

Заведующий кафедры: д.м.н. проф. Винник Юрий
Семенович
Преподаватель: к.м.н. проф. Кочетова Людмила
Викторовна

Тема: Острый отграниченный и хронический перитонит.

Красноярск 2020 г.

Содержание

Острый отграниченный перитонит.....	3
Лечение отграниченного местного перитонита.....	4
Хронический перитонит.....	8
Лечение хронического перитонита.....	9
Список литературы.....	12

Острый отграниченный перитонит.

Клиническое течение и симптомы. Клиническое течение отграниченного перитонита значительно легче, чем общего. Первоначально появляются боли по всему животу, рвота и вздутие кишечника. Боли иногда с самого начала могут быть очень интенсивными, что зависит от близости источника инфекции к пристеночной брюшине. Уже в ближайшее время становится ясным, что вздутие кишечника умеренное и ограничивается болезненным участком. Несмотря на боли и повторяющуюся рвоту, состояние больного удовлетворительно: нет того беспокойного выражения лица, бледности, синюшных губ, которые характерны для общего перитонита; дыхание спокойное, сознание ясное. Пульс может быть нормальным или несколько учащенным, хорошего наполнения. Как и при общем перитоните, следует внимательно следить за пульсом, т. к. и при отграниченном П. состояние сердечнососудистой системы является лучшим показателем характера и степени распространения инфекции. Меньшее значение имеют температурные колебания, т. к. при отграниченных процессах в брюшной полости температура может оставаться без особых изменений. Высокая температура ремитгающего типа указывает на нагноительный процесс.

При исследовании крови обнаруживается лейкоцитоз, дальнейшее повышение которого указывает на нагноительный процесс.

При ощупывании брюшных стенок отмечаются болезненность, симптом Блюмберга—Щеткина и напряжение мышц, локализованное на ограниченном пространстве, например в одном только квадранте живота; в остальной части живота мышцы не напряжены и пальпация безболезненна. По мере отграничения процесса симптомы раздражения брюшины постепенно ослабевают и зона их уменьшается. Вместе с тем в глубине брюшной полости все более отчетливо прощупывается болезненное уплотнение. При значительных отграниченных выпотах, расположенных близко к передней брюшной стенке, удастся иногда отметить зыбление, указывающее на наличие жидкого гноя. Перкуссия дает тупой звук на этом же месте. При отграниченном перитоните, развивающемся в нижнем отделе брюшной полости, исследование причиняет боль при подъеме дна дугласова пространства. Нередко обнаруживается инфильтрат, выпячивающий стенку прямой кишки. У женщин исследование позволяет установить, исходит ли процесс из половых органов или из кишечника. Так, например, при отграниченном аппендикулярном перитоните больные испытывают сильные боли при подъеме дна дугласова пространства, а при воспалительном процессе, разыгрывающемся вокруг полового аппарата, боли интенсивнее при смещении матки кверху (И. Промптов).

При благоприятном течении местного отграниченного перитонита инфильтрат в брюшной полости становится менее болезненным, постепенно уменьшается и совершенно исчезает; одновременно идет улучшение общего состояния — литическое падение температуры, снижение лейкоцитоза и т. д.; до полного клинического выздоровления, нередко даже без последующих спаечных расстройств.

При нагноении отграниченного выпота местная болезненность нарастает, появляется лихорадка с большими Суточными размахами температуры. Лейкоцитоз достигает 25 000—30 000. Могут присоединяться явления механической непроходимости кишечника обтурационного характера, относительной, а иногда и полной.

Абсцесс, наоборот, может постепенно увеличиться до таких размеров, что выполняет почти всю правую подвздошную область или дугласово пространство, таз, поддиафрагмальное пространство и другие места в брюшной полости, оставаясь все же отграниченным и не переходя на остальную брюшину.

Иногда наблюдается миграция инфильтрата, перемещение его в брюшной полости. Это явление тревожно, т. к. указывает, что отграничивающие абсцесс спайки подвергаются гнойному расплавлению.

