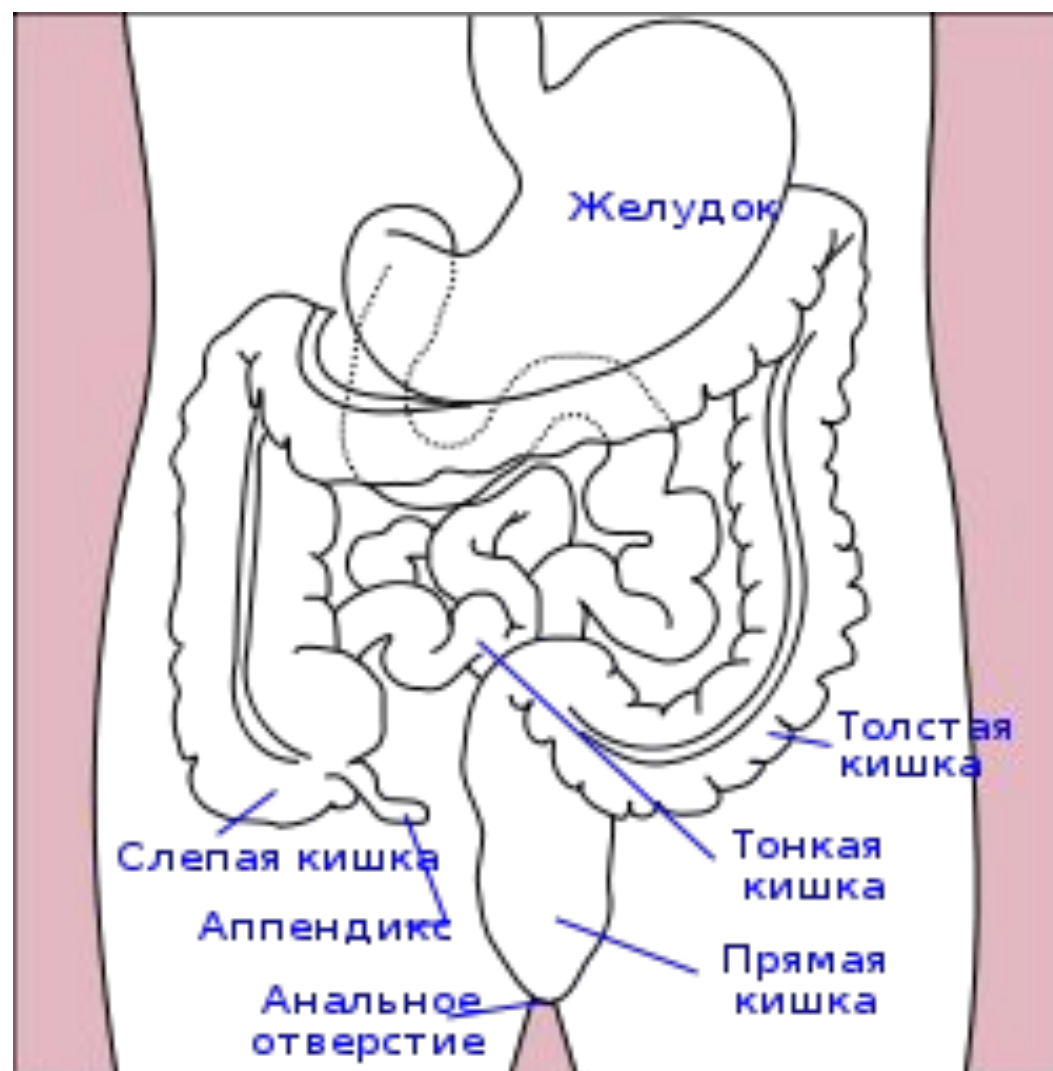




ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Преподаватель: И.Д. Докучаева



Методы обследования

- **Объективные методы.** *Опрос.* Основной жалобой больных при заболеваниях органов брюшной полости являются боли в животе, которые могут иметь различную локализацию и интенсивность. При механической непроходимости боли интенсивные, схваткообразные. «Опоясывающие» сильные боли характерны для острого панкреатита. Симптом перемещения болей с эпигастральной области в правую паховую область характерен для острого аппендицита. Боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку характерны для острого холецистита.
- Рвота, однократная или повторяющаяся, характерна для большинства заболеваний. Рвота с кровью или «кофейной гущей» характерна для желудочно-кишечных кровотечений. Рвота кишечным содержимым возникает при кишечной непроходимости. Рвота съеденной пищей на фоне похудания больного свидетельствует о стенозе на уровне выходного отдела желудка. Отсутствие отхождения газов или стула и метеоризм (скопление газов в кишечнике) характерно для непроходимости кишечника. Отхождение кала черного цвета свидетельствует о кровотечении в желудочно-кишечный тракт.

Осмотр.

- Обследование начинают с осмотра языка. Ни одно заболевание органов пищеварительного тракта не протекает без изменений слизистой оболочки полости рта. В норме язык влажный розовый без налета. Обложенность черным налетом характерна для желудочных кровотечений, коричневым — для патологии гепатопанкреа-тодуоденальных органов, белым — для заболеваний желудка. Сухость языка указывает на обезвоживание организма и характерна для острой хирургической патологии органов брюшной полости.
- Далее оценивают форму живота, участие передней брюшной стенки в акте дыхания. Ограничение дыхательной экскурсии передней брюшной стенки характерно для местного или разлитого перитонита. У худощавых больных мышцы живота выражены хорошо. При обильном отложении жира форма живота меняется. При опущении внутренних органов в вертикальном положении подложечная область западает, а нижняя часть живота резко выпячивается. При наличии свободной жидкости в брюшной полости (асцит) в положении больного на спине передняя брюшная стенка уплощается посередине и расширяется по бокам («лягушачий живот»). Особое внимание обращают на наличие и расположение послеоперационных рубцов, участков пигментации кожи в виде буро-коричневых пятен после применения грелок. Необходимо тщательно осмотреть среднюю линию живота, область пупка, паховые области для выявления грыж.
- При циррозе печени наблюдается расширение вен передней брюшной стенки, по которым происходит отток крови из портальной системы в систему верхней или нижней полой вены. Расширение вен в области пупка носит название «голова медузы».

Пальпация.

- Больной должен находиться в горизонтальном положении на спине, голова на небольшой подушке, ноги согнуты в коленях и слегка отведены от средней линии. целесообразно отвлечь внимание больного от обследования разговором на общие, не связанные с болезнью темы.
- Напряжение мышц (дефанс) может быть локальным (местным) при остром аппендиците, холецистите или разлитым при перитоните, который захватывает все этажи брюшной полости. Для перфорации полого органа характерен доскообразный живот. Напряжение мышц исчезает при далеко зашедшем перитоните и тяжелой общей интоксикации.

- При пальпации определяется локальная болезненность. Метод позволяет определить нижние границы печени, увеличение желчного пузыря при остром холецистите и желтухе. Увеличенный безболезненный желчный пузырь на фоне желтухи характерен для рака головки поджелудочной железы (симптом Курвуазье). В положении на спине и на правом боку можно пропальпировать увеличенную селезенку. Пальпация позволяет определить симптомы, характерные для заболевания органов брюшной полости. Наибольшее значение имеет симптом Щеткина — Блюмберга.
- Глубокая пальпация возможна только при хронических заболеваниях органов брюшной полости. Она позволяет обнаружить опухоли в желудке, толстой кишке, подвижные опухоли в брыжейке и яичнике, увеличение селезенки и печени

Перкуссия.

Большое значение имеет определение границ печеночной тупости. Верхняя граница печеночной тупости проходит по среднеключичной линии — шестое межреберье, переднеподмышечной линии — седьмое межреберье, передней срединной линии — восьмое межреберье. Нижняя граница печеночной тупости совпадает с реберным краем. Исчезновение печеночной тупости характерно для пневмоперитонеума при поступлении в брюшную полость воздуха в результате перфорации стенки полого органа (желудок, кишка).

Перкуссию проводят в положении больного на спине, на левом и правом боку и в вертикальном положении.

Аускультация

Отсутствие кишечных шумов характерно для пареза кишечника, что может свидетельствовать о развитии динамической кишечной непроходимости при синдроме острого живота или после операций на органах брюшной полости.

Дополнительные методы

- *Ультразвуковое исследование* позволяет выявить свободную жидкость в брюшной полости (при перитонитах, внутрибрюшных кровотечениях), определить размеры, форму, повреждения паренхиматозных органов — печени, поджелудочной железы, селезенки, состояние желчного пузыря, внут-рипеченочных и внепеченочных желчных протоков.
- *Эндоскопические методы* позволяют осмотреть и выявить патологию пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (фиброгастродуоденоскопия), толстой кишки (фиброколоноскопия).
- *Обзорная рентгенография брюшной полости* позволяет выявить перфорацию полого органа (симптом серпа), признаки кишечной непроходимости (чаши Клойбера).
- *Контрастная рентгенография пищевода, желудка, толстой кишки* позволяет диагностировать органические заболеваний этих органов (язва, опухоль, сужение и т.д.).

- *Компьютерная томография* имеет высокую разрешающую способность и помогает установить диагноз, если перечисленные методы не информативны.
- *Лапароцентез* — диагностический прокол передней брюшной стенки. Обнаружение примеси крови, кишечного содержимого, мочи или мутного экссудата свидетельствует о повреждении внутренних органов.
- *Диагностическая лапароскопия* — инвазивный метод, позволяющий осмотреть органы брюшной полости и в ряде случаев ликвидировать патологию в брюшной полости. Ее применяют в сомнительных случаях, когда клиническая диагностика заболевания затруднена.

«Острый живот»

- В основе клинической картины острой хирургической патологии органов брюшной полости лежит раздражение (*перитонизм*) или воспаление брюшины (*перитонит*), которое при различных заболеваниях проявляется одинаково. Поэтому тактически острые хирургические заболевания органов брюшной полости объединяют под термином «острый живот».
- «*Острый живот*» — собирательный термин, при котором развивается симптомокомплекс остро возникших болей в животе, представляющих угрозу жизни больного и требующих единой лечебной тактики — экстренной госпитализации, диагностики нозологической формы и нередко срочного оперативного вмешательства.

Клиническая картина.

