

Предисловие

Неотложная хирургия органов брюшной полости является одним из наиболее сложных разделов хирургии.

С одной стороны, это обусловлено распространенностью патологии — оказание помощи пациентам с острыми хирургическими заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости составляет большую часть работы общехирургических стационаров.

С другой — большим количеством заболеваний, как относящихся, так и не относящихся к острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, но имеющих очень схожую клиническую картину.

С третьей — весьма ограниченным отрезком времени (зачастую не более 1–2 часов), в течение которого врач обязан, используя минимально необходимые вспомогательные методы диагностики, поставить правильный диагноз и принять оптимальное тактическое решение. Однако все это возможно лишь при твердом знании врачами клинических проявлений данных заболеваний и умении проводить дифференциальную диагностику.

Недооценка жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного, инструментального и лабораторного обследования пациента может стать причиной диагностической ошибки и в связи с этим — несвоевременно начатого лечения, пролонгации применения хирургического вмешательства и т.д. Все это, к сожалению, может привести к развитию тяжелых осложнений и даже к летальному исходу.

Последние десятилетия ознаменовались достаточно бурным развитием хирургии в целом, в т.ч. и экстренной абдоминальной хирургии. В клиническую практику внедрены новые методы диагностики, хирургических вмешательств, в т.ч. малотравматичные лечебные технологии, современные фармакологические средства, а также принципы ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Вопросам неотложной хирургии органов брюшной полости посвящен целый ряд обстоятельных работ, однако многие из них либо стали библиографической редкостью, либо устарели, либо в связи с ограниченным тиражом недоступны широкой читательской аудитории.

Все перечисленные обстоятельства создали предпосылки для издания книги, в которой изложены современные тактические установки относительно диагностики и лечения острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости.

Авторы предлагаемого руководства имеют многолетний опыт оказания специализированной неотложной помощи и ее организации при острых хирургических заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости. Накопленный за это время большой клинический материал позволяет нам высказать свое мнение по многим актуальным вопросам освещаемой проблемы.

Основная цель данного издания состоит в том, чтобы помочь хирургу правильно ориентироваться в сложных клинических ситуациях, своевременно поставить диагноз, выбрать оптимальный способ лечения и предпринять все необходимое для спасения жизни пациента.

Книга состоит из трех частей. Первая часть посвящена важному вопросу, который чрезвычайно редко освещается в специальной медицинской литературе, — организационным и правовым основам медицинской деятельности. Опыт показывает, что определенная часть врачей недостаточно знает юридические нормы, регулирующие профессиональную медицинскую деятельность. Вместе с тем надлежащая юридическая подготовка врачей является прочной базой формирования правовой культуры, чувства высокой ответственности перед обществом и государством.

Во второй части руководства представлены алгоритмы действий врача при наиболее распространенных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости: остром аппендиците, остром холецистите, остром панкреатите, перитоните и т.д. В содержание руководства включены также заболевания, симулирующие острую хирургическую патологию, и редкие заболевания, знание которых не только имеет познавательное значение, но и играет ведущую роль в дифференциальной диагностике, а также в клиническом образовании врача.

Необходимость стандартизации качества оказания хирургической помощи населению в условиях наших клиник стала актуальной более 15 лет назад, когда мы впервые получили возможность ознакомиться с положениями доказательной медицины. Уже тогда мы стремились взять все лучшее из наработок зарубежных коллег и имплементировать это в нашу работу с учетом собственного опыта.

Третья часть руководства посвящена описанию техники выполнения наиболее частых хирургических вмешательств, что, как нам кажется, будет полезно в первую очередь молодым хирургам.

По нашему мнению, настоящая книга будет полезна и необходима в первую очередь начинающему врачу, когда его личный опыт еще не столь велик. При этом нам очень хочется верить в то, что данное руководство позволит врачу избежать хотя бы части диагностических и тактических ошибок. Вместе с тем выражаем надежду на то, что книга представит интерес и для значительно более опытных коллег, позволив им, с одной стороны, пополнить багаж знаний, а с другой — переосмыслить, а может быть, и пересмотреть сложившиеся стереотипы.

Авторы выражают надежду на то, что данная книга окажется полезной для практических врачей и послужит дальнейшему улучшению неотложной хирургической помощи населению, а также внедрению в широкую клиническую практику новых, современных методов диагностики и лечения больных.

Выражаем глубокую благодарность всем хирургам наших клиник, которых без оговорок можно назвать коллективным соавтором этой работы, коллективу отделения неотложной эндоскопии, анестезиологии и интенсивной терапии за всестороннюю поддержку и помощь.

Мы в полной мере отдаем себе отчет в том, что настоящее руководство в своем первом издании не лишено недостатков, и с благодарностью примем замечания благосклонных читателей.

Профессор П.Г. КОНДРАТЕНКО
Профессор В.И. РУСИН

Глава 6

Перитонит

Перитонит — это особая форма ответа организма на контакт патогенного агента, чаще микробного, с париетальной и висцеральной брюшиной, который имеет фазовое течение и проявляется тяжелой эндогенной интоксикацией, парезом кишечника, расстройствами водно-электролитного баланса, в результате чего развиваются грубые нарушения системного и регионарного кровообращения, легочного газообмена, функции практически всех жизненно важных органов — сердца, легких, головного мозга, печени, почек и т.д.

Перитонит является одним из наиболее частых, тяжелых и опасных осложнений острых хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости.

В мирное время острый перитонит является причиной 2/3 смертей при хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Практически у 85 % больных к перитониту приводят разные острые заболевания органов брюшной полости, в 5–8 % — травмы живота и в 5–10 % перитонит является послеоперационным осложнением.

Перитонит в Международной классификации болезней (МКБ-10):

K65.0 Острый перитонит

K65.8 Другие виды перитонита

K65.9 Перитонит неуточненный

Классификация перитонита

(В.С. Савельев и соавт., 2006)

1. Основное заболевание (нозологическая причина перитонита).

2. Этиологическая характеристика:

- первичный;
- вторичный;
- третичный.

3. Распространенность:

- местный (отграниченный, неотграниченный);
- распространенный (разлитой).

4. Характер экссудата:

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

5. Фаза течения процесса:

- отсутствие сепсиса;
- сепсис;
- тяжелый сепсис (при наличии признаков тяжелого сепсиса, т.е. ПОН с указанием объема и степени полиорганной дисфункции);
- септический (инфекционно-токсический) шок.

6. Осложнения:

- внутрибрюшные;
- раневая инфекция;
- инфекция верхних и нижних дыхательных путей (трахеобронхит, нозокомиальная пневмония);
- ангиогенная инфекция;
- уроинфекция.

Этиология перитонита

1. Микробный (бактериальный) перитонит.

1.1. Неспецифический, вызванный микрофлорой желудочно-кишечного тракта. Наибольшее значение имеют штаммы таких микроорганизмов:

- грамположительные кокки — *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus* (факультативные анаэробы);
- грамотрицательные факультативные анаэробные палочки семейства *Enterobacteriaceae* — *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*;
- грамотрицательные аэробные палочки и кокки — *Pseudomonas*, *Acinetobacter*;
- грамположительные облигатные анаэробные кокки — *Peptostreptococcus*, *Peptococcus*;
- грамотрицательные облигатные анаэробные палочки — *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Veillonella*;
- грамположительные облигатные анаэробные палочки, способные продуцировать эндоспores, — *Clostridium* (*C.perfringens*, *C.septicum*, *C.novyi*, *C.histoliticum*).

1.2. Специфический, вызванный микрофлорой, которая не имеет отношения к желудочно-кишечному тракту — *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis* и т.п.

2. Асептический (абактериальный, токсико-химический) перитонит:

- вследствие влияния на брюшину агрессивных агентов неинфекционного характера: крови, желчи, желудочного сока, хилезной жидкости, панкреатического сока, мочи;
- асептический некроз внутренних органов.

