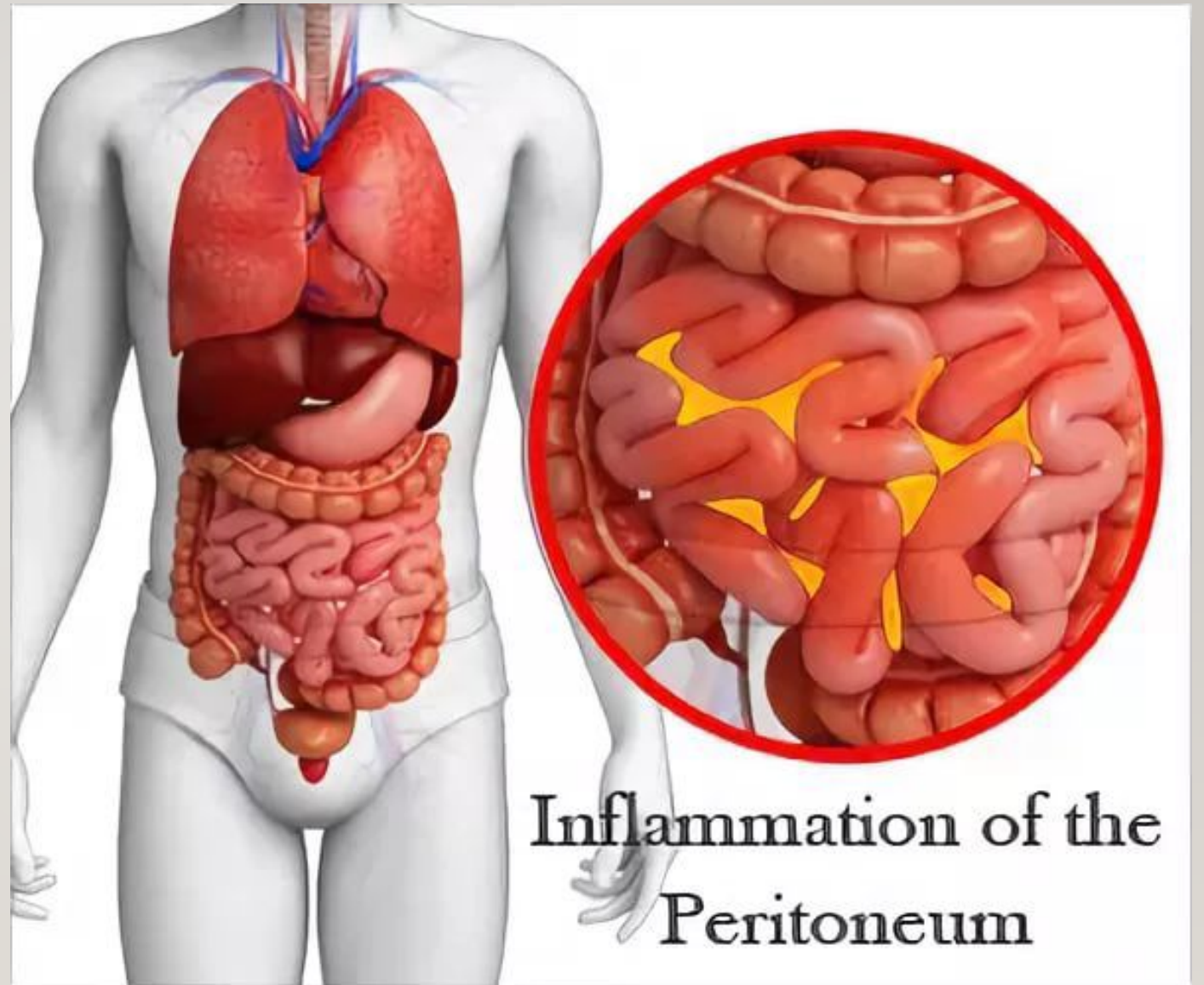


ПЕРИТОНИТ

ПРЕЗЕНТАЦИЮ ДЕЛАЛИ СТУДЕНТЫ ГРУППЫ МЛ-304

МАМЕДОВА НОННА И ЛУЧКИНА АНАСТАСИЯ

Перитонит- воспаление
брюшины,
сопровождающееся
функциональными,
структурными изменениями
со стороны органов и систем
организма.