В области живота возникает острая боль (локальная или разлитая, постоянная или схваткообразная, «кинжальная» или умеренная), часто появляются симптомы раздражения брюшины (локальная или разлитая болезненность при пальпации живота, локальное или разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина— Блюмберга). Нередко наблюдается тошнота или рвота, язык становится сухим, обложен налетом, а также появляются симптомы, характерные для основного заболевания.

Клиника «острого живота»

может быть обусловлена следующими причинами:

- **внутрибрюшные воспалительные и деструктивные заболевания**, требующие неотложной операции: острый аппендицит; острая кишечная непроходимость; острый холецистит, панкреатит; перфорация полого органа; эмболия или тромбоз мезентериальных сосудов; перитонит и абсцессы брюшной полости;
- **острые кровотечения** в брюшную полость и просвет желудочно-кишечного тракта;
- **проникающие ранения и тупые травмы** живота с повреждением внутренних органов;
- **острые гинекологические** заболевания (внематочная беременность, острый сальпингоофорит, апоплексия кист и др.);
- заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, **не требующие неотложной операции**: гастроэнтерит, пенетрирующие язвы, холецистит и печеночная колика, гепатит, карциноматоз брюшины; почечная колика, пиелонефрит, острый гидронефроз;
- **нехирургические заболевания**: инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты; пневмония, плеврит; острая задержка мочи; грыжа межпозвоночного диска; переломы позвонков, ребер; гемолитические и лейкомические кризы, геморрагический васкулит, интоксикации свинцом, мышьяком и др.

- При обследовании больного **ВЫЯСНЯЮТ**:
- время, характер возникновения боли (внезапно, постепенное развитие) и ее локализацию; наличие диспепсических и дизурических явлений; температуру тела; перенесенные в прошлом заболевания и операции органов брюшной полости.
- **При осмотре** обращают внимание на вынужденное положение больного, беспокойство (постоянно меняет позу) или адинамию, заторможенность; признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость видимых слизистых оболочек); бледность, желтушность кожных покровов; выделения (характер рвотных масс и стула, наличие примеси крови). Измеряют температуру в подкрыльцовой ямке и ректальную температуру. Определяют показатели гемодинамики: пульс, АД, а также данные аускультации сердца.
- **Исследование живота** проводят по общепринятой схеме: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение объема живота, исследование через прямую кишку и влагалище.

Тактика

На догоспитальном этапе категорически **запрещается:**

вводить обезболивающие средства и антибиотики, делать клизмы и промывание желудка, использовать грелки и ванны, назначать слабительные и средства, усиливающие перистальтику, давать пищу и жидкости больному.

Местно на живот применяют холод, обеспечивают физический и психический покой, больного экстренно госпитализируют в хирургическое отделение в положении лежа на носилках на спине или на боку.

Лечение

При длительной транспортировке и очень сильных болях для профилактики шока допускается применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков.

- При гемодинамических расстройствах и явлениях шока проводят противошоковые мероприятия (назначают реополиглюкин, полиглюкин, кортикостероиды, сердечные средства), при клинике кровотечения — гемостатическую терапию (2 — 4 мл 1 % раствора викасола внутримышечно, 2 — 5 мл 12,5% раствора этамзилата внутривенно или внутримышечно).
 - Сердечные гликозиды и сосудосуживающие препараты вводить нежелательно, так как они могут усилить кровотечение.

Перитонит

- Перитонит — это воспаление брюшины, сопровождающееся местными и общими симптомами заболевания и значительными нарушениями деятельности важнейших органов и систем организма. Перитонит может быть первичным, вторичным и третичным.
- *Первичный перитонит* — крайне редкая форма перитонита гематогенного происхождения, при которой инфицирование брюшины происходит из внебрюшинного источника. У взрослых первичный перитонит чаще всего является осложнением асцита при циррозе печени — так называемый асцит-перитонит, когда содержащаяся в брюшной полости жидкость инфицируется. У детей наблюдают перитонит новорожденных.

- *Вторичный перитонит* — наиболее частая форма абдоминальной инфекции и основная причина абдоминального сепсиса у хирургических больных. В 80 % случаев причиной вторичного перитонита являются деструктивные и посттравматические поражения органов брюшной полости (перфорация, панкреонекроз, ранения и травмы живота и внутренних органов), в 20 % случаев послеоперационный перитонит (несостоятельность анастомозов, неадекватное дренирование брюшной полости при первой операции и др.).
- *Третичный перитонит* — перитонит без источника инфекции, развивается у больных в критических состояниях при выраженном истощении защитных сил организма. Заболевание отличается сложностью диагностики и лечения.

- По *распространенности* выделяют:
- местный перитонит, при котором поражены менее двух анатомических областей брюшной полости (отграниченный — инфильтрат или абсцесс и неограниченный — процесс локализуется только в одном из карманов брюшины);
- распространенный перитонит (диффузный — процесс охватывает от двух до пяти анатомических областей брюшной полости и разлитой — поражение более пяти анатомических зон брюшной полости).
- По *характеру содержимого брюшной полости* перитониты классифицируют:
- на серозно-фибринозные;
- фибринозно-гнойные;
- гнойные;
- каловые;
- желчные;
- геморрагические;
- химические.

- В зависимости от течения процесса выделяют **фазы**:
 - 1) отсутствия признаков сепсиса;
 - 2) сепсиса;
 - 3) тяжелого сепсиса (полиорганная недостаточность).
- Причиной перитонита является проникающая в полость брюшины инфекция:
- аэробная;
 - анаэробная;
 - смешанная.
 - Чаще всего инфекция попадает при осложнении таких заболеваний, как острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, ущемленная грыжа, прободная язва желудка, непроходимость кишечника, болезнь Крона, злокачественные опухоли, воспалительные болезни внутренних половых органов у женщин, гнойные воспаления органов забрюшинного пространства.
 - Различают три стадии развития перитонита:
 - реактивную (1-е сутки от начала развития перитонита);
 - токсическую (24—72 ч от начала заболевания);
 - терминальную (спустя 72 ч).

- Клиническая картина. Поскольку перитонит является вторичным заболеванием, то на фоне клинических проявлений основной патологии появляются симптомы перитонита. Классическим симптомом перитонита является постепенно нарастающая сильная боль в животе. Вначале она локализуется в области источника перитонита, затем распространяется по всему животу. Через некоторое время начинается интоксикация. Лицо пациента бледное, черты заостренные, глаза западают, вокруг них появляются темные круги. В запущенных случаях выявляют лицо Гиппократата. Появляются тошнота и рвота сначала желудочным содержимым, потом кишечным. Часто к рвоте присоединяется икота. Язык при осмотре сухой с коричневым налетом.

- С первых часов болезни наблюдается задержка газов и стула. Для перитонита характерны повышение температуры тела, учащение (до 120—140 уд./мин) и слабость наполнения пульса, поверхностное частое дыхание из-за болей в животе. Живот может быть асимметричным, в акте дыхания не участвовать, или плоским (доскообразным). При пальпации в начальной стадии заболевания наблюдают напряжение мышц передней брюшной стенки (дефанс), отмечается положительный симптом Щеткина — Блюмберга и болезненность по всему животу. При присоединении кишечной паралитической непроходимости живот будет постепенно увеличиваться в объеме (вздутие живота). Отмечается задержка газов и стула.
- При перкуссии определяется выраженность и распространенность перкуторной болезненности, притупление в боковых и нижних отделах живота или высокий тимпанит при парезе кишечника.
- При аускультации прослушивается ослабление перистальтики в начале заболевания и ее полное отсутствие в разгар болезни.
- Исследование пальцем прямой кишки выявляет болезненность брюшины в дугласовом пространстве (симптом Куленкампа).
- В общем анализе крови определяются высокий лейкоцитоз

- Лечение. Все больные острым перитонитом подлежат экстренному оперативному лечению в комплексе с интенсивной предоперационной подготовкой, коррекцией гомеостаза во время операции и консервативным лечением в послеоперационном периоде. При операции проводятся лапаротомия с устранением причины, вызвавшей перитонит, санация брюшной полости множественным дренированием для постоянной эвакуации содержимого.
- Правила ухода за пациентом. После выведения пациента из наркоза его укладывают в положение Фовлера. Парентеральное питание продолжается 3 — 4 сут до восстановления перистальтики кишечника. Пациенту проводится интенсивная инфузионная терапия по назначению врача.
- Для профилактики послеоперационных осложнений проводится дыхательная и лечебная физкультура. При применении антикоагулянтов для профилактики тромбоэмболии медицинская сестра наблюдает за кожными покровами и слизистыми на наличие гематом и кровоизлияний, за цветом мочи и кала.

- Ежедневно проводятся перевязки послеоперационной раны и промывание брюшной полости через дренажи: жидкость вводят через верхние дренажи и следят за ее выделением по нижним дренажам. Лаваж проводят 3 — 7 сут, внимательно следя за количеством вводимой и вытекающей жидкости. При нарушении оттока жидкости или появлении геморрагического экссудата срочно вызывают врача. Для ликвидации пареза кишечника во время операции вводят зонд в желудок и зонд в кишечник, по которому впоследствии проводится постоянная аспирация содержимого. На 4 — 6-е сутки зонд из кишечника удаляют.
- Пить можно со 2 — 3-х суток малыми порциями, кормить начинают после восстановления перистальтики, разрешая сначала только жидкую пищу. Фельдшер обязательно ведет учет потери жидкости с мочой (в мочевой пузырь вводится постоянный катетер), рвотой, отделяемым из дренажей для контроля водного баланса. Необходимо проводить профилактику пролежней.

ТРАВМЫ ЖИВОТА

- Различают открытые (ранения) и закрытые повреждения живота. Ранения делятся на проникающие (с повреждением пристеночной брюшины) и непроникающие (без повреждения брюшины). Осложнением травм живота является острый перитонит в результате повреждения полых органов и геморрагический шок при внутрибрюшном кровотечении вследствие повреждения паренхиматозных органов и сосудов.
- Клиническая картина. Пострадавшие предъявляют жалобы на боль в области ранения, интенсивность которой зависит от вида, размеров и глубины проникновения ранящего предмета. Чаще встречаются резаные и колотые раны, реже — рубленые, ушибленные, укусы. Особо опасны огнестрельные ранения живота, так как они почти всегда сопровождаются повреждением внутренних органов и обильным внутренним кровотечением. При осмотре живота определяется нарушение целостности кожи с расхождением краев раны (зияние), как правило, отмечается кровотечение из раны. При проникающих ранениях на кожу живота из брюшной полости могут выпадать петли тонкой кишки, пряди большого сальника. При повреждении полых органов появляются положительные симптомы раздражения брюшины, а при массивных внутрибрюшных кровотечениях — признаки острого малокровия и геморрагического шока.