Прорыв абсцесса в полый орган обычно сопровождается быстрым падением температуры и резким уменьшением инфильтрата. Можно заметить обильное отхождение гноя с калом, с мочой или через влагалище. В редких случаях могут наступить инфильтрация брюшной стенки, покраснение кожи, зыбление в подкожной клетчатке. Прорыв абсцесса в свободную брюшную полость проявляется бурной клинической картиной разлитого перитонита.

Диагноз. Анамнез и клин. картина в ряде случаев позволяют диагностировать местный воспалительный процесс. Труднее иногда дифференцировать источник воспаления, особенно в начальных стадиях заболевания. В этот период больной не в состоянии точно охарактеризовать боли и место их возникновения, а картина болезни затуманена явлениями раздражения всей брюшины. Известны случаи, когда лапаротомия производилась в правой подвздошной области, а у больного оказывался перитонит в связи с перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и наоборот. В более поздних стадиях перитонит у женщин, когда уже образовался выпот, доступный исследованию, дифференциальный диагноз проводится между острым отграниченным перитонитом нижнего отдела живота (в связи, например, с аппендицитом) и внематочной беременностью. Тщательно собранный анамнез, общее состояние больной (бледность, пульс, дыхание, температура и пр.), местное исследование, повышение и характер лейкоцитоза позволяют поставить правильный диагноз.

Лечение отграниченного местного перитонита.

Лечение отграниченного местного перитонита требует строгой индивидуализации. Гонорейный перитонит вообще, а тем более отграниченный лечат, как уже упоминалось, консервативно применением антибиотиков (пенициллин, стрептомицин). Если из-за неясной диагностики произведена лапаротомия, рекомендуется ввести большие дозы антибиотиков внутрь брюшины; эффект при этом получается вполне удовлетворительный. При отграниченном пневмококковом перитоните должна быть произведена операция с введением в брюшную полость пенициллина и последующей массивной антибиотикотерапией. Местный перитонит другого происхождения лечат в зависимости от источника и стадии воспалительного процесса.

При отграниченных инфильтратах, выявляющихся приблизительно к началу пятых суток, обычно показано консервативное лечение: постельный режим, в первые дни — пузырь со льдом на больное место; следует назначать по преимуществу жидкую диету, избегая плотной, богатой клетчаткой пищи; необходимо следить за функцией кишечника, решительно избегая слабительных и вызывая стул посредством микроклизм через 1—2 дня. В дальнейшем, когда температура, пульс и лейкоцитоз выравниваются, на больной участок живота накладывают согревающий компресс или умеренно теплую грелку. Одновременно уже с первого дня заболевания назначают антибиотики (пенициллин, стрептомицин). Все эти общие указания необходимо индивидуализировать, все время наблюдая за больным.

При лечении абсцедирования, т. е. если инфильтрат увеличивается в размере при одновременных значительных колебаниях температуры, тем более при появлении флюктуации, возникает вопрос об опорожнении образовавшейся полости от гноя. Оперативное вмешательство состоит во вскрытии абсцесса через брюшные стенки (при абсцессе дугласова пространства) и обильной рыхлой тампонаде или дренировании. Орган, послуживший источником перитонита, лучше не трогать, т. к. стремясь его выделить, одновременно разрушают сращения и спайки, что может привести к общему перитониту.

Иначе поступают в начальных стадиях отграниченного перитонита, т. е. в первые 24—48 час. с момента заболевания. Клиническая картина в этот период не позволяет быть абсолютно уверенным, что наступило надежное отграничение и воспалительный процесс не перейдет в общий разлитой перитонит. Ввиду этого в наст. время всякий случай острого, даже, по-видимому, отграниченного, перитонита аппендикулярного происхождения в ранних стадиях болезни (в первые двое суток) предпочитают оперировать.

При операции удаляют червеобразный отросток (при перитоните, обусловленном прободением полого органа, зашивают перфорированную язву желудка или стенку кишечника и пр.). Затем удаляют экссудат и накладывают по возможности глухой шов на брюшную стенку. Результаты подобного оперативного лечения вполне удовлетворительны; благодаря своевременному

вмешательству и улучшению оперативной техники летальность значительно уменьшается.

