

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития» Кафедра общей хирургии проф.им. М.И. Гульмана

Заведующий кафедры: д.м.н. проф. Винник Юрий Семенович

РЕФЕРАТ Тема: Перитонит

Выполнил: Врач-ординатор Борисов Г.В.

Красноярск 2020 г.

## **План**

Введение

1. Разлитой (диффузный) перитонит
2. Местный и отграниченный перитонит
3. Поддиафрагмальный абсцесс

Литература

## **Введение**

**ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ** – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с нарушением функции жизненно важных органов и систем. Перитонит может быть первичным и вторичным. Идиопатический перитонит обусловлен первичным поражением брюшины микроорганизмами, проникающими гематогенным или лимфогенным путем, а также через маточные трубы (встречается редко – около 1%). В подавляющем большинстве случаев перитонит развивается вторично при гнойных заболеваниях и прободении полых органов брюшной полости, при травматических повреждениях живота, после внутрибрюшинных операций, при переходе на брюшину воспалительного процесса из соседних и отдаленных областей, при септических заболеваниях.

Острый перитонит характеризуется развитием интоксикации, которая на начальном этапе патологического процесса связана с циркуляцией в крови биологически активных веществ (реактивная фаза), а на поздних – с циркуляцией экзо – и эндотоксинов (токсическая фаза) и поражением центральной нервной системы (терминальная фаза). Перитонит может быть: 1) местным, 2) ограниченным, или осумкованным (осумкование возникает вследствие послевоспалительного сращения брюшных органов, сальника и париетальной брюшины), 3) разлитым (диффузным). Наиболее частой причиной развития острого перитонита является аппендицит.

## 1. Разлитой (диффузный) перитонит

При гнойных заболеваниях органов брюшной полости разлитой перитонит обычно развивается постепенно из местного. При прободном, гематогенном, а также при пневмококковом перитоните поражение брюшины часто с самого начала становится диффузным.

Поскольку перитонит чаще развивается вторично, его клиническая картина многообразна и обычно наслаивается на симптомы первичного заболевания. Больные обычно жалуются на боль, которая бывает наиболее резкой в начальной фазе прободного перитонита. Хотя при диффузном перитоните боль распространяется на весь живот, интенсивность ее длительное время остается наиболее высокой в зоне первичного патологического очага.

По мере нарастания интоксикации боль часто затихает. Слабее всего боль выражена при стремительно развившихся септических перитонитах. Наряду с болью, как правило, отмечаются тошнота и рвота. Вначале рвота бывает обычным желудочным содержимым, затем – тонкокишечным (рвота желчью, часто с гнилостным запахом). Постепенно рвота учащается и при гнойном разлитом перитоните нередко становится изнуряющей, приводящей к обезвоживанию. Прием жидкости и пищи практически невозможен, несмотря на наличие мучительной жажды. В постели больной обычно не пытается менять положение, так как каждое движение усиливает боль. Многие принимают позу с приведенными к животу бедрами (особенно при прободном перитоните). В самом начале заболевания отмечается беспокойность своим состоянием, позже может появиться заторможенность. При дальнейшем нарастании интоксикации возникает эйфория, являющаяся плохим прогностическим признаком. Боль при тяжелой интоксикации уменьшается, что может создать ошибочное впечатление об улучшении состояния больного. В этом периоде заболевания

нередко развиваются интоксикационные психозы. Однако в подавляющем большинстве случаев сознание сохраняется до наступления агонии.

Внешний вид больного свидетельствует о тяжелой интоксикации и обезвоживании. Черты лица заостряются, появляется бледность с сероватым и цианотичным оттенком, губы сухие, запекшиеся, на лице и конечностях выступает холодный пот. В тяжелых случаях может появиться желтушность, свидетельствующая о токсическом поражении печени или гемолизе.

Пульс учащен (100–120–140 в 1 мин). АД по мере нарастания интоксикации падает. В терминальной фазе развивается тяжелый коллапс, из которого больного почти невозможно вывести. Температура повышается в начале заболевания до 38–39С, но параллельно ухудшению состояния больного температура может снижаться. В терминальном периоде болезни она нередко оказывается ниже 36С. Характерно, что при нарастающей тахикардии чаще всего нет соответствия между температурой тела и частотой пульса. Озноб, возникающий при сравнительно невысокой температуре, свидетельствует об очень тяжелой интоксикации.

