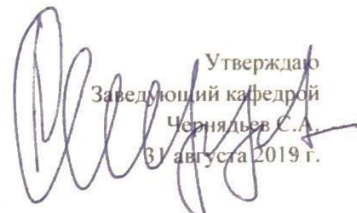


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чеснядов С.А.
31 августа 2019 г.

Методические указания к практическим занятиям

ПЕРИТОНИТ

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2019**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург,2019. –23с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и хирургического лечения перитонита

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

Н.Ю.Коробова – доцент кафедры

К.А.Кубасов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

РФ, 2019г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ

ISBN

Содержание.

Введение-----
-----6

Классификация перитонита-----
---6

Клиническая картина распространенного перитонита----- 7

Диагностика перитонита-----
- ---9

Хирургическое лечение распространенного перитонита-----
10

Лапаростомия-----
- ----16

Список литературы-----
- ----22

Методические указания

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: показать значимость проблемы перитонита, ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, структурой, клинико-патогенетической характеристикой, хирургическим лечением перитонита.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

определение понятия и структуру перитонита; этиологию, патогенез развития перитонита; классификацию перитонита; методы диагностики перитонита; основные направления интенсивной терапии перитонита; виды оперативных вмешательств при перитоните; методы санации брюшной полости;

Студент должен уметь: выявить

причину перитонита; оценить тяжесть состояния больного;

разработать план обследования, обосновать объем необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования;

сформулировать и аргументировать диагноз;

разработать оптимальную схему лечебной тактики;

уметь выставлять показания для санации брюшной полости;

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

<i>шифр</i>	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
<i>ОК-1,</i>	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
<i>ОК-4</i>	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
<i>ОПК-4</i>	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
<i>ОПК-6</i>	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-

<i>ОПК-8</i>	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическими группами препаратов, их совместимость, показания к назначению
<i>ОПК-9</i>	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
<i>ОПК-11</i>	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов хирургии
<i>ПК-5</i>	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
<i>ПК-6</i>	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
<i>ПК-7</i>	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
<i>ПК-8</i>	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
<i>ПК-10</i>	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
<i>ПК-11</i>	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи

ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-
-------	---	---	--	---

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ:
4 часа - 180 мин.

Введение.

Перитонит остается хирургической, общеклинической и общепатологической проблемой, актуальность которой не снижается, несмотря на несомненные успехи клинической медицины. Согласно литературным данным, показатели летальности при перитоните удерживаются на уровне 20-30%, а при наиболее тяжелых формах достигают 40-50%.

Перитонит – воспаление листков брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с нарушением функций жизненно важных органов и систем.

Классификация перитонита

1. По этиологии:

- первичный;
- вторичный;
- третичный.

Первичный перитонит – воспаление брюшины, развивающееся в результате спонтанной гематогенной диссеминации микроорганизмов по брюшине или транслокации специфической инфекции из других органов. Выделяют следующие формы первичного перитонита:

– спонтанный перитонит у детей (в период новорожденности или в возрасте 4-5 лет (предрасполагающие факторы – наличие системных заболеваний, нефро-гического синдрома));

– спонтанный перитонит взрослых:

- после дренирования асцита, обусловленного циррозом печени;
- при длительном использовании катетера для перитонеального диализа;

у женщин вследствие транслокации бактерий в брюшную полость из влагалища через фаллопиевы трубы;

– туберкулезный перитонит (гематогенное инфицирование брюшины при специфических поражениях кишечника, туберкулезном сальпингите и нефрите).

Возбудители представлены моноинфекцией (эшерихии, клебсиеллы, энтеро-кокки, стафилококки, *M. tuberculosis*).

Вторичный перитонит – осложнения острых воспалительных деструктивных заболеваний или повреждений органов живота, образующих морфологический субстрат – источник перитонита.

= перитонит, вызванный перфорацией или деструкцией органов брюшной полости;

послеоперационный перитонит;

посттравматический перитонит вследствие закрытой (тупой) травмы или проникающих ранений живота.

Третичный перитонит – воспаление брюшины, обозначаемое как «пери-тонит без источника инфекции», «персистирующий» или «вялотекущий» пери-тонит.

Термин «третичный перитонит» обусловлен тем, что в его этиологии на пер-вый план выступают микроорганизмы, пережившие первичный цикл эмпирической антибиотикотерапии и вторичный цикл этиотропной антимикробной тера-пии, ориентированной на результаты микробиологического исследования.

