



Синдром «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Преподаватель Кириллова Т.А.

- **Никогда положение медицинского работника не бывает таким ответственным и трудным, как перед больным с «острым животом».**
- **От того насколько быстро будет поставлен диагноз заболевания и приняты необходимые мероприятия организационного и лечебного порядка зависит жизнь больного.**

Острый живот

- «**ОСТРЫЙ ЖИВОТ**» - симптомокомплекс, вызванный раздражением или воспалением брюшины. Это не диагноз, а собирательное понятие и сигнал к решительному, конкретному и ответственному действию – направлению больного в хирургический стационар. Приемлем данный термин лишь на догоспитальном этапе, где нет возможности для дополнительного обследования с целью уточнения диагноза и наблюдения за больным

Симптомы «острого живота»

- Ведущий симптомом «острого живота» является – БОЛЬ.
- Второй важный симптом – рвота.
- Третий важный признак – нарушение физиологический отправления

Стул – когда, сколько раз, его характер. Отхождение газов – затруднено, отсутствует.

- **Мочеиспускание** – частота, болезненность, цвет (примесь крови) или без особенностей
- **Осмотр** – состояние, T
- **Осмотр языка** – влажный, чистый, обложен налетом, сухой.
- **Выражение лица** – спокойное, страдальческое, черты лица заострены.
- **Цвет кожных покровов** – обычной окраски, бледные, иктеричные, гиперемированные, покрыты липким потом.
- **Основное в диагностике – пальпация живота.**
- Самые грозные симптомы – симптомы

Осмотр, опрос

- **ОБСЛЕДОВАНИЕ.**
- Оценка общего состояния.
- Сознание
- Поведение
- Положение
- Телосложение
- Выражение лица
- Цвет кожных покровов
- Гемодинамика
- Температура.
- **Опрос.**
- При сборе анамнеза необходимо задать следующие вопросы:
- Что беспокоит?
- Когда заболел?
- Как началось заболевание?
- Как оно развивалось в дальнейшем?

Осмотр живота

- Форма (ассиметрия)
- Участие в дыхании
- Наличие старых послеоперационных рубцов, грыжевых выпячиваний, наличие пигментации, состояние сосудистой сети, изменение цвета кожи.
- Больному следует надуть живот, втянуть, покашлять.
- Проводят поверхностную пальпацию живота.

При поверхностной пальпации определяют напряжение брюшной стенки, её болезненность.

- Проводят глубокую пальпацию живота.

При глубокой пальпации живота определяется наличие патологических образований в животе, их характер, проверяют специфические симптомы.

- Пальпация проводится правой рукой, против часовой стрелки. Руки должны быть теплые, ногти коротко острижены.
- Проводят перкуссию передней брюшной стенки (перкуссии определяют наличие или отсутствие тимпанита, притупление перкуторного звука).
- При Проводят аускультацию живота (выслушивают перистальтику кишечника).

БОЛЬНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА «ОСТРЫЙ ЖИВОТ» НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ:

- Положить **холод на живот** (уменьшает боль, воспаление, кровотечение)
- **Срочно госпитализировать**
- Транспортировать лежа на спине с согнутыми в коленях ногами (положение Фаувлера)

(Достигается максимальное расслабление мышц передней брюшной стенки)

- **НЕ КОРМИТЬ, НЕ ПОИТЬ**
- **НЕ ОБЕЗБОЛИВАТЬ**
- **НЕ СТАВИТЬ КЛИЗМУ**

холод, голод и покой и

госпитализация!!!

При ранениях живота

- При проникающих ранениях, если имеется выпадение органов – его нельзя вправлять.
- Больного транспортируют на носилках, на спине, под головой подушка, ноги слегка согнуты в коленных суставах (положение Фовлера).
- Для уменьшения болей, кровотечения – холод на живот.
- Если имеется рана на передней брюшной стенке – асептическая повязка, если имеется выпадение внутренних органов – влажная асептическая повязка, баранка
- В пути в зависимости от тяжести состояния – симптоматическое лечение.

При оказании неотложной помощи нельзя делать обезболивающие препараты, чтобы не «смазать» клиническую картину.

Исключение: диагноз не вызывает сомнений

Нельзя применять грелку на ЖИВОТ

Расширяются сосуды, что
приводит к усилению
кровотока и
распространению
воспалительного процесса

Нельзя ставить клизму

Происходит увеличение
давления в кишечнике, что
может привести к
перфорации воспаленного

Острый аппендицит

- **Острый аппендицит** – неспецифическое воспаление червеобразного отростка, вызванное микробами нагноения (стафилококки, кишечная палочка).
- Appendix – рудиментарный орган, расположенный у купола слепой кишки. Длина его колеблется от 6 до 8 см., толщина 5-8 мм. Отросток полностью покрыт брюшиной, имеет брыжейку, в которой проходят артерии, питающие отросток.
-

Классификация острого аппендицита

Простой аппендицит (катаральный)

Деструктивный аппендицит:

- - флегмонозный аппендицит
- - гангренозный аппендицит
- - перфоративный аппендицит

Осложнённый аппендицит



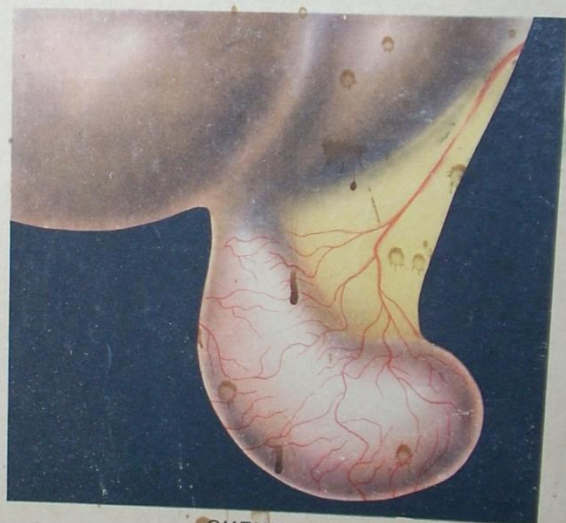
НОРМА



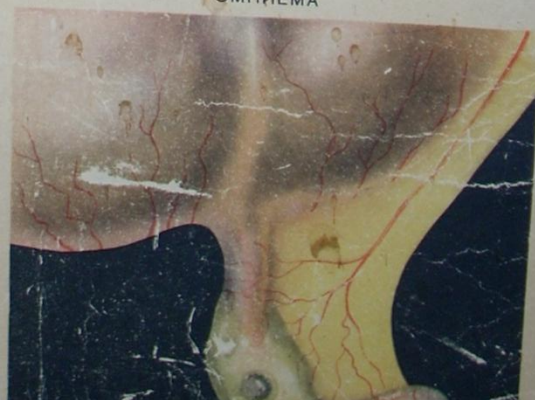
КАТАРАЛЬНЫЙ



ФЛЕГМОЗНЫЙ



ЭМПИЕМА



Клиника острого аппендицита

- Начинается внезапно, на фоне полного здоровья, в равной степени часто у мужчин и в любом возрасте, но наиболее часто в 19-49 лет. Провоцирующих начало заболевания факторов не выявлено.
- Вначале боли могут локализоваться в любой части живота.
- В 30 % случаев боли начинаются в эпигастральной области – СИМПТОМ КОХЕРА. Через 1-2 часа смещаются в правую подвздошную область
- Боли носят постоянный характер, не сильные, ноющие. При нарастании воспалительных явлений боли усиливаются.
- При типичном расположении отростка локализация болей в **ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ.**

ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА:

- а) правая половина менее подвижна при дыхании
- б) «кашлевой симптом» - болезненность в правой подвздошной области при кашле
- в) при пальпации живота определяется БОЛЕЗНЕННОСТЬ И НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ правой подвздошной области.