3. Особые формы перитонита:

- канцероматозный (при запущенных стадиях опухолей брюшной полости);
- паразитарный;
- ревматоидный;
- гранулематозный (в результате высыхания поверхности брюшины в ходе операции, влияния талька из перчаток хирурга, нитей перевязочного или шовного материала).

Наиболее частые источники перитонита

- **Червеобразный отросток (30–65 %)** — аппендициты: перфоративный, гангренозный, флегмонозный.
- **Желудок и двенадцатиперстная кишка (7–14 %)** — прободная язва, перфорация желудка при раковом поражении, флегмона желудка, инородные тела и др.
- **Желчный пузырь (10–12 %)** — холециститы: перфоративный, гангренозный, флегмонозный, желчный перитонит без перфорации пузыря.
- **Женские половые органы (3–12 %)** — сальпингоофорит, эндометрит, пиосальпинкс, разрыв кист яичника, гонорея, туберкулез.
- **Кишечник (3–5 %)** — острая непроходимость кишечника, ущемление грыжи, тромбоз сосудов брыжейки, перфорация брюшнотифозных язв, перфорация язв при

неспецифическом язвенном колите, туберкулезе, гранулематозном колите (болезни Крона), дивертикулите.

— *Поджелудочная железа (1 %)* — панкреатит, панкреонекроз.

— *Послеоперационные перитониты (1 %).*

Редко встречающиеся перитониты возникают при абсцессах печени и селезенки, нагноении хилезного асцита, прорыве паранефрита, плеврите, некоторых урологических заболеваниях и других.

В некоторых случаях первопричину перитонита невозможно установить даже на вскрытии; такой перитонит называют криптогенным.

Диагностика перитонита

Диагноз «перитонит» устанавливается на основании анамнестических данных и данных объективного исследования. Лабораторное и инструментальное обследование пациента в постановке диагноза имеют вспомогательное значение.

Основными общими симптомами перитонита являются:

— *острое, внезапное начало или усиление болей на фоне предшествующего хронического воспаления;*

— *симптомы, связанные с развитием общей тканевой гипоксии и интоксикации:*

- бледность кожных покровов,
- синюшность губ и носа,
- акроцианоз,
- заострение черт лица,
- возможно желтушное окрашивание кожи и склер;

— *изменения со стороны сердечно-сосудистой системы:*

- тахикардия,
- аритмия,
- снижение АД и ЦВД,
- частое, поверхностное дыхание,
- повышенная влажность кожных покровов,
- набухание подкожных вен,
- венозная гиперемия,
- ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки;

— *печеночно-почечная недостаточность:*

- снижение диуреза,
- в тяжелых случаях желтушность кожи и склер;

— *прогрессирующее обезвоживание (потеря жидкости с рвотой, мочой, трансудация жидкости в брюшную полость и просвет кишечника):*

- сухость слизистых оболочек,
- снижение слюноотделения,
- жажда,
- олигурия,
- судороги,
- снижение кожного тургора;

— *признаки недостаточности кровообращения:*

- головокружение,
- обмороки,
- слабый пульс,
- похолодание конечностей,
- снижение температуры тела.

Основными местными симптомами перитонита являются:

- боль в животе, наиболее выраженная в месте расположения источника воспалительной реакции брюшины;
- положительный симптом Щеткина — Блюмберга;
- вздутие живота;
- напряжение мышц брюшной стенки, особенно выраженное в зоне локализации источника перитонита;
- тимпанит при перкуссии живота;
- ослабление или отсутствие перистальтики кишечника, в запущенных случаях «шум плеска» при аускультации живота;
- задержка стула и газов.

Локальное или распространенное напряжение мышц брюшной стенки, а также положительный симптом Щеткина — Блюмберга следует считать основными признаками перитонита!

Дифференциальная диагностика перитонита

Классическую картину перитонита возможно наблюдать не всегда. У ряда пациентов при различных заболеваниях органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства и т.д. развивается клинический симптомокомплекс, имитирующий клинику перитонита, так называемый псевдоабдоминальный синдром (ложный «острый живот»). В таких случаях диагностика трудна, зачастую требуется применения дополнительных методов обследования (рис. 6.1 и табл. 6.1).

К числу заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся в ряде случаев развитием псевдоабдоминального синдрома, относятся:

- **заболевания органов дыхания** (пневмония, плеврит),
- **заболевания сердечно-сосудистой системы** (стенокардия, ревматизм, некоторые формы инфаркта миокарда, хронические нарушения кровообращения кишечника — так называемая *angina abdominalis*),
- **урологические заболевания** (острый пиелит, пиелонефрит, паранефрит, острая задержка мочеиспускания, мочекаменная болезнь, кортикальный некроз почек),
- **заболевания и повреждения центральной и периферической нервной системы** (менингит, энцефалит, опухоли, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб мозга, острый пояснично-крестцовый радикулит, опоясывающий лишай, межреберная невралгия и др.),

Таблица 6.1**Диагностическое значение дополнительных методов обследования**

Способ диагностики	Заболевания, которые могут быть выявлены
УЗИ	Острый холецистит, острый панкреатит, аневризма брюшного отдела аорты, мочекаменная болезнь, острый аппендицит, острая кишечная непроходимость
ФЭГДС	Гастрит, обострение язвенной болезни, перфоративная гастродуоденальная язва, прикрытая перфорация язвы
ФКС, РРС	Неспецифический язвенный колит, опухоли кишечника
Рентгенологическое исследование	Заболевания легких и плевры
ЭКГ	Инфаркт миокарда
Лабораторные методы	Острый панкреатит (липаза/амилаза крови, диастаза мочи), мочекаменная болезнь (общий анализ мочи), опухоль брюшной полости, аневризма аорты (анемия)
Лапароскопия	Тромбоз брыжеечных сосудов и гангрена кишечника, опухоли брюшной полости, болезнь Крона, мезоаденит, острый панкреатит, острый холецистит, гепатит, аневризма брюшной аорты, внутрибрюшное кровотечение

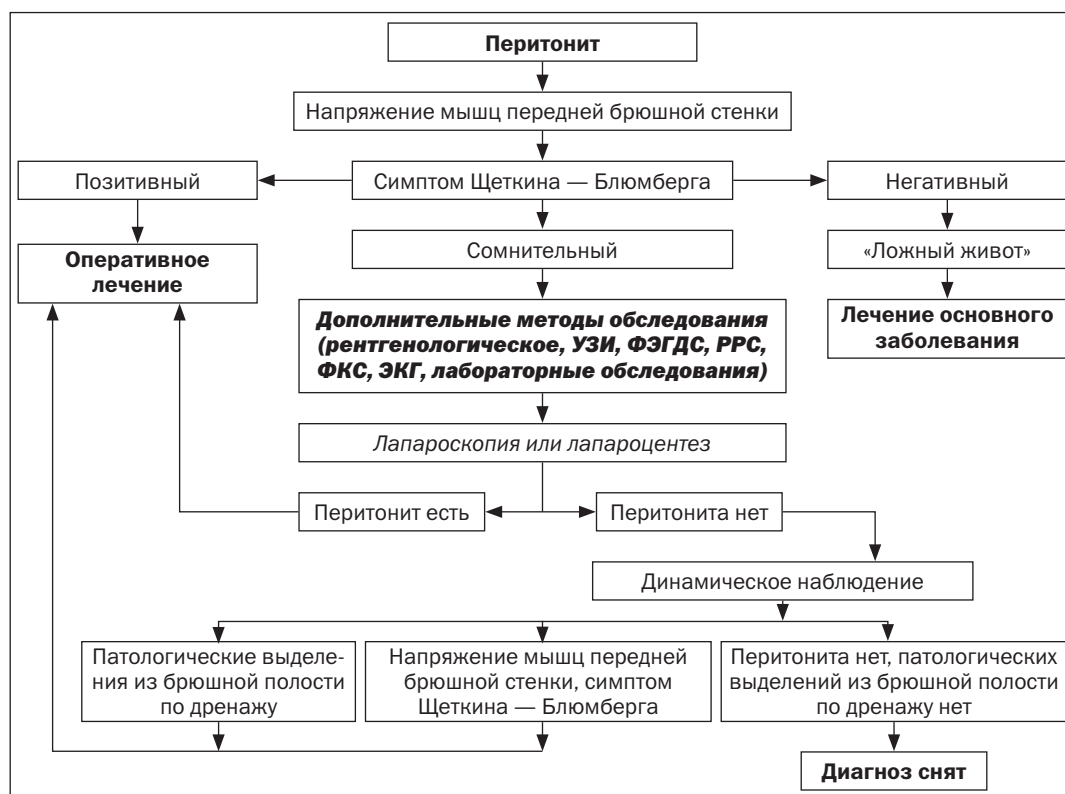


Рисунок 6. 1. Тактико-диагностический алгоритм при перитоните

— *геморрагические диатезы, некоторые инфекционные болезни* (грипп, пищевая токсикоинфекция, корь, скарлатина, ветряная оспа),

— *сахарный диабет,*

— *хроническая свищевая интоксикация и др.*

При осмотре больного с псевдоабдоминальным синдромом важнейшим является установление истинного заболевания, при котором псевдоабдоминальный синдром — лишь одно из его проявлений.

