

Кафедра факультетской хирургии с
курсом урологии

Перитонит

Цель:

Довести до сведения будущих врачей этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику и лечение перитонита

План лекции

1. Анатомо-физиологические сведения о брюшине
2. Этиология
3. Патогенез
4. Классификации
5. Клиника
6. Диагностика
7. Лечение
8. Абдоминальный сепсис

Анатомия брюшины



Анатомия брюшины



Анатомия брюшины

Состоит из 6 слоев:

□ мезотелий

□ пограничная мембрана

□ 4 слоя эластических и коллагеновых волокон

Толщина серозной оболочки 0,2 мм

Общая площадь брюшинного покрова около 2 кв. метров

За сутки объем жидкости, протекающий через брюшную полость, около 70 литров

Анатомия брюшины

Кровоснабжение брюшины осуществляется из сосудов, кровоснабжающих соответствующий орган

Отток венозной крови идет в портальную и кавальную системы

Висцеральная брюшина имеет вегетативную иннервацию

Париетальная брюшина, за исключением брюшины полости таза, имеет и соматическую иннервацию

Функции брюшины

□ Экссудативно-резорбтивная

□ Защитно-барьерная (за счет мигрирующих и фиксированных макрофагов, циркулирующих иммуноглобулинов, неспецифических факторов защиты)

□ Перитонит – острое воспаление брюшины, имеющее клиническую картину самостоятельного заболевания и представляющее собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций с нарушением функционирования всех систем гомеостаза

Классификация перитонита

По характеру проникновения микрофлоры в брюшную полость:

а – первичный (инфекция попадает гематогенным, лимфогенным путем или через маточные трубы) – 1%

б – вторичный перитонит (обусловлен проникновением микрофлоры вследствие острых хирургических заболеваний или травм органов брюшной полости) – 99 %

в – третичный перитонит (персистирующая внутрибрюшная инфекция после операции по поводу вторичного перитонита с участием нозокомиальной микрофлоры)

Классификация перитонита

Вторичный перитонит:

Пинфекционно-воспалительный (острый аппендицит, острый холецистит, острая кишечная непроходимость и т.д.)

Пперфоративный перитонит (перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки и т.д.)

Птравматический перитонит (открытые и закрытые повреждения органов брюшной полости)

Ппослеоперационный перитонит (несостоятельность швов анастомоза, инфицирование во время операции)

Классификация перитонита

Вторичный перитонит:

Пмикробный (бактериальный)

Пасептический (кровь, желчь, желудочный сок, моча)

Пособые формы перитонита (канцероматозный, паразитарный, ревматоидный, грануломатозный)

Классификация перитонита

Бактериальный перитонит:

Пнеспецифический (микрофлора желудочно-кишечного тракта)

Пспецифический (гонококки, микобактерии туберкулеза, актиномикоз, сифилис)

Классификация перитонита

Заболевания, вызывающие вторичный бактериальный перитонит:

□ Острый аппендицит – 30-65%

□ Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 7-15%

□ Острый холецистит – 10-12%

□ Гинекологические заболевания – 3-12%

□ Кишечная непроходимость – 3-5%

□ Панкреатит – 1%

Классификация перитонита

По характеру экссудата:

- Серозно-фибринозный
- Фибринозно-гнойный
- Гнойный
- Каловый
- Желчный
- Геморрагический
- Химический

Классификация перитонита

По клиническому течению:

□ Острый

□ Хронический

□ Подострый

Классификация перитонита

По характеру поражения поверхности брюшины:

Оместный (ограниченный, неотграниченный) –
занимает одну анатомическую область
брюшной полости

Праспространенный (разлитой) – более 2
анатомических областей

Классификация перитонита

По фазам развития:

- Преактивная (первые 24 часа)
- Токсическая (24-72 часа)
- Терминальная (более 72 часов)

Клиника перитонита

Реактивная фаза (характеризуется процессом активации систем защиты организма):

- вынужденное положение
- тахикардия
- обложенный сухой язык
- мышечный дефанс
- болезненность
- положительные симптомы раздражения брюшины
- притупление в отлогих местах (ректальное и вагинальное исследование)
- гипертермия (симптом Ленандера)
- в конце фазы присоединяется парез кишечника

Клиника перитонита

Токсическая фаза (характеризуется развитие эндотоксического шока, полиорганной дисфункцией, летальность достигает 20%):
Нарушение функции почек, печени, легких

Клиника перитонита

Терминальная фаза (характеризуется развитием синдрома полиорганной недостаточности, летальность достигает 90%):

□ «лицо Гиппократа»

□ симптом «гробовой тишины»

