

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения РФ



Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана

Реферат

Перитонит: диагностика, способы лечения.

Выполнила: ординатор 204 группы
специальности 31.08.67 – Хирургия
Назаренко Елена Александровна.

2020 год

Содержание.

1. Введение.....	2
2. Диагностика.....	3
3. Дифференциальная диагностика.....	6
4. Лечение.....	9

Введение.

Перитонит – воспаление париетальной и висцеральной брюшины – является самым частым и наиболее опасным осложнением острых хирургических, гинекологических заболеваний и повреждений органов брюшной полости, а также оперативных вмешательств на них.

Несмотря на более чем вековую давность, проблема перитонита по-прежнему остается одной из наиболее актуальных в современной абдоминальной хирургии, что обуславливает высокую летальность при этом заболевании.

А.Н. Бакулев в свое время назвал перитонит «нестареющей проблемой хирургии». Это положение сохраняет свое значение и в настоящее время. Лечение перитонита, особенно его распространенных форм, представляет собой одну из сложнейших задач и включает последовательное выполнение комплекса мероприятий на дооперационном этапе, во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде.

Диагностика.

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 (то есть, обструкции различных отделов желудочно-кишечного тракта) 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. Имеет место значительная разница между подмышечной и ректальной температурой (с-м Маделунга). Нарушения стула не очень характерны, но по мере прогрессирования перитонита и пареза кишечника может быть задержка стула и отхождение газов. Положение больного при распространенных формах перитонита обычно

вынужденное – на спине или на боку, с приведёнными к животу ногами (симптом Розанова). Если же больной сидел, то при попытке лечь происходит усиление болей в животе или появление болей в надплечьях (симптом Элекера – раздражения диафрагмального нерва) заставляют его вернуться в положение сидя. Это так называемый симптом "ваньки-встаньки". 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 заторможенность, 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.

Ректальное и влагалищное исследования позволяют выявить выраженную болезненность передней стенки прямой кишки или сводов влагалища (симптом Куленкамппфа или крик Дугласа), что объясняется

раздражением тазовой брюшины перитонеальным экссудатом. При значительном скоплении экссудата в Дугласовом пространстве определяется также выбухание передней стенки прямой кишки.

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, С-реактивного 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).

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. УЗИ брюшной полости, имеет преимущество в том, что оно может быть полезным в оценке имеющейся патологии в брюшной полости, локализованной в правом верхнем квадранте (например, околопочечный абсцесс, холецистит, панкреатит), в правом нижнем квадранте и органов малого таза (например, аппендицит, tuboовариальный абсцесс, абсцесс Дугласа). Выполнение УЗ исследования иногда ограничено из-за наличия у пациента выраженного болевого синдрома, дискомфорта, а также вздутия живота. УЗИ может обнаружить количество перитонеальной жидкости, но только, при условии, что ее более 100 мл. Диагностическая точность УЗИ при перитоните составляет более 85 %.

Обзорные рентгенограммы брюшной полости (например, лежа на спине, в вертикальном и боковом положении лежа) часто являются первыми исследованиями, выполняющимися у больных с перитонитом. Свободный воздух в брюшной полости определяется в большинстве случаев желудочной и дуоденальной перфорацией, но встречается намного реже при перфорациях тонкой и толстой кишки и еще реже при перфоративном аппендиците. Следует учитывать, что наличие малого количества свободного воздуха может быть не видно на обзорных рентгенограммах.

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

КТ может обнаружить даже небольшое количество жидкости в зоне воспаления, а также другую патологию желудочно-кишечного тракта с очень высоким уровнем чувствительности. С точки зрения безопасности, излучение, связанное с компьютерной томографией (КТ), выполняемое у детей и подростков должно быть учтено при его проведении. С диагностической точки зрения КТ имеет значительно более высокую

точность и чувствительность (практически 100%), чем УЗИ. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – технология, которая используется в основном для диагностики интраабдоминальных абсцессов.

