

Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования
Тюменской области
«Тюменский медицинский колледж»

Синдром острого живота

Выполнил: преподаватель
дисциплины Хирургия
кандидат медицинских наук
Шестаков Александр Васильевич

Тюмень - 2012

Синдром острого живота

Острый живот – собирательное понятие, один из наиболее обобщенных клинических синдромов, он отражает клиническую ситуацию, связанную с острыми хирургическими заболеваниями, с травмой органов брюшной полости.

Синдром острого живота на догоспитальном этапе требует решительных действий – немедленной госпитализации больного в хирургический стационар, быстрой уточненной диагностики.

В основе синдрома острого живота чаще всего лежит патология, требующая хирургического лечения – острый аппендицит, острый холецистит, перфорация полого органа, кишечная непроходимость, кровотечение в брюшную полость: спонтанное, травматическое, ишемический некроз кишки, странгуляционная кишечная непроходимость, эмболия, тромбоз мезентеральных сосудов.

Клиническую картину синдрома можно наблюдать при заболеваниях органов брюшной полости: остром гепатите, туберкулез или неспецифический мезааденит.

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

Диагноз:

Анамнез имеет большое значение в диагностике клинических форм острого живота. У большинства больных он связан с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и пищеварительных желез.

Следует обратить внимание на перенесенные операции и заболевания органов брюшной полости.

При закрытой травме живота большое значение имеет выяснение механизма травмы, возможность разрыва полого органа. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости начинаются внезапно на фоне кажущегося полного благополучия.

Клиническая картина острого живота весьма разнообразна. Она зависит от характера заболевания или травмы, исходного состояния и возраста больного, реактивности организма, перенесенных и сопутствующих заболеваний. Ряд жалоб имеют наибольшее значение.

Боль

Боль – постоянный симптом, встречающийся практически при всех формах острого живота.

Необходимо выяснить первоначальную локализацию боли, характер. При перфорации полого органа типично внезапное появление боли, которая усиливается при движении больного.

Воспаление того или иного органа брюшной полости сопровождается сильной, постоянной локализованной болью. Интенсивная схваткообразная боль возникает в результате резких мышечных сокращений полых органов в результате препятствия на пути их опорожнения.

Важное значение имеет иррадиация боли, т.е. ощущение за пределами брюшной полости.

Рвота и стул

Рвота – следующий по частоте симптом острого живота. Она почти всегда появляется за болью. При высокой кишечной непроходимости очень быстро в рвотных массах появляется кишечное содержимое.

Отсутствие стула и задержка газов – симптомы острого живота, свидетельствующие о механической и функциональной кишечной непроходимости. При перитонитах нередко отмечаются поносы.

Объективное исследование:

Общее состояние и положение больного, его поза заслуживают пристального внимания. При перитоните больные лежат на спине или боку, часто с подтянутыми к животу ногами, избегают движений, усиливающих боль.

При остром панкреатите, кишечной непроходимости боль интенсивная, больные беспокойны, часто меняют положение.

Брюшное дыхание отсутствует при ригидности мышц передней брюшной стенки, вздутии живота.

Вздутие живота бывает равномерным (перитонит, парез кишечника) или ассиметричным (кишечная непроходимость).

При наличии большого количества жидкости в брюшной полости живот «расползается» в стороны – живот лягушки.

При перфорации полого органа исчезает печеночная тупость, высокий тимпанит при кишечной непроходимости, притуплении в отлогих местах живота при скоплении жидкости.

Отсутствие перистальтических шумов наблюдается уже в ранней стадии тромбоза или эмболии мезентеральных сосудов, при перитоните, парезе кишечника напротив, усиление перистальтики, шум плеска отмечают при кишечной непроходимости.

Ригидность мышц передней брюшной стенки, ограниченная или разлитая – один из основных симптомов перитонита.

Наиболее выраженная степень напряжения мышц живота зависит от содержимого, попадающего в брюшную полость и наблюдается при перфорации желудка и 12-перстной кишки. Меньше напряжение при наличии крови в животе, при кишечном содержимом, при перфорации опухоли желудка.

Для перитонита характерен симптом Щеткина-Блюмберга. Болезненность при пальпации живота важный признак острого живота.

Локальная максимальная болезненность указывает на поражение органа. Резкая болезненность живота при мягкой брюшной стенке указывает на наличие крови в брюшной полости (симптом Куленкамфа)

Пальпация какого-либо образования в брюшной полости (воспалительный инфильтрат, инвагинат) – один из ценных результатов объективного исследования острого живота.

При остром животе обязательное пальцевое исследование прямой кишки и влагалищное исследование. При пальцевом исследовании определяют тонус сфинктера, наличие крови или темного кала, инфильтрат или опухоль.

При влагалищном (вагинальном) исследовании выясняют размер матки, придатков, выявляют наличие крови или жидкости в малом тазу – укорочение сводов влагалища, болезненность дугласова пространства при перитоните.

Дополнительные методы исследования

Клинические анализы крови, мочи, кислотно-щелочное равновесие, оно важно при симптоме острого живота при панкреатите, в остальных случаях носят относительный характер.

Рентгенографическое исследование – одно из важнейших компонентов обследования больного.

При обзорной рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости выявляют газ под диафрагмой при перфорации полого органа, жидкость в брюшной полости при перитоните или кровотечении. Уровень жидкости при непроходимости (чаши Клойбера). Ультразвук в неотложной хирургии – позволяет подтвердить или отвергнуть хирургическую патологию: острый холецистит, механическую желтуху, абсцессы брюшной полости, забрюшинного пространства, при сочетанной травме, острой кишечной непроходимости.

УЗИ является «третьим глазом» хирурга.

Лапароцентез – пункция брюшной полости – один из наиболее простых и информативных методов диагностики закрытой травмы живота.

Относительное противопоказание к лапароцентезу – раннее перенесенные операции на органах брюшной полости (троакар, стилет, полиэтиленовую трубку или резиновый катетер, шприц 500 мл изотонического раствора).

Лапароскопия – высокоэффективный метод исследования, в 95-99%, разрешает диагностические сомнения, что важно у больных с высоким операционным риском.

В настоящее время, с внедрением видеолапароскопической техники возможно выполнение операций при остром аппендиците, перфоративной язве, спаечной непроходимости, остром холецистите.

Противопоказания к лапароскопии:

Тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность, грыжа передней брюшной стенки, диафрагмальной грыжи, разрывы диафрагмы.

Кровотечения в брюшную полость, чаще травматического генеза из гинекологических – внематочная беременность, разрыв кисты яичника.

Признаки:

Бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД, анемия + объективное исследование.

Подтверждают чаще всего лапароцентезом.

Дифференцировать острые хронические заболевания органов брюшной полости от нехирургических заболеваний: вирусный гепатит, застойная печень при сердечной недостаточности, желчная колика, дизентерия, пищевая токсиноинфекция, энтероколит.

Лечение:

При малейшем подозрении на острый живот необходима немедленная госпитализация больного в хирургический стационар. Запрещается введение болеутоляющих средств.

Введение наркотиков допустимо лишь в крайних случаях при шоке или профилактике его перед транспортировкой.

Прогноз при синдроме острого живота зависит от своевременности оперативного вмешательства.