

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Курский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской
Федерации

ОСТРЫЙ ЖИВОТ

Выполнили:

студенты 1 лечебного факультета 23 группы

Жильников Андрей

Липский Анатолий

Запарин Кирилл

Лаптинова Алина

Валерия Первышина

Лексикова Ангелина

Агаева Загидат

г. Курск, 2022г.

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

- Острый живот — клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
- Не является окончательным диагнозом. Этот термин используют, когда не удаётся установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует срочной госпитализации.

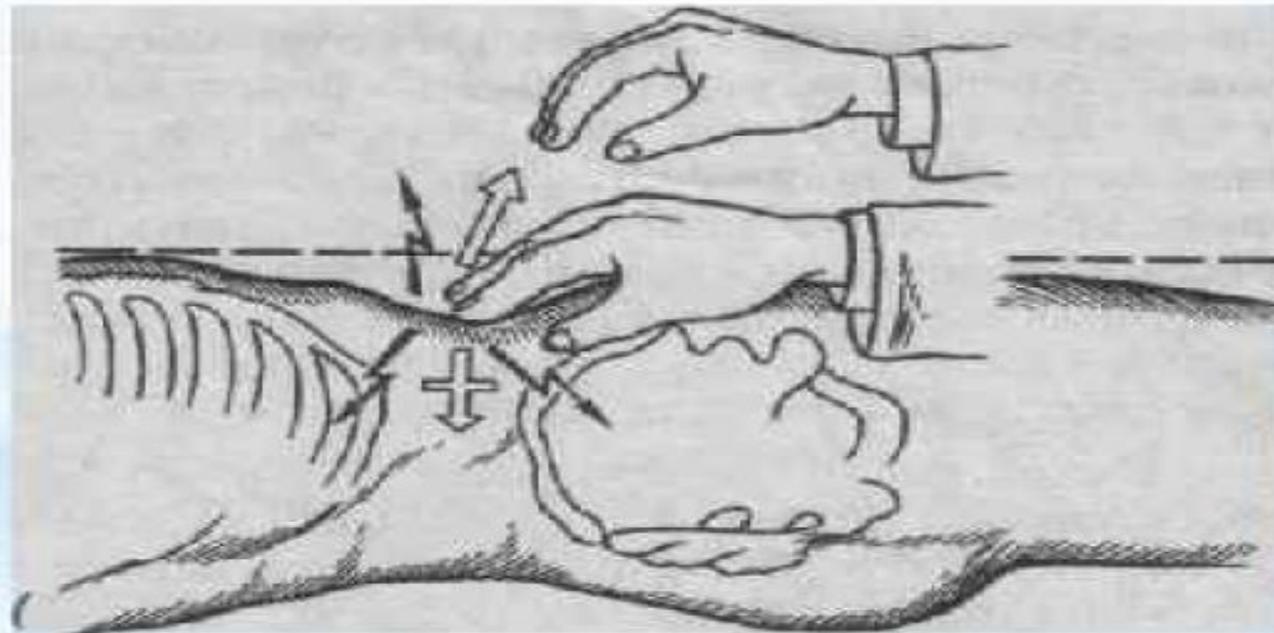
Симптомы:

- внезапное появление постоянной или схваткообразной боли, локализованной или распространенной по всему животу. Боль может быть резко выраженной и сопровождаться развитием шока.
- тошнота и рвота, которые могут возникнуть в первые часы и даже минуты заболевания.
- Задержка стула и прекращение отхождения кишечных газов.
- Повышение температуры тела, озноб, воспалительные изменения в анализе крови.
- симптомов раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского и др.)

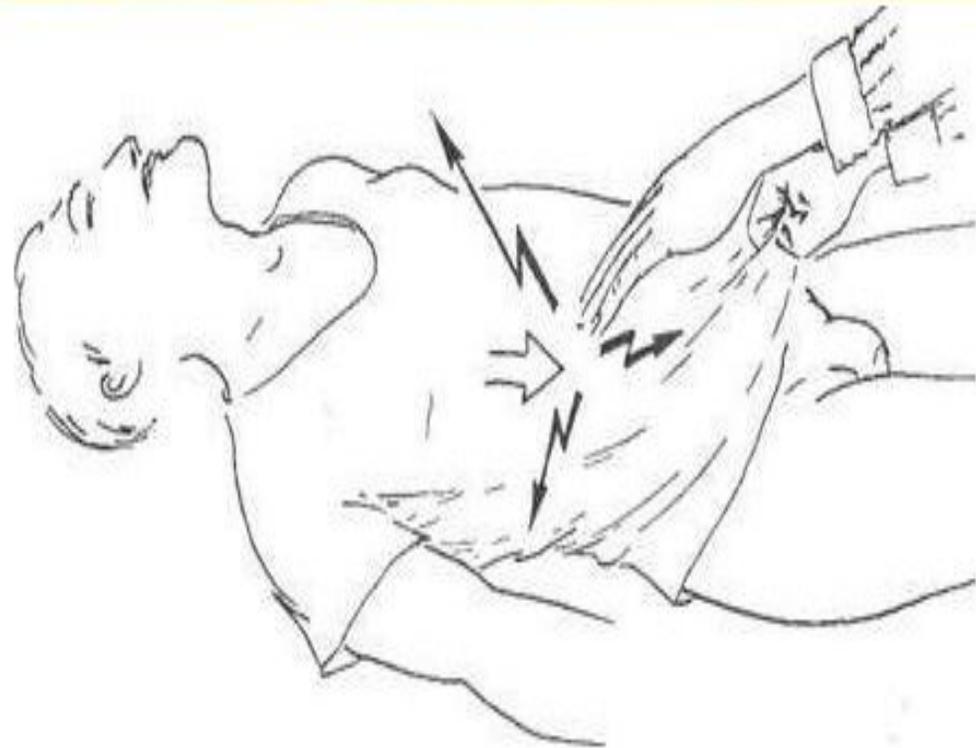
Симптом Щеткина-Блюмберга

- резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания.

Симптом раздражения брюшины, в большинстве случаев – признак воспалительного процесса, в который вовлечена брюшина: перитонит, перитонизм и прочие.

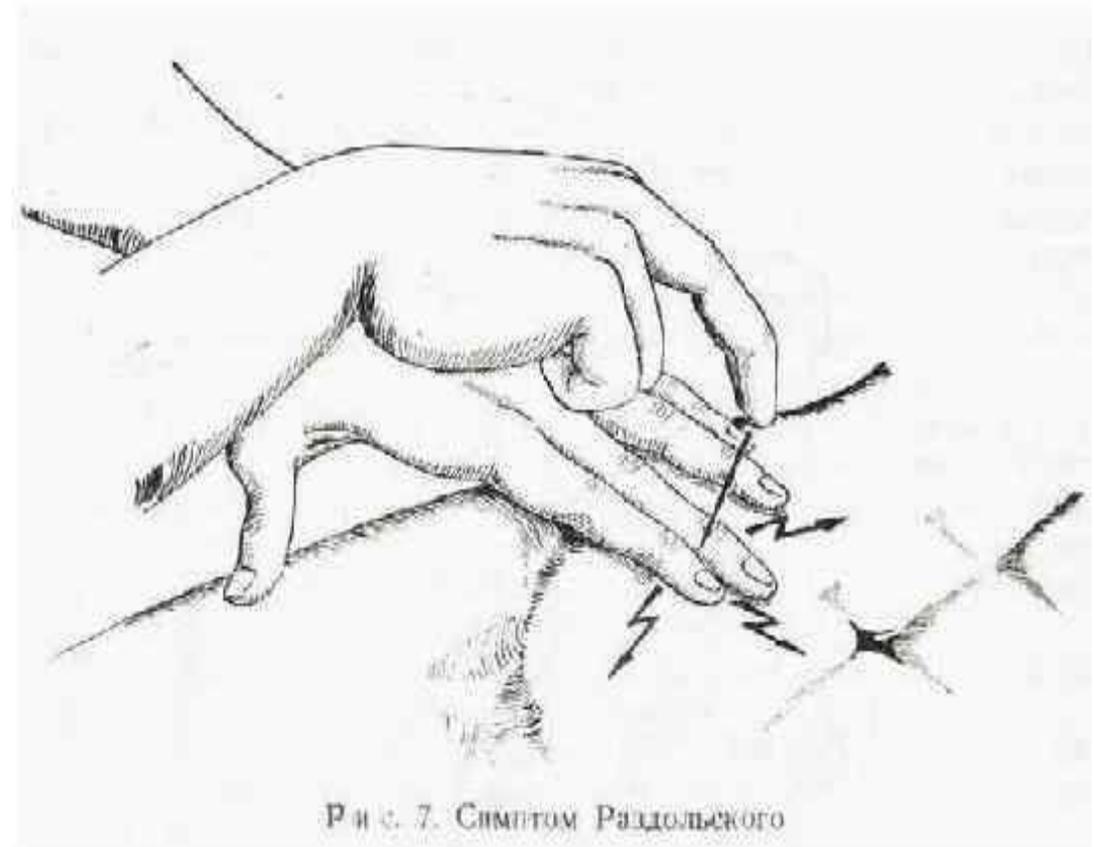


Симптом Воскресенского - врач, располагаясь справа от больного, левой рукой натягивает его рубашку, а правой производит по ней скольжение кончиками пальцев от подложечной области по направлению к правой подвздошной. В конце скольжения больной ощущает резкую боль (симптом считается положительным).



Симптом Раздольского (у 93% больных)

при перкуссии брюшной стенки боль в правой подвздошной области усиливается или появляется, если в момент осмотра больного она им не ощущается.



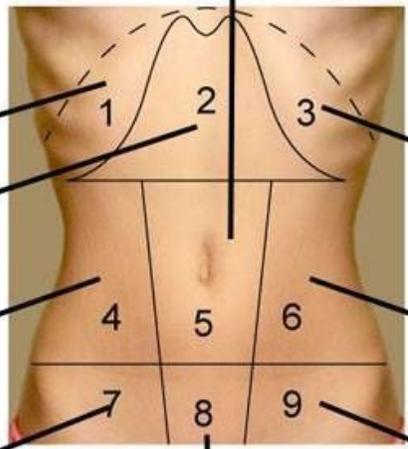
Р и с. 7. Симптом Раздольского

Боль
повышенной интенсивности.
Любое движение, чихание или
кашель
усугубляют чувство болезненности.
Пациент
принимает статичную
позу, подтянув к
животу колени.

Локализация боли прослеживается только в начале приступа. Затем же она распространяется на всю брюшину. Источник боли определяют с помощью постукиваний пальцами по животу. Место наибольшей концентрации боли соответствует пораженному органу.

БОЛИТ ЖИВОТ

пупочная грыжа,
грыжа белой линии
живота



гепатит,
холецистит,
плеврит,
нижнедолевая
пневмония

гастрит,
гастродуоденит

КОЛИТ

апендицит, сальпингит,
оофорит, спайки,
энтероколит

панкреатит,
спленит,
болезнь Ва
плеврит,
нижнедолевая
пневмония

КОЛИТ

сальпингит,
оофорит, спайки,
энтероколит

эндометрит, боли
при
месячных, цистит

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ЖИВОТЕ:

Вызвать скорую помощь.

Уложить пациента.

