**Реферат**

**на тему: «Острый общий перитонит»**

Назначение морфина, промедола и других наркотических средств при острых болях в животе до выяснения диагноза нередко может ввести врача в заблуждение. Ошибка в распознавании тем более вероятна, если введение наркотика комбинировалось с ранней пенициллинотерапией, еще более путающей клин, картину. При переходе острого диффузного перитонита в отграниченный все симптомы болезни заметно ослабевают; в то же время исследование брюшной полости указывает на болевую чувствительность, скопление экссудата («инфильтрат») и пр. Подобное течение нередко наблюдается при пневмококковом перитоните.

Диагноз. Тяжелая картина воспаления брюшины настолько характерна, что диагностировать перитонит, когда все явления уже развились, нетрудно. Но в этот период состояние больных настолько тяжелое и процесс уже в такой степени распространился, что вряд ли может идти речь о каком-нибудь лечебном мероприятии. Гораздо важнее распознать перитонит в самых начальных стадиях. В этом отношении следует подчеркнуть целый ряд упоминавшихся выше симптомов, которые должны быть учтены при диагностике и дифференциальной диагностике перитонита.

При прободном перитоните аппендикулярного, травматического или другого характера больной может обратиться к врачу в момент, когда первоначальные острые явления несколько стихли, боль стала слабее, пульс выправился и нормализовался, но обследование больного и исследование его живота дадут известные указания на развивающееся воспаление брюшины. Осторожным, нежным ощупыванием удается определить ясную напряженность мышц на месте первоначальной локализации боли. При пальпации этой области больной жалуется на значительные боли, усиливающиеся в момент быстрого прекращения пальпации — так называемый симптом Блюмберга—Щеткина*.*

Несколько учащенный пульс, повышение температуры (иногда значительное, иногда на несколько десятых), а в ряде случаев наличие экссудата в брюшной полости также являются характерными признаками перитонита. Однако в начальных стадиях острого перитонита очень трудно определить наличие экссудата путем клин, исследования. В более поздних стадиях, когда выпот скопляется в большом количестве, это удается путем перкуссии (тупой звук), а при отграниченном перитоните — пальпацией (инфильтрат). Скопляющиеся в верхней части живота газы почти невозможно обнаружить, т. к. сильно вздутые петли кишок также поднимаются кверху. Диагностировать выхождение воздуха в свободную брюшную полость удается при рентгенологическом исследовании и при лапаротомии.

Во всех неясных случаях должна быть исследована кровь, т. к. уже в начальных стадиях постепенно возникает лейкоцитоз. Тщательное наблюдение за общим состоянием больного, точная регистрация пульса в течение первых часов (когда пульс учащается, постепенно достигая 96 и больше ударов в 1 мин.), исследование (ощущение болей при нажимании пальцем на дно дугласова пространства), систематическое исследование крови через каждые два часа позволяют в ряде случаев диагностировать развивающийся острый перитонит. Важное значение имеет и повторное измерение температуры.

Анамнез и внимательное исследование больного позволяют в ряде случаев определить, какой именно орган является источником инфекции. Наряду с этим иногда без чревосечения не удается точно диагностировать причину перитонита.

В более поздних стадиях, когда картина болезни в общем ясна, не всегда легко разобраться, имеется ли общий или местный перитонит, и только спустя некоторое время, когда процесс локализуется в определенном месте брюшной полости, вопрос этот может быть разрешен без труда. Однако стремление точно дифференцировать местный перитонит от общего не должно оттягивать момента вмешательства.

