



ПЕРИТОНИТ.

**ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ**

Доцент Никитин В.Н.

6 марта 2020 год

План лекции

- **Актуальность вопроса**
- **Анатомо-физиологические особенности брюшины**
 - **Определение**
- **Этиология, патогенез и классификация перитонитов**
 - **Клиническая картина перитонита**
 - **Принципы лечения перитонита**
 - **Рекомендуемая литература**

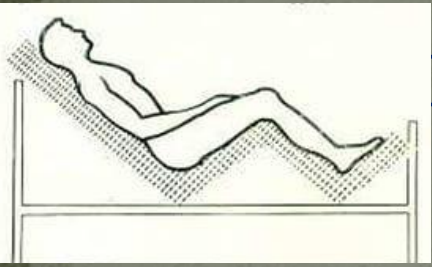
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

До настоящего времени гнойный перитонит остается одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями. По данным В. С. Савельева с соавт. (2011г) около

Летальность при разлитом гнойном перитоните, достигающая в терминальной стадии заболевания **50 - 70 %**, делает эту патологию одной из определяющих уровень оказания неотложной помощи

обращения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. **Увеличение частоты перитонита** как осложнения острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости, **рост числа больных пожилого и старческого возраста** (Удельный вес больных старше 60 лет 30-40%), **сохраняющаяся высокая летальность** у больных с острым разлитым перитонитом **определяют актуальность проблемы** диагностики и лечения этого грозного осложнения.

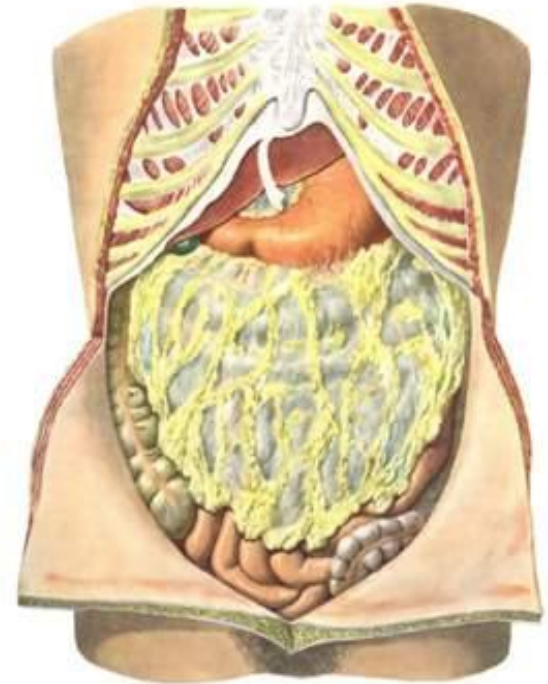
Анатомо-физиологические особенности брюшины



область живота

Функции брюш
резорбтивная, секр
барьерная, пласти

брюшинное пространство



Определение

Перитонит (воспаление брюшины) — патологический процесс, вызываемый бактериальным или химическим агентом, сопровождаемый каскадом тяжелых патологических реакций с нарушением функций всех систем организма.

КОДЫ ПО МКБ-10

К65. Перитонит. К65.0. Острый перитонит.

К65.8. Другие виды перитонита.

К65.9. Перитонит неуточнённый.

ЭТИОЛОГИЯ

Причиной возникновения инфицированного перитонита служит попадание в свободную брюшную полость микрофлоры.

1. Деструкция и перфорация полых органов, проникающие ранения живота, осложнения операций на органах брюшной полости и малого таза;
2. Воспалительно-измененные органы брюшной полости и забрюшинного пространства, просвет кишечника вследствие резкого повышения проницаемости стенок;
3. Гематогенный и лимфогенный путь при септических состояниях;
4. Половые пути у женщин;

ЭТИОЛОГИЯ

Что касается непосредственных причин перитонита, то их частота и структура на протяжении длительного времени остаётся достаточно стабильной, среди хирургической патологии наиболее часто к развитию перитонита приводит **перфорация полого органа:**

**1. перфорация желудка и ДПК
около 30%;**

**2. деструктивный аппендицит –
более 20%;**

**3. поражения толстой кишки –
20-25%;**

4. тонкой кишки –15%

Классификация по микробиологическим особенностям событиям

микробные

асептические

неспецифические

(вызванные
микроорганизмами ЖКТ)

специфические

(вызванные
микроорганизмами не
имеющими отношения к
ЖКТ)

аэробы: кишечная
палочка, стрептококки и
стафилококки

анаэробы: бактероиды,
фузобактерии

Основные патогенетические синдромы при перитоните

~~Синдром белковых потерь~~

Синдром эндогенной интоксикации

- Потери через брюшину
- Потери в просвет кишки

Синдром энтеральной недостаточности

у

Первичный перитонит – отмечается у 1–5% больных, когда

Третичный перитонит это тяжелая рецидивирующая или персистирующая внутрибрюшная инфекция, возникающая позже 48 ч после успешного и адекватного хирургического лечения источника вторичного перитонита.

Третичный перитонит рассматривается как неспособность защитных сил организма больного сформировать адекватную реакцию (как на системном, так и на локальном уровне) на развивающийся инфекционный процесс в брюшной полости.

Смертность от третичного перитонита составляет от 30 до 64%.

**Под «третичным перитонитом»
понимается воспалительный процесс в
брюшной полости, развивающийся *после*
эпизода «вторичного перитонита»,
имеющего свою, отличную от вторичного,
микробиоту, характеризующегося
неспособностью к локализации процесса и
отсутствием непосредственного очага**

Meakins J.L.2002

Перитонит

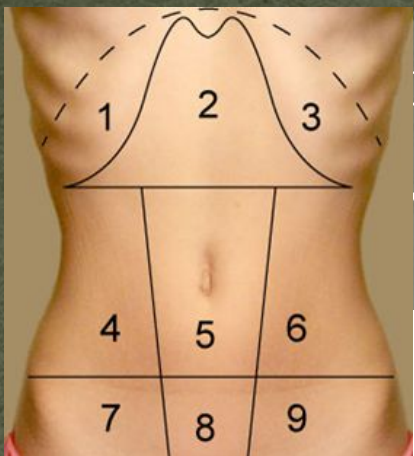
Первичный – 1-5% моноинфекция

**Вторичный – 80% всех перитонитов,
внебольничные возбудители**

**Третичный – 10-15% всех перитонитов,
оппортунистические возбудители**

КЛАССИФИКАЦИИ

предложена В.С. Савельевым с соавт. и
принятая на XI съезде хирургов России в
2011



3. Распространенность:

3.1. Местный (занимающий одну-две анатомические области);

3.1.1. Отграниченный (инфильтрации, абсцесс);

3.1.2. Не отграниченный;

3.2. Распространенный;

3.2.1. Диффузный (от трех до пяти анатомических областей или в пределах одного этажа брюшной полости);

3.2.2. Разлитой (более пяти анатомических областей или два этажа брюшной полости)

КЛАССИФИКАЦИИ

предложена В.С. Савельевым с соавт. и
утвержденная на XI съезде хирургов России в
2011

4.Экссудат и его примеси:

4.1. Характер экссудата: серозный,
фибринозный, гнойный, геморрагический (и их
сочетания)

4.2. Примеси: кишечное содержимое, желчь,
моча, кровь;

КЛАССИФИКАЦИИ

предложена В.С. Савельевым с соавт. и
утвержденная на XI съезде хирургов России в
2011

5. Тяжесть состояния в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции (при возможности определяется в баллах на основании шкал APACHE II, SAPS, MODS, SOFA):

	APACHEII	SAPS	MODS	SOFA
5.1. Отсутствие сепсиса	<10	0 – 4	<8	<8
5.2. Сепсис	10 – 15	5 – 8	9 – 12	9 – 12
5.3. Тяжелый сепсис	16 – 25	9 – 12	13 – 16	13 – 16
5.4. Септический шок	>26	> 13	>17	>17

КЛАССИФИКАЦИИ

предложена В.С. Савельевым с соавт. и
утвержденная на XI съезде хирургов России в
2011

6. Осложнения:

- 6.1. Интраабдоминальные:** оментит, несформированные кишечные свищи, абсцессы паренхиматозных органов, стресс-повреждения желудочно-кишечного тракта и др.;
- 6.2. Со стороны передней брюшной стенки и забрюшинной клетчатки:** нагноение операционной раны, флегмона брюшной стенки, флегмона забрюшинной клетчатки, эвентрация и др.;
- 6.3. Экстраабдоминальные:** тромбоз глубоких вен, ТЭЛА, пневмония, плеврит, медиастинит и др.