- Тактика. Пострадавшему с открытой травмой живота необходимо ввести обезболивающие препараты (при длительной транспортировке возможно обезболивание закисью азота с кислородом для профилактики шока). Нельзя давать больному пить, есть, промывать желудок, делать клизму, прикладывать грелку. Кровотечение в области брюшной стенки останавливают наложением давящей повязки, проводят туалет раневой поверхности. Если имеются инородные тела в глубине раны, извлекать их запрещается. Если из раны пролабируют внутренние органы (петля кишки, сальник), их не вправляют, а обкладывают стерильными салфетками, смоченными в теплом водном растворе антисептика. Затем накладывают сухие салфетки, вокруг — ватно-марлевый валик и не туго бинтуют. С профилактической целью возможно введение антибиотиков. При явлениях шока проводят противошоковые мероприятия (вводят противошоковые кровезаменители — полиглюкин, глюкокортикоиды, сердечные гликозиды, дыхательные analeптики, по показаниям — дают кислород). Больного необходимо тепло укрыть и срочно транспортировать в хирургическое отделение в положении лежа с повернутой набок головой и ногами, согнутыми в коленных суставах. Во время транспортировки наблюдают за пульсом, дыханием, сознанием и проводят ранее начатые мероприятия.

- Лечение.
- Проводят только оперативное лечение. Ранения живота подлежат первичной хирургической обработке. Если во время операции установлено, что рана проникающая или об этом свидетельствует клиника острой хирургической патологии органов брюшной полости, внутреннего кровотечения, выполняют срединную лапаротомию, ревизию органов брюшной полости и ушивание (или резекцию) поврежденного органа, останавливают кровотечение, дренируют брюшную полость. Проводят экстренную профилактику столбняка.

Закрытые травмы живота

- При закрытой травме кожа и подкожная клетчатка не повреждаются. Закрытые травмы передней брюшной стенки делят на травмы без повреждения внутренних органов (ушиб передней брюшной стенки) и с повреждением внутренних органов: полых (желудок, кишка) или паренхиматозных (печень, селезенка, поджелудочная железа). Закрытые повреждения органов брюшной полости являются одним из наиболее тяжелых видов травм. Их причиной могут быть падение с большой высоты, автомобильные аварии, сдавливания, прямой удар по животу или спине.
- Тактика. Тактика такая же, как при остром животе.

Ушиб передней брюшной стенки

может сопровождаться разрывом мышц, апоневроза и кровеносных сосудов с формированием гематом.

- Клиническая картина. Может наблюдаться картина острого живота, похожая на повреждение внутренних органов. Однако общее состояние страдает незначительно. Могут быть кровоподтеки или наружная гематома в области удара. Разрывы мышц проявляются острой болью в области разрыва, иногда вздутием живота, задержкой газов. Дефект мышечной ткани не пальпируется из-за гематомы.
- Лечение. Консервативное лечение включает: покой, наложение холода, назначение обезболивающих. С 3-х суток применяют тепло, физиолечение. В сомнительных случаях при больших гематомах проводят диагностическую пункцию. По показаниям проводят оперативное вмешательство, при котором удаляют кровь, перевязывают кровоточащий сосуд и сшивают разорванную мышцу. При нагноении гематому вскрывают и дренируют.

Повреждения желудка

возникают в результате падения с большой высоты, сдавливания, автомобильной аварии, непосредственного прямого удара.

- Клиническая картина. Повреждения желудка характеризуются тяжелым шоком и быстрым развитием перитонита. Кожные покровы бледные, выступает холодный липкий пот, черты лица заострены, глаза запавшие, возможны спутанность или потеря сознания, тахикардия, несоответствие пульса и температуры, учащение дыхания, сухость языка. Отмечается отставание части передней брюшной стенки в акте дыхания, при пальпации наибольшая болезненность определяется в месте повреждения, напряжение мышц, положительный симптом Щеткина—Блюмберга, перкуторно в правом подреберье отмечается тимпанит, исчезает печеночная тупость.
- Лечение. Проникающие разрывы лечатся оперативно: проводят лапаротомию и ушивание раны двухрядным швом, дренирование брюшной полости.

Повреждения кишечника

возникают преимущественно от прямого удара по животу, при транспортных катастрофах. Различают ушибы, разрывы, отрыв кишки от брыжейки.

- Клиническая картина. В результате нарушения целостности стенки кишки появляются симптомы перитонита: боли в животе, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина — Блюмберга и др. После попадания газа в брюшную полость исчезает печеночная тупость и выявляется притупление в отлогих частях живота. На обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаруживается газ в поддиафрагмальном пространстве.
- Лечение. Проводят срединную лапаротомию, ревизию органов брюшной полости и ушивание выявленной раны двух- или трехрядным швом. Нежизнеспособную оторванную от брыжейки кишку резецируют и накладывают анастомоз. Во время операции необходимо возместить кровопотерю и провести санацию брюшной полости.

Повреждения селезенки

В основном встречаются закрытые повреждения селезенки, чаще после прямого удара в область левого подреберья. Степень повреждения селезенки бывает различной: субкапсулярные кровоизлияния, разрыв капсулы, повреждения паренхимы органа, отрыв селезенки от ножки.

- Клиническая картина.

Возникает острая боль в левом подреберье, с иррадиацией в левое надплечье, лопатку. Пальпаторно отмечают болезненность в левом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. На коже видны ссадины на месте ушиба. Позднее живот вздувается, в его отлогих отделах выявляется притупление — признак скопления крови в брюшной полости. У больного развиваются признаки **острой кровопотери** — слабость, головокружение, бледность, холодный пот, тахикардия. В первые часы после травмы АД не всегда снижается, а показатели красной крови (количество гемоглобина, эритроцитов) остаются в пределах нормы.

- Субкапсулярный разрыв селезенки протекает по типу двухфазного повреждения. В клинике первой фазы сразу после травмы признаки внутреннего кровотечения отсутствуют, и несколько дней или недель состояние человека остается удовлетворительным («светлый промежуток»). Во второй фазе капсула сегмента разрывается, и кровь начинает свободно поступать в брюшную полость, вызывая симптомы внутрибрюшного кровотечения.
- Лечение. Проводится экстренная операция под прикрытием массивной гемотрансфузии. Как правило, выполняют удаление селезенки — спленэктомию

Повреждения печени

принято делить на подкапсульные гематомы, разрывы печени с повреждением капсулы и центральные разрывы печени, после которых внутри паренхимы печени образуется полость, заполненная желчью и кровью.

- Клиническая картина. Больные поступают в хирургический стационар, как правило, в тяжелом состоянии или с признаками шока. Состояние пациентов с подкапсульным разрывом может определенное время оставаться удовлетворительным. «Светлый промежуток» продолжается около суток, а затем (после прорыва гематомы в брюшную полость) развиваются признаки геморрагического шока. Сразу после травмы возникают боль в животе, тошнота, рвота. Локализация боли зависит от места разрыва печени (правая половина грудной клетки, правое подреберье, справа от пупка). У пациента бледные кожные покровы, тахикардия, снижается АД.

- В первые часы после травмы АД бывает в норме, также не всегда выявляются признаки анемии (по анализу крови). Важно осмотреть кожу пациента. Если обнаруживаются гематомы, ссадины в области печени, следует предположить нарушение ее целостности. Пальпация живота, особенно правого подреберья, болезненна. Отмечается притупление звука в отлогих местах живота. У большинства больных определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Иногда удается выявить симптом «пупка» — резкую болезненность при надавливании на пупок вследствие натяжения круглой связки печени. Характерна резкая болезненность при глубокой пальпации живота без мышечного напряжения.
- Для диагностики решающее значение имеют УЗИ, лапароцентез (обнаружение свежей крови в животе), диагностическая лапароскопия.
- Лечение. Разрыв печени ушивают кетгутовым швом, размозженную паренхиму удаляют, чаще делают краевую или клиновидную резекцию печени. Во время операции удаляют сгустки крови и saniруют брюшную полость. По показаниям возмещают кровопотерю. Целесообразно выполнить реинфузию крови.

Повреждения поджелудочной железы

часто наступают в результате ранений и тяжелых закрытых травм живота (при падениях с высоты, автомобильных катастрофах). Они часто осложняются панкреатитом.

- Клиническая картина. Сразу после травмы появляется острая боль в эпигастральной области. Общее состояние быстро ухудшается, возникают резкая бледность, двигательное беспокойство, реже адинамия, пульс становится частым и мягким — создается картина, напоминающая **шок**. Начинается рвота, язык сухой, заметно вздувается живот, позднее определяются напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины.
- По общему анализу крови устанавливаются лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. У пострадавшего нередко повышается содержание диастазы в моче и амилазы в сыворотке крови.
- Лечение. Если заподозрен ушиб поджелудочной железы, лечение начинают с консервативных мероприятий. Больного переводят на парентеральное питание и наблюдают за ним, обращая внимание на появление признаков перитонита или внутреннего кровотечения, и контролируют содержание амилазы в крови и моче. При появлении клиники внутреннего кровотечения, деструктивного панкреатита или разлитого перитонита показано хирургическое вмешательство после активной подготовки пациента. Проводится верхняя срединная лапаротомия. Разрывы железы подлежат ушиванию и дренированию.