Специфические симптомы острого аппендицита

- Симптом Щепкина - Блюмберга – медленно надавливаем на брюшную стенку и резко отнимаем руку. При положительном симптоме в момент отнятия руки появляется резкая болезненность за счет сохранения воспаления брюшины
- Симптом Кодера – внезапное появление болей в эпигастральной области с последующим смещением в правую подвздошную область.
- Симптом Раздольского – гиперестезия кожи в правой подвздошной области при перкуссии передней брюшной стенки.
- Симптом Воскресенского (скольжения, рубашки) – располагаясь, справа от больного и натягивая рубашку левой рукой кончиками пальцев правой руки осуществляют плавное скольжение от подложечной к подвздошной области, сначала слева, а затем справа. Справа появляется болезненность.

Симптомы острого аппендицита

- Симптом Ситковского – усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- Симптом Ровзинга – левую руку кладем слева от пупка, перпендикулярно к длиннику тела, и осуществляем ею давление на брюшную стенку, стремясь сдавить нисходящую ободочную кишку. Правая кисть укладывается на левую с направлением пальцев к левому подреберью. Затем осуществляется толчкообразные движения обеими кистями в сторону левого подреберья. При положительном симптоме больной ощущает боль в правой подвздошной области.
- Симптом Образцова – усиление болезненности в правой подвздошной области при подъёме правой вытянутой ноги. Рука осуществляет лёгкое надавливание на эту область.
- Симптом Воскресенского (рубашки).
- Симптом кашлевого толчка.
- Симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области.

Лабораторные исследования при остром аппендиците

- **А) Клинический анализ крови** – определяется лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.
- **Б) Анализ мочи** - без изменений.

Лечение острого аппендицита –только хирургическое

- При постановке диагноза больной должен быть прооперирован в течение 2-х часов.
- Продлённое диагностическое наблюдение в течение 12-24 часов допустимо в стационаре при неясном диагнозе, особенно у детей и пожилых людей.
- Больной с осложнёнными формами аппендицита перед операцией должен получить предоперационную подготовку для уменьшения риска операции
- Подготовка больного к операции экстренной:
 - опорожнение желудка через толстый зонд;
 - -частичная санитарная обработка;
 - -операционное поле – волосы сбривают от сосков до бедер премедикация за 30 минут до операции;
 - -в операционную доставляют лежа на каталке.
- **Операция – АППЕНДЕКТОМИЯ (лапаротомия, лапароскопия)**

Локализация болей при атипичном расположении червеобразного отростка

Медиальное расположение отростка- вокруг пупка

Подпеченочное- в правом подреберье

Тазовое- низ живота, малый таз

Ретроцекальное -поясничная область справа с иррадиацией в задний проход, правую ногу.

В левой подвздошной области (при situs viscerum inverses)-в левой подвздошной области

Осложнения

- **Перитонит**
- **Аппендикулярный инфильтрат** – воспалительная опухоль, включающая в себя червеобразный отросток, сальник, петли кишечника.
- Клиника:
Начало с типичной клиники аппендицита.
- На 3-4 день боли значительно стихают, держится высокая температура, живот начинает участвовать в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правой подвздошной области начинает пальпироваться округлой формы образование. Не смещающееся, эластической консистенции.
- Лечебная тактика – активно-выжидательная.
- Строгий постельный режим
- Щадящая диета, исключая растительную пищу, молоко, черный хлеб.
- Холод на правую подвздошную область.
- Антибиотики (полусинтетические пенициллины)
- После нормализации температуры, полного исчезновения болей начинаем рассасывать инфильтрат:
 - -УВЧ
 - -электрофорез с лидазой
 - -микроклизмы с раствором ромашки
- 6. Через 1,5 месяца после полного рассасывания инфильтрата предлагается плановая операция – аппендэктомия.
- **Аппендикулярный абсцесс** – образуется при неэффективности консервативной терапии, представляет собой полость, наполненную гноем. Червеобразный отросток при этом, как правило, расплавляется

Острый аппендицит у детей

- Клиника характеризуется беспокойным поведением, нарушением сна. Отказом от приёма пищи, нарастанием болей без определённой локализации (преимущественно вокруг пупка), частой рвотой, высокой (до 39*) температурой, жидким стулом.
- **ПРИ МАЛЕЙШЕМ ПОДОЗРЕНИИ НА АППЕНДИЦИТ, РЕБЁНКА СРОЧНО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ!!!**

О аппендицит у пожилых людей

- У людей пожилого возраста быстро развиваются деструктивные изменения в отростке, а клинические симптомы выражены слабо: боль умеренная или совсем отсутствует. Болезненность при пальпации умеренная, симптомы раздражения брюшины и напряжения мышц выражены слабо, температура долго остаётся нормальной, лейкоцитоз в крови умеренный.

Острый аппендицит у беременных

- У беременных женщин о. аппендицит встречается с частотой 1 на 10000 беременных.

Клиника имеет ряд особенностей:

- -внезапное начало болей в правой подвздошной области, без иррадиации
- -болезненность при пальпации живота (**ПАЛЬПИРОВАТЬ НА ЛЕВОМ БОКУ**) в правой подвздошной области
- -напряжение мышц и симптом Щёткина - Блюмберга не определяется
- - повышенная температура тела
- **ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ЖЕНЩИНУ ОПЕРИРУЮТ ПРИ ЛЮБОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ!!!**

Осложненный аппендицит

- аппендикулярный инфильтрат (3-4,5 % случаев)
- - аппендикулярный абсцесс (22- 17 % случаев)
- - местный перитонит
- - острый разлитой перитонит (0, 19 % случаев)
- - тазовый абсцесс, абсцесс Дугласова пространства (0,2 – 4,9 % случаев)
- - пелифлебит, сепсис

- Четкой иррадиации нет.
- **Тошнота и однократная рвота желудочным содержимым.**
- Кашицеобразный стул в ранние сроки от начала заболевания.
- Задержка стула развивается при деструктивных формах аппендицита из-за пареза кишечника.
- Мочеиспускание не изменено
- **Температура тела субфебрильная, не выше 38*.**
- Имеется повышение температуры в прямой кишке, опережающее температуру тела более чем на 1*.
- Общее состояние удовлетворительное, при прогрессировании процесса ухудшается.
- Тахикардия в прямой зависимости от температуры тела (1* и 10 ударов)
- Язык суховат, обложен белым налетом.