Когда КТ и УЗИ брюшной полости не дают необходимой информации – диагностический перитонеальный лаваж может быть полезным для выявления перитонита. Полученное содержимое брюшной полости должно быть забрано для диагностических исследований, прежде всего для выявления аэробных и анаэробных бактериальных культур с использованием срочных цитологических и бактериологических технологий.

У пациентов с абдоминальным сепсисом неизвестного происхождения рекомендуется выполнять диагностическую лапароскопию. Диагностическая лапароскопия широко используется для определения причины острых болей в животе. Она также может сопровождаться лапароскопическим лечением при обнаружении хирургической патологии (аппендэктомия, холецистэктомия, зашивание прободных язв и др.)

Точность диагностической лапароскопии очень высока (86-100%).

Диагностическая лапароскопия очень важна особенно у пациентов с патологией органов малого таза и при подозрении на аппендицит.

Дифференциальная диагностика.

В токсической и терминальной стадиях заболевания дифференциальная диагностика перитонита обычно не представляет серьезных затруднений, так как симптоматика воспаления брюшины ярко выражена. В связи с этим необходимость дифференциации его с другими заболеваниями возникает редко.

В реактивной стадии перитонита его распознавание затруднено, так как клинические проявления мало отличаются от симптомов заболевания, которое стало источником перитонита. Небольшой срок заболевания в этой стадии, общность некоторых симптомов в ряде случаев обуславливает необходимость проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями как воспалительной, так и невоспалительной природы. Прежде всего, следует помнить о мочекаменной болезни, особенно при острой окклюзии конкрементом мочеточника. Почечная колика может сопровождаться сильными болевыми ощущениями в животе с его вздутием, задержкой отхождения стула и газов, парезом кишечника, что бывает и при перитоните, ложноположительном симптоме Щеткина – Блумберга (перитонизм). Однако локализация (преимущественно в поясничной области) и приступообразный характер боли с типичной иррадиацией в бедро, половые органы, промежность, паховую область, наличие дизурических явлений, связь болей с переменой положения тела больного, его

беспокойное поведение, отсутствие температурной реакции, симптомов раздражения брюшины, воспалительных изменений со стороны крови (лейкоцитоз), повышение содержания эритроцитов в моче (гематурия) могут помочь провести четкую дифференциальную диагностику между этими двумя заболеваниями и установить диагноз. При возможности в целях дифференциальной диагностики следует применять инструментальные методы исследования, обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек и мочевыводящей системы.

Клиника «острого живота» может появляться при переломах костей таза, позвоночника, нижних ребер, пневмониях. В таких случаях с целью дифференциальной диагностики необходимы динамическое наблюдение, УЗИ плевральных полостей и брюшной полости, повторные осмотры больного, результаты которых позволяют определиться относительно диагноза.

Плеврит и пневмония при локализации в базальных сегментах в связи с раздражением диафрагмы могут симулировать картину перитонита. Нередко перитонит приходится дифференцировать от обострения язвенной болезни, особенно при крупных пенетрирующих каллезных язвах, когда в воспалительный процесс вовлекается брюшина. При этом можно отметить довольно интенсивные боли в животе постоянного характера, защитное напряжение мышц, иногда слабо положительный симптом Щеткина – Блюмберга. В отличие от перитонита при язвенной болезни можно выявить некоторое уменьшение болей после приема пищи, отсутствие угнетения перистальтики. Температура тела остается нормальной, отсутствует тахикардия, язык влажный, изменения в формуле крови, как правило, незначительны.

Дифференциальную диагностику нередко приходится проводить с инфарктом миокарда, особенно при его локализации на задних отделах или верхушке. Иногда инфаркт миокарда сопровождается абдоминальными симптомами, как при перитоните. Однако полноценное клиническое исследование с использованием ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологического исследования легких позволяет дифференцировать эти заболевания по характерным для них симптомам.

При абдоминальной форме инфаркта миокарда выраженный болевой синдром и мышечная защита могут побудить хирурга к неоправданной лапаротомии. Важным дифференциально-диагностическим тестом в таких случаях являются результаты электрокардиографии, ЭхоКГ, а иногда и лапароцентеза, лапароскопии.