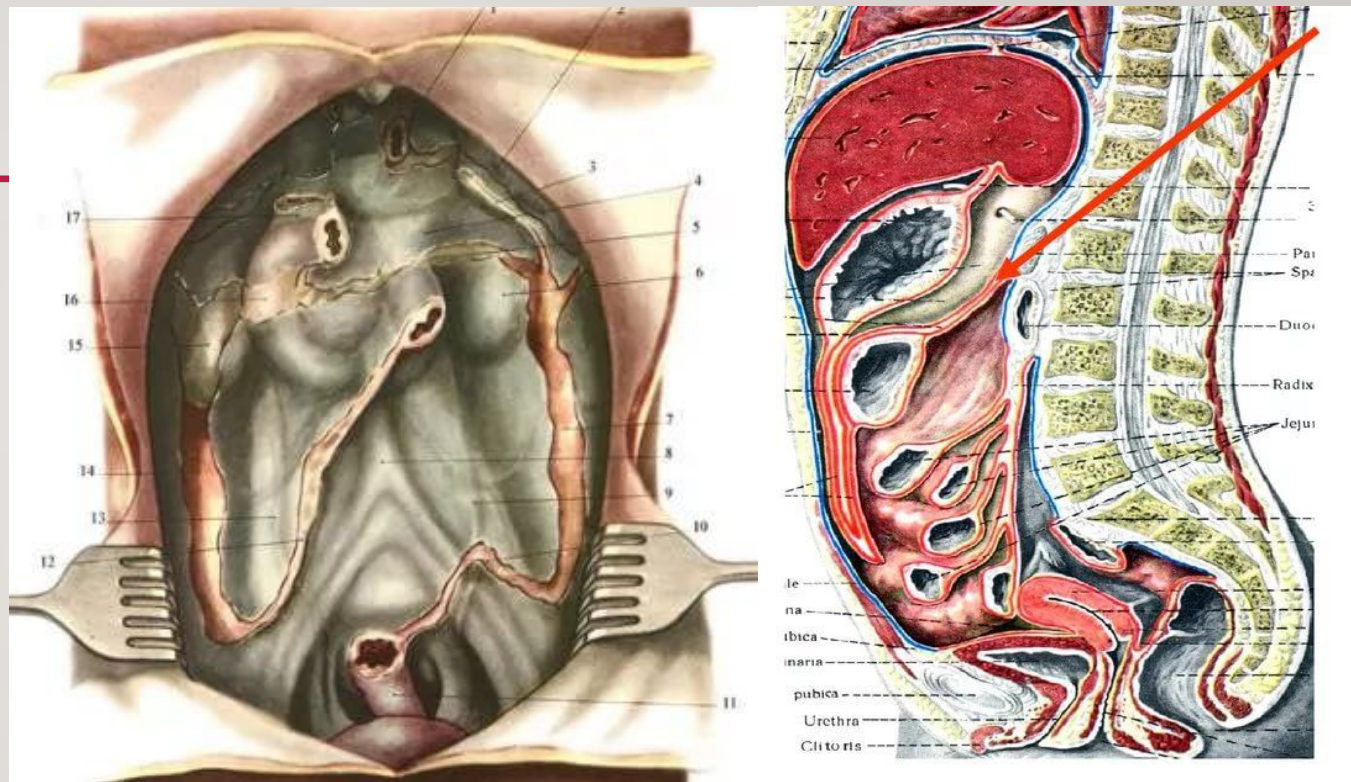


Inflammation of the
Peritoneum

АНАТОМИЯ

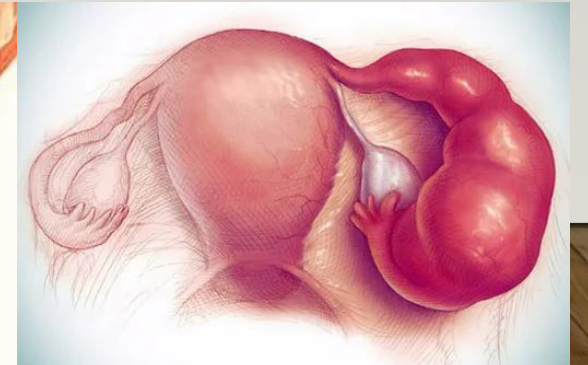
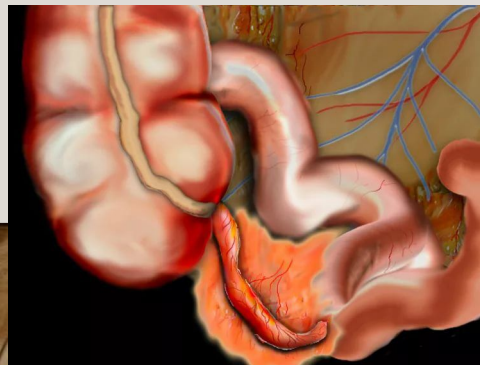
Верхний и нижний этаж сообщаются между собой по правому латеральному каналу и щелью между большим сальником и париетальной брюшиной, по которым экссудат может распространяться в обоих направлениях

Большой сальник играет важную роль в отграничении и осумковании гнойного процесса. До 15% всей резорбции из брюшной полости идет через нег



ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА

- Острые воспалительные процессы органов ЖКТ (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит)
- Острые гнойные процессы женских половых органов (острый сальпингит, острый аднексит)
- Нарушение целостности органов ЖКТ (перфорация язвы желудка)
- Гангрена стенки кишки
- Острые гнойные воспалительные процессы соседних органов (гнойный плеврит, пионефроз, паранефроз, забрюшинная флегмона)



ПО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ


ПЕРИТОНИТ

- **Микробный перитонит**

- ✓ Неспецифические (вызванные микрофлорой ЖКТ): Стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, энтерококки, бактероиды, эубактерии;
- ✓ Специфические (не имеющие отношения к ЖКТ) : гонококки, пневмококки, палочка Коха, гемолитические стрептококки.

- **Асептический перитонит**

При попадании в брюшную полость крови, желудочного сока, ферментов поджелудочной железы, желчи .

(Через 4-5 часов после начала развития патологического процесса наблюдается процесс инфицирования  гнойный экссудат)

ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ
ПЕРИТОНИТ

ОСТРЫЙ

- Проявление нагноительного процесса в брюшной полости.
- В практической хирургии встречается чаще.

ХРОНИЧЕСКИЙ

- В подавляющем большинстве случаев носит специфический характер : туберкулезный, паразитарный, канкрозный асцит-перитонит и т.д.

ПО ХАРАКТЕРУ ПОРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ

ПЕРИТОНИТ

ПО ОТГРАНИЧЕННОСТИ

- 1. Отграниченный перитонит**
(абсцесс или инфильтрат)
- 2. Неотграниченный перитонит**
(нет четких границ)

ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

- 1. Местный**
(отграниченный/неотграниченный):
занимает один отдел брюшной
полости;
- 2. Распространенный:** занимает 2-5
отделов брюшной полост;
- 3. Общий (тотальный):** тотальное
поражение брюшины-6 и более.

ПЕРИТОНИТ

ПО ХАРАКТЕРУ ЭКССУДАТА

1. Серозный
2. Фиброзный
3. Гнойный
4. Гнилостный
5. Геморрагический
6. сухой

ПО ХАРАКТЕРУ ИНФИЦИРОВАНИЯ

1. **Первичный** : инфицирование гематогенно/лимфогенно
2. **Вторичный**: инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний брюшной полости

ОСОБЫЕ ФОРМЫ ПЕРИТОНИТА

1. Канцероматозный (при запущенных стадиях опухолей органов брюшной полости)
2. Паразитарный
3. Ревматоидный
4. Гранулематозный (в результате высыхания поверхности брюшины в ходе операции, воздействие талька с перчаток хирурга, частиц шовного материала)

Post-operative Bile Leakage with Resulting Peritonitis



Флегмона лапаротомной раны

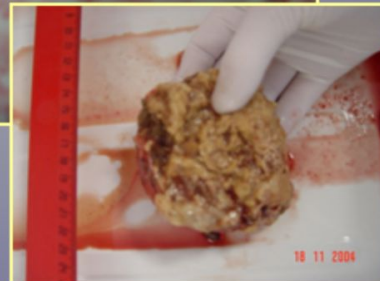
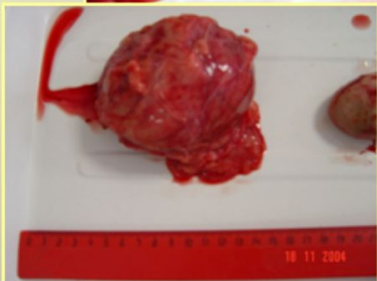
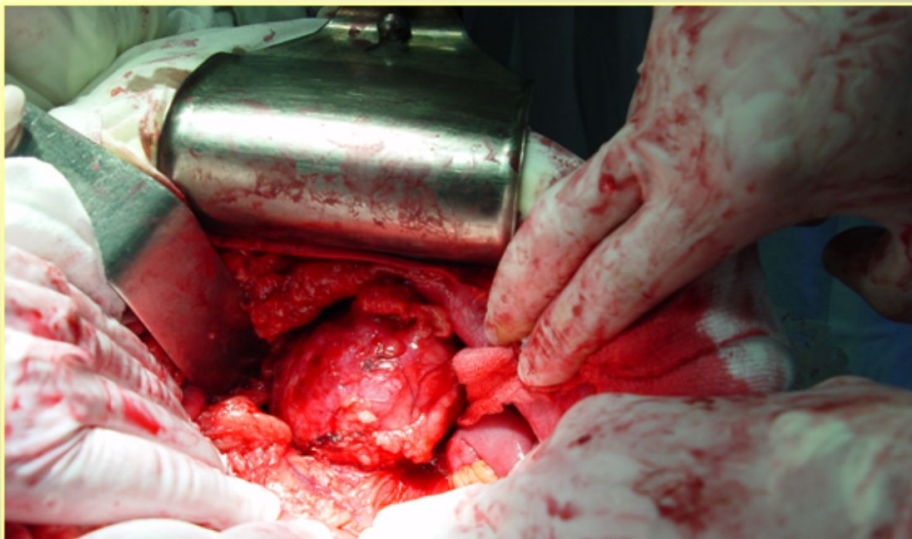
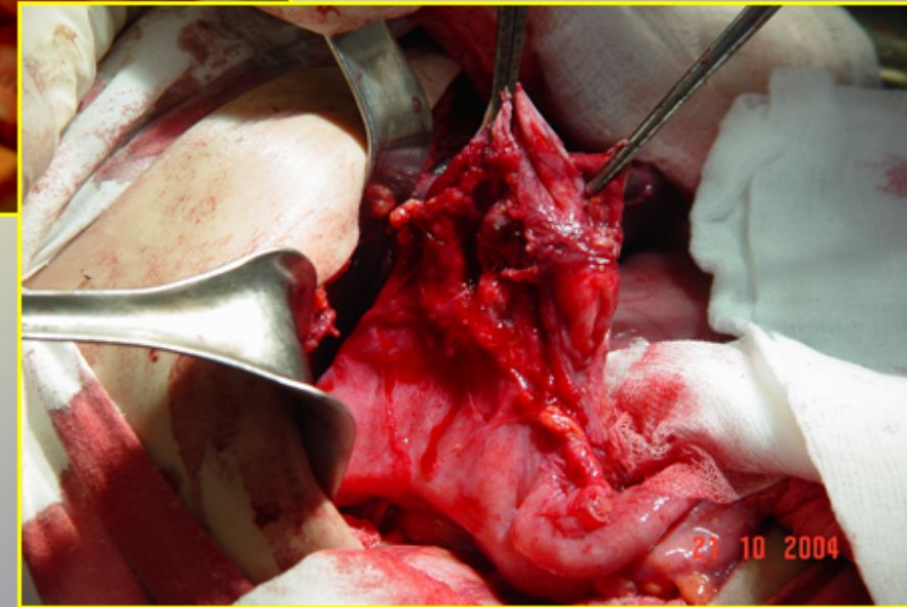
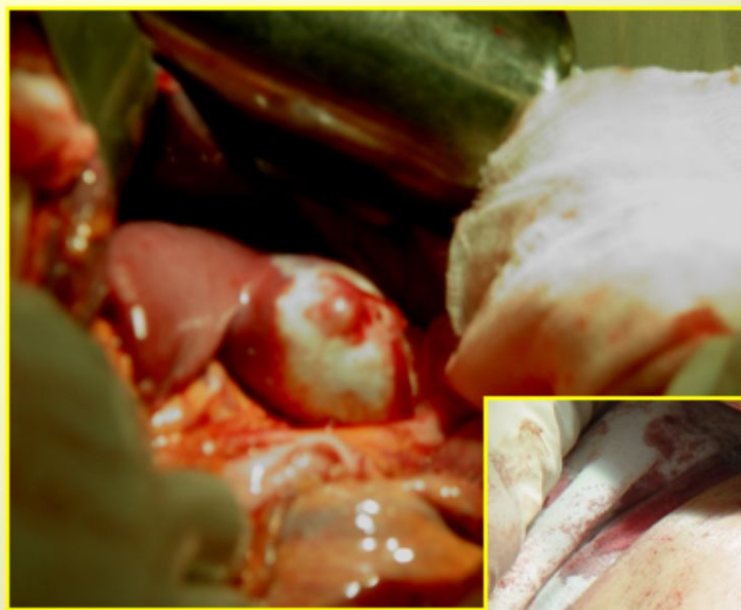