По поводу лечения ограниченного воспаления вокруг желчного пузыря мнения хирургов расходятся. Аншуц, Штих считают необходимым активное вмешательство. Но не все хирурги придерживаются такой позиции, ссылаясь на то, что анатомические соотношения в области желчного пузыря таковы, что здесь почти постоянно образуются плотные спайки, отграничивающие воспалительный процесс, который в этом случае можно лечить консервативно. Впоследствии, когда инфильтрат рассосется, может возникнуть вопрос об оперативном устранении источника перитонита, т. е. об операции на желчных путях. В случаях, когда воспалительный процесс из прорвавшегося желчного пузыря при гнойном холецистите распространяется на всю брюшину, больного следует оперировать возможно раньше.

Хронический перитонит

Хронический перитонит может быть первичным и вторичным. Первичный хронический перитонит возникает при наличии длительно действующего инфекционного начала, перитонит вторичный — при затихании острого перитонита и постепенном переходе его в хроническую форму, что чаще всего наблюдается при пневмококковом перитоните.

Периодическое образование выпотов, травматические повреждения, химические раздражения и прочие воздействия могут явиться фактором, поддерживающим хроническое воспаление брюшины. Постоянное давление на определенные места брюшной стенки нередко вызывает хронический перитонит соответственно этому участку. У лиц, продолжительно страдающих опусканием внутренностей в грыжевой мешок на сальнике, брыжейке и других спускавшихся органах, находят рубцовые уплотнения в связи с постоянными повреждениями при попытке вправить эти органы в брюшную полость. На месте многократных проколов живота при асцитах также образуются уплотнения и рубцовые изменения.

Хронический перитонит наблюдается в виде экссудативного, похожего на асцит, и адгезивного, гиперпластического.

Хронический экссудативный перитонит наблюдается большей частью в молодом возрасте, чаще у женщин.

Травма, сильное охлаждение, возможно и другие еще не изученные причины являются этиологическими моментами подобного перитонита. Скопление серозной жидкости в брюшной полости наряду с наличием ее в плевре и перикарде наблюдается также при полисерозитах.

Клиническое течение и симптомы. Скопление серозной жидкости в брюшной полости происходит медленно, без каких-либо перитонеальных явлений. Больные не в состоянии точно указать начало болезни. В брюшной полости начинает появляться жидкость, количество которой постепенно увеличивается и может достигнуть значительного объема. Температурные колебания очень ничтожны, наблюдаются редко. Больные постепенно худеют, слабеют. Общее самочувствие больных нарушается. Наличие жидкости и опухолеподобных образований в брюшной полости, а также характер клин. течения позволяют диагностировать хронический перитонит. Клиническая картина экссудативного перитонита напоминает туберкулезное воспаление брюшины, особенно если в брюшной полости прощупываются опухолеподобные образования. Все же патолого-анатомические данные позволяют правильно поставить диагноз. Прививка экссудата в брюшную полость морской свинке решает вопрос о наличии туберкулезного перитонита. Экссудативный перитонит приходится также дифференцировать от асцитов при циррозах печени, застойных асцитов и ракового перитонита.

Предсказание благоприятное, т. к. при соответствующих терапев. мероприятиях больные выздоравливают. Лечение в общем симптоматическое. При скоплении значительного количества экссудата в брюшной полости приходится делать повторные проколы и выпускать жидкость. Для улучшения общего состояния назначают усиленное питание и соответствующие

медикаменты. Нередко смешивают хронический серозный перитонит с туберкулезом и оперируют таких больных, ограничиваясь только лапаротомией. После подобных чревосечений больные поправляются и нередко быстрее выздоравливают.

Адгезивный хронический перитонит наблюдается значительно чаще экссудативного и характеризуется образованием в брюшной полости обширных спаек и плотных рубцовых тяжей. Вирхов уже в 1853 г. обратил внимание на практическое значение, которое имеют отграниченные участки хронического воспаления брюшины, дающие обширные сращения.