Осложненный аппендицит

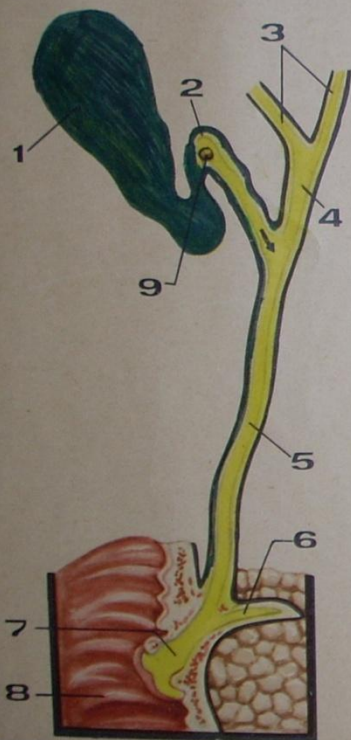
- **Аппендикулярный инфильтрат** – воспалительная опухоль, включающая в себя червеобразный отросток, сальник, петли кишечника.
- **Клиника:**
Начало с типичной клиники аппендицита.
- На 3-4 день боли значительно стихают, держится высокая температура, живот начинает участвовать в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правой подвздошной области начинается пальпироваться округлой формы образование. Не смещающееся, эластической консистенции.
- **Лечебная тактика – активно-выжидательная.**
- Строгий постельный режим
- Щадящая диета, исключая растительную пищу, молоко, черный хлеб.
- Холод на правую подвздошную область.
- Антибиотики (полусинтетические пенициллины)
- После нормализации температуры, полного исчезновения болей начинаем рассасывать инфильтрат:
 - -УВЧ
 - -электрофорез с лидазой
 - -микроклизмы с раствором ромашки
- 6. Через 1,5 месяца после полного рассасывания инфильтрата предлагается плановая операция – аппендэктомия.
- **Аппендикулярный абсцесс** – образуется при неэффективности консервативной терапии, представляет собой полость, наполненную гноем. Червеобразный отросток при этом, как правило, расплавляется.
- **Клиника:**
- Состояние ухудшается. температура приобретает гектический характер

Острый холецистит

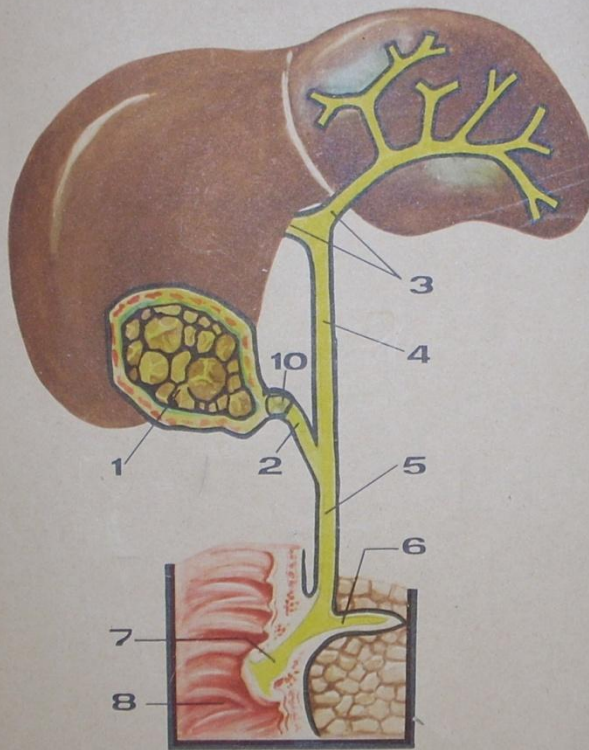
- **Острый холецистит** - неспецифическое воспаление желчного пузыря, вызванное микробами нагноения.
- Женщины болеют в 10 раз чаще мужчин, пожилые чаще молодых. В основе заболевания лежит проникновение инфекции, вероятнее всего восходящим путём.
- **Этому способствуют следующие факторы:**
 - -застой желчи (камни в пузыре и желчевыводящих протоках, аномалии развития пузыря)
 - -дискинезия желчных путей
 - -инфицированность желчи
 - -нарушение обмена веществ с повышением литогенных свойств желчи
 - (сахарный диабет, ожирение, остеохондроз, МКБ)

ВАРИАНТЫ ЗАКУПОРКИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

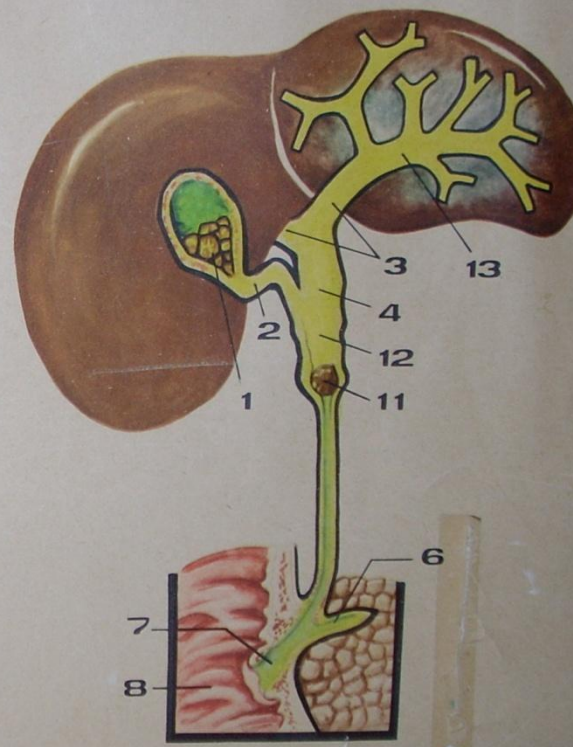
СВОБОДНОЕ ПРОХОЖДЕНИЕ КОНКРЕМЕНТА ИЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ЖЕЛЧНЫМ ПУТЯМ



ЗАКУПОРКА ПРОТОКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ



ЗАКУПОРКА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ: болевой приступ, желтуха отсутствует

болевой приступ, желтуха отсутствует

болевой приступ, синдром желтухи

1. Желчный пузырь
2. Проток желчного пузыря
3. Правый и левый печеночные протоки
4. Общий печеночный проток

5. Общий желчный проток
6. Панкреатический проток
7. Ампула фатерова соска
8. Двенадцатиперстная кишка
9. Конкремент малых размеров

10. Конкремент больших размеров с закупоркой протока желчного пузыря
11. Конкремент больших размеров в просвете общего желчного протока

12. Расширенный общий желчный проток
13. Расширенные интрапеченочные желчные протоки

Классификация острого холецистита

- Острый калькулёзный холецистит;
- Острый бескаменный холецистит:
- По степени выраженности воспалительных изменений
- Простой (катаральный)
- Флегмонозный
- Гангренозный
- Перфоративный

Осложнения острого холецистита

- Осложнения острого холецистита:
 - местный перитонит;
 - - разлитой перитонит;
 - - перивезикальный инфильтрат
 - - холангит

•

Симптомы острого холецистита

- **Симптом Грекова - Ортнера** – наличие болезненности при лёгком поколачивании ребром ладони по рёберной дуге справа.
- **Симптом Георгиевского** – иррадиация болей в правое плечо и шею справа, а также болезненность при пальпации между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа.
- **Симптом Мэрфи** - исследующий помещает левую ладонь вдоль правой рёберной дуги больного так, что 4 пальца лежали на рёберной дуге, а большой палец находился в зоне желчного пузыря. Больного просят сделать глубокий вдох. Вдох прерывается из-за появления болей в зоне желчного пузыря.
- **Симптом Щёткина – Блюмберга** – медленно надавливаем на брюшную стенку и резко отнимаем руку. При положительном симптоме в момент отнятия руки появляется резкая болезненность за счет сотрясения воспалённой брюшины.
-
-