Приложить холод к животу.

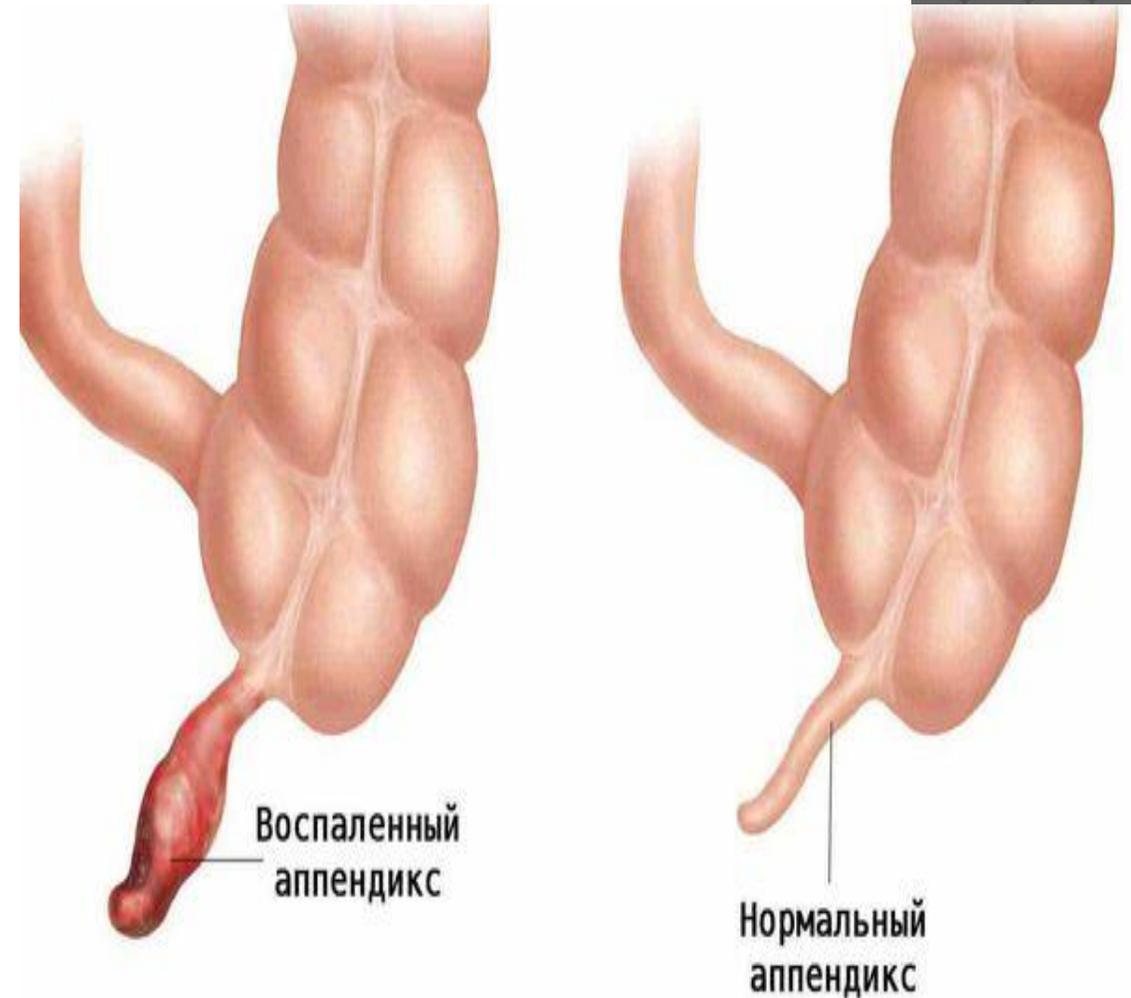
Не давать есть, пить, принимать анальгетики, антибиотики. При сильной жажде смочить губы или полоскать рот.

Запрещается употребление слабительных, постановка клизм.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

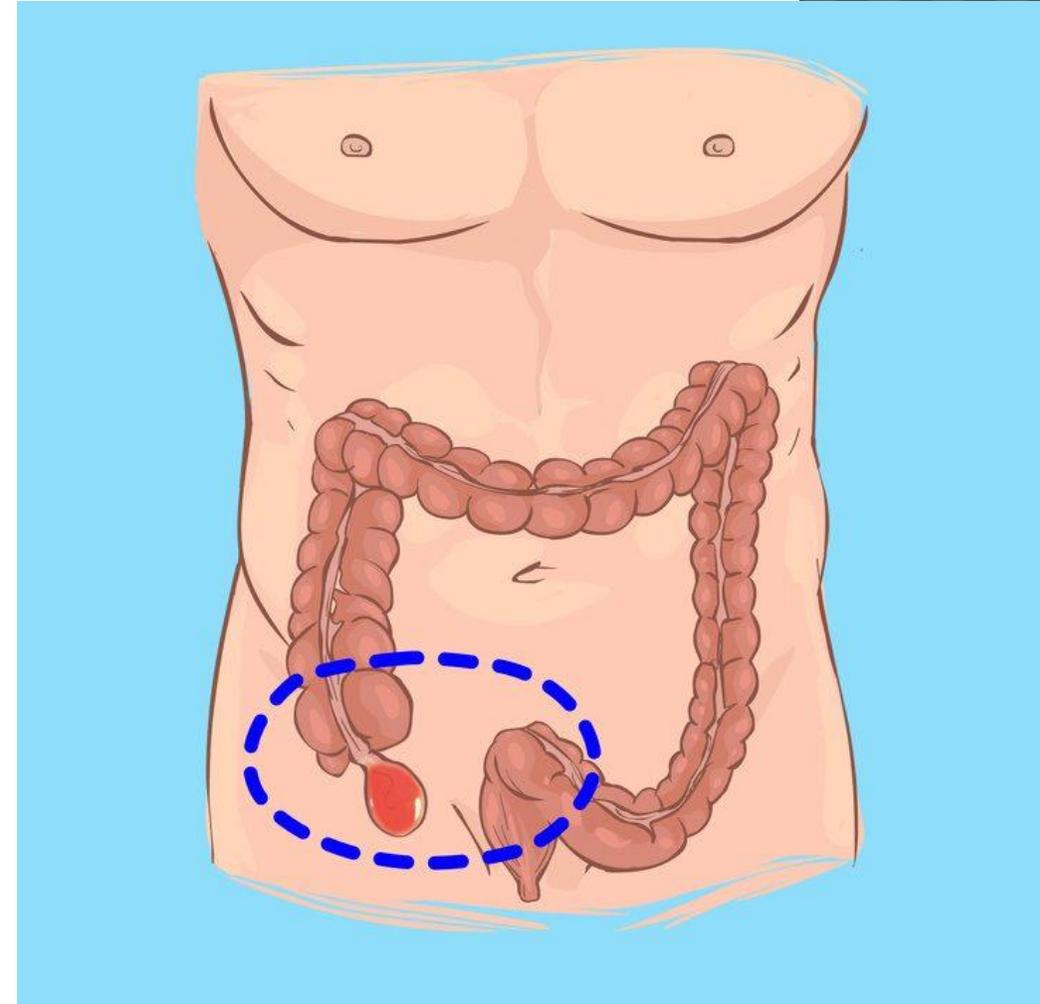
⊙ **Острый аппендицит** — неспецифическое бактериальное воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки. Это наиболее частое заболевание отростка. Распространённость острого аппендицита — 300-500 человек на 100 населения в год. Острый аппендицит может быть уже на первом году жизни. Наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1-0,3 %, послеоперационные осложнения — 5-9 %.

⊙ В хирургии нет более известного заболевания, чем острый аппендицит, но эта "известность" не делает его простым в выявлении и лечении. Любой хирург, часто сталкивающийся в своей профессиональной деятельности с этим заболеванием, скажет, что установка диагноза острого аппендицита в каждом конкретном случае — задача нелёгкая, вариативная и основана прежде всего на опыте и интуиции врача.



ЭТИОЛОГИЯ

- ◉ к факторам, предположительно способным вызвать развитие острого воспаления червеобразного отростка, относят:
- ◉ 1)инфекционные заболевания (амебиаз, иерсиниоз, брюшной тиф, кишечный туберкулез и др.);
- ◉ 2)активацию микрофлоры кишечника на фоне врожденных аномалий развития или закупорки его просвета (инородными телами, каловыми камнями, паразитами, новообразованиями и т. д.);
- ◉ 3)наличие в червеобразном отростке клеток диффузной эндокринной системы, вырабатывающих медиаторы воспаления;
- ◉ 4)заболевания, компонентом которых является воспаление стенок кровеносных сосудов; нерациональное питание;
- ◉ 5)нарушение иннервации кишечника;
- ◉ 6)иммунологические нарушения, в том числе аллергии;
- ◉ 7)дисбактериоз кишечника;
- ◉ 8)вредные привычки;
- ◉ 9)травмы живота.



ИНФЕКЦИОННАЯ ТЕОРИЯ:

Сторонники инфекционной теории считают основной причиной острого воспаления червеобразного отростка полимикробную инфекцию, обитающую в здоровом кишечнике (кишечная палочка, стафилококк, стрептококк). При этом значительное место отводится предрасполагающим моментам, из которых бесспорными являются травмы слизистой оболочки отростка инородными телами, каловыми камнями, кусочками твердой пищи, кишечными паразитами, а также атония кишечника, изменение реактивности организма и др. Все это, бесспорно, приводит к нарушениям барьерной функции эпителия слизистой оболочки червеобразного отростка и проникновению в него микроорганизмов.

НЕЙРОСОСУДИСТАЯ ТЕОРИЯ:

- Сторонники нейрососудистой теории считают, что вначале наступит рефлекторное нарушение регионарного кровотока в отростке (спазм сосудов, ишемия), а затем тромбоз питающих сосудов, приводящие к трофическим расстройствам в стенке отростка, вплоть до некроза.
- Некоторые исследователи придают важное значение аллергическому фактору. В пользу этой теории свидетельствует значительное количество слизи и кристаллов Шарко - Лейдена в просвете червеобразного отростка.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

○ Классификация острого аппендицита по В.И. Колесову, 1972

- 1) Слабо выраженный аппендицит (так называемая аппендикулярная, или слизистая, колика);
- 2) Простой (поверхностный, или катаральный, аппендицит);
- 3) Деструктивный аппендицит: флегмонозный, гангренозный, прободной (перфоративный) гангренозный;
- 4) Осложненный аппендицит: аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный, прогрессирующий), аппендикулярный абсцесс, разлитой гнойный перитонит, прочие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис и др.).

