

диагноза и начала лечения.

Больные при подозрении на перитонит любого генеза подлежат немедленной госпитализации в хирургический стационар. Таким пациентам категорически запрещено делать клизмы, давать слабительные, еду, воду, назначать обезболивающие препараты до установления диагноза и выработки тактики лечения.

Динамика развитие разлитого перитонита определяется наличием источника поступления в брюшную полость эндогенной микрофлоры и длительностью его существования.

Клиническая картина перитонита многообразна и складывается из симптомов основного заболевания и симптомов воспаления брюшины.

Боль является самым ранним и постоянным симптомом перитонита. В начале заболевания она, как правило, локализуется в зоне первичного источника перитонита (наиболее часто перитонит носит вторичный характер). Патогномоничны интенсивные постоянные боли, усиливающиеся при движениях, переменах положения тела и даже кашле. Больные предпочитают лежать на том боку, где локализуется патологический процесс в брюшной полости или на спине, согнув ноги. Постепенно боль распространяется по всему животу. Однако по мере нарастания эндотоксикоза и гибели болевых рецепторов брюшины ее интенсивность снижается.

При осмотре живота наблюдается неподвижность или ограничение дыхательных движений брюшной стенки. Пальпаторно выявляется рефлекторное напряжение мышц брюшной стенки. Вместе с тем отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки может наблюдаться при деструктивных аппендицитах, расположенных в малом тазу, ретроцекально и ретроперитонеально.

Пальпаторно при перитоните выявляются положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Менделя, Воскресенского, Берштейна.

По мере развития перитонита местные симптомы затухают, нарастает парез кишечника, и усиливаются симптомы общей интоксикации. Нарастают тахикардия, появляется фебрильная и гектическая лихорадка, одышка, развивается анурия.

Неизбежно возникают системные нарушения:

- гемодинамики (последовательная смена гипер- и гиподинамического синдрома);
- кардиоваскулярный синдром (снижение сократительной функции миокарда, изменение сосудистого тонуса, снижение ЦВД, ОЦК и его компонентов);
- микроциркуляции (вазоконстрикция, снижение онкотического давления крови, развитие прекапиллярного отека, сладж-синдром);
- моторная депрессия кишечника (паралитическая непроходимость);
- иммунной защиты (иммунодепрессия);
- гиповолемия (экссудация и трансудация в брюшную полость);
- водно-электролитного и кислотно-основного состояния;