В начальных стадиях перитонита можно легко принять за одно из ряда других заболеваний, сопровождающихся острыми болями, коллапсом, обмороком, симулирующими шок, рвотой, вздутием кишок и другими общими симптомами. Желчнокаменные колики, почечные камни, острый панкреатит, острая непроходимость кишечника, особенно в его верхних отделах, внутрибрюшинные кровотечения (внематочная беременность, разрыв селезенки и пр.) дают иногда неясную картину болезни, которая на первый взгляд может быть принята за перитонит. При всех этих заболеваниях, как и при остром перитоните, на первый план выступают острые боли, затемняющие в ряде случаев все прочие симптомы. (Это дало повод обозначать острые боли в животе, сопровождающиеся рвотой, колляпсом и другими симптомами, неудачным термином «острый живот», в наст, время совершенно оставленным хирургами.) Начинающаяся плевропневмония при распространении болей по межреберным нервам может в отдельных случаях симулировать явления перитонита.

Течение острого перитонита зависит от степени и распространения процесса, характера инфекции (перитонеальный сепсис, пневмококковый или гонорейный перитонит), стадии болезни и своевременности хирургического вмешательства.

Лечение. Единственно правильный метод лечения острого перитонита — раннее оперативное вмешательство. При подозрении на острый перитонит прежде всего необходимо уложить больного в постель, предоставив полный покой органам брюшной полости и организму в целом, а затем устранить или ослабить боли. Введение под кожу 1 мл 1% раствора морфина заметно понижает боли и улучшает самочувствие больного, но вводить морфин позволительно лишь после того, как больной обследован полностью, диагноз перитонита установлен и вопрос об операции решен, так что введение наркотика уже не может затруднить диагностику. Исключение составляет случай, когда предстоит длительная транспортировка больного в лечебное учреждение. В этом случае больному перед эвакуацией следует ввести морфин, непременно указав дозу и время инъекции (часы, минуты) в сопроводительном документе. Болеутоляющими до известной степени являются холод (пузырь со льдом на живот), тепло (грелки). Не всем больным одинаково помогает холод или тепло, а потому приходится считаться с их субъективными ощущениями. Любые слабительные средства абсолютно противопоказаны. Все лечебные мероприятия, проводимые одновременно с обследованием больного, являются предварительными; за ними должно следовать неотложное хирургическое вмешательство. О консервативной терапии разлитого перитонита не должно быть и речи. Положение о необходимости неотложного хирургического вмешательства в подобных случаях является основным и непоколебимым. Основной целью ранней операции должна быть ликвидация источника инфекции, т. е. закрытие перфорационного отверстия (желудок, кишечник), или ликвидация воспалительного очага, откуда распространяется инфекция (червеобразный отросток, желчный пузырь и т. п.). Одновременно необходимо принять надлежащие меры к опорожнению брюшной полости от гнойного экссудата.

В наст, время основными мероприятиями при острых гнойных разлитых перитонитов являются следующие:

1) как можно раньше устранить источник инфекции и помочь организму в борьбе с нею;

2) по возможности больше щадить защитные силы организма в его борьбе с инфекцией;

3) применяя комплексные мероприятия, стремиться к восстановлению реактивных сил больного. Важное значение при этом имеет обезболивание; оно должно быть безукоризненным, поскольку возможные дальнейшие осложнения находятся в определенной зависимости от применявшегося обезболивания.

Каждый случай острого перитонита необходимо индивидуализировать в связи с источником и характером инфекции. Гонорейный перитонит у женщин протекает в общем благоприятно и может закончиться выздоровлением без оперативного лечения. Киршнер и большинство хирургов считали, что диагностированные гонорейные перитониты можно лечить консервативным путем. Пневмококковый перитонит у детей) скорее всего служит проявлением общей инфекции в виде местного очага на брюшине. Хирургическое вмешательство в ранних стадиях пневмококкового перитонита сопровождалось высокой смертностью, в то время как при выжидательном способе воспалительный процесс локализуется и в дальнейшем оперативное лечение может быть уже со значительно лучшим исходом. Киршнер также считал более уместным консервативное лечение и предлагал в тех случаях, когда при лапаротомии обнаруживается пневмококковый перитонит, немедленно закрывать брюшную полость. В наст, время значительная часть хирургов рекомендует оперировать уже в ранних стадиях пневмококкового перитонита с непременным введением в брюшную полость пенициллина и последующей антибиотикотерапией.