П-т К. Ю.А., 54. Ds: послеоперационный общий гнойно-фибринозный перитонит. Тотальная флегмона передней брюшной стенки. Ранее неоднократно оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, аппендикулярного абсцесса с прорывом с свободную брюшную полость, общего гнойного перитонита, множественных тонкокишечных свищей. 13.01.05 выполнена релапаротомия, ревизия, санация, дренирование брюшной полости, дренирование флегмоны передней брюшной стенки. Тотальная флегмона передней брюшной стенки

Наложение вторичных кожных швов после санации флегмоны передней брюшной стенки.



Паразитарные кисты (эхинококкэктомия)



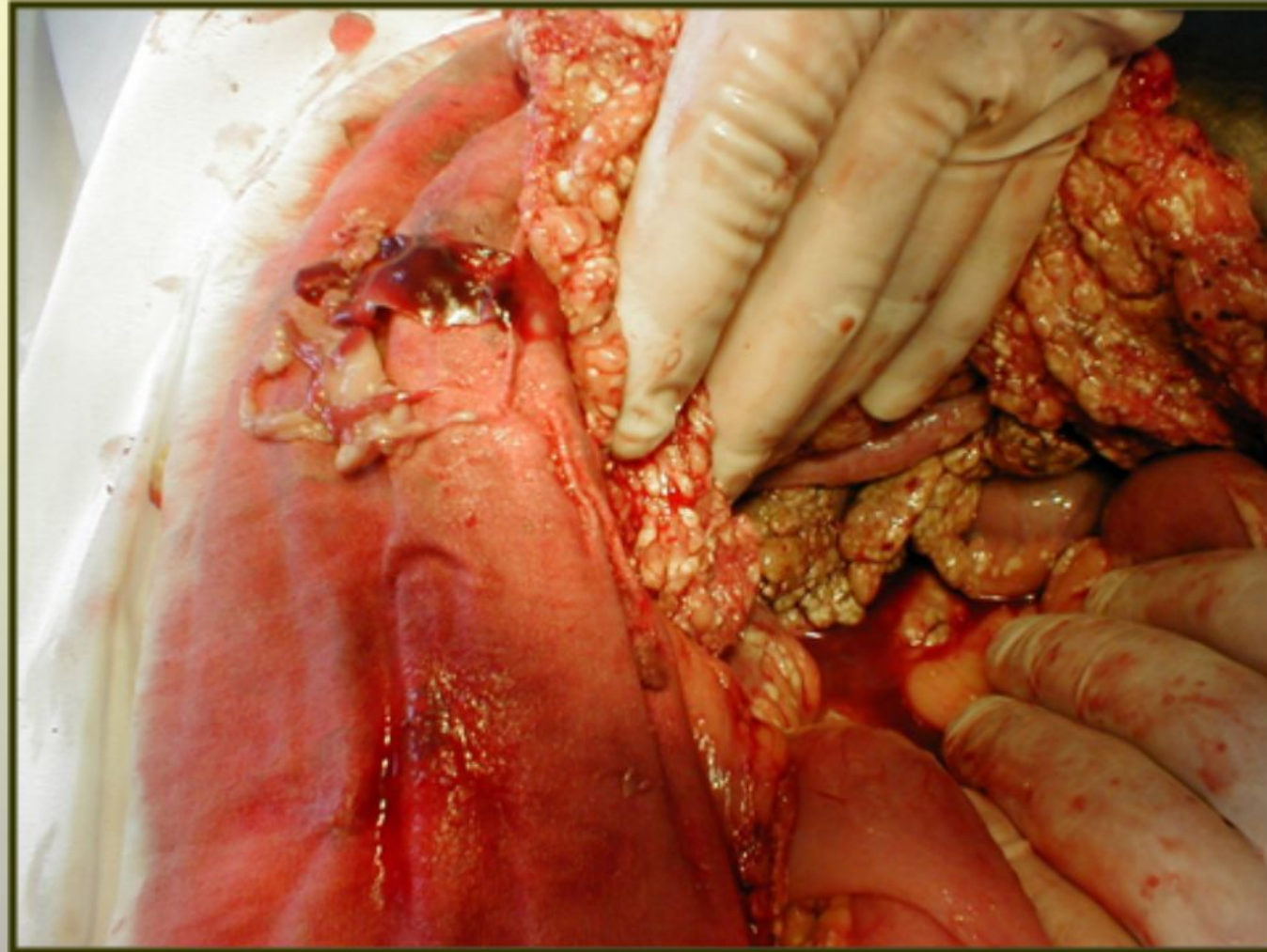


Типичные патологические изменения органов брюшной полости при разлитом гнойно-фибринозном перитоните

