

## Воспалительные заболевания органов брюшной полости

В хирургической практике к воспалительным заболеваниям органов брюшной полости относятся заболевания, объединяющиеся в симптомокомплекс. **Острый живот.** Этим термином обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь. Он приемлем как предварительный диагноз, рабочая гипотеза, особенно на догоспитальном этапе, так как всегда требует от врача решительных действий – немедленной госпитализации больного в хирургический стационар, быстрой уточненной диагностики. Этот диагноз предопределяет также необходимость неотложного решения дилеммы – оперировать больного или нет, и если да, то как скоро.

**Классификация:** выделяют 2 группы воспалительных заболеваний органов брюшной полости.

В основе синдрома острого живота чаще всего лежит патология, требующая экстренного хирургического лечения и эти заболевания составляют первую группу:

- перитонит;
- непроходимость кишечная;
- кровотечение в брюшную полость;
- нарушение кровоснабжения органов брюшной полости в результате сдавления или перекрута брыжейки, эмболии или тромбоза висцеральных сосудов.

Клиническая картина синдрома отмечается также при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости таких как:

- острый аппендицит.
- острый холецистит;
- острый панкреатит.

Хронические формы этих воспалительных заболеваний при обострении рассматриваются как острые, и вопросы о методах их хирургического лечения решаются в зависимости от клинических проявлений. Основным в лечении этой группы воспалительных заболеваний органов брюшной полости является применение хирургических вмешательств в экстренном, срочном или плановом порядке или консервативное лечение.

Вторую группу воспалительных заболеваний органов брюшной полости составляют заболевания, не требующие хирургического лечения:

- острый и хронический гепатит;
- цирроз печени;
- мезаденит;
- абдоминальная ангина.

Определенная условность выделения этих двух групп заболеваний, сопровождающихся клиникой «острого живота», подчеркивается известной частотой перехода ряда болезней из одной группы в другую.

Симптомокомплекс «Острого живота» могут симулировать повреждения и заболевания внебрюшинных органов (переломы позвоночника, ребер, костей таза, инфаркт миокарда, острый пиелонефрит и т.д.) – так называемый псевдоабдоминальный синдром.

Среди хирургических больных >50% составляют больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

### ***Диагностика воспалительных заболеваний органов брюшной полости.***

Включает анамнестические данные, клинико-лабораторные исследования (общеклинические и биохимические). Следующие неинвазивные методы обследования:

- рентгенологические (-графия; -скопия; -томография);
- КТ, МРТ;
- УЗИ;
- ФГДС.

При трудностях в диагностике острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости применяются инвазивные методы:

- ангиография;
- видеоэндоскопия;
- лапароскопия.

### ***Острый аппендицит.***

Наиболее частое острое воспалительное заболевание брюшной полости.

Острый аппендицит – неспецифическое воспаление червеобразного отростка. На долю острого аппендицита приходится 75-85% всех случаев острой хирургической патологии брюшной полости. Послеоперационная летальность составляет 0,1-0,3% и связана с развившимися осложнениями до операции и/или в послеоперационном периоде.

**Этиология:** Выделяют 3 теории, объясняющие причины и механизмы развития воспаления в червеобразном отростке:

- инфекционная (активация кишечной флоры и нарушение барьерной функции кишечника);
- нервно-рефлекторная (расстройство трофических процессов в стенке аппендикса вследствие патологических рефлексов (кортико-висцеральных и висцеро-висцеральных);
- аллергическая – как местное проявление реакции гиперчувствительности.

Пути проникновения инфекции в аппендикс:

- энтерогенный – самый частый (из просвета отростка);
- гематогенный;
- лимфогенный.

Патологическая анатомия:

Морфологические изменения при остром аппендиците разнообразны, они отражают различную степень выраженности сосудистых, аллергических и нейротрофических реакций в тканях отростка. Морфологические изменения лежат в основе классификации и отражают стадию воспаления:

- простой (поверхностный, катаральный);
- флегмонозный;
- гангренозный;
- прободной.

