



ПМФИ
Филиал ВолгГМУ

Пятигорский медико-
фармацевтический институт –
филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Повреждения и неотложные
хирургические заболевания
органов брюшной полости
часть 1

к.м.н. Калашников А.В.

"Острый живот" - собирательный термин, под которым выступает недиагностированное острое заболевание или повреждение органов брюшной полости, что проявляется симптомами раздражения брюшины и, или явлениями перитонита.

Все больные с клиникой "острого живота" подлежат госпитализации в хирургическое отделение.

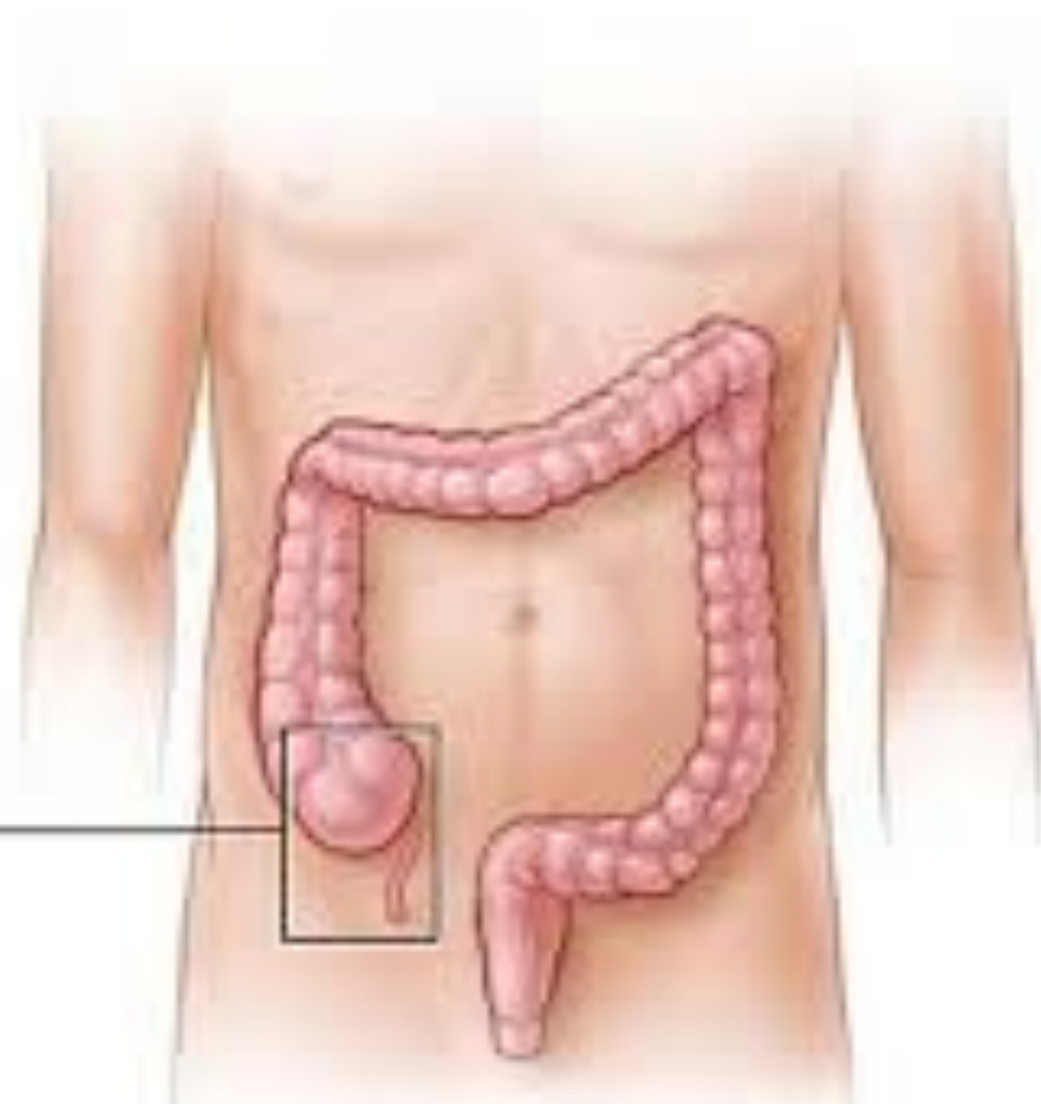


Острый живот

- Перфорация полого органа,
- кишечная непроходимость,
- острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый панкреатит, ЖКБ, перитонит),
- гинекологические заболевания,
- острые кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в брюшную полость,
- повреждения органов брюшной полости,
- острые нарушения мезентериального кровообращения.

Острый аппендицит

Аппенди́цит (лат. *appendicitis*) — воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности. Одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения.



Аппендицит проявляется в любом возрасте, чаще в молодом и среднем; женщины болеют чаще мужчин. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4—5 случаев на 1000 человек в год. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет до 49 %, занимая среди них первое место.

Морфологическая классификация видов острого аппендицита

Катаральный (простой);

Поверхностный;

Деструктивный:

флегмонозный,

апостематозный,

флегмонозно-язвенный,

гангренозный,

перфоративный

Клинико-морфологическая классификация аппендицита по В. И. Колесову (1972)

Острый аппендицит

Поверхностный (простой) аппендицит.

Деструктивный аппендицит:

флегмонозный (с перфорацией, без перфорации);

гангренозный (с перфорацией, без перфорации).

Осложнённый аппендицит (аппендикулярный инфильтрат, распространённый или тотальный перитонит, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, абсцессы печени, сепсис).

Хронический аппендицит

Первично-хронический;

Хронический рецидивирующий;

Резидуальный.

По расположению:

Классический

Ретроцекальный

Ретроперитонеальный

Боль в животе сначала в правой подвздошной области, нередко она имеет нелокализованный характер (боли «по всему животу»), через несколько часов боль мигрирует в правую подвздошную область — симптом «перемещения» или симптом Кохера (или Кохера-Волковича). Боли носят постоянный характер; интенсивность их, как правило, умеренная. По мере прогрессирования заболевания они несколько усиливаются, хотя может наблюдаться и их стихание за счет гибели нервного аппарата червеобразного отростка при гангренозном воспалении. Боли усиливаются при ходьбе, кашле, перемене положения тела в постели. Иррадиация при типичной форме аппендицита не наблюдается и характерна лишь для атипичных форм.

Симптом Кохера–Волковича — смещение болей спустя 2–3 ч от начала заболевания с подложечной области в правую подвздошную.

Симптом Щеткина–Блумберга — медленно и осторожно пальцами надавливают на переднюю брюшную стенку, а через 3–5 с быстро отнимают руку. Этим движением вызывается сотрясение брюшной стенки, и при наличии воспаления брюшины больной испытывает резкую боль.

Симптом Хедри–Раздольского — при перкуссии передней брюшной стенки возникает резкая боль в правом нижнем квадранте живота (очаг воспаления брюшины).

Симптом Ровзинга — появление болей в правой подвздошной области при выполнении толчков в левой подвздошной области в зоне нисходящей кишки. Сигмовидную кишку при этом придавливают кистью другой руки к задней стенке живота.

Симптом Ортнера–Ситковского–Отта — поворот больного со спины на левый бок вызывает усиление боли в правой подвздошной области, что связано со смещением слепой кишки и червеобразного отростка, натяжением воспаленной брюшины.

Симптом Бартомье — при пальпации слепой кишки в положении больного на левом боку болезненность в правой подвздошной области резко возрастает.

Симптом Образцова (псоас-симптом) — при пальпации (надавливании) правой подвздошной области в положении больного на спине боль резко усиливается при поднимании больным выпрямленной правой ноги.

Симптом Заттлера — больной сидя поднимает выпрямленную правую ногу. При остром аппендиците появляются боли в илеоцекальной области.