КЛАССИФИКАЦИЯ

за рубежом классификация внутрибрюшной инфекции (ВБрИ), предложенная в 2009 г. F. Menichetti, G. Sganga.

По происхождению и распространенности ВБрИ :

- а) вне- и внутрибольничную** (в последней выделяют послеоперационную и не послеоперационную);
- б) осложненную и не осложненную.**

При не осложненных формах ВБрИ имеется поражение только одного органа и воспаление не распространяется на брюшину. Примеры: **острый аппендицит** (без гангрены, перфорации, абсцедирования или перитонита), **острый холецистит** (кроме гангренозно-перфоративного, перитонита, перивезикального абсцесса). К **осложненной ВБрИ** относят **локализованные** (формирование более 1 абсцесса) и **диффузные очаги** (перитонит), подразделяющиеся на **первичный, вторичный и третичный.**

Границы среднего этажа полости брюшины?

Брыжейка поперечной
ободочной кишки

Да!

Брыжейка тонкой кишки

Нет!

Диафрагма

Нет!

Пограничная (безымянная) линия
таза

Да!

Наиболее частый путь инфицирования брюшной полости?

❖ лимфогенный

Нет!

❖ гематогенный

Нет!

❖ через маточные трубы

Нет!

❖ распространение воспалительного процесса при деструкции органа

Да!

❖ Проникновение инфекции через переднюю брюшную стенку без её повреждения

Нет!

Инфицирование брюшной полости при первичном перитоните происходит:

❖ При разрыве паренхиматозных органов

Нет!

❖ Гематогенным путем

Да!

❖ При проникающем ранении живота

Нет!

❖ При перфорации полого органа

Нет!

❖ При воспалении тазовых органов

Нет!

Какая микробная культура, наиболее часто, высеивается при перитоните?

❖ **Полимикробная флора**

Нет!

❖ **Протей**

Нет!

❖ **Анаэробы**

Нет!

❖ **Кишечная палочка**

Да!

❖ **Энтерококк**

Нет!

Форма местного отграниченного перитонита?

❖ **Распространенный перитонит**

Нет!

❖ **Диффузный перитонит**

Нет!

❖ **Химический перитонит**

Нет!

❖ **Периаппендикулярный абсцесс**

Да!

❖ **Ферментативный перитонит**

Нет!

Наиболее тяжелая форма перитонита?

❖ Асцит-перитонит

Нет!

❖ Каловый перитонит

Да!

❖ Мочевой перитонит

Нет!

❖ Желчный перитонит

Нет!

❖ Гнойный перитонит

Нет!

Диагностика

◆ Жалобы

◆ Анамнез

◆ Осмотр

◆ Лабораторные данные

◆ УЗИ

◆ Рентгенологическое исследование

◆ Лапароскопия

Жалобы и анамнез

Клинические проявления перитонита многообразны и складываются в большинстве случаев из **симптомов основного заболевания** и «наслоения» на них **признаков воспаления брюшины, абдоминального сепсиса** или **септического шока**.

Жалобы: на боль в животе, которая может быть острой или тупой, усиливаться при любом движении (например, кашель, сгибание бедра) и локальной пальпации.

При сборе анамнеза: временной промежуток с момента возникновения заболевания, изменение характера и локализации боли, динамику токсических проявлений, обращался за медицинской помощью или нет. Анорексия и тошнота – частые симптомы и могут предшествовать возникновению боли в животе. Тошнота и рвота в начале заболевания имеют признаки патологии приведшей к перитониту. Далее она становится вторичной, обусловленной перитонеальным воспалением, как следствием пареза кишечника содержимым тонкой кишки. Нарушения стула не очень характерны, но по мере прогрессирования перитонита и пареза кишечника может быть задержка стула и отхождение газов.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По фак

нениям



Ток

ощая

Терм
функ

бокие
стем.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По фазам развития (Савельев В.С.):

**Перитонит при отсутствии признаков
Тяжелый перитониальный сепсис**

Инфекционно-токсический шок

**Признаки синдрома системной воспалительной
реакции (ССВР – SIRS)**

□ Температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$

□ ЧСС > 90 в минуту

□ ЧД > 20 в минуту

□ Лейкоцитоз $> 12,0 \times 10^9/\text{л}$ или лейкопения $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$

Критерии диагностики сепсиса и септического шока

Определения

Синдром системного воспалительного ответа (SIRS)

Сепсис — системный воспалительный ответ на инвазию

микроорганизмов

Тяжелый сепсис

Септический шок

Клинико-лабораторные признаки

Характеризуется двумя или более из следующих признаков:

- температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$
- ЧСС $>90/\text{мин}$
- ЧД $>20/\text{мин}$
- лейкоциты крови $>12 \times 10^9/\text{л}$ или $<4 \times 10^9/\text{л}$ или незрелых форм $>10\%$

Наличие очага инфекта и двух или более признаков SIRS

Сепсис, ассоциирующийся с органной дисфункцией, нарушением тканевой перфузии

Тяжелый сепсис с тканевой и органной гипоперфузией, артериальной гипотонией, не устраняемой инфузионной терапией

Клиника и диагностика перитонита

Клинические признаки перитонита определяются, во-первых, локализацией первичного источника процесса, а, во-вторых, местными и общими признаками непосредственно воспалительного процесса в брюшине.

Клиника и диагностика перитонита

Клиническая картина острого вторичного распространенного перитонита складывается из:

- болевого синдрома,***
- физикальных признаков распространенного воспаления брюшины (симптомов ее раздражения, свободной жидкости в брюшной полости),***
- нарастающего пареза кишечника, а также из признаков обезвоживания тканей (сухости языка и видимых слизистых, снижение эластичности кожных покровов),***
- прогрессирующего эндотоксикоза (тахикардии, лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, токсической энцефалопатии).***

Клиника и диагностика

перитонита

- При осмотре обращается внимание на вынужденное положение больного - на боку, с приведенными к животу коленями. В запущенных случаях отмечается «Facies Hippocratica». При осмотре живота может выявляться асимметрия, в акте дыхания живот не участвует. При пальпации живот напряжен, болезненный. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского положительны.
- Системные нарушения при перитоните определяются быстро прогрессирующей дегидратацией, эндотоксикозом. В зависимости от степени выраженности последнего, это могут быть классические признаки системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточности, в том числе и септического шока.







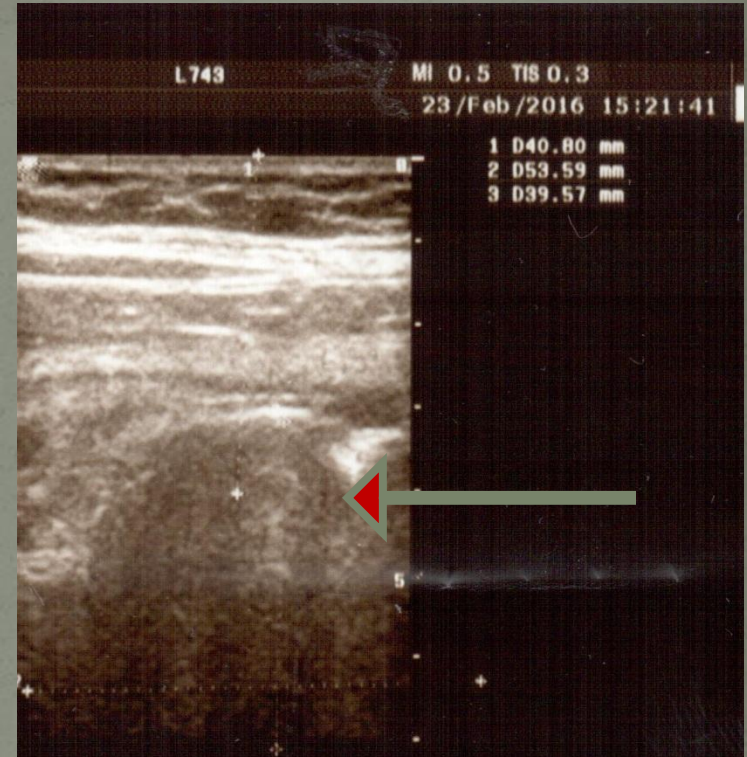
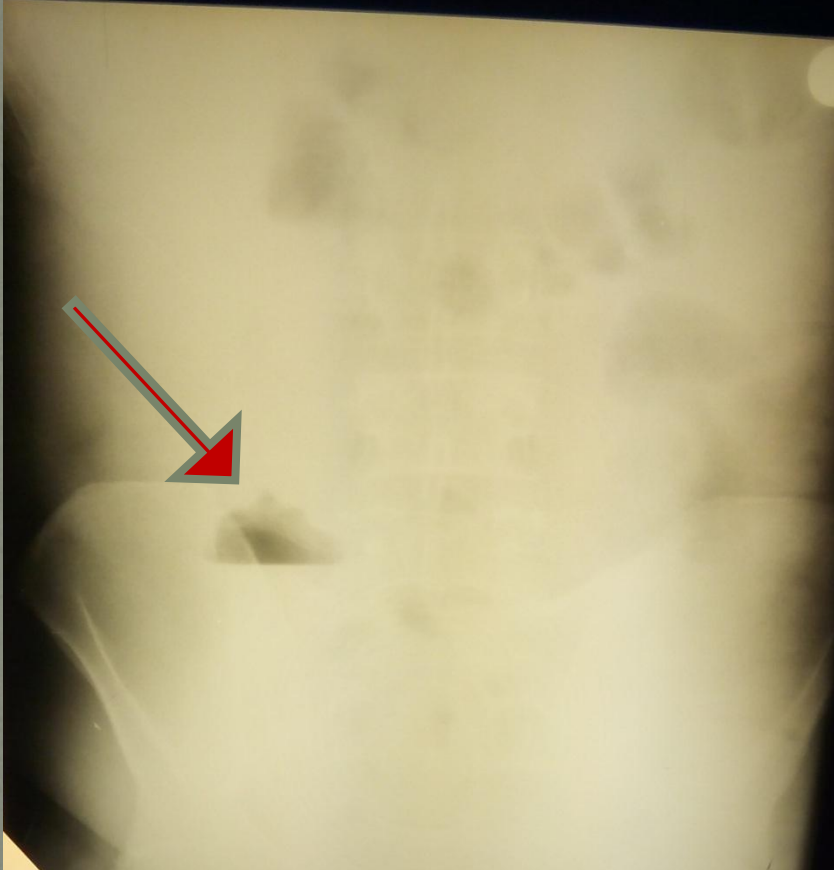