○ Классификация острого аппендицита по В.С.Савельеву, 1985

○ Неосложненные формы:

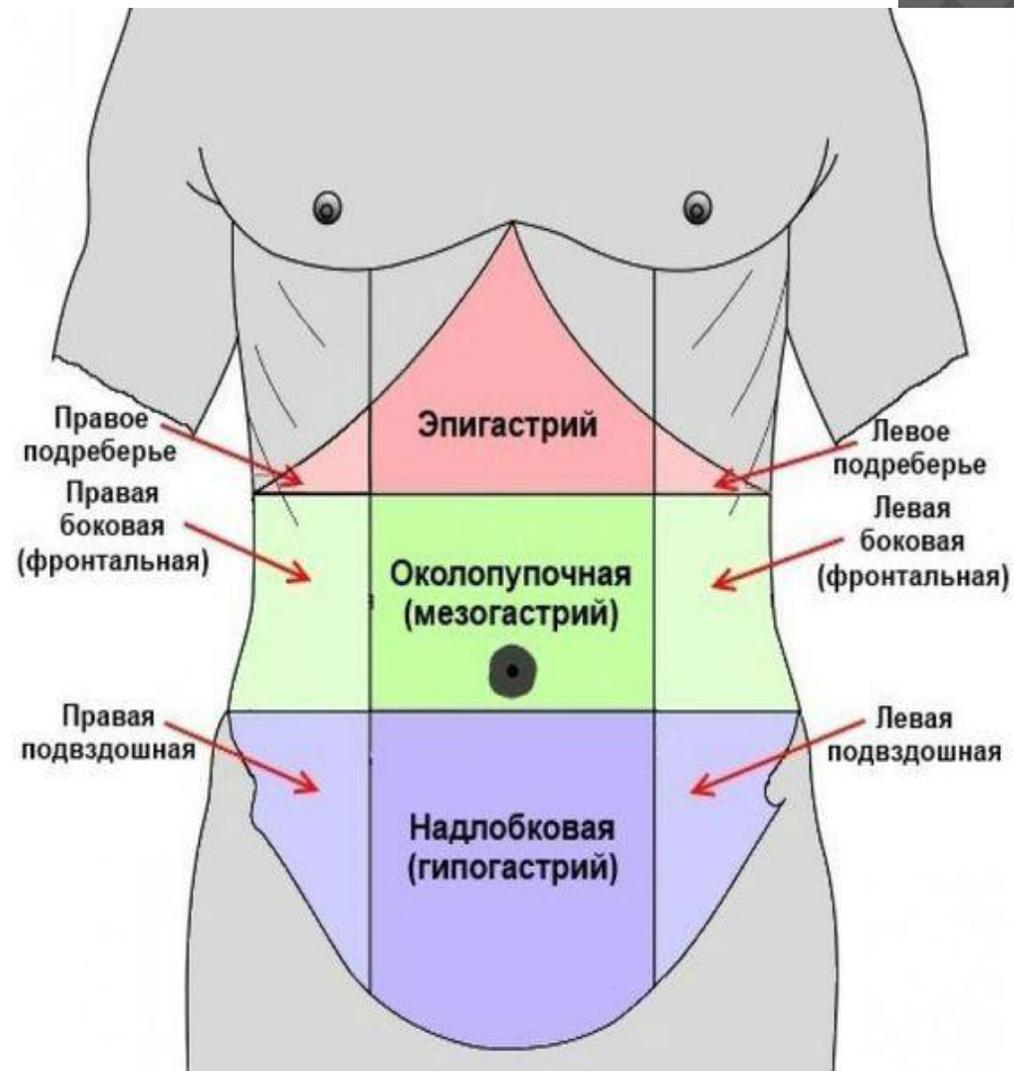
- 1) Катаральный аппендицит;
- 2) Флегмонозный аппендицит;
- 3) Гангренозный аппендицит;
- 4) Перфоративный аппендицит;
- 5) Эмпиема червеобразного отростка.

○ Осложненные формы:

- 1) Аппендикулярный инфильтрат;
- 2) Разлитой перитонит;
- 3) Абсцессы брюшной полости: тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный, правой подвздошной ямки;
- 4) Забрюшинная флегмона;
- 5) Пилефлебит (септический тромбофлебит брыжеечных вен).

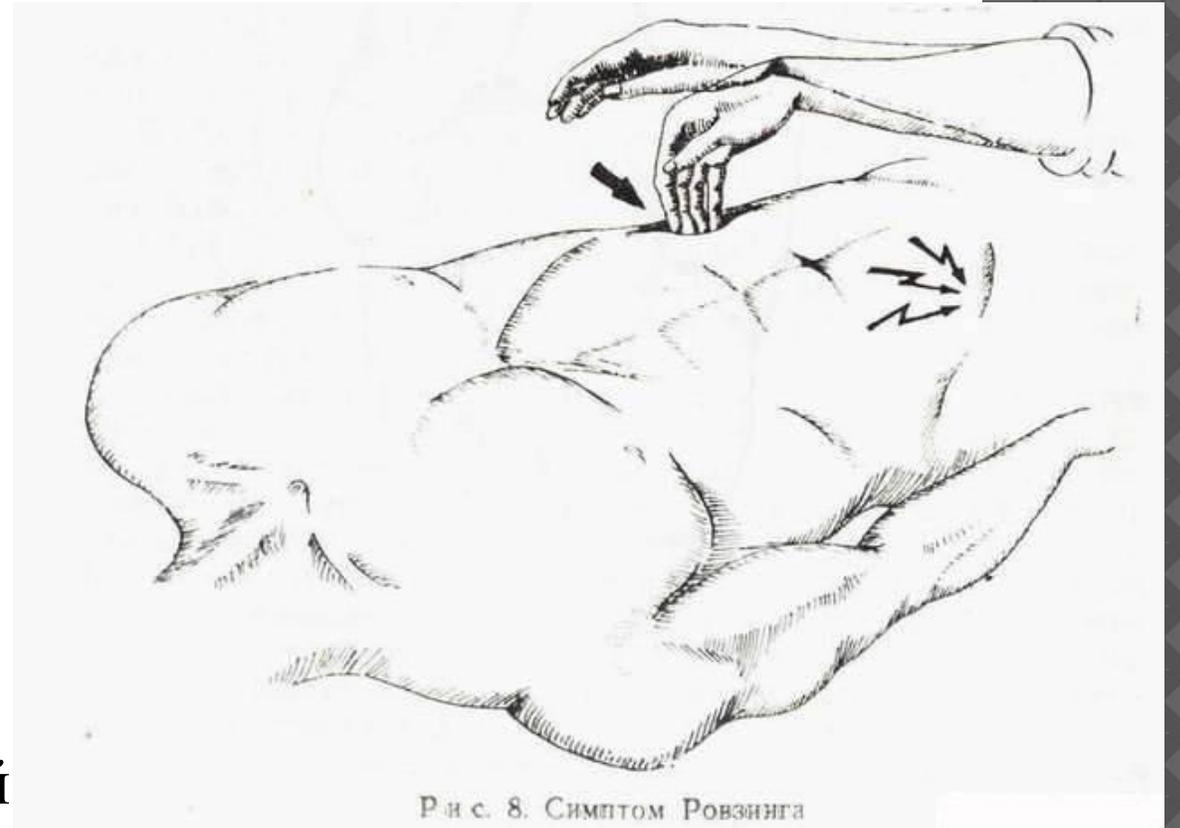
СИМПТОМЫ:

- ⊙ **1. Боль.** Самый главный, частый и важный симптом острого аппендицита. Чаще всего возникает в ночное время или ранним утром. В первые часы заболевания локализуется в эпигастральной области, то есть в верхней центральной части живота, под грудиной. Также могут быть нечётко выраженные боли по всему животу.
- ⊙ Сначала болезненные ощущения редко бывают интенсивными, могут носить спастический характер, на некоторое время стихать. Через 2-3 часа развивается так называемый симптом Кохера — смещение болей и локализация их в правой подвздошной области (правой нижней части живота, примерно на середине расстояния между паховой складкой и пупком).

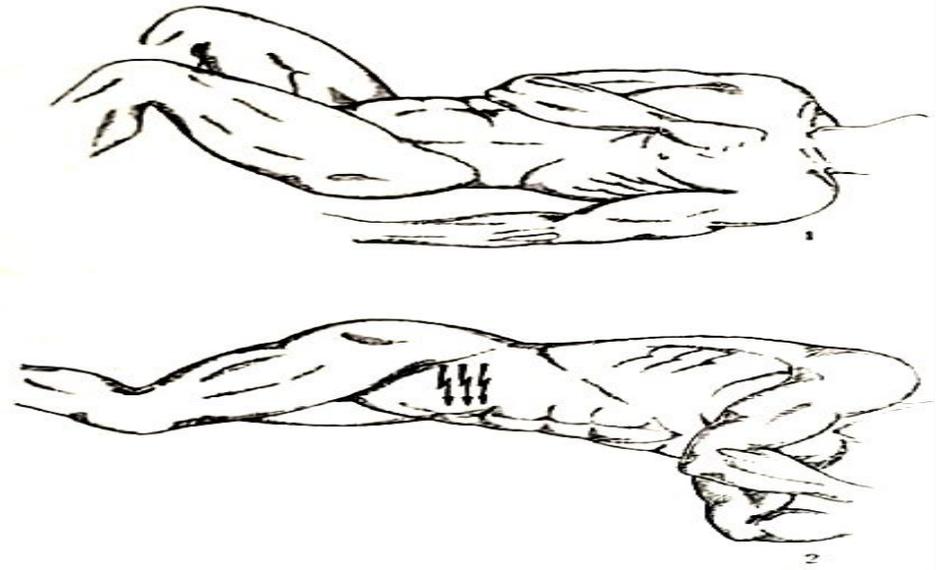


СУЩЕСТВУЕТ ГРУППА СИМПТОМОВ, КОТОРЫЕ СВЯЗАНЫ С БОЛЬЮ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ И НАЗВАНЫ В ЧЕСТЬ ОТКРЫВШИХ ИХ ВРАЧЕЙ:

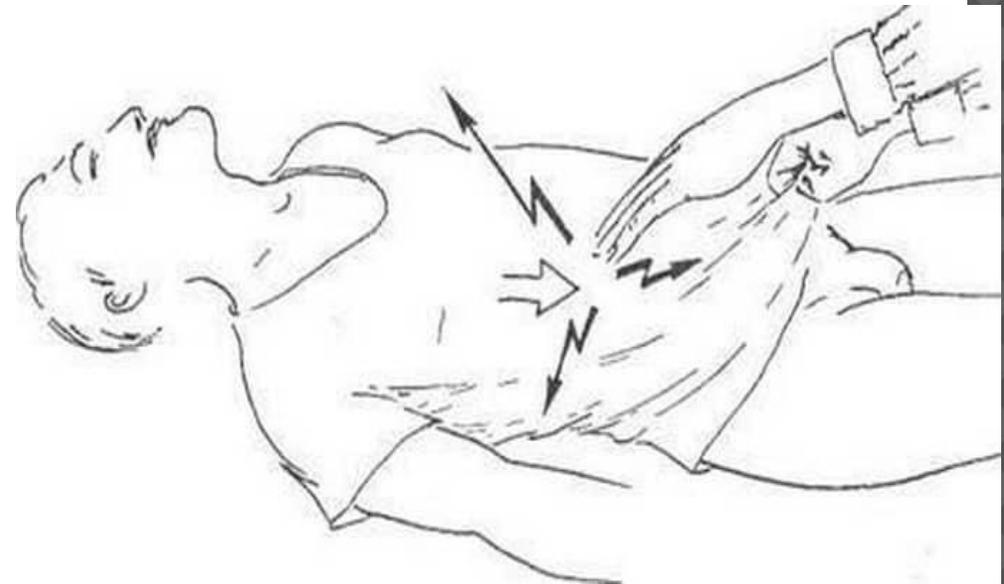
- **симптом Ровзинга** — появление или усиление болей в правой подвздошной области, когда врач совершает толчковые движения в зоне нисходящей кишки в левой подвздошной области;
- Собранными вместе пальцами левой руки надавливают на переднюю стенку живота, соответственно месту расположения нисходящей ободочной кишки; не отнимая левой руки, пальцами правой надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки;



- ⦿ **симптом Ситковского** — появление или усиление болей в правой нижней части живота, если пациент лежит на левом боку;



симптом Воскресенского (симптом "рубашки" или "скольжения") — врач через рубашку кончиками пальцев делает быстрое и лёгкое скользящее движение сверху вниз по направлению к правой подвздошной области, при этом боль усиливается в конечной точке движения;



- **симптом Образцова** — усиление болезненности при давлении на слепую кишку и одновременном поднимании выпрямленной в коленном суставе правой ноги;



- **симптом Коупа** — появление боли в глубине таза справа и над лоном, когда больной в положении лежа на спине сгибает правую ногу в коленном суставе и поворачивает кнаружи.