При остром перитоните аппендикулярного происхождения хирургическое вмешательство должно быть возможно ранним и состоять в полном удалении червеобразного отростка. Только в очень тяжелых, запущенных случаях с обширными сращениями операция ограничивается удалением гноя.

При перитоните, развившемся вследствие язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, следует закрыть дефект перфорации путем зашивания стенки желудка. В последние годы хирурги (С. С. Юдин и др.) рекомендуют резецировать подобные прободные язвы. Однако это, по мнению других авторов, может до известной степени осложнить оперативное вмешательство.

Перитонит, возникший в результате прободения брюшнотифозных язв, должен быть немедленно оперирован, если больной не находится в тяжелом состоянии. Шок в этих случаях, как и при прободениях язв желудка и других полых органов или их повреждений, не является противопоказанием к оперативному вмешательству: больные во время наркоза выходят из шокового состояния и переносят операцию удовлетворительно. Состояние больных при брюшном тифе в общем тяжелое, поэтому все манипуляции должны совершаться возможно быстрее.

Повторное хирургическое вмешательство при послеоперационном перитоните, большей частью септического характера и протекающем очень тяжело, редко приводит к выздоровлению. Известны только отдельные случаи благоприятных исходов после повторных лапаротомии с отсасыванием экссудата, тампонадой и пр. Наблюдающееся после операций на брюшной полости «раздражение брюшины» излечивается соответствующими приемами: промывание желудка, возбуждение перистальтики кишечника, тепло на живот.

Кроме устранения источника инфекции, очень большое значение имеют удаление гноя и туалет брюшной полости. Гнойный перитонит должен лечиться так же, как принято лечить в наст, время все острые гнойники, т. е. вскрытием полости, наполненной гноем, и опорожнением ее от последнего. Множество загибов и карманов брюшинного мешка, обширность брюшной полости лишают возможности при обычных лапаротомных разрезах не только полностью, но даже в достаточной мере удалить гной. Излишняя эвентрация кишечника не безразлична для больного и может повести к тяжелому смертельному шоку.

Широкое раскрытие брюшной полости и эвентрация кишок в целях осмотра и удаления гноя теперь оставлены из-за большой травматичности. То же относится к протиранию брюшины салфетками [Гарре, Клермон], которое вызывает разрушение ее эпителиального покрова. Отказались и от применявшихся прежде обильных промываний брюшной полости физиол. раствором, т. к. они способствуют еще большему распространению инфекции по брюшине.

Очень удобен аспиратор, с помощью которого удается вывести значительное количество гноя. Все пищевые массы или содержимое кишечника, попавшее в брюшную полость при перфорациях желудка или кишок, должны быть тщательно удалены, т. к. оставленные где-нибудь в брюшной полости, они могут служить источником дальнейшей инфекции. Удаление фибринозных пленок бесцельно, т. к., кроме травмы и повреждения тканей, ничего не дает.

Одновременно с удалением гнойного выпота предпринимались меры к дезинфицированию брюшины, а также к задержке всасывания из нее токсинов.

Вливание в брюшную полость стерильного прованского масла [Глим, Борхард], 1% раствора камфорного масла [Гиршель], себя не оправдали. Кун (Кипп) предложил вливать в брюшную полость гипертонический (50—80%) раствор сахара с расчетом вызвать усиленную транссудацию в полость брюшины. Об этом методе более или менее благоприятно отзывался Брютт (ВНДО), хотя в общем предположение Куна не оправдалось (Киршнер). Предложение Морестена вливать в брюшную полость при остром перитоните 60—100 млэфира (в качестве антисептического и раздражающего средства) привлекло внимание части хирургов, но какого-либо существенного эффекта не дало. Шунбауэр использовал для дезинфекции брюшной полости солянокислый пепсин, считая, что перитонит при прободных язвах желудка в связи с повышением содержания соляной кислоты и с ее бактерицидным действием протекает благоприятнее. В клинике Эйзельсберга этот метод получил положительную оценку. Но, по Киршнеру, при прободных язвах желудка излившиеся из желудка кислые массы уже с самого начала бедны микроорганизмами. Для устранения поступления токсинов из брюшной полости в кровь пытались перевязывать грудной лимф. проток и даже (в эксперименте) накладывать на него свищ. В клинике эти мероприятия не нашли применения.

