, платифиллин, папаверин).

Обезболивание осуществляется с помощью ненаркотических анальгетиков, лечебных новокаиновых блокад. Наиболее распространенными новокаиновыми блокадами являются паранефральная блокада и блокада круглой связки печени. Недопустимым является назначение наркотических анальгетиков.

Антибактериальная терапия является важнейшим компонентом консервативной терапии. Основную роль в этой терапии играют антибиотики. Эффективность лечения во многом зависит от правильного выбора препарата. Для того, чтобы избранный антибиотик выполнил эту роль, он должен:

- Действовать на микрофлору в присутствии желчи;
- Создавать высокую концентрацию в желчи;
- Быть малотоксичным для печени;
- Обладать широким спектром действия.

Дезинтоксикационная терапия основывается на внутривенном введении полиионных растворов, гемодеза, неокомпенсана, низкомолекулярных декстранов. Дезинтоксикационное действие оказывает глюкогенизация печени: введение 10-20-40% растворов глюкозы (до 250-300 мл в сутки). Не забывая о гипокалиемическом эффекте глюкозы, одновременно с введением глюкозы следует вводить раствор хлористого калия. У ряда больных показано использование метода форсированного диуреза. Применение экстракорпоральных методов детоксикации – гемосорбции, плазмасорбции, плазмофереза – показано лишь при тяжелой интоксикации, желтухе, печеночной недостаточности.

Коррекция метаболических нарушений – важная задача консервативной терапии. Она включает внутривенное введение растворов электролитов, витаминов. Необходимо назначение средств, стимулирующих регенерацию печеночных клеток. Это важно при длительном течении заболевания, желтухе, холангите. Усилить синтез белка можно с помощью белковых гидролизатов, плазмы, аминокислотных смесей, анаболических гормонов (неробол, неробол). Положительно сказывается на функции печени применение лигалона, ЛИВ-52, эссенциале, липокаина.

Хирургическое лечение острого холецистита

Лечебная тактика.

В настоящее время операции при остром холецистите стали стандартными хирургическими вмешательствами. Существуют и применяются различные варианты техники операций, которые в целом разработаны детально.



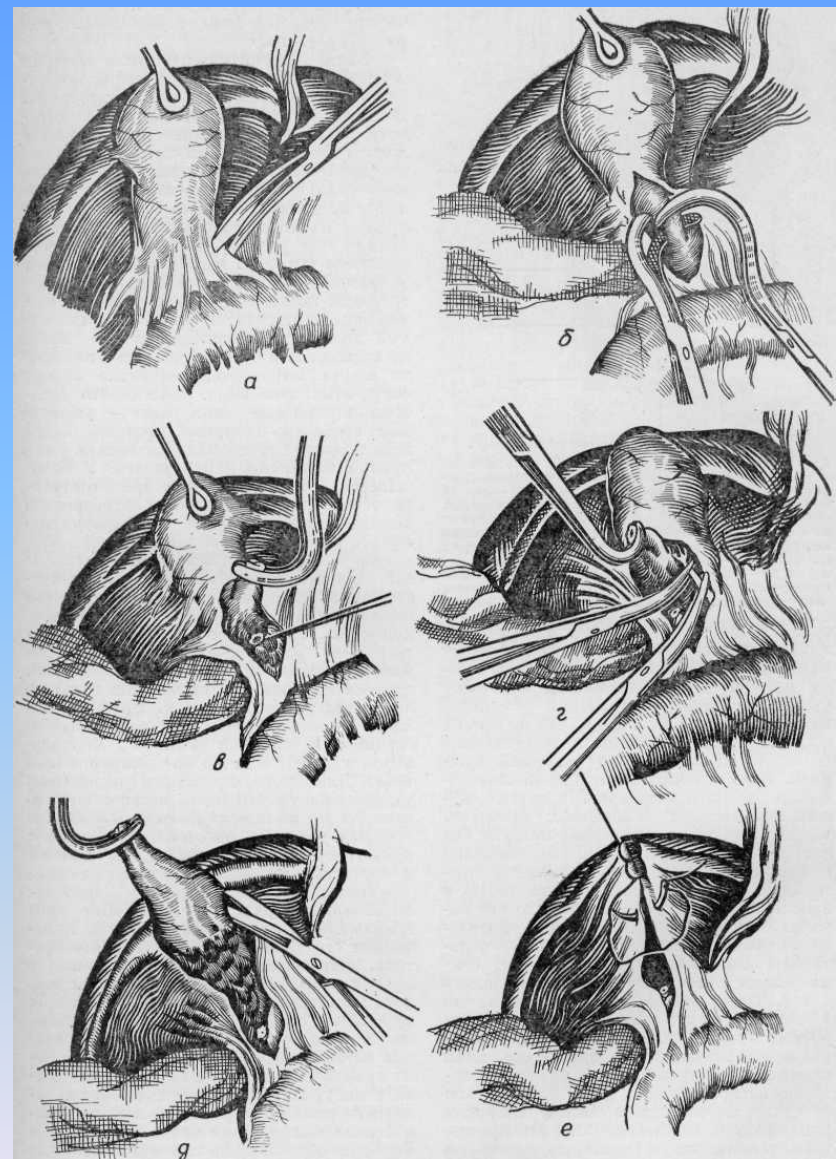
Объем оперативного вмешательства при остром холецистите определяется общим состоянием больного, тяжестью основного заболевания, наличием и характером возникающих осложнений.