Особенности третичного перитонита:

«третичная» микрофлора представлена мультирезистентными стафило -кокками, энтерококками, энтеробактериями, псевдомонадами, грибами (характер -но для нозокомиальной инфекции).

развивается в послеоперационном периоде у больных, переживших экстре-мальные ситуации, сопровождающиеся выраженным подавлением механизмов противоинфекционной защиты.

течение характеризуется стертой клинической картиной, развитием ранней полиорганной дисфункции и рефрактерного эндотоксикоза.

во время операции не всегда удается установить источник третичного перитонита.

проведение антибиотикотерапии является основной проблемой лечения.

2. По характеру содержимого брюшной полости:

- серозный перитонит;
- серозно-геморрагический перитонит;
- серозно-фибринозный перитонит;
- гнойный перитонит;
- желчный перитонит;
- каловый перитонит;
- химический перитонит.

3. По распространенности:

- распространенный перитонит;
- местный перитонит:
 - отграниченный;
 - неотграниченный.

4. По тяжести течения:

- без абдоминального сепсиса;
- абдоминальный сепсис;
- тяжелый сепсис;
- септический шок.

5. Осложнения:

- внутрибрюшные: оментит, кишечные свищи, абсцессы органов;
- флегмона брюшной стенки, забрюшинной клетчатки, эвентрация и т.д.;
- внутригрудные: пневмония, плеврит, медиастенит, эмпиема и т.д.;
- сепсис;
- органная недостаточность.

Клиническая картина распространённого перитонита

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

Основные синдромы

1) Синдром, характерный для заболеваний или травмы, вызвавших перитонит:

- острое начало - «кинжальная» боль: перфорация полого органа, абсцессов или кист, нарушение мезентериального кровообращения, странгуляция кишечника, травма;
- постепенное развитие - гнойно-деструктивные заболевания органов брюшной полости, первичный перитонит.

2) Синдром распространённого воспаления брюшины:

- постоянная боль в животе;
- напряжение мышц
- брюшной стенки;
- положительные симптомы раздражения брюшины (Щёткина-Блюмберга, Воскресенского, Менделя);
- симптомы кишечной недостаточности (рвота, отсутствие перистальтики кишечника и дефекации, вздутие живота).

3) Синдром абдоминального сепсиса.

Клиническая картина перитонита зависит от стадии процесса *Первая стадия — отсутствие сепсиса*

- Продолжительность - от нескольких часов до суток и более.
- Воспалительный процесс в брюшной полости только начинает развиваться, местный перитонит переходит в распространённый.
- Выпот в брюшной полости серозный или серозно-фибринозный.
- Клиническая картина перитонита зависит от основного заболевания.

Перфорация полого органа - внезапная резкая боль в животе, сопровождающаяся картиной шока, локализуется в зоне источника перитонита и постепенно распространяется по всему животу, затем становится постоянной, без «светлых промежутков», плохо локализуется, с иррадиацией в плечи или надключичные области.

Объективно – состояние тяжелое, сознание сохранено, больной покрыт холодным потом, лежит в вынужденном положении (на спине или на боку с приведенными к животу ногами), дыхание поверхностное.

Перитонит, осложняющий воспалительные заболевания органов брюшной полости - нет острого начала, но есть быстрое прогрессирование локального процесса. Больные всегда жалуются на боль (интенсивность и иррадиация которой зависят от причины, вызвавшей перитонит), рефлекторную рвоту и тошноту. Объективно: повышение температуры тела, пульс частый и малого наполнения, не соответствует температуре, АД нормальное или умеренно снижено. Язык обложен белым налётом, суховат, брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания, ригидная.

Вторая стадия — стадия абдоминального сепсиса

- Наступает через 24-72 часа от начала заболевания, продолжительность - 2-3 суток.
- Прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости.
- В выпоте определяется фибрин и гной, фагоцитоз ослаблен.
- Нарушение мезентериального кровообращения, сопровождающееся развитием синдрома кишечной недостаточности с нарушением всех функций кишки.

Клиника:

Больной предъявляет жалобы на слабость, жажду, мучительную рвоту (рвотные массы тёмные, бурые, с неприятным запахом (так называемая каловая рвота)).