Симптом Доннелли — больной находится в положении лежа на спине, ноги подтянуты к животу. При разгибании правой ноги во время глубокой пальпации илеоцекальной области отмечается усиление боли. Признак ретроцекального аппендицита.

Симптом Воскресенского (симптом «рубашки», симптом скольжения) — проводя рукой от мечевидного отростка вдоль брюшной стенки через рубашку больного наблюдается усиление болей.

Симптом Яуре–Розанова — отмечается болезненность при надавливании пальцем в области правого поясничного (петитова) треугольника. Признак ретроцекального аппендицита.

Симптом Габая — при надавливании пальцами и затем быстром их отнимании боль в области правого поясничного треугольника усиливается. Признак ретроцекального аппендицита.

Симптом Краснобаева — резкое напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации.

Симптом Московского — расширение зрачка правого глаза говорит о наличии острого аппендицита.

При остром аппендиците наблюдаются неспецифические изменения анализов крови, характерные для воспалительной реакции как таковой: повышение числа лейкоцитов в крови, повышение скорости оседания эритроцитов, подъём С-реактивного белка после первых 12 часов, небольшое количество эритроцитов и лейкоцитов в моче («токсические изменения мочи»).

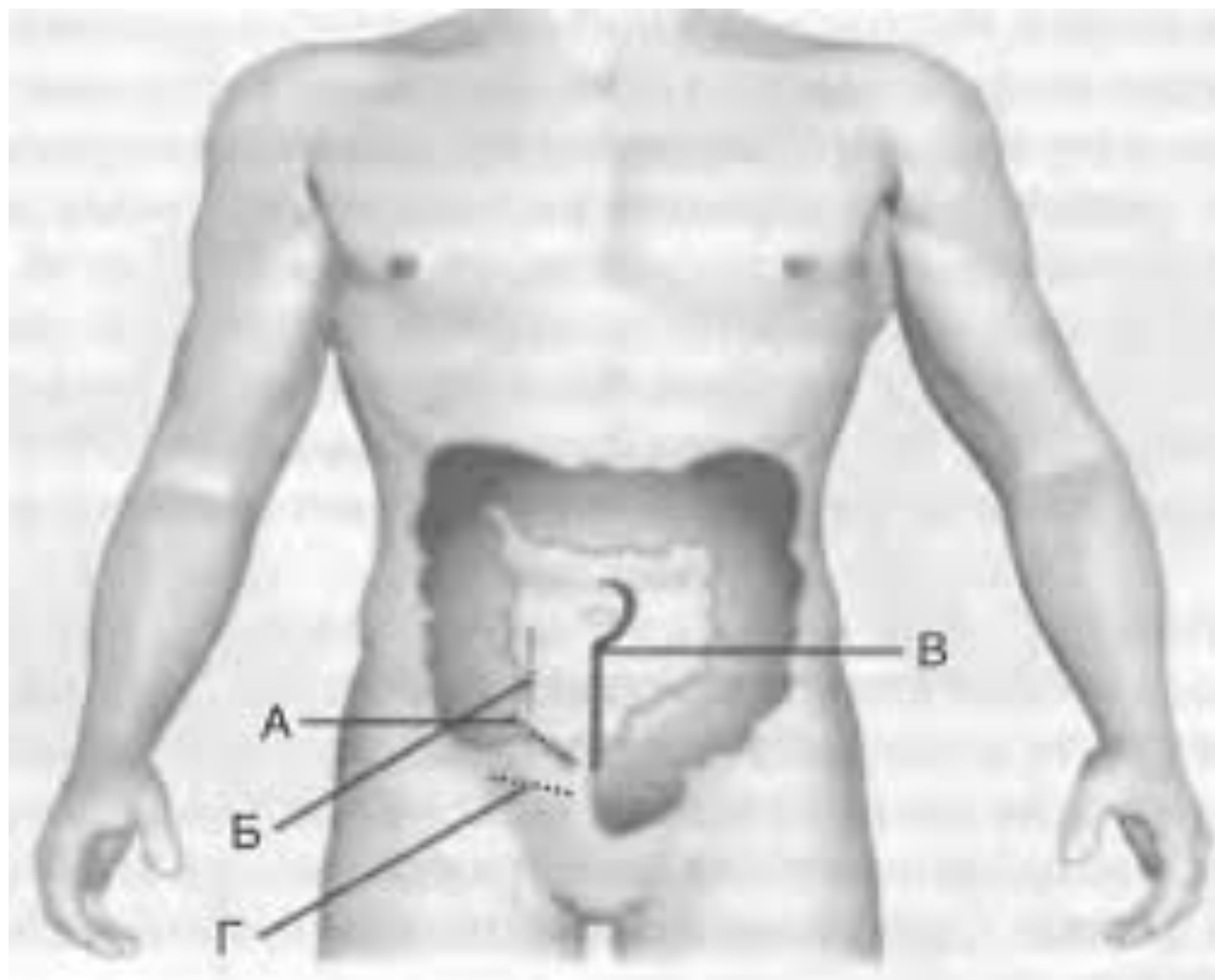
Значительное повышение числа лейкоцитов может свидетельствовать о перфорации.

УЗИ признаки: дилатация просвета (диаметр более 6 мм), отсутствие перистальтики, иногда может лоцироваться копролит. Ультразвуковое исследование должно быть первым инструментальным обследованием при подозрении на аппендицит

Наиболее частый эхопризнак острого аппендицита — наличие свободной жидкости в правой подвздошной ямке (то есть, вокруг отростка) и (или) в полости малого таза (наиболее отлогом месте брюшной полости) — симптомы местного перитонита.

Ультразвуковое исследование при остром аппендиците не всегда специфично. Для обнаружения червеобразного отростка требуются: наличие обтурации отростка, опыт и аппарат экспертного класса. При гангренозно-перфоративном аппендиците, содержимое отростка изливается в брюшную полость, дилатация исчезает, отросток может не лоцироваться. Вместе с тем, обязательно лоцируется свободная жидкость в брюшной полости.











Диагноз «острый аппендицит» — клинический (обычно его ставит врач-хирург, определяя показания к экстренной операции).

Точная морфологическая форма заболевания (катаральный, флегмонозный, гангренозный) выявляется только интраоперационно, во время диагностической лапароскопии или первом этапе лапаротомии (в отечественной традиции такой диагноз называется «Послеоперационный диагноз»).

Удалённый червеобразный отросток исследуется гистологически (обычно требуется 5-7 рабочих дней) для подтверждения и детализации интраоперационного диагноза.

Холецистит (греч. cholē, желчь + kýstis, пузырь) — воспаление желчного пузыря — одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни. Основные принципы развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря: наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушения оттока желчи.

Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. Второстепенное значение в развитии острого воспаления имеет нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря при атеросклерозе висцеральных ветвей брюшной аорты и повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе секрета поджелудочной железы в желчные протоки.

Острый холецистит среди острых хирургических заболеваний брюшной полости занимает второе место после аппендицита и составляет 12-15% от общего их количества. Женщины болеют в 5-7 раз чаще, чем мужчины. С возрастом эта разница уменьшается. Безкаменный холецистит встречается в 5-10% случаев.

Основные причины развития холецистита:

- алиментарный — нарушение ритма питания, злоупотребление жирным, жареным, спиртным;
- нервно-психический;
- иммунный;
- аллергический;
- гормональный;
- аномалии развития желчного пузыря;
- наличие очагов инфекции в организме;
- наследственный.