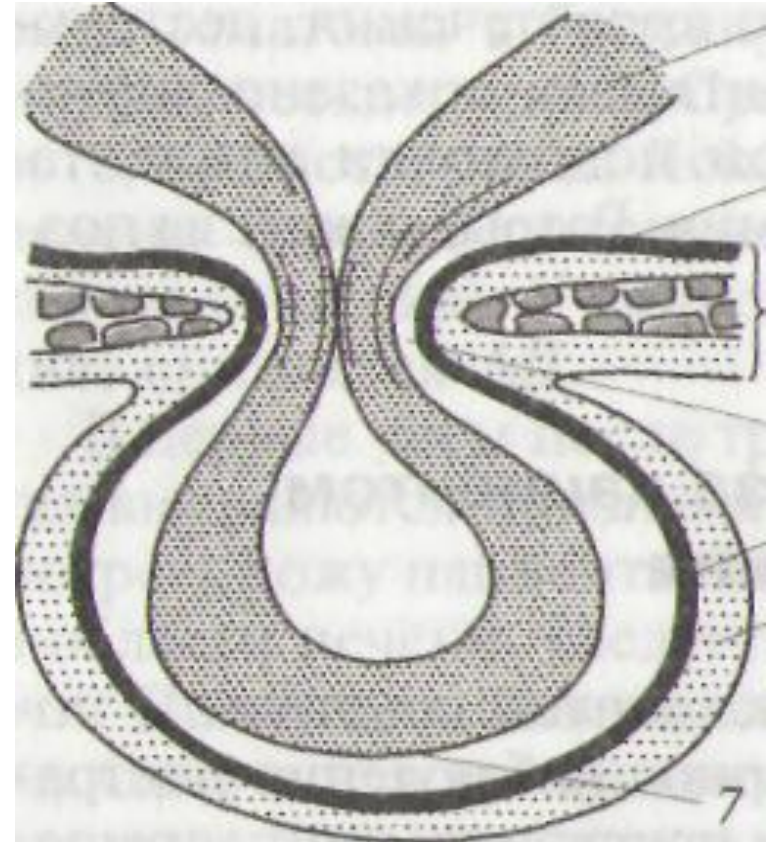
Особенности ухода за пациентом при травме живота

- При повреждении живота пациент находится на строгом постельном режиме. Перед операцией в период наблюдения пострадавшему нельзя вводить обезболивающие препараты, ему запрещают пить и есть. Перед операцией проводится интенсивная инфузионная терапия, измерение АД и температуры тела, подсчет пульса, исследование общего и биохимического анализа крови и мочи.
- После операции пациента помещают в реанимационное отделение. После выхода из наркоза ему придают в постели положение полусидя. Проводится уход за дренажами, учитывается количество и качество выделяемой жидкости по дренажам, суточный диурез. Следят за частотой пульса, АД и температурой тела, повязкой в области послеоперационной раны. Проводится профилактика послеоперационной тромбоэмболии и легочных осложнений. Через сутки пациенту разрешают поворачиваться в постели, заниматься дыхательной зарядкой. Первые сутки у больного в желудок введен зонд. Сначала проводится парентеральное питание и на 2-е сутки разрешается пить дробными порциями. Есть жидкую пищу можно только с 3 —4-х суток при восстановлении моторики кишечника.

Грыжи живота

это выход из брюшной полости внутренних органов вместе с покрывающей их брюшиной через естественные или приобретенные дефекты брюшной стенки под кожу или в другие полости. Грыжи встречаются у 3 — 5 % населения. Различают *наружные* и *внутренние*, *врожденные* и *приобретенные*, *вправимые* и *невправимые* *грыжи живота*. Наружные грыжи живота образуются в анатомически слабых местах брюшной стенки (паховый канал, бедренный канал, пупочное кольцо, белая линия живота, диафрагма), области послеоперационных рубцов, травм или воспалительных процессов (послеоперационные грыжи).

- Грыжа состоит из **грыжевых ворот**, **грыжевого мешка** и его **содержимого**
- *Грыжевые ворота* — это врожденные или приобретенные отверстия в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которые внутренние органы выходят из брюшной полости. Они образуются в естественных местах, где через брюшную стенку проходят сосуды, нервы, семенной канатик, или возникают в результате травм брюшной стенки, операционных ран и рубцов.



- *Грыжевой мешок* образован париетальной брюшиной, вышедшей через грыжевые ворота. Иногда стенку грыжевого мешка может составить орган, частично покрытый брюшиной (мочевой пузырь, почка, слепая кишка и пр.). Такие грыжи называются скользящими.
- *Грыжевым содержимым* называют внутренние органы, выходящие в грыжевой мешок из брюшной полости. Чаще всего это большой сальник, петли тонкой кишки.

Наиболее часто встречающиеся виды грыж.

- *Пупочные грыжи* образуются в области пупка. У новорожденных детей может наступить самоизлечение. Консервативное лечение до 2 — 3 лет заключается в проведении массажа и занятиях лечебной физкультурой, направленной на развитие брюшного пресса. В более поздние сроки пупочное кольцо самостоятельно не закрывается и в возрасте старше 5 лет необходимо оперативное лечение. Приобретенные пупочные грыжи встречаются довольно часто у взрослых.

- *Грыжи белой линии живота* расположены по средней линии живота, чаще между пупком и мечевидным отростком. Такие грыжи сами не закрываются и подлежат оперативному лечению.
- *Паховыми грыжами* называются грыжи, которые образуются в паховой области. Они значительно чаще встречаются у мужчин. Они могут быть прямыми, косыми и пахово-мошоночными. Прямые паховые грыжи имеют шарообразную форму и расположены выше паховой складки, косые имеют овальную форму и идут по паховой складке.
- Пахово-мошоночные грыжи выходят в мошонку.
- *Бедренные грыжи* возникают в основном у женщин и встречаются значительно реже паховых. Она располагаются на бедре ниже паховой складки.

- *Диафрагмальные грыжи* чаще бывают врожденными и представляют собой порок развития диафрагмы. Приобретенные диафрагмальные грыжи встречаются после травмы или возникают в области пищеводного отверстия. При этих грыжах возникают расстройство дыхания, сердечной деятельности, одышка, особенно после еды. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны рвота, боли в животе, изжога. При рентгенологическом исследовании с контрастным веществом в области грудной клетки видны петли кишечника.
- *Послеоперационные грыжи* составляют около 15 % грыж. Они образуются в области послеоперационного рубца, чему способствуют проведенные через операционную рану тампоны и дренажи, инфицирование и нагноение операционной раны, ухудшение регенерации тканей, повреждение нервов во время операции, большая нагрузка в послеоперационном периоде. Наружные грыжевые оболочки представлены рубцовой тканью, плотно сращенной с грыжевым мешком или кожей с подкожной клетчаткой и операционным рубцом посередине. Грыжевые ворота и окружающие ткани также рубцово изменены. Послеоперационные грыжи часто невправимые.

- Осложнения грыж.

Наиболее опасным осложнением грыжи является ущемление.

- *Ущемление* — это сдавление содержимого грыжи в области грыжевых ворот. В результате ущемления в грыжевом содержимом прекращаются кровоснабжение и иннервация, развиваются застой крови и некроз тканей.

Важнейшими симптомами ущемленной грыжи являются внезапно возникающие боли в области грыжи, ее увеличение, невправимость, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Через некоторое время развивается картина острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, рвота, задержка стула и газов.

- Распространение воспалительного процесса на окружающие ткани приводит к воспалению грыжи, развитию свищей, перитонита, сепсиса.
- Насильственное или самостоятельное вправление ущемленной грыжи, ее вправление во время операции может вызвать следующие осложнения: повреждение грыжевого содержимого с развитием перитонита и внутреннего кровотечения; вправление некротически измененного грыжевого содержимого с развитием перитонита

- Клиническая картина.
- Грыжи развиваются постепенно. При тяжелой физической нагрузке больной ощущает покалывающие боли на месте формирующейся грыжи. Боли вначале мало беспокоят, но постепенно нарастают и начинают мешать при движении. Через некоторое время больной обнаруживает у себя выпячивание, которое увеличивается при физической нагрузке и исчезает в покое. Выпячивание постепенно увеличивается и приобретает округлую или овальную форму, появляется при малейшей физической нагрузке. Если выпячивание самостоятельно исчезает в покое, в горизонтальном положении или при легком надавливании руками на него, то такая грыжа называется вправимой. При вправимой грыже отмечается положительный симптом кашлевого толчка — ощущение толчка ладонью, приложенной к грыжевому выпячиванию при кашле. При невправимой грыже грыжевое выпячивание не меняет величины и формы или несколько уменьшается в покое и при надавливании на нее. Как правило, такие больные жалуются на постоянные боли, усиливающиеся при физической нагрузке, иррадиацию болей по всему животу, диспептические расстройства.

- Тактика. При ущемленной грыже противопоказаны тепловые процедуры, обезболивание, спазмолитики, попытки ручного вправления. Показана экстренная госпитализация в хирургический стационар на носилках в позе, удобной для больного. При самопроизвольном вправлении при транспортировке также показана экстренная госпитализация для динамического наблюдения больного в стационаре.
- Лечение. Основным методом лечения грыж живота является оперативный — грыжесечение. Консервативному лечению подлежат грыжи у детей до 4 лет, если они вправимые и не ущемились. При консервативном лечении используются массаж мышц живота, лечебная физкультура, игры без физической нагрузки.
- Противопоказанием к оперативному лечению неущемленных грыж являются: выраженная дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, активный туберкулез, злокачественные опухоли. Таким больным рекомендуется бандаж, при ношении которого пелот закрывает грыжевые ворота и не дает выходить наружу грыжевому выпячиванию. Носить бандаж тем, кто будет оперироваться, противопоказано, так как длительное ношение способствует расширению грыжевых ворот.

- Применяют несколько видов оперативных вмешательств — аутогерниопластику (закрытие грыжевых ворот осуществляют с помощью собственных тканей больного) и аллогерниопластику (используют различные синтетические трансплантаты, как правило, из полипропилена).
- Ущемленные грыжи требуют экстренного хирургического вмешательства. Введение обезболивающих и спазмолитиков недопустимо, так как может произойти самовправление. Подготовка к операции проводится не более 1,5 ч.
- После операции (грыжесечение) пациенту назначают постельный режим на 2 сут. Через 2 ч после операции, прошедшей без осложнений, разрешают пить и принимать жидкую пищу. На 2-е сутки пациента переводят на общий стол. После подъема с постели пациенту рекомендуют носить плотный пояс вокруг живота в течение 1—2 недель и ограничивать физическую нагрузку на 3 — 4 недели. После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи для уменьшения отека мошонки применяют суспензорий.

Непроходимость кишечника

- **Непроходимость кишечника** — это нарушение и задержка пассажа и эвакуации содержимого желудочно-кишечного тракта.
- По механизму возникновения выделяют механическую и динамическую непроходимость кишечника. Динамическая в свою очередь разделяется на паралитическую и спастическую форму. Механическая непроходимость может быть странгуляционной, при которой происходит сдавление сосудов, обтурационной с закупоркой просвета кишки и смешанной.
- По клиническому течению выделяют острую, хроническую, частичную и полную кишечную непроходимость.