□ живот вздут

□ пульс слабый

□ больной в сознании, адинамичен

□ взгляд устремлен в пространство, черты лица заострены

□ выраженная гипотония

Диагностика перитонита

Лабораторные тесты:

□ Общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево)

□ Объем средних молекул

□ Лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу

□ Мангеймский индекс

□ Оценка тяжести по шкалам Apache II, III, SAPS
SOFA

Диагностика перитонита

Инструментальные методы:

Плппароцентез

Плппароскопия

ПУЗИ

Побзорная рентгеноскопия брюшной полости

ПФГДС

Диагностика перитонита



Диагностика перитонита



Лечение перитонита

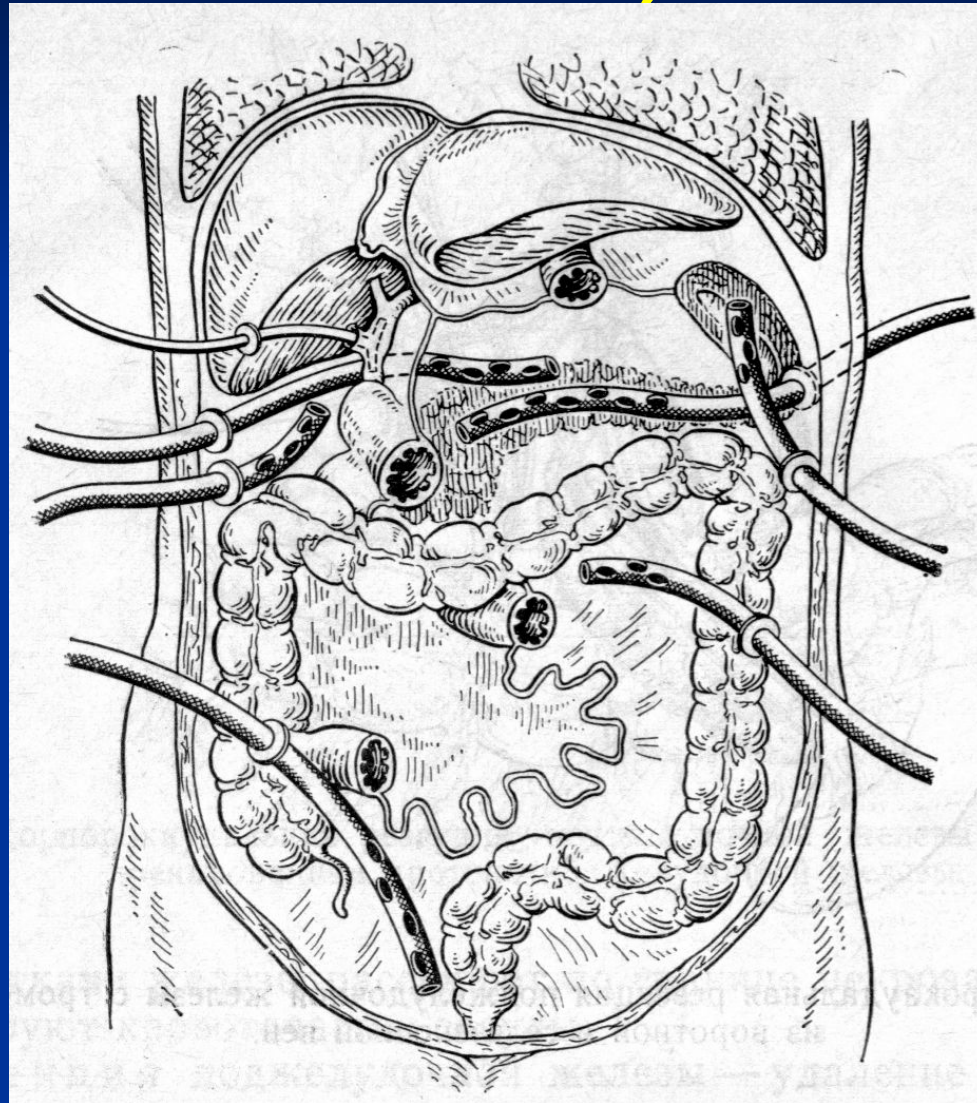
Перитонит является показанием к экстренной операции (после кратковременной предоперационной подготовки)

Лечение перитонита

Этапы оперативного пособия:

- Обезболивание – наркоз с применением миорелаксантов
- Доступ – широкая лапаротомия
- Ревизия органов брюшной полости с целью установления источника перитонита
- Устранение или изоляция источника перитонита
- Санация брюшной полости
- Новокаиновая блокада рефлексогенных зон
- Декомпрессия кишечника
- Дренирование брюшной полости
- Закрытие брюшной полости

Лечение перитонита (дренирование брюшной полости)

