

СИНДРОМ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ». ПЕРИТОНИТ

«Острый живот» — собирательный термин, под которым понимают острое воспаление брюшинного покрова в результате инфицирования из просвета полых органов или повреждения паренхиматозных органов с истечением в брюшную полость крови, желчи, мочи.

Больных с «острым животом» немедленно госпитализируют в хирургическое отделение. Клиническая картина «острого живота» обусловлена разлитым или ограниченным воспалением брюшины.

Причины:

- травмы внутренних органов (селезенка, печень, желудок, кишечник и т. д.);
- прободение полого органа (прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки);
- воспаление брюшины при проникновении микробов гематогенным и лимфогенным путем;
- воспалительные заболевания — аппендицит, ОКН, острый холецистит, панкреатит, тромбозы мезентеральных сосудов;
- кровотечение в брюшную полость;
- гинекологические заболевания (внематочная беременность, апоплексия кисты яичников);
- острая задержка мочи, перелом позвонков и ребер;
- нехирургические заболевания: инфаркт миокарда сердца, пневмония, плевриты и т.д.

Клиника:

Общие симптомы:

- может рвота и понос;
- в разгаре заболевания температура 39–40°C;
- высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево.

Местные симптомы (живот):

Боли в животе.

При осмотре — щадит в акте дыхания (больного просят надуть живот).

При пальпации напряжение мышц живота — доскообразный живот:

- симптом Щеткина — Блюмберга положительный (при нажатии кистью на живот боли нет, сильная боль появляется при резком отнятии кисти).

При перкуссии — может отсутствовать печеночная тупость (над печенью исчезает тупость, так как под диафрагмой скапливается газ — при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки и повреждениях желудка и кишечника); при наличии жидкости в брюшной полости — тупость внизу живота.

При аускультации — ослабленная перистальтика или «гробовая тишина» (перистальтика не выслушивается).

Неотложная помощь: немедленно госпитализировать на носилках в хирургическое отделение.

Категорически запрещается:

- очистительные клизмы;
- антибиотики;
- наркотики;
- грелки;

- пить и есть.

Если при поступлении диагноз не ясен, больного кладут для наблюдения, после уточнения диагноза — операция.

ПЕРИТОНИТ

Брюшина делится на **висцеральную**, которая покрывает органы брюшной полости, и **пристеночную (париетальная)**, она выстилает брюшную полость. Брюшина равна площади тела. Функция — выделительная и всасывание.

Перитонит — это воспаление брюшины. Им осложняются все воспалительные заболевания брюшной полости: острый аппендицит — 50%, прободная язва — 10%, острый панкреатит и холецистит — 10%, кишечная непроходимость, ущемленная грыжа, гинекологические заболевания, а также травмы живота — 10%, на все остальное — 20%.

Классификация:

1. По клиническому течению: острый и хронический. Хронические чаще бывают специфической этиологии: туберкулезный, паразитарный и т. д. Чаще на практике встречается острый.

2. По характеру выпота: серозный, гнойный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, каловый, желчный, мочевого и т. д.

3. По возникновению: первичный и вторичный — осложнение других заболеваний, встречается чаще, чем первичный.

4. По этиологии — микробный — стафилококковый, стрептококковый, гонококковый и т. д. И асептический (причины — кровь, желчь, панкреатический сок).

5. По распространенности:

Местные: ограниченный (абсцесс) и неограниченный. Они занимают не более двух областей.

Распространенные: диффузный — занимает 2–5 областей и разлитой (общий) — занимает более 5 областей.

В клинике выделяют 3 фазы:

1. Реактивная — 12–24 ч — максимально выражены местные симптомы, менее выражены общие симптомы.

2. Токсическая — 24–72 ч — местные проявления стихают, превалируют общие симптомы интоксикации.

3. Терминальная — более 72 ч — глубокая интоксикация.

Клиника:

Начало перитонита обычно соответствует началу того заболевания или травмы, что является причиной перитонита.

Например: начало острого аппендицита — боли небольшие, начинаются в эпигастрии, а потом спускаются в правую подвздошную область. При прободной язве желудка — сильная «кинжальная» боль в эпигастрии и т. д. Когда же развивается перитонит, клиника типичная для всех перитонитов и протекает в 3 фазы.

1 фаза — реактивная — 12–24 ч. Местные признаки превалируют над общими признаками. Общее состояние больного страдает мало: больной активен, иногда возбужден, кожные покровы обычной окраски, язык сухой, обложен. Температура субфебрильная до 38°C, может быть умеренная тахикардия. Лейкоциты — 10–1210/л с незначительным сдвигом формулы влево.

Местно — живот: выраженная боль в животе. **При осмотре** — щадит живот в акте дыхания, не участвует в акте дыхания (просят больного надуть живот), в начале может быть втянутым, ладьевидным. **При пальпации** — напряжение мышц, «доскообразный» живот, резкая болезненность, положительный симптом Щеткина — Блюмберга (см. «Острый живот»). **Перкуторно** — при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки отсутствует печеночная тупость (свободный газ под диафрагмой, над печенью), внизу живота тупость (жидкость в брюшной полости). **При аускультации** — ослабленная перистальтика. На УЗИ — жидкость в брюшной полости. На рентгенографии — «серп» — газ под диафрагмой.