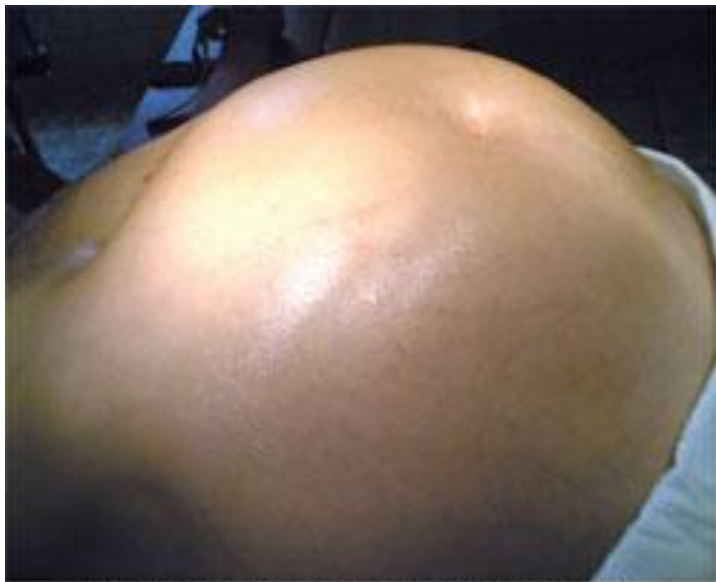


Рисунок 1. Пациент Г. Вздутие живота



Рисунок 2. Пациент Г. Раздутая сигмовидная кишка в сравнении с поперечной



Рисунок 3. Пациент Г. Сигмовидная кишка до разворота



Рисунок 4. Пациент Т. Раздутая сигмовидная кишка

Динамическая кишечная непроходимость

- Динамическая непроходимость имеет нервно-рефлекторный характер. Причиной *спастической непроходимости* может быть почечная колика, колиты, свинцовые отравления, глистная инвазия, мезаденит (воспаление брыжеечных лимфатических узлов). Клинически проявляется коликообразной болью в кишечнике, вздутием живота, задержки газов и стула нет. При осмотре живот мягкий, незначительно болезнен. Состояние практически не изменяется. При такой клинической картине ставится диагноз — кишечная колика — и проводится госпитализация пациента в хирургическое отделение для наблюдения врача

- В лечении используются спазмолитики, тепло на область живота, легкий массаж живота.
- Причиной *паралитической непроходимости* может быть травма живота, перитонит, состояние после операции, септическое состояние и интоксикация.
- При парезе кишечника отмечаются боли распирающего характера, вздутие живота, рвота, отсутствие газов и стула. Состояние тяжелое, отмечается учащение пульса, снижение артериального давления. При пальпации живота наблюдается напряжение мышц брюшной стенки, болезненность, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. При перкуссии — высокий тимпанит по всему животу. При аускультации не прослушивается перистальтика кишечника. На рентгеновском снимке прослеживаются равномерные «чаши Клойбера».
- В *лечении* используют электростимуляцию кишечника, введение прозерина, аминазина и устранение причины непроходимости.

Механическая кишечная непроходимость

- Причиной *механической обтурационной непроходимости* кишечника являются рубцевой стеноз кишечника, опухоль, растущая внутри него, каловые камни, кисты и инородные тела. Обтурационная непроходимость развивается постепенно, сначала будет частичной, потом полной непроходимостью. Пациент отмечает задержку стула, нечастые схваткообразные боли, тошноту. Через 1—2 дня наступает полная непроходимость. Появляется сильная схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота, задержка газа и стула, ухудшение общего состояния, появляются симптомы интоксикации. При осмотре живот вздут, асимметричен. При пальпации болезнен и напряжен. Перкуссия дает высокий тимпанит над местом обтурации и притупление после нее. При аускультации нет шума перистальтики.
- Консервативное лечение возможно только в тех случаях, когда нет интоксикации организма и перитонеальных явлений. Оно состоит в назначении сифонной клизмы и активной аспирации кишечного содержимого. Это лечение можно проводить не более 1—2 часов. Если лечение неэффективно или нарастает интоксикация, необходимо пациента готовить к операции.

Механическая странгуляционная непроходимость

- Причиной *механической странгуляционной непроходимости* может быть заворот кишечника, ущемленная грыжа, тромбоз эмболия сосудов брыжейки, спайки кишечника, опухоли брюшной полости, сдавливающие кишечник извне.
- Основным симптомом являются сильные приступообразные боли в животе. Пациент бледный, мечется, принимает коленно-локтевое положение в постели. Боли сопровождаются рвотой, задержкой стула и газов, нарастающей интоксикацией. Живот при осмотре вздут, ассиметричен, болезнен и напряжен при пальпации. Перкуторно определяется высокий тимпанит выше места странгуляции и притупление после нее. При аускультации не слышны шумы перистальтики.
- На рентгеновском снимке видны неравномерно распределенные «чаши Клойбера».
- Пациента с механической странгуляционной непроходимостью кишечника необходимо срочно госпитализировать в хирургическое отделение для экстренной операции.

Механическая смешанная непроходимость

- *Механическая смешанная непроходимость* кишечника, к которой относится инвагинация кишечника, встречается главным образом у детей грудного возраста. Заболевание заключается в том, что одна часть кишки внедряется в просвет другой. Особенно часто это заболевание бывает при неправильном вскармливании ребенка.
- Заболевание начинается внезапно. Ребенок становится беспокойным, плачет, прижимает ножки к животу. Приступы начинаются и заканчиваются внезапно, повторяясь через короткий промежуток времени. Приступ более сопровождается рвотой и задержкой газов. В первые часы может быть стул, позже из прямой кишки выделяется слизь малинового цвета.

«Чаша Клойбера» на рентгеновском снимке



- При осмотре живот вздут, при пальпации болезнен, определяется колбасообразное уплотнение, при перкуссии — высокий тимпанит. Пальцевое исследование прямой кишки дает определение уплотнения в брюшной полости и выделение крови после удаления пальца.
- В лечении применяется лапароскопический метод, во время которого проводится дезинвагинация кишечника. При обнаружении некроза кишечника делается резекция омертвевшего участка и накладывается анастомоз кишечника.

Осложнения язвенной болезни

- К осложнениям язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки относят перфорацию (прободение), пилородуоденальный стеноз, малигнизацию, кровотечение, пенетрацию.
- **Перфорация.** Прободение — это сквозной дефект стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в области язвы, проникающей в свободную брюшную полость. С момента перфорации желудочно-дуоденальное содержимое поступает в свободную брюшную полость, развивается острый перитонит. Задачей фельдшера является распознавание перфорации без уточнений локализации и причин, вызвавших ее.
- Клиническая картина. Прободение язвы начинается с острой и сильной боли, чаще в области эпигастрия или правого подреберья, реже — в области левого подреберья. Боль характеризуется как «кинжальная». Сначала она иррадирует под правую или левую лопатку, в надключичные области, различные области живота.
- Характерно выраженное напряжение мышц переднебоковой стенки — живот втянут, имеет форму ладьи, консистенцию доски. У мужчин возможно подтягивание яичек к поверхностным паховым кольцам и полового члена к передней брюшной стенке вследствие напряжения мышцы, поднимающей яичко, и к поверхностной фасции живота (симптом Бернштейна).

- Попадание из просвета желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость воздуха и его концентрация в области печени обуславливают наличие типичных симптомов, например симптома Спизарного (проявление пневмоперитонеума) — уменьшение или исчезновение притупления перкуторного звука в области печени. При УЗИ, рентгенологическом исследовании больного в положении стоя свободный газ в брюшной полости определяется, как правило, в форме серпа, при исследовании в положении на спине — под печенью или впереди от нее в форме полосы, а при исследовании в положении на левом боку — сбоку от печени в форме полосы.
- Дальнейшая клиническая картина обуславливается развитием перитонита. Прободная язва может стать прикрытой (кусочками пищи, фибрином, спайками, сальником), что вызывает уменьшение симптоматики. В любой момент с открытием перфорационного отверстия возможно повторение начала прободения или ухудшение состояния. Диагностика осуществляется по общепринятым принципам диагностики перитонита с использованием методов обследования желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Тактика. Тактика такая же, как и при остром животе. Обезболивание категорически противопоказано!
- Лечение. Лечение осуществляют по общепринятым принципам лечения перитонита. В основном оно оперативное. Во время операции прободное отверстие язвы ушивают, возможно иссечение или резекция желудка.

Пилородуоденальный стеноз.

- Сужение, которое развивается в результате отека, инфильтрата, спазма пилородуоденального отдела в области язвы и ее рубцевания, называется пилородуоденальный стеноз.
- Клиническая картина. Различают три степени стеноза.
- В *стадии компенсации* состояние больных удовлетворительное. На фоне язвенного симптомокомплекса отмечается чувство полноты и тяжести в эпигастральной области после обильного приема пищи, которое уменьшается вместе с болью или исчезает после рвоты. Несколько чаще, чем прежде, появляются изжога, рвота желудочным содержимым с кислым привкусом, тошнота, отрыжка.
- Эвакуация из желудка рентгеноконтрастной массы замедлена до 6—12ч.
- Для *стадии субкомпенсации* характерны резкие схваткообразные боли, сопровождающиеся переливанием, урчанием, что связано с усиленной перистальтикой желудка. Усиливается чувство тяжести и полноты в эпигастральной области. Типична отрыжка с неприятным запахом сероводорода вследствие длительной задержки пищи в желудке. Часто возникает обильная рвота, приносящая облегчение. Рвотные массы содержат пищу, принятую задолго до рвоты. Наблюдаются общая слабость, быстрая утомляемость, истощение, нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.
- Эвакуация из желудка рентгеноконтрастной массы наступает не

- *Стадия декомпенсации* характеризуется декомпенсацией моторно-эвакуаторной функции желудка, сопровождающейся ослаблением его перистальтики и более выраженными симптомами, чем при субкомпенсированном стенозе. Обильная рвота, иногда многократная, возникает каждый день. Рвотные массы содержат зловонные разлагающиеся многодневные пищевые остатки. После рвоты наступает облегчение на несколько часов. У некоторых больных возникает диарея вследствие поступления продуктов брожения из желудка в кишечник. Больные резко обезвожены, адина-мичны. Отмечаются сухость языка, слизистых оболочек, кожи, снижение тургора кожи.

Эвакуация из желудка рентгеноконтрастной массы задерживается более чем на 24 ч.