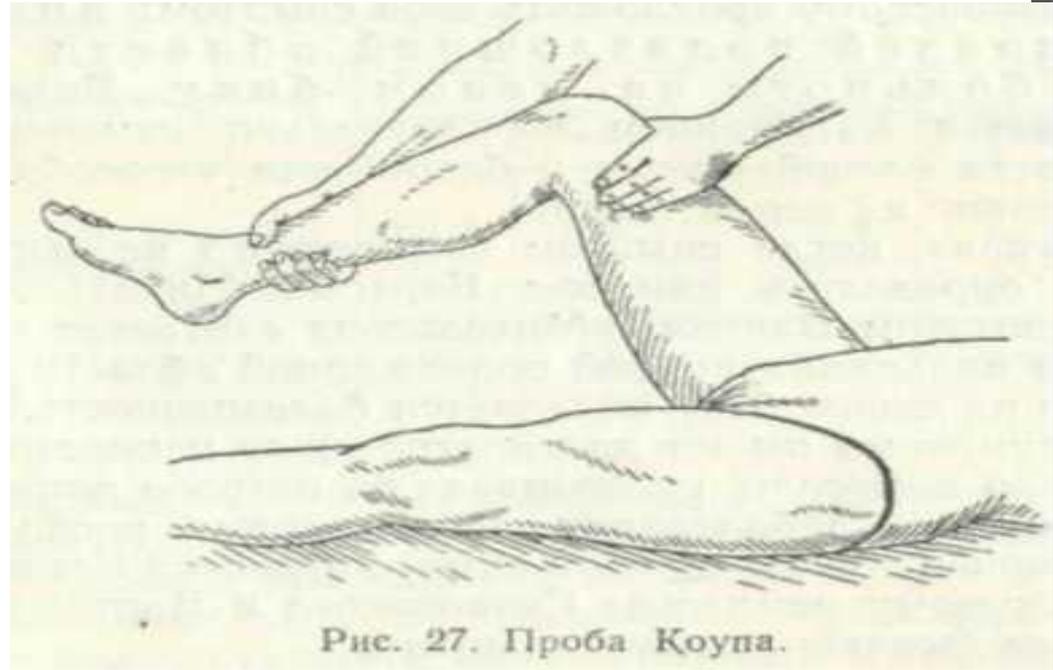


Рис. 27. Проба Коупа.

СИМПТОМЫ:

- **2. Тошнота и рвота.** Возникают не всегда, примерно в 2/3 случаев. Обычно вскоре после появления первоначальных болей появляется тошнота, а затем и однократная или двукратная рвота, которая редко бывает обильной. Рвота носит рефлекторный характер, она является результатом раздражения нервных окончаний брюшины в области развивающегося воспаления. Если не обратиться за помощью, через двое суток от момента начала заболевания рвота может возобновиться, но уже на фоне развивающегося перитонита и общей интоксикации организма.
- **3. Повышение температуры тела.** В первые 12 часов при начальной стадии воспалительного процесса температура тела обычно составляет 37,2-37,5 °С. В 3-7 % случаев в первые часы температура может достигать 38 °С и больше. В дальнейшем после 12 часов и до двух суток температура обычно достигает фебрильных цифр — 38 °С и выше, появляется чувство жара или озноба.
- **4. Нарушение стула.** Нечасто, но может наблюдаться жидкий стул, 1-3 раза. Происходит при тазовом расположении аппендикса и прилежании его к прямой кишке или раздражении нервных окончаний тазовой брюшины.
- **5. Частое мочеиспускание.** Этот симптом аппендицита чаще наблюдается у женщин, что связано или с вышеописанным раздражением тазовой брюшины, или с воздействием воспалённого аппендикса на мочевой пузырь или правый мочеточник при их близком расположении.
- **6. Общая слабость и недомогание.** Связаны с развивающейся интоксикацией организма

ДИАГНОСТИКА

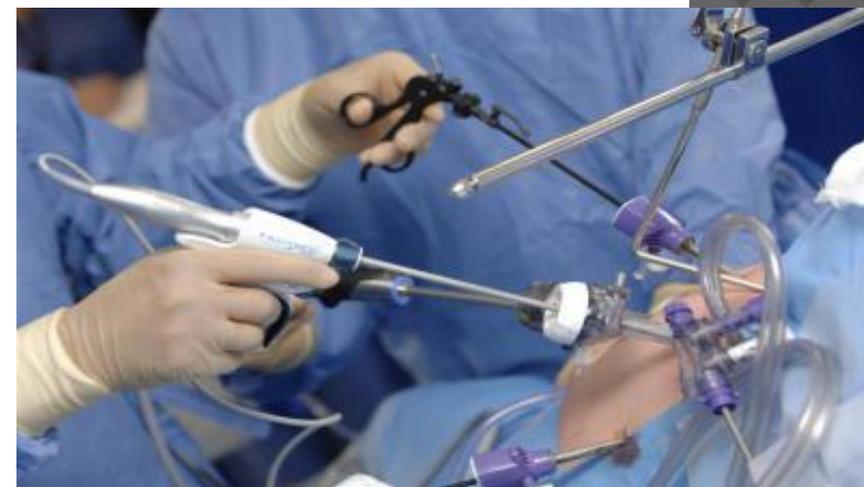
- Диагностика острого аппендицита базируется на данных расспроса (жалобы и анамнез), результатах физикального обследования, лабораторных и аппаратных данных. Все больные с острым аппендицитом должны быть обследованы ректально и, при возможности, вагинально (женщины). Они должны производиться всем больным и преследуют цель определить чувствительность тазовой брюшины (крик «Дугласа») и состояние других органов малого таза, у женщин обязательна консультация гинеколога.

Лабораторные исследования

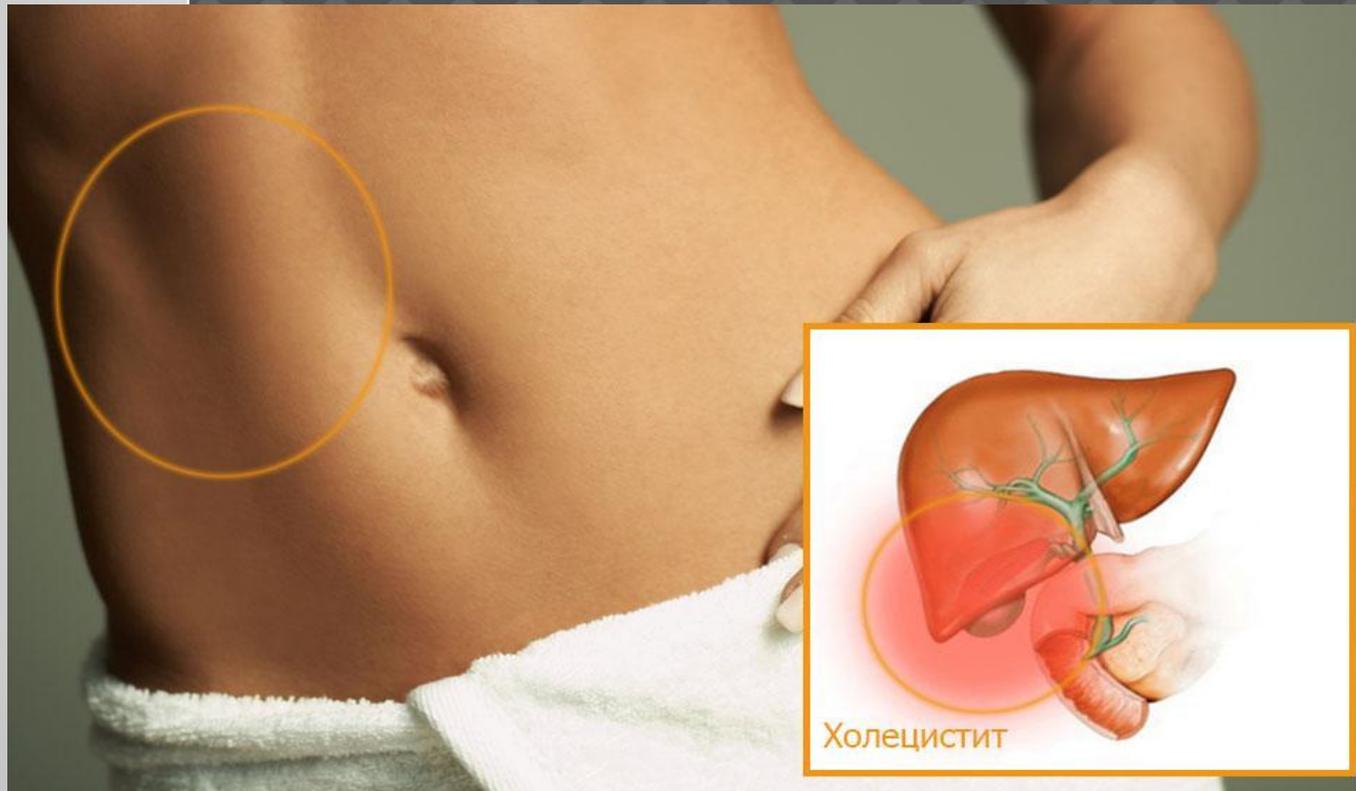
- **Общий анализ крови** (без лейкоцитарной формулы и СОЭ). У 80-85 % пациентов с аппендицитом уровень лейкоцитов повышается. В то же время их нормальное количество не исключает наличия аппендицита. Так как при беременности отмечается физиологическое повышение уровня лейкоцитов, общий анализ крови в таком случае не помогает в диагностике заболевания.
- **Лейкоцитарная формула**. Определяет соотношение различных видов лейкоцитов в процентах. При аппендиците может наблюдаться значительное преобладание нейтрофильных лейкоцитов.
- **С-реактивный белок**. Это белок, вырабатываемый в печени, который быстро реагирует на активное воспаление. Нормальный уровень СРБ практически исключает диагноз "аппендицит", однако повышение его уровня не является специфичным для аппендицита. Тест особенно достоверен в сочетании с определением уровня лейкоцитов.
- **Общий анализ мочи**. Проводится для исключения инфекции мочевыводящих путей и камней в почках.
- **Определение уровня ХГЧ**. Исследование назначается женщинам для исключения внематочной беременности.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- **Ультразвуковое исследование (УЗИ) или компьютерная томография (КТ) брюшной полости.** Позволяют оценить состояние аппендикса и подтвердить аппендицит или обнаружить другие причины боли в области живота.
- **Лапароскопия.** Метод, при котором исследование внутренних органов производится через небольшие отверстия в брюшной стенке с помощью специального оборудования. В ряде случаев, особенно у женщин с невыраженной болью в нижних отделах живота, только лапароскопия позволяет поставить точный диагноз

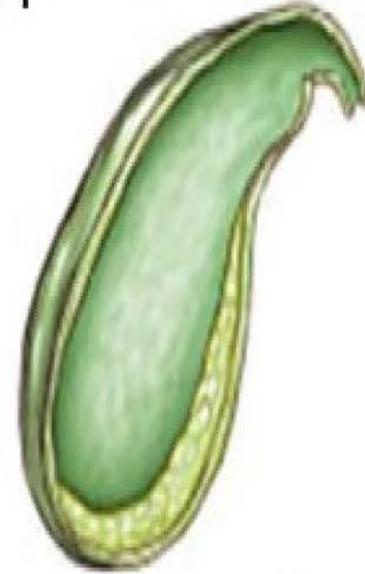


ХОЛЕЦИСТИТ



- **Холецистит** — воспаление желчного пузыря — одно из наиболее частых осложнений жёлчнокаменной болезни. Основные причины развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря: наличие патогенной микрофлоры в просвете пузыря и нарушения оттока желчи.