2 фаза — токсическая — 24–72 ч. Больной занимает вынужденное положение (лежит на правом боку с приведенными ногами к животу). Начинает страдать общее состояние больного. Симптомы интоксикации преобладают над местными. Больной вял, апатичен, кожные покровы бледные, пульс 100 и больше, АД снижается, температура больше 38°C, лейкоциты — 16–2010/л с выраженным сдвигом формулы влево, ускоренное СОЭ. Может быть лицо Гиппократова и симптом «ножниц» (см. «Хирургическую инфекцию»). Тошнота, рвота частая, не приносит облегчения, язык сухой, обложен.

Живот — боли притупляются, напряжение мышц может быть меньше выражено, однако болезненность и симптом Щеткина — Блюмберга остаются. Развивается парез кишечника — паралитическая кишечная непроходимость, поэтому появляются вздутие живота и отсутствие перистальтики — «гробовая тишина». Внизу живота тупость, печеночная тупость отсутствует, на рентгенографии — «серп». Так как присоединяется паралитическая кишечная непроходимость — отсутствуют стул и газы.

3 фаза — терминальная стадия — боли в животе могут отсутствовать, остается тошнота, рвота чаще застойная, больной адинамичен, безучастен, лицо Гиппократова, пульс 120 уд. в мин и больше, АД снижено. Тоны сердца глухие. Кожные покровы землистого цвета, могут быть желтушными, недостаточность печени и почек, уменьшается количество мочи. Температура вечером 39°C. Язык сухой как «щетка». В крови лейкоцитоз с резким сдвигом формулы влево. Живот — резко вздут — как «гора». Отмечается разлитая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный, перистальтика кишечника не выслушивается. Газы не отходят — паралитическая кишечная непроходимость. Сердечная, почечно-печеночная недостаточность от чего и погибают больные.

Доврачебная помощь — не кормить, не поить, не обезболивать, не делать клизм, грелки не прикладывать, холод на живот и быстро доставить к хирургу на носилках.

Лечение — только хирургическое.

Предоперационная подготовка, как экстренного больного:

1. Психологическая подготовка (успокоить и получить согласие больного на операцию).
2. Минимальные анализы (лейкоциты, обзорная Р-графия живота и т. д.).
3. Освободить желудок (профилактика регургитации) и мочевого пузыря.
4. Частичная санобработка (профилактика вторичной инфекции).
5. Побрить операционное поле (профилактика вторичной инфекции).
6. Глюкоза 5%, 10%.
8. В/в солевые растворы: физраствор хлорида натрия, раствор Рингера, дисоль, трисоль и т. д. (проблема — обезвоживание и интоксикация).

9. Если сильные боли, можно обезболить, если известен диагноз (обезболивающие назначает врач) (проблема — боль).

10. Антибиотики — проблема — инфекция. Обезболивание — общее.

Доступ — срединная лапаротомия.

Задачи операции:

1. Удаление гноя из брюшной полости.

2. Ревизия брюшной полости — ищут причину перитонита.

3. Удаление источника перитонита.

4. Тщательный туалет и промывание брюшной полости.

5. Дренирование брюшной полости.

В зависимости от причины перитонита производят соответствующую операцию при:

- аппендиците — удаляют аппендикс (аппендэктомия);
- холецистите — удаляют желчный пузырь (холецистэктомия);
- перфоративной язве желудка — ушивание отверстия и т. д.

После удаления источника перитонита производят туалет брюшной полости (отсосом и влажными салфетками осушают брюшную полость), после чего вводят в брюшную полость дренажи через дополнительные разрезы — контрапертуры. Во II фазе, особенно в III фазе, накладывают лаваж: лаваж может быть **проточным**, когда через верхние трубки вводится антисептик, а через нижние трубки выделяется содержимое из брюшной полости постоянно. Или **фракционным** — после вливания антисептиков трубки перекрывают, а через некоторое время открывают.

Послеоперационный период.

1. Антибактериальная терапия — антибиотики, метронидазол, диоксидин в/в.

2. Дезинтоксикационная терапия (солевые растворы).

3. Парентеральное питание — восстановление белков. Обычно требуется 3–4 дня.

4. Восстановление перистальтики кишечника — назогастральный зонд. На операции вводят 0,25% 200 мл новокаина в корень брыжейки кишечника для профилактики пареза кишечника.

5. Освободить желудок (в желудок вводят зонд на 1–2 дня для профилактики пареза).

6. Паранефральная блокада.

7. Положение Федорова — Фаулера.

8. Стимуляция кишечника.

9. Наблюдение за Р_s, АД, ЧДД, диурезом, повязкой.

10. Профилактика тромбоэмболии, легочных осложнений.

11. Через сутки разрешают поворачиваться в постели.

12. На второй день пить дробными порциями.

13. Есть жидкую пищу с 3–4 дня при восстановлении перистальтики кишечника.

14. Наблюдение за дренажами.