- Диагноз уточняется во время рентгенологического исследования, фиброгастродуоденоскопии и др.
- Лечение. Проводят только хирургическое лечение. Предоперационная подготовка включает противоязвенное лечение, терапию нарушений водно-электролитного обмена, систематическую аспирацию желудка через зонд. Как правило, выполняют резекцию желудка или ваготомию с пилоропластикой.

Малигнизация язвы.

- Озлокачествление с исходом в рак наблюдается чаще при хронических, особенно каллезных, язвах, преимущественно у больных среднего и пожилого возраста, чаще у мужчин. Язва желудка является предраковым заболеванием, язва двенадцатиперстной кишки малигнизируется крайне редко.
- Наиболее часто рак желудка локализуется в области пилороантрального отдела, малой кривизны и кардиального отдела, реже — в области тела, дна и большой кривизны.
- Рак желудка может распространяться на пищевод и двенадцатиперстную кишку, прорастая во все слои желудка: поджелудочную железу, желудочноободочную связку, поперечную ободочную кишку и ее брыжейку, большой и малый сальники, на диафрагму, заднюю брюшину, печеночно-двенадцатиперстную связку, в печень, селезенку, брюшную стенку.

- Клиническая картина. На ранней стадии рак желудка не имеет специфических симптомов, на поздней характерно многообразие клинической картины, что связано с локализацией опухоли, ее макроскопической формой и гистологической структурой, распространением и метастазированием. Боль в эпигастральной области бывает различного характера и интенсивности. Если опухоль не выходит за пределы органа, различают две разновидности болей: 1) постоянные, тупые, ноющие, не зависящие от приема пищи или слегка усиливающиеся после еды; 2) периодические, острые, возникающие спустя некоторое время после приема пищи.
- При распаде опухоли, развитии гнилостных процессов, нарушении эвакуации содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку наблюдаются изжога, рвота, тошнота, отрыжка. При пальпации в эпигастральной области определяется опухолевидное образование.
- При раке пилороантрального отдела характерна симптоматика пилородуоденального стеноза. Рак средней и верхней трети малой кривизны, тела и большой кривизны желудка долго может протекать бессимптомно. При раке кардиального отдела желудка клиника сходна с раком пищевода. Рак дна желудка относится к «немым» ракам.

- На поздних стадиях клиническая картина дополняется синдромом малых признаков, симптомами распространения и метастазирования рака желудка.
- В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют следующие клинические формы рака желудка: гастралгическая (болевая), диспептическая, стенотическая, анемическая, кардиальная, энтероколитическая, печеночная, асцитная, метастатическая, легочная, «немая», фибрильная.
- Диагностика осуществляется на основании данных фиброгастродуоденоскопии с биопсией опухоли, рентгенологического исследования.
- Лечение. Лечение осуществляется по общепринятым принципам лечения опухолей. Его основой является хирургический метод — гастрэктомия с удалением опухоли, регионарных лимфатических узлов, малого и большого сальников.

При неоперабельных раках желудка для облегчения страдания больных, предупреждения голодной смерти проводят паллиативные операции: гастроэнтероанастомоз, гастростомию, еюностомию.

Желудочно-кишечные кровотечения

- Известно более 100 заболеваний, осложняющихся желудочно-кишечными кровотечениями. Кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта принято разделять на кровотечения язвенной и неязвенной этиологии. Клиническая картина. Ранними признаками острой массивной кровопотери являются внезапная слабость, головокружение, сердцебиение, иногда обморок. Позже возникает кровавая рвота (при переполнении желудка кровью), а затем мелена. Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или «кофейная гуща») зависит от локализации источника кровотечения в желудке или двенадцатиперстной кишке. Многократная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. Рвота через короткие промежутки времени свидетельствует о продолжающемся кровотечении. Повторная рвота кровью через длительный промежуток времени является признаком возобновления кровотечения. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению каловых масс с примесью малоизмененной крови.

- Источником кровотечения у лиц молодого возраста чаще является язва двенадцатиперстной кишки, у больных старше 40 лет — язва желудка. Кровотечение возникает в период обострения язвенной болезни. Перед ним нередко отмечается усиление болевого синдрома, а с момента начала кровотечения — уменьшение или исчезновение болей. Кровотечение уменьшает или устраняет боли пептического характера в связи с тем, что кровь нейтрализует соляную кислоту. При осмотре больной испуган, беспокоен. Кожные покровы бледные или цианотичные, влажные, холодные. Пульс учащен; АД может быть нормальным или пониженным. Дыхание частое. При значительной кровопотере больной испытывает жажду; отмечают сухость слизистых оболочек полости рта.
- Ориентировочная оценка тяжести кровопотери возможна на основании внешних клинических проявлений кровотечения, измерения количества крови, выделившейся со рвотой, при аспирации из желудка и с жидким стулом. Важное значение имеет определение частоты сердечных сокращений, величины АД и шокового индекса.
- Определение содержания гемоглобина, гематокрита, центрального венозного давления, ОЦК, почасового диуреза способствует более точной оценке тяжести кровопотери и эффективности лечения.

- Тактика. Внутрь можно давать лед кусочками, 5 % аминокaproновую кислоту по 1 столовой ложке, положить холод на область эпигастрия. Парентерально вводят гемостатические средства — 1 % раствор викасола, 2 — 4 мл 12,5% раствора этамзилата (дицинона), 1 — 2 мл 0,025 % раствора адроксона. При ухудшении гемодинамики и явлениях геморрагического шока проводят инфузионную терапию (препараты крахмала — инфукол, полиглюкин, реополиглюкин, глюкокортикоиды, сердечные средства). При низком АД введение вазопрессоров противопоказано, так как они могут усилить кровотечение. Экстренную доставку в хирургический стационар (отделение реанимации) осуществляют при положении больного лежа на носилках, при большой кровопотере — с опущенным головным концом (можно поднять ноги).
- Обследование и лечение больных с острым кровотечением осуществляют в хирургическом отделении или отделении реанимации, где проводят следующие мероприятия:
- катетеризация подключичной вены для восполнения дефицита ОЦК; измерение центрального венозного давления; зондирование желудка для его промывания и контроля за возможным возобновлением кровотечения;

- экстренная эзофагогастродуоденоскопия;
- определение степени кровопотери;
- постоянная катетеризация мочевого пузыря для контроля за диурезом (не менее 50 — 60 мл/ч);
- кислородная терапия;
- гемостатическая терапия;
- аутоотрансфузия (бинтование ног);
- очистительные клизмы для удаления крови, излившейся в кишечник.
- Эндоскопия (эзофагогастродуоденоскопия) является наиболее информативным методом диагностики кровотечения.
- Рентгенологическое исследование менее информативно.

- Лечение. В течение 5 — 7 сут назначают строгий постельный режим. Первые сутки кладут холод на эпигастральную область. Желудок промывают холодной водой. В течение первых 2 сут больной голодает, затем назначают стол № 1А по Певзнеру (нежирные бульоны, кисели, жидкие каши), с 4 —5-х суток стол № 1. Больной принимает гемостатические препараты общего действия: внутривенно или внутримышечно 2 мл 1 % раствора викасола, 2 мл 12,5 % раствора этамзилата натрия, внутривенно 5 % раствор аскорбиновой кислоты. Из гемостатических препаратов местного действия назначают порошки или раствор аминокaproновой кислоты в дозе 0,5 г 4 раза в сутки. Из гормональных гемостатиков применяют реместип, сандостатин, октреатид (синтетический аналог вазопрессина). Назначают препараты, снижающие желдочную секрецию: блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (квamatел или раствор ранитидина) или блокаторы протонного насоса (омепразол, омез, лосек), антациды (алмагель, маолокс). Также применяют репаратанты: солкосерил или актовегин по 4 мл 2 раза в сутки.

- Инфузионная терапия осуществляется в зависимости от степени кровопотери: при I степени назначают растворы кристаллоидов в дозе 1—2 л/сут; II степени — растворы 25% коллоидов и 75% кристаллоидов в дозе 2 — 4 л/сут; III степени — растворы 30 % свежезамороженной плазмы, 50 % кристаллов, 20 % коллоидов до 5 л/сут. Введение эритроцитной массы показано только по жизненным показаниям при крайне тяжелой степени кровопотери. Эффективны антигеликобактерные препараты (денол, оксациллин, трихопол). Операции в зависимости от сроков их выполнения подразделяются на несколько групп — экстренные (при неэффективности консервативного лечения, профузном кровотечении или повторном кровотечении в стационаре), срочные (больным с неустойчивым гемостазом при высоком риске повторного кровотечения), отсроченные (после купирования явлений кровопотери до выписки больного из стационара).

Воспалительные заболевания органов брюшной полости



Толстая кишка

Слепая кишка

Аппендикс



Острый аппендицит

- **Аппендицит** — это воспаление аппендикулярного отростка. Острый аппендицит бывает простым или катаральным, деструктивным (флегмонозный, гангренозный, перфоративный), осложненный перитонитом, сепсисом, инфильтратом, абсцессом. Причиной аппендицита может быть глистная инвазия, хронические воспалительные процессы, застойные явления в слепой кишке, ангионевроз, нарушение функции баугиниевой заслонки.
- К.К. Заболевание начинается среди полного здоровья. Появляются режущие или давящие боли в эпигастральной области с распространением по всему животу и через несколько часов локализующиеся в правой подвздошной области (симптом Кохера). При нетипичных положениях отростка (позади слепой кишки, частично внебрюшинное, тазовое) боли будут соответствовать его расположению. Боли обычно иррадируют в правую ногу. Пациент идет, хромая на правую ногу и руками придерживает правую паховую область, в постели лежит на правом боку. Боли сопровождаются тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов, поднимается температура, тошнота, слабость и

- При осмотре пациент бледен, язык обложен белым налетом, правая половина живота не участвует в акте дыхания, живот вздут, глубокое дыхание болезненно. При перкуссии боль и притупление в правой подвздошной области. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц живота, особенно в правой подвздошной области. Такие симптомы, как Воскресенского, Образцова, Ситковского, Михельсона, Ровзинга и Щеткина—Блумберга - положительные. Осмотр пациента обычно заканчивается пальцевым исследованием через прямую кишку. В диагностике острого аппендицита необходимо исследовать общий анализ крови и мочи. В крови наблюдается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. Обязательно проводится дифференциальная диагностика с энтеритом, почечной коликой, внематочной беременностью, апоплексией яичника, овуляционными болями, инфекционными заболеваниями, пневмонией.
- Пациента с подозрением на острый аппендицит необходимо срочно госпитализировать в хирургическое отделение для наблюдения или экстренной операции — аппендэктомии.