Все перечисленные предложения отпали с введением в практику антибиотиков, которые гораздо более успешно решают задачу воздействия на инфекцию как при завершении операции, так и в послеоперационном периоде.

Предлагались также меры для предупреждения тяжелого спаечного процесса в брюшной полости после перитонита. Вливания с этой целью масла, человеческого жира оказались неэффективными, т. к. процесс образования спаек связан с индивидуальными особенностями больного.

Для опорожнения брюшной полости от гноя в послеоперационном периоде хирурги долгое время пользовались (а многие пользуются и сейчас) обильной тампонадой (по Микуличу), а затем стали вводить в брюшную полость дренажи как через лапаротомный, так и через добавочные разрезы брюшной стенки. Рен высказался против широкого дренирования брюшной полости, т. к. оно, по его мнению, отражается на восстановлении внутрибрюшного давления, имеющего большое значение для всего организма. Брюшную полость Рен зашивал наглухо, оставляя только дренаж, проведенный наружу через дугласово пространство. Установлено, что ни тампонада, ни дренаж при общих П. не дают длительного эффекта: вокруг тампонов быстро (уже через сутки) образуются спайки, а введенные трубки — резиновые и стеклянные — не дренируют всей брюшной полости, где также быстро образуются спайки и сращения. Только при местных отграниченных гнойниках в брюшной полости дренаж или тампон обеспечивает в первые дни значительное выделение гноя.

Вопрос о дренировании или зашивании наглухо в каждом отдельном случае решается в зависимости от степени распространения и характера перитонита. Правильно следующее положение Киршнера:

1) если оперативным вмешательством удается полностью устранить источник инфекции и вместе с тем есть уверенность, что все моменты для вторичной инфекции отсутствуют, брюшную полость можно зашивать наглухо даже при тяжелых инфекциях; кожу в подобных случаях можно не зашивать или соединить края одним — двумя швами;

2) если в брюшной полости остается возможный источник первичной или вторичной инфекции или нагноения (некротические ткани, обширные грануляции, гематомы, недостаточно прочно зашитые полые органы), брюшную полость (вернее эти участки) следует дренировать. Опыт показывает, чтоу больных с острым перитонитом послеоперационный период протекает легче и благоприятнее, если операция закончена полным закрытием брюшной полости, что большей частью удается при операциях в ранних стадиях заболевания (1—2-е сутки).

Особо стоит вопрос о тонких дренажах, которые оставляют для внутрибрюшинного введения антибиотиков. При этом следует соблюдать определенные условия. Дренажная трубка должна быть диаметром не больше 5—6 *мм;* брюшную рану, кроме узкого отверстия для дренажной трубки, закрывают полностью. Антибиотики вводят 3 раза в день; дозировка — в зависимости от тяжести перитонита. После введения антибиотиков дренажная трубка зажимается на 1—2 часа. Трубку оставляют обычно на 3—7 дней. Очень важно уже во время операции взять мазок гноя и определить чувствительность микрофлоры к пенициллину и другим антибиотикам. Во избежание закупорки отверстия дренажа в результате присасывания стенки кишки или сальника, а также возможного некроза стенки кишки от давления многие хирурги считают целесообразным обертывать дренажи узкой марлевой полоской.