В соответствии с классификацией В.И. Колесова выделяют следующие формы острого аппендицита:

1. Аппендикулярная колика.
2. Простой (поверхностный, катаральный).
3. Деструктивный (флегмонозный, гангренозный, перфоративный).
4. Осложненный аппендицит (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, разлитой гнойный перитонит, другие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис и др.).

**Клиническая картина** – острого аппендицита характеризуется чрезвычайным разнообразием клинических проявлений. Это объясняется существованием различных вариантов его расположения, форм воспалительных изменений, частым развитием осложнений.

Основными проявлениями являются: боль, диспептические явления, дизурические расстройства, нарушение функции кишечника, изменение общего состояния больных.

#### **Дифференциальная диагностика.**

Острый аппендицит дифференцируется с заболеваниями, в клинических проявлениях которых есть симптомы: боль, тошнота, рвота, нарушение функции кишечника, дизурические расстройства, симптомы раздражения брюшины.

**Лечение.** При установлении диагноза острый аппендицит – показано оперативное лечение – аппендэктомия. По абсолютным показаниям традиционная открытая или закрытая – лапароскопическая аппендэктомия.

#### **Осложнения острого аппендицита.**

Наличие осложнений обуславливает неблагоприятные исходы аппендэктомий. Осложнения острого аппендицита подразделяются на дооперационные и послеоперационные.

Дооперационные осложнения:

- аппендикулярный инфильтрат;
- аппендикулярный абсцесс;
- флегмона забрюшинной клетчатки;
- перитонит.

Послеоперационные осложнения классифицируются по клинико-анатомическому принципу:

- осложнения со стороны операционной раны (кровотечение из раны, гематома, серома, инфильтрат, нагноение, послеоперационные грыжи, келлоидные рубцы, эвентрации, невриномы);
- острые воспалительные процессы брюшной полости: инфильтраты и абсцессы илеоцекальной области, абсцесс прямокишечно-маточного пространства, межкишечные абсцессы, забрюшинные флегмоны, подпеченочные абсцессы, местный перитонит, распространенный перитонит;
- осложнения со стороны систем жизнеобеспечения.

По срокам развития – ранние в течение первых 2-х недель с момента операции, поздние – по истечении 2-х недель.

**Аппендикулярный инфильтрат.** Встречается у 0,2-3% больных острым аппендицитом. Это ограниченное воспаление червеобразного отростка органами и тканями вокруг деструктивно-измененного червеобразного отростка. Появляется на 3-4 сутки после начала острого аппендицита. Выделяют 2 стадии в его развитии – 1 – ранняя (рыхлого инфильтрата), 2 – поздняя (ограниченного плотного инфильтрата).

#### **Тактика и лечение.**

При аппендикулярном инфильтрате показано комплексное консервативное лечение. В ранней стадии: постельный режим, щадящая диета, холод на область инфильтрата – физиотерапевтическое лечение, антибактериальная терапия, лечебные клизмы, УФО-крови.

При неблагоприятном течении аппендикулярный инфильтрат рассасывается в сроки от 2 до 4-х недель. Через 2-3 месяца после купирования признаков воспалительного процесса – плановая аппендэктомия.

При обнаружении во время операции рыхлого инфильтрата он разъединяется. Плотный, малоподвижный инфильтрат без признаков абсцедирования не разрушается. К инфильтрату подводят ограничивающие тампоны и микроирригаторы для введения антибиотиков.

Исходы – рассасывание, замещение соединительной тканью, нагноение.

**Аппендикулярный абсцесс** формируется в ранние сроки (до 1-3 суток) с момента воспаления червеобразного отростка или осложняет течение аппендикулярного инфильтрата.

**Лечение** – вскрытие внебрюшинным доступом по Н.И. Пирогову или по Волковичу-Дьяконову, санация и дренирование.

#### **Особенности диагностики и лечения острого аппендицита у пожилых людей и беременных женщин**

При диагностике острого аппендицита у людей пожилого и старческого возраста следует помнить, что в связи с атеросклеротическими изменениями в сосудах отростка воспаление отростка быстро прогрессирует и деструктивные формы у них встречаются гораздо чаще. У детей сальник не развит и чаще развивается разлитой перитонит.