Диагностика



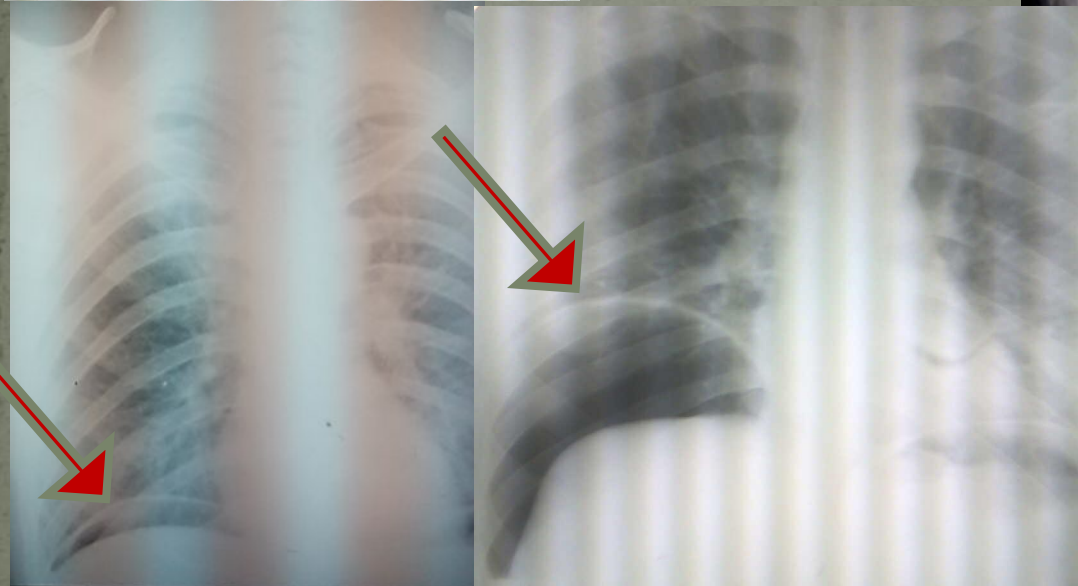
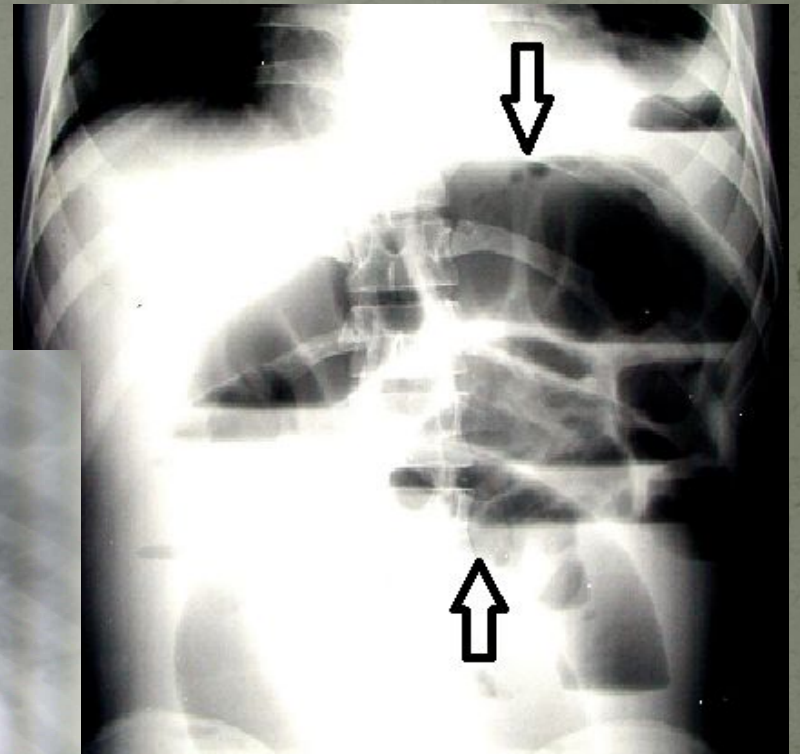
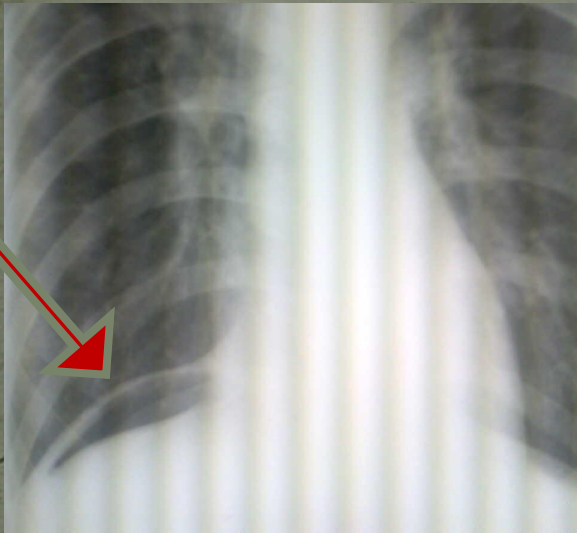
Дивертикулез толстой кишки с перфорацией