Диагностика перитонита представляет определенные трудности у лиц пожилого и старческого возраста, у которых также затруднительно собрать анамнез заболевания. У них мало выражены субъективные (болевые) ощущения и объективные признаки болезни (мышечная защита, гипертермия, лейкоцитоз).

Особые трудности в диагностике представляют послеоперационные перитониты, когда это заболевание осложняет течение послеоперационного периода. Трудности связаны с тем, что в послеоперационном периоде, когда организм мобилизует защитные силы в ответ на операционную травму, симптомы перитонита могут быть скудными. Клиническую картину развившегося послеоперационного перитонита затушевывают антибиотикотерапия и применение наркотических и ненаркотических анальгетиков.

При дифференциации перитонита следует помнить о таком заболевании, как геморрагический диатез (геморрагическая пурпура, болезнь Шейлен – Геноха), возникающий преимущественно у лиц молодого возраста, с множественными кровоизлияниями под кожу, слизистые или серозную оболочку, в том числе и брюшину. Вследствие этого возникает характерный симптомокомплекс в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки и другие симптомы раздражения брюшины, весьма напоминающие картину перитонита. Однако отсутствует характерный анамнез для воспалительных заболеваний брюшной полости, а при осмотре кожных покровов предплечий, грудной клетки, стенки живота, бедер удается заметить мелкие множественные кровоизлияния, подобные же пятна кровоизлияний обычно хорошо заметны на слизистой оболочке щек и подъязычного пространства. В картине крови обычно наблюдается тромбоцитопения без выраженного воспалительного компонента.

При остром панкреатите защитное напряжение мышц передней брюшной стенки не определяется или оно нерезко выражено, отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Температура тела в начале заболевания остается нормальной, изменения в лейкоцитарной формуле незначительны.

Имеются характерные для панкреатита симптомы: опоясывающие боли в эпигастральной области, повышение концентрации амилазы крови и диастазы мочи. При острой непроходимости кишечника боли носят схваткообразный характер, температура тела в начале болезни нормальная, частота пульса и дыхания вне приступа болей не изменены. Живот вне приступа болей мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. В последующем при отсутствии адекватного лечения может развиваться распространенный перитонит вследствие транслокации бактерий из кишечника или перфорации полого органа. При рентгенологическом исследовании выявляют характерные для непроходимости кишечника признаки: расширение тонкой или толстой кишки выше препятствия, уровни жидкости и воздуха («чаши Клойбера») в толстой или тонкой кишке, симптом аркад или «органых труб» при расширении и наполнении тонкой кишки газом и жидким содержимым и т. д. В связи с динамической непроходимостью эти симптомы могут быть и при перитоните. Однако при перитоните кишечная непроходимость является

паралитической, поэтому «чаши Клойбера» и симптом «органных труб» наблюдаются одновременно в тонкой и толстой кишках.

Дифференциальный диагноз вследствие многообразия клинических проявлений туберкулезного перитонита нередко встречает значительные затруднения. В остро протекающих случаях следует дифференцировать туберкулезный перитонит с приступом острого аппендицита. Здесь немаловажное значение приобретает уточнение анамнестических данных, тщательное физикальное исследование, динамическое наблюдение: бурное нарастание симптомов при остром аппендиците и относительная стабильность при туберкулезном перитоните.

В редких случаях возникает необходимость дифференциации с эхинококкозом. При этом наряду с физическими данными используются и результаты лабораторных исследований: эозинофилия, положительные реакции Кацони, Вейнбурга, УЗИ и т. п.

Внутрибрюшные кровотечения, связанные с травмой органов брюшной полости либо различными гинекологическими заболеваниями (разрыв маточной трубы в связи с внематочной беременностью), хотя имеют некоторые признаки, свойственные перитониту, однако на первый план выступают симптомы острой кровопотери: бледность кожных покровов, слабость, учащение пульса, снижение А/Д, гематокрита, усиление болей в области надплечья при горизонтальном положении тела вследствие раздражения брюшины, покрывающей диафрагму. Плеврит и пневмония при локализации в базальных сегментах в связи с раздражением диафрагмы также могут симулировать картину перитонита.