**У беременных** – трудности в диагностике возникают во 2-ой половине беременности в связи со смещением червеобразного отростка в верхние

этажи брюшной полости увеличенной маткой. При этом типичные симптомы острого аппендицита не определяются. Боли локализуются в правом подреберье, симулируя приступы острого холецистита. Из-за растяжения мышц передней брюшной стенки отсутствует дефанс передней брюшной стенки.

#### **Хронический аппендицит.**

Различают три формы хронического аппендицита:

1. Резидуальный.
2. Первично-хронический.
3. Хронический рецидивирующий.

Хронический рецидивирующий аппендицит рассматривается как исход острого аппендицита.

Первично-хронический аппендицит развивается незаметно для больного без приступа острого аппендицита и сопровождается постепенным появлением в правой подвздошной области чувства тяжести, периодически ноющей болью, диспептическими нарушениями.

Хронический рецидивирующий аппендицит – типично чередование болевого приступа в правой подвздошной области с периодами ремиссии.

#### **ЖКБ. Острый и хронический холецистит.**

ЖКБ – обменное заболевание гепатобилиарной системы, сопровождающееся образованием камней в желчном пузыре, реже в желчных протоках.

Основным морфологическим признаком ЖКБ является наличие в желчевыводящей системе разного количества конкрементов, отличающихся по размеру, форме и строению. В 80-90% наблюдений конкременты находятся в желчном пузыре, реже в желчных протоках или одновременно в желчном пузыре и протоке.

По биохимическому составу конкременты подразделяются на холестериновые, пигментные (билирубиновые), известковые и смешанные. Холестериновые (70-90%) – желтый или белый цвет имеют, гладкую поверхность, лучистые на разрезе, легче воды и желчи (содержат 75% холестерина и 25% пигментов, солей Са). Пигментные камни коричневого цвета (60%) билирубина и 40% холестерина). Чисто билирубиновые камни черного цвета. Камни, образующиеся в желчном пузыре, имеют большую концентрацию. Известковые камни состоят из билирубина, плотные, хорошо задерживают рентгеновские лучи. Наличие камней в желчном пузыре вызывает воспалительно-склеротические, атрофические поражения стенок пузыря. Миграция конкрементов при сокращении желчного пузыря нередко приводит к закупорке пузырного протока. В случае проникновения камня в общий желчный проток развивается механическая желтуха и/или холангит. Длительное течение ЖКБ может осложниться раком желчного пузыря.

Ежегодно в мире по поводу ЖКБ производится более 2,5 млн. холецистэктомии.

**Этиология ЖКБ.** – ЖКБ – полиэтиологическое заболевание. Факторы способствующие образованию конкрементов:

- нарушение обмена веществ;
- воспалительные и аутоиммунные процессы в эпителии желчного пузыря;
- застой желчи;
- наследственная предрасположенность.

**Острый калькулезный холецистит** - острое воспаление желчного пузыря, содержащего конкременты, в 12-24% осложняется холедохолитиазом, в 26-49% - механической желтухой, в 23-47% - холангитом, занимает 2-ое место по частоте среди острых хирургических заболеваний (первое острый аппендицит).

**Этиология** – ведущая роль – проникновение в желчный пузырь инфекции и нарушение оттока желчи. Микробная флора (кишечная и синегнойная палочка, стафилококки, энтерококки) попадает в желчный пузырь восходящим путем (из 12-ти перстной кишки), а также возможен гематогенный и лимфогенный пути.

Морфологически различают 3 типа острого калькулезного холецистита: катаральный, флегмонозный и гангренозный.

**Клиническая картина.** Диагноз ставится на основании данных физикального обследования, клинико-лабораторных данных, УЗИ печени, желчного пузыря, реже – лапароскопически.

При осложнении механической желтухой – ЭРХПГ.

Дифференциальная диагностика с заболеваниями 12-ти перстной кишки, поджелудочной железы, печени и др.

**Лечение** – вопрос о тактике ведения больных с острым калькулезным холециститом должен решаться индивидуально, исходя из клинической картины, общего состояния.

При остром калькулезном холецистите, осложненном перитонитом – проводится экстренная операция, после предоперационной подготовки в течение 1,5-2 часов.

