

ОСТРЫЙ ЖИВОТ

ПЕРИТОНИТ

Преподаватель Зубова З.И.

- **«Острый живот» - собирательный термин, при котором развивается симптомокомплекс остро возникших болей в животе, представляющих угрозы жизни больного и требующих единой лечебной тактики – экстренной госпитализации, диагностики нозологической формы и нередко срочного оперативного вмешательства.**
- **Следует помнить, что нет «острого живота» без болей в животе, но может быть боль в животе без «острого живота»**

Клиническая картина:

- **В области живота возникает острая боль**, характер боли- острая - локальная или разлитая, постоянная или схваткообразная, приступообразная, кинжальная, которая в последующем становится менее интенсивной, приобретает разлитой характер.

- Нередко наблюдается рвота, тошнота, сопровождающие боль, язык становится сухим, обложен налётом
- Температурная реакция может сопровождаться ознобом, повышением температуры до 38-39С в последствии снижается до нормы или ниже нормы. Наблюдается так называемый «симптом ножниц», т.е. отставание температуры от пульса.
- АД понижено.

- Клиника острого живота может быть обусловлена следующими причинами:
- Наличие в анамнезе хронических заболеваний органов брюшной полости, операций. Сопутствующие заболевания инфаркт миокарда, расслаивающаяся аневризма аорты, пневмония, плеврит, острая задержка мочи, грыжа межпозвоночного диска, переломы позвонков, рёбер, прием лекарственных препаратов. Острые гинекологический заболевания.

- Общее состояние больного может быть:
- средней тяжести, тяжелое, агональное.
- Положение больного вынужденное, беспокойство, постоянно меняет позу, ноги подтянуты к животу, или адинамия - вял, заторможен.
- Кожные покровы: цвет землисто-серый.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИВОТА:

- При пальпации живота наблюдается напряжение мышц, симптом Щёткина-Блюмберга положительный.
- Перкуссия живота позволяет установить или исключить наличие в брюшной полости свободного газа (пневмоперитонеум) и жидкости. Большое значение имеет определение границ печёночной тупости. Верхняя граница печёночной тупости проходит по среднеключичной линии - шестое межреберье. Нижняя граница печёночной тупости совпадает с рёберным краем.

- Уменьшение печёночной тупости наблюдается при выраженном метеоризме, когда раздутые кишечные петли прилежат к краю печени. Исчезновение печёночной тупости характерно для пневмоперитонеума, при поступлении в брюшную полость воздуха, в результате перфорации полого органа (желудок, кишка)

Аускультация живота

- позволяет оценить состояние перистальтики кишечника (усиление, ослабление, не прослушивается), наличие патологических шумов "шум плеска"
- Отсутствие кишечных шумов характерно для пареза кишечника, что может свидетельствовать динамической кишечной непроходимости при синдроме острого живота или после операций на органах брюшной полости.
-

- **Термин «Острый живот» может применяться лишь в качестве предварительного диагноза**

ТАКТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- **категорически запрещается вводить обезболивающие средства и антибиотики, делать клизмы и промывания желудка, использовать грелки и ванны, назначать слабительные средства**

- **Местно на живот применяют холод, обеспечивают психический и физический покой, больного экстренно госпитализируют в хирургическое отделение на носилках, на спине или на боку.**
- **При очень сильных болях допускается применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков для профилактики болевого шока.**

ПЕРИТОНИТ.

- **Перитонит – это воспаление брюшины, сопровождающееся местными и общими симптомами заболевания и значительным нарушением 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 наблюдается 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 другое)

Третичный перитонит

- - перитонит без источника инфекции,
- развивается у больных в критических состояниях, при выражен-
- ном 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
- - неограниченный - процесс локализуется только в одном из карманов брюшины

- распространенный перитонит - диффузный процесс охватывает от двух до пяти анатомических областей брюшной полости
- разлитой - поражение более пяти анатомических зон брюшной полости.

По характеру содержимого брюшной полости перитониты клас-

сифицируют:
на серозно-фибринозные

фибринозно-гнойные;

гнойные;

каловые;

желчные;

геморрагические;

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:

- стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и смешанная флора.
- смешанная.

- Чаще всего инфекция попадает при осложнении таких заболе-

ваний, 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 брюшинного пространства.

Различают три стадии развития перитонита:

реактивную (I-е сутки от начала развития перитонита)

токсическую (24-72 часов 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 Гиппократова (маска).

- 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, уча-
- щение (до 120- 140 уд./мин) и слабость наполнения пульса, по-
- верхностное 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.
- отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга и болезненность по всему животу.
- При присоединении кишечной паралитической непроходимости живот будет постепенно увеличиваться в объеме (вздутие живота)

- 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 вначале заболевания и ее полное отсутствие в разгар болезни – гробовое молчание.

- Исследование пальцем прямой кишки выявляет болезненность
- брюшины в дугласовом пространстве (симптом Куленкампа).

- В общем анализе крови определяются высокий лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение
- СОЭ; в общем анализе мочи - лейкоциты и белок.

Лечение.

- Все больные острым перитонитом подлежат экстренному оперативному лечению в комплексе с интенсивной пред-операционной 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 Фоулера. Парентеральное питание продолжается 3 - 4 суток; 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 тромбоза и эмболии 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 суток, 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 кишечника, разрешая сначала только жидкую пищу. Медицинская сестра обязательно ведет учет потери жидкости с мочой (в мочевого пузырь вводится постоянный катетер), рвотой, отделяемым из дренажей для контроля водного баланса.
- Необходимо проводить профилактику пролежней.

Эффективность лечения контролируется:

- по состоянию пациента
- его реакции на окружающее
- пульсу, АД, дыханию
- суточному количеству мочи
- другим лабораторным показателям.