Здоровый желчный пузырь



Холецистит

Желчный камень

Воспаленная
слизистая

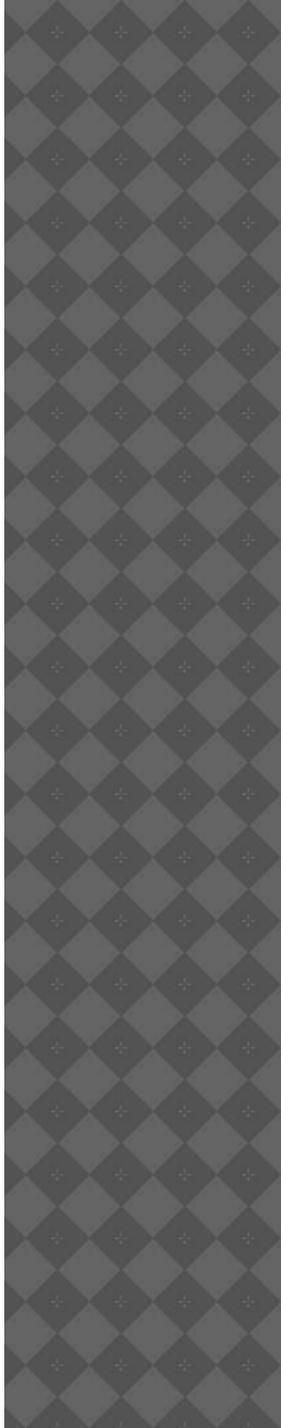


СИМПТОМЫ ХОЛЕЦИСТИТА

- Боль в правой верхней или средней верхней части живота. Она может быть постоянной, резкой, судороги, отдавать в спину или под правую лопатку
- Лихорадка и повышение температуры
- Пожелтение кожи и белков глаз (желтуха)
- Глинистого (серого) цвета стул
- слабость, беспричинная усталость;
- отрыжка с горьким привкусом;
- нарушение сна;
- усиление работы потовых желез;



ВИДЫ ХОЛЕЦИСТИТА



- ◎ **Калькулезный**. В полости органа обнаруживаются конкременты. На долю калькулезного холецистита приходится до 90% всех случаев болезни. Может сопровождаться интенсивной симптоматикой с приступами желчной колики или продолжительное время протекать бессимптомно.
- ◎ **Некалькулезный (бескаменный)**. Составляет 10% от всех холециститов. Характеризуется отсутствием конкрементов в просвете органа, благоприятным течением и редкими обострениями, обычно связанными с алиментарными погрешностями.

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ И ТИПА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ МОЖЕТ БЫТЬ:

- ◎ **Острым**. Сопровождается выраженными признаками воспаления с бурным началом, яркой симптоматикой и явлениями интоксикации. Боль, как правило, интенсивная, носит волнообразный характер.
- ◎ **Хронический**. Проявляется постепенным медленным течением без выраженных симптомов. Болевой синдром может отсутствовать или иметь ноющий, слабоинтенсивный характер.

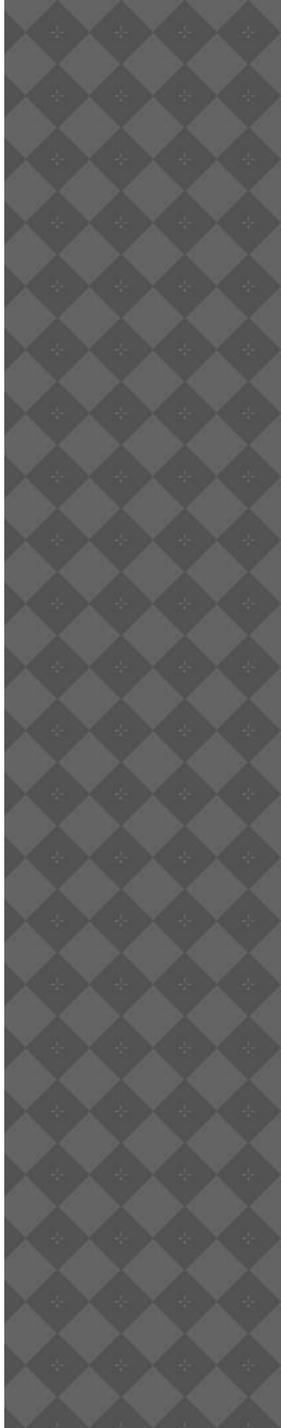
ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ:

- **Легкая.** Характеризуется слабоинтенсивным болевым синдромом продолжительностью 10-20 мин, который купируется самостоятельно. Нарушения пищеварения выявляются редко. Обострение возникает 1-2 раза в год, продолжается не более 2 недель. Функция других органов (печени, поджелудочной железы) не изменена.
- **Средней тяжести.** Болезненные ощущения стойкие с выраженными диспепсическими нарушениями. Обострения развиваются чаще 3 раз в год, длятся более 3-4 недель. Отмечаются изменения в работе печени (повышение АЛТ, АСТ, билирубина).
- **Тяжелая.** Сопровождается резко выраженным болевым и диспепсическим синдромами. Обострения частые (чаще 1 раза в месяц), продолжительные (более 4 недель). Консервативное лечение не обеспечивает существенного улучшения самочувствия. Функция соседних органов нарушена (гепатит, панкреатит).

ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧАЮТ:

- ◎ **Рецидивирующее течение.** Проявляется периодами обострения и полной ремиссией, во время которой проявления холецистита отсутствуют.
- ◎ **Монотонное течение.** Типичным признаком является отсутствие ремиссий. Пациенты жалуются на постоянные болезненные ощущения, дискомфорт в правых отделах живота, расстройство стула, тошноту.
- ◎ **Перемежающееся течение.** На фоне постоянных слабовыраженных проявлений холецистита периодически возникают обострения разной степени тяжести с явлениями интоксикации и желчной коликой.

ДИАГНОСТИКА ХОЛЕЦИСТИТА



УЗИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.

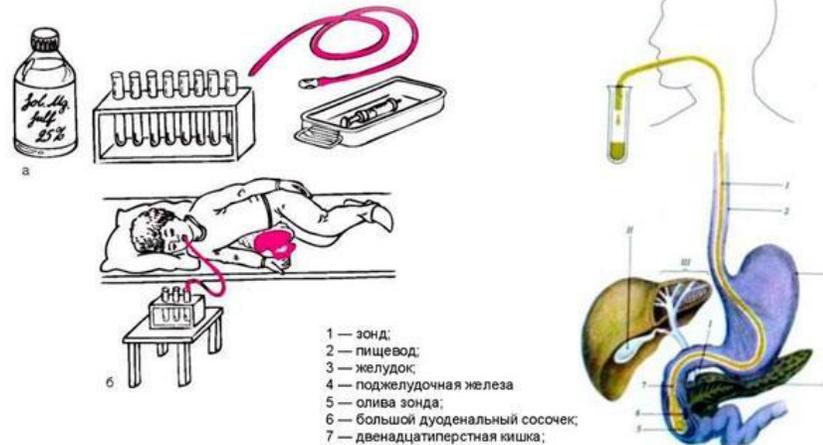
- Является основным диагностическим методом, позволяет установить размер и форму органа, толщину его стенки, сократительную функцию, наличие конкрементов. У пациентов с хроническим холециститом визуализируются утолщенные склерозированные стенки деформированного желчного пузыря.



ФРАКЦИОННОЕ ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ.

- В ходе процедуры производят забор трех порций желчи (А, В, С) для микроскопического исследования. С помощью данного метода можно оценить моторику, цвет и консистенцию желчи. С целью обнаружения возбудителя, вызвавшего бактериальное воспаление, определяют чувствительность флоры к антибиотикам.

Дуоденальное зондирование



ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ.

- ⦿ Позволяет получить информацию о работе желчного пузыря, билиарного тракта в динамике. При помощи рентгеноконтрастного метода обнаруживают нарушение двигательной функции желчевыводящей системы, конкременты и деформацию органа.

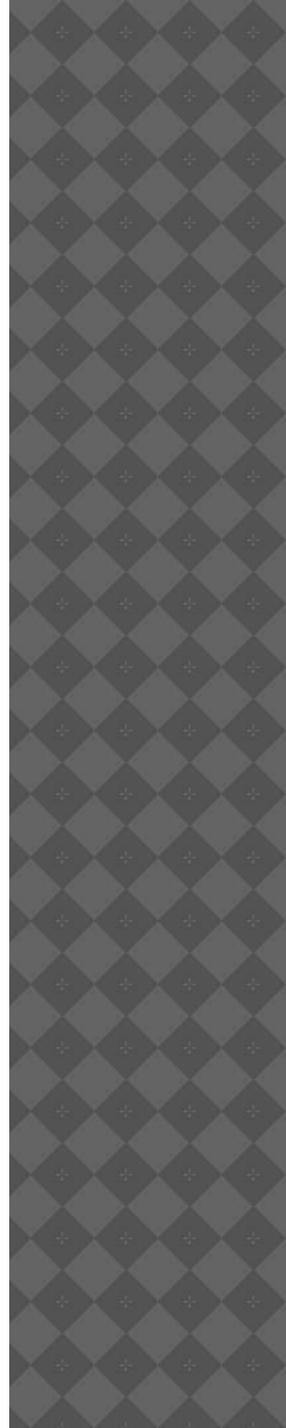


ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ.

- ⦿ В острый период в ОАК выявляется нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови отмечается повышение уровня АЛТ, АСТ, холестерина, билирубинемия и др.