При пальпации живота отмечается болезненность во всех отделах, наиболее интенсивная – при надавливании на пупок. Симптом Щеткина-Блюмберга выражен также по всему животу. Напряжение мышц брюшной стенки, чрезвычайно характерное для перитонита, по мере ухудшения общего состояния больного может постепенно исчезать, при этом усиливается парез кишечника и желудка. При аускультации живота отмечается «гробовая тишина», но могут и прослушиваться проводные дыхательные шумы. Вздутие живота резко затрудняет дыхание, делает его грудным, а циркуляторные расстройства и нередко присоединяющаяся пневмония способствует нарастанию одышки. При наличии экссудата в брюшной полости определяется притупление перкуторного звука в отлогах местах живота.

Распознаванию перитонита помогают влагалищное и ректальное исследование, при которых выявляется болезненность, обусловленная вовлечением в воспалительный процесс брюшины малого таза.

Диагноз. При исследовании крови выявляются нарастающий лейкоцитоз – от 2010 о/л и выше, но чаще всего он оказывается в пределах от 910 /л до 1510 /л, резкий сдвиг формулы влево, увеличенная СОЭ. Тяжелый септический перитонит может вызвать угнетение лейкопоэза, что свидетельствует о крайне тяжелой форме болезни. Увеличение концентрации гемоглобина и гематокрита свидетельствует о сгущении крови и дегидратации. Для диффузного перитонита характерна нарастающая гипохромная анемия. В моче появляются белок, эритроциты, лейкоциты, зернистые цилиндры, уменьшается общее количество мочи. У стариков симптомы перитонита часто оказываются слабо выраженными, а их прогрессирование замедленным. У детей, наоборот, чаще отмечается бурное развитие перитонита. Отграничение воспалительного процесса ворюшной полости у них происходит значительно реже, чем у взрослых.

В неясных случаях диагностике в стационаре могут помочь рентгенологическое исследование и лапароскопия.

Перитонит на фоне лечения антибиотиками может проявляться стертыми, нечеткими симптомами. В диагностике такого перитонита обычен следующий симптомокомплекс: нерезкая ноющая боль в животе, вздутие живота при наличии перистальтических шумов, легкая болезненность по всему животу при пальпации, выявление признаков наличия жидкости в брюшной полости, нарастание интоксикации (снижение аппетита, слабость, субфебрильная температура, тахикардия). Напряжение мышц живота и симптом Щеткина-Блюмберга чаще отсутствуют.

Пельвиоперитонит необходимо дифференцировать от аппендикулярного перитонита, так как тактика при них различна: при пельвиоперитоните – чаще консервативная, аппендикулярный перитонит требует экстренного оперативного вмешательства.

Псевдоперитонеальный синдром. При нижнедолевой пневмонии, базальном плеврите, инфаркте задней стенки левого желудочка сердца может возникнуть псевдоперитонеальный синдром, характеризующийся болью в верхней половине живота, болезненностью при пальпации, напряжением мышц брюшной стенки. У больных усиление боли отмечается, как правило, только при поверхностной пальпации, глубокая же пальпация бывает легко осуществимой.

У детей с нижнедолевой пневмонией и псевдоперитонеальным синдромом нагрузка на грудную клетку сбоку вызывает неприятные ощущения, но вместе с тем может приводить к временному исчезновению напряжения брюшных мышц.

Неотложная помощь и госпитализация. Больной с острым перитонитом и при малейшем подозрении на перитонит должен быть экстренно госпитализирован в хирургический стационар. Введение наркотиков и антибиотиков больным с подозрением на перитонит категорически противопоказано, так как это приводит к запоздалому установлению диагноза в стационаре. При транспортировке в стационар проводят поддерживающую терапию и местную гипотермию (пузырь со льдом на живот).

Общие принципы лечения перитонита: возможно раннее устранение очага инфекции посредством оперативного вмешательства или отграничения его с помощью адекватного дренирования; подавление инфекции в брюшной полости и вне ее с помощью антибактериальных препаратов и промывания; борьба с паралитической кишечной непроходимостью; коррекция нарушений водно-электролитного баланса, белкового обмена и кислотно-щелочного состояния с помощью инфузионной терапии; коррекция функционального состояния почек, печени, сердца и легких.

Гнойный перитонит является абсолютным показанием к операции, за исключением случаев с явными признаками начинающегося отграничения, осумкования процесса. При диффузном гнойном перитоните перед

операцией необходимо в течение 2–3 и провести интенсивное лечение, направленное на устранение болевого синдрома и водно-электролитных нарушений, обычно возникающих в этом случае.