Аппендикулярный инфильтрат

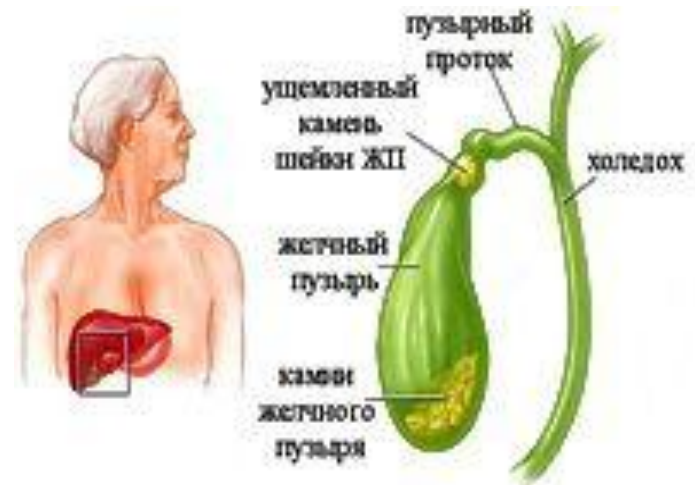
- **Аппендикулярный инфильтрат** является осложнением острого аппендицита. Клиническая картина инфильтрата начинается на 2—3 день после приступа острого аппендицита. Пациент предъявляет жалобы на слабые боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37—38 °С, тошноту.
- При осмотре живот незначительно выпячен в правой подвздошной области, пальпация дает болезненность и уплотнение этой области с четкими границами, перкуссия — болезненность и притупление. Симптомы раздражения брюшины отрицательные или слабо положительные.

- Лечение аппендикулярного инфильтрата проводится консервативно. Назначается строгий постельный режим, холод на область инфильтрата, жидкая пища, антибиотики, противовоспалительные средства. При стихании воспалительного процесса переходят на тепловые процедуры, физиотерапевтическое лечение. Через 2 недели обязательно проводится аппендэктомия.
- **Уход за пациентом.** В послеоперационный период через 2 часа, если нет осложнений, пациенту разрешают пить. На другой день после операции можно ходить и есть жидкую пищу. 5 дней показана щадящая диета с исключением клетчатки, молока и углеводов. Важнейшее значение имеет лечебная физкультура. перевязки проводятся ежедневно, швы снимают на 5—7 день.

Желчно-каменная болезнь.

Острый холецистит

- *Желчно-каменная болезнь* (ЖКБ) — хроническое заболевание, характеризующееся образованием конкрементов (камней) желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Выделяют три основные причины образования камней — нарушения обмена веществ в организме, воспалительные изменения стенки желчного пузыря, застой желчи.
- *Холецистит* — это воспаление желчного пузыря. Острый холецистит может быть калькулезным (с конкрементами в желчном пузыре) и некалькулезным (без камней желчного пузыря).
- По клинико-морфологической форме выделяют следующие виды холецистита:
 - катаральный;
 - флегмонозный;
 - гангренозный (с перфорацией желчного пузыря или без перфорации).
- Осложнениями острого холецистита могут быть:
 - острый панкреатит;
 - механическая желтуха;
 - вторичный гепатит;
 - холангит;
 - инфильтрат;
 - абсцесс брюшной полости;
 - перитонит.



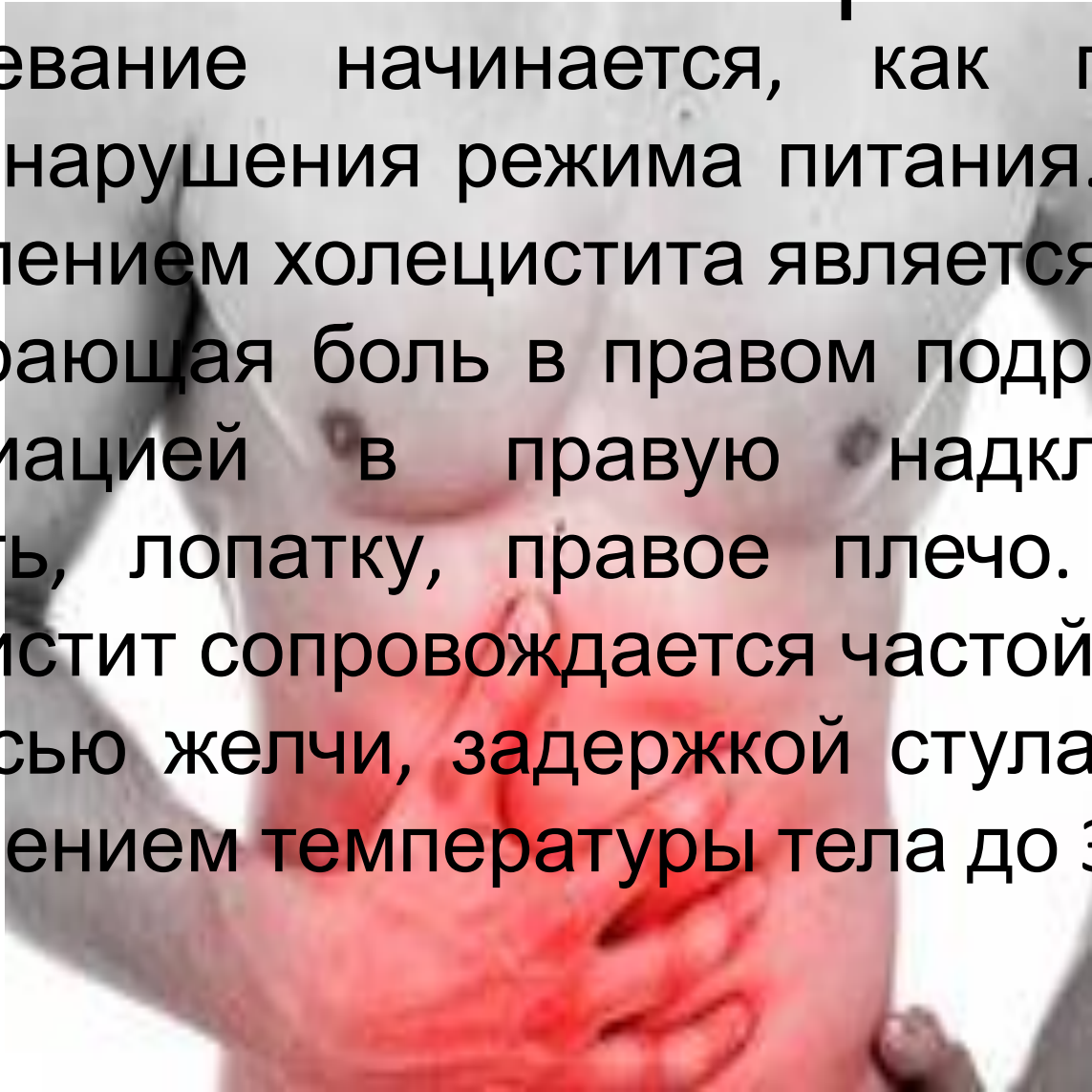




- Причинами холецистита являются анатомо-функциональная и наследственная предрасположенность, врожденные нарушения в развитии желчных ходов, гиподинамия, беременность, функциональные хронические и органические изменения желчевыделительной системы, инфекция, острые и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические заболевания, камни желчного пузыря, нарушение обменных процессов, глистная инвазия. В возникновении острого холецистита большую роль играют провоцирующие моменты, которые на фоне предрасполагающих факторов определяют вспышку острого воспалительного процесса. К провоцирующим моментам относятся все отрицательные воздействия, ослабляющие организм, угнетающие его защитные функции: переутомление, стресс, переедание, инфекционные заболевания.

Клиническая картина

- Заболевание начинается, как правило, после нарушения режима питания. Первым проявлением холецистита является сильная распирающая боль в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, лопатку, правое плечо. Острый холецистит сопровождается частой рвотой с примесью желчи, задержкой стула и газов, повышением температуры тела до 38—39 °С.

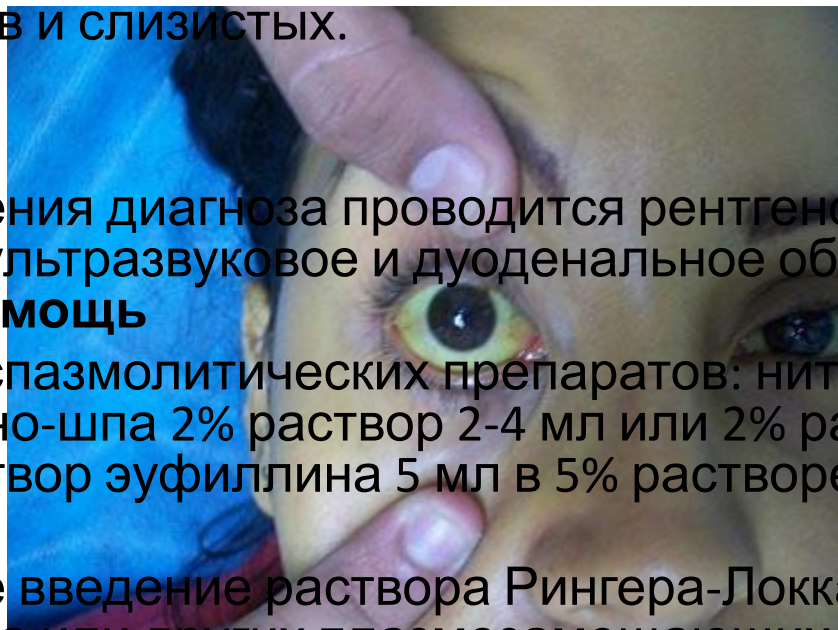


- При осмотре у пациента лицо гиперемированно, при осложнениях бледное с заостренными чертами, язык обложен серым налетом, живот вздут, не участвует в акте дыхания, при напряжении мышц живота боли усиливаются. При пальпации живота определяется напряжение мышц брюшной стенки, боль в правом подреберье, положительные симптомы Мерфи, Кера, Ортнера, Мюсси, Щеткина-Блюмберга. Определенное значение в диагностике имеет лабораторное исследование. В общем анализе крови определяется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилия, лимфопения, ускорение СОЭ. В общем анализе мочи определяется белок, лейкоциты, цилиндры, уменьшение количества мочи. В биохимическом анализе крови идет увеличение билирубина, изменения в белковых фракциях сыворотки крови, повышение С-реактивного белка,

Положительны симптомы:

- Кера – локальная болезненность на пересечении правой реберной дуги и наружного края прямых мышц живота
- Ортнера – боли при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге
- Мюсси-Георгиевского (правосторонний френикус-симптом) – болезненность в правой надключичной области при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- Мерфи – при легком надавливании пальцами рук в правом подреберье, на вдохе отмечается резкое усиление болей, сопровождающееся непроизвольной задержкой дыхания
- Пекарского – боли при надавливании на мечевидный отросток
- Симптом Щеткина-Блюмберга при развитии перитонита – осторожное надавливание на переднюю брюшную стенку с последующим быстрым отнятием руки вызывает резкое усиление болей

- При осложнении *механической желтухой* у пациента отмечается желтушность кожных покровов и склер, моча темного цвета и обесцвеченный кал.
- При *гепатите* обязательно будет увеличение печени и болезненность при ее пальпации.
- При *холангите* наблюдается увеличение печени, желтушность кожных покровов и слизистых.



