

Новосибирский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии лечебного факультета

ПЕРИТОНИТ

(конспект лекции)

Составители:
профессор кафедры общей хирургии, д.м.н. Чеканов М.Н.,
ассистент кафедры общей хирургии Чеканов А.М.

Новосибирск — 2015

Е. McDowell в 1809 г. первым выполнил лапаротомию по поводу перитонита 1809. Danville, Kentucky, Пациентка: Jane Crawford

Из Wegner G. Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovaryektomie. Arch Klin Chir 1877; 20:51-145

«Одним словом, брюшная полость предполагает для нормального раневого лечения такие же благоприятные обстоятельства, как никакая другая часть человеческого тела вообще. Мои современники, как и я сам, воспитаны в страхе перед Господом и брюшной полостью, это проявляется еще и сегодня во многом, как хирургический «Noli me tangere» худшего свойства. На основании многочисленной хирургической казуистики, триумфа оварио-и гистеротомии, на основании физиологического понимания сегодня можно уверенно оставить эту робость перед вскрытием нормальной брюшной полости».

J. Mikulicz - первым последовательно выступил за оперативное лечение перитонита в 1884 году сообщил о первом успешном хирургическом вмешательстве при распространенном перитоните, а также о его первом ушивании перфорации желудка

W.Körte в 1892 г. предложил тезис о возможно более ранней операции при перитоните

М.Kirschner в 1926 г. сформулировал принципы лечения перитонита, актуальные до настоящего времени

Классификация перитонита

Этиология

- первичный
- вторичный
- третичный

Первичный перитонит

- спонтанный перитонит у детей
- спонтанный перитонит у взрослых
- туберкулезный перитонит

Вторичный перитонит

- перитонит, вызванный перфорацией и деструкцией органов брюшной полости
- послеоперационный перитонит
- посттравматический перитонит вследствие закрытой (тупой) травмы живота или вследствие проникающих ранений живота

Распространенность

- местный: отграниченный, неотграниченный
- распространенный

Характер патологического содержимого

- серозно-фибринозный
- фибринозно-гнойный
- гнойный
- каловый
- желчный
- геморрагический
- химический

Фазы течения перитонита

- фаза отсутствия признаков сепсиса
- фаза сепсиса
- фаза тяжелого сепсиса
- фаза септического (инфекционно-токсического) шока

Осложнения

- внутрибрюшные
- раневая инфекция
- инфекция верхних и нижних дыхательных путей
- ангиогенная инфекция
- уроинфекция

Патогенез перитонита

Дебют инфекционного процесса

- однократное попадание в брюшную полость инфекционного агента не приводит к развитию перитонита
- для развития перитонита требуется длительно действующий источник: не устраненные повреждение или очаг деструкции

Воспалительный ответ

- сосудистая реакция – кратковременный спазм прекапиллярных сфинктеров с последующим расширением регионарного микроваскулярного русла
- экссудация – выход из сосудистой жидкой части крови в результате изменения проницаемости микрососудов
- инфильтрация и клеточная пролиферация за счет эмиграции из крови в окружающую ткань форменных элементов
- фагоцитоз – захват и уничтожение чужеродных повреждающих агентов активными форменными элементами
- регенерация и репарация поврежденных структур

Отграничение и распространение воспалительного процесса в брюшной полости

- неспецифическая защита: условно-специфические антитела класса А, белки-ингибиторы (лизоцим)
- отложение фибрина
- возрастание уровня оксипролина – рост синтеза коллагена
- спаечный ограничительный процесс

Иммунные факторы

- интенсивность местной воспалительной зависит от концентрации ФНО – продукта фагоцитарной активности макрофагов
- ФНО стимулирует высвобождение провоспалительных ИЛ - 1,6,8
- ИЛ-1 способствует образованию Т-хелперов первого типа
- ИЛ-2 усиливает выработку ФНО – альфа, вызывающего дополнительную активацию макрофагов
- ФНО стимулируют формирование кортико-адреналового гормонального каскада, способствующего возрастанию местной воспалительной реакции

Энтеральная недостаточность

- рефлекторное подавление «пищеварительной» перистальтики за счет воспаления
- ишемия кишечной стенки за счет перерастяжения кишечных петель – гипоксическое поражение интрамурального метасимпатического нервного аппарата
- миграция микроорганизмов в верхние отделы тонкой кишки, их гибель под воздействие скопившихся пищеварительных ферментов -> массивное выделение экзо- и эндотоксинов
- нарушение соотношений между секрецией и резорбцией -> переполнение кишечных петель жидким содержимым
- нарушение барьерной функции кишечной стенки

Источники эндотоксикоза

- очаги травматической или инфекционно-воспалительной деструкции в органах живота
- содержимое брюшной полости, взаимодействующее с высокореактивным и высокорезорбтивным полем брюшины
- содержимое кишечника с его биохимическим и бактериальным факторами

Клиника и диагностика перитонита

Клинические признаки

- болевой синдром
- тахикардия
- прогрессирующая интоксикация
- прогрессирующая дегидратация
- стойкий парез кишечника

Местные признаки

симптомы раздражения брюшины, мышечное напряжение

Предоперационная подготовка

- струйное (при наличии СЛН – капельное) внутривенное введение низкоконцентрированных полиионных кристаллоидных растворов – 1000 -1500 мл
- введение 400 – 500 мл коллоидных растворов для восполнения объема циркулирующей жидкости
- внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия за 30 – 40 минут до начала операции
- коррекция центральной и периферической гемодинамики
- время подготовки не должно превышать 1,5 – 2 часа!

Хирургическое лечение перитонита

Цели операции:

- устранение источника перитонита
- интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости
- создание условий для пролонгированной санации полости брюшины в послеоперационном периоде
- дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза
- создание благоприятных условий для воздействия на основные пути резорбции и транспорта токсинов (по специальным показаниям); дренирование ГЛП, катетеризация пупочной вены

Виды дренажей

- Т-образный
- для самотечного дренирования
- по Jackson-Pratt
- по Robinson
- по Blake
- по Salem

Лапаростомия

в настоящее время используется редко – в случаях невозможности санации первичного очага, при тяжелой анаэробной инфекции

Виды релапаротомий

- запланированная (запрограммированная)
- по возникшим показаниям