Механизмы формирования воспалительной реакции в стенке желчного пузыря:

- растяжение пузыря, повышение давления в полости желчного пузыря, нарушение кровоснабжения, приводящие к развитию ишемии (кислородному голоду) стенки желчного пузыря;
- повреждающее действие токсических веществ, содержащихся в желчи, перенасыщенной желчными кислотами, холестерином, лизолецитином);
- повреждающее действие бактериальных токсинов (опасных продуктов жизнедеятельности микробов);
- условно-патогенная микрофлора (*Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis*, *Klebsiella spp.*), которая высевается в 2,5 раза чаще, чем патогенная;
- патогенная микрофлора (шигеллы и сальмонеллы);
- вирусная инфекция (цитомегаловирус, энтеровирусы, вирусы гепатита В и С);
- паразитарные инфекции (лямблиоз, описторхоз, аскаридоз).

- А. Острый холецистит:
 - каменный;
 - бескаменный.
- Б. Хронический холецистит (каменный или бескаменный).
 - В том числе:
 - без нарушений основных функций желчного пузыря;
 - с нарушением концентрационной функции желчного пузыря;
 - с нарушением двигательной функции желчного пузыря;
 - нефункционирующий желчный пузырь (сморщенный, обызвествленный, временно отключенный).
 - Клинические проявления:
 - с преобладанием воспалительного процесса;
 - с преобладанием дискинезий: а) гиперкинетический, гипертонический с дистонией сфинктеров (с нормотонией сфинктеров); б) гипокинетический, гипотонический с дистонией сфинктеров (с нормотонией сфинктеров).
 - Характер течения:
 - рецидивирующий (часто, редко);
 - вялотекущий;
 - атипичное течение.
 - Фазы заболевания:
 - обострение;
 - затухающее обострение;
 - ремиссия.

- Клиническая картина острого холецистита проявляется следующими симптомами:
- Боль, которая локализуется чаще всего в правом подреберье, иногда — в эпигастрии, левом подреберье. Провоцируется боль погрешностями в диете (жареная, жирная, острая пища, алкоголь и др.), психо-эмоциональным напряжением, иррадирует (распространяется) под правую лопатку, в правый плечевой сустав, шею. Характер боли зависит от вида дискинезии желчевыводящих путей: при гипомоторной дискинезии наблюдается тупая, ноющая боль, при гипермоторной — острая, приступообразная (печеночная колика). Если развивается перихолецистит, боль становится длительной, провоцируется физическим напряжением.
- Диспепсические явления: горечь во рту, тошнота, чувство тяжести в эпигастрии, неустойчивый стул, метеоризм.
- Повышение температуры тела до субфебрильных цифр характерно для катарального холецистита, при гнойном холецистите и холангите наблюдается фебрильная (свыше 38 градусов) температура с подъемом в вечерние и ночные часы.

Симптом Ортнера — появление боли при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.

Симптом Лепене — резкая болезненность при поколачивании правого подреберья, особенно на высоте вдоха.

Симптом Пекарского — резкая болезненность при надавливании на мечевидный отросток.

Симптом Георгиевского–Мюсси (френикус-симптом) — болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Симптом Кера — определение при помощи пальпации и легкой перкуссии болезненности в области желчного пузыря во время вдоха.

Симптом Ионаша — повышенная болевая чувствительность при пальпации справа от остистых отростков шейных позвонков. Связан с раздражением окончаний затылочного нерва.

Симптом Захарьина — боль при пальпации в области проекции желчного пузыря (в точке пересечения латерального края правой прямой мышцы живота с реберной дугой).

Симптом Образцова — резкая боль при введении кисти руки в область правого подреберья при вдохе больного.

Симптом Мерфи — кисть левой руки положить так, чтобы большой палец поместился в области локализации желчного пузыря, а остальные пальцы этой руки — по краю реберной дуги. Глубокий вдох невозможен из-за острой боли в животе под большим пальцем.

Симптом Рисмана — при задержке больным дыхания на вдохе краем ладони поколачивают в области правого подреберья, и при воспалении желчного пузыря больной испытывает острую боль.

Симптом Г. Г. Караванова (симптом «кашлевого толчка») — при кашле возникает резкая боль в правой подреберной области, заставляющая больного рефлекторно отдернуть тело от руки исследующего.

Отставание правой половины брюшной стенки в верхних отделах в акте дыхания.

Симптом Спектора — смещение пупка вверх и вправо (связан с локальным напряжением мышц живота).

Симптом Курвуазье — пальпируется безболезненный увеличенный желчный пузырь на фоне развития механической желтухи. Признак, характерный для опухолевидного процесса в головке поджелудочной железы, фатером соске.

Симптом Федорова — при глубокой пальпации области желчного пузыря в горячей ванне, когда наступает значительное расслабление мускулатуры брюшной стенки, определяется крепитация камней в пузыре.

Холецистит

Желчный
пузырь

Желчный
проток

Общий
желчный
проток

12-перстная
кишка



Диагностика острого холецистита

Обязательные исследования: клинический анализ крови и мочи, определение уровня билирубина в крови, анализ мочи на диастазу, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ. Результаты этих исследований позволяют не только исключить другие острые заболевания, но и оценить тяжесть физического состояния больного, что важно при выборе метода лечения.





Холангиография. Рентгеноконтрастный краситель используется для улучшения проходимости рентгеновских лучей. Несколько камней находится в желчном пузыре.



- Все больные острым холециститом госпитализируются в хирургические отделения.
- Таким больным назначается постельный режим, голод, холод на правое подреберье.
- Для борьбы с болевым синдромом проводится: а) паранефральная блокада по А. В. Вишневым; вагосимпатическая блокада; блокада круглой связки печени по М.Д.Лорен-Енштейном; блокада брюшинного пространства по Л. Роману;
- б) назначаются анальгетики: р-р баралгина 5,0 мл в) м, в) в; р-р промедола 1-2% 1,0 п) к, в) в;
- в) спазмолитики - р-р атропина 0,1% 1,0 мл п) к, р-р эуфиллина 2,4% 5,0-10,0 мл в) в; г-н платифиллина 0,2% 1, 0-2,0 мл п) к, в) в; г-н папаверина 2% 2,0-4,0 мл в) м, в) в; г-н новокаина 0, 25-0,5% 150, 0-200 мл в) в; но-шпа 2,0 п) к, в) в; нитроглицерин, метацин.
- г) антигистаминные препараты – р-р димедрола 1% 1,0-2,0 п) ш, р-р супрастина 1,0-2,0 мл п) к, р-р пипольфена 2,5% 2,0 мл в) м.
- Проводится противовоспалительная терапия - антибиотикотерапия с учетом флоры и чувствительности.
- Назначается дезинтоксикационная терапия.

По характеру выбора хирургического вмешательства различают:

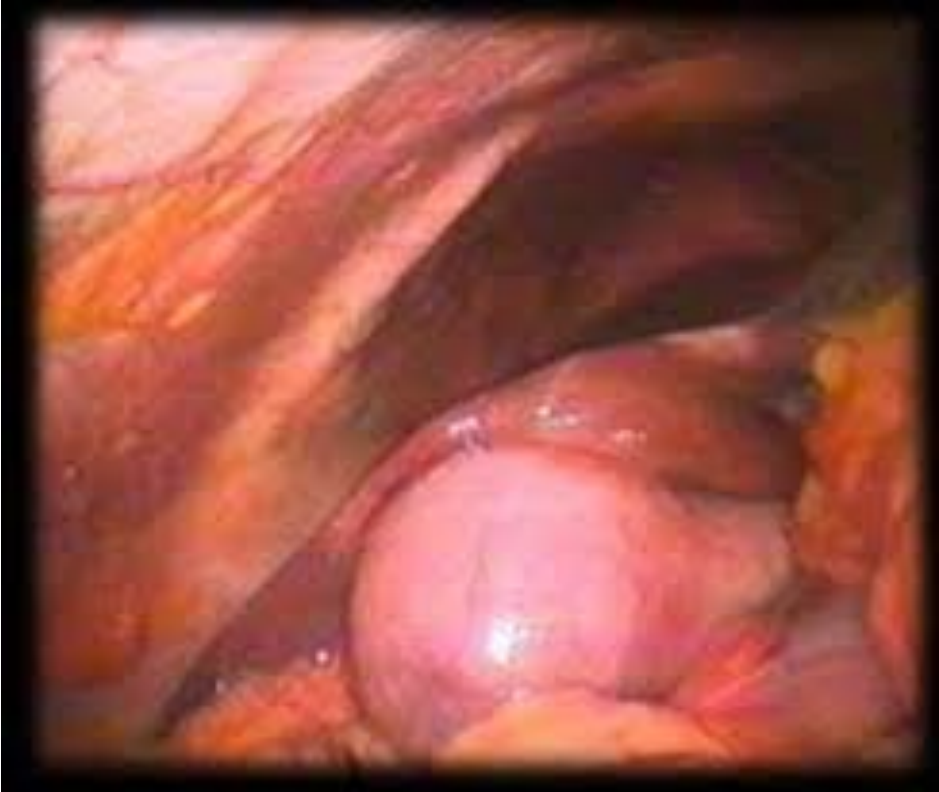
1. Вынужденные операции, которые проводятся по жизненным показаниям в течение 2-3 часов после поступления больного с холециститом осложненным перитонитом.