Объективно: состояние тяжёлое, кожа влажная, лицо бледное. Дыхание учащённое, поверхностное, иногда прерывистое. АД низкое, тахикардия до 120-140 в минуту, не соответствует температуре, пульс мягкий, сердечные тоны глухие. Язык сухой, обложен тёмным налётом. Живот вздут, умеренное напряжение и болезненность при пальпации, выражены симптомы раздражения брюшины, при перкуссии живота - равномерный высокий тимпанит, в отлогих местах - притупление перкуторного звука, резкое ослабление или полное отсутствие кишечных шумов. Газы не отходят, стул отсутствует, моча тёмная, резкое снижение диуреза (менее 25 мл/ч).

Третья стадия — стадия тяжёлого сепсиса и септического шока

- Наступает спустя 3 суток и более от начала заболевания.
- Прогрессирует полиорганная дисфункция.

Клиника:

Боль в животе почти отсутствует.

Объективно: состояние больного крайне тяжёлое, сознание спутанное, иногда наблюдается эйфория. Кожа бледная или желтушная, выражен цианоз. Дыхание поверхностное, аритмичное. АД низкое (менее 90 мм рт.ст.), частый пульс. Живот вздут, практически безболезненный, напряжения мышц нет, при аускультации - «гробовая тишина». Олиго- или анурия.

Диагностика перитонита

- **Общие симптомы:** выраженная боль в животе, усиливающаяся при перемене положения тела; рвота, не приносящая облегчения; парез кишечника; тахикардия; снижение АД.

- **Местные симптомы:** напряжение мышц брюшной стенки; симптомы раздражения брюшины; при перфорации или разрыве полого органа – свободный газ или жидкость в брюшной полости.

- **Лабораторные методы:**

- ОАК, ОАМ;

- лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)

$$\text{ЛИИ} = \frac{32\text{Пл} + 8\text{Ми} + 4\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}}{16\text{Э} + 2\text{Б} + \text{Мо} + \text{Л}} \quad (\text{в норме} = 1,08 \pm 0,45)$$

где, *Пл* – плазмоциты, *Ми* – миелоциты, *Ю* – юные нейтрофилы, *П* – палочкоядерные нейтрофилы, *С* – сегментоядерные нейтрофилы, *Э* – эозинофилы, *Б* – базофилы, *Мо* – моноциты, *Л* – лимфоциты);

- биохимическое исследование крови.

- **Прокальцитонин, С-реактивный белок.**

- **Инструментальные методы** (приложение, таблица 12, 13):

- УЗИ брюшной полости;

- рентгенография брюшной полости и грудной клетки;

- КТ и МРТ брюшной полости (свободный газ или жидкость в брюшной по-

лости);

- диагностическая лапароскопия.

Хирургическое лечение распространенного перитонита

Предоперационная подготовка

Показания: тяжесть состояния больного >12 баллов по шкале АРАСНЕ II.

Срок подготовки к операции, по возможности, не более 2 часов.

Схема предоперационной подготовки:

- правило «трёх катетеров» - катетеризация центральной вены, мочевого пузыря, желудка;

- струйное (при сердечно-лёгочной недостаточности — капельное) внутри-венное введение низкоконцентрированных полиионных кристаллоидных растворов в объёме до 1000-1500 мл;

- переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объёма циркулирующей жидкости;

- коррекция гемодинамики и транспорта кислорода;

- начинается после установления диагноза и завершается в операционной, последовательно переходя в анестезиологическое обеспечение операции. Полная коррекция нарушений гомеостаза до

операции, как правило, невозможна, достаточно добиться стабилизации АД, ЦВД и увеличения диуреза;

• оперативное вмешательство выполняется под многокомпонентной общей анестезией с искусственной вентиляцией лёгких.

Основные направления хирургического

- ◆ **лечения** оптимальная хирургическая
- ◆ тактика; рациональная антибактериальная
- ◆ терапия; адекватная интенсивная терапия.

Факторы, определяющие успех лечения перитонита:

- 80% - оптимальная хирургическая тактика (адекватная санация);
- 20% - антибактериальная и интенсивная терапия.

Хирургическая тактика

Хирургическая операция — центральное звено лечения всех форм перитонита, основные этапы:

- рациональный доступ;
устранение источника перитонита;
интраоперационная санация брюшной полости;
декомпрессия кишечника;
способ завершения операции;

Рациональный доступ

Срединная лапаротомия - лучший доступ при распространённом перитоните, обеспечивает возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости. Если распространённый гнойный или каловый перитонит выявлен при операции из другого доступа, то следует перейти на срединную лапаротомию.

