

Difusní záněty pobřišnice

Difusní peritonitida je těžké zánětlivé postižení pobřišnice. Peritonitidy mohou být vyvolány mikroby (mikrobiální zánět) nebo látkami chemickými (aseptické záněty) – krev, žluč, moč, pankreatická šťáva. Mikrobiální záněty jsou nejčastěji vyvolány mikroflórou střevní – E.coli, aerobní i anaerobní streptokoky, Bacteroides, Clostridium Welchii. Vzácnějšími původci jsou stafylokoky (spíše sekundárně), pneumokok, gonokok.

Cesty šíření peritonitidy

1. **přímou cestou** – při perforaci, otevřeným poraněním, během operace;
2. **per continuitatem** – prostup stěnou střevní, bez perforace;
3. **hematologicky** – nejvzácnější způsob, při celkových infekčních chorobách (pneumonie, chřipka, tonzilitida, ...), spíše u dětí.

Nejčastější příčinou peritonitidy je tedy perforace GIT v určité jeho části: žaludku při vředové chorobě, appendixu při jeho zánětu nebo tlustého střeva při divertikulitidě. Zánět pobřišnice může být rovněž komplikací jiných chorob, a to Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy.

Akutní difúzní peritonitida

- Většinou vzniká perforací orgánů dutiny břišní;
- čím nižší úsek perforuje, tím horší prognóza;
- vážnost situace podmiňuje resorpce bakteriálních toxinů z obrovské plochy a jejich působení na další orgány;
- úmrtnost je 5–10 %;
- vážnost onemocnění určuje množství a virulence mikrobů, stav nemocného v době vzniku, typ orgánu, který perforoval, včasnost léčby;
- vrcholný rozvoj příznaků je 3. den po perforaci, pokud se neléčí, do týdne nastává smrt za příznaků kardiopulmonální nedostatečnosti na bakteriální toxémii a sepsi.

Klinický obraz

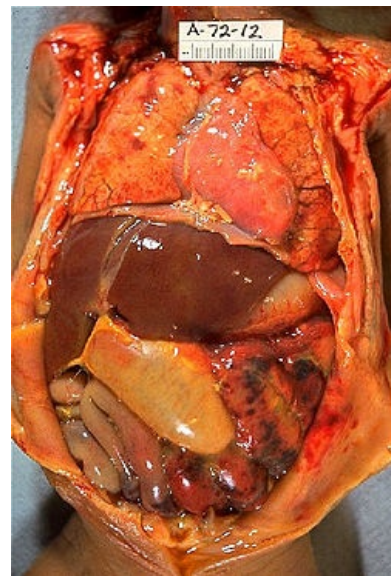
- U **perforačního zánětu** – náhlý začátek;
- u **neperforačních** – pozvolný, stav se trvale zhoršuje;
- **bolest** – v celé břišní dutině, trvalá a postupně se zhoršuje, pravidelně je přítomno zvracení (nejprve reflexní, později z ochrnutí GIT);
- zástava odchodu plynů, říhání;
- pacient zaujímá úlevovou polohu vleže s pokrčenými končetinami, je nápadně bledý, bolestivý výraz obličeje;
- na čele má studený pot, suchý jazyk, tep zrychlen, teplota zpočátku v normě, pak stoupá, dýchání zrychleno, povrchní;
- místní nález na břiše:
 - nejsou patrné dýchací pohyby, *défense*;
 - *Blumberg* – bolest vyvolá i oddálení ruky po zatlačení;
 - *Rovsing* – bolest v místě zánětu se objeví i po zatlačení na místo, kam se zatím zánět nerozšířil;
 - *Plenies* – bolest se snadno vyvolá poklepem na břicho;
- poslech – postupné vymizení střevních zvuků (paréza kliček);
- per rectum – bolestivost či vyklenutí Douglase;
- postupně se rozvíjí septický šokový stav, stoupá tep, klesá tlak;
- pokročilé stádium vidíme naštěstí dnes jen vzácně – facies Hippocratica – zapadlé oči, zašpičatělý nos, propadlé tváře, lepkavý pot.

Terapie

- Nejdůležitějším krokem je chirurgické odstranění příčiny, odstranění infekčního výpotku a prevence následných komplikací dokonalou toaletou břišní dutiny;
- výplach je problematická otázka – hrozí zanesení infekce do míst, kde předtím nebyla;
- je vhodné zavést krátkodobý dren – pro opakovanou aplikaci ATB;
 - odvádění výpotku není často účinné kvůli ucpávání fibrinovými nálety v okolí;
- dobré je zavést nazogastrickou sondu k odčerpání žaludečního obsahu (je tam paréza);
- výživu parenterálně s úpravou vnitřní prostředí, nasazení ATB, někdy jsou nutné transfúze, kyslík, kortikoidy;
- je vhodné předcházet trombembolické nemoci.

Komplikace

- Ohraničení se vznikem hlíz;
- flebotrombózy se septickými emboly a šíření do okolí;
- sepse, šok.



Novorozenecká nekrotizující enterokolitida (pítevný nález): střevní nekróza a hemoragie, perforace jako původce peritonitidy.

Odkazy

Související články

- Podbrániční hlízy
- Vředová choroba žaludku a duodena
- Akutní appendicitida
- Peritonitida
- Paralytický ileus

Použitá literatura

- ZEMAN, Miroslav, et al. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha : Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.