В зависимости от этих обстоятельств характер операции может быть радикальным и паллиативным.

Холецистэктомия - удаление желчного пузыря - может быть выполнена двумя способами: антеградно "от дна" и ретроградно "от шейки". Каждый из этих методов имеет свои показания.

Предпочтение, как правило, отдается ретроградной холецистэктомии.

Холецистэктомия "от дна" показана при воспалительных инфильтратах в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, когда сложно обнаружить пузырные артерию и проток и, следовательно, высока опасность их повреждения.



Операция холецистэктомии завершается обязательным дренированием брюшной полости.

При неосложненном холецистите оставляется один дренаж в подпеченочном пространстве. Как правило, он удаляется через 2-3 дня после операции, когда полностью эвакуируется из ложа желчного пузыря небольшое количество крови и желчи.

При остром холецистите, осложненном перитонитом, дренирование брюшной полости осуществляется в соответствии с принципами лечения перитонита.

У больных с некоторыми осложненными формами острого холецистита (холедохолитиазом, холангитом, холепанкреатитом) холецистэктомия должна быть дополнена операциями на внепеченочных желчных протоках.

Особенности течения острого холецистита у детей

Основным симптомом холецистита является боль в области правого подреберья, которая нередко иррадиирует в правую лопатку или плечо (**френикус-симптом**).

Болезненные ощущения возникают внезапно, и могут длиться от нескольких минут до суток и более. Как правило, после употребления жирной или острой пищи боль может существенно усиливаться.

В некоторых случаях у детей, страдающих воспалением желчного пузыря, отмечаются постоянные ноющие боли, не имеющие конкретной локализации.

У детей до 4-6 лет болезнь часто протекает бессимптомно или имеет смазанный характер проявлений, что значительно затрудняет диагностику. У детей старшего возраста холецистит (симптомы выражены наиболее ярко) может сопровождаться желтухой и функциональными расстройствами сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и эндокринной систем.

Практически у всех пациентов отмечаются увеличение печени и напряжение мышц брюшной стенки в зоне расположения желчного пузыря.

Особенности течения острого холецистита у беременных

Больные жалуются на тошноту и рвоту, которые не приносят облегчения; острую боль в правом подреберье, которая может иррадиировать в правую лопатку, плечо, в спину. Локализация и характер боли у беременных при остром холецистите не изменяются, однако местные симптомы обычно мало выражены.

При катаральном холецистите интоксикации нет, температура субфебрильная или нормальная; симптомы раздражения брюшины локальные в области правого подреберья или их нет; наблюдается повышение тонуса матки, но при пальпации матка безболезненна; сердцебиение плода нормальное.

При прогрессировании процесса состояние беременной ухудшается, нарастает интоксикация, появляется озноб, температура повышается до 38° С, симптомы раздражению брюшины усиливаются, со стороны матки могут появляться нерегулярные схватки, но изменений со стороны шейки матки нет.

Хирургическое лечение. Показания: неэффективность консервативного лечения (в течение 2-3 суток); повторные приступы; механическая желтуха; подозрение на перфорацию желчного пузыря; наличие признаков разлитого перитонита; острый холецистит, осложненный панкреатитом; наличие холангита; деструктивные изменения в стенке желчного пузыря.

Если есть возможность отложить операцию, лучше выполнять холецистэктомию во II триместре беременности, поскольку в I триместре высок риск самопроизвольного аборта и тератогенного действия общих анестетиков, а в III триместре операцию выполнить технически сложнее. При возможности отсрочить оперативное вмешательство, его проводят через 3-4 недели после начала заболевания, когда нет острых явлений.

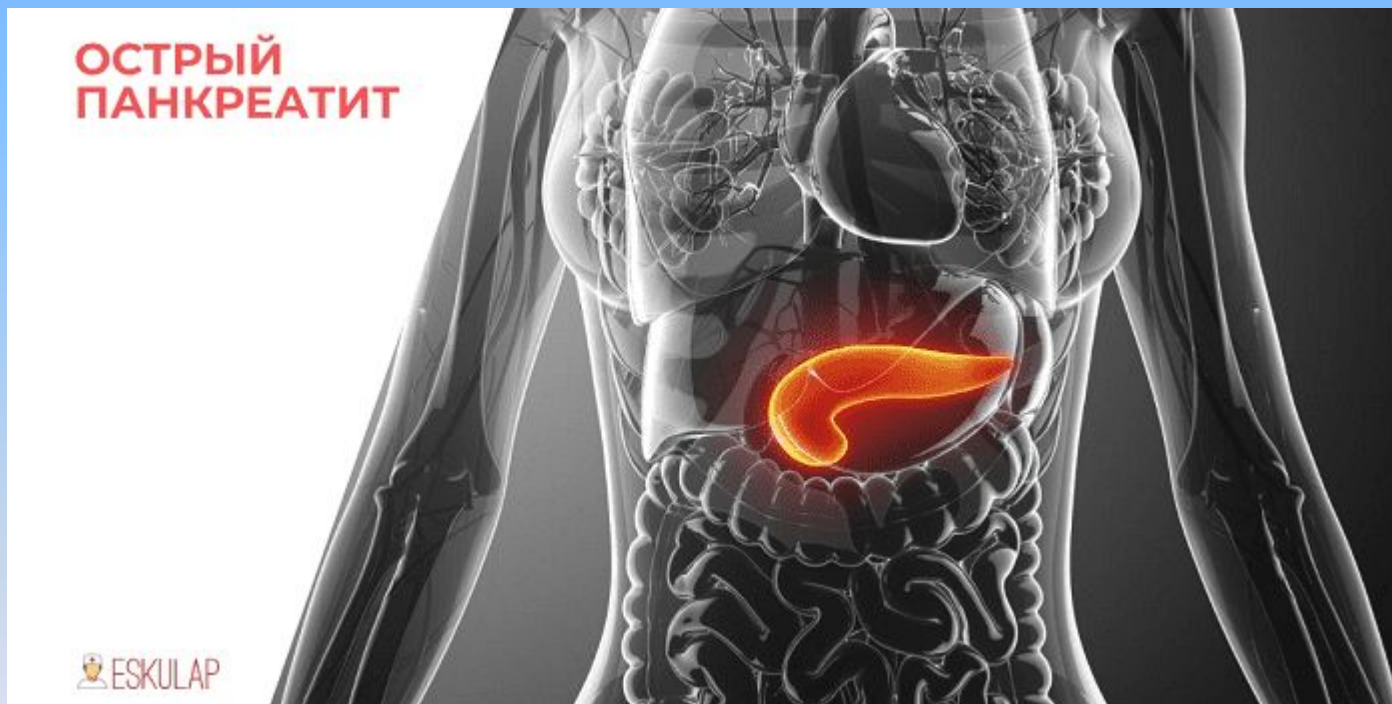
Техника хирургической операции типичная.