Специальные методы исследования при остром холецистите

- **А) лабораторные методы:** в анализе крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ, в анализе мочи появляются желчные пигменты, уробилин, белок.
- **Б) биохимические:** билирубин увеличивается больше 100ммоль/л, растут трансаминазы, снижается протромбиновый индекс ниже 40%.
- **В) инструментальные:** УЗИ (эхография), лапароскопия, компьютерная томография, ФГДС, холедохоскопия
-
-

Клиника острого холецистита

- Начинается заболевание, как правило, после нарушения диеты (приём жирной, жареной, острой пищи) или нервных стрессов
- Боли в правом подреберье, сильные, постоянные
- Иррадиация болей в правое плечо, лопатку, в область сердца (холецистокоронарный синдром Боткина)
- Положение, облегчающее состояние, - на правом боку. Боль усиливается при кашле, вдохе, изменении положения тела.
- Рвота многократная, желчью.
- Общее состояние больных утяжеляется при присоединении острого холангита: появляется желтуха, тахикардия, ознобы, явления печёночно-почечной недостаточности.
- Пульс частый, дыхание учащено, поверхностное.
- Температура повышена до 38-39*
- При осмотре живота- отставание в дыхании правой половины живота.
- При пальпации живота – болезненность и напряжение мышц в правом подреберье. Вздутие живота в начале заболевания нет, оно появляется при развитии перитонита.

Лечение острого холецистита

ОПЕРАТИВНОЕ

- При любой разновидности операции, лечение начинают с консервативных мероприятий, включающих:
- **А)** голод
- **Б)** покой
- **В)** холод на правое подреберье
- **Г)** инфузионная терапия (физиологический раствор, гемодез, р-р глюкозы, реополиглюкин, 0,25 % р-р новокаина)
- **Д)** спазмолитики
- **Е)** антигистаминные препараты
- **Ж)** антибиотики для купирования воспалительного процесса
-
- **АНАЛЬГЕТИКИ НЕ ВВОДИТЬ, ТАК КАК МОЖНО ПРОПУСТИТЬ ПЕРФОРАЦИЮ!!!**
- **Операция – Холэцистэктомия**
- **А)** Лапароскопический доступ
- **Б)** Лапаротомический доступ

Острый панкреатит

- **Острый панкреатит** - воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы, развивающееся в результате ферментативного аутолиза (самопереваривания) железы.
- Пусковым механизмом развития заболевания является повреждение ацинарных клеток железы.
- Мужчины страдают чаще женщин, преимущественно болеют мужчины среднего возраста.
- **Этиология**
- -инфекционный фактор
- -механический фактор (застой в 12-ти перстной кишке)
- -алиментарный фактор (алкоголь, недостаток белка в пище, избыток углеводов в пище)
- -аллергический фактор
- -сосудистый фактор (расстройство кровообращения – ферменты начинают пропитывать ткань железы)
-
-

Классификация острого панкреатита

- **1. Отёк поджелудочной железы**
- -интерстициальный панкреатит;
- -геморрагический панкреатит.
- **2. Острый деструктивный панкреатит**
- -геморрагический панкреонекроз;
- -жировой панкреонекроз;
- -гнойный панкреатит.
- **3. Острый холецистопанкреатит**

Клиника острого панкреатита

- Заболевание начинается, как правило, после нарушения диеты (приём жирной, жареной, острой пищи), чрезмерного употребления алкоголя, употребления токсических веществ (наркотики).
- Боли в эпигастральной области и левом подреберье, резкие, сильные, постоянные, доводящие больного до «болевого шока». **При развитии панкреонекроза боли в животе стихают.**
- Иррадиация болей в левое плечо, руку, шею, в поясничную область – «опоясывающие боли».
- Положение: больные мечутся, постоянно меняют положение. Положение, облегчающее состояние, - коленно-локтевое с приведёнными ногами.
- Рвота многократная, «неукротимая», не приносящая облегчения.
- Живот чувствует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где имеется незначительное напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины появляется лишь при развитии перитонита. При перкуссии живота определяется притупление в отлогих местах.

Диагностика острого панкреатита

- **Симптом Воскресенского** – исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области за счёт отёка поджелудочной железы.
- **Симптом Мейо – Робсона** – болезненность при пальпации левого реберно-позвоночного угла.
- **Лабораторная диагностика:** лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, в моче увеличение фермента диастазы (амилазы).
- **При развитии панкреонекроза диастаза в моче уменьшается.**
- **Для определения диастазы в моче, она должна быть доставлена туда в теплом виде!!!**

Лечение острого панкреатита

- Лечение острого панкреатита **КОНСЕРВАТИВНОЕ** при деструктивных формах – **оперативное**.
- **1.Торможение секреции поджелудочной железы:**
 - - не поить 3-4 дня
 - - голод в течение 5-7 дней
 - -тонкий зонд назогастральный и эвакуация желудочного содержимого
 - -подкожное введение 0,1 % атропина по 1,0 мл.
 - -пузырь со льдом на эпигастральную область
- **2. Борьба с болью:**
 - -введение спазмолитиков для снятия спазма протоков и облегчения оттока панкреатического сока;
 - -внутривенное введение 0,25% новокаина по 100-150 мл;
 - -введение наркотических анальгетиков (нельзя вводить Морфий);
 - -проведение эпидуральной анестезии
- **3. Антиферментная терапия:**
 - -Гордокс – Контрикал, Тразилол, Тзалол – Пантрицин – Октреоцид
- **4. Дезинтоксикационная терапия – коррекция водно-электролитного баланса:**
 - -раствор Рингера, физиологический раствор,раствор 5% глюкозы,гемодез,4% раствор соды,альбумин, плазма
- **5.Антигистаминные препараты**
- **6. Антибиотики широкого спектра действия.**