Устранение источника перитонита

Объём операции соизмеряется с функциональными возможностями больно-го. Источник перитонита должен быть надёжно ликвидирован с помощью наименее травматичного и технически легко выполнимого способа.

Пораженный орган (червеобразный отросток, желчный пузырь) удаляют, от-верстие в кишке, желудке ушивают, при панкреонекрозе выполняют некрэктомию

др. Стремление к радикальному вмешательству (резекция желудка, гастрэкто-мия, резекция толстой кишки и др.) в условиях распространённого перитонита противопоказано и строго соизмеряется с тяжестью состояния больного и выра-женностью гнойно-деструктивного процесса в брюшной полости.

При невозможности радикального удаления источника перитонита необхо-дима его экстраперитонезация или использование марлевых тампонов, способст-вующих отграничению воспалительного процесса от остальных отделов брюш-ной полости.

При перитоните повышается риск несостоятельности кишечных анастомозов, вопрос о формировании анастомоза после резекции тонкой и правой половины толстой кишки решается индивидуально в зависимости от сроков перитонита. В большинстве случаев показан первичный анастомоз,

так как риск несостоятельности конкурирует с опасными последствиями тонкокишечного свища.

Резекцию левой половины толстой кишки при перитоните следует завершать одностольной колостомой с ушиванием дистального отрезка кишки по типу обструктивной резекции Гартмана.

Интраоперационная ревизия и санация брюшной полости

После вскрытия брюшной полости максимально полно удаляют патологическое содержимое (гной, кровь, жёлчь) с помощью электроотсоса, особое внимание уделяют местам скопления экссудата (поддиафрагмальные пространства, боковые каналы, полость малого таза).

Брюшную полость промывают растворами антисептиков - 0,06% р-ром гипохлорита натрия, 1% р-ром фурагина калия, 1% р-ром диоксида, 0,9 % р-ром натрия хлорида, 0,5 % р-ром новокаина (при стабильной гемодинамике и отсутствии непереносимости), 1% раствором перекиси водорода (при анаэробной инфекции, при деструкции забрюшинной клетчатки) и другими растворами с последующей аспирацией жидкости электроотсосом до «чистой воды».

Процедуру повторяют несколько раз, расходуя от 2 до 8 литров жидкости (в зависимости от распространенности и характера перитонита). Промывание осуществляют подогретым раствором (35-38°C), шадящим способом, без

эвентрации кишечных петель. Твёрдые частицы кишечного содержимого и «свободные» фибриновые наложения удаляют пинцетом или влажным тупфером без повреждения висцеральной брюшины. Плотно фиксированные к висцеральной или париетальной брюшине плёнки фибрина удалять не следует.

Адекватная санация позволяет добиться максимальной деконтаминации брюшины и способствует снижению уровня эндогенной интоксикации. Неполноценная санация не может быть восполнена ни антибактериальной терапией, ни интенсивной терапией.

Декомпрессия кишечника

Дренирование желудка и кишечника - обязательный компонент лечения больных распространенным перитонитом. Введение назогастрального зонда обязательно, вопрос о тотальной интубации тонкой кишки решают индивидуально.

При выраженном парезе тощей кишки с раздутыми петлями, покрытыми фибрином, выполняют назоинтестинальную интубацию, проводя зонд за связку Трейтца на расстояние 60-80 см.

Если вся тонкая кишка резко растянута (диаметр более 5 см), переполнена жидким содержимым с токсичными продуктами, серозная оболочка покрыта массивными наложениями фибрина, показана декомпрессия тонкой кишки путем тотальной интубации ее зондом Миллера-Эббота.

Дренирование начального отдела тощей кишки необходимо, поскольку его содержимое представляет наибольшую угрозу развития эндотоксикоза.

Полноценное дренирование желудка при введении назогастроэнтерального зонда так же необходимо, так как проведение зонда нарушает функцию пилорического и кардиального сфинктеров, и кишечное содержимое, поступающее в желудок, может аспирировать дыхательные пути (синдром Мендельсона).

Объективно удостовериться в правильном положении зонда можно только интраоперационно. Контроль эффективности эвакуации и лаваж кишечника начинается после окончательной установки зонда (равномерное заполнение кишки при введении жидкости и свободная её эвакуация) и осуществляется при каждой санации в случае этапного лечения.