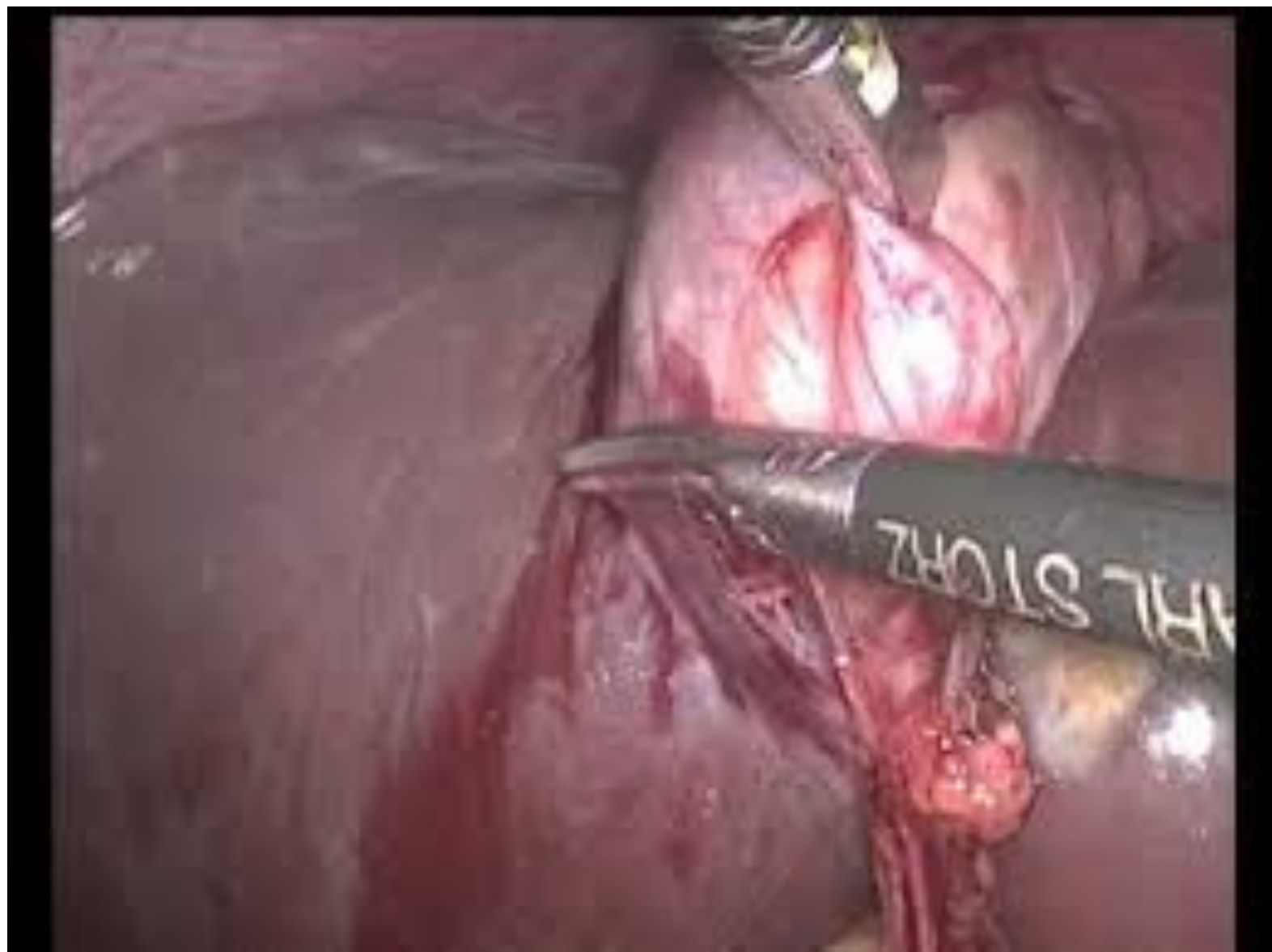
2. Срочные операции, проводимые через 24-72 часа при ухудшении состояния больного, нарастании клинических симптомов заболевания и при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

3. Отсроченные операции проводятся в плановом порядке через 7-14 дней после затихания явлений острого холецистита, нормализации температуры тела, лейкоцитоза.











Панкреатит (лат. pancreatitis, от др.-греч. *πάγκρεας* — поджелудочная железа + *-itis* — воспаление) — группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы. При воспалении поджелудочной железы ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать её (самопереваривание).

- 2007 г.— международная классификация панкреатита
- острый панкреатит
- острый рецидивирующий панкреатит
- хронический панкреатит
- обострение хронического панкреатита

По характеру поражения железы (объём поражения железы — размер участка некроза железы), различают:

Отечная форма (некроз единичных панкреатоцитов без образования островков некроза).

Деструктивная форма (панкреонекроз):

мелкоочаговый панкреонекроз;

среднеочаговый панкреонекроз;

крупноочаговый панкреонекроз;

тотально-субтотальный панкреонекроз.

- Классификация острого панкреатита (В. И. Филин 1979 г).
- Ферментативная фаза (3—5 суток).
- Реактивная фаза (6—14 суток).
- Фаза секвестрации (с 15-х суток).
- Фаза исходов (6 месяцев и более от начала заболевания).

Классификация (А.А. Шалимов и соавт, 1990)

1. По морфологическим изменениям.

1) Отечный панкреатит: а) серозный; б) серозно-геморрагический.

2. Некротический панкреатит: а) геморрагический; б) жировой; в) смешанный;

3. Гнойный панкреатит: а) первично-гнойный; б) вторично-гнойный; в) обострения хронического гнойного панкреатита.

2. По степени тяжести: 1) легкая, 2) средний, 3) тяжелой степени; 4) чрезвычайно тяжелый (молниеносный).

3. По клиническому течению: 1) регрессирующую, 2) прогрессирующую; 3) рецидивирующую.

4. По наличию осложнений: 1) местные осложнения, 2) внутрибрюшные осложнения, 3) осложнения со стороны других органов и систем.

Острый панкреатит - полиэтиологическое заболевание. Причину его развития удаётся чётко определить у 75-80% больных, у остальных она остаётся неустановленной.