Лечение перитонита.

Лечение местных форм перитонита на современном уровне развития медицины не представляет особых трудностей и в значительной степени сводится к проблеме радикального лечения заболевания, повлекшего развитие перитонита. В то же время многочисленные сложные патогенетические сдвиги в организме больного при перитоните, приводящие к тяжелым нарушениям гомеостаза, неудовлетворенность результатами лечения этого грозного заболевания, а также многолетний практический опыт убедили хирургов в необходимости использования комплексного подхода к лечению этого контингента больных.

Основные принципы комплексного лечения больных с перитонитом были разработаны В.И. Стручковым с соавторами (1981 г.) и на сегодняшний день их можно представить в виде следующих положений:

- 1) адекватная предоперационная подготовка с целью стабилизации гемодинамических нарушений, уменьшения или ликвидации сгущения крови, коррекция грубых электролитных нарушений, разгрузка верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- 2) многокомпонентное экстренное хирургическое вмешательство;

- 3) выбор метода обезболивания;
- 4) широкая лапаротомия, удаление экссудата и устранение источника перитонита;
- 5) тщательная санация брюшной полости;
- 6) декомпрессия желудочно-кишечного тракта;
- 7) выбор метода завершения операции;
- 8) послеоперационная терапия, включающая коррекцию гомеостаза путем инфузии белковых, электролитных и гемодинамических препаратов, антибактериальную, иммунокорректирующую и дезинтоксикационную терапию с использованием методов экстракорпоральной детоксикации и квантовой терапии, лечение, направленное на восстановление функции кишечника, а также на профилактику послеоперационных осложнений со стороны жизненно важных органов и систем.

Только такой многоплановый комплексный подход с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента позволяет добиться снижения летальности, уменьшения количества послеоперационных осложнений, сокращения сроков лечения и инвалидности у этого тяжелого контингента больных.

На сегодняшний день целесообразность и необходимость предоперационной подготовки при перитоните доказаны и не являются предметом дискуссий.

Как и при любой другой хирургической патологии, требующей оперативного вмешательства, весь комплекс предоперационных мер можно разделить на два этапа:

- 1) диагностический;
- 2) лечебно-корректирующий.

Вместе с тем дефицит времени, отведенного хирургу на эти меры, заставляет рассматривать этот процесс как единое целое, органично сочетая диагностику заболевания и сопутствующей патологии с лечебными мерами.

Диагностический этап предоперационной подготовки включает в себя помимо рассмотренной выше диагностики перитонита выявление сопутствующей патологии и степени нарушения жизненно важных функций (дыхательной, сердечной деятельности, выделительной и т.д.), а также степени нарушения гомеостаза. Необходимо следить за динамикой А/Д, ЦВД у всех больных, а также произвести ЭКГ, пробу Штанге и Генча, что является достаточно информативным исследованием сердечной деятельности.

Для установления степени гиповолемии определяют и анализируют содержание гемоглобина, количества эритроцитов, гематокрит, показатель ЦВД. Кроме того, важным критерием для оценки степени гиповолемии является выделительная функция почек. Помимо общего анализа мочи необходимо исследовать почасовой диурез. Выделение 50 мл мочи за час свидетельствует о нормальной выделительной функции почек, в то время

как снижение ее количества свидетельствует либо о выраженной гиповолемии, либо о возможном развитии почечной недостаточности.

Состояние свертывающей и антисвертывающей систем и их соотношение определяется по коагулограмме. Если это исследование в период предоперационной подготовки по каким-либо причинам невозможно, достаточно выполнить определение свертывания крови по Ли-Уайту.

Нередко признаки дыхательной недостаточности у больных с перитонитом заставляют врача прибегнуть к выполнению обзорной рентгеноскопии или рентгенографии грудной клетки и легких, при которых могут быть выявлены патологические изменения в легких и плевральной полости, обусловленные как сопутствующей патологией, так и основным заболеванием, повлекшим перитонит (например плеврит при панкреонекрозе).