Осложнения интубации кишечника

пролежни, кровотечения, перфорации;

нарушение топической микроэкологии кишечника;

синдром Мендельсона;

синдром «реперфузии» (возникает при быстром опорожнении эктазированной кишки на фоне длительной механической непроходимости или выраженном парезе кишечника).

Противопоказания к назоинтестинальной интубации

технические трудности установки зонда, обусловленные анатомическими особенностями (сужение или искривление носовых ходов, деформация пилоро-антрального отдела, двенадцатиперстной или тощей кишки в зоне связки Трейтца, выраженный спаечный процесс);

выраженная инфильтрация стенки кишки;

крайне тяжелое состояние больного при условии выбора этапного лечения перитонита.

Дренаж кишки может осуществляться так же путем трансанальной интубации, интубации через гастро-, энтеро-, цeko- или аппендикостому.

Способы завершения операции

- дренирование брюшной полости;
- перитонеальный диализ;
- повторные ревизии и санации брюшной полости («этапный лаваж», программируемая релапаротомия и др.);
- лапаростомия.

Дренирование брюшной полости

Операцию завершают дренированием брюшной полости через контрапертуры одно- или двухпросветными силиконовыми трубками, устанавливаемыми к зоне источника перитонита и во все отлогие места брюшной полости.

Количество и качество дренажей определяется распространённостью и характером перитонита. Дренажи используют для активной и пассивной эвакуации экссудата или санации брюшной полости в межоперативном периоде.

Дренирование брюшной полости не всегда способствует адекватной санации независимо от количества дренажных трубок. При перитоните у 80% больных через 12-24 часа дренажные трубки теряют свою проходимость, и не могут обеспечить полноценный отток экссудата из

брюшной полости, и её полноценную санацию в послеоперационном периоде.

Перитонеальный диализ

Метод широко использовался в 70-х – 80-х годах прошлого столетия, как метод пролонгированной санации брюшной полости у больных распространённым перитонитом и сыграл положительную роль в снижении летальности.

Преимущества метода

1. непрерывное промывание брюшной полости;
2. не требуется наркоз.

Недостатки метода

- водно-электролитные и белковые нарушения;
 - местные инфекционные осложнения;
 - пролежни от длительно стоящих дренажей;
 - невозможность адекватной санации.
2. последние годы метод практически не используется при лечении распространённого перитонита.

Стремление активно воздействовать на инфекционный процесс при распространённом перитоните как во время операции, так и после неё побудило хирургов к разработке ***активных хирургических методов пролонгированной санации брюшной полости.***

к ним относятся: ***программируемые ревизии и санации брюшной полости***

- ***лапаростомия.***

Плановые санации брюшной полости

Широкое использование получили модифицированные варианты лечения перитонита, заключающиеся в частичном или полном сближении краёв лапаротомной раны с последующими ревизиями и санациями брюшной полости.

Показания

3. распространённый гнойный перитонит с клиническими проявлениями высокой бактериальной контаминации;
4. послеоперационный и прогрессирующий перитонит;
5. множественные межкишечные абсцессы (формирующиеся или имеющие-ся);
6. распространённый гнойный перитонит;
7. неуверенность в состоятельности кишечных швов и анастомозов.

Суть метода: первичные операции с ликвидацией источника перитонита, ряд повторных ревизий и санаций брюшной полости.

Преимущества метода

- эффективное воздействие на внутрибрюшинный инфекционный процесс;
- ранняя диагностика внутрибрюшных и раневых осложнений;
-

отсутствие дренажей;
предупреждение внутрибрюшных абсцессов;
– пагубное воздействие аэрации на анаэробную микрофлору;
– интраоперационная оценка динамики и прогнозирование течения перитонита, ранняя диагностика осложнений.

Недостатки метода

- длительная назоинтестинальная интубация;
- повторные наркозы;
- повторные повреждения брюшной стенки;
- агрессивность метода.

Способы закрытия лапаротомной раны

- провизорные швы;
- вентрофилы;
- металлические пластины;
- застёжка «молния» или «репейник»;
- вакуумные повязки;
- синтетические сетки с фиксацией их по краям апоневроза.

Повторная ревизия планируется во время первой операции, оптимальные сроки 24-48 часов после первичной операции.

При планировании повторной ревизии нужно учитывать

- клинические признаки перитонита;
- выраженность синдрома эндогенной интоксикации;
- динамику СПОН;
- данные предшествующей интраоперационной ревизии.

После устранения источника перитонита и санации брюшной полости проводится ***назоинтестинальная интубация***, которая является строго обязательным этапом операции при использовании метода плановых санаций.