Среди причин развития панкреатита выделяют три тесно взаимосвязанные группы повреждающих факторов:

механические (нарушение эвакуации панкреатического секрета по протоковой системе поджелудочной железы);
нейрогуморальные (нарушение иннервации, метаболических функций поджелудочной железы и печени различной этиологии);

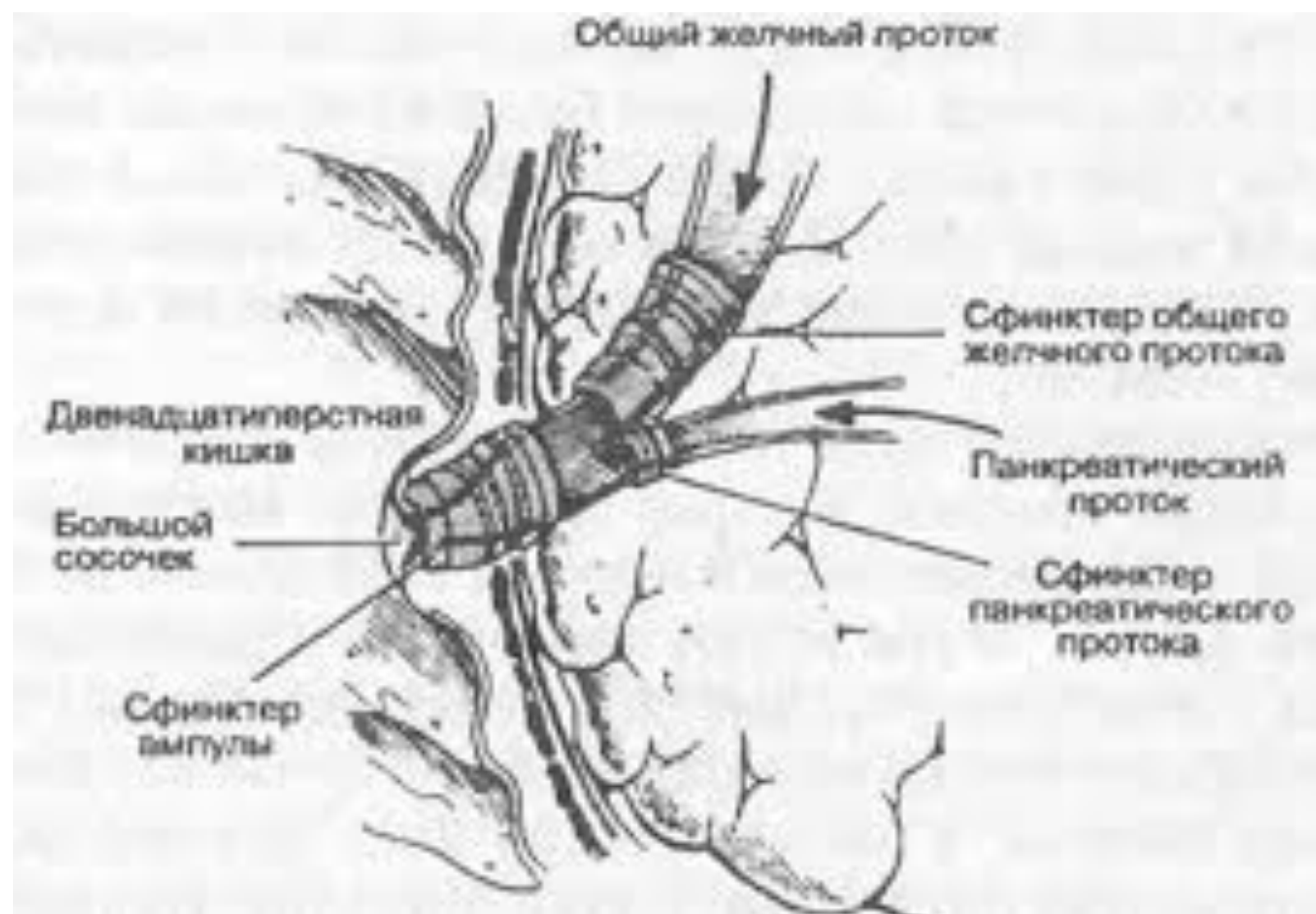
токсические (присутствие экзо- и эндогенных токсических метаболитов различной природы).

У 80% пациентов развитие заболевания связывают с патологией билиарной системы и приёмом алкоголя.

Основная причина развития острого панкреатита - заболевания внепечёночных жёлчных путей. Анатомическая и функциональная общность панкреатобилиарной системы обуславливает частое развитие панкреатита при ЖКБ, холедохолитиазе, стриктуре, спазме или воспалении большого сосочка двенадцатиперстной кишки, при сдавлении жёлчных протоков опухолью головки поджелудочной железы, склерозирующем холангите и дискинезии жёлчных путей различной природы. В этих условиях развивается билиарный панкреатит, ведущие факторы патогенеза которого: нарушение оттока панкреатического секрета по внепечёночным жёлчным путям и протоковой системе поджелудочной железы; билиарно-панкреатический или дуоденально-панкреатический рефлюкс; внутрипротоковая гипертензия.

У 35% больных острым панкреатитом причина его развития - хронический алкоголизм, алкогольный эксцесс или приём суррогатов алкоголя. Алкогольный панкреатит чаще бывает у мужчин. Основной механизм развития алкогольного панкреатита - нарушение дренажной функции панкреатических и жёлчных протоков, поскольку стимулированная алкоголем секреция приводит к увеличению вязкости панкреатического секрета и повышению внутрипротокового давления. С алкоголизмом связывают токсическое повреждение поджелудочной железы, изменение синтеза панкреатических ферментов и нарушение метаболической функции печени.





Как правило, болезнь начинается внезапно, после обильного приема жирной пищи или употребления алкоголя. Ведущий симптом острого панкреатита — очень сильная боль, сопровождающаяся чувством страха. Внезапно появившаяся боль в брюшной полости может привести к болевому шоку. Боль локализуется в подложечной области, распространяется в левое подреберье, нередко носит опоясывающий характер: у больного возникает ощущение стягивания живота «обручем» на уровне пупка. Характерна иррадиация болей в левое плечо, левую лопатку, спину, за грудину.

При поражении головки поджелудочной железы боль иррадиирует вправо, если процесс локализуется в теле и хвосте — влево, а когда воспаление охватывает всю железу, боль носит опоясывающий характер.

Почти одновременно с болью возникает многократная рвота, не приносящая облегчения. Рвотные массы могут иметь примесь желчи, изредка крови. Больные мечутся в постели, стонут, кричат от боли или находятся в полной неподвижности из-за боязни усиления болей.

Иногда острый панкреатит может протекать без болевого синдрома, при этом больные обычно заторможены или находятся в коматозном состоянии. Такое течение заболевания встречается у пожилых или у ослабленных больных.

Как правило, температура тела нормальная или пониженная. Кожные покровы бледные, может наблюдаться акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное. Пульс слабого наполнения и напряжения, частый. Несоответствие пульса и температуры (тахикардия при нормальной температуре тела). Тоны сердца глухие, АД снижено, возможен коллапс.

Язык сухой, обложен. В тяжелых случаях при осмотре живота отмечается цианоз области пупка. Живот несколько вздут в эпигастральной области в результате острой динамической кишечной непроходимости. При пальпации живота определяется резко выраженная болезненность в эпигастральной области и слева от пупка.

Характерно несоответствие между субъективно тяжелым состоянием больного и данными осмотра живота — несмотря на клинику «острого живота», напряжения мышц брюшной полости в начале заболевания, как правило, не наблюдается, и только впоследствии появляются симптомы раздражения брюшины. Стул в большинстве случаев отсутствует.

- Симптом Блисса — опоясывающая боль на уровне пупка.
- Симптом Воскресенского — отсутствие или ослабление пульсации брюшной аорты при пальпации надчревной области вследствие отека поджелудочной железы или инфильтрации вокруг нее.
- Симптом Мейо-Робсона — иррадиация болей в левый реберно-позвоночный угол.
- Симптом Керте — при пальпации живота отмечается болезненная резистентность в виде поперечного тяжа в надпупочной области.
- Симптом Лагерлофа — цианоз лица.
- Симптом Мондора — появление фиолетовых пятен на коже лица и туловища.
- Симптом Холстеда — появление синюшности передней брюшной стенки и мраморной кожи.
- Симптом Грея Турнера — на боковых кожных покровах живота отмечается слабосинюшная окраска и обширные кровоизлияния. Наблюдается при панкреонекрозе.
- Симптом Грюнвальда — петехии или экхимозы вокруг пупка.
- Симптом Каллена (симптом Куллена, Жостона) — отмечается желтовато-цианотичная окраска в области пупка.
- Симптом Девиса — экхимозы на ягодице и на уровне реберной дуги сзади. Наблюдается при панкреонекрозе.