Основываясь на многоплановых нарушениях в организме больных с перитонитом, лечебно-корректирующую терапию в предоперационном периоде можно представить в виде схемы, в которой отражены основные элементы терапии по степени их значимости:

1. Борьба с болевым синдромом;
2. Декомпрессия желудка и по возможности толстой кишки;
3. Устранение метаболического ацидоза, коррекция нарушений метаболического ацидоза;
4. Коррекция нарушений сердечно-сосудистой деятельности;
5. Коррекция водно-электролитного баланса;
6. Устранение нарушений микроциркуляции;
7. Коррекция белковых расстройств;
8. Антибактериальная терапия;
9. Терапия, направленная на улучшение функции паренхиматозных органов (печени, почек);
10. Антиферментная терапия;
11. Непосредственная медикаментозная подготовка перед операцией (премедикация).

Борьба с болевым синдромом после установления диагноза перитонита предусматривает внутримышечное введение ненаркотических или наркотических анальгетиков, спазмолитиков.

Декомпрессия желудка осуществляется аспирацией его содержимого через толстый зонд с его промыванием. При отсутствии воспалительных и деструктивных процессов в толстой кишке больному должна быть выполнена очистительная клизма.

Антибактериальная терапия проводится с первых часов поступления больного в стационар и предусматривает внутримышечное и внутривенное введение максимальных доз антибиотиков широкого спектра действия, препаратов группы метронидозола.

Устранение метаболического ацидоза, нарушений микроциркуляции, коррекция расстройств сердечно-сосудистой деятельности,

водноэлектролитного баланса, белковых расстройств проводится посредством основной составляющей предоперационной подготовки – вливаний белковых, реологически-активных, солевых растворов, а также препаратов крови. Необходимость этих мер обусловлена также нарастающей гиповолемией в результате транссудации жидкости в просвет кишечника и экссудации в брюшную полость, потерей ее в так называемое «третье пространство». В результате у больного развивается внеклеточная дегидратация. В просвет кишечника почти в полном составе выходит плазма, включая ее белковые фракции. Процессы обратного всасывания из-за нарушения микроциркуляции в кишечной стенке прекращаются. Потери жидкости, белка и электролитов могут достигать критических величин.

Для проведения инфузионной терапии, особенно с учетом необходимости длительного введения инфузионных сред в послеоперационном периоде следует канюлировать центральную (подключичную) вену. Объем инфузии в предоперационном периоде колеблется в пределах от 1,5 до 2,5 литров и включает в себя полиглюкин, реополиглюкин, альбумин, плазму, полиионные растворы, 5%- и 20%-ные растворы глюкозы с инсулином, витамины группы В и С, кокарбоксылазу, панангин, сердечные гликозиды. Следует отметить, что внутривенные вливания при перитоните необходимо проводить медленно, капельно под контролем ЦВД.

Антиферментная терапия осуществляется посредством внутривенного введения ингибиторов протеаз (контрикал, трасилол), которые не только снижают протеолитическую активность плазмы, гиперферментемию, но и тормозят кининообразование, снижают образование катехоламинов и активность калликреиновой системы, уменьшают повышенную проницаемость капилляров.

Последним этапом предоперационной подготовки больных с перитонитом является премедикация как подготовка к проведению наркоза. С этой целью используют препараты трех групп: транквилизаторы, анальгетики и парасимпатолитики. Транквилизаторы усиливают действие анальгетиков, блокируют вагусные реакции, уменьшают секрецию желез и явления бронхоспазма. В то же время они влияют на сосудистый тонус и функцию печени, не угнетают дыхания. Анальгетики снижают рефлекторный ответ на оперативную травму.

Парасимпатолитики (атропин) считаются обязательным компонентом премедикации, так как тормозят секрецию желез, расширяют бронхи и предупреждают вагусный бронхоспазм. Вместе с тем они несколько усиливают тахикардию. Таким образом, завершая главу, следует отметить, что в силу выраженных обменных нарушений, а нередко суб- или декомпенсации жизненно важных функций организма, все больные с перитонитом подлежат предоперационной подготовке. Ее характер, интенсивность и длительность определяются распространенностью процесса, его стадией и степенью выраженности интоксикации. Как

правило, в зависимости от перечисленных выше факторов продолжительность предоперационной подготовки составляет от 2 до 4 часов. За этот промежуток времени хирургу, анестезиологу-реаниматологу предстоит решить не только комплекс сложных диагностических задач, но и провести интенсивную медикаментозную терапию. От тщательности проведения этих мер во многом зависит исход лечения больного.