Акушерская тактика: роды ведут через естественные родовые пути, кесарево сечение производится при наличии акушерских показаний.

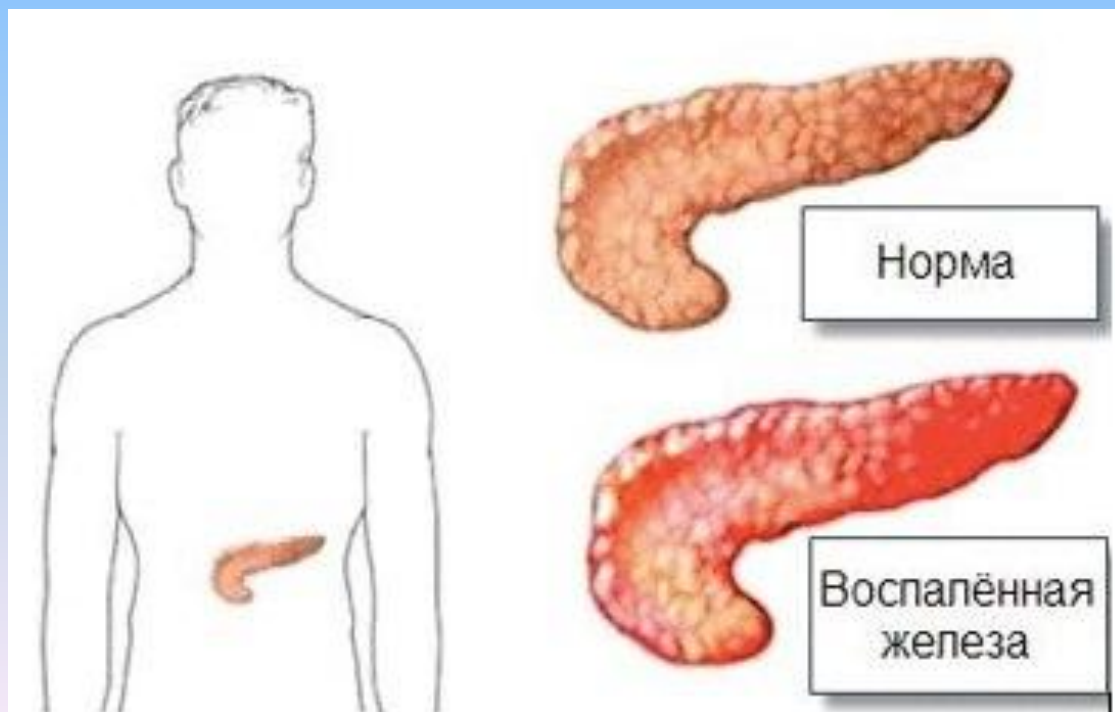
Особенности течения острого холецистита у пожилых

Подход к лечению больных острым холециститом пожилого и старческого возраста должен быть индивидуализированным с учетом выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре, осложнений и отягощающих факторов. Показанием к вынужденной экстренной операции в первые часы госпитализации после подготовки следует считать распространенный перитонит. В срочном порядке (в первые сутки госпитализации) у больных старше 65 лет возможно оперативное вмешательство в первые 72 ч заболевания при доказанном отсутствии патологии билиарного тракта и сопутствующей соматической патологии, требующей специальной коррекции. Предпочтение при этом следует отдать видеолапароскопической методике. При сформированном перивезикальном инфильтрате, патологии желчной системы, а также декомпенсированных соматических заболеваниях показано многоэтапное лечение с использованием микрохолецистостомии, эндоскопической санации желчных протоков и коррекции сопутствующих заболеваний с последующим решением вопроса о холецистэктомии.

Острый панкреатит



Острый панкреатит - остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.



Классификация острого панкреатита Российского общества хирургов

1. Острый панкреатит лёгкой степени.

Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.

2. Острый панкреатит средней степени.

Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

3. Острый панкреатит тяжёлой степени.

Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

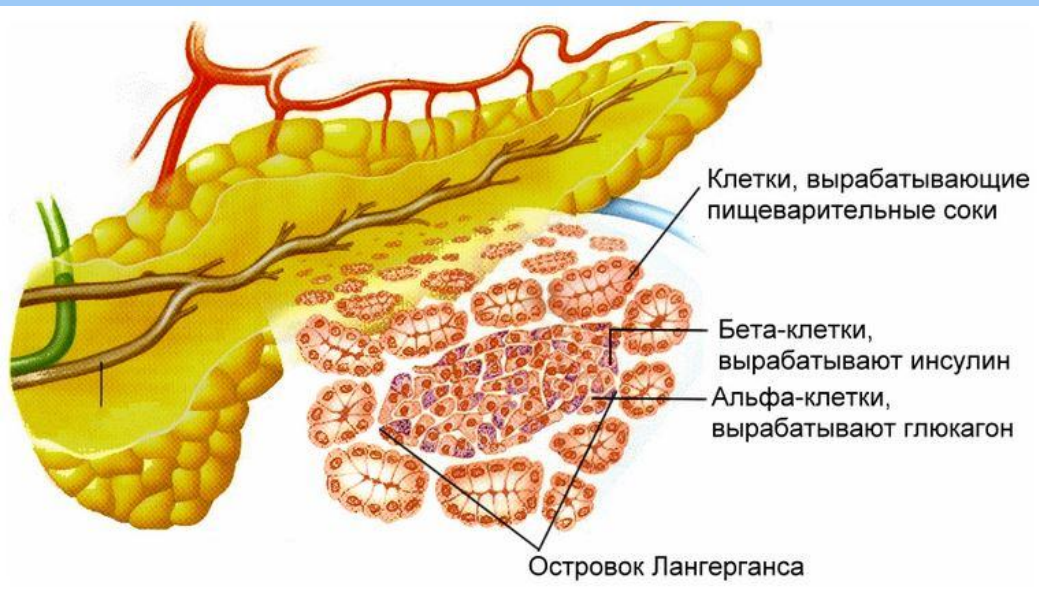
Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.

Этиологические формы острого панкреатита

1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55%
2. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%.
3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.
4. Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гипотиазид, стероидные и нестероидные гормоны, меркаптопурин), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6 – 8%.

Патогенез

Ведущая роль в патогенезе токсемии при остром панкреатите принадлежит ферментам поджелудочной железы: трипсин, липаза, фосфолипаза – А2, лизосомным ферментам, которые вызывают окислительный стресс, липидный дистресс-синдром, тромбоз капилляров, гипоксию, ацидоз, гиперметаболизм, повреждение мембран клеток и эндотелия.



Первичные факторы агрессии:

- а) ферменты поджелудочной железы: трипсин, химотрипсин, вызывают протеолиз белков тканей.
- б) фосфолипаза А₂ разрушает мембраны клеток
- в) липаза гидролизует внутриклеточные триглицериды до жирных кислот и, соединяясь с кальцием, приводит к липолитическому некрозу в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брыжейке тонкой и толстой кишки.
- г) эластаза разрушает стенку сосудов и межтканевые соединительнотканые структуры, что приводит к некрозу.

Вторичные факторы агрессии:

Ферменты поджелудочной железы активируют калликреин – кининовую систему с образованием биологически активных веществ: брадикинин, гистамин, серотонин, которые приводят к увеличению сосудистой проницаемости, нарушениям микроциркуляции, отеку, повышенной экссудации и микротромбозу, ишемии, гипоксии и ацидозу тканей.

Третичные факторы:

Макрофаги, моноклеарные клетки, нейтрофилы на фоне нарушений микроциркуляции, СВР, гипоксии продуцируют цитокины (интерлейкин 1,6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландинов, тромбоксана, лейкотриенов, оксида азота, угнетению иммунного статуса.

Факторы агрессии четвертого порядка:

Цитокины, ферменты, метаболиты различной природы, образующиеся в поджелудочной железе, жировой клетчатке, стенке кишечника, брюшной полости увеличивают проницаемость стенки кишки, происходит транслокация кишечной флоры, способствуют поступлению токсинов в портальный и системный кровоток и лимфатическое русло с поражением органов мишеней: печени, легких, почек, сердца, мозга, кишечника, слизистых желудка и кишечника. Факторы агрессии и органые дисфункции создают синдром «взаимного отягощения».

Диагностические критерии острого панкреатита

Основными симптомами острого панкреатита являются боль, рвота и метеоризм (**триада Мондора**). Боль появляется обычно внезапно, чаще в вечернее или ночное время вскоре после погрешности в диете.

Как правило, боли носят интенсивный характер, без светлых промежутков. Иногда больные даже теряют сознание.

Наиболее типичной локализацией боли является эпигастральная область, выше пупка, что соответствует анатомическому положению ПЖ.

Эпицентр боли ощущается по средней линии, но может располагаться преимущественно справа или слева от срединной линии и даже распространяться по всему животу. Обычно боли иррадиируют вдоль реберного края по направлению к спине, иногда в поясницу, грудь и плечи, в левый реберно-позвоночный угол. Часто боли носят опоясывающий характер и создают впечатление затягивающегося пояса или обруча.