Лабораторная и инструментальная диагностика:

ОАК,

Биохимические индикаторные (амилаза, трансаминазы) и патогенетические (липаза, трипсин) тесты. Активность амилазы в моче и крови при остром панкреатите резко повышается.

Повышение трансаминаз и билирубина являются диагностическими критериями непроходимости билиарного дерева.

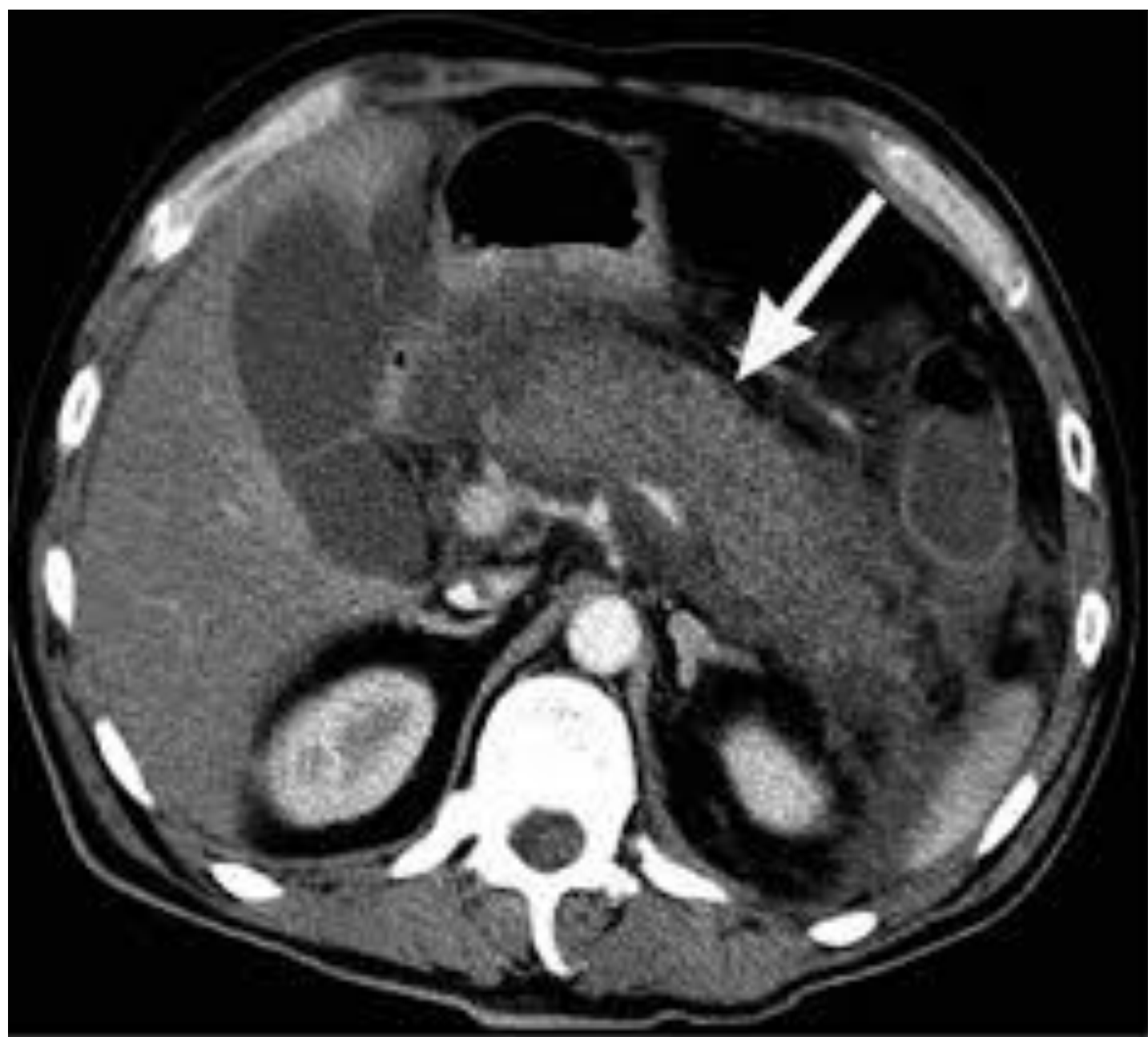
УЗИ: при ультразвуковом исследовании обнаруживают снижение эхогенности паренхимы железы, увеличение размеров и появление отсутствующего в норме просвета сальниковой сумки за счёт скопления в ней выпота в виде эхопрозрачной полосы между задней стенкой желудка и передней поверхностью железы.

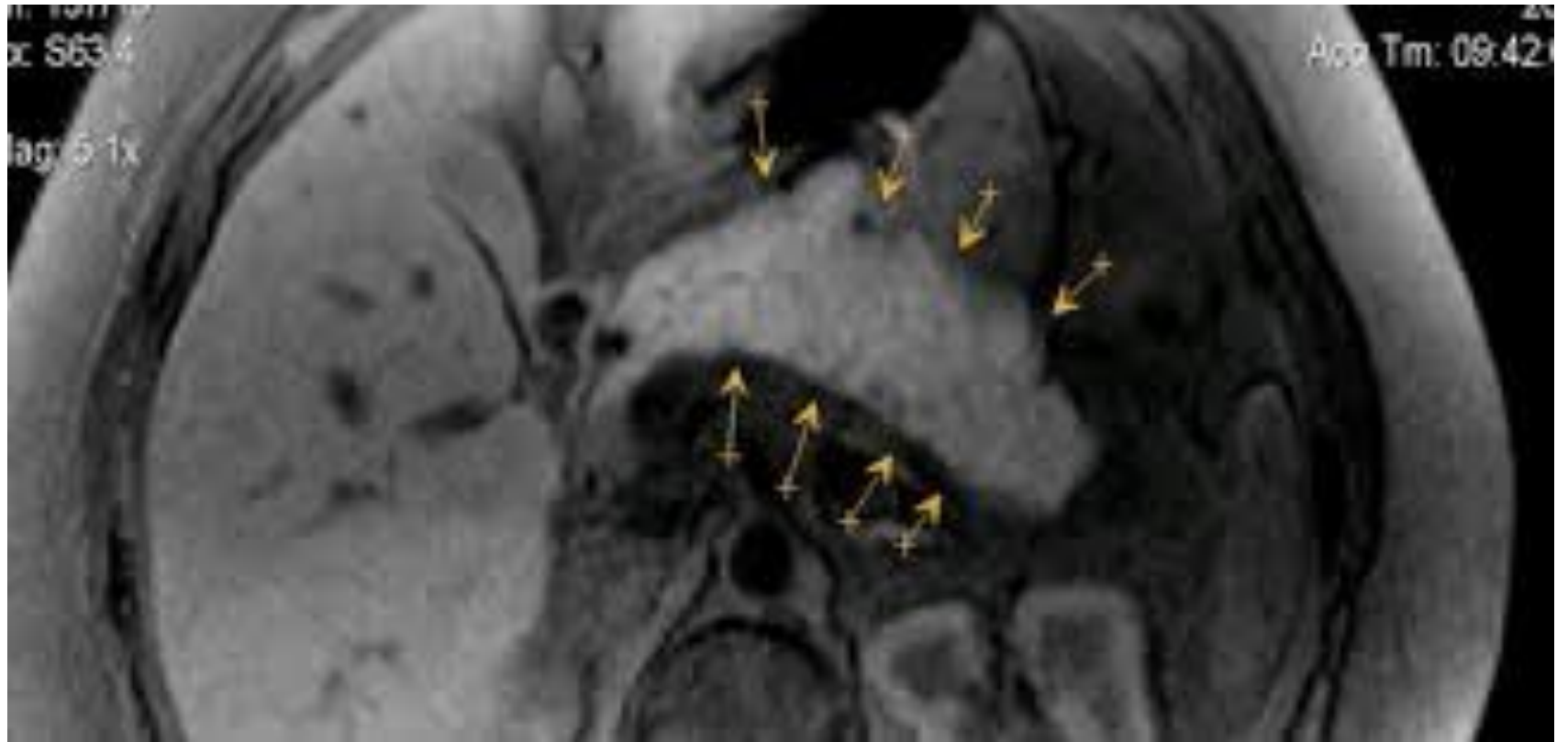
.