## **2. Местный и отграниченный перитонит**

Местный перитонит является начальной стадией заболевания. Образование сращений вокруг очага воспаления приводит к развитию осумкованного перитонита с образованием гнойника. Наиболее часто отграниченный перитонит возникает при абсцессах, развивающихся в брюшной полости: периаппендикулярном абсцессе, абсцессе малого таза, межкишечных гнойниках (абсцессы Микулича), поддиафрагмальном абсцессе.

Симптомы местного перитонита: боль, локализованная соответственно патологическому очагу, который явился причиной перитонита, или в области затека экссудата, крови, желчи либо содержимого перфорированного органа; локальное напряжение мышц живота и резкая болезненность при пальпации в той же зоне; положительный симптом Щеткина-Блюмберга; признаки интоксикации.

Периаппендикулярный абсцесс обычно формируется из аппендикулярного инфильтрата.

При наличии определяемого в правой подвздошной области инфильтрата значительно повышается температура по вечерам, и выявляются характерные для нагноительного процесса изменения в периферической крови (нарастание СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево).

Абсцесс малого таза также чаще всего является осложнением деструктивного аппендицита. Диагностируют абсцесс посредством пальцевого исследования прямой кишки, на передней стенке которой появляется плотное болезненное нависание иногда с размягчением в центре.

У женщин обязательно влагалищное обследование (лучше ректовагинальное).

Межкишечные абсцессы, как правило, образуются вследствие перенесенного диффузного перитонита. Обычно клинически они проявляются рецидивом общих симптомов гнойного заболевания после наступившего улучшения.

Пальпаторно при достаточно большом гнойнике можно определить локальное уплотнение и болезненность в этой зоне. Симптомы раздражения брюшины чаще отсутствуют. Перкуторно определяется притупление.

### **3. Поддиафрагмальный абсцесс**

Наиболее частыми причинами развития его являются гастродуоденальные язвы, острый аппендицит и заболевания желчных путей. Распространение инфекции в поддиафрагмальное пространство идет контактным, лимфогенным и гематогенным путем. Чаще возникают правосторонние поддиафрагмальные абсцессы, несколько реже – левосторонние.

Двусторонние абсцессы наблюдаются редко. Клиническая картина поддиафрагмального абсцесса складывается из трех симптомокомплексов: 1) симптомы общего гнойного заболевания; 2) клинические признаки первичного заболевания, явившегося причиной образования гнойника: прободная гастродуоденальная язва (в том числе и прикрытая микроперфорация), острый аппендицит, острый холецистит, ранение грудной клетки и живота и т.п.; 3) местные симптомы поддиафрагмального абсцесса, которые у ряда больных развиваются постепенно, у других – остро. Это зависит от предшествовавшего состояния больного, вирулентности инфекции и применения антибиотиков.

При остром развитии клинической картины у больного появляется жгучая или колющая боль в области десятого-одиннадцатого межреберья с

иррадиацией в переднюю брюшную стенку, спину и подключичную область. При дыхании и движениях боль усиливается. В постели больной занимает возвышенное положение на спине, иногда с согнутой шеей и приведенными к животу ногами.

Часто появляется икота (раздражение диафрагмального нерва). Нередко беспокоят чувство стеснения в грудной клетке, мучительный сухой кашель, зависящий от присоединяющегося рективного плеврита. При осмотре на стороне поражения отмечается отставание в дыхательных экскурсиях грудной клетки.

Выявляются болезненность при надавливании на нижние ребра со стороны поражения и напряжения мышц в верхней части живота.

При правостороннем надпеченочном поддиафрагмальном абсцессе гнойник оттесняет печень кверху. Присоединяющийся выпотной реактивный плеврит проявляется соответствующими симптомами (вначале шум трения плевры, затем перкуторное притупление, отсутствие голосового дрожания с ослаблением или исчезновением дыхательных шумов и т.д.).

Окончательно диагноз подтверждается при рентгенологическом обследовании и пробной пункции.

Неотложная помощь и госпитализация. Больные с местным и ограниченным перитонитом подлежат экстренной госпитализации.

Консервативное лечение показано только при явных признаках ограничения процесса, когда операция может привести к распространению инфекции по брюшине.

При образовании гнойника показана операция. Наиболее хорошие результаты при ограниченных гнойниках брюшной полости удается получить при применении аспирационно-промывного метода лечения гнойных процессов.

## Литература

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПб, 1996 год