Острый панкреатит

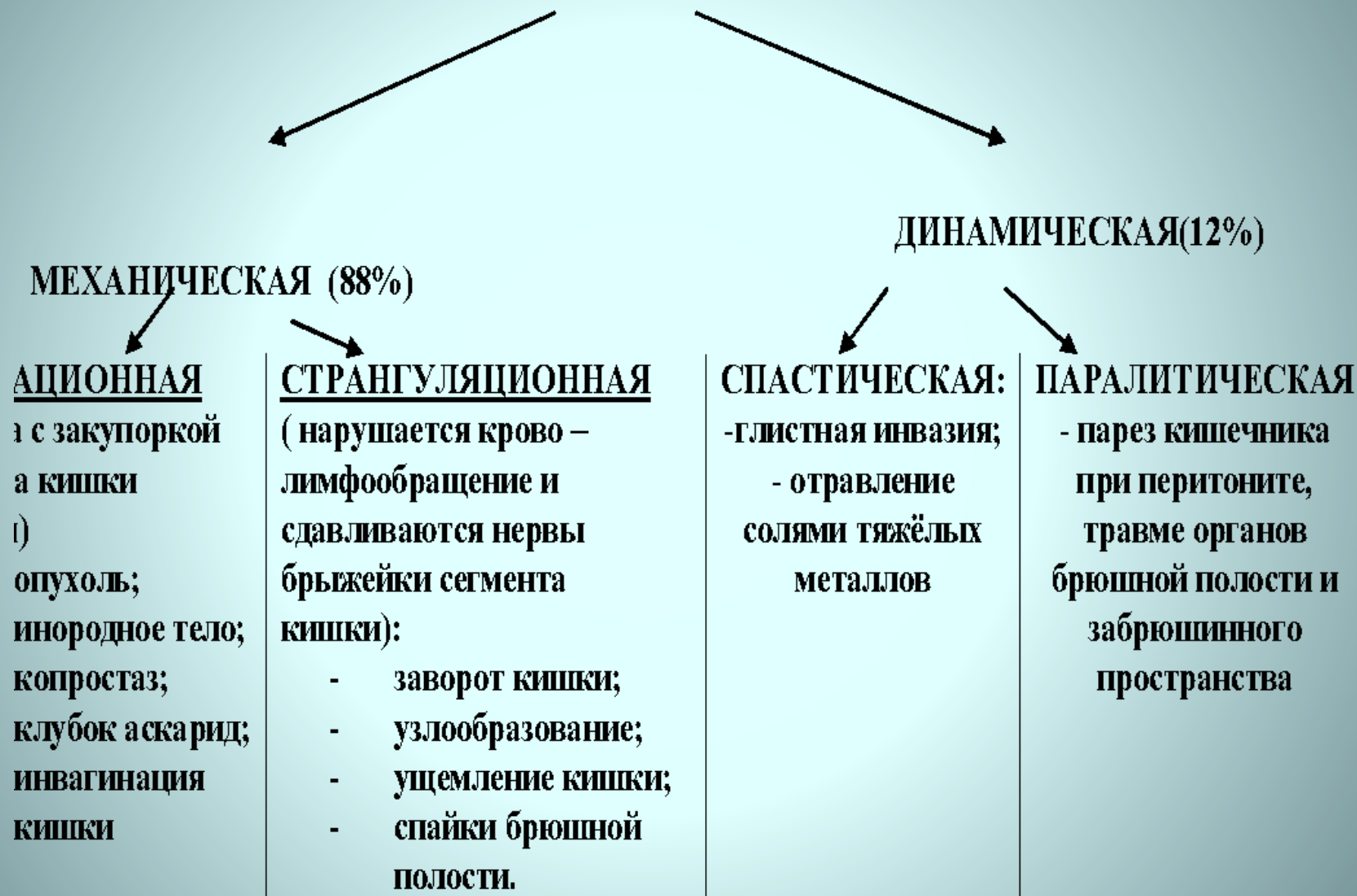
- **Тактика на дому:**
- -Больного уложить с согнутыми коленями
- -Госпитализация
- -Холод на живот
- -Не кормить, не поить, оказывать помощь при рвоте.
- Не обезболивать
- Симптоматическая терапия

Острая кишечная непроходимость

- Группа заболеваний, общим признаком которых является нарушение нормального кишечного пассажа

КЛАССИФИКАЦИЯ ОКН

ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ



ДИНАМИЧЕСКАЯ(12%)
МЕХАНИЧЕСКАЯ (88%)

ОБТУРАЦИОННАЯ

(связана с закупоркой просвета кишки изнутри)

- опухоль;
- инородное тело;
- копростаз;
- клубок аскарид;
- инвагинация кишки

- СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ

(нарушается крово – лимфообращение и сдавливаются нервы брыжейки сегмента кишки):

- заворот кишки;
- узлообразование;
- ущемление кишки;
- спайки брюшной полости.

- СПАСТИЧЕСКАЯ:

- глистная инвазия;
- отравление солями тяжёлых металлов

- ПАРАЛИТИЧЕСКАЯ

- парез кишечника при перитоните, травме органов брюшной полости и забрюшинного пространства

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОКН

Симптом СКЛЯРОВА- МАТЬЕ при пальпации передней брюшной стенки появляется «ШУМ ПЛЕСКА»

Симптом ВАЛЯ – при перкуссии передней брюшной стенки определяется высокий тимпанит в зоне перерастянутой и перекрученной кишки
(с-м характерен для странгуляционной непроходимости)

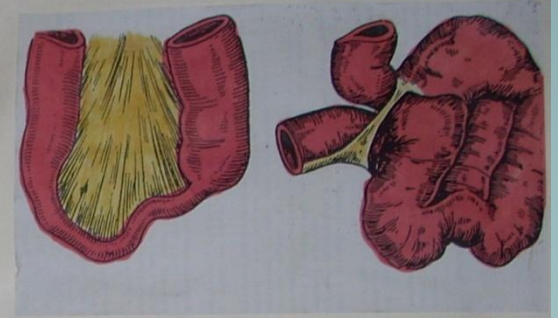
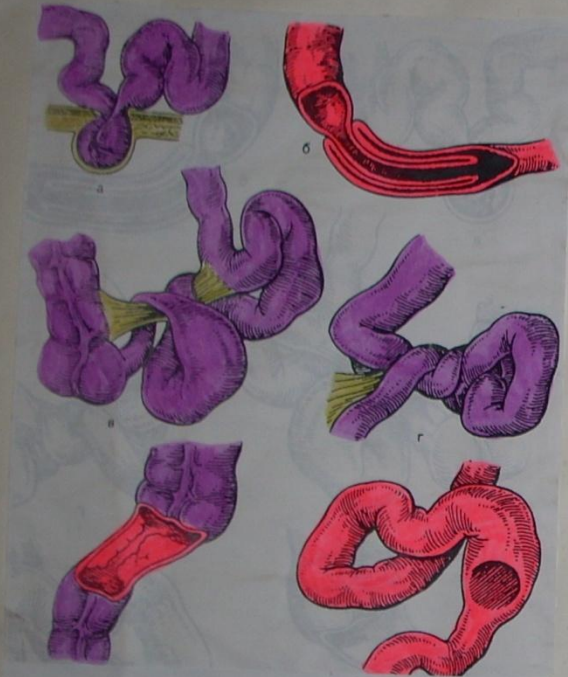
Симптом «Обуховской больницы» - при ректальном исследовании определяется раздутая и пустая ампула прямой кишки (с-м характерен для толстокишечной непроходимости).

1. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяются:

- «ЧАШИ КЛОЙБЕРА» - горизонтальные уровни;
- поперечная перистость растянутых петель тонкого кишечника;

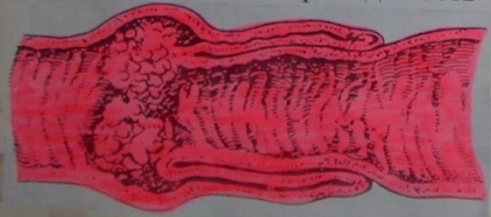
1. Если симптомы непроходимости выражены достаточно чётко, то это является абсолютным показанием к экстренной операции.

Кишечная непроходимость



Спаечная непроходимость

Страгуляционная непроходимость



Инвагинация



Рис. 31. Непроходимость колонока. Мышечистые газовые тупцы в колонока с горизонтальна уровня жидкости.