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ



ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

1. диету - голод в течение первых 2 дней от начала заболевания, затем (3-5 дней) - "полуголодное" существование; питание ограничивается жидкими кашами, сухариками, некрепким бульоном, протертым слизистым супом; можно давать клюквенный кисель или морс;
2. минеральные воды - боржом или нарзан - теплые, без газа, по 1 стакану 4 раза в день, после еды;
3. холод на живот в виде пузыря со льдом по 2 часа дважды в день;
4. спазмолитики типа ношпы или папаверина внутрь
5. антибиотики, лучше внутривенно
6. лечение травами - желчегонный чай, отвар бессмертника, мяты, календулы, шалфея - с медом; от желчегонных типа аллохола при остром холецистите следует воздержаться; можно применять сироп шиповника или препарат из него - холосас (по 30-граммовой рюмочке 4 раза в день, с едой).

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

- 1) режим;
- 2) диетотерапию: столы № 5 и №5а
- 3) лекарственную терапию в период обострения: включает в себя использование препаратов для купирования болевого синдрома, нормализации функции вегетативной нервной системы и рациональное применение желчегонных средств.
- 4) купирование болевого синдрома
- 5) применение желчегонных средств
- 6) антибактериальную терапию
- 7) иммуномодулирующую терапию и повышение общей реактивности организма
- 8) физиотерапию, водолечение
- 9) санаторно-курортное лечение.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КИШЕЧНИКА

БОЛЬ В ЖИВОТЕ

Язвенная болезнь кишечника (двенадцатиперстной кишки) — хроническое заболевание, вызванное воздействием желудочного сока и содержащегося в нем пепсина на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки (ДПК). В результате образуются глубокие язвенные дефекты на слизистой оболочке и подслизистом слое кишечника.

Встречается у 5–15% населения, с преобладанием мужского пола. К основным симптомам относят: острую боль в верхней части живота, изжогу, кислую отрыжку, рвоту.

Стандарт диагностики — рентгенография желудка и дыхательный тест.



ПРИЧИНЫ

Основная причина возникновения язвенной болезни ДПК — инфицирование бактерией *Helicobacter Pylori*. Более чем у 90% пациентов выявляют положительный тест на хеликобактерную инфекцию. Однако наличие бактерии не всегда приводит к образованию язвенных дефектов. Имеет место бессимптомное носительство.

К более редким причинам развития заболевания относят:

- бесконтрольный прием лекарственных препаратов, чаще нестероидных противовоспалительных средств;
- курение;
- неправильное и нерегулярное питание;
- постоянные эмоциональные переживания;
- повышенную кислотность желудка;
- нейрохирургические операции;
- алкогольную интоксикацию;
- гастриному (опухоль поджелудочной железы).



Реже язва двенадцатиперстной кишки формируется на фоне вторичных заболеваний: почечной недостаточности, хронической обструктивной патологии легких, болезни Крона, непереносимости глютена (целиакии), ВИЧ-инфицирования, цирроза печени.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По характеру течения язвенная болезнь кишечника бывает острой (впервые диагностированной) и хронической. В развитии патологии также различают несколько периодов:

- латентный (скрытый) — протекает на фоне видимого здоровья, клинически не проявляется;
- легкий — симптоматика, слабо выраженная с незначительными рецидивами;
- среднетяжелый — обострения отмечаются с периодичностью 1–2 раза в год;
- тяжелый — рецидивы случаются от трех раз в год и чаще.

При установлении диагноза определяют размер язвенных дефектов: небольшой (до 5 мм), средний (6–10 мм), крупный (1–3 см), и гигантский (более 3 см), количество дефектов (одиночный или множественный).

СИМПТОМЫ

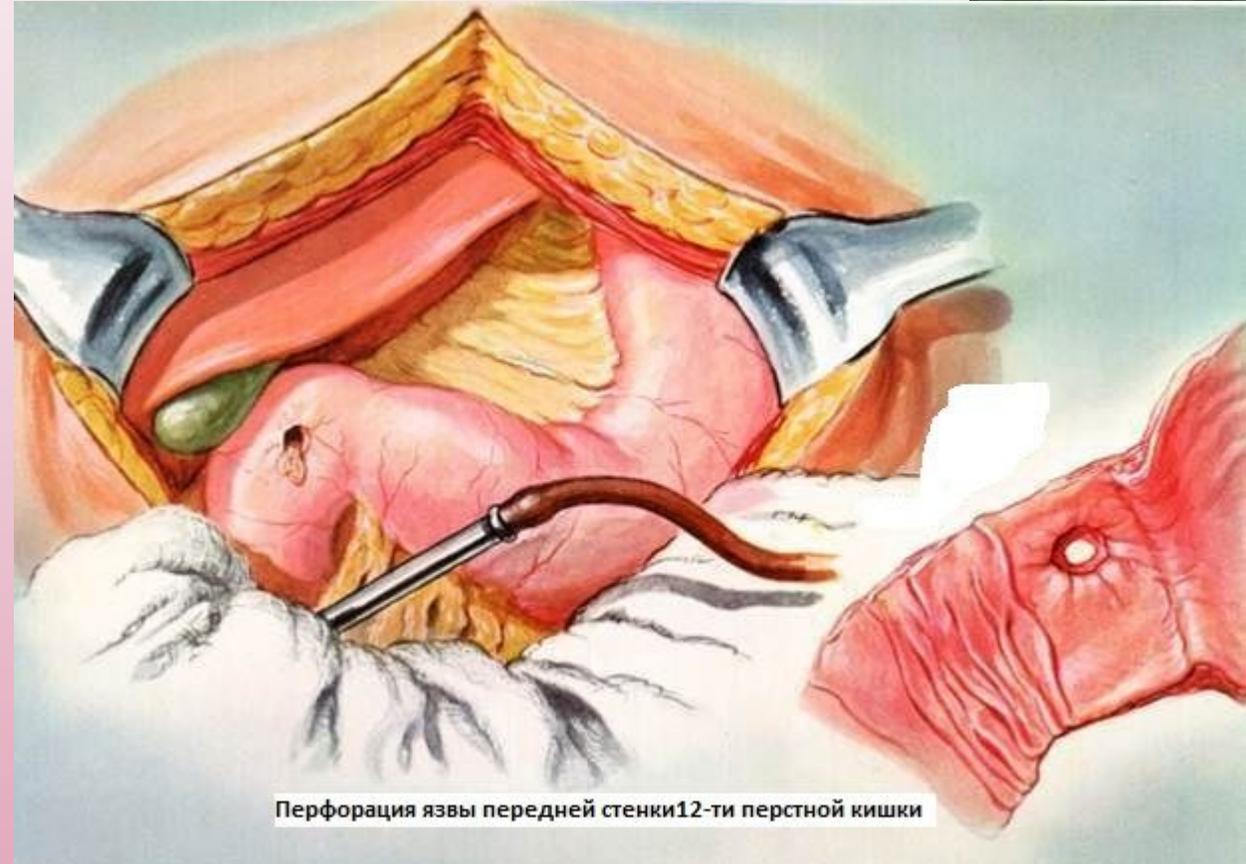
Проявления болезни начинаются с боли в эпигастральной области под грудиной, реже в верхней части живота. В момент первого приступа боль чаще умеренная, тупая. Выраженность болевого синдрома зависит от тяжести заболевания.

Обычно боль появляется ночью или после продолжительного голода. Прием пищи, антацидные препараты, молоко, пищевая сода облегчают симптомы. После эвакуации содержимого желудка боль возобновляется, и усиливается после физической нагрузки, употребления алкоголя, острой пищи.

Болезненные ощущения сохраняются на протяжении нескольких дней, недель, после чего самостоятельно проходят. С течением времени рецидивы учащаются, возрастает интенсивность болевого синдрома. Периоды обострений чаще всего приходятся на весну и осень.

Справка! У детей и лиц пожилого возраста заболевание может протекать бессимптомно, что увеличивает риск развития осложнений: перитонита, малокровия, внутреннего кровотечения.

Помимо болевого синдрома пациенты жалуются на изжогу, кислую отрыжку, тошноту и рвоту, метеоризм, неустойчивый стул, неприятный запах изо рта.



Перфорация язвы передней стенки 12-ти перстной кишки

ОСЛОЖНЕНИЯ

Язвенная болезнь кишечника осложняется кровотечением, которое возникает в том случае, когда патологический процесс затрагивает сосуды. Кровотечение может быть скрытым, что ухудшает прогноз заболевания или выраженным — кровь обнаруживается в каловых и рвотных массах. Обычно кровотечение помогает остановить прием кровоостанавливающих препаратов. В отдельных случаях необходимо эндоскопическое или хирургическое вмешательство.

Без лечения язва кишечника прогрессирует, в патологический процесс вовлекаются смежные органы — печень, поджелудочная железа. Прорастание язвы в половине случаев приводит к воспалению соседних органов, нарушению их функций.

К осложнениям язвы относят сужение просвета тонкого кишечника. Если подобное состояние остается без внимания, то возрастает риск обезвоживания, почечной недостаточности, паралича диафрагмы, дистрофических нарушений в органах и тканях, которые несовместимы с жизнью.

ДИАГНОСТИКА

- ПЦР-диагностика helicobacter pylori, уреазный дыхательный тест.

Позволяет подтвердить или опровергнуть инфицированность бактерией. Учитывая первостепенное значение хеликобактер в возникновении язвы кишечника, тест обязательно проводят всем пациентам с подозрением на заболевание.

- Эндоскопическое исследование.

В ходе цитологического анализа осматривают слизистую пищеварительного тракта, берут мазки и материалы для проведения биопсии. Метод считается точным и помогает выявить злокачественные новообразования желудка и кишечника.



- Лабораторные методы.

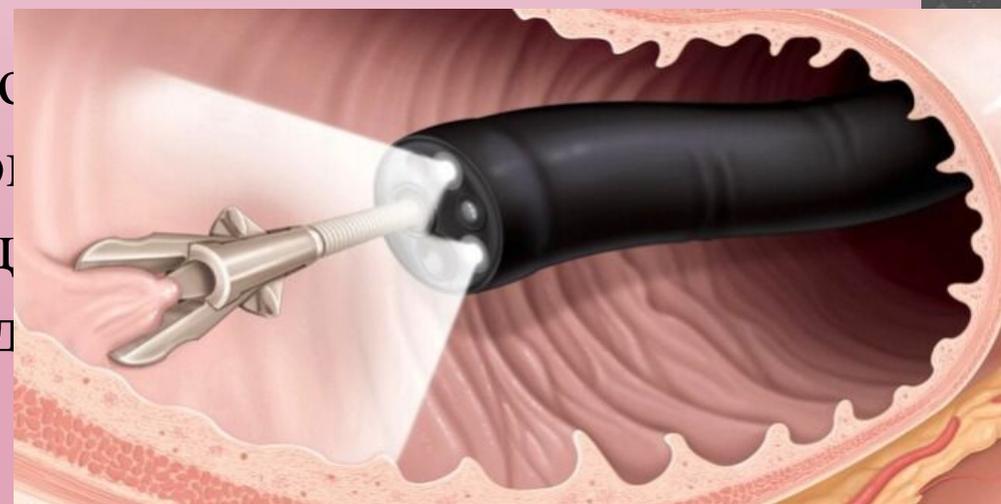
При общем анализе крови возможны признаки анемии, что позволяет предположить внутреннее кровотечение. Также назначают анализ кала на скрытую кровь.

- Биопсия.

Гистологическое и цитологическое исследование 12-перстной кишки дает возможность более точно обнаружить очаги изменений, исключить злокачественную природу язвенных дефектов.