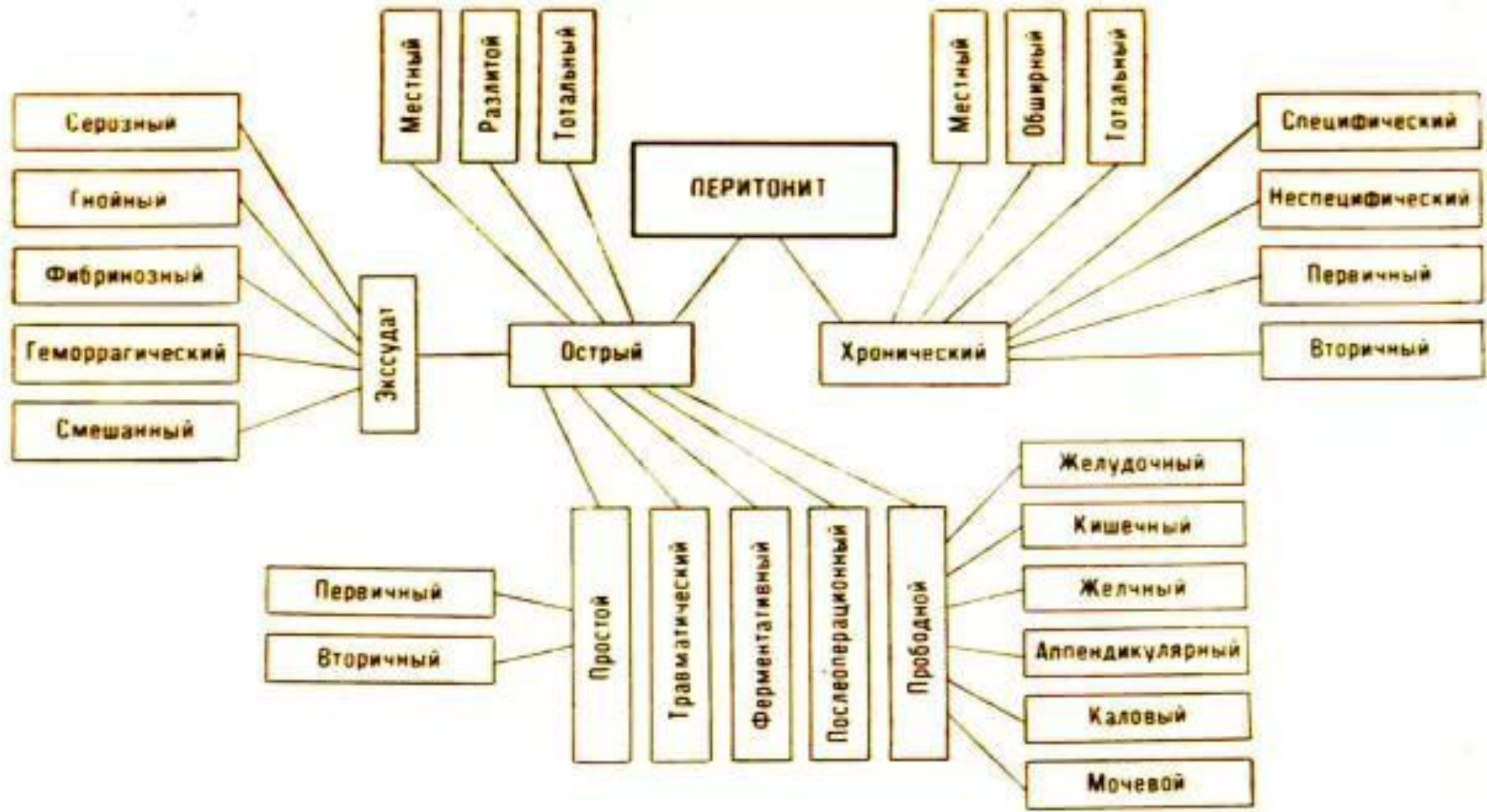
Макропрепараты резецированных большого сальника и селезенки



Пациент Т. диагноз : инфицированный панкреонекроз. Гнойно-некротический парапанкреатит, смешанный тип (центрально-право-левый). Тотальная забрюшинная флегмона. Общий гнойный перитонит. Инфекционно-токсический шок. ОПН.







СТАДИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

- I. Реактивная (первые 24 часа) – местные проявления
- II. Токсическая (24-72 часа) – проявление в виде интоксикации
- III. Терминальная (свыше 72 часов)




НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ- РЕАКТИВНАЯ



Развитие воспалительных процессов, местный перитонит переходит в разлитой. Боль, интенсивность, иррадиация

Почти всегда бывают рефлекторная рвота, тошнота

Больной имеет вид страдающего человека, покрытого холодным потом, в вынужденном положении;

t , АД  слегка, пульс , язык с белым налетом, грудная стенка не принимает участие в акте дыхания, нарастающая интоксикация, вздутие брюшной стенки. Боль при пальпации.

ТОКСИЧЕСКАЯ СТАДИЯ

Продолжительность: 2-3 суток. Выраженный процесс воспаления.

В выпоте : фибрин и гной. Фагоцитоз ↓, нарушение кровообращения в кишечных петлях.

У больного слабость, жажда. Мучительная рвота. Рвотные массы темные, бурые – «фекальная рвота». Кожа влажная, лицо бледное, заостряются, глаза западают. Цианоз кончика носа, ушных мочек, губ.


Ад ↓, дыхание учащенное, пульс ↑, пульсовое давление ↓,

Язык сухой, с темным , плохо снимающимся налетом. Живот вздут, умеренно напряжен, умеренно болезнен при пальпации. Затрудненное болезненное мочеиспускание

ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ- НЕОБРАТИМАЯ

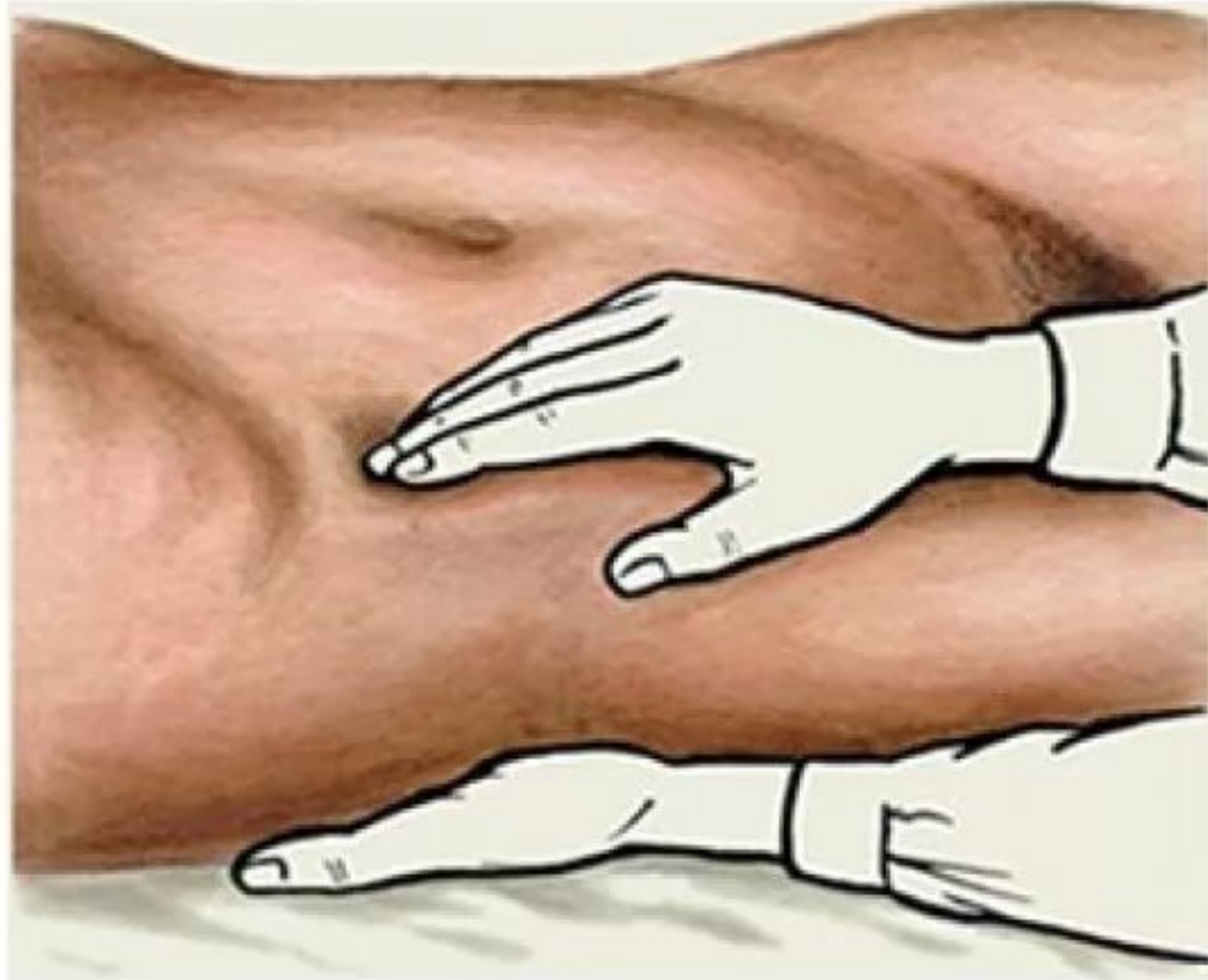
Длится 3-5 суток. Тяжелое состояние больного. Лицо Гиппократата. Спутанное сознание(мб эйфория). Желтушная бледная кожа. Цианоз. Отсутствуют боли в животе. Пальпация малоблезненна, живот вздут.