Для псевдоабдоминального синдрома характерной является **боль в животе** различной локализации. Одновременно может наблюдаться боль в разных отделах грудной клетки, поясничной области, наружных половых органах и др.

Так, например, при нижнедолевой плевропневмонии, некоторых формах инфаркта миокарда, остром гастрите боль локализуется в эпигастриальной области, при почечной колике, как правило, захватывает поясничную область, зону проекции мочеточника на передней брюшной стенке, наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедра.

В то же время при остром энтероколите, пищевой токсикоинфекции, геморрагических диатезах боль обычно распространяется по всему животу. При некоторых заболеваниях и синдромах (инфаркт миокарда, почечная колика) боль бывает очень интенсивной, что может служить причиной диагностических ошибок.

Поэтому дифференциальная диагностика «острого живота» должна основываться на тщательном изучении жалоб больного, анамнеза болезни и жизни, данных объективного, лабораторного и инструментального исследований. Именно такой подход позволит своевременно поставить правильный диагноз и у абсолютного большинства больных избежать диагностических ошибок, а также выполнения ненужных операций.

Гастрит, гастроэнтерит. Гастрит чаще всего возникает при нарушениях в приеме пищи (перегрузка желудка большим количеством некачественной пищи, причем из испорченных или плохо приготовленных продуктов, злоупотребление алкоголем, прием пищевых аллергенов). Развитие гастрита вызывают и многие лекарственные вещества (лекарственный гастрит).

Клинически острый гастрит проявляется чувством боли и тяжести в эпигастральной области, отрыжкой с запахом тухлого яйца, тошнотой, к которой присоединяется обильная рвота. В рвотных массах находятся куски плохо переваренной пищи. Затем при повторных рвотах может наблюдаться примесь желчи. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

В типичных случаях, когда в анамнезе имеются нарушения режима питания, установить диагноз острого гастрита нетрудно. Методы диагностики: ФЭГДС, бакпосев кала для определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

Мезоаденит (острый мезентериальный лимфаденит) — неспецифическое воспаление лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки. Причинами его возникновения считают инфекции верхних дыхательных путей, глистную инвазию, кишечную (энтериты) и другие инфекции, аппендицит, аллергическое состояние. Заболевание встречается чаще у детей и молодых людей. Для него характерны увеличение и полнокровие брыжеечных лимфоузлов, гиперемия и некоторая отечность брюшины над ними. В брюшной полости может быть серозный, редко гнойный выпот. В некоторых случаях наблюдается гнойное воспаление лимфоузлов с развитием перитонита.

Мезоаденит начинается остро или, реже, исподволь и характеризуется схваткообразными или коликообразными болями в животе, чаще в правом нижнем квадранте. Бывают тошнота, иногда рвота, повышается температура (до 37–38 °С). Общее состояние больных удовлетворительное. Живот остается мягким, у некоторых больных наблюдается легкое напряжение мышц в правой подвздошной области, иногда по всей правой половине живота. Симптом Щеткина — Блюмберга редко бывает положительным.

При пальпации живота справа отмечается значительная болезненность у наружного края прямой мышцы живота (на 1–3 см ниже пупка — зона «максимальной болезненности» Мак-Федена). Наблюдаются положительные симптомы Штейнберга (болезненность по ходу корня брыжейки тонкой кишки кнутри от слепой кишки), Клиина (смещение болевой точки при пальпации из правой подвздошной области в левую при повороте больного на левый бок). В крови отмечается лейкоцитоз, у некоторых больных со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Клиника мезоаденита иногда настолько сходна с другими заболеваниями (аппендицит, инвагинация, дивертикулит, пиелонефрит и др.), что поставить правильный диагноз до операции практически невозможно. Этим и определяется хирургическая тактика. При полной уверенности в диагнозе и отсутствии перитонеальных явлений лечение может быть консервативным (постельный режим, щадящая диета, антибиотики, тепловые физиотерапевтические процедуры, спазмолитики, витамины), которое проводят в течение 10–15 дней.

При сомнении в диагнозе после наблюдения больного в течение 2–3 часов при нарастании клинических симптомов и появлении перитонеальных признаков показана срочная операция. Начинать ее лучше с диагностической лапароскопии или правостороннего параректального разреза.

При мезентериальном лимфадените удаляют экссудат из брюшной полости. В брыжейку тонкой кишки вводят антибиотики и раствор новокаина. Удаляют только сильно измененные лимфоузлы либо вскрывают и дренируют полость гнойника. Один из лимфатических узлов обязательно берут для гистологического исследования в целях уточнения диагноза и дифференциальной диагностики с туберкулезным лимфаденитом.

Глистная инвазия (аскаридоз). Возбудителем аскаридоза является крупная нематода — аскарида человеческая. При кишечном аскаридозе на первый план выступают диспептические явления. Часто, особенно у детей, наблюдаются нарушение аппетита, тошнота, слюнотечение, иногда бывают приступообразные боли в животе, имитирующие острый аппендицит, а также нарушение функции кишечника (запоры, или поносы, или их чередование).

При этом отмечаются общая слабость, быстрая утомляемость, плохой сон, головокружение. Со стороны крови может быть нерезко выраженная гипохромная анемия, а в некоторых случаях — эозинофилия. Иногда на почве аскаридоза развивается кишечная непроходимость в результате механической закупорки аскаридами просвета кишечника или его спазма. В редких случаях наблюдается прободение кишечника с последующим развитием перитонита.

Диагноз ставится на основании обнаружения в испражнениях зрелых паразитов или их яиц.

Геморрагический капилляротоксикоз (болезнь Шенлейна — Геноха). Кишечная форма геморрагического капилляротоксикоза может имитировать картину острого аппендицита. Однако при сборе подробного анамнеза можно установить, что при геморрагическом капилляротоксикозе у больных в прошлом имелись кожные кровоизлияния, следы которых в большинстве наблюдений можно увидеть при более внимательном осмотре кожи больного. Боли в животе носят не локализованный, а разлитой характер, температура тела нормальная, отсутствует гиперлейкоцитоз.

Исключив диагноз острого аппендицита, при геморрагическом капилляротоксикозе нельзя исключать некроз кишечника на отдельном участке. Если нарастает боль в животе, наблюдаются симптомы раздражения брюшины, явления кишечной непроходимости, показано хирургическое вмешательство.

Мочекаменная болезнь. Если почечная колика возникает на почве мочекаменной болезни, очень характерным является поведение больных. При локализации камня в лоханке или мочеточнике больные из-за сильной боли не находят места, ведут себя крайне беспокойно. Боль локализуется в поясничной области, иррадирует в бедро, половые органы. При расположении камня в нижнем отделе мочеточника появляется болезненное и учащенное мочеиспускание, положительный симптом Пастернацкого, гематурия.