- УЗИ

Вспомогательное значение имеет УЗИ с внутрижелудочная рН-метрия (исследование среды), электрогастроэнтерография (оценка антродуоденальная манометрия (исследование ЖКТ).



- Гастроскопия.

При эндоскопической визуализации слизистых оболочек двенадцатиперстной кишки у 90% пациентов выявляют поверхностные изменения, недоступные для рентгенограммы, рубцовый стеноз, скрытое кровотечение. По результатам исследования можно определить локализацию язвы, её размеры и количество, возможные осложнения.

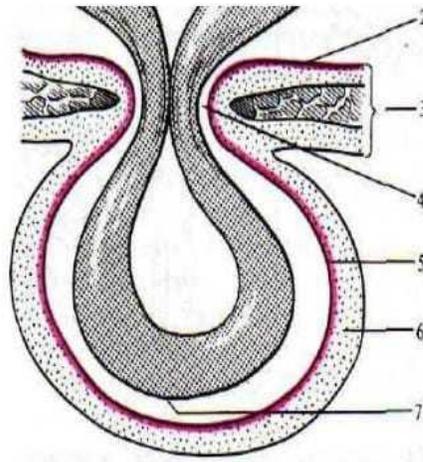


УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ

УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ

- Ущемление грыжи - сдавление грыжевого мешка в грыжевых воротах, вызывающее нарушение кровоснабжения и некроз образующих грыжевое содержимое органов.

Компоненты грыжи.



1. Кишка
2. Брюшина
3. Брюшная стенка
4. Грыжевые ворота
5. Грыжевой мешок
6. Оболочки грыжи
7. Содержимое грыжевого мешка

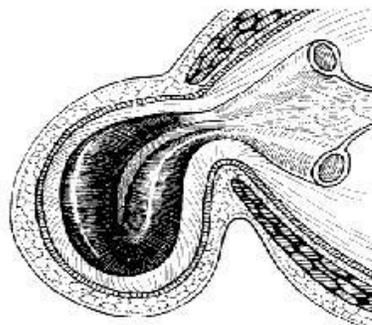
ПРИЧИНЫ УЩЕМЛЕНИЯ

- ⦿ частые запоры, при которых приходится чрезмерно натуживаться для выхода каловых масс;
- ⦿ сильный кашель, чихания;
- ⦿ подъем тяжелых грузов, особенно резкий;
- ⦿ сбой мочеиспускательного процесса;
- ⦿ мышечная слабость в зоне брюшины;
- ⦿ травмы в области живота;
- ⦿ внезапное быстрое уменьшение веса тела;
- ⦿ атония кишечника;
- ⦿ эзофагит;
- ⦿ сильный плач или крик у детей;
- ⦿ осложненные роды;
- ⦿ избыточная масса тела;
- ⦿ ношение стесняющей тело одежды.

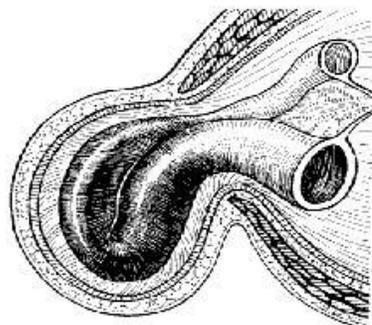
КЛАССИФІКАЦІЯ ГРИБІВ

ПО МЕХАНИЗМУ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ:

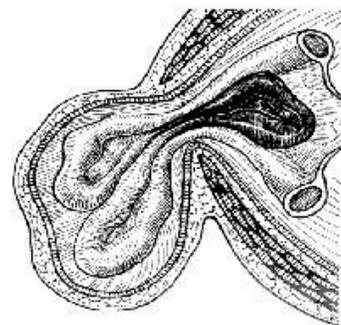
ФОРМЫ УЩЕМЛЕНИЯ



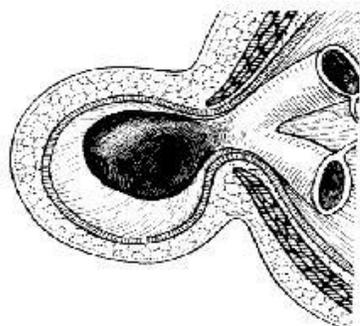
эластическое ущемление



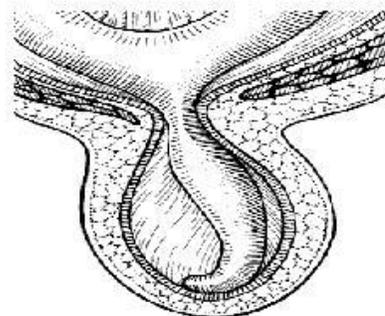
каловое ущемление



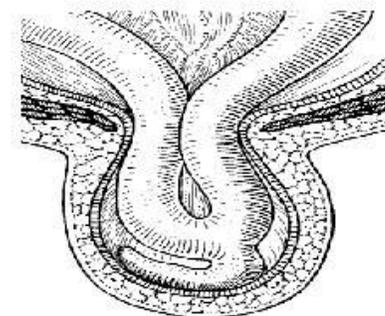
ретроградное ущемление
(hernia Maidl)



пристеночное ущемление
(hernia Richter).



ущемление
дивертикула Меккеля



hernia Littre

КЛАССИФИКАЦИЯ ГРЫЖ

1) Наружные грыжи:

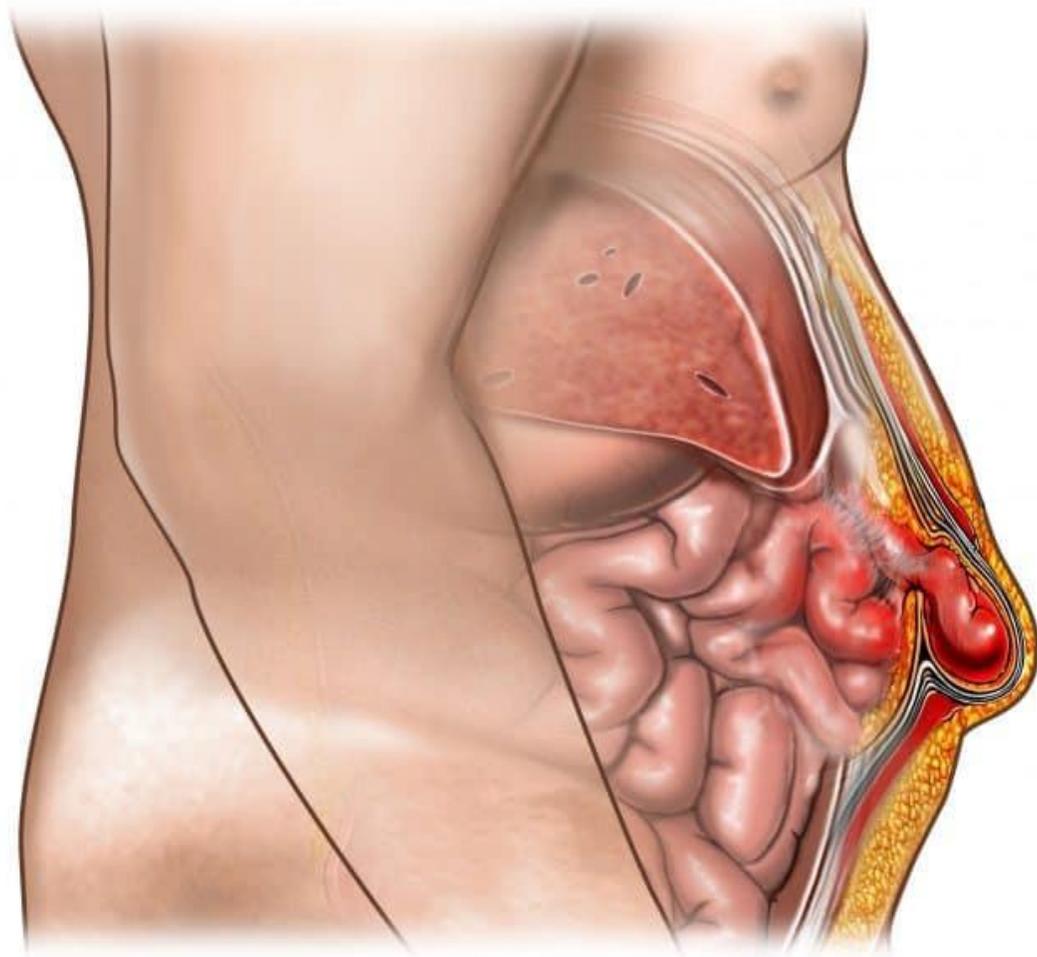
- а) паховые (прямые, косые),
- б) бедренные,
- в) пупочные,
- г) белой линии,
- д) послеоперационные,
- е) редкие формы (спигелевой линии, поясничного треугольника).

2) Внутренние грыжи:

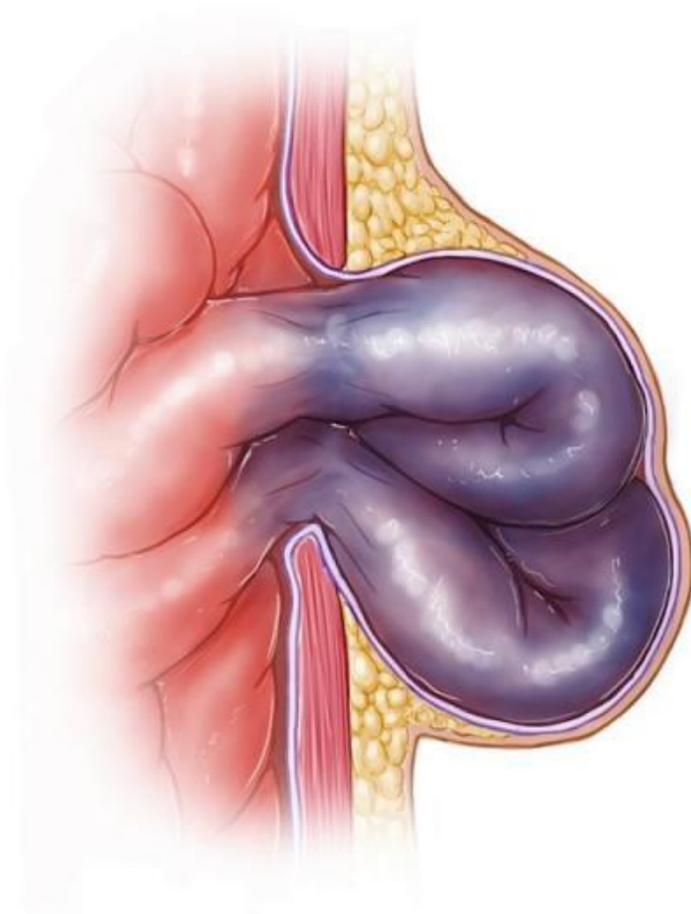
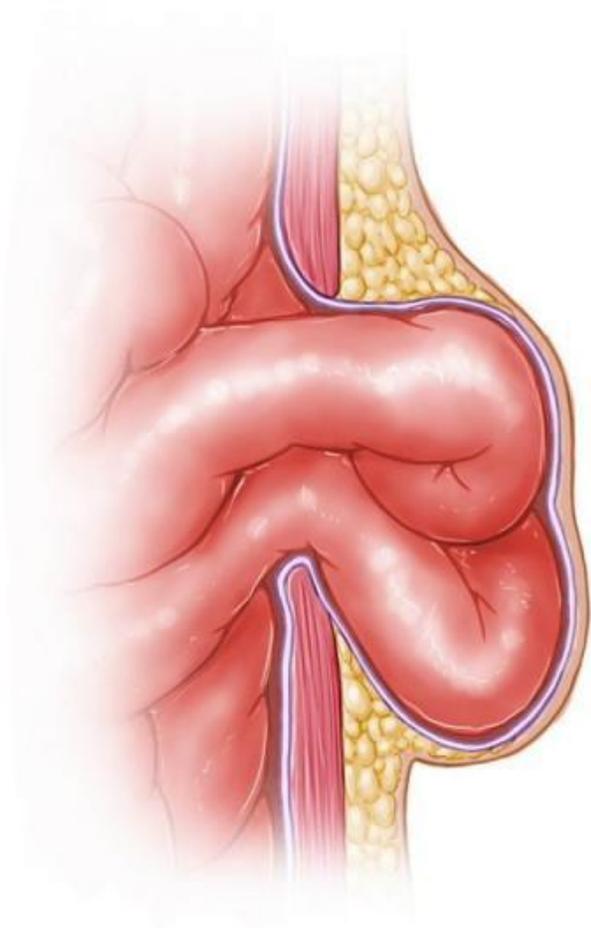
- а) предбрюшинные (надчревные, надпузырного),
- б) позадибрюшинные (околодвенадцатиперстные, ситовидные, ободочные и др.), в) внутрибрюшинные (брызжеечно-пристеночные отверстия Винслова, Дугласова кармана и др.),
- г) области тазовой брюшины (широкой маточной связки),
- д) области диафрагмы (над и поддиафрагмальные, смешанные).