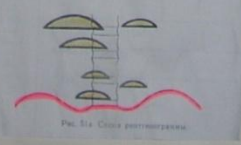
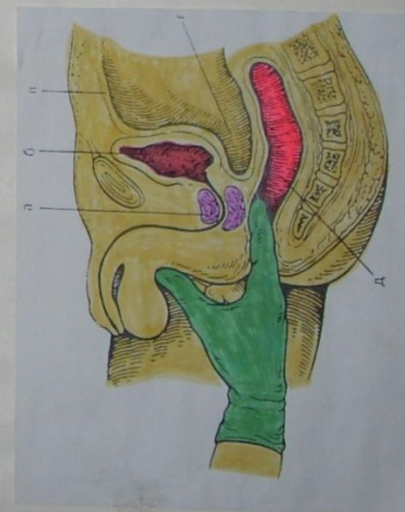


Рис. 31а. Схематическая диаграмма.

Чаша Клойбера



Симптом Обуховской больницы



А



Б



В



Г



Д

А - ПОПЕРЕЖНЫЙ РЕЗ ВНЕШНЕГО
СЛОЕЯ, ПОКАЗЫВАЮЩИЙ ВНЕШНЕЕ
СТРОЕНИЕ, ВНУТРЕННИЕ И ЧАСТИЧНО
ПОСРЕДСТВЕННО ПОСРЕДСТВОМ
ПОСРЕДСТВОМ "СМАРТОВЫХ СЕРВИС"

Б - ПОПЕРЕЖНЫЙ РЕЗ ВНЕШНЕГО
СЛОЕЯ, ПОКАЗЫВАЮЩИЙ ВНЕШНЕЕ
СТРОЕНИЕ И ЧАСТИЧНО ПОСРЕДСТВОМ
ПОСРЕДСТВОМ "СМАРТОВЫХ СЕРВИС"

Г, Д - РЕЗНИЦА ВНЕШНЕГО

Прободная язва – грозное осложнение, встречающееся у 5- 30% больных язвенной болезнью. Чаще возникает у мужчин (до 90%) 30-40 лет. Летальность от прободной язвы 1-1,5%.

В клинической картине течения прободной язвы выделяют ТРИ ФАЗЫ:

- ФАЗА ШОКА
- ФАЗА «МНИМОГО УЛУЧШЕНИЯ» (БЛАГОПОЛУЧИЯ)
- ФАЗА РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

Прободение сопровождается вытеканием содержимого желудка и поступлением газа в свободную брюшную полость. При этом желудочное содержимое из-за повышенной кислотности действует на брюшину, прежде всего, как химический, а затем как бактериологический раздражитель. Картина болезни непосредственно после прободения подобна шоку, что. В первую очередь связано с химическим ожогом брюшины соляной кислотой. Перитонит при этом носит характер асептического. С течением времени, благодаря секреторной реакции брюшины, происходит нейтрализация соляной кислоты, и перитонит становится, инфицированы, а затем разлитым гнойным.

Прободение – это результат некроза стенки органа в дне язвы и её краях. Этим объясняется развитие рубцовой ткани и дегенеративных изменений в артериях, окружающих язву и тот факт, что из краёв прободной язвы не возникает кровотечения.

1. Сильная боль в эпигастральной области, возникшая внезапно, как «УДАР КИНЖАЛА». Она быстро распространяется по всему животу.
2. Иррадиация болей в область надплечья справа (френикус-синдром), что связано со скоплением воздуха под куполом диафрагмы.
3. Наличие язвенного анамнеза(90%). 10% случаев – прободение возникает на фоне полного благополучия, признаки «желудочного дискомфорта» выявить не удаётся.
4. Состояние больного с самого начала заболевания тяжёлое, вплоть до болевого шока.
5. Поза пациента: вынужденное положение, лёжа на спине, неподвижно, с приведёнными к животу ногами. Даже малейшее шевеление больного приводит к ожогу кислотой новых участков брюшины и сопровождается усилением болей.

учащённое поверхностное дыхание

7. АД снижено (шок), пульс – брадикардия до 50-60 уд в мин. (раздражение кислотой блуждающего нерва).

8. Температура – N (асептический характер перитонита).

9. Язык первые 2-3 часа остаётся чистым, а затем высыхает и становится «как щётка».

10. ЖИВОТ: не участвует в акте дыхания, втянут. Имеется «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, максимально выраженное в эпигастральной области.

11. Симптом исчезновения печёночной тупости, определяемый перкуссией передней брюшной стенки справа от соска до подвздошной области, ГОВОРИТ О НАЛИЧИИ ВОЗДУХА В СВОБОДНОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

12. При ректальном исследовании определяется нависание и резкая болезненность тазовой брюшины из-за скопления там желудочного содержимого.

Установления диагноза прободение является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению.

Операция жизненно показана больному в любом возрасте.

Предоперационная подготовка не должна превышать 1 часа. Он предусматривает:

- проведение противошоковых мероприятий и стабилизация ОЦК (в/в 0,5% р-р новокаина 300 мл., полиглюкин, реополиглюкин 500-1000мл.);
- нормализация белкового, водно-солевого баланса;
- антигистаминные препараты;
- кардиотонические препараты;
- дренирование желудка с полным удалением его содержимого

ГРЫЖА – выпячивание органов брюшной полости, покрытых брюшиной, через естественные и приобретенные дефекты брюшной стенки.

- Любая грыжа состоит из :
- - грыжевых ворот
- - грыжевого мешка
- - грыжевого содержимого

Классификация грыж

По месту выхода из брюшной полости:

ПАХОВАЯ ГРЫЖА – грыжевыми воротами является наружное отверстие пахового канала

БЕДРЕННАЯ ГРЫЖА – грыжевыми воротами является овальное отверстие (foramen ovale), расположенное ниже пупартовой связки, где выходит на бедро бедренная артерия и вена (arteriae and venue femoralis).

ПУПОЧНАЯ – грыжевыми воротами является пупочное кольцо.

ОКОЛОПУПОЧНАЯ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ- через дефект брюшной стенки в области послеоперационного рубца.

ГРЫЖА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА – грыжевые ворота дефект апоневроза прямых мышц живота.

По степени вправимости в брюшную полость:

ВПРАВИМЫЕ – легко вправляются, исчезают самостоятельно в горизонтальном положении больного.

НЕВПРАВИМЫЕ – возникают в случае появления спаечного процесса между грыжевым мешком и грыжевым содержимым (кровообращение в грыжевом содержимом не нарушается), не вправляется в горизонтальном положении.

УЩЕМЛЁННЫЕ – внезапно возникающее сдавление грыжевого содержимого в грыжевом мешке. Нарушается кровообращение в ущемлённых органах и

КЛИНИКА УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖИ

1. Боль , как правило в месте ранее существовавшей вправимой грыжи.
2. Нарастание болевых ощущений, увеличение и напряжение грыжевого мешка и невозможность вправления .
3. Отсутствие передачи ощущения кашлевого толчка на грыжевое выпячивание (отрицательный с-м кашлевого толчка).
4. Нарастание явлений эндогенной интоксикации за счёт развития некроза ущемлённых органов: рвота, тахикардия, положительны с-мы раздражения брюшины.
5. Клиника кишечной непроходимости.