При почечной колике могут наблюдаться тошнота, рвота, вздутие живота, рефлекторное напряжение мышц передней брюшной стенки. Как правило, температура тела нормальная, отсутствуют изменения в крови.

Для установления диагноза и дифференциальной диагностики применяют УЗИ, хромоцистоскопию, рентген-исследование мочевыводящих путей (выделительную пиелографию).

Эндокринные заболевания. Сахарный диабет. Хирургам, оказывающим ургентную помощь, необходимо помнить, что у больных сахарным диабетом в стадии выраженной декомпенсации с ацидозом и прекоматозном состоянии могут возникать выраженные абдоминальные проявления, имитирующие синдром «острого живота».

Диабетический псевдоперитонит возникает в результате глубоких обменных нарушений, приводящих к многочисленным мелким субсерозным кровоизлияниям в желудке и кишечнике. Клинически проявляется болью в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, ограничением дыхательной подвижности брюшной стенки, болезненностью при пальпации. Пульс частый, язык сухой. В крови — лейкоцитоз.

Интенсивная и рациональная противодиабетическая терапия позволяет в течение нескольких часов снять абдоминальные проявления, а также избежать ненужной и исключительно опасной в данной ситуации операции.

Тиреотоксикоз (токсический зоб). Независимо от формы (диффузный, узловой, смешанный) зоб протекает с повышенной функцией щитовидной железы. Избыточное поступление гормонов щитовидной железы в кровь оказывает воздействие на все органы и системы, и в первую очередь на нервную и сердечно-сосудистую.

В ряде случаев больных с повышенной функцией щитовидной железы направляют в хирургическое отделение с диагнозом «острый аппендицит» или «острый холецистит». Однако тиреотоксические кризы, имитирующие картину «острого живота», несмотря на их интенсивность, носят функционально обратимый характер. После оперативного вмешательства — субтотальной струмэктомии — боль в области живота обычно проходит.

Заболевания легких и плевры. *Пневмония* — острое воспаление легких, захватывающее как целую долю, так и отдельные ее сегменты. Заболевание начинается остро, с озноба, который продолжается 1–3 часа и сопровождается резким подъемом температуры (до 39–40 °С).

Больные жалуются на головную боль, затем появляется боль в грудной клетке на пораженной стороне, однако может возникать и ниже реберной дуги (при локализации патологического процесса на правой стороне) — в области живота, имитируя острый аппендицит, острый холецистит, приступ почечной колики и т.д.

Диагностика пневмонии в типичных случаях нетрудна: острое начало, боль в боку, озноб с высокой температурой, герпетические высыпания, «ржавая мокрота», крепитация и бронхиальное дыхание при исследовании легких, повышенный лейкоцитоз. Весьма важная роль в диагностике принадлежит рентгенологическому исследованию легких.

Плеврит может наблюдаться практически при всех заболеваниях легких, а также при многих заболеваниях других органов и систем. Основным симптом плеврита — боль, возникающая при вовлечении в процесс париетальной плевры и усиливающаяся при кашле, разговоре, глубоким дыханием.

Больных беспокоит кашель, чаще сухой или с незначительным выделением мокроты, ломота в теле, повышенная утомляемость, слабость. Аускультативно прослушивается шум трения плевры.

При наддиафрагмальной локализации плеврита справа может наблюдаться боль в правой половине живота, имитируя поддиафрагмальный абсцесс, острый аппендицит или острый холецистит. Основным методом диагностики является рентгенография легких.

Инфаркт миокарда — для него характерны следующие клинические синдромы: предынфарктное состояние, болевой синдром, резорбционно-некротический синдром, острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок, нарушения сердечного ритма, синдромы, обусловленные динамическими нарушениями мозгового кровообращения, абдоминальный синдром.

При наличии абдоминального синдрома острый инфаркт миокарда может дать ложную симптоматику «острого живота». Диагностические трудности при инфаркте миокарда заключаются в том, что в его клинической картине нет ни одного постоянного признака или симптома.

Важное место в диагностике инфаркта миокарда принадлежит электрокардиографическому исследованию. На основании электрокардиограммы можно установить локализацию поражения миокарда.

Ревматизм — общее инфекционно-аллергическое заболевание с системным воспалительным поражением соединительной ткани, с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе и частым вовлечением в процесс других внутренних органов.

При активной фазе ревматизма может наблюдаться абдоминальный синдром, при котором появляется сильная приступообразная боль в животе с нерезким напряжением мышц передней брюшной стенки. Отмечаются метеоризм, болезненность при пальпации.

Эти симптомы нередко возникают в начале активного ревматического процесса, что приводит к ошибочной диагностике истинной абдоминальной патологии (острого аппендицита, острого холецистита, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острой кишечной непроходимости и др.).

Нередко при допущенной диагностической ошибке производят ненужное оперативное вмешательство. Ошибочной диагностике острого аппендицита при ревматизме способствует нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Патогенез абдоминального синдрома при ревматизме связывают с воспалительными изменениями брюшины.

Весьма большое значение в патогенезе возникающих в желудочно-кишечном тракте изменений придается поражениям слизистой оболочки желудка и кишечника. При поражении сосудов брюшной полости возникает абдоминальный синдром, сопровождающийся диспептическими явлениями. Могут также возникнуть бессимптомные или малосимптомные язвы с локализацией в желудке или двенадцатиперстной кишке.

Установить истинную причину абдоминального синдрома помогает хорошо собранный анамнез, наличие поражения клапанного аппарата сердца, легкость течения абдоминальной патологии, положительный эффект после проведенной противоревматической терапии.

Брюшной тиф — острое инфекционное эпидемическое заболевание из группы кишечных инфекций. В некоторых случаях в червеобразном отростке развиваются изменения, которые могут быть настолько глубокими, что вызывают клиническую картину острого аппендицита, проходящую обычно при консервативном лечении.

В некоторых случаях вследствие язвенно-некротического процесса червеобразного отростка может наступить прободение, дающее клиническую картину острого перитонита. В диагностике важную роль играет анамнез, периодичность клинического течения.

Неспецифический язвенный колит — распространенное язвенное поражение слизистой оболочки толстой кишки с периодами ремиссий и обострений.

Хирургические осложнения: перфорация ободочной кишки; массивные кишечные кровотечения; острая токсическая дилатация ободочной кишки (токсический мегаколон); поражения ано-ректальной области — стриктура, свищи, анальные трещины. Осложнения хронического неспецифического язвенного колита: стриктура ободочной кишки, раковое перерождение, кровотечение.

Для постановки диагноза неспецифического язвенного колита применяют специальные методы исследования — ректороманоскопию, колоноскопию при необходимости с биопсией, ирригографию.

При ректороманоскопии в стадии разгара заболевания выявляются симптомы «плачущей» слизистой оболочки, контактное кровотечение, сплошные язвенные поверхности с большим выделением крови, гноя, с избыточным ростом грануляций (псевдополипы) в поздней стадии.

Неспецифический язвенный колит необходимо дифференцировать от болезни Крона, туберкулеза и рака кишечника, при которых также может возникать перфорация кишечника и клиническая картина перитонита.

Абдоминальный синдром (абдоминалгия) характеризуется болью в животе, чаще наблюдается в детском возрасте. Боль непостоянного характера, без четкой локализации, иногда бывает рвота. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, однако перитонеальный симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный (не выявляется). В патогенезе абдоминалгии большое значение имеют раздражение диафрагмального нерва и солнечного сплетения, иррадиация болей с плевры, перикарда, раздражение брюшины. Исход благоприятный, но возможны рецидивы. Необходимо проводить лечение основного заболевания.

Дисменорея — нарушение менструального цикла, характеризующееся болью внизу живота, в крестце и поясничной области. При этом наблюдается ряд общих симптомов — диспептические расстройства, сердцебиение, расстройство сна, кожные высыпания и др.

При дисменорее перед наступлением менструации многие женщины чувствуют общее недомогание, отмечают утомляемость, раздражительность, частая смена настроения. Некоторые женщины бывают неработоспособны и вынуждены лежать в течение нескольких дней. Боли внизу живота носят схваткообразный характер, напоминают колику, что дает ложный синдром «острого живота».