В ряде ситуаций резкий болевой синдром может приводить к явлениям коллапса и шока: профузный пот, снижение артериального давления, тахикардия с ослаблением пульса.

Температура тела в начале заболевания редко повышается незначительно, чаще имеет субфебрильный характер.

Характерно поведение пациентов - они беспокойны, просят обезболивающих препаратов.

Важным и ранним диагностическим признаком острого панкреатита считается цианоз лица и конечностей.

Цианоз в виде фиолетовых пятен на лице известен как симптом Мондора, пятна цианоза на боковых стенках живота ("околопупочные экхимозы") - как симптом Грея-Тернера, цианоз околопупочной области - симптом Грюнвальда.

В поздние сроки заболевания цианоз лица может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица - "калликреиновое лицо".

В основе перечисленных признаков лежат быстро прогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства, гиперферментемия.

Физикальное обследование

При осмотре живота отмечают его вздутие, преимущественно в верхних отделах.

В тяжелых случаях живот равномерно вздут, резко чувствителен даже при поверхностной пальпации.

При глубокой пальпации боли резко усиливаются, порой носят нестерпимый характер.

При пальпации в поясничной области, особенно в левом ребернопозвоночном углу возникает резкая болезненность (симптом МейоРобсона).

В зоне повышенной чувствительности, обнаруживаемой при поверхностной пальпации, выявляют ригидность мышц передней брюшной стенки.

Как правило, мышечное напряжение свидетельствует о наличии панкреатогенного выпота, богатого ферментами, и явлениях панкреатогенного перитонита.

Лабораторные исследования

Кардинальным проявлением острого панкреатита являются функциональные расстройства ПЖ и, в частности, уклонение ее ферментов в кровотоке.

Наиболее распространенными в клинической практике является определение активности **альфа-амилазы** (норма - 0 - 50 Ед/л) и **липазы** (норма - 0 - 190 Ед/мл) в крови.

Увеличение сывороточного уровня активности общей и панкреатической амилазы в 3-4 раза и липазы в 2 раза по отношению к верхней границе нормы свидетельствует о панкреостазе, что в совокупности с клиническими симптомами заболевания подтверждает диагноз острого панкреатита.

Биохимический анализ крови при панкреатите

Биоматериал: сыворотка крови
Дата регистрации: 27.09.2018 10:24:00
Зачислено:
Дата выполнения: 27.09.2018
Анализ бесплатен

Результаты анализов в доставленной пробе
Биохимическое исследование

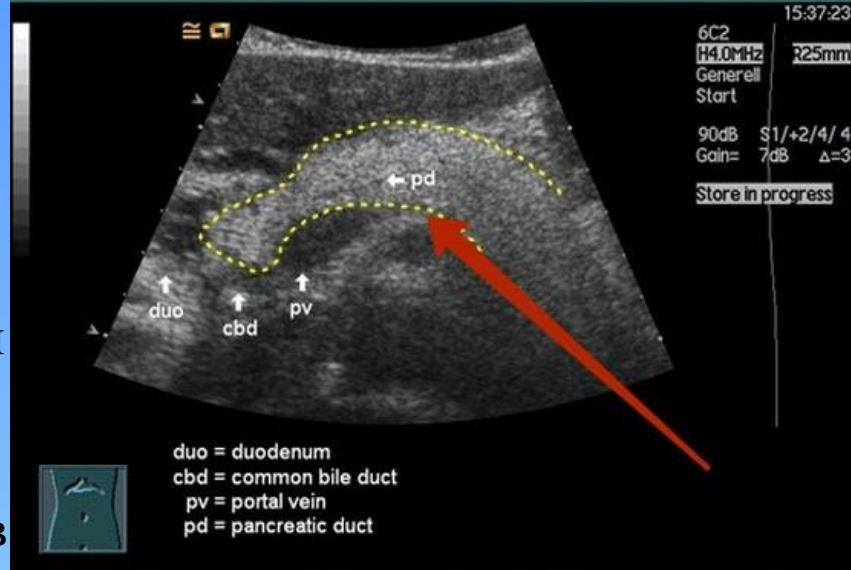
Наименование	Результат	Ед. измер.	Референтный интервал
АМИЛАЗА	27,19	Ед/мл	2,00 - 20,00
Билирубин	7,60	мг/дл	0,00 - 5,40
Глюкоза	5,94	ммоль/л	3,30 - 6,20
ЭЛАСТАЗА, ЛИПАЗА, ТРИПСИН, ФОСФОЛИПАЗА	4,82	ммоль/л	2,30 - 5,70
ГЛЮКОЗА	0,69	ммоль/л	0,30 - 2,29
БИЛИРУБИН	3,23	мг/дл	0,20 - 3,50
Холестерин	1,08	ммоль/л	0,80 - 2,80
Холестерин ЛПНП	0,31	ммоль/л	0,10 - 1,00
Холестерин ЛПВП	3,28	ммоль/л	0,00 - 3,50
Индекс атерогенности	2,99	б.п.	0,00 - 3,50
Риск ИБС (ХСЛПВП)	4,28	б.п.	0,00 - 3,50
Риск ИБС (ХСЛПВП)	4,28	б.п.	0,00 - 3,50
Аланинаминотрансфераза	9,70	Ед/л	0,00 - 37,00

© PankreatitPro.ru

Инструментальная диагностика

УЗИ является доступным и малоинвазивным методом визуальной диагностики по сравнению с другими инструментальными методами, что позволяет рекомендовать его в качестве скрининг-метода при подозрении на острый панкреатит.