Диагностика



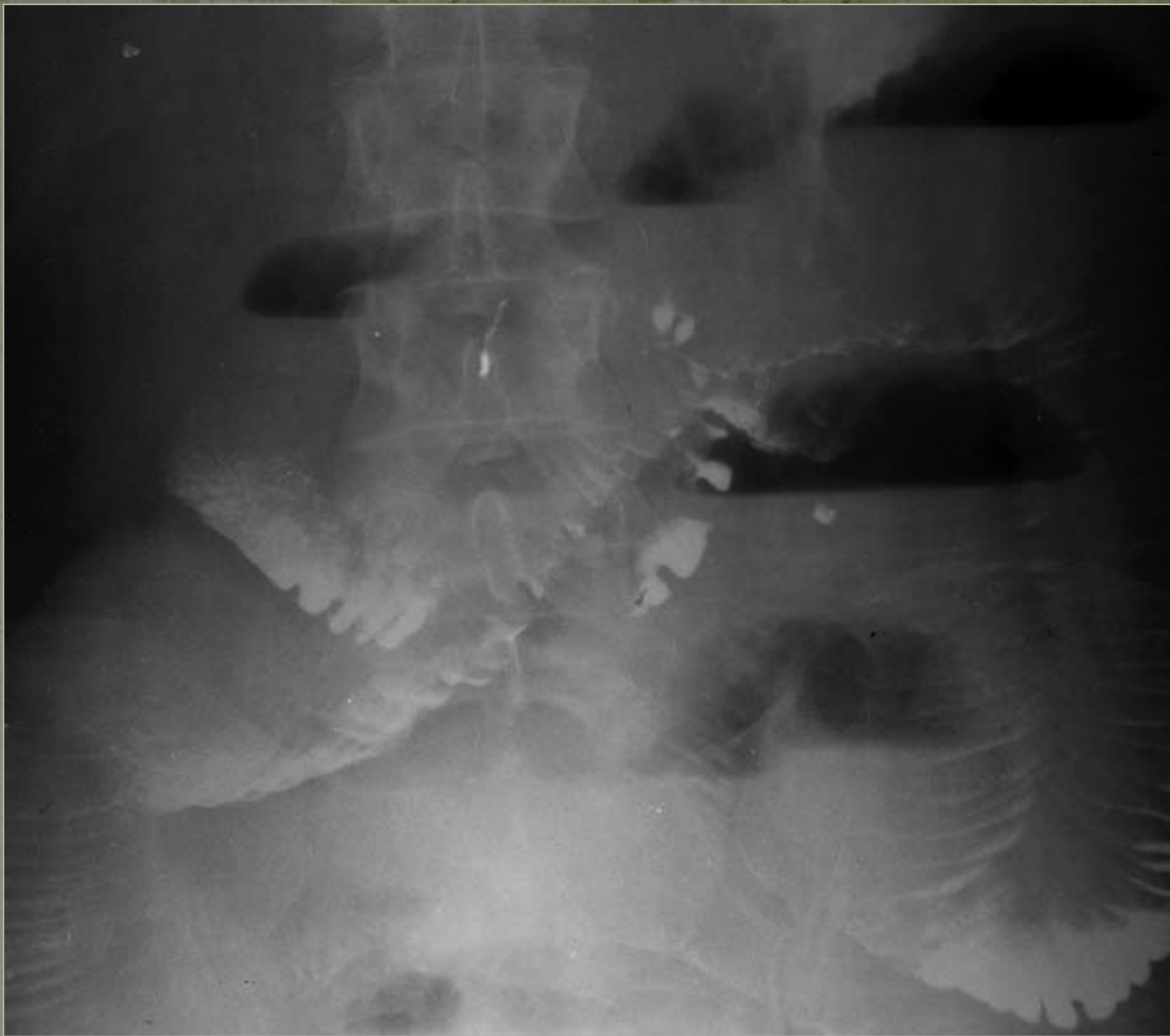
Аппендикулярный абсцесс

Диагностика



Свободный газ под правым куполом диафрагмы

Множественные горизонтальные уровни жидкости



Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Пневматоз кишечника.

В клинической практике для оценки тяжести течения и прогнозирования исхода острого перитонита используется **Майнгемский перитониальный индекс (МИП)**, основанный на бальной оценке 8 основных факторов риска (M. Linder 1987, 1992):

-Возраст старше 50 лет	5 баллов
-Женский пол	5 баллов
-Наличие органной недостаточности	7 баллов
-Наличие злокачественной опухоли	4 балла
-Продолжительность перитонита более 48 часов	4 балла
-Толстая кишка источник перитонита	4 балла
-Перитонит неотграниченный	6 баллов
-Эксудат: прозрачный (0), мутно-гнойный (6), калово-гнилостный (12)	

Легкая степень тяжести (менее 20 баллов) летальность – 2,3%; вторая ст. тяжести (20-29) летальность –22,3%; третья ст. тяж. (29 и более) лет. 59,1%.

Симптомы токсической фазы перитонита (К.С. Симонян, 1971г)?

❖ Болезненный, вздутый живот

Да!

❖ Тахикардия

Да!

❖ Превалирование локальных признаков над общими

Нет!

❖ Постоянная рвота желчью

Нет!

❖ Лейкоцитоз со сдвигом влево

Да!

Стадии течения перитонита по В.С. Савельеву (2005г)?

❖ Стадия отсутствия сепсиса

Да!

❖ Стадия абдоминального сепсиса

Да!

❖ Стадия тяжелого абдоминального сепсиса

Да!

❖ Стадия необратимых изменений

Нет!

❖ Стадия септического шока

Да!

Клинические проявления перитонита в стадии тяжелого сепсиса по В.С. Савельеву (2005г)?

❖ Усиление перистальтики кишечника

Нет!

❖ Спутанное сознание

Да!

❖ Вздутие живота

Да!

❖ Исчезновение кишечных шумов

Да!

❖ Снижение артериального давления

Да!

Методы диагностики перитонита?

◆ Лапароскопия

Да!

◆ Лапароцентез

Да!

◆ Проба Шварца

Нет!

◆ Ирригография

Нет!

◆ Пальцевое исследование прямой
кишки

Да!

Индекс брюшной полости при перитоните

Признак		Баллы
Распространенность перитонита	Местный (или абсцесс)	1
	Разлитой	3
Характер экссудата	Серозный	1
	Гнойный	3
	Геморрагический	4
	Каловый	4

Признак		Баллы
Наложения фибрина	В виде панциря	1
	В виде рыхлых масс	4
Состояние кишечника	Инфильтрация стенки	3
	Отсутствие спонтанной и стимулированной перистальтики	3
	Кишечный свищ или несостоятельность анастомоза	4
Состояние п/о раны	Нагноение или некроз п/о раны	4
	Эвентерация	3
	Неудаленные девитализированные ткани	3
Суммарное количество баллов – индекс брюшной полости (ИБП)		

Принципы лечения перитонита

◆ Ранняя госпитализация

◆ Ранняя операция, включающая:

- ✓ ликвидацию источников перитонита;
- ✓ тщательную санацию брюшной полости;
 - ✓ дренирование брюшной полости;
- ✓ по показаниям - декомпрессию тонкой кишки;

◆ Комплексная интенсивная послеоперационная терапия, включающая:

- рациональную антибактериальную терапию;
 - детоксикационную терапию;
 - коррекцию нарушений гомеостаза;
- лечение и профилактику энтеральной недостаточности.

Предоперационная подготовка

Общепризнано, что у **абсолютного большинства пациентов сроки подготовки к операции не должны превышать полутора-двух часов.** При этом с учетом некоторых индивидуальных различий в зависимости от возраста больных, массы тела (которая определяется ориентировочно), наличия сопутствующих заболеваний общая схема предоперационной подготовки должна включать:

- струйное (при наличии сердечно-легочной недостаточности - капельное) внутривенное введение кристаллоидных растворов в количестве до 1000-1500 мл, желательно под контролем ЦВД;
- введение 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объема циркулирующей жидкости;
- внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия за 30-40 минут до начала операции;
- коррекцию центральной и периферической гемодинамики.

Задачи оперативного вмешательства

Оперативное вмешательство при распространенном (разлитом) перитоните предусматривает выполнение следующих основных задач:

- устранение источника перитонита;**
- интраоперационную санацию и рациональное дренирование брюшной полости;**
- создание условий для пролонгированной санации полости брюшины в послеоперационном периоде;**
- дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза;**
 - дренирование брюшной полости.**

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

□ После вскрытия брюшины 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.

Клинические признаки участия анаэробных микроорганизмов при интраабдоминальной инфекции:

- зловонный запах экссудата, содержимого абсцесса или раневого отделяемого, связанный с образованием кислых продуктов метаболизма при участии анаэробов;
- газообразование наиболее выражено в присутствии *Clostridium* spp., однако может быть результатом влияния некоторых факультативных аэробов;
- некроз тканей в воспалительных очагах;
- окрашивание экссудата в черный цвет;
- локализация очага инфекции или оперативного вмешательства в местах обычной колонизации анаэробов (ротоглотка, толстая кишка, органы малого таза у женщин).