Ущемленные грыжи

При ущемленной грыже нельзя:

грыжу вправлять,

делать спазмолитики, обезболивающие препараты,

проводить тепловые процедуры,

оставлять больного дома, если грыжа вправилась самостоятельно.

Основной симптом ущемления- боль

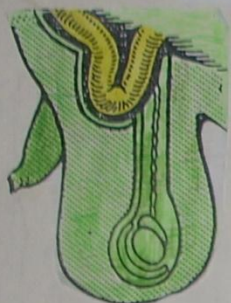
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖЕ

- экстренная госпитализация в хирургический стационар, транспортировка на носилках;
- категорически запрещается попытка вправления грыжи, применять анальгетики, тепло, спазмолитики;
- госпитализация показана также, если к моменту осмотра ущемлённая грыжа вправилась;
- больные с невправимой грыжей и болевым синдромом также должны госпитализироваться в стационар по экстренной помощи.

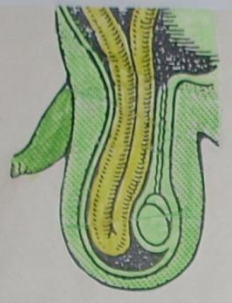
ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖИ – ХИРУРГИЧЕСКОЕ.

на-ф

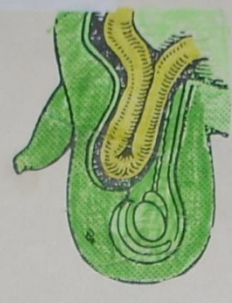
КЛАССИФИКАЦИЯ ГРЫЖ



А. ПАХОВАЯ ГРЫЖА



Б. ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ ЯИЧКОВАЯ



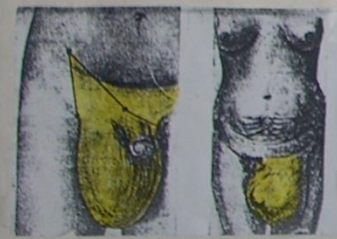
В. ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ КАНАТИКОВАЯ