Хирургическая операция — центральное звено лечебной программы при всех формах перитонита. Она должна включать мероприятия определяемые особенностями реакции организма на воспалительный процесс, а также наличием сопутствующих заболеваний. При тяжелом перитонеальном сепсисе, особенно СШ, реализация строгой системы последовательных, рассчитанных по времени лечебных мероприятий начинается в отделении интенсивной терапии и продолжается в ходе анестезиологического обеспечения, оперативного вмешательства, а затем — в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка начинается сразу после установления диагноза и завершается в операционной, последовательно переходя в анестезиологическое обеспечение операции. Оперативное вмешательство по поводу распространенного перитонита всегда выполняется под многокомпонентной общей анестезией с искусственной вентиляцией легких.

Оперативное вмешательство при распространенном перитоните предусматривает выполнение следующих основных задач:

- устранение источника перитонита;
- интраоперационную санацию и рациональное дренирование брюшной полости;
- дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома кишечной недостаточности;
- завершение первичной операции, выбор дальнейшей тактики ведения больного.

Наиболее рациональный доступ при распространенном перитоните — срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости.

После вскрытия брюшной полости по возможности полно удаляется патологическое содержимое: гной, кровь, желчь, каловые массы и т. д. Наиболее полноценно и менее травматично это можно выполнить с помощью электрического отсоса, снабженного специальным наконечником, предотвращающим присасывание петель кишечника и большого сальника. Особое внимание обращается на места скопления экссудата: поддиафрагмальные пространства, боковые каналы, полость малого таза.

Следующий этап — последовательная ревизия органов брюшной полости с целью выявления источника или источников перитонита. При условии стабильной гемодинамики больному этому этапу может предшествовать введение в корень брыжейки тонкой кишки и под париетальную брюшину 150—200 мл 0,25% раствора новокаина. Однако, если учесть, что в условиях перитонита гидравлическая травма брыжейки и инфицирование ее ткани нежелательно, а также высокую резорбтивную активность брюшины, того же эффекта можно достичь простым введением 300—400 мл 0,5% раствора новокаина в брюшную полость.

Устранение источника (или нескольких источников) перитонита — наиболее ответственный этап вмешательства. Устранение источника перитонита производится радикальным способом, но соизмеряя объем вмешательства с функциональными возможностями больного. При невозможности радикального удаления источника инфицирования брюшной полости пораженный орган выводится внебрюшинно или отграничивается марлевыми тампонами от свободной брюшной полости. Тампоны при этом стимулируют отграничительный спаечный процесс. Использование тампонов с дренирующей целью неэффективно.

Особое внимание при распространенном перитоните уделяется определению показаний к резекции полых органов живота и адекватному выбору объема резекции.

Не вызывает сомнения факт, что наложение швов и анастомозов полых органов в условиях некупированного воспаления брюшины или нарушения мезентериального кровообращения сопровождается повышенным риском их несостоятельности.

С этой целью применяют варианты отсроченного внутри- или внебрюшинного анастомозирования. При этом на первой операции выполняют обструктивную резекцию с обязательной зондовой декомпрессией проксимального участка кишки, предпочтительнее использовать двухпросветный зонд, обеспечивающий возможность активной аспирации химуса и, следовательно, гарантированной декомпрессии кишечника.

Сроки выполнения реконструктивного этапа устанавливаются при последующих ревизиях брюшной полости. Определяющие критерии — регрессия перитонита, восстановление жизнеспособности кишки, а также стабилизация состояния больного. После выполнения анастомоза энтеральный зонд проводят в отводящую петлю, зона швов дополнительно укрывается большим салыником. Как правило, выполняют двухрядный анастомоз бок-в-бок или однорядный внутриузловыми швами.