Этапы операции при перитоните

- **Оперативный доступ;**
- **Ликвидация источника перитонита;**
 - **Эвакуация экссудата и санация брюшной полости;**
- **Закрытие и дренирование брюшной полости.**

Характеристика методов хирургического лечения перитонита

Закрытый

Пассивное и активное дренирование
Перитонеальный диализ
Релапаротомия "по требованию"

Полуоткрытый

Этапные ревизии и санации "по программе"
Санация в межоперативный период
Временное закрытие лапаротомной раны

Открытый

Лапаростомия
Оментобурсо- и люмбостомия
Этапное хирургическое лечение

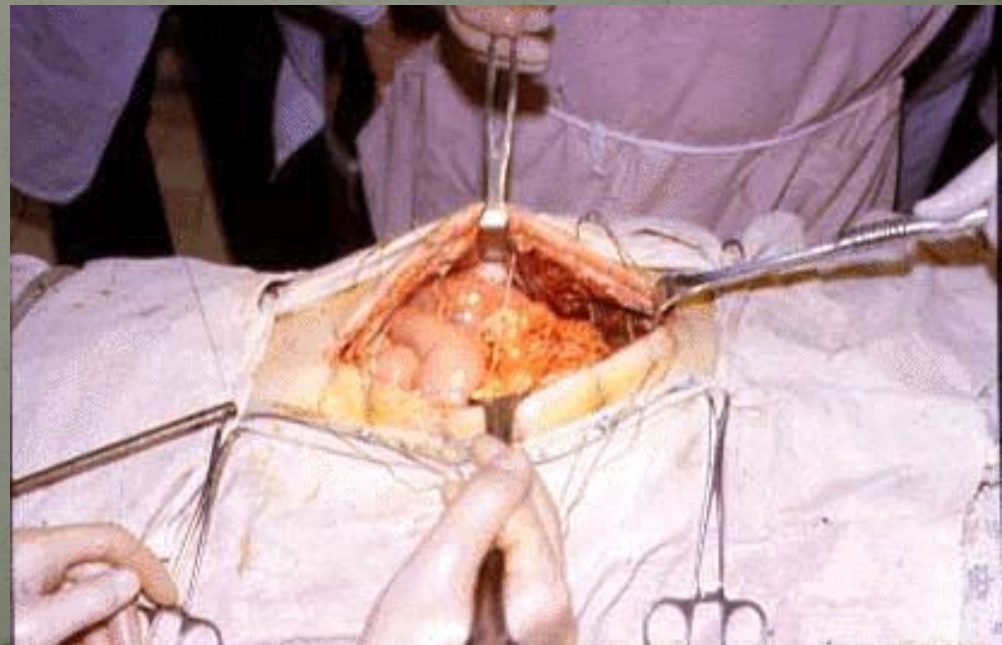
Прогностический индекс релапаротомий (ПИР) J. Pusaјо с соавт. 1993г (>20-абс. показ. релапаротомия)

Критерии	Баллы
Выполнение первой операции по экстренным показаниям	3
Дыхательная недостаточность	2
Почечная недостаточность	2
Парез кишечника спустя 72 часа после операции	4
Боль в животе спустя 48 часов после операции	5
Инфекционные осложнения в области операции	8
Нарушения сознания	2
Патологические симптомы, возникающие спустя 96 часов после операции	6

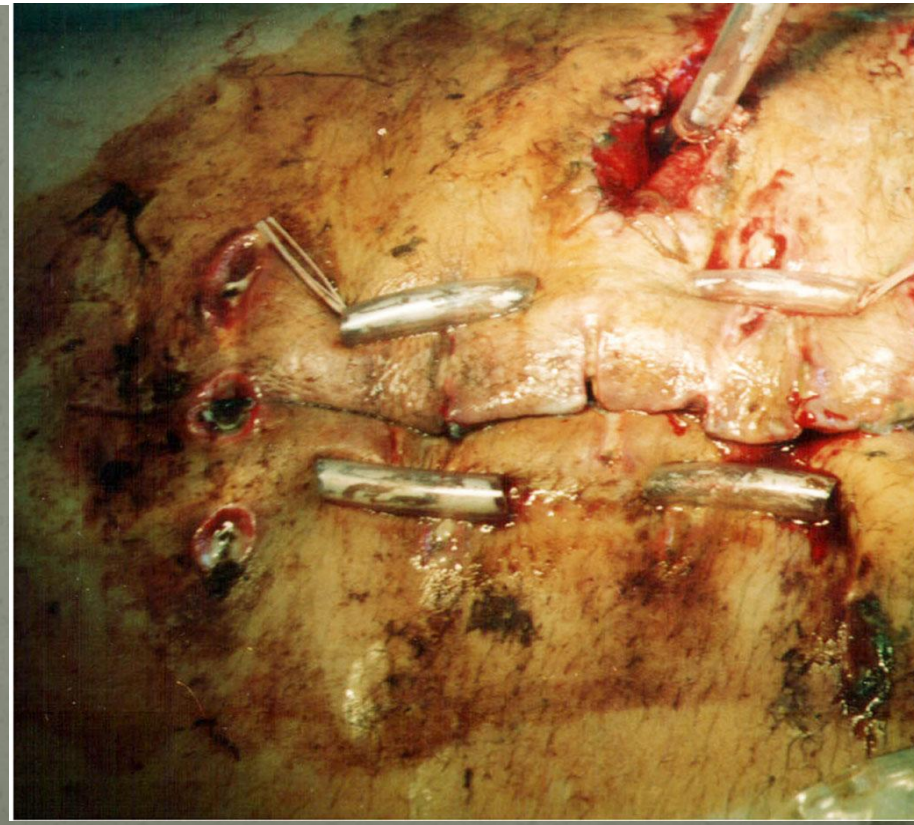
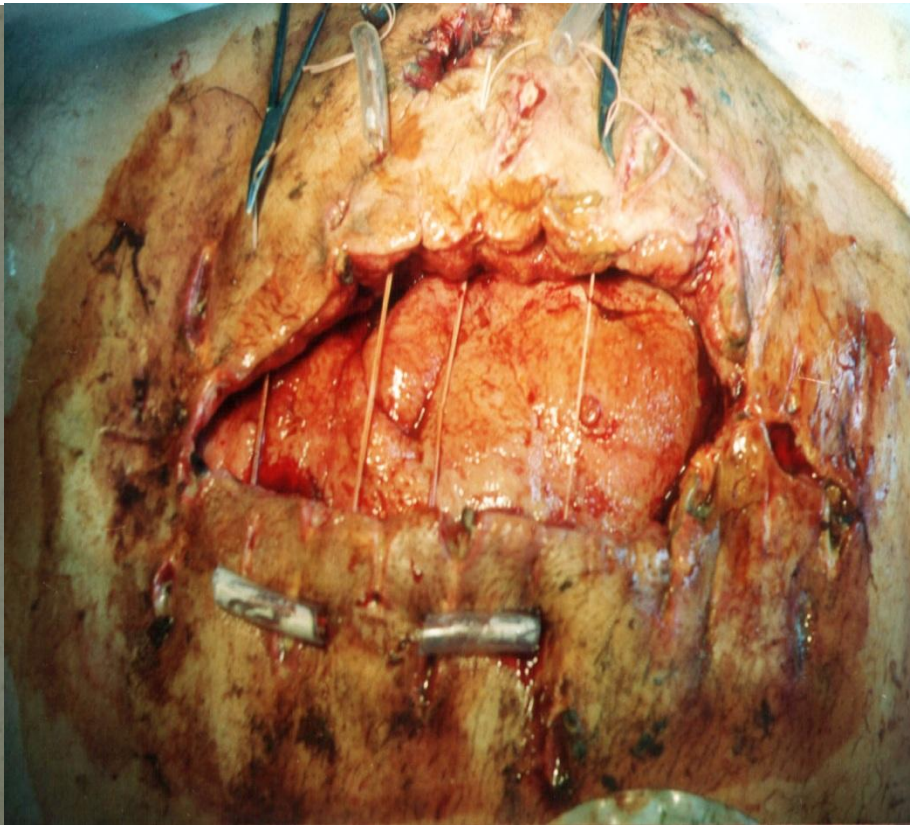