Во всех остальных случаях назначается интенсивное комплексное медикаментозное лечение с целью купирования воспаления и выполнения операции в холодном периоде. Однако при неэффективности проводимого лечения, нарастании симптомов прогрессирования острого холецистита операция выполняется через 48-72 часа (срочная).

При высоком операционном риске у лиц пожилого и старческого возраста проводится 2-х этапное лечение.

На первом этапе – декомпрессия желчного пузыря одним из методов:

- чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ, лапароскопическая холецистэктомия или пункция желчного пузыря с эвакуацией содержимого;
- лапароскопическая микрохолецистостомия;
- холецистостомия из минилапаратомного доступа.

На втором этапе, после купирования острых явления – холецистэктомия. Операцией выбора при остром калькулезном холецистите

является холецистэктомия: ЛХЭ, открытая в сочетании с корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках.

### **Острый панкреатит.**

Острый панкреатит – специфическое заболевание, отличающееся быстротой развития, уникальностью патологии. Быстрота развития процесса в ПЖ связана, с тем, что ПЖ участвует в пищеварении, углеводном обмене, обмене белков, кроветворении, экскреторная функция ее тоже способствует этому.

**Острый панкреатит** – острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей собственными ее ферментами.

Термин «панкреатит» условное, собирательное понятие. Воспалительные изменения в железе при этом заболевании не являются определяющими, а являются вторичными. Они возникают или присоединяются, когда в железе уже имеются выраженные деструктивные изменения, развивающиеся под влиянием переваривающего действия активированных протеолитических и липолитических ферментов железы.

Самопереваривание – единственный, исключительный процесс в организме человека, развивающейся в поджелудочной железе.

Заболевание относится к распространенным, часто встречающимся в практической деятельности хирурга.

В последние годы отмечают статистически достоверное увеличение частоты острого панкреатита. В общей структуре острых заболеваний органов брюшной полости составляет 7-12%. Занимает 3 место среди неотложных хирургических заболеваний (после острого аппендицита и острого холецистита).

Наиболее часто наблюдается в возрасте 30-60 лет. Женщины страдают в 3-3,5 раз чаще, чем мужчины. Летальность от 3 до 11%, при панкреонекрозах от 30 до 70%

### **Этиология и патогенетические аспекты острого панкреатита.**

Острый панкреатит является заключительным актом медленно накапливающихся изменений в протоковой системе и в паренхиме поджелудочной железы в результате действия токсических факторов.

Katsch в 1938г., писал, что острый панкреатит, не является громом среди ясного неба, и никогда еще здоровая железа не поражалась некрозом, лишь только потому, что человек поел жирную пищу, применял спиртные напитки.

### **Главные этиологические факторы ЖКБ.**

1. Холедохолитиаз.
2. Алкоголизм.
3. Операционная травма живота, грубая пальпация головки поджелудочной железы, биопсия, перевязки или промывание дополнительных протоков панкреатических.
4. ЭРХПГ.
5. Спазм сфинктера Одди.

Независимо от характера патогенетического фактора, в поджелудочной железе возникают в основном качественно одинаковые изменения, которые сводятся к развитию перидуктального фиброза, хроническому застою секрета, склерозу интрапаренхиматозных сосудов, разрастанию жировой ткани, блокаде лимфатических путей. Следствием этих изменений становится снижение секреторного давления железы, которое уже не в состоянии препятствовать рефлюксу желчи и дуоденального содержимого в главный панкреатический проток.

В норме в поджелудочной железе имеются сложные механизмы защиты против агрессии панкреатического сока, которые включают:

1. Постоянный не нарушенный отток панкреатического сока.
2. Секрцию «защитной» слизи продуцируемую эпителием протоков.
3. Синтез ферментов в неактивном состоянии.
4. Наличие ингибиторов ферментов в клетках, панкреатическом секрете и сыворотке крови.
5. Сбалансированную синхронную секрецию энзимов и ингибиторов.
6. Быструю инактивацию или дренирование лимфатическими путями сока из интерстициального пространства.
7. Богатое кровоснабжение органа.
8. Отсутствие проницаемости эпителия протоков.