По виду ущемленного органа:

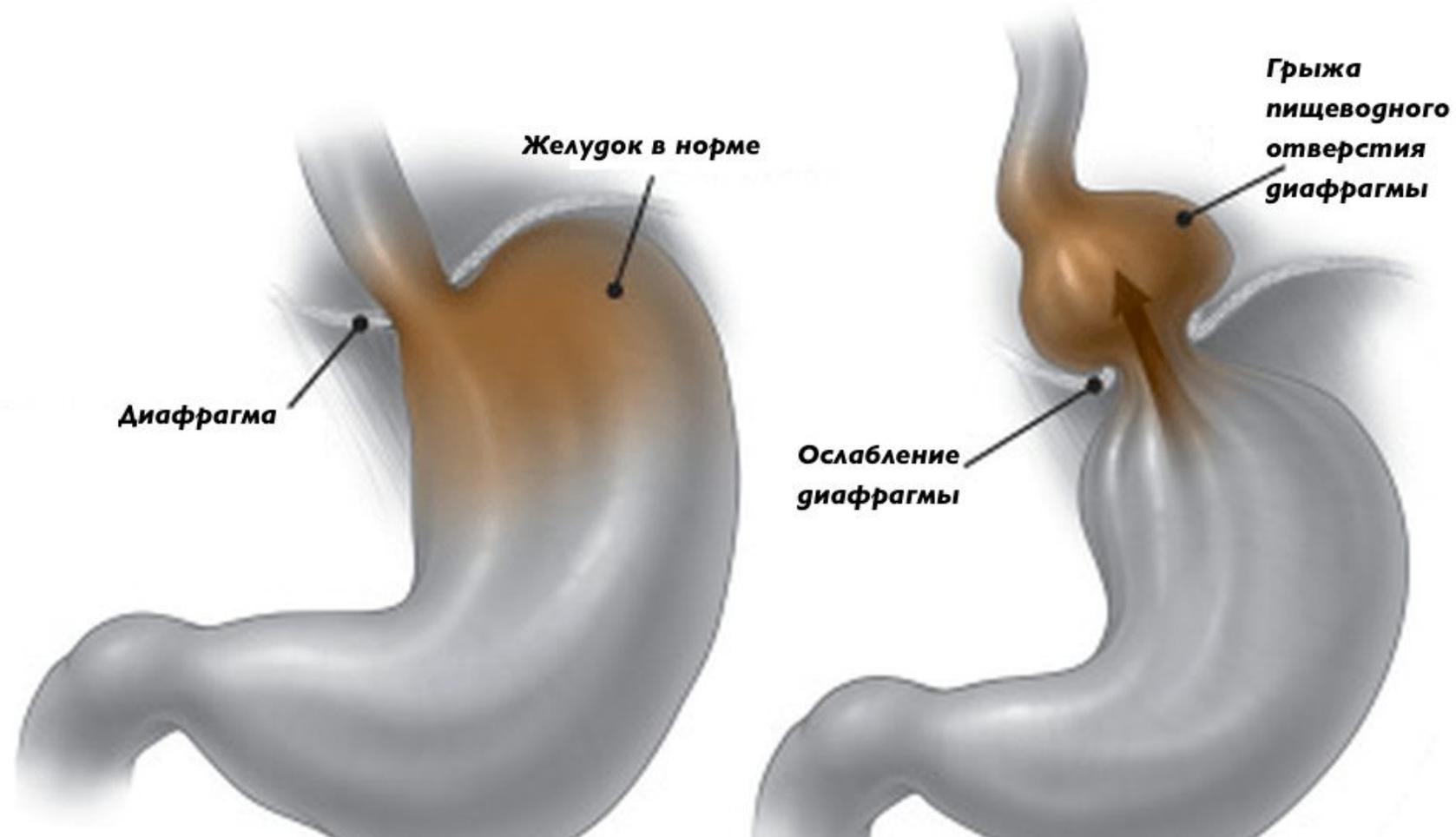
УЩЕМЛЕНИЕ САЛЬНИКА



УЩЕМЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА



УЩЕМЛЕНИЕ ЖЕЛУДКА



ПО СТЕПЕНИ ПЕРЕКРЫТИЯ ПРОСВЕТА УЩЕМЛЕННОГО ОРГАНА:

- ⦿ а) полное,
- ⦿ б) неполное (пристеночное ущемление - грыжа Рихтера - Литтре),
- ⦿ в) без перекрытия просвета (дивертикул Меккеля, червеобразный отросток).

СИМПТОМЫ УЩЕМЛЕНИЯ

- болевой синдром резкого характера в зоне брюшины, усиливающийся во время физической активности. Боль способна разливаться по животу или же локализоваться в конкретном месте;
- рвотные приступы, которые беспокоят чаще, если у человека возникает кишечная непроходимость. Проявляется такой признак не всегда, его нет при частичном ущемлении грыжи;
- тошнота, отрыжка;
- повышенное образование газов, вздутие живота;
- покраснение кожи в пораженной зоне;
- увеличение температуры тела;
- общая слабость в теле;
- апатия.

ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ

- Опрос пациента (если патология выявлена у ребенка, потребуется общение с его родственниками). На этом этапе врач должен уточнить, как давно появилось образование, что могло послужить толчком для развития осложнения.
- Оценка статуса пациента. Врач осматривает ущемленную грыжу, измеряет температуру тела, артериальное давление, частоту дыхания и оценивает сердцебиение. При кишечной непроходимости проявляются симптомы Валя и шум плеска.
- Рентгенография шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника. В обязательном порядке проводится МРТ или КТ при подозрении на межпозвонковую деформацию.
- Компьютерная и магнитно-резонансная томография - точнейшие методы диагностики, которые являются информативными.
- При выявленном ущемлении грыжи пациенту показано эндоскопическое исследование кишечника и УЗИ брюшной полости.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Первая и единственная помощь, которую можно оказать больному с подозрением на ущемление грыжи - это оперативная доставка его в медицинское учреждение. Самостоятельно устранить данную патологию невозможно - попытка вправить грыжу вручную может стать причиной мнимого вправления, то есть, орган остается ущемленным, но смещается непосредственно в брюшную полость. Такое явление всегда гарантирует развитие перитонита.

«ПЕРИТОНИТ»

Перитонит (peritonitis) - это фазно протекающее воспаление висцеральной и париетальной брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами заболевания организма с нарушением функций жизненно важных органов и систем. Перитонит характеризуется тяжелым кишечным парезом, эндогенной интоксикацией и расстройствами гомеостаза, прежде всего водно-электролитного, на фоне которых развиваются нарушения системного и регионарного кровообращения, легочного газообмена, функции печени и почек.

Различные формы перитонита в зависимости от этиологических, патогенетических и других признаков.

Признаки	Формы перитонита
Этиология	Бактериальный (инфекционный), абактериальный (асептический)
Способ проникновения инфекции	Первичный (идиопатический) и вторичный
Характер возбудителя	Стафилококк, стрептококк, пневмококк, кишечная палочка и др.
Характер экссудата	Серозный, фибринозный, гнойный, гнилостный, геморрагический, каловый и др.
Особенности распространения воспалительного процесса	Отграниченный, неотграниченный
Обширность поражения брюшины	Местный, распространенный
Стадии клинического течения	Реактивная, токсическая, терминальная
Тип клинического течения	Острый, подострый (вялотекущий) и хронический
Особые формы	Фибропластический, ревматический, карциноматозный (раковый) и др.

ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ПЕРИТОНИТЫ ДЕЛЯТ НА ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ

- ◎ **Первичные** перитониты (**идиопатические**) обусловлены первичным поражением брюшины микроорганизмами, проникшими гематогенным, лимфогенным путем или путем распространения по слизистой оболочке маточных труб. Этот тип перитонита встречается редко (около 1%).
- ◎ **Вторичные** перитониты встречается наиболее часто и могут быть обусловлены нарушением целостности или проницаемости стенок полых органов, воспалением или разрывом органов брюшной полости и забрюшинного пространства, разрывом кист и дивертикулов, ранением органов брюшной полости или закрытым их повреждением, **ятрогенными** причинами (несостоятельность кишечного шва, случайное повреждение внутренних органов во время операции, пренебрежение правилами асептики и антисептики, ошибочное анастомозирование, оставление в брюшной полости инородных тел и др.).

ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (HALBFASS И СОАВТ., 1983)

Для клинических целей различают в зависимости от поражения других органов (почки, легкие, печень), часто вовлекаемых в процесс:

- ⊙ **I степень тяжести** (среднетяжелая или средней тяжести) - перитонит без поражения внутренних органов;
- ⊙ **II степень (тяжелый перитонит)** - перитонит с поражением одного из органов (легкие, почки или печень);
- ⊙ **III степень (тяжелый и крайне тяжелый)** - перитонит с поражением двух-трех органов (почки, легкие, печень), т.е. уже имеет место синдром полиорганной недостаточности.





СТАДИИ ПЕРИТОНИТА

- 1) реактивная (первые 24 ч);
- 2) токсическая (24-72 ч);
- 3) терминальная (свыше 72 ч) с бактериально-септическим шоком и без него.

Клиническая картина перитонита многообразна, зависит от первичного заболевания, вызвавшего перитонит, времени, в течение которого развивался процесс, распространенности его и стадии. На характер развития клинической картины перитонита в одном случае имеет решающее влияние сила агрессивного воздействия на брюшину, в другом — изменений реактивности организма больного