Ведущими УЗ-признаками острого панкреатита являются: увеличение размеров головки, тела и хвоста поджелудочной железы, неоднородность ее эхоструктуры и неровность контуров, визуализация жидкостных образований различных размеров в парапанкреатической зоне и брюшной полости



Лечение

Тактика лечения: тактика лечения больных с острым панкреатитом определяется клиникоморфологической формой заболевания в соответствии с фазой развития воспалительного и некротического процесса и степенью тяжести состояния больного.

Оптимальным видом лечения ОП в доинфекционной фазе является интенсивная консервативная терапия, а при появлении инфекционных (септических) осложнений – оперативное лечение.



Медикаментозное лечение :

1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок - первые трое суток заболевания): - препарат выбора - Октреотид 100мкгх3р подкожно; - препараты резерва - Фамотидин (40мгх2р в/в), Фторурацил (5% 5мл в/в).
2. Инфузионная терапия реологически активными препаратами (декстраны, гидроксипропилированный крахмал - (до 50 мл/кг/сут. и т.п.).
3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов - 1:4)
4. Гистопротекция: - антиферментная терапия (Апротинин -не менее 50 тыс. ед., Апротинин не менее 500тыс. ед. в/в; оптимальный срок - первые 5 суток заболевания); - антиоксидантная и антигипоксанта терапия.
5. Болеутоление – продленная эпидуральная анальгезия местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин), при необходимости – с добавлением наркотических анальгетиков (морфин фентанил) 1-2 раза в день



6. Антибактериальная химиотерапия - парентеральное введение антибиотиков, тропных к поджелудочной железе.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- свежезамороженная плазма

- компоненты крови



Особенности течения острого панкреатита у детей

Острая форма панкреатита может развиваться вследствие инфекционного поражения организма, на фоне повреждений поджелудочной железы. Болезнь часто возникает после переедания и употребления чрезмерно жирной пищи, а также на фоне вирусных инфекций и гельминтозов.

Реактивный панкреатит развивается у детей на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта, токсического поражения (например, в следствии отравления лекарствами), аллергической реакции. В подавляющем большинстве причина воспалительного процесса кроется в обострении желчнокаменной болезни и болезней печени.

Реактивный панкреатит развивается через несколько часов после неблагоприятного воздействия внутренних и внешних факторов. Отмечаются следующие симптомы:

боль, нарастающая после еды;

признаки газообразования;

изжога;

тошнота, переходящая в рвоту;

следы желчи и слизи в рвотных массах

Особенности течения острого панкреатита у беременных

Острый панкреатит — относительно редкое, но опасное заболевание у беременных как для матери, так и для плода. УЗИ — наиболее ценное исследование, за исключением III триместра беременности.

Медикаментозную терапию беременных и рожениц следует проводить с учетом принципа максимальной безопасности для беременной и плода.

Хирургическое лечение беременных и рожениц проводят при тяжелых формах острого панкреатита с образованием экссудата в брюшной полости, вторичном присоединении инфекции, секвестрации поджелудочной железы.

Особенности ведения пожилых с острым панкреатитом

Комплексную ультразвуковую диагностику целесообразно выполнять больным пожилого и старческого возраста при атипичной клинической симптоматике острого панкреатита, что позволит оценить состояние и нарушение кровотока в поджелудочной железе и своевременно провести адекватную терапию.

При неинформативности комплексного ультразвукового обследования, лабораторных данных у больных пожилого и старческого возраста, отсутствии положительного эффекта от проводимой консервативной терапии целесообразна диагностическая лапароскопия с выполнением необходимых лечебных манипуляций.

При установленном диагнозе и наличии гнойно-некротических осложнений у больных пожилого и старческого возраста с учетом тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой и легочной патологии, целесообразно применение современных малоинвазивных методов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита. Пациентам пожилого и старческого возраста с учетом возможного ишемического генеза острого панкреатита показано включение в комплекс консервативной терапии препаратов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин, гепарин, сулодексид и др.).



Перитонит



Перитонит – воспаление брюшины в результате интраабдоминального инфицирования.

Первичный перитонит – развивается в результате гематогенного или лимфогенного инфицирования брюшной полости при отсутствии внутрибрюшного источника или транссудации специфической моноинфекции из других органов.

Вторичный перитонит – наиболее частая и тяжелая форма абдоминальной инфекции, развивающейся в результате гнойно-некротических заболеваний и повреждений полых и паренхиматозных органов живота и (или) осложнений в послеоперационном периоде (например, несостоятельность анастомоза).

Третичный перитонит характеризуется персистирующим течением инфекционного процесса и развивается позже 48 ч. после успешного и адекватного хирургического лечения источника вторичного перитонита в результате контаминации брюшной полости полирезистентной нозокомиальной микробной флорой на фоне кишечной недостаточности (кишечно-брюшинная и кишечнопортальная транслокация инфекта).