Анастомозирование конец-в-конец в экстренной абдоминальной хирургии следует использовать только в случаях гарантированного кровоснабжения зоны соустья и отсутствия инфильтрации стенки кишки.

При отказе от этапного лечения выполнение анастомоза может быть отложено до полного устранения перитонита. Концы пересеченной кишки выводятся рядом на брюшную стенку через отдельный разрез в виде полных свищей. Следует заметить, что такая тактика не может быть рекомендована в качестве наиболее рациональной при расположении зоны резекции вблизи связки Трейца. В этом случае риск несостоятельности анастомоза конкурирует с риском искусственного создания высокого тонкокишечного свища с его опасными функциональными последствиями, особенно для тяжелообольного. Поэтому дилемма решается чаще в пользу анастомоза.

Вопрос о наложении первичного анастомоза после резекции правой половины ободочной кишки в условиях распространенного перитонита решается индивидуально в зависимости от выраженности воспаления брюшины и сроков его развития. Резекцию левой половины ободочной кишки при перитоните правильнее завершать наложением одноствольной колостомии с ушиванием периферического отрезка кишки по типу операции Гартмана. Важным элементом такого вмешательства является дивульсия наружного сфинктера прямой кишки с целью декомпрессии отключенного отдела толстой кишки и предотвращения несостоятельности швов на ушитом ее конце.

Следующий этап операции — санация брюшной полости. Санация состоит в дополнительной ревизии после устранения источника инфекции и тщательном удалении экссудата и патологического содержимого из брюшной полости, а при распространении процесса на все ее отделы наилучшим методом интраоперационной санации является многократное промывание брюшной полости осмосбалансированными кристаллоидными солевыми растворами. Используются обычно физиологический раствор или — при условии стабильной гемодинамики и отсутствии непереносимости — 0,5% раствор новокаина. Последний дополнительно обеспечивает обезболивающий, противовоспалительный эффект, служит средством разрешения пареза кишечника (аналог и альтернатива новокаиновой блокады корня брыжейки). Промывание осуществляют щадящим способом, без эвентрации кишечных петель. Подогретый до температуры 35—38 °С раствор заливают в брюшную полость в таком количестве, чтобы петли кишок плавали в нем.

Промывание повторяется до «чистой воды». Твердые частицы кишечного содержимого и фибринозные наложения удаляются пинцетом или влажным тупфером без повреждения висцеральной брюшины. Плотные фиксированные к висцеральной брюшине сгустки фибрина удалять не следует.

После промывания брюшной полости раствор удаляется с помощью электроотсоса. Для санации брюшной полости обычно используется от 4 до 8 л раствора. Поскольку главной целью санации является чисто механическое удаление токсинов и бактерий, мы не используем других

промывных средств, считая применение антибиотиков или антисептиков в условиях системной антибактериальной терапии нецелесообразным по следующим причинам:

- краткосрочность экспозиции;
- высокий риск проявления местного и общего токсического эффекта;
- нарушение антибактериального действия препаратов в условиях воспаления брюшины.

После санации брюшной полости определяются показания к дренированию тонкой кишки. Оно показано при выраженных признаках паралитической непроходимости кишечника. Выявление во время операций резко растянутых содержимым петель тонкой кишки с дряблыми синюшными стенками, покрытыми фибрином, с темными пятнами субсерозных кровоизлияний следует считать основанием для ее дренирования.

Необходимость дренирования брюшной полости сегодня является аксиомой хирургии перитонита. Количество и качество дренажей определяется распространенностью и характером перитонита и, что немаловажно, традициями конкретной хирургической клиники. Как правило, операцию завершают дренированием брюшной полости одно- или двухпросветными силиконовыми трубками, устанавливаемыми по стандартной технике к зоне источника перитонита и во все отлогие места брюшной полости. Дренажи используют для активной или пассивной эвакуации экссудата или санации брюшной полости в межоперативном периоде. В случаях гнойно-некротического поражения забрюшинного пространства или при панкреатогенном перитоните высокоэффективно использование дренажей Пенроза.