Дальнейшие патолого-анатомические наблюдения во время операции на трупах показали многообразие этих спаек, локализующихся в различных отделах брюшной полости и связанных чаще всего с теми органами, к которым они ближе всего находятся. Чаще всего адгезивный хронический перитонит наблюдается вокруг червеобразного отростка, где постоянно поддерживается периодическими приступами аппендицита. Из-за обширных сращений с образованием тяжей и перемычек к припаянному и измененному чуть ли не в виде опухоли сальнику этот участок брюшной полости представляет как бы сплошную массу. Подобную форму обозначают как фибропластический перитонит. При этом все изменения, особенно при латентных формах аппендицита, могут распространяться вверх по восходящей части толстой кишки и симулировать опухоль или туберкулезу [Бергман, Браун, Керте и др.].

Клинические симптомы и течение. Симптоматология хронических адгезивных и склерозирующих перитонитов выражена недостаточно ясно, тем более, что первоначально болезнь протекает скрытно. В более поздние стадии, когда сращения и рубцы брюшины затрудняют опорожнение полых органов и нарушают их функции, картина болезни становится более ясной. У женщин старые процессы в малом тазу с образованием спаек, сращений и рубцов изменяют положение матки, причиняя нередко большие страдания. Хронически протекающий перитонит отражается на общем состоянии больных, заметно понижая их трудоспособность. В отдельных случаях течение болезни принимает острую форму: вокруг тяжа, рубца или спайки образуется перегиб петли и развивается острая непроходимость кишечника, требующая экстренного вмешательства.

Диагноз хронического слипчивого перитонита поставить трудно. Если при наличии соответствующих жалоб после лапаротомии чаще думают о послеоперационных спайках, то при наличии фиброзных и адгезивных перитонитов спайки в большинстве случаев не распознаются. Затруднения состоят еще в том, что клин, картина редко соответствует имеющимся патолого-анатомическим изменениям. На вскрытиях иногда находят обширные спайки и сращения, которые при жизни не причиняли почти никаких страданий, и, наоборот, сравнительно небольшие изменения на определенном участке брюшины сопровождаются тяжелой клин, картиной, заставляющей прибегать к хирургическому лечению. Рентгенологическое исследование не дает полной картины имеющихся изменений.

Пневмоперитонеум в ряде случаев позволяет ориентироваться относительно наличия сращений и тяжей, но не всегда.

Лечение хронического перитонита.

Лечение, В случаях, когда больные из-за сильных болей избегают приема пищи, постепенно теряют вес и в связи с этим впадают в тяжелое психическое состояние, приходится прибегать к оперативному разделению спаек. Однако нет гарантии, что на месте разделенных спаек вновь не появятся сращения и не возобновятся симптомы болезни. Предложение во избежание рецидивов разделять спайки не ножом, а пайпреглевским раствором себя не оправдало. Предложение Кюммеля использовать в этих целях гуманоль не достигло цели: спайки появлялись вновь. Еще сложнее положение при фибропластическом перитоните, при котором оперативное вмешательство всегда встречает большие технические затруднения.

При всех операциях слипчивого или фиброзного перитонита необходимо удалять видимый источник воспалительного процесса. Чаще всего хроническое воспаление локализуется вокруг червеобразного отростка, который, несмотря на технические трудности, должен быть удален. В отдельных случаях, когда вследствие обширных сращений имеются перегибы кишечника, может возникнуть вопрос о наложении соустья между соответствующими петлями кишок. Хирургическое лечение хронических слипчивых и фиброзных перитонитов не следует все же считать обязательным, кроме тех случаев, когда имеются жизненные показания. Во всех остальных случаях терап. лечение, по преимуществу симптоматического характера (устранение болей, запоров и пр.), и физиотерапевтические мероприятия улучшают общее состояние больных и восстанавливают трудоспособность.