ДИАГНОСТИКА

- Наличие кардинальных симптомов: интенсивные боли в животе(возникают внезапно), симптом раздражения брюшины – Щеткина-Blumberg, выраженное напряжение мышц брюшной стенки (от легкого намека на мышечную защиту до «доскообразного» напряжения).
- Местные симптомы- интоксикация: t, недомогание, слабость, нарушение ф-ии жизненно важных органов.
- Нередко развивается состояние коллапса.
- Характерный вид больного: бледные кожные покровы(с синюшным оттенком), лицо Гиппократата.

Симптом Щёткина - Блюмберга

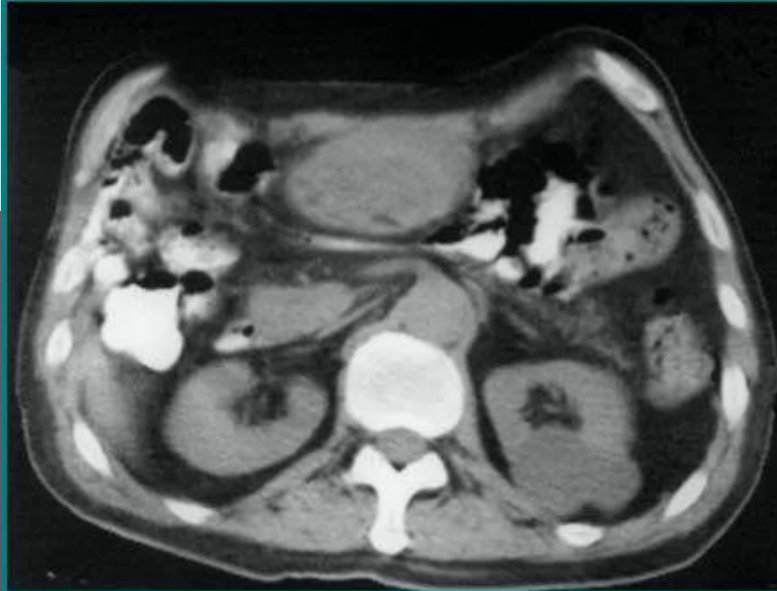
Медленное надавливание на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием усиливает боль