**Техника
программированной
лапаротомии –
конечный вид
операционной раны**

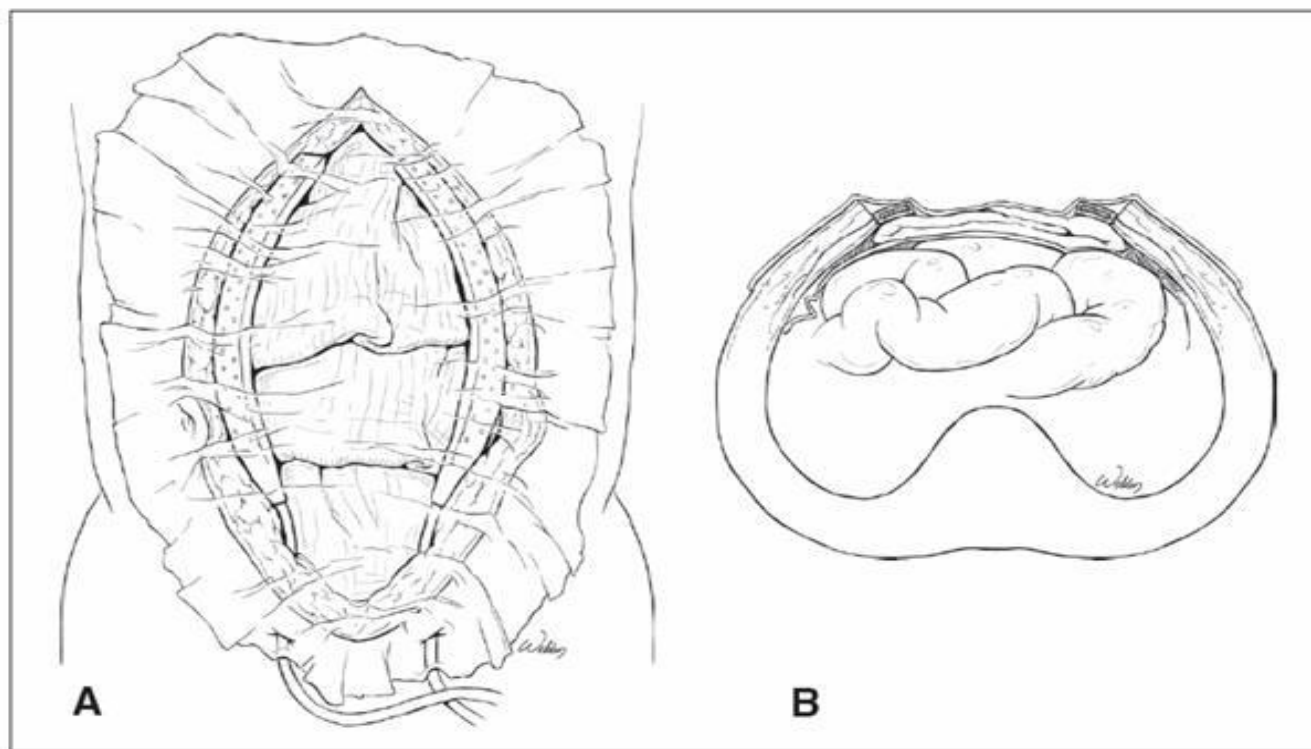
**Техника
программированной
лапаротомии – разведение
краев раны**



Послеоперационный перитонит: санация ОБП, временное закрытие лапаротомной раны с помощью П-образных швов с последующим дозированным их сведением для профилактики развития синдрома абдоминального компартмента



Вакуумная повязка – вид сверху (А) и в поперечной плоскости (В). Это сэндвич из 3 слоев. Внутренние органы покрыты слоем полиэтилена, средний слой впитывающее хирургическое полотенце, и внешний слой представленный клеющейся пленкой. Дренажи расположены в среднем слое.



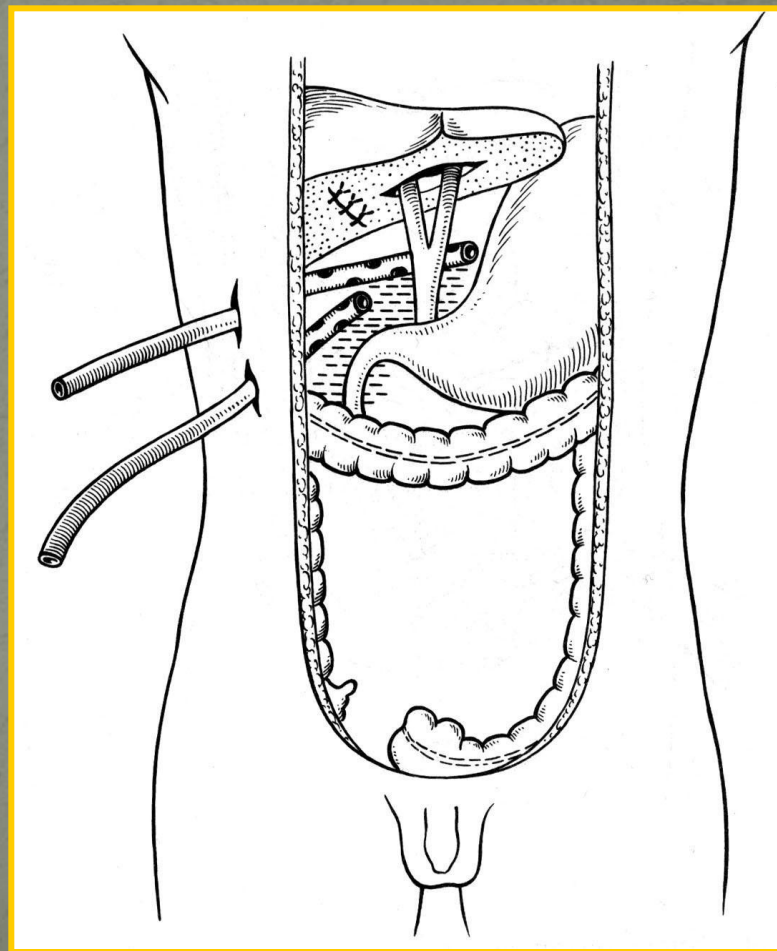
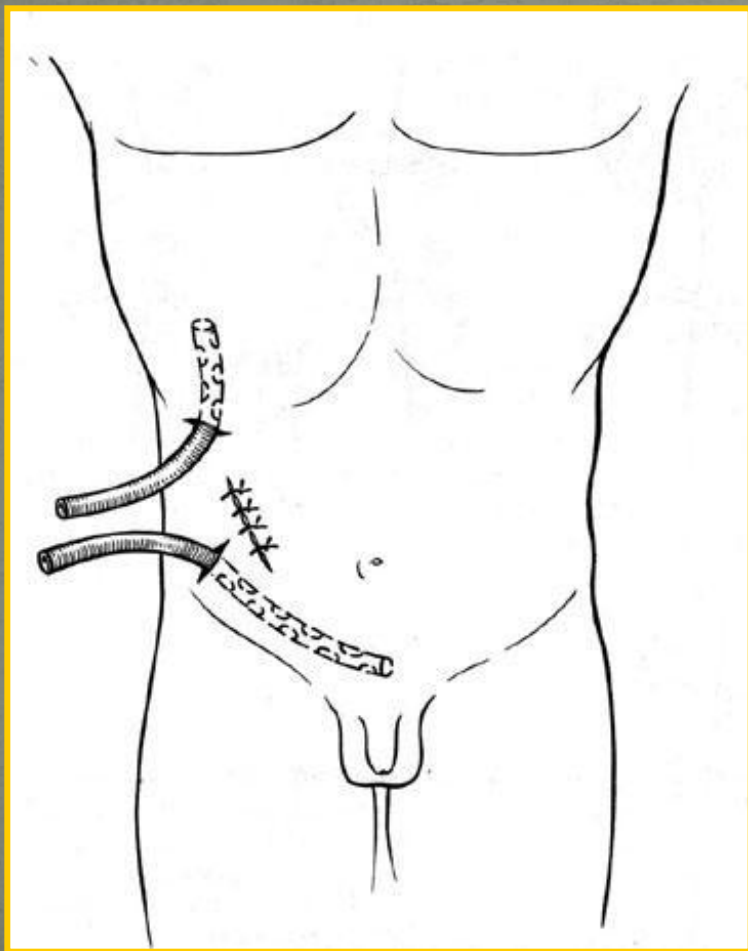
«ОТКРЫТЫЙ ЖИВОТ» СОСТОИТ ИЗ 4 ЭТАПОВ:

- a) **1 этап** – выполнение первичной лапаротомии с окончательным принятием решения завершения способа операции с использованием ОА на основании наличия явлений абдоминального сепсиса и инфекционно-токсического шока, признаков компартмент синдрома. В этом случае брюшная полость остается открытой.
- b) **2-этап** подразумевает лечение больного в ОРИТ, где проводится интенсивное лечение, направленное на коррекцию гипотермии, ацидоза, коагулопатии, борьбы с инфекцией и т.д.
- c) После того, как пациент стабилизировал свои физиологические резервы (на что уходит обычно-24-48 часов), начинается **3-й этап** лечения с применением этапных, как правило, ежедневных санаций брюшной полости. «Золотым стандартом» длительности 3 этапа является срок-7-8 дней.
- d) **4 этап** лечения заключается в окончательном методе закрытия раны брюшной полости с использованием как прямого фасциального закрытия, так и с применением биологических или синтетических материалов, имплантируемых в ретромышечные позиции передней брюшной стенки.