КТ имеет преимущество перед ультразвуковым исследованием, так как обеспечивает лучшую специфическую визуализацию ткани поджелудочной железы и ретроперитонеальных образований.

МРТ позволяет оценить уровень тканевого метаболизма, наличие ишемии, некроз панкреатоцитов. Это важно при оценке течения заболевания до развития тяжёлых состояний и осложнений.





Ангиография позволяет установить нарушения кровообращения в поджелудочной железе и окружающих тканях и органах. Эти данные позволяют определиться с прогнозом и тактикой хирургического вмешательства.

Однако в настоящее время в связи с появлением и усовершенствованием таких неинвазивных методик, как УЗИ, КТ и ЯМР, значимость ангиографии для диагностики острого панкреатита и других поражений поджелудочной железы в значительной мере утрачивается.

ЭГДС относится к дополнительным методам инструментального исследования острого панкреатита.



Лапароскопия позволяет уточнить форму и вид заболевания, диагностировать панкреатогенный перитонит, парапанкреатический инфильтрат, деструктивный холецистит (как сопутствующее заболевание) и найти показания к лапаротомии. При лапароскопии могут быть выявлены достоверные и косвенные признаки острого панкреатита.

К косвенным признакам отёчного панкреатита относятся: отёк малого сальника и печёчно-двенадцатиперстной связки, вздутие желудка кпереди, умеренная гиперемия висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости, небольшой серозный выпот в правом подпечёчном пространстве. Достоверным признаком жирового панкреонекроза являются очаги жирового некроза на париетальной и висцеральной брюшине, малом и большом сальнике.

Основным эндоскопическим симптомом геморрагического панкреонекроза является геморрагическая имбибиция большого сальника и брыжейки поперечной ободочной кишки, и наличие в брюшной полости выпота с геморрагическим оттенком.

Консервативное лечение начинается с обеспечения функционального покоя поджелудочной железы. Назначается голод, с помощью назогастроуденального зонда проводится постоянная декомпрессия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для борьбы с болевым синдромом назначаются анальгетики, спазмолитики и антигистаминные препараты; проводится паранефральную, парапанкреатические новокаиновая блокада; вводится 0,25% р-р новокаина 150-200 мл, в отдельных случаях проводится перидуральная блокада.

Для подавления желудочной секреции назначаются атропин, папаверин, платифиллин, сандостатин и др..

Для подавления панкреатической секреции используется желудочная гипотермия (с помощью специального зонда и холодной проточной воды); назначается антиферментные терапия (контрикал, тразизол, гордокс, панкреатическая рибонуклеаза) цитостатики (5-фторуцил, фторафур - 5% - 5 мг в течение 2-3 суток.

Коррекция водно-электролитного, белкового, углеводного и других обменов. Назначается дезинтоксикационная терапия (неокомпенсан, реосорбилакт, форсированный диурез и др.). При недостаточной дезинтоксикации проводится очистка крови с помощью лимфосорбции путем дренирования грудного лимфатического протока.

Антибактериальная и противовоспалительная терапия (антибиотики широкого спектра действия, индометацин, вольтарен и др.).

Для улучшения микроциркуляции в тканях и реологических свойств крови назначают реополиглюкин, реоглюман, гепарин, кальциопарин, фраксипарин.

Перитонит возникает вследствие воздействия инфекционных или химических раздражителей вследствие попадания в свободную брюшную полость желудочного содержимого (содержащего соляную кислоту), желчи, мочи, крови.

Наиболее частая причина бактериального перитонита — перфорация полого органа желудочно-кишечного тракта, вследствие которой в брюшную полость попадает желудочное или кишечное содержимое и микрофлора, то есть бактерии, которые обитают в просвете желудка/кишечника.

Перфорация полого органа может возникать вследствие:

разрыва червеобразного отростка (осложнение острого аппендицита)

прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

изъязвления лимфоидной бляшки при брюшном тифе

повреждения стенки кишечника инородным телом

перфорации дивертикула кишечника

некроза кишки при грыже

перерастяжения кишки при кишечной непроходимости

перфорации злокачественной опухоли

и других причин.

Кроме того, перитонит может возникать вследствие нагноения избыточной свободной жидкости в брюшной полости, образовавшейся вследствие пропотевания из-за повышения венозного давления (асцит), воспаления органов брюшной полости (например, при кишечной непроходимости, гинекологических заболеваниях), внутрибрюшного кровотечения (гемоперитонеум).

Согласно классификации Ю. М. Лопухина и В. С. Савельева, перитонит классифицируют по следующим признакам:

По клиническому течению:

острый;

хронический.

По характеру инфицирования:

первичный (инфицирование гематогенно или лимфогенно);

вторичный (инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний брюшной полости:

инфекционно-воспалительный перитонит;

перфоративный перитонит;

травматический перитонит;

послеоперационный перитонит.

третичный (у ослабленных пациентов перенесших тяжелые операции, травмы. С выраженным истощением механизмов противоинфекционной защиты)

По микробиологическим особенностям:

микробный (бактериальный);

асептический;

особые формы перитонита:

канцероматозный;

паразитарный;

ревматоидный;

гранулематозный.

По характеру экссудата:

серозный;

фибринозный;

гнойный;

геморрагический.

По характеру поражения брюшины:

по отграниченности:

отграниченный перитонит — абсцесс или инфильтрат;

неотграниченный — не имеет чётких границ и тенденций к отграничению.

по распространённости:

местный (отграниченный и неотграниченный) — занимает лишь один анатомический отдел брюшной полости;

распространённый — занимает 2—5 анатомических отделов брюшной полости;

общий (тотальный) — тотальное поражение брюшины — 6 и более отделов брюшной полости.