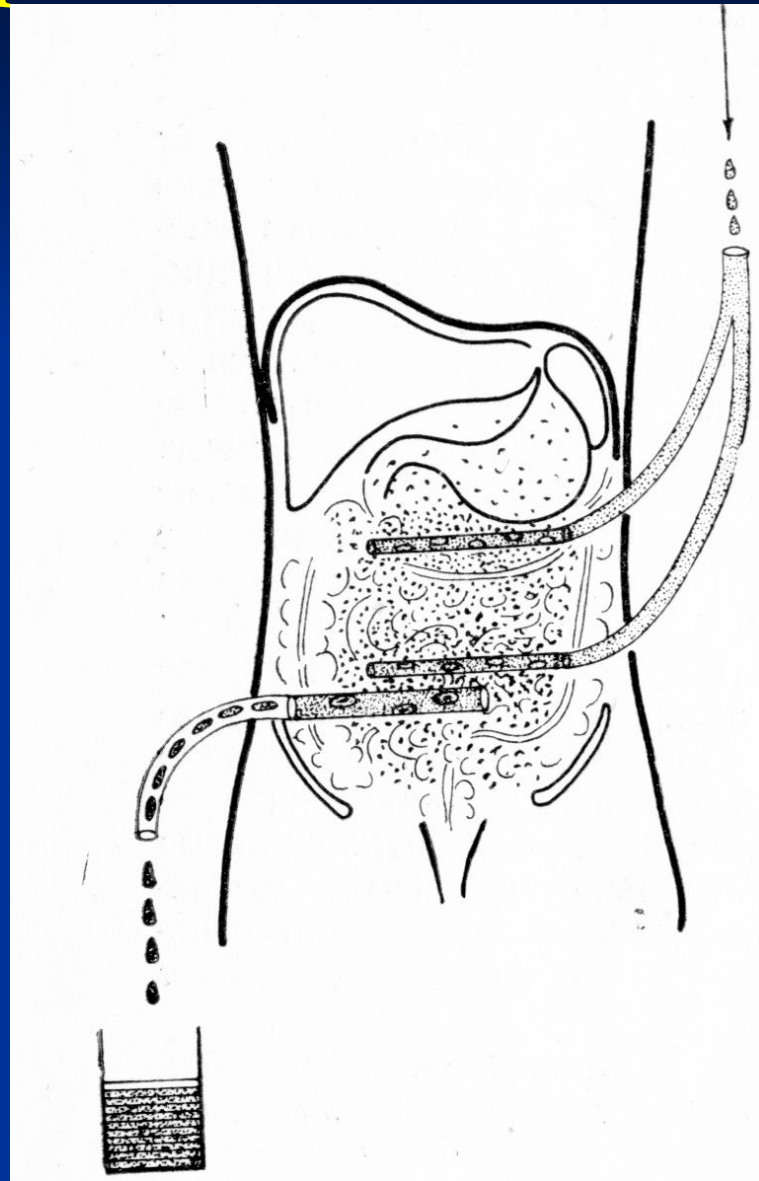


Лечение перитонита

Послеоперационное лечение больных с перитонитом:

- Возвышенное положение
- Парентеральное питание, раннее зондовое энтеральное питание
- Антибиотикотерапия
- Дезинтоксикационная терапия (перитонеальный диализ, экстракорпоральные методы детоксикации, энтеросорбция)
- Повышение защитных свойств организма (рондолейкин, антистафилококковый гамма-глобулин, гипериммунная плазма и т.д.)
- УФОК, лазеротерапия
- ГБО, стимуляция кишечника

Лечение перитонита (промывание брюшной полости)



Абдоминальный сепсис

- Абдоминальный сепсис – это проявление системной воспалительной реакции в ответ на микробную агрессию в брюшной полости (наличие очага инфекции)
- Частота сепсиса составляет 50-100 случаев на 100 000 населения
- Летальность снизилась за последние 50 лет лишь на 20% и сейчас составляет около 40%
- Прогнозируемая продолжительность жизни после перенесенного сепсиса в среднем 5 лет

Клинические признаки системной воспалительной реакции (ССВР)

- Температура тела более 38 С или менее 36 С
- Тахикардия более 90 ударов в минуту
- Тахипное более 20 в минуту
- Лейкоцитоз более 12000 /мм³ или лейкопения менее 4000 /мм³, либо более 10% незрелых форм белых кровяных телец

Классификация сепсиса

- Сепсис
- Тяжелый сепсис (сепсис + наличие синдрома полиорганной недостаточности)
- Инфекционно-токсический шок (тяжелый сепсис + неуправляемая артериальная гипотония ниже 90 мм рт. ст.)