**В МОМЕНТ
СНЯТИЯ
ПАЛЬЦЕВ С
ЖИВОТА
БОЛЬНОГО.**

Воспалительный инфильтрат брюшной полости

КТ

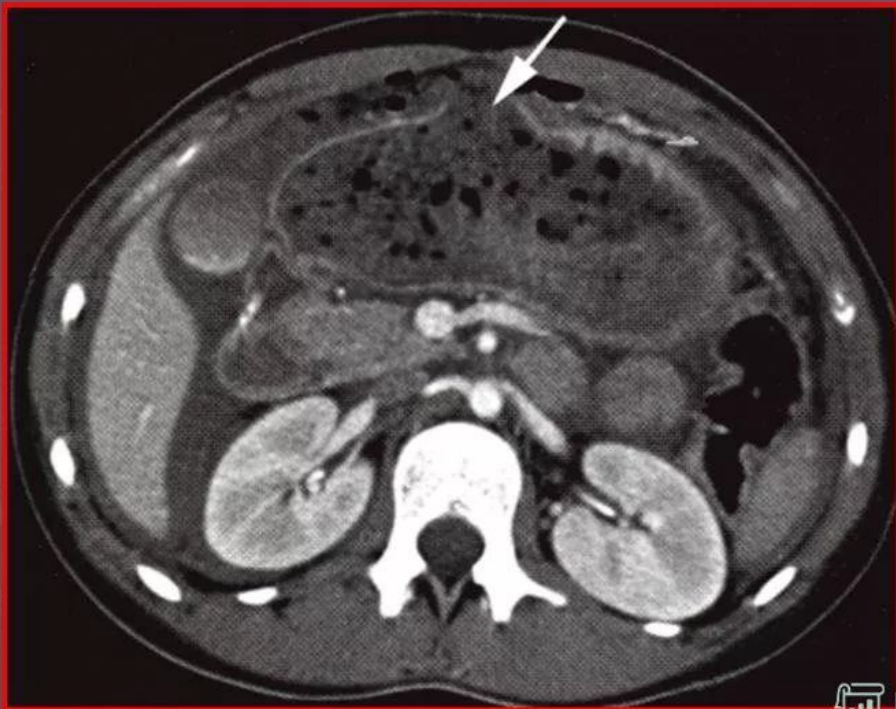


Без признаков абсцедирования



Нагноение инфильтрата

Разрыв стенки желудка



УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

Вторичный бактериальный перитонит

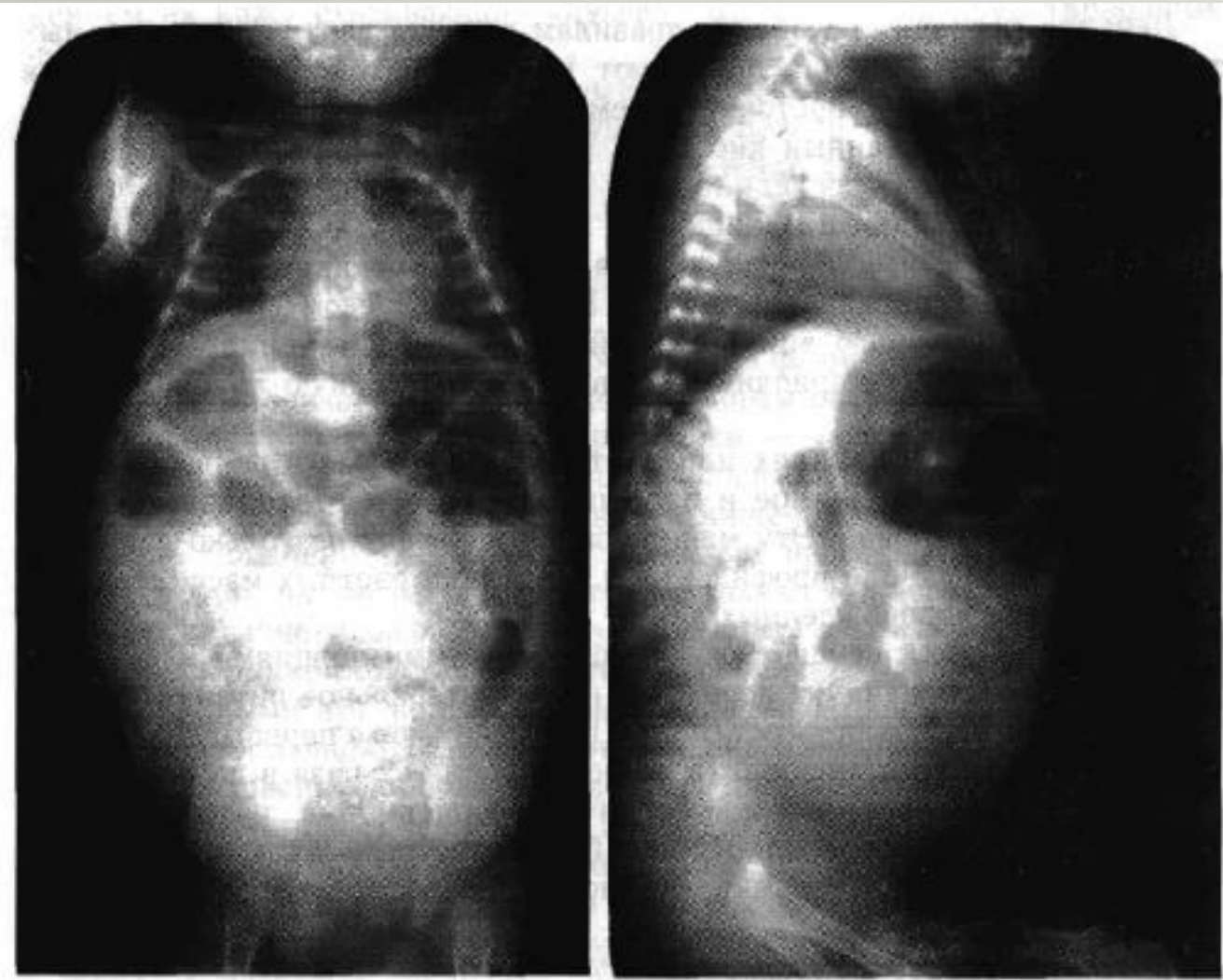


Нити фибрина в АЖ больного туберкулезом брюшины



Нити фибрина в АЖ больного ЦП с асцитом и деструктивным аппендицитом

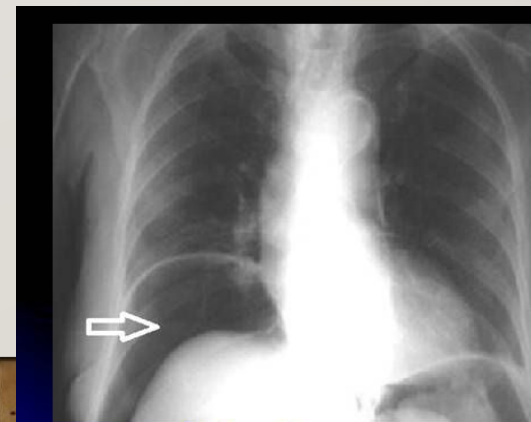
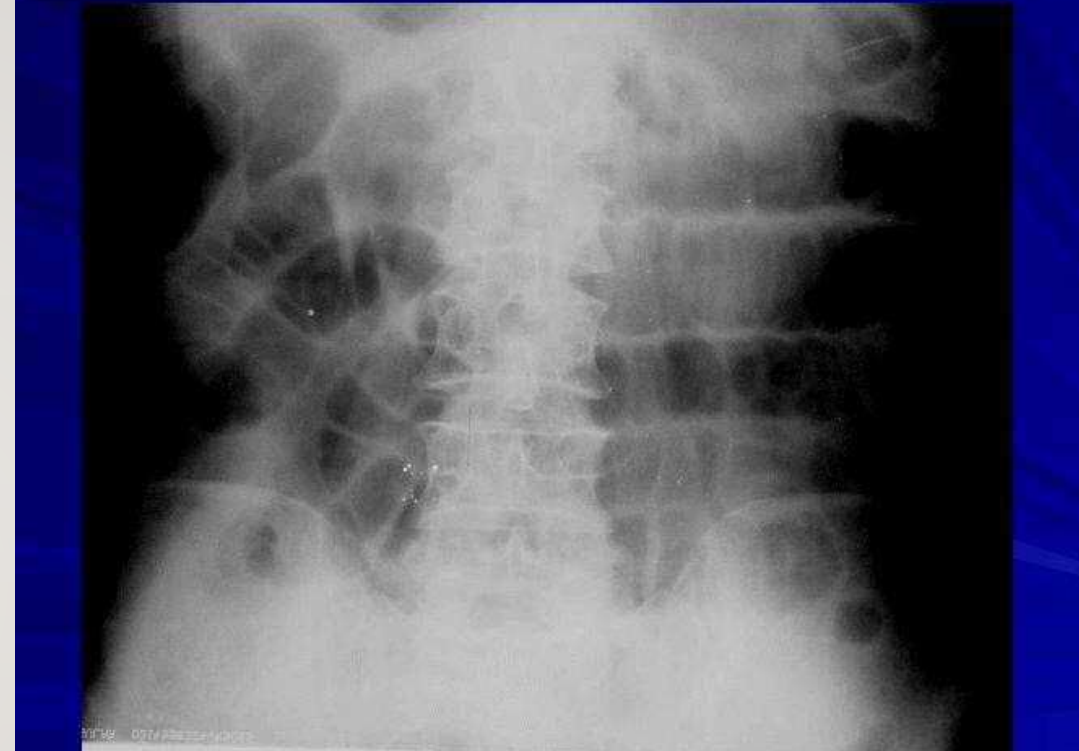
Рентгенограмма. Перитонит. Расширены петли тонкой кишки, утолщены складки и стенки



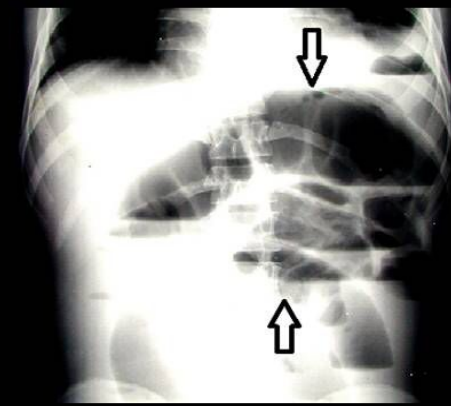
а

б

Рис. 80. Рентгенограмма брюшной полости ребенка с первичным перитонитом. а — прямая проекция; б — боковая проекция.