Назоинтестинальная интубация обеспечивает декомпрессию ЖКТ; облегчает манипуляции в брюшной полости, уменьшает травматичность операций, снижает внутрибрюшное давление; способствует восстановлению перистальтики, улучшает кровообращение и микроциркуляцию в стенке кишки; снижает уровень эндогенной интоксикации; предупреждает несостоятельность кишечных анастомозов и эвентраций; обеспечивает возможность выполнения кишечного лаважа, селективной декантамации кишечника и энтерального питания.

Назоинтестинальный зонд удаляют на следующий день после последней ревизии при условии восстановления перистальтики кишечника.

4. настоящее время ***плановые санации*** считаются наиболее эффективным хирургическим методом воздействия на инфекционный процесс при тяжелых формах распространённого перитонита.

Агрессивность и травматичность метода плановых санаций заставили хирургов искать альтернативные варианты – лапароскопия.

Этот метод стал применяться не только для верификации перитонита, но и как метод пролонгированной санации брюшной полости.

Лапароскопическая санация

Преимущества метода

- малая травматичность;
- сокращение раневых осложнений;
- ранняя диагностика внутрибрюшных абсцессов;
- ранняя реабилитация пациента;
- возможность избежать напрасных релапаротомий.

Недостатки метода

- невозможность адекватной санации при высокой степени бактериальной контаминации брюшной полости и множественных плотных фибринозных наложениях;
- плохая визуализация при паралитической дилатации кишечника; невозможность назоинтестинальной интубации.

Оптимальные сроки выполнения санационных лапароскопий 12 – 24 часа по-сле операционного вмешательства.

Лапароскопическая санация не является альтернативой методу про-граммированных санаций. Видеолапароскопия позволяет обеспечить адекватную санацию брюшной полости ***только в случае низкой бактериальной контамина-ции бактериального экссудата.***

Лапаростомия

Показания

гнойный перитонит с флегмоной передней брюшной стенки;
гнойный перитонит с несформированными кишечными свищами;
синдром полиорганной недостаточности с поражением трёх и более органов, развитием глубоких гемодинамических нарушений, не позволяющих использовать этапные ревизии;
интраабдоминальная гипертензия (внутрибрюшное давление выше 15 мм рт.ст.).

При формировании истинной лапаростомы брюшную стенку не ушивают, края раны дозированно сближают с помощью лейкопластыря, предварительно укрывая петли кишечника синтетической плёнкой и выполняя полость раны тампонами с левомеколем. Для предупреждения эвентрации используют бандаж. Возможно открытое лечение перитонита в камере с абактериальной средой.

Преимущества метода

- визуальный контроль за течением инфекционного процесса в брюшной полости;
- самопроизвольный отток экссудата из брюшной полости; коррекция симптомов повышенного

- внутрибрюшного давления; упрощение повторных
- вмешательств.

Недостатки метода

- водно-электролитные и белковые нарушения;
- травматизация петель кишечника и формирование свищей;
- эвентрация органов;
- длительные сроки лечения;
- ретракция брюшной стенки с последующим формированием вентральной грыжи.

□ настоящее время метод применяется в исключительных случаях в связи с представленными недостатками и считается вынужденной операцией.

Каждый из методов пролонгированной санации брюшной полости, обладая целым рядом преимуществ, в то же время имеет недостатки.

Оптимально сочетающим преимущества и недостатки является метод повторных ревизий и санаций брюшной полости, который эффективно воздействует на внутрибрюшной воспалительный процесс.

Лапаростомия рассматривается как вынужденная операция при невозможности использования других методов.

Видеолапароскопия должна использоваться по ограниченным показаниям в виду технической невозможности обеспечения адекватной санации при тяжёлых формах перитонита.

Основные принципы интенсивной терапии перитонитав стадии сепсиса

септического шока

- Гемодинамическая поддержка.