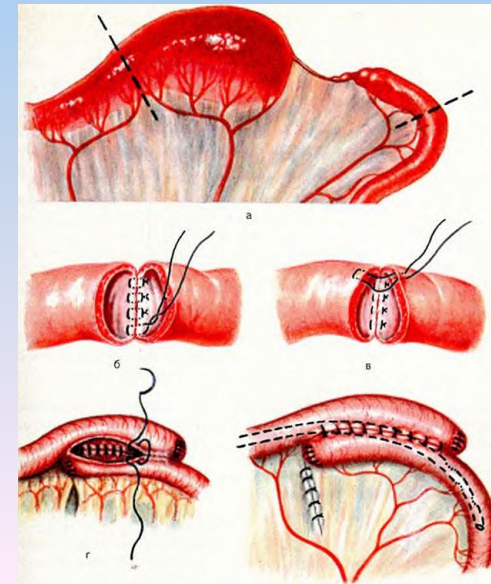
Этиология и патогенез

Перитонит может быть следствием попадания в брюшную полость любых микроорганизмов, однако для каждого из них существует количественная характеристика и условия, при которых перитонит возникает. Это утверждение основывается на существовании бактерицидных и иммунных свойств брюшины. В настоящее время перитонит, как правило, вызывается смешанной флорой. Этиологические особенности существующих форм перитонита во многом связаны с различиями источников бактериальной контаминации и этапами течения перитонита.



Среди хирургической патологии наиболее часто к возникновению перитонита приводит перфорация полого органа.

В эту группу входят пациенты с травмой органов брюшной полости, перфоративной гастродуоденальной язвой, перфорациями червеобразного отростка, кишечника и несостоятельностью желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов.



При гнойном перитоните грамотрицательные и анаэробные бактерии, включая флору кишечника, поступают в брюшную полость.

Эндотоксины, произведенные грамотрицательными бактериями, приводят к выбросу цитокинов, которые вызывают клеточные и гуморальные каскады, заканчивающиеся клеточным повреждением, а у ряда больных инфекционным шоком и синдромом полиорганной недостаточности.

Это приводит к высвобождению провоспалительных цитокинов, таких, как фактор некроза опухоли ($\text{TNF}\alpha$) и интерлейкинов 1 и 6 (IL-1, IL-6). Они способствуют образованию токсичных медиаторов, что приводит к сложному, многофакторному синдрому, который бывает различной степени тяжести и ведет к функциональным нарушениям одного или более жизненно важных органов и систем.

Классификация Савельева

1. Основной диагноз;

2. Характер развития:

2.1. Первичный;

2.1.1. Спонтанный перитонит у детей;

2.1.2. Спонтанный перитонит у взрослых;

2.1.3. Перитонит, связанный с определенными заболеваниями (туберкулез, сифилис, гонорея);

2.2. Вторичный;

2.3. Третичный;

3. Распространенность:

3.1. Местный (занимающий одну-две анатомические области);

3.1.1. Отграниченный (инфильтрации, абсцесс);

3.1.2. Не отграниченный;

3.2. Распространенный;

3.2.1. Диффузный (от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости);

3.2.2. Разлитой (более пяти анатомических областей или два этажа брюшной полости)

4. Экссудат и его примеси:

4.1. Характер экссудата: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический (и их сочетания)

4.2. Примеси: кишечное содержимое, желчь, моча, кровь;

5. Тяжесть состояния в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции

Клиническая картина

Клинические проявления распространённого перитонита многообразны и складываются в большинстве случаев из симптомов основного заболевания и «наслоения» на них признаков воспаления брюшины, абдоминального сепсиса или септического шока.

Наиболее часто больные жалуются на боль в животе, которая может быть острой или тупой. Первоначально, боль может быть слабой не локализованной, но затем она прогрессирует и усиливается при любом движении (например, кашель, сгибание бедра) и локальной пальпации.

При сборе анамнеза выясняется давность заболевания, изменение характера и локализации боли, динамику токсических проявлений, признаки осложнений. Анамнез так же включает в себя предыдущие эпизоды болезней (например, дивертикулит, язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки).

Анорексия и тошнота – частые симптомы и могут предшествовать возникновению боли в животе.

Тошнота и рвота в начале заболевания носят рефлекторный характер.

Рвота так же может произойти из-за основной висцеральной патологии органа или быть вторичной, обусловленной перитонеальным воспалением, как следствием пареза кишечника; присоединяется примесь желчи, а далее – содержимого тонкой кишки.

Температура тела обычно субфебрильная, реже она достигает высоких цифр.

Нарушения стула не очень характерны, но по мере прогрессирования перитонита и пареза кишечника может быть задержка стула и отхождение газов.



Физикальное обследование

Положение больного при распространенных формах перитонита обычно вынужденное – на спине или на боку, с приведёнными к животу ногами (симптом Розанова).

Больной малоподвижен; окраска кожных покровов бледная, отмечается акроцианоз. Пульс в подавляющем большинстве случаев учащён, малого наполнения, мягкий.

Артериальное давление на ранних стадиях развития перитонита остаётся обычно на нормальных цифрах.

Снижение его отмечается при запущенных формах заболевания.

Проявление токсической энцефалопатии проявляется как заторможенностью, так и возбуждением или делирием. Бледность, особенно мраморность кожи, отражает глубокое нарушение микроциркуляции.

Язык – обложен белым налетом, сухой.

Живот вздут, отмечается разлитая болезненность во всех отделах.

Аускультация выявляет резкое ослабление, чаще полное отсутствие кишечных шумов. Иногда слышен «шум падающей капли».