Свободный газ под правым



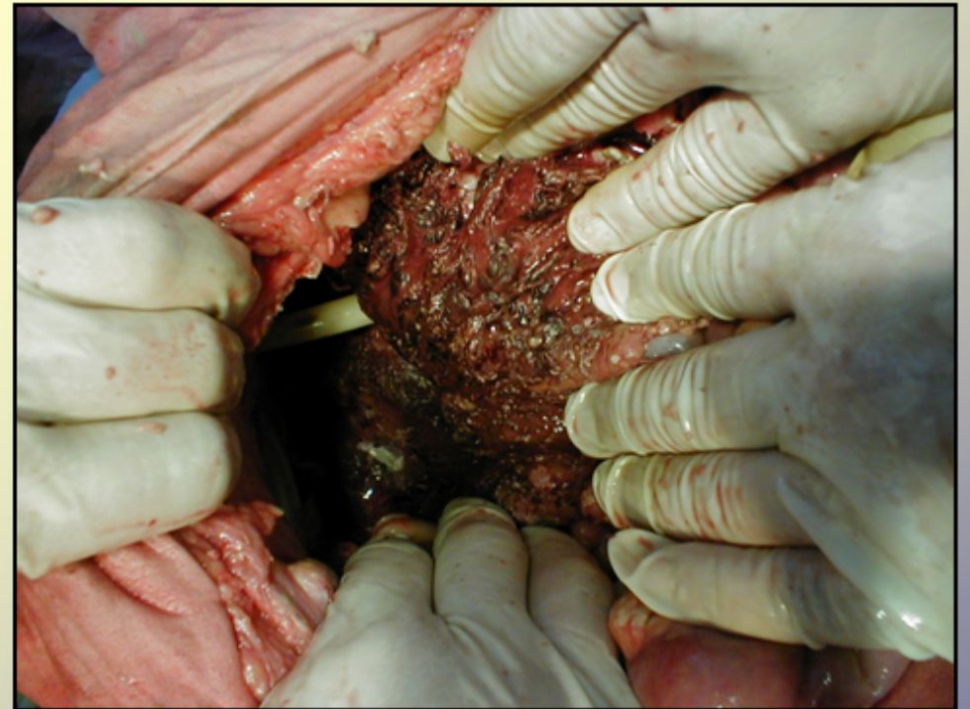
Множественные горизонтальные

ЛЕЧЕНИЕ (МЕСТНОЕ-ХИРУРГИЧЕСКОЕ)

Выполняется в экстренном порядке

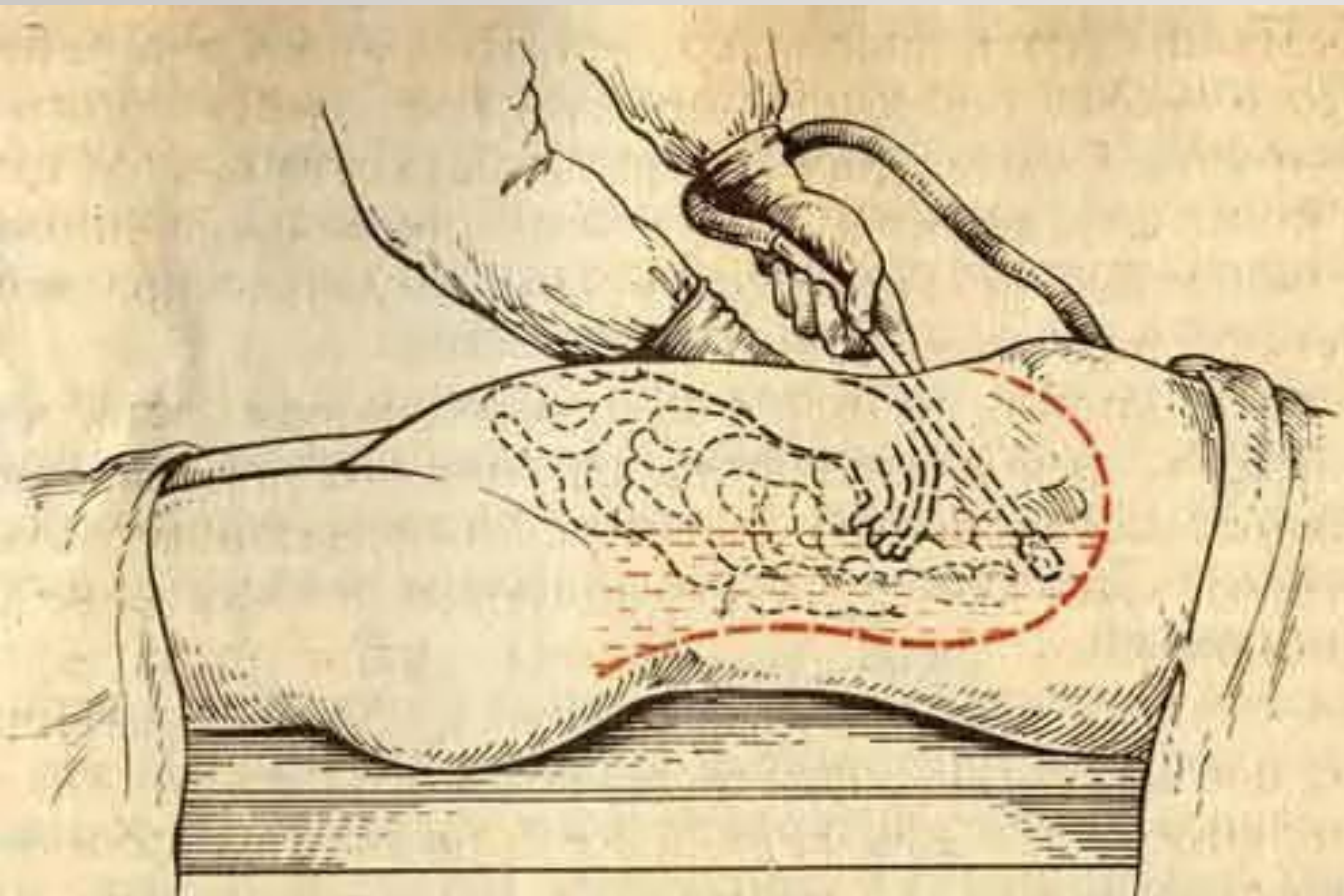
Цель: устранить очаг инфицирования с помощью радикальной операции:

- 1. Эктомия, резекция, ушивание;*
- 2. Вскрытие и дренирование полости гнойника (если очаг инфицирования удалить невозможно).*



Выполнена лапаротомия, некрэктомия, резекция большого сальника, спленэктомия, каудальная резекция поджелудочной железы, вскрытие, дренирование забрюшинной флегмоны

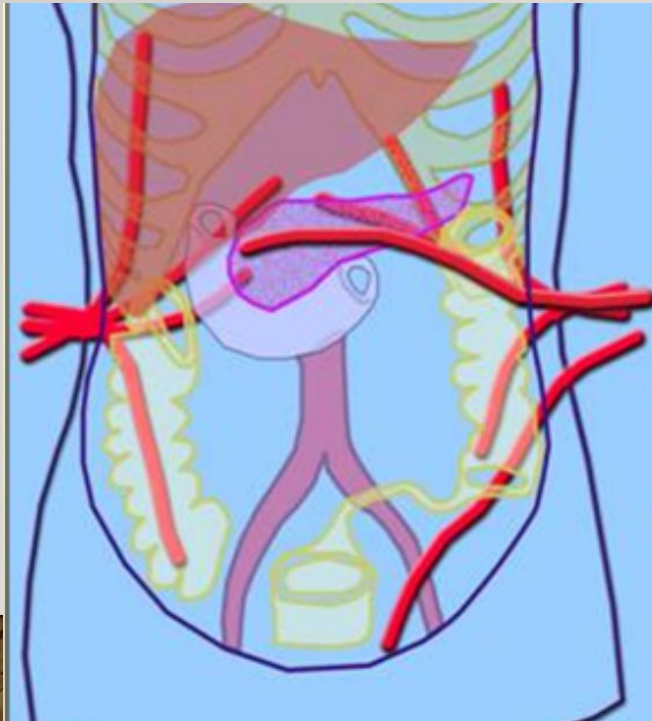
Удаление жидкого экссудата путем аспирации с помощью отсоса.
Из поддиафрагмального пространства, подвздошных ямок и полости
малого таза. Удаление фибрина (если легко снимается)