ГРЫЖЕВОЕ СОДЕРЖИМОЕ



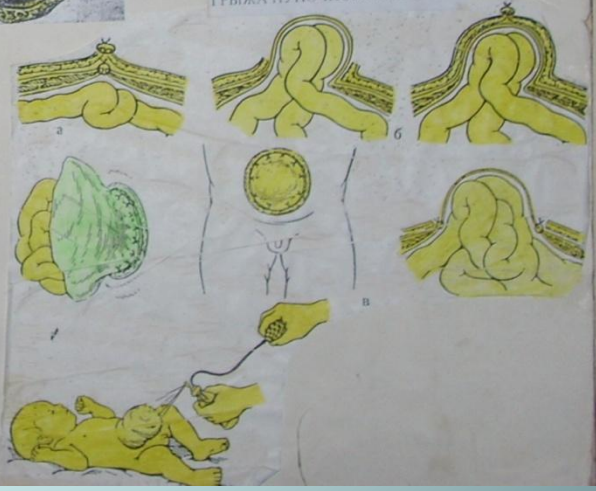
ГРЫЖЕВЫЕ ВОРОТА

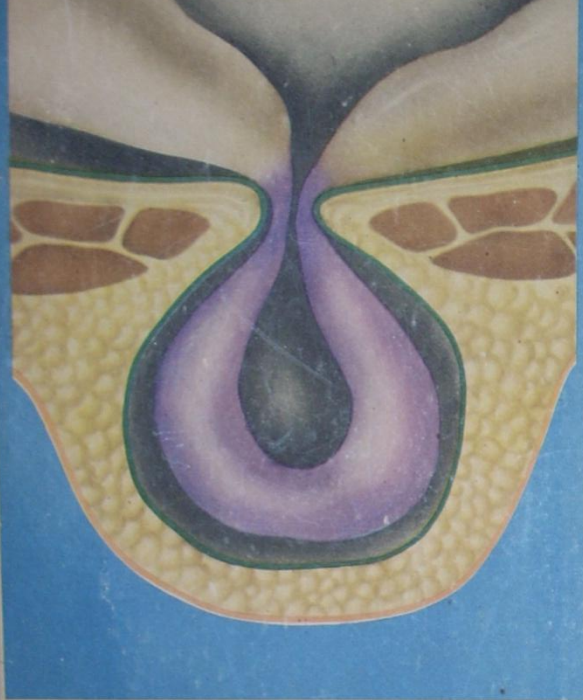


КОСАЯ ПАХОВОМОШОНОЧНАЯ ГРЫЖА

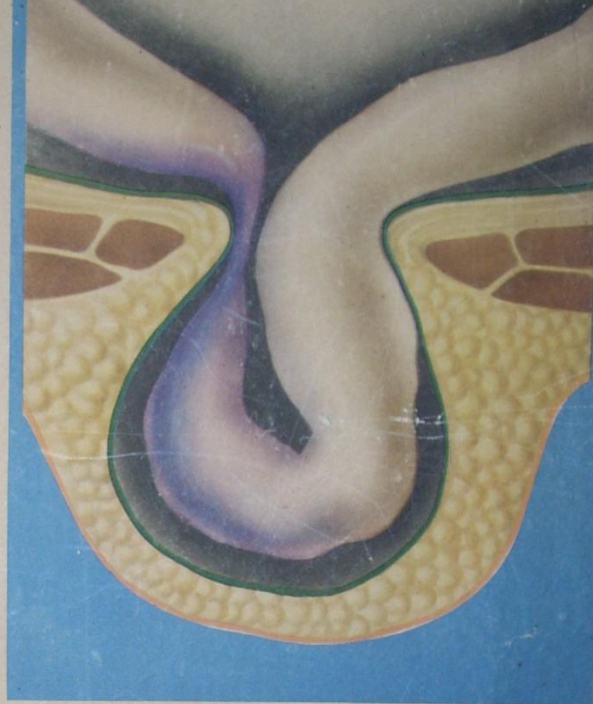


ГРЫЖА ПУПЧОЧНОГО КАНАТИКА

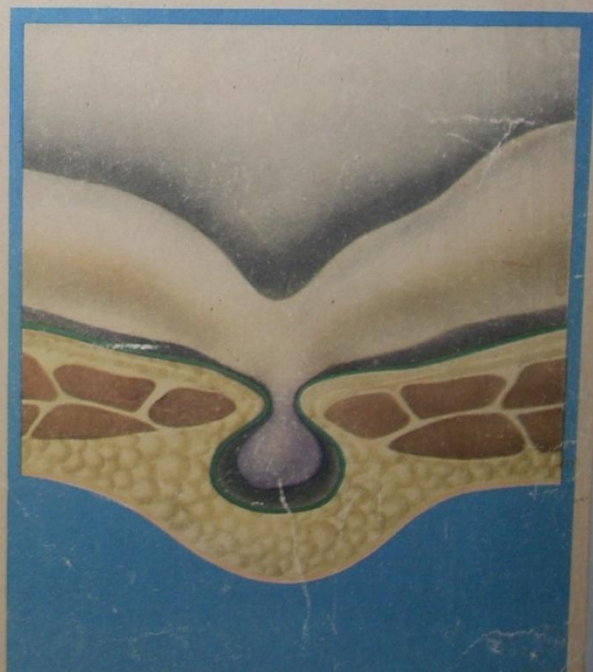
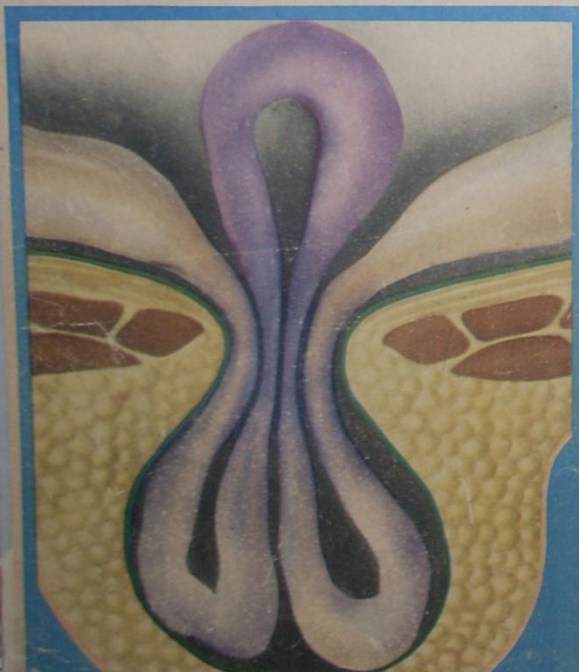




ЭЛАСТИЧЕСКОЕ



НАЛОВОЕ



Перитонит

- Острое воспаление брюшины, как правило осложнение острых воспалительных заболеваний или повреждений органов брюшной полости, перфорации полых органов и оперативных вмешательств (вторичный перитонит).
- Первичный перитонит встречается редко в результате заноса инфекции гематогенным или лимфогенным путем

Классификация перитонита

- По причине возникновения:
перфоративный, травматический,
послеоперационный, гематогенный
- По распространению процесса:
местный, разлитой

Фазы развития перитонита

- Реактивная- в среднем 24 часа от начала
- Токсическая фаза- 24-72 часа
- Терминальная фаза- после 72 часов

Лечение: срочная госпитализация (в положении лежа на носилках с валиком под коленями, холод на живот, инфузионная терапия) и экстренная операция после короткой предоперационной подготовки

Диффдиагноз при синдроме «острого живота»

- Пневмония с плевритом
- Диабет(кетонацидоз)
- Почечно-каменная колика
- Острый гастроэнтерит
- Переломы ребер

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

НОРИ

ЕТ ЛИЦА

ВЫДЕЛ

СМОН



ЗАВОРОТ



УЗЛООБРАЗОВАНИЕ



ИНВАГИНАЦИЯ

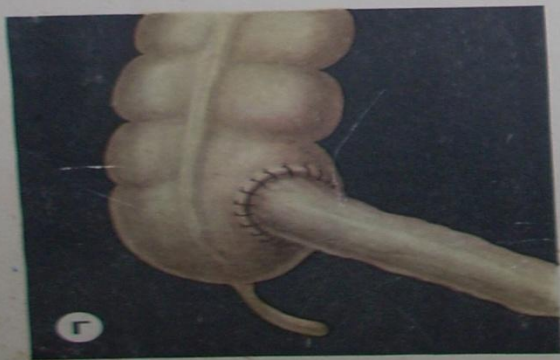
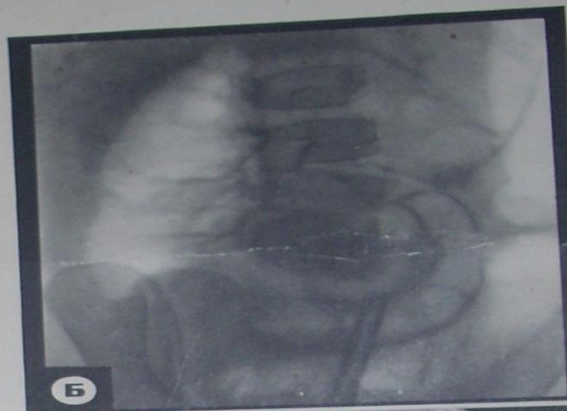
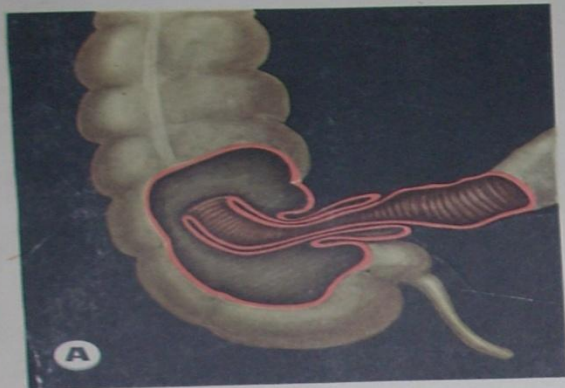


УЩЕМЛЕНИЕ



Рентгенограмма

ИНВАГИНАЦИЯ



А - ИЛЕОЦЕКАЛЬНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ
Б - ВОЗДУХ, ВВЕДЕННЫЙ В ТОЛСТУЮ КИШКУ, ОБТЕКАЕТ ГОЛОВКУ ИНВАГИНАТА - „СИМПТОМ СЕРПА“

В - РАСПРАВЛЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ „ВЫДАВЛИВАНИЕ“ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
Г, Д - РЕЗЕКЦИЯ ИНВАГИНАТА

Травма живота

Классификация травм

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 повреждении паренхиматозных органов и сосудов.



Ушиб передней брюшной стенки



- Ушиб 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.



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, сдавления, прямой удар по животу или спине.

Тактика. Тактика такая же, как при остром животе.



Закрытая травма живота с повреждением желудка



Повреждения желудка возникают в результате падения с большой высоты, сдавления, 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.

Лечение. Проникающие разрывы лечатся оперативно: проводят лапаротомию и ушивание раны двухрядным швом, закрытие брюшной полости.



Повреждения кишечника



- 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.

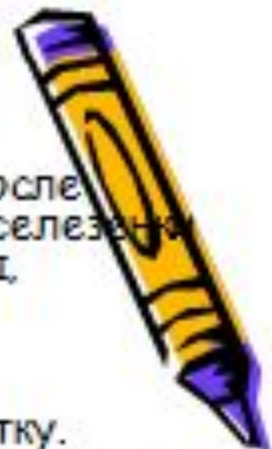


Повреждения селезенки

- 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. Как правило, возникает **острая боль в левом подреберье**, которая нередко иррадирует в левое надплечье, лопатку. Пальпаторно отмечаются 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.



Повреждения печени

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 реперфузию крови.



Открытые травмы живота- клиника



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 (**эвентрация**). При повреждении полых органов появляются **положительные симптомы раздражения брюшины**, а при массивных **внутрибрюшных кровотечениях** — признаки **острого малокровия и геморрагического шока**.



Неотложная помощь

Пострадавшему с открытой травмой живота необходимо ввести обезболивающие препараты (при длительной транспортировке возможно обезболивание закистью 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 нетуго 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 ранние начатые мероприятия.



Лечение открытых травм живота

- 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, профилактику столбняка.