- Для подтверждения диагноза проводится рентгенологическое исследование, ультразвуковое и дуоденальное обследование.

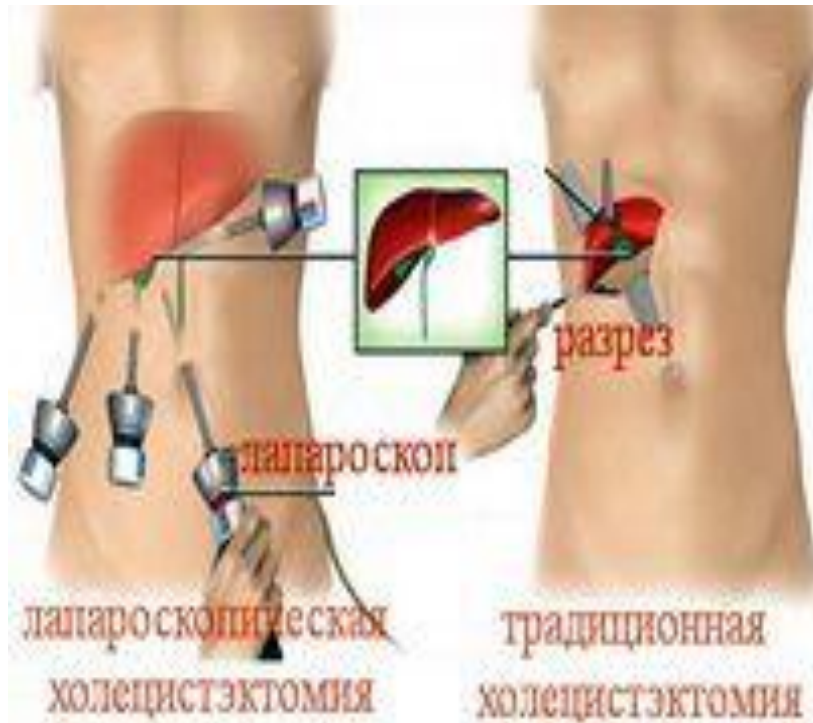
Неотложная помощь

- — применение спазмолитических препаратов: нитроглицерин — 1 табл. под язык, но-шпа 2% раствор 2-4 мл или 2% раствор папаверина 1-2 мл. 2,4% раствор эуфиллина 5 мл в 5% растворе глюкозы 500 мл внутривенно:
- — внутривенное введение раствора Рингера-Локка, гемодеза, реополиг-люкина или других плазмозамещающих растворов;
- — внутривенное капельное введение 0.25% раствора новокаина (100-150 мл);
- — антигистаминные препараты (димедрол 1% раствор 1-2 мл или супрастин 2% раствор 1-2 мл внутривенно);
- — пузырь со льдом на область правого подреберья;
- — экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

- *Лечение* может быть консервативным и оперативным. В не-осложненной форме острый холецистит лечится консервативно в хирургическом отделении. Пациенту назначается постельный режим. Положение в постели должно быть с приподнятым головным концом функциональной кровати. В первые дни рекомендуется холод на область правого подреберья и парентеральное питание. При неукротимой рвоте необходимо проводить промывание желудка. В лечении используется антибиотикотерапия, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия. Боли снимаются с помощью обезболивающих препаратов и спазмолитиков.

- Оперативное лечение проводится при деструктивной и осложненной форме холецистита: лапоротомическая или лапоро-скопическая холецистэктомия.
- Уход за пациентом. Через 4—5 часов после выведения из общего наркоза пациента укладывают в постель в фовлеровское положение. В первые двое суток проводится парентеральное питание, лекарственные препараты строго по назначению врача. В этот период тщательно контролируется суточный диурез, показатели гомеостаза, артериальное давление, частота пульса и температура тела. 2—3 дня после операции у пациента в желудке находится зонд и проводится промывание. Прием пищи через рот начинается с 4 дня: несладкий чай, простокваша. Непременным условием лечения на протяжении всего послеоперационного периода является лечебная физкультура и дыхательная гимнастика. С 3—4 дня разрешают пациенту вставать с постели и ходить. перевязки послеоперационной раны и уход за дренажом проводятся ежедневно. Медсестра тщательно следит за выделениями по дренажу, замечая нарушения его функции, примесь крови. В первые дни из дренажа, установленного в общем желчном протоке, должно выделяться до 500—600 мл желчи в сутки. Прекращение оттока по дренажу свидетельствует о выходе трубки из протока. Обо всех изменениях надо срочно сообщать врачу. Дренажи и швы снимаются на 5—6

Оперативное лечение



Острый панкреатит

- Острый панкреатит — это своеобразный патологический процесс, включающий в себя отек, воспаление, геморрагическое пропитывание и некроз ткани поджелудочной железы. Острый панкреатит бывает в виде интерстициального отека, геморрагического, некротического и гнойного поражения железы. Панкреатит может вызвать осложнения: панкреонекроз, абсцесс и флегмона, киста, холецистит, перитонит.
- К причинам панкреатита относятся особенности анатомического строения железы, заболевания желудочно-кишечного тракта, травма, хроническая инфекция в организме, беременность, длительное применение кортикостероидных препаратов, злоупотребление алкоголем, аллергические заболевания.

- По клиническому течению различают легкие, средние, тяжелые и молниеносные формы острого панкреатита. Легкая форма соответствует интерстициальному отеку, средняя — геморрагическому панкреатиту, тяжелая — некротическому, молниеносная — панкреанекрозу с быстрым расплавлением железы, большой потерей жидкости, крови, коллапсом и частым летальным исходом. За несколько дней до заболевания пациент может почувствовать неприятные ощущения в животе, слабые боли и диспептические расстройства.

- Самый постоянный симптом острого панкреатита — сильные, режущие боли в эпигастрии и в левом подреберье, приобретаая характер опоясывающих. Одновременно с болями появляется неукротимая рвота, не приносящая облегчения, диспептические явления, повышение температуры тела. При осмотре у пациента бледное лицо с фиолетовыми кругами под глазами, язык сухой с серокоричневым налетом, живот вздут и в дыхании не принимает участия. При пальпации живота определяется напряжение брюшной стенки, болезненность в эпигастрии и левом подреберье, положительные симптомы Корте, Воскресенского, Робсона, Раздольского, Щеткина—Блумберга. При перкуссии — притупление в эпигастральной области. Аускультация живота дает уменьшение или исчезновение перистальтики.

- Большое значение в диагностике имеют лабораторные методы исследования. Общий анализ крови выявляет лейкоцитоз, лимфопению, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. При биохимическом анализе крови определяется повышение амилазы, липазы, активности трипсина сыворотки крови. В общем анализе Мочи появляются белок, лейкоциты и эритроциты, идет уменьшение диуреза.
- Для уточнения диагноза проводится рентгенологическое и ультразвуковое исследования, диагностическая лапароскопия.
- **Неотложная помощь**
 - — проведение сакроспинальной новокаиновой блокады;
 - — холод на эпигастральную область;
 - — применение спазмолитических средств: нитроглицерин под язык — 1 табл., но-шпа по 2 мл или 2% раствор папаверина 2-4 мл, платифиллин по 1-2 мл внутривенно на 500 мл 0,9% раствора NaCl или 5% раствора глюкозы;
 - — внутривенное введение 0.1% раствора атропина 1 мл;
 - — антигистаминные препараты (димедрол 2% раствор- 1мл или пиполь-фен 2.5% раствор 2 мл внутримышечно);
 - — зонд в желудок для удаления желудочного содержимого;

Лечение

- Основным, определяющим методом лечения пациентов с острым панкреатитом является консервативный. Пациенту надо предоставить покой, Fowlerовское положение в постели, голод в течение 4—5 дней с введением парентерального питания, холод на область поджелудочной железы для угнетения функции поджелудочной железы. Также проводится борьба с болью, устранение ферментативной токсемии путем введения трасилола, гордокса или контрикала (антиферментных препаратов), плазма, альбумин, дезинтоксикационная и антибиотикотерапия, иммунотерапия и десенсибилизирующая терапия, для повышения защитных реакций организма и снятия аллергического компонента.
- Показанием к оперативному лечению является безуспешность консервативной терапии, появление осложненных форм панкреатита. Обычно проводится лапаротомия с осмотром брюшной полости, дренированием вокруг поджелудочной железы, иногда резекцией хвоста и тела железы.

Уход за пациентом.

- Уход за **пациентом**. При уходе за пациентом необходимо создать ему покой, уложить в теплую постель в положении Фовлера, окружить вниманием и хорошим уходом. Для создания покоя поджелудочной железе выполняются следующие мероприятия: вводится тонкий зонд в желудок и удаляется желудочное и дуоденальное содержимое, желудок промывается холодной щелочной водой, на область поджелудочной железы укладывается пузырь со льдом, через рот нельзя принимать ни пищи, ни воды — абсолютный голод в течение 4—5 дней, а иногда и больше. После прекращения голода разрешается пить щелочную минеральную воду, затем некрепкий чай. На следующий день — диета № 1п и только через 4—8 дней пациенту можно разрешить стол № 2п и № 5. После операции проводится такой уход, как и после холецистэктомии.