

*Крисанов А.В., Маркевич Ю.С.*

## **ФИЗИКАЛЬНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИТОНИТА И СОСТОЯНИЙ, К НЕМУ ПРИВОДЯЩИХ**

*Научные руководители: доц., канд. мед. наук Попков О.В.*

*Кафедра общей хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Перитонит – одно из наиболее тяжелых осложнений при заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости; имеет клиническую картину самостоятельного заболевания и представляет собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций с нарушением функционирования всех систем гомеостаза больного. Данное заболевание, несмотря на достигнутые успехи в его лечении, по-прежнему не теряет своей актуальности, особенно если учесть, что оно осложняет течение около 15–20% всех острых заболеваний органов брюшной полости.

Диагностика перитонита основана на комплексной оценке анализа местных симптомов, признаков воспаления, интоксикации и характерных осложнений. При этом необходимо учитывать фазу течения заболевания, клиническая картина которого в реактивной и терминальной фазах значительно различается. В реактивной фазе превалирует боевой синдром. Часто выявляется зона наибольшей болезненности, соответствующая первичному очагу воспаления, выражено напряжение мышц брюшной стенки. Перистальтика ослаблена, отчетливы симптомы Щеткина–Блюмберга, Воскресенского. Нет явных признаков обезвоживания. В биохимических анализах существенных отклонений не выявляется. В терминальной фазе бывает трудно установить диагноз. Адинамичный, заторможенный больной, резко обезвоженный, с запавшими глазами, обостренными чертами лица, дышит поверхностно, учащенно. Выраженная тахикардия, одышка, артериальное давление низкое. Язык сухой. Живот вздут, неравномерно болезнен; симптомы Щеткина–Блюмберга, Воскресенского сомнительны. Аускультативно – симптом «гробовой тишины»; может быть «шум плеска». В биохимическом анализе крови выраженные признаки полиорганной недостаточности. На обзорных рентгенограммах выявляются множественные чаши Клойбера. При сомнениях в диагнозе проводим лапароскопию, при которой могут быть установлены источник, распространенность и характер перитонита.

Развитие перитонита сопровождается форсированным катаболизмом. Потребности организма в энергетических и пластических ресурсах резко возрастают. Перспективно – применение энтерального зондового питания. Для эмпирической антибактериальной терапии до микробиологической верификации возбудителя и его определения чувствительности к антимикробным препаратам применяем комбинацию синтетических пенициллинов или цефалоспоринов с аминогликозидами и метронидазолом. Активно проводится иммунокоррекция. Наряду с традиционными способами лечения болевого синдрома с помощью наркотических анальгетиков применяем пролонгированную эпидуральную аналгезию. Наиболее эффективный способ восстановления моторики желудочно-кишечного тракта – декомпрессия кишечника трансназальным зондом с последующим его промыванием. При восполнении электролитных нарушений применяем антихолинэстеразные препараты. Широко используем гипербарическую оксигенацию, которая способна купировать все типы гипоксии, развивающиеся при перитоните, способствует ускоренному снижению бактериальной обсемененности брюшины, усиливает моторно-эвакуаторную функцию кишечника.

Только ранняя диагностика и своевременная комплексная патогенетическая терапия перитонита могут решить задачу улучшения результатов его лечения.