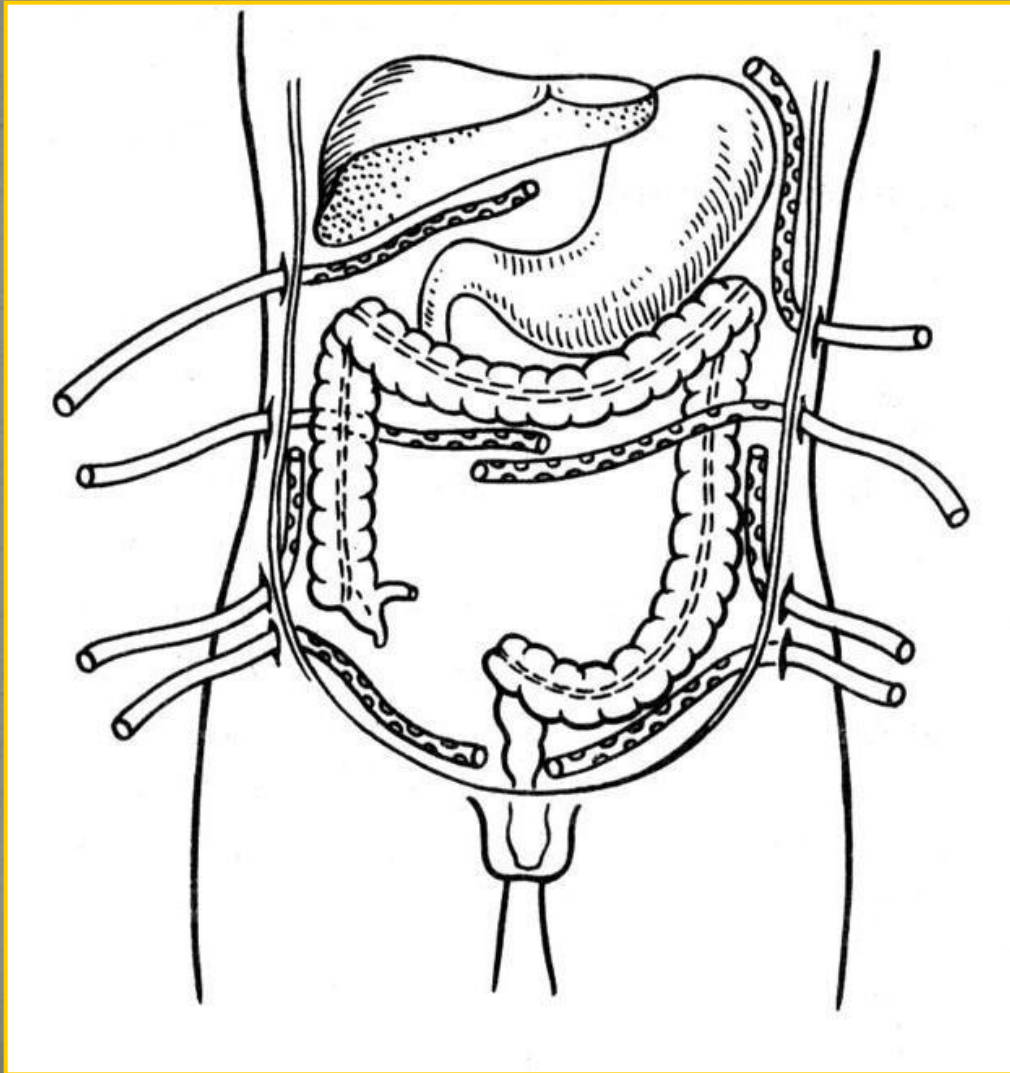
Послеоперационный перитонит: санация ОБП, временное закрытие лапаротомной раны с помощью пленки из ПВХ (методика «сэндвич») при развитии синдрома абдоминального компартмента



Варианты дренирования брюшной полости



Варианты дренирования брюшной полости



ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЛАВАЖ

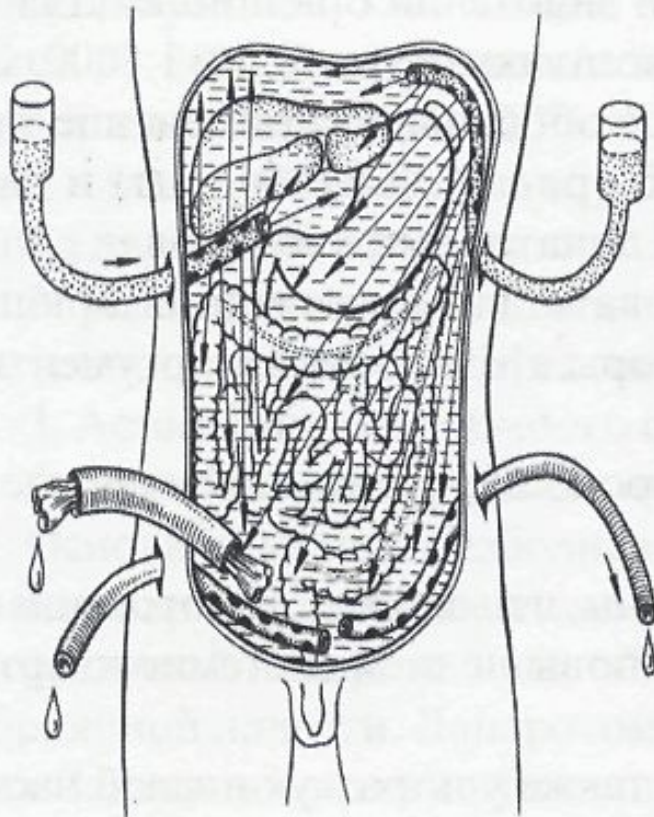


Рис. 231. Схема дренирования
брюшной полости
при распространенном перитоните

Временное закрытие брюшной полости

ПОЛОСТИ

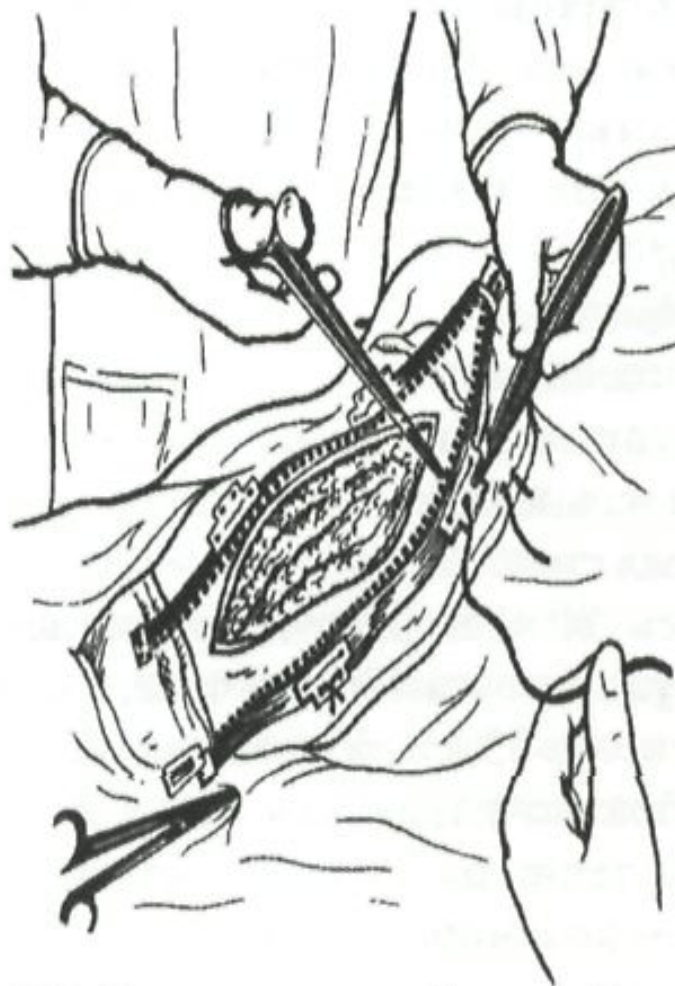
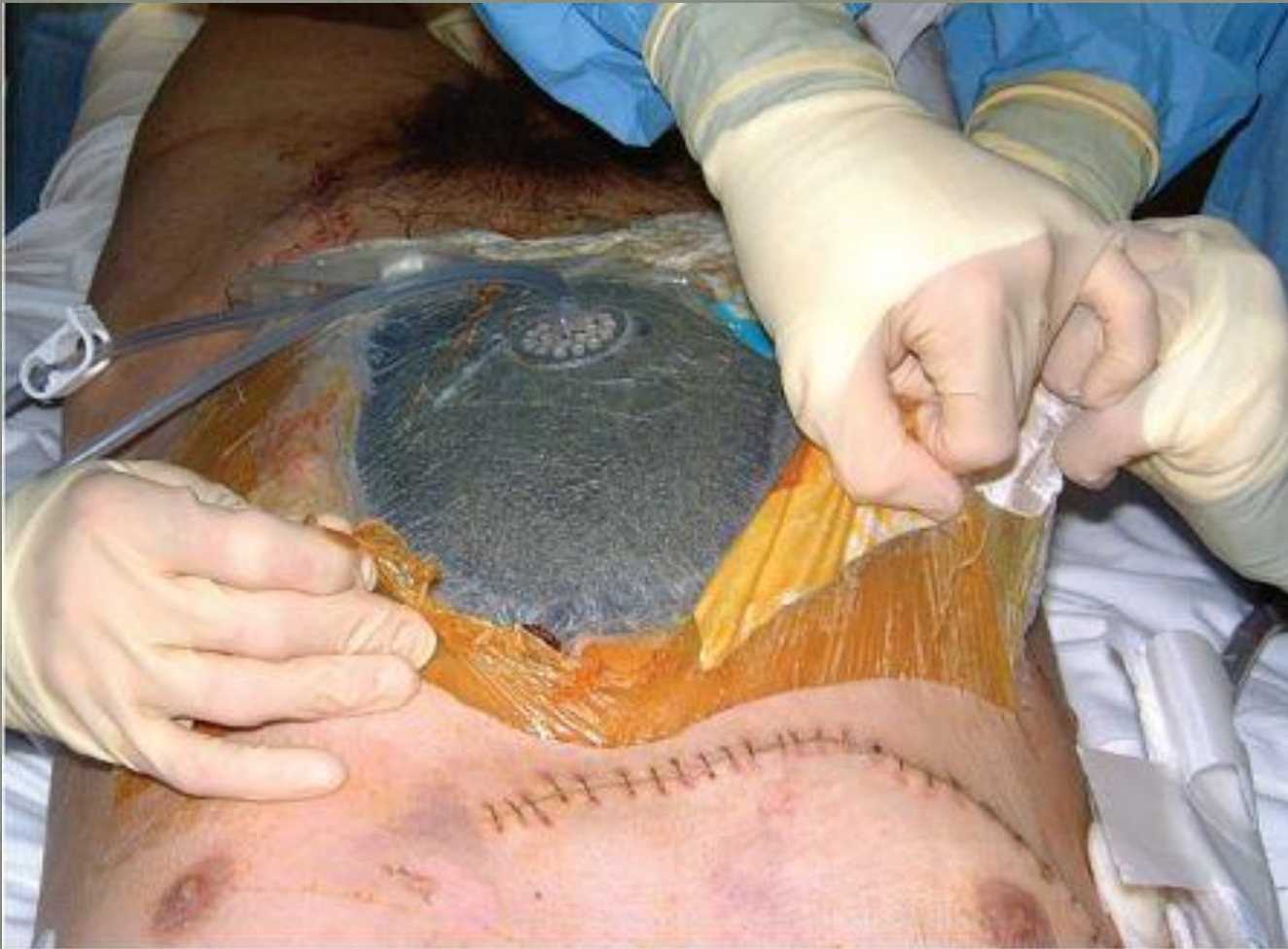