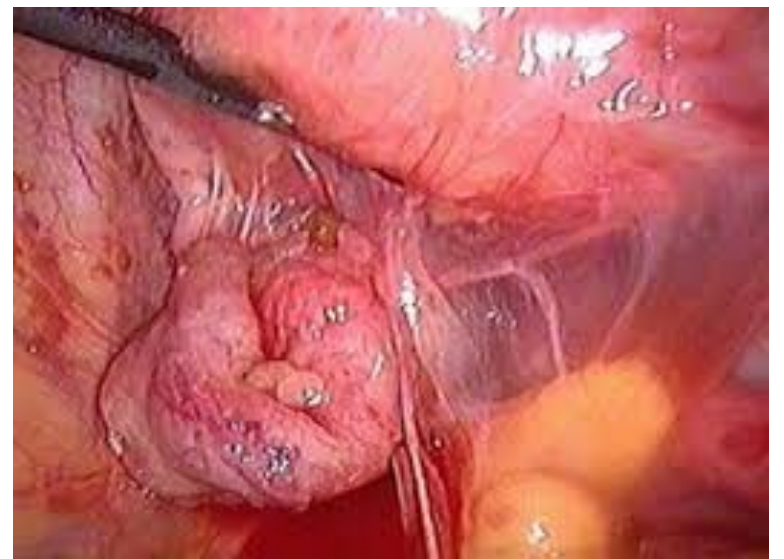
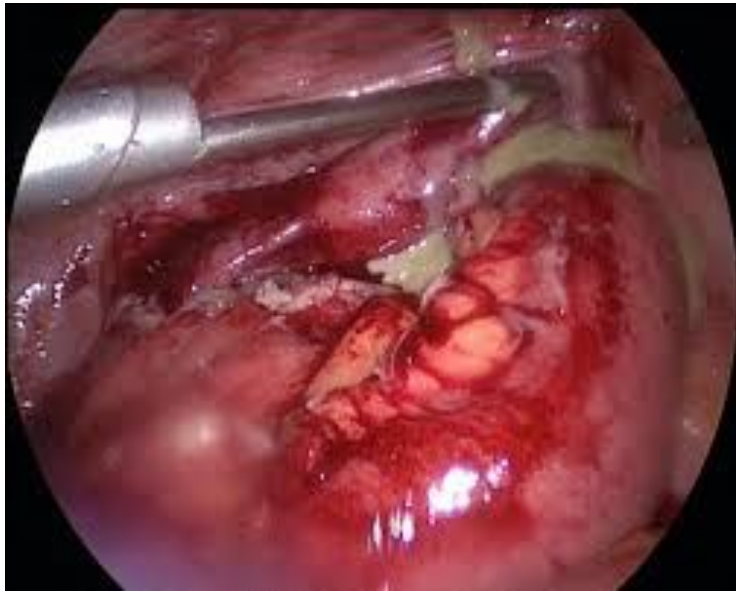
Развернутая классификация для клинициста является слишком громоздкой, поэтому в хирургии используется её сокращенный вариант — слова «острый», «вторичный» и «инфекционно-неспецифический» обычно опускают.

Стадии перитонита

1. Начальная (реактивная) - до 24 часов (при перфорации - 12 часов). В этой стадии проходит активная мобилизация защитных сил организма (экссудация, стимуляция иммунных сил, ограничение воспалительного процесса).
2. Токсическая (2-3 сутки, при перфоративной - 12-24 часа) В этой стадии снижается иммунная защита (падает фагоцитарная активность лейкоцитов).
3. Терминальная (позже 72 часов, после 3-4 суток, при перфоративных перитонитах - после 24 часа).
Центральное место занимают нарушения гемодинамики.

Всякий перитонит начинается с повреждения брюшины и инфекции, которые приводят к воспалению, экссудации, расширению сосудов, интоксикации. Неизменным компонентом перитонита является боль, которая приводит к выраженным изменениям в ЦНС и функциональных изменений в органах брюшной полости. Экссудация сопровождается выделением фибрина с образованием обширного спаечного процесса. Его интенсивность и выраженность зависит от микрофлоры - стрептококковые перитониты протекают с небольшим количеством экссудата, но сопровождаются выраженной интоксикацией и быстрым прогрессированием. Такие перитониты называют септическими, молниеносными. Экссудат приобретает своеобразный характер при желчных, перфоративным, панкреатических перитонитах, наличия кишечной палочки. Тяжело протекают мочевые перитониты.

Течение перитонита зависит от характера основного заболевания, скорости развития патологического процесса, его распространенности, возраста и др. В начальной фазе заболевания больные жалуются на сильную боль в животе, тошноту, рвоту, жажду, общую слабость. При осмотре кожные покровы бледные, язык сухой, обложен белым налетом, температура тела повышена, пульс ускорен. При пальпации живот болезненный, мышцы передней брюшной стенки напряжены, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника ослаблена. При ректальном исследовании отмечается резкая болезненность передней стенки прямой кишки, нависание переднего свода - вследствие скопления жидкости в малом тазу. Во второй фазе состояние больного ухудшается вследствие интоксикации. Нарастает общая слабость, усиливается тошнота. Возникает рвота кишечным застойным содержимым с неприятным запахом. Повышается температура тела до 39-40° С, нарастает тахикардия, снижается артериальное давление. При осмотре язык сухой (как щетка) покрыт белым налетом. Живот вздут, напряжение мышц брюшной стенки исчезает. При пальпации отмечается разлитая болезненность живота. При аускультации перистальтика кишечника не определяется. В этой фазе начинаются расстройства печени, почек. Появляются желтушность кожных покровов, уменьшается количество мочи. При лабораторном исследовании в крови определяется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (появление незрелых, юных и палочковидных лейкоцитов), в моче - белок, цилиндры, эритроциты. Если больному не оказана помощь, развивается третья стадия заболевания (терминальная, 3-4 день заболевания). Состояние больного ухудшается, наступает эйфория, он бредит, беспокойный. Черты лица заостряются, глаза западают, появляется страдальческое выражение лица. Язык сухой, покрыт коричневым налетом. Живот вздут, может быть не болезненным при пальпации. При перкуссии в боковых фланках живота определяется свободная жидкость. Пульс слабого наполнения, напряжения, частый. Артериальное давление снижается. Тяжесть и скорость развития клинической картины в большой степени зависит от микрофлоры. Так, при перфорации толстой кишки и инфицировании брюшной полости кишечной палочкой или анаэробной инфекцией заболевание протекает чрезвычайно тяжело и бурно. При достаточной реактивности организма, благодаря пластическим свойствам брюшины и сальника перитонит может ограничиться на определенном участке живота. Такой местный (ограниченный перитонит) протекает с менее выраженной интоксикацией и общими изменениями в организме. Течение местного перитонита более благоприятное, чем разлитого или общего.



Все больные с перитонитом направляются в хирургическое отделение. Категорически запрещается вводить таким больным наркотики, анальгетики, поскольку они затрудняют дальнейшую диагностику.

При наличии коллапса, токсического шока необходимо начинать реанимационные мероприятия до и во время транспортировки (реополиглюкин, раствор глюкозы, инсулин, витаминные препараты, гидрокортизон, строфантин, дыхание кислородом).

Лечение перитонита должно быть комплексным - включать корригирующую терапию и безотлагательное оперативное вмешательство. При наличии местного перитонита больных оперируют без особой подготовки, сразу же после поступления.

При токсической и терминальных фазах перитонита проводится предоперационная подготовка по коррекции нарушенных функций, при которых выполнение оперативного вмешательства является наиболее опасным для больного. Однако она должна производиться от 1 до 3-4 часов, дальнейшее откладывание оперативного вмешательства недопустимо!

Предоперационная подготовка :

1. Отсасывание желудочного содержимого и промывания с помощью зонда.
2. Проведение гигиенических мероприятий, бритье живота, постановка очистительной клизмы, замену белья.
3. Внутривенное вливание 5% глюкозы с инсулином (4 ЕД на 10 г сухой глюкозы), солевых растворов (Рингер-Локка) 500-1000 мл с аскорбиновой кислотой (до 500 мг).
4. Внутривенно вливаются белковые препараты: 200-300 мл плазмы, альбумина, протамина и др.
5. При наличии ацидоза внутривенно вливают 200-300 мл 4% раствора бикарбоната натрия.
6. При значительном снижении артериального давления внутривенно капельно вводится 50-60 мг преднизолона, 100-150 мг гидрокортизона, 1-2 мг дофамина на 5% растворе глюкозы.
7. Внутривенно или внутримышечно вводятся антибиотики широкого спектра действия (цефализин, цефролекс, мексаформ, Тиенам).
8. Оксигенотерапия.

Общая задача и этапы операции:

1. Лапаротомия и ревизия брюшной полости.
2. Удаление или ограничение источника перитонита.
3. Удаление экссудата, санация и промывание брюшной полости.
4. Введение в брюшную полость антибиотиков широкого спектра действия.
5. Декомпрессия кишечника (назо-гастро-интестинальная интубация).
6. Рациональное дренирование брюшной полости.
7. Программная лапаросанация.

Благодарю за внимание