Дисменорея встречается преимущественно у подростков, девушек, нерожавших молодых женщин, но иногда наблюдается и у рожавших.

Узелковый периартериит — самостоятельная нозологическая форма коллагеновой болезни с системным поражением преимущественно мелких и средних артерий мышечного типа.

Для узелкового периартериита характерно поражение сосудов брыжейки, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы и развитие различных по сложности абдоминальных синдромов, дающих ложный синдром «острого живота». Абдоминальные проявления при узелковом периартериите весьма полиморфны не только у разных пациентов, но и у одного и

того же больного на различных этапах заболевания. Пестрота симптоматики обусловлена изменчивостью стадий процесса.

Симптоматика поражения сосудов желудочно-кишечного тракта отмечается болью в животе различной интенсивности, тошнотой, рвотой, отсутствием аппетита. Иногда бывает отвращение к пище, нарушается деятельность кишечника (запоры, поносы), появляется напряжение мышц передней брюшной стенки, вздутие кишечника, желудочно-кишечное кровотечение и др.

На первом месте по симптоматике стоит боль, которая может быть резкой, напоминающей кишечную колику, и нерезкой, разлитой или локализованной. Иногда она зависит от приема пищи и ее характера. Боль нередко сочетается с разлитой или локальной болезненностью, усиливающейся при глубокой пальпации, с напряжением живота, сопровождается кишечным кровотечением.

Проводя дифференциальную диагностику, следует помнить о том, что все перечисленные заболевания имеют специфическую клинику и при тщательном и внимательном исследовании больного можно, как правило, избежать ошибки.

Любое заболевание, вызывающее клинические проявления, подобные перитониту (псевдоабдоминальный живот), практически никогда не имеет всей совокупной симптоматики, характерной для острого перитонита, а имеет лишь некоторое сходство по отдельным признакам, из которых наиболее частым является боль в животе.

Все же в некоторых ситуациях дежурному врачу бывает трудно полностью исключить или подтвердить «перитонит» (крайне тяжелое состояние больного, сопутствующая патология, пожилой и старческий возраст и т.д.) и принять решение о необходимости или отказе от экстренной операции. В этом случае врач должен использовать весь арсенал дополнительных и инструментальных способов диагностики, находящихся в его распоряжении. Для заболеваний, вызывающих картину ложного «острого живота», способы дополнительной диагностики различны (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Дифференциальная диагностика псевдоабдоминального синдрома

Заболевание	Способы диагностики
Гастрит	ФЭГДС
Мезоаденит	Анамнез, лапароскопия, лапароцентез
Глистная инвазия	Исследование экскрементов на наличие паразитов или их яиц
Геморрагический капилляротоксикоз (болезнь Шенлейна — Геноха)	Наличие кожных кровоизлияний
Мочекаменная болезнь	Жалобы, анамнез, локализация боли, анализ мочи, УЗИ, хромоцистоскопия
Сахарный диабет	Улучшение после интенсивной противодиабетической терапии, лапароскопия, лапароцентез
Тиреотоксикоз	Клинические проявления кратковременные, функционально обратимые, лапароскопия, лапароцентез
Заболевание легких и плевры	Рентгенография грудной клетки
Инфаркт миокарда	ЭКГ
Брюшной тиф	Анамнез, периодичность течения заболевания, лапароскопия, лапароцентез, бак. посев крови и кала
Неспецифический язвенный колит	Ректороманоскопия, колоноскопия
«Свинцовая колика»	Анамнез, диспепсия, чередование запоров и поносов, лапароскопия, лапароцентез
Надпочечниковая недостаточность	Кожная пигментация, анорексия, гипо- и ахлоргидрия
Малярия	Озноб, рвота, судороги, приступообразное течение, потливость после приступа
Узелковый периартериит	Наличие подкожных узелков, нарушение чувствительности на руках и ногах
Заболевания органов малого таза	Анамнез, пункция заднего свода влагалища, УЗИ, лапароскопия, лапароцентез

Клиническая картина и стадии перитонита

В течении перитонита условно можно выделить три периода (стадии) болезни, длительность каждого из них индивидуальна и во многом зависит от причины перитонита, агрессивности микрофлоры, возраста, сопутствующей патологии, компенсаторных возможностей организма и т.д.

I стадия — начальная. Длительность ее составляет от нескольких часов до суток и более. В этой стадии воспалительный процесс в брюшной полости еще только начинает развиваться; местный перитонит переходит в разлитой. Выпот серозный или серозно-фибринозный.

Если перитонит обусловлен перфорацией полого органа, то его клиническая картина складывается из симптомов, свойственных прободной язве, перфорации желчного пузыря, перфорации кишки, перфоративному аппендициту и т.д. Общими симптомами в этом случае будут более или менее внезапные резкие боли в животе, сопровождающиеся картиной шока (резко выраженного, например, при прободной язве, менее резко — при перфоративном аппендиците и т.д.).

Перитонит, осложняющий течение воспалительных заболеваний органов брюшной полости, не имеет такого резкого начала — нет катастрофы, но есть более или менее быстрое прогрессирование местного процесса.

В первом периоде перитонита больные всегда жалуются на боли, интенсивность и иррадиация которых зависят от причины, вызвавшей перитонит. Боли могут отсутствовать лишь в редчайших случаях молниеносного или быстротекущего септического перитонита. Кроме боли, почти всегда бывают рефлекторная рвота и тошнота.

Обычно с самого начала больной имеет вид тяжело страдающего человека, покрытого холодным потом, лежащего в вынужденном положении (нередко на спине с приведенными к животу ногами), лишенного возможности глубоко дышать, но находящегося в полном сознании. Настроение может быть тревожным, подавленным, речь обычная.

Температура тела может быть нормальной, но чаще повышена. Пульс частый и малого наполнения, не соответствует температуре. Артериальное давление в этот период чаще слегка понижено.

Язык обложен белым налетом, суховат, но слизистая щек еще влажная. Брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания (втягиваются при вдохе лишь межреберные промежутки), иногда визуально можно определить ее ригидность.

Пальпировать живот надо нежно, начиная с поверхностной пальпации наименее болезненного места, стремясь определить *защитное напряжение мышц*. По мере прогрессирования перитонита выраженность этого симптома уменьшается из-за нарастающей интоксикации и вздутия брюшной стенки. Болезненность при попытке глубокой пальпации, симптом Щеткина — Блюмберга, выраженные в разной степени, выявляются с самого начала перитонита.

При аускультации в первые часы болезни можно отметить усиленные кишечные шумы, затем перистальтика становится все более вялой, непостоянной, появляется вздутие живота.

II стадия — токсическая. Наступает спустя 24–72 часа от начала заболевания (иногда раньше). Продолжительность ее 2–3 суток (может быть меньше). Характеризуется выраженным процессом воспаления. В выпоте — фибрин и гной, фагоцитоз ослаблен, в кишечных петлях нарушено кровообращение.

Состояние больного становится тяжелым. Его беспокоят слабость и жажда. Продолжается мучительная рвота, к концу она принимает характер срыгивания. Рвотные массы темные, бурые с неприятным запахом («фекальная рвота»). Кожа влажная,

лицо бледнеет, заостряется, глаза западают. Выявляется цианоз кончика носа, ушных мочек, губ. Конечности становятся холодными, ногти — синими.

Дыхание учащенное, поверхностное, иногда прерывистое, аритмичное. Артериальное давление низкое, уменьшено пульсовое давление. Пульс учащен — 120–140 уд/мин, не соответствует температуре, мягкий, то едва ощутим, то более полный, сердечные тоны глухие.

Язык сухой, обложен темным, плохо снимающимся налетом. Слизистая оболочка щек также сухая. Сухость во рту мешает больному говорить. Живот вздут, умеренно напряжен и умеренно болезнен при пальпации, выражен симптом Щеткина — Блюмберга. При перкуссии живота определяется равномерный высокий тимпанит, а в отлогих местах — притупление перкуторного звука, изменяющее свой уровень при поворотах больного, что свидетельствует о скоплении жидкости (экссудата).

Аускультация выявляет резкое ослабление, чаще полное отсутствие кишечных шумов. Иногда слышен шум «падающей капли». Газы не отходят, стул отсутствует. Моча становится темной, ее мало (меньше 25 мл в час). Мочеиспускание может быть болезненным. Исследование через прямую кишку болезненно.

Больные в этот период обычно сохраняют сознание, хотя временами могут возникать возбуждение и бред. Чаще больные подавлены и угнетены.

III стадия — необратимая, или терминальная. Наступает спустя 3 суток и более от начала болезни, иногда позже, длится 1–3 суток. Состояние больного крайне тяжелое. Вид его соответствует описанию Гиппократов. Сознание спутанное, иногда наблюдается эйфория. Кожа бледная, с желтушным окрашиванием, отмечается цианоз.

Боли в животе практически отсутствуют. Дыхание поверхностное, аритмичное, пульс частый, еле ощутимый, давление низкое. Больной то лежит неподвижно, то мечется, вздрагивает, «ловит мушек», глаза становятся тусклыми. Живот вздут, пальпация его малоболезненна, при аускультации — «гробовая тишина».

Переход перитонита из одной стадии в другую происходит постепенно, четких границ между стадиями нет. При молниеносных септических формах перитонита (перитонеальный сепсис) выделение фаз невозможно.

Прогноз. Летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет 25–50 %, а при развитии полиорганной недостаточности — 80–90 %.

По мнению С.И. Спасокукоцкого: «При перитонитах операция в первые часы дает до 90 % выздоровлений, в первый день — 50 %, позже третьего дня — всего 10 %».

Лабораторная диагностика

Лабораторное обследование при перитоните играет вспомогательную роль. К лабораторным исследованиям, свидетельствующим о наличии воспалительного процесса, относятся:

- количество лейкоцитов в периферической крови;
- СОЭ.

В целях дифференциальной диагностики с острым панкреатитом исследуют:

- липазу или амилазу сыворотки крови.

Перечень обязательных (рутинных) лабораторных обследований:

- общий анализ крови (обязательно с развернутой формулой);
- билирубин;
- трансаминазы сыворотки крови;
- мочевины;
- общий белок;
- сахар крови и мочи;
- коагулограмма;

- общий анализ мочи;
- группа крови и резус-принадлежность;
- ЭКГ;
- ФЛГ;
- серологическое обследование на сифилис.

Инструментальная диагностика

Как правило, для диагностики перитонита не требуется применения дополнительных инструментальных методов исследования. Потребность в них возникает лишь у пациентов с сомнительной клинической картиной. В этих случаях в целях дифференциальной диагностики применяют **УЗИ, эндоскопические методы обследования**, однако наиболее информативным методом является **диагностическая лапароскопия**. Также могут быть применены **лапароцентез с использованием методики «шарящего катетера»** и **диагностическая лапаротомия**.

Прогнозирование тяжести течения перитонита

Тяжесть состояния больного должна быть определена в первые 24 часа с момента госпитализации в хирургический стационар, что обусловлено существенными различиями в результатах лечения разных форм острого перитонита. При этом наиболее важным является раннее выявление тяжелого перитонита, результаты лечения которого во многом обусловлены временем начала всего комплекса лечебных мероприятий.

Непосредственная оценка больного должна включать клиническое обследование, особенно выявление любых сердечно-сосудистых, дыхательных и почечных нарушений, рентгенографию грудной клетки, определение индекса массы тела и балла по шкале APACHE II. Особое внимание следует обращать на любые органные нарушения.

— **Тяжелый перитонит** диагностируется при наличии двух и более критериев ССВО:

- температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$,
- ЧСС $> 90/\text{мин}$,
- частота дыхания $> 20/\text{мин}$ или $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ мм рт.ст.}$,
- лейкоциты $> 12 \cdot 10^9/\text{л}$ или $< 4 \cdot 10^9/\text{л}$, более 10 % незрелых нейтрофилов.

— Для прогнозирования исхода перитонита можно использовать **Мангеймский индекс перитонита (1987)** (МИП) (табл. 6.3).

В качестве порогового значения оценки взято значение 26 баллов. Для этого значения средняя чувствительность теста составила 86 % (54–98 %), средняя специфичность — 74 % (58–97 %), а точность прогнозирования летального исхода — 83 %.

Таблица 6.3

Мангеймский индекс перитонита

Фактор риска	Оценка тяжести, баллы
Возраст старше 50 лет	5
Женский пол	5
Наличие органной недостаточности	7
Наличие злокачественной опухоли	4
Продолжительность перитонита больше 24 ч	4
Толстая кишка как источник перитонита	4
Перитонит диффузный	6
Экссудат (только один ответ):	
— прозрачный	0
— мутно-гнойный	6
— калово-гнойный	12
Максимальное значение	47

В соответствии с этим МИП предусматривает три степени тяжести перитонита:

- **1-я степень:** сумма баллов менее 21, прогнозируемая летальность — 2,3 %;
- **2-я степень:** сумма баллов 21–29, прогнозируемая летальность — до 22,3 %;
- **3-я степень:** сумма баллов более 29, прогнозируемая летальность — 59,1 %.

На основании МИП была предложена формула для расчета прогнозируемой летальности (Billing et al., 1994):

$$\text{летальность (\%)} = (0,65 \cdot (\text{МИП} - 2) - (0,38 \cdot \text{МИП}) - 2,97).$$

— **Для определения степени тяжести перитонита** могут быть использованы шкалы полиорганной дисфункции Маршалла (The Multiple Organ Dysfunction Score, MODS), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), SAPS (Simplified Acute Physiological Score).

Шкала АРАСН II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation) признана золотым стандартом и широко используется для оценки качества, организации интенсивного лечения и аргументации выводов у больных с травмами, септическим шоком и перитонитом.

— В определенной мере о степени тяжести болезни (интоксикации) можно судить по степени регенеративного сдвига форм нейтрофилов (СРСФН), который рассчитывается по формуле:

$$\text{СРСФН} = (\text{Ми} + \text{Ю} + \text{П}) : \text{С}.$$

В норме этот показатель составляет 0,05–0,08, при тяжелых перитонитах достигает 1–2. Тяжесть степени заболевания по индексу сдвига определяется следующим образом:

- тяжелая степень — индекс от 1,0 и выше,
- средняя степень — индекс 0,3–1,0,
- легкая степень — индекс не более 0,3.

Также для этих целей может быть использован лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) или индекс Я.Я. Кальф-Калифа (см. часть II, глава 4 «Общие принципы интенсивной терапии»).

Хирургическая тактика при перитоните

Показания к операции:

— установленный диагноз «перитонит» — операция должна быть выполнена не позднее чем через 2–4 часа с момента госпитализации пациента после кратковременной предоперационной подготовки;

— невозможность исключить перитонит в течение 6–8 часов.

Операцию не производят, если пациент:

- отказывается от операции;
- находится в пред- или агональном состоянии.

В этих случаях проводят симптоматическое лечение, включающее антибактериальную и детоксикационную терапию.

Предоперационная подготовка

— Предоперационную подготовку при разлитом перитоните начинают сразу после установления диагноза и завершают в операционной, последовательно переходя к анестезиологическому обеспечению операции.

— Цель предоперационной подготовки — создание достаточных жидкостных резервов, которые обеспечивают стабильность гемодинамики и снижение операционно-анестезиологического риска.

- Задачи предоперационной подготовки:
 - устранение тканевой дегидратации, гиповолемии, электролитных нарушений;
 - медикаментозная коррекция нарушений, обусловленных эндогенной интоксикацией и фоновыми заболеваниями;
 - обеспечение раннего начала антибактериальной терапии.
- Потребность в предоперационной подготовке определяется на основании:
 - давности заболевания,
 - общего состояния больного,
 - возраста, наличия и выраженности сопутствующей патологии,
 - прогнозируемой распространенности перитонита и его фазы,
 - частоты дыхания,
 - показателей гемодинамики (пульс, АД),
 - ЦВД, диуреза, данных обследования в приемном отделении,
 - степени интоксикации организма,
 - степени регенеративного сдвига форм нейтрофилов,
 - лейкоцитарного индекса интоксикации (индекса Я.Я. Кальф-Калифа),
 - фагоцитарного индекса (отношения всех поглощенных микробов к 100),
 - активности щелочной фосфатазы в лейкоцитах.

Существенное значение в исходе лечения больных, особенно с разлитым гнойным перитонитом, имеет как можно более раннее (до операции) назначение адекватных антибактериальных препаратов широкого спектра действия для ограничения зоны воспаления. Это обусловлено тем, что хирургическое лечение перитонита всегда связано с разрушением существующих биологических барьеров и неизбежным в таких ситуациях попаданием микрофлоры как в системный кровоток, так и в различные органы и ткани, не вовлеченные в воспалительный процесс.

Обезболивание

Выбор метода обезболивания зависит от состояния больного и распространенности перитонита. При разлитом перитоните методом выбора является общее обезболивание. При местном перитоните может быть применена эпидуральная анестезия.

Операционный доступ

При разлитом перитоните операцию следует выполнять из срединного доступа.

Основные этапы операции:

- ревизия брюшной полости;
- устранение источника перитонита;
- санация брюшной полости;
- интубация кишечника;
- дренирование брюшной полости.

Ревизия брюшной полости включает:

- оценку характера экссудата, его количества и распространенности;
- аспирацию экссудата;
- забор экссудата для бактериологического исследования;
- оценку состояния внутренних органов;
- уточнение источника перитонита: в первую очередь осматривают червеобразный отросток, желчный пузырь, желудок и двенадцатиперстную кишку, поджелудочную железу, места выхода грыж, тонкий и толстый кишечник;
- при наличии в брюшной полости крови ревизию следует начинать с осмотра паренхиматозных органов и органов малого таза с целью выявления источника кровотечения и его остановки.

Устранение источника перитонита — одна из главных задач в лечении перитонита. Объем оперативного вмешательства зависит от причины, вызвавшей перитонит, и состояния пациента.

— Если позволяет состояние пациента, следует выполнить радикальную операцию.

— Если состояние пациента тяжелое или крайне тяжелое, а выполнение радикального вмешательства (устранение источника перитонита) сопряжено со значительной травмой органов и затратой времени, что может оказаться непереносимым для пациента, целесообразно ограничиться дренированием источника инфекции и ограничением его от брюшной полости тампонами с антисептиками. В подобных случаях радикальное вмешательство выполняют после стабилизации состояния пациента через 12–24 часа.

— При распространенном перитоните особое внимание уделяют определению показаний к резекции полых органов живота и адекватному выбору ее объема.

— Если в связи с подозрением на нежизнеспособность тонкой кишки предполагаемый объем ее резекции приближается к обширной (до 1/2 общей длины кишки) или субтотальной (до 2/3 общей длины кишки), то по согласованному решению оперирующего хирурга и анестезиолога допустимо оставить кишку в брюшной полости с последующим решением вопроса об объеме резекции во время выполнения программированной ревизии и санации брюшной полости через 8–12 ч.

Устранение причины нарушения кровообращения в кишке (рассечение ущемляющего кольца, спаек и т.д.), а также проведение целенаправленной инфузионной и медикаментозной терапии (антикоагулянты, антиагреганты и др.) способствуют восстановлению кровотока в еще жизнеспособной ее части и более четкому отграничению участка омертвления.

Обоснованием такой тактики служат тяжелые функциональные последствия обширных резекций тонкой кишки, выражающиеся в синдроме мальабсорбции. В послеоперационном периоде эти больные должны находиться в отделении интенсивной терапии.

— В условиях распространенного перитонита повышается риск несостоятельности наложенных после резекции кишечных анастомозов. Поэтому ***в случае значительной выраженности воспалительных изменений стенки подвздошной кишки наложение анастомоза может быть отложено до устранения перитонита.*** Концы пересеченной кишки выводятся рядом на брюшную стенку через отдельный разрез в виде полных свищей.

— Такая тактика не может быть рекомендована в качестве оптимальной при расположении зоны резекции вблизи связки Трейца. В этом случае риск несостоятельности анастомоза конкурирует с риском искусственно созданного высокого тонкокишечного свища с его опасными функциональными последствиями, особенно для тяжелообольного. Поэтому дилемма чаще решается в пользу наложения анастомоза.

— Вопрос о наложении первичного анастомоза после резекции правой половины ободочной кишки в условиях распространенного перитонита решается индивидуально в зависимости от выраженности воспаления брюшины и сроков его развития.

— Резекцию левой половины ободочной кишки при перитоните целесообразнее завершать наложением одноствольного противоестественного заднего прохода с заглушением периферического отрезка кишки, по типу операции Гартмана. Важным элементом такого вмешательства является девульсия наружного сфинктера заднего прохода с целью декомпрессии отключенного отдела толстой кишки и предотвращения несостоятельности швов на ушитом ее конце. Непрерывность пищеварительного

канала может быть восстановлена через 4–6 недель после полного купирования перитонита и более адекватной подготовки пациента.

Санация брюшной полости

После удаления источника перитонита производят санацию брюшной полости большим количеством физиологического раствора. По возможности удаляют свободно лежащие пленки фибрина. Плотнo фиксированные пленки фибрина удалять не следует, поскольку это может привести к повреждению стенки кишки.

Применение антисептиков для санации брюшной полости нецелесообразно, потому что, во-первых, в связи с краткостью контакта с микрофлорой они не успевают оказать свое антисептическое действие, а во-вторых, некоторые из них содержат аллергены (хлоргексидин и др.) и в условиях перитонита могут вызвать тяжелые аллергические реакции.

Интубация кишечника показана:

- при распространенном перитоните с мутным выпотом и наложениями фибрина;
- переполнении содержимым приводящих кишечных петель;
- выраженном спаечном процессе в брюшной полости.

Учитывая преимущественное значение энтерального источника инфицирования и интоксикации у больных перитонитом в стадии полиорганной недостаточности, интубация кишки предполагает использование всего комплекса средств энтеральной детоксикации, деконтаминации и энтеросорбции.

Более подробно об интубации кишечника см. часть II, главу 5 «Синдром интраабдоминальной гипертензии».

Дренирование брюшной полости

Дренажи устанавливают и фиксируют в положении, обеспечивающем наиболее адекватный отток содержимого:

- верхний этаж брюшной полости дренируют через контрапертуру в подреберной области;
- нижний этаж брюшной полости дренируют через контрапертуру в подвздошной области.

Расположение дренажей в брюшной полости зависит от распространенности перитонита:

— *местный отграниченный перитонит в правой подвздошной области* — дренаж в правую подвздошную область через контрапертуру в правой подвздошной области;

— *местный неотграниченный перитонит в правой подвздошной области* — спаренные дренажи в правую подвздошную область и малый таз через контрапертуру в правой подвздошной области;

— *перитонит, захватывающий весь нижний этаж брюшной полости* — спаренные дренажи в обеих подвздошных областях;

— *местный отграниченный перитонит в правом подреберье* (например, обусловленный острым холециститом) — спаренные дренажи через контрапертуру, расположенную справа сразу ниже реберной дуги по средней подмышечной линии; дренажи располагают под печенью;

— *перитонит, захватывающий правую половину брюшной полости* (например, при остром холецистите или перфоративной гастродуоденальной язве — выпот в правом фланке и в тазу) — спаренные дренажи через контрапертуры, расположенные справа сразу ниже реберной дуги по средней подмышечной линии и в правой подвздошной области;

— *перитонит, захватывающий весь верхний этаж брюшной полости* — спаренные дренажи через контрапертуры, расположенные справа и слева сразу ниже реберной дуги по средней подмышечной линии;

— *разлитой перитонит* — дренирование брюшной полости по А.А. Шалимову:

- *правое подреберье* — один дренаж в подпеченочное пространство, второй — в правое поддиафрагмальное пространство;

- *левое подреберье* — один дренаж в левое поддиафрагмальное пространство;

- *правая подвздошная область* — спаренные дренажи в малый таз;

- *левая подвздошная область* — один дренаж вверх по фланку.