Туберкулезный перитонит как первичное заболевание встречается очень редко, чаще он развивается вторично; протекает обычно медленно. По данным патолого-анатомических исследований туберкулезный перитонит встречается чаще, чем в клинике. По тем же данным, у мужчин и женщин это заболевание встречается одинаково часто, хотя по клин. материалам у женщин туб. перитонит встречается несколько чаще, причем у значительной части из них процесс связан с туб. воспалением полового аппарата. Первично заболевают и служат очагами инфекции легкие, плевра, кишечник, ме-зентериальные и забрюшинные лимф. узлы, находящиеся по соседству с брюшной полостью туб. очаги в костях и суставах (коксит) и т. д. При патолого-анатомическом исследовании макроскопическая картина туб. перитонит зависит от характера инфекции, стадии и продолжительности процесса. Большей частью брюшина представляется бледной, усеянной милиарными бугорками или же на ней отмечаются различной величины красноватые пятна, вплоть до кровянистых. Экссудат также нередко бывает кровянистым, но чаще серозным, серо-фибринозным; редко обнаруживается серозно-гнойный и еще реже чисто гнойный выпот. В экссудате преобладают одноядерные элементы, главным образом лимфоциты; туб. палочки нередко удается обнаружить лишь с большим трудом и то только путем прививки животным.

Клинические симптомы и течение. Различают следующие формы туб. перитонит:

1) экссудативная, характеризующаяся образованием значительного количества серозной жидкости;

2) так наз. сухая форма, при которой возникают обширные спайки между петлями кишечника, сращения сальника с образованием опу-холеподобных бугров и очагов творожистого распада;

3) так наз. язвенно-гнойная форма, также протекающая с множественными сращениями, между которыми расположены гнойные и творожистые очаги распада. Возможны сочетания перечисленных форм туб. перитонит. Так, например, наряду с обширными сращениями отдельных петель кишечника может быть выпот, заключенный между ними в виде отдельных кист, наполненных серозной жидкостью, а в некоторых случаях и гноем.

Фибриновые налеты от мутной зернистости вплоть до рубцовых наслоений на различных участках брюшины ведут к образованию сращений и спаек. Спайки эти являются по существу грануляционной тканью, в которой большей частью имеются творожисто измененные бугорки. В дальнейшем грануляционная ткань превращается в плотную соединительную, захватывающую значительный участок брюшной полости, и способствует плотному сращению кишечника с соседними органами и пристеночной брюшиной. Брыжейка может настолько рубцово измениться, стать такой уплотненной и укороченной, что кишечник оказывается как бы притянутым к ее корню. В ряде случаев такие обширные плотные спайки и сращения клинически проявляются сравнительно мало.

Жалобы больных сводятся, в первую очередь, к увеличению объема живота и периодически повторяющимся болям в нем, не достигающим, однако, той интенсивности, как при остром перитоните. По мере скопления жидкости в брюшной полости больные начинают задыхаться при ходьбе и жалуются на сердцебиение. По временам может повышаться температура, ухудшается общее состояние, больные бледнеют, худеют и часто выглядят кахетичными. Рвота наблюдается редко. Часто отмечается расстройство деятельности кишечника, развивающееся вследствие рубцовых изменений брыжейки обширных сращений и спаек, сужения самой кишечной трубки. В последнем случае боли могут стать очень интенсивными и постоянными. Имеющаяся в брюшной полости жидкость может как бы инкапсулироваться в отдельных замкнутых полостях, симулируя флюктуирующие опухоли. Рубцово измененный сальник или увеличенные мезентериальные железы нередко принимаются за бугристые опухоли.

Список литературы.

Бородин Ф.Р.. Избранные лекции. М.: Медицина, 2010г.

Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. М., 2012.

Зеленин С.Ф. Краткий курс истории медицины. Томск, 2014.

Сточник А.М. Избранные лекции по курсу лечения перитонита. – М., 2004.

Сорокина Т.С. Хронический перитонит. –М.,2017г.

Справочник врача общей практики/ Н. П. Бочков, В. А. Насонов, Н. Р. Палеева.Москва: Эксмо-Пресс, 2018г.