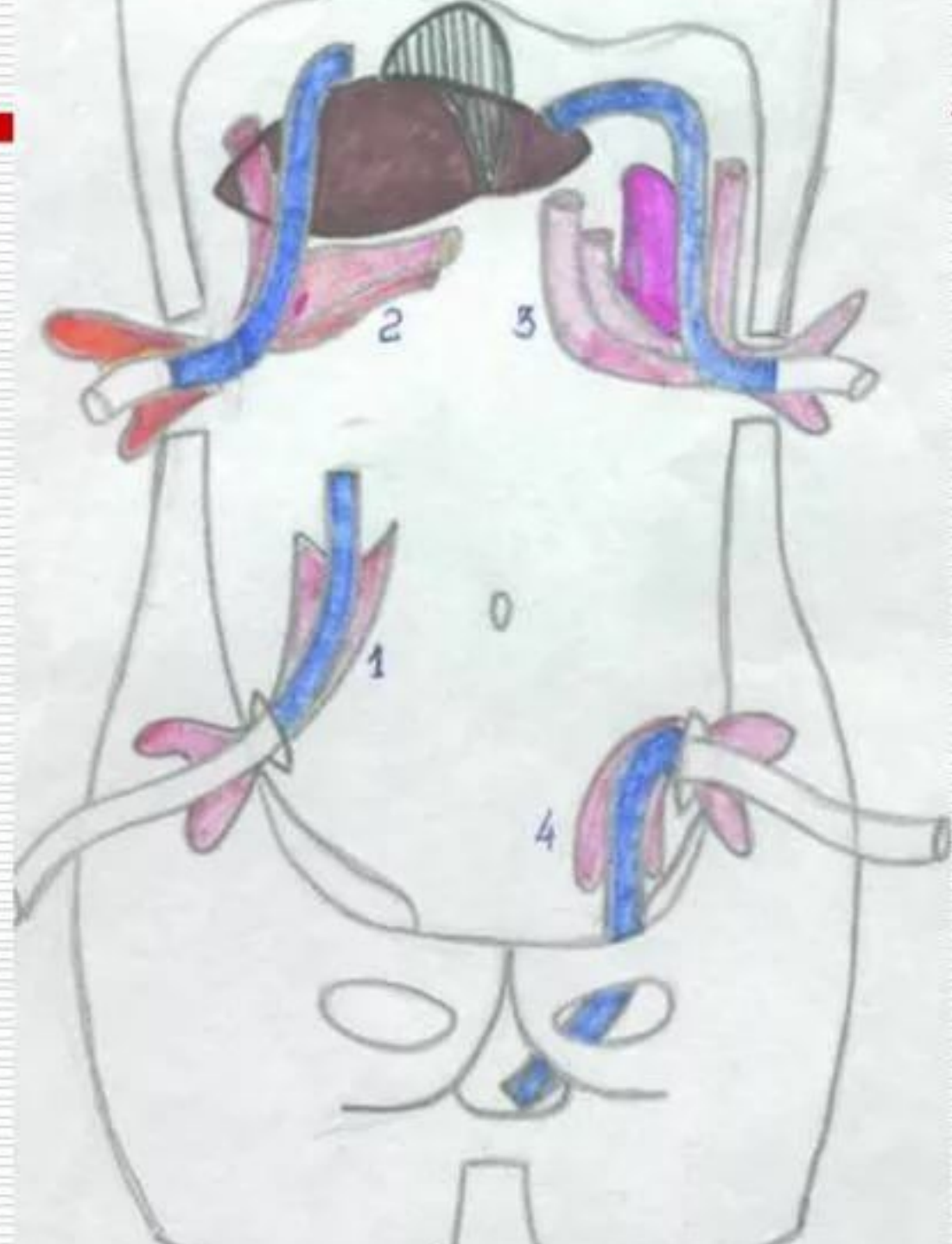
Промывание брюшной полости раствором антисептика при разлитой форме перитонита!(при местном –противопоказано)

Если источник инфекции надежно устранить нельзя, то брюшная полость должна быть дренирована.

Возможно использование активных промывных систем, подключаемых к двухпросветным дренажам, выведенным в различные участки брюшной полости



Точки
дренирования
брюшной
полости

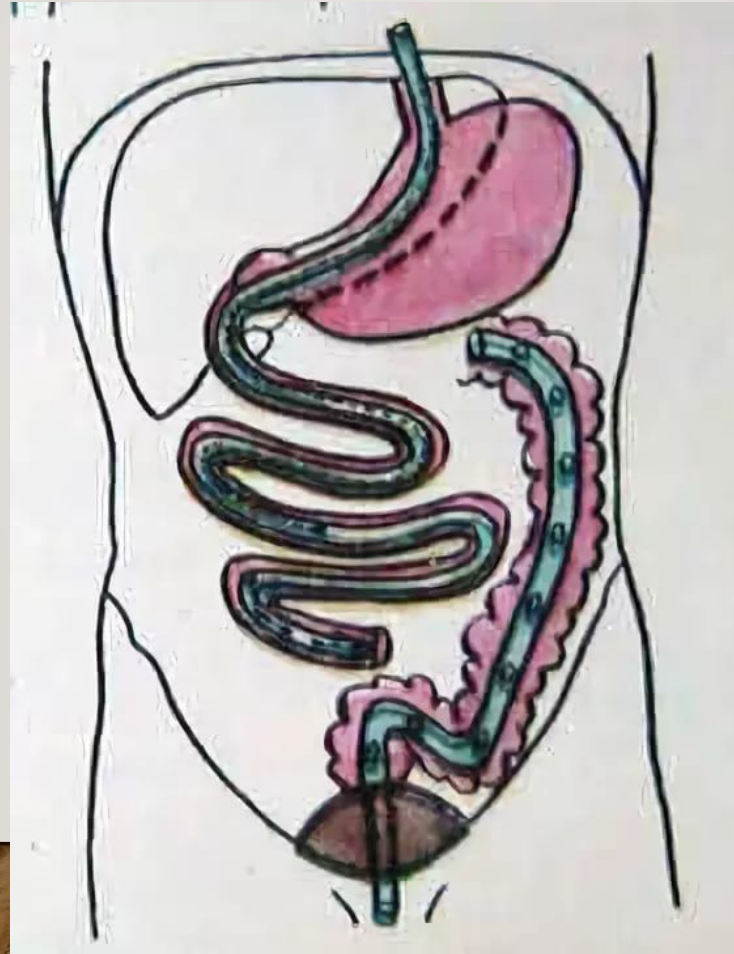


При разлитых перитонитах с длительным воспалением в брюшной полости в послеоперационном периоде рекомендуется проводить **релапаротомии** для санации брюшной полости- **санационная релапаротомия**



Рис.2. Состояние после релапаротомии, тотального энтеролиза, резекции тонкой кишки, реилеостомии

Во время интубации необходимо сделать интубацию тонкого кишечника и желудка двупросветным зондом для эвакуации содержимого ЖКТ, скапливаемого в просвете желудка и кишечника в результате пареза стенок этих органов (обусловленного перитонитом)



Цель:

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. компенсация патологических сдвигов, развившихся в органах
 2. Борьба с общей инфекцией и интоксикацией
-

Антибиотикотерапия (антибиотики широкого спектра- внутривенно, внутрибрюшинно)

Массивная трансфузионная терапия позволяе: 1)ликвидировать нарушение водно-электролитного обмена;
2)Восстановить белковый, углеводный обмен
3)Поддержать ф-ию жизненно важных органов
4)Обеспечить парентеральное питание
5)Активировать иммунную систему

Экстракорпоральная детоксикация организма:

гемосорбция, плазмаферез, лимфосорбция

(Для лечения перитонитов с тяжелой общей реакцией организма)

Только выполнение своевременной операции в сочетании с активным общим лечением позволяет спасти жизнь больного.



Конец.