При перкуссии живота у больного перитонитом могут быть выявлены важные для диагностики признаки, прежде всего отсутствие печёночной тупости и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спигарного). Перкуторный звук неравномерный. Можно обнаружить симптомы "гробовой тишины", Латейссена (вместо кишечных слышны дыхательные и сосудистые шумы), Склярова ("шум плеска").

Признаки раздражения брюшины являются наиболее специфичными симптомами перитонита.

Живот, как правило, равномерно «мячеобразно» вздут (симптом Мондора), в дыхании не участвует (симптом Винтера).

При пальпации выявляют болезненность во всех отделах живота, которая может быть более выраженной в проекции патологического процесса. Имеет место напряжение мышц передней брюшной стенки.

Основными перитонеальными симптомами являются:

- 1) симптом Щеткина-Блюмберга – при резком отведении руки от передней брюшной стенки у больного возникает острая боль. При доскообразном напряжении мышц передней брюшной стенки он не всегда отчетливо выражен;
- 2) симптом Менделя – выявление при перкуссии болезненности передней брюшной стенки;
- 3) симптом Воскресенского – при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) больной испытывает боль;
- 4) симптом Бернштейна – в результате раздражения воспалительным процессом брюшины над мышцей, поднимающей яичко, оно подтягивается к наружному отверстию пахового канала.



Лабораторная диагностика

При воспалительном процессе в брюшной полости в зависимости от степени тяжести процесса имеют место изменения практически всех лабораторных показателей.

Рекомендуется проводить лабораторные исследования: общего анализа крови и мочи, содержания белков крови, в том числе и альбуминов, Среактивного белка, сахара крови, печеночных проб: билирубина, фибриногена, лактатдегидрогеназы, а также, амилазы, липазы, прокальцитонина, интерлейкины – 1, 6, 8, 10 и TNF-показателей гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО).

Инструментальная диагностика

Всем пациентам, находящимся в ОРИТ с нестабильной гемодинамикой, которые не могут в данный момент перенести лапаротомию и чье критическое состояние препятствует тому, чтобы они могли покинуть ОРИТ для диагностических процедур рекомендуется выполнение УЗИ, обзорные рентгенограммы брюшной полости.

У стабильных пациентов КТ (при наличии соответствующего материальнотехнического обеспечения) рекомендуется для диагностики большинства внутрибрюшных воспалительных процессов.

У пациентов с абдоминальным сепсисом неизвестного происхождения рекомендуется выполнять диагностическую лапароскопию

Лечение

Консервативное лечение

Учитывая тяжелое состояние больного с перитонитом, перед операцией необходимо производить кратковременную, но интенсивную подготовку, включающую в себя инфузионно-трансфузионную терапию и периоперационную антибиотикотерапию.





Сроки подготовки к операции не должны превышать 2-6 часов с учётом индивидуальных различий в зависимости от возраста больного, массы тела, наличия сопутствующих заболеваний.

Общая схема предоперационной подготовки наряду с общепринятыми гигиеническими мероприятиями включает катетеризацию центральной вены, мочевого пузыря, желудка; внутривенное введение кристаллоидных растворов в объёме до 1000-1500 мл; переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объёма циркулирующей жидкости; коррекцию гемодинамики и транспорта кислорода; внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия.

Полной коррекции нарушений гомеостаза до операции добиться практически невозможно, достаточно достичь стабилизации систолического АД выше 90 мм. рт. ст., ЦВД должно быть положительным, а диурез должен превышать 30мл/час для взрослого больного (или 0,5 мл/кг/час)

Хирургическое лечение



Основными этапами оперативного вмешательства являются:

устранение источника перитонита;

интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости;

дренирование кишечника, который при распространенных формах перитонита находится в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности;

выбор варианта завершения первичной операции и определение дальнейшей тактики ведения больного.

Особенности течения перитонита у детей

Перитонит в детском возрасте развивается быстрее и протекает агрессивнее, чем у взрослых. У новорожденных и грудных детей эта патология приводит к летальному исходу в 78% случаев. Ситуация осложняется отсутствием способности ребёнка подробно рассказать и показать, что его беспокоит и где у него болит. Единственные признаки патологии у таких пациентов – постоянный плач, отказ от груди, напряжение брюшной стенки, высокая температура, кровь в стуле. Основная причина перитонита у детей – заворот кишок, инвагинация кишечника, ишемические инфаркты кишечника.

Особенности течения перитонита у беременных

В алгоритме диагностики у беременных с «острым животом» необходимо применять неинвазивные методы (УЗИ).

Принципы хирургического лечения у беременных с острой хирургической патологией живота зависят от сроков обращения, наличия осложнённого течения, сопутствующей патологии, своевременной диагностики и выполнения адекватного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства.

Согласованная тактика с акушерами-гинекологами, преемственность в лечении «острого живота» у беременных позволили предупредить материнскую летальность, снизить преждевременное родоразрешение до 3,7%.

Особенности течения перитонита у пожилых

В отличие от детей, перитонит у пожилых людей может протекать с незначительными болями и скудной симптоматикой. Болевой синдром имеется только у 50% пациентов, напряжение мышц брюшной стенки – только у 34%. Причина в сниженной реактивности организма в возрастных изменениях. Более того, у пожилых людей с сахарным диабетом перитонит может протекать практически бессимптомно. Позднее обращение за медицинской помощью из-за отсутствия характерных симптомов обуславливает высокую летальность у пациентов этой возрастной группы.

Спасибо за внимание!