Рис. 235. Схема ушивания брюшной полости с помощью застежки «молния»

Компартмент синдром

Тяжелые формы перитонита достаточно часто ведут к развитию абдоминального сепсиса, который обычно способствует возникновению внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) и развитию абдоминального компартмент синдрома (АКС). Причинами, ведущих к возникновению ВБГ являются: наличие крови и жидкости в брюшной полости; парез кишечника и отек внутренних органов при воспалительных процессах; реанимационные мероприятия с использованием массивных инфузий и трансфузий; чрезмерное натяжение тканей при конечном закрытии раны брюшной полости; ранняя послеоперационная кишечная непроходимость; тяжелые формы гемодилюции. ВБГ приводит к дисфункции органов живота в связи с уменьшения их перфузии, что способствует возникновению сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, поражению почек, центральной нервной системы и др., ведущих к увеличению числа послеоперационных осложнений и смертности. Чаще всего, внутрибрюшное давление измеряется трансвезикальным способом с использованием мочевого катетера Фолея на уровне средне-подмышечной линии, проходящей через ость подвздошной кости у больного, лежащего на спине. После раздутия манжетки катетера в мочевой пузырь вводят 25-50 мл физиологического раствора и фиксируют величину давления, которое в норме составляет ~ 5-7 мм рт.ст. (1 мм рт. = 1,36 см в. ст.).

Применение вакуумного устройства



Показания к дренированию тонкой кишки

- Парез кишечника;
- Резекция кишки или ушивание отверстия в ее стенке в условиях пареза и разлитого перитонита;
- Послеоперационный или прогрессирующий перитонит;
- Токсическая фаза перитонита

Показания к лапаротомии

- 1) флегмоне передней брюшной стенки и обширных некрозах париетальной брюшины;
- 2) распространенном перитоните в поздней стадии заболевания, сопровождающийся тяжелой эндогенной интоксикацией с полиорганной недостаточностью;
- 3) несостоятельности швов анастомозов или наличии перфорации толстой кишки;
- 4) неэффективности применяемого дренирования брюшной полости обычными методами;
- 5) кишечных свищах;
- 6) инфаркте кишечника;
- 7) некротических энтеритах и колитах;
- 8) перитоните после огнестрельных и сочетанных ранений брюшной полости;
- 9) высоком риске развития, или уже состоявшейся эвентрации через гнойную рану при продолжающемся перитоните;
- 10) анаэробном перитоните

Этапы операции при распространенном гнойном перитоните?

◆ Ликвидация источника перитонита

Да!

◆ Профилактика полиорганной недостаточности

Нет!

◆ Санация брюшной полости

Да!

◆ Профилактика ранних п/о осложнений

Нет!

◆ Дренирование брюшной полости

Да!

Оптимальные пути введения антибиотиков у пациентов с распространенным перитонитом?

❖ Внутримышечно

Нет!

❖ Внутриаартериально

Да!

❖ Подкожно

Нет!

❖ Внутривенно

Да!

❖ Внутривентриально

Нет!

Цель назоинтестинальной интубации кишечника при лечении распространенного перитонита?

❖ Учет потерь жидкости через ЖКТ

Нет!

❖ Профилактика паралитической НК

Да!

❖ Промывание ЖКТ

Нет!

❖ Питание больного через зонд

Нет!

❖ Введение лекарственных препаратов
через зонд

Нет!

Послеоперационные осложнения

- Эвентерация (расхождение срединной раны)
- Послеоперационная полиорганная недостаточность
- Кишечные свищи
- Кровотечения
- Персистирующий абдоминальный сепсис
- и др.



КЛАССИФИКАЦИЯ

**По наличию и характеру
послеоперационных осложнений:**

- внутрибрюшные;**
- раневая инфекция;**
- инфекция верхних и нижних дыхательных путей
(трахеобронхит, пневмония);**
- ангиогенная инфекция;**
- инфекция мочевыводящих путей**

Осложнения

- Несостоятельность кишечных швов
- Абсцессы брюшной полости
- Ранняя послеоперационная непроходимость кишечника
 - Нагноение раны
 - Тромбоэмболические осложнения

Пример формулировки диагноза

**Гангренозно-перфоративный аппендицит,
вторичный распространённый
фибринозно-гнойный перитонит, тяжёлый
абдоминальный сепсис с печёночно-
почечной и энтеральной дисфункцией,
нагноение операционной раны,
правосторонняя плевропневмония.**

Прогноз и летальность

Летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности - 80-90%.

В прогностическом отношении хирургии вернулись к позициям, которые еще в 1926 г. сформулировал С.И. Спасокукоцкий: "При перитонитах операция в первые часы дает до 90% выздоровлений, в первый день - 50%, позже третьего дня - всего 10%".

**Исходя из вышеизложенного,
для снижения летальности
при перитоните
необходимы:**

- своевременное обращение за
медицинской помощью;**
- ранняя диагностика и
своевременная госпитализация
больных с острыми
хирургическими заболеваниями
органов брюшной полости;**
- своевременное и адекватное оперативное лечение,**
- проведение интенсивной предоперационной подготовки;**
- интенсивное комплексное лечение в послеоперационный период;**
- профилактика гнойно-септических осложнений, осложнений
сопутствующих заболеваний;**
- внедрение современных высокоэффективных методов
лечения перитонита и его осложнений.**

ЛИТЕРАТУРА

- **Клинические рекомендации. Острый перитонит. Год утверждения:2017.**
URL:<http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/peritonit-i-abdominalnyi-sepsis.html>
- **Хирургические болезни.:** учебник/ под ред. А.Ф. Черноусова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – глава 15. – С.494-521.
- **Клиническая хирургия** : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. –(Серия «Национальные руководства»).
- Мондор Г. **Неотложная диагностика**/ пер. с французского под ред. М.М. Дитерихса. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2001. – 320с.
- **Абдоминальная хирургическая инфекция.** Российские национальные рекомендации. Москва 2011.