Если после хирургического вмешательства в течение первых двух суток от начала развития разлитого перитонита удается ликвидировать источник инфекции, выпот остается еще серозно-гнойным или фибринозно-гнойным и брюшную полость удается очистить от загрязнения и инородных тел, то целесообразно ввести внутрибрюшинно антибиотики (до 1 000 000 ЕД пенициллина; 0,5—1,0 г стрептомицина в 25,0—30,0 *мл* 0,5% раствора новокаина); брюшную полость при этом можно зашить наглухо. В дальнейшем антибиотики вводят парентерально или внутривенно капельным методом (В. Я. Шлапоберский).

Оперативное вмешательство само по себе является только одним из этапов лечения перитонита. Дальнейший послеоперационный уход после операции по поводу острого перитонита должен быть особенно тщательным. Общее состояние больного в первые дни продолжает оставаться тяжелым, что связано с послеоперационным шоком. Необходимо следить за пульсом, поддерживать деятельность сердца (камфора, кофеин, дигален под кожу). При неспокойном состоянии и сильных болях вводят 1 мл2% раствора пантопона или 1% раствора морфина; больные успокаиваются, засыпают, что лучше всего сохраняет их силы. Для возмещения потерь жидкости организмом производят повторные вливания физиол. раствора. Внутривенные медленные капельные вливания физиол. раствора с 6—8 каплями адреналина на 1 л жидкости оказывают благоприятное действие на сердечнососудистую систему. Их можно повторять 1—2 раза в день. Во избежание шока и ацидоза рекомендовано вводить внутривенно виноградный сахар с инсулином также внутривенные вливания более концентрированных (5% —100 мл или 20% — 40 мл)растворов поваренной соли.

Для борьбы с обеднением организма углеводами рекомендуют вводить 1—2 л5% раствора глюкозы внутривенно капельным методом или подкожно. Плазма, сыворотка и белковые растворы, введенные также внутривенно, благотворно влияют на организм больного перитонитом, теряющего обычно значительное количество белка. Назначение витаминов, особенно при продолжительном приеме стрептомицина (витамины К и В), АКТГ оказывает благотворное влияние.

Нагноение кожи и подкожной клетчатки, часто наблюдающееся после операций по поводу гнойного перитонита, должно быть своевременно распознано, швы распущены, рана затампонирована. Профилактически целесообразно зашивать кожу лишь местами, 2—3 швами, или вовсе не зашивать.

Исход операции зависит от источника инфекции, от времени, которое протекло между началом заболевания и оперативным вмешательством, от вирулентности микроорганизмов и от состояния организма больного в целом; истощенные, ослабленные больные, дети и старики значительно хуже переносят операцию. Летальность после хирургического лечения острых перитонитов, по данным Киршнера (1926), была высокой — около 50%. (Цифра получена на основании обработки сборного материала в 11 000 случаев, прошедших за 25 лет через ряд клин, и больничных учреждений Германии.) Кривые, составленные тем же автором, наглядно показывают, что летальность от всех видов перитонита постепенно падала, достигая в период 1920—1924 гг. наиболее низких цифр. Уже тогда было основание утверждать, что при перитоните, например аппендикулярного, перфоративного характера, результаты оперативного лечения будут улучшаться. Решающую роль в этом играло прежде всего раннее распознавание перитонита и своевременное направление больных для хирургической помощи.

Источник загрязнения брюшной полости и возникновения инфекции, как и характер возбудителя (кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, пневмококки, гонококки и т. п.), имеет большое влияние на течение и распространение воспаления брюшины. Развивающиеся при этом патофизиологические расстройства, быстрота течения и распространения воспалительного процесса, состояние сопротивляемости организма и возможность выполнения необходимых мероприятий как во время операции, так и в послеоперационном периоде — все это имеет решающее значение при учете исходов лечения разлитого гнойного перитонита. Таким образом, при лечении больных перитонитом, которое должно состоять из ряда комплексных мероприятий, необходимо, в первую очередь, устранить основную причину возникновения и развития воспаления брюшины.