При флегмоне забрюшинной клетчатки предпочтение отдают внебрюшинному ее вскрытию и дренированию.

Способы завершения операции

Способ завершения операции зависит от распространенности перитонита, характера экссудата, наличия или отсутствия полиорганной недостаточности, внутрибрюшного давления (ВБД).

У большинства пациентов с местным отграниченным и неотграниченным, серозным, серозно-фибринозным перитонитом операция может быть завершена послойным зашиванием раны брюшной стенки.

При наличии предпосылок к возможному нагноению послеоперационной раны целесообразно наложение первично отсроченных швов на кожу и подкожную клетчатку.

При лечении тяжелых форм распространенного гнойного и калового перитонита показано применение, по сути, *открытого ведения инфицированной брюшной полости (лапаростомии) с дозированным сведением краев лапаротомной раны и последующими программированными санациями брюшной полости.*

Показания к лапаростомии и программированным санациям брюшной полости:

— любая стадия распространенного перитонита с явлениями полиорганной недостаточности;

— любая стадия распространенного перитонита с массивным каловым загрязнением брюшной полости;

— анаэробный перитонит;

— эвентрация в гнойную рану при распространенном перитоните;

— множественные абсцессы брюшной полости с пиогенными капсулами или толстые напластования фибрина, интимно спаянные с серозной оболочкой органов и не удаленные во время промывания брюшной полости;

— неустранимый источник перитонита;

— несостоятельность швов анастомозов с перитонитом;

— большая вероятность несостоятельности швов анастомозов на фоне распространенного перитонита;

— внутрибрюшное давление более 20 мм рт.ст. (27 см водн.ст.);

— АД < 60 мм рт.ст.

Техника выполнения лапаростомии (по В.С. Савельеву и соавт., 2006):

— после санации брюшной полости большой сальник фиксируется в подчрестье;

— внутренние органы изолируют от внешней среды стерильной перфорированной полиэтиленовой пленкой;

— в верхнем углу раны пленку фиксируют к брюшине или апоневрозу узловыми капроновыми швами;

— через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 3–5 см от края раны и 7–8 см друг от друга накладывают отдельные узловые лавсановые или капроновые

швы и дозировано сводят края лапаротомной раны (внутрибрюшное давление не должно превышать 8–10 мм рт.ст. или 11–14 см водн.ст.);

— на рану брюшной стенки рыхло укладывают салфетки с антисептиком или водорастворимыми мазями.

Этапные санации брюшной полости

Больные, у которых операция закончена вшиванием в рану полиэтиленовой пленки, нуждаются в проведении этапных санаций брюшной полости. Оптимальным способом анестезиологического пособия при выполнении этапных санаций брюшной полости является эпидуральная анестезия.

Этапная санация может быть выполнена в сроки от 24 до 48 часов после первой операции. Общее количество санаций может составить от 2 до 6 и более. Оптимальным следует считать выполнение 3–4 этапных санаций брюшной полости, т.к. в последующем возрастает риск негативных последствий метода — повторная операционная травма, длительность интубации полых органов, риск формирования кишечных свищей, риск развития нозокомиальных осложнений, более высокая стоимость и трудоемкость лечения.

Повторные промывания брюшной полости, как правило, проводят каждые 48 ч до полного купирования явлений перитонита. Лишь после этого окончательно закрывают брюшную полость и зашивают лапаротомную рану.

Методика операции заключается в следующем:

— после удаления марлевых салфеток, полиэтиленовой пленки или снятия провизорных швов и фиксирующих устройств аспирируют содержимое брюшной полости;

— осматривают места наложения швов анастомозов, при необходимости их укрепляют;

— промывают брюшную полость, удаляют свободно лежащие пленки фибрина;

— при необходимости снова вшивают полиэтиленовую пленку, сверху рыхло укладывают салфетки с антисептиком;

— через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 3–5 см от края раны и 7–8 см друг от друга накладывают отдельные узловые лавсановые или капроновые швы и дозированно сводят края лапаротомной раны или, если позволяет ситуация, зашивают брюшную полость послойно, наглухо или до подкожной жировой клетчатки (внутрибрюшное давление не должно превышать 8–10 мм рт.ст. или 11–14 см водн.ст.).

Противопоказаниями к применению этапной санации брюшной полости являются: преагональное и агональное состояние больного.

Показанием к завершению активных методов хирургического лечения служит купирование гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости:

— ликвидация источника перитонита;

— отсутствие неудалимых очагов некроза или множественных отграниченных гнойных очагов;

— прозрачный серозный экссудат;

— наличие перистальтики тонкой кишки;

— внутрибрюшное давление — менее 10 мм рт.ст. (14 см водн.ст.), АД > 60 мм рт.ст. (при зашивании брюшной стенки).

Решение о возможности завершения этапных санаций должно базироваться на результатах интегральной оценки тяжести состояния больного — прогноз летального исхода не должен превышать 20 %.

Основные принципы лечения в послеоперационном периоде

Комплексное лечение острого распространенного перитонита в послеоперационном периоде включает:

- адекватное обезболивание;
- программированные санации брюшной полости (по показаниям);
- коррекцию гиповолемии, водно-электролитного баланса и метаболических нарушений;
- обеспечение нормального газообмена и устранение нарушений микроциркуляции;
- антибактериальную терапию;
- обеспечение энергетических и пластических потребностей организма (парентеральное питание, а с восстановлением перистальтики кишечника — постепенный переход на энтеральное питание полноценными сбалансированными смесями);
- профилактику легочных осложнений;
- по возможности раннюю активизацию пациента. Движение нижними конечностями, как пассивные, так и активные, начинают сразу же после пробуждения больного после наркоза. Начиная со второго дня после операции показана дыхательная гимнастика, допустимые элементы лечебной физкультуры. При отсутствии противопоказаний (тяжесть общего состояния пациента, возраст, дренирование брюшной полости и др.) вставать с постели разрешается на 2-е — 3-и сутки после вмешательства, предварительно надев бандаж (если нет показаний к программированным санациям брюшной полости);
- детоксикационную терапию;
- повышение естественной резистентности организма (иммуномодулирующая и иммунозаместительная терапия);
- устранение функциональной недостаточности кишечника;
- профилактику тромбоэмболических осложнений;
- профилактику образования острых язв и эрозий слизистой оболочки;
- контроль за характером и объемом отделяемого по декомпрессионным зондам и дренажам брюшной полости.

Большинство из перечисленных лечебных мероприятий более детально изложены в части II, главе 2 «Абдоминальная хирургическая инфекция, антибактериальная терапия и профилактика», главе 3 «Тромбоэмболические осложнения в хирургии», главе 4 «Общие принципы интенсивной терапии».

Наиболее частые послеоперационные осложнения: несостоятельность швов анастомозов, абсцессы брюшной полости, некупируемый перитонит, спаечная непроходимость кишечника, нагноение раны, эвентрация, пневмония (более подробно см. часть II, главу 16 «Послеоперационные осложнения: диагностика, лечение, профилактика»).

Рекомендуемая литература

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство / ред. В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд. — М.: Литтерра, 2006. — 168 с.
2. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция: практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. — Донецк, 2007. — 512 с.
3. Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. — СПб.: Питер, 2001. — 480 с.
4. Перитонит: практическое руководство / ред. В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов. — М.: Литтерра, 2006. — 208 с.
5. Радзиховский А.П. Очерки хирургии перитонита / А.П. Радзиховский, О.Е. Бобров, В.Я. Нейштетик. — К.: УАННП «Феникс», 2000. — 156 с.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / ред. В.С. Савельев. — М: Триада-X, 2006. — 640 с.