- Респираторная поддержка.
- Глюкокортикоиды: малые дозы – 240-300мг/сутки.
- Активированный протеин С: 24 мкг/кг/час в течение 4 суток при тяжёлом сепсисе (APACHE II более 25) или недостаточности двух и более систем органов.
- Иммунокоррекция: заместительная терапия препаратом пентаглобин (иммуноглобулин человека нормальный).
- Профилактика тромбоза глубоких вен.
- Профилактика образования стресс-язв желудочно-кишечного тракта: применение блокаторов H₂-рецепторов и ингибиторов протонной помпы.
- Заместительная почечная терапия при острой почечной недостаточности вследствие тяжелого сепсиса.
- Нутритивная поддержка:
 - энергетическая ценность питания – 25-30 ккал/кг массы тела в сутки;
 - белок – 1,3-2,0 г/кг/сутки;
 - глюкоза – 30-70% небелковых калорий с поддержанием уровня гликемии ниже 6,1 ммоль/л;
 - липиды – 15-20% небелковых калорий.
- Этиотропная антибактериальная терапия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Классификация перитонита.

Лейкоцитарный индекс интоксикации.

Интенсивная терапия перитонита.

Показания, методы и техника выполнения санаций брюшной полости.

Тактика оперативного лечения перитонита.

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Сформулировать диагноз и его обосновать.

Знать правила постановки назоинтестинального зонда.

Знать хирургические тактики лечения перитонита (классическая, лапароскопическая).

Знать растворы, применяемые для санации брюшной полости.

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

По характеру содержимого брюшной полости перитонит бывает:

- 1) гнойный перитонит;
- 2) серозно-геморрагический перитонит;
- 3) каловый перитонит;
- 4) асептический перитонит;
- 5) химический перитонит.

По этиологии перитонит бывает:

- 1) первичным;
- 2) отсроченным;
- 3) вторичным;
- 4) ранним;
- 5) третичным.

Лейкоцитарный индекс интоксикации в норме:

- 1) $1,02 \pm 0,12$;
- 2) $1,08 \pm 0,45$;
- 3) $1,12 \pm 0,55$;
- 4) $1,45 \pm 0,72$;
- 5) $1,58 \pm 0,72$.

Задачи оперативного вмешательства при перитоните:

- 1) интраоперационная санация;
- 2) устранение источника перитонита;
- 3) условия для пролонгированной санации брюшной полости

в послеоперационном периоде;

- 4) декомпрессия ЖКТ;
- 5) удаление большого сальника.

Устранение источника перитонита:

- 1) источник перитонита должен быть надёжно ликвидирован с помощью наименее травматичного и технически легко выполнимого способа;
- 2) максимально радикальное удаление источника перитонита с последующим удалением большого сальника;
- 3) объём операции соизмеряется с функциональными возможностями больного;
- 4) общепринятый доступ – срединная лапаротомия;
- 5) общепринятый доступ – контрапертурные разрезы передней брюшной стенки.

При невозможности радикального удаления источника перитонита применяют:

- 1) экстраперитонезация;
- 2) использование марлевых тампонов;
- 3) активное дренирование;
- 4) пассивное дренирование.

Адекватность интраоперационной санации брюшной полости определяется следующими факторами возбудителя:

- 1) ассоциативным характером микрофлоры с широким представительством анаэробов;
- 2) высокой степенью бактериальной контаминации перитонеального содержимого;
- 3) быстрой сменой приоритетных возбудителей;
- 4) быстрым развитием резистентности микрофлоры к антибиотикам;
- 5) этиологией возбудителя.

Для промывания брюшной полости используют:

- 1) изотонический раствор Рингера с антибиотиками;
- 2) раствор фурациллина 1:5000 и 5% раствор глюкозы;
- 3) 0,2% раствор хлоргексидина биглюконата;
- 4) 0,25% раствор новокаина;
- 5) 10% раствора тиосульфата натрия.

Способы завершения операции при перитоните:

- 1) дренирование брюшной полости;
- 2) повторные ревизии и санации брюшной полости;
- 3) ушивание операционной раны;
- 4) лапаростомия;
- 5) перитонеальный диализ.

Способы закрытия интраоперационной раны:

- 1) П-образный шов;
- 2) вентрофилы;
- 3) застёжка «молния»;
- 4) металлические пластины;
- 5) обвивной шов.

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала.
Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончанию дидактического модуля оценивается:
Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010
Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
5. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
6. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
7. Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

1. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
5. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
6. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф
www.bmj.com
www.consilium-medicum.com
www.medscape.com
www.pubmed.org
www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

1. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
2. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
3. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. -

(Абдоминальная эндохирургия)

4. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис В Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)

5. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)

6. Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.

7. Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.

8. Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.
Чернядьев Сергей Александрович
Ушаков Алексей Александрович
Родионов Евгений Николаевич
Коробова Наталья Юрьевна
Кубасов Кирилл Александрович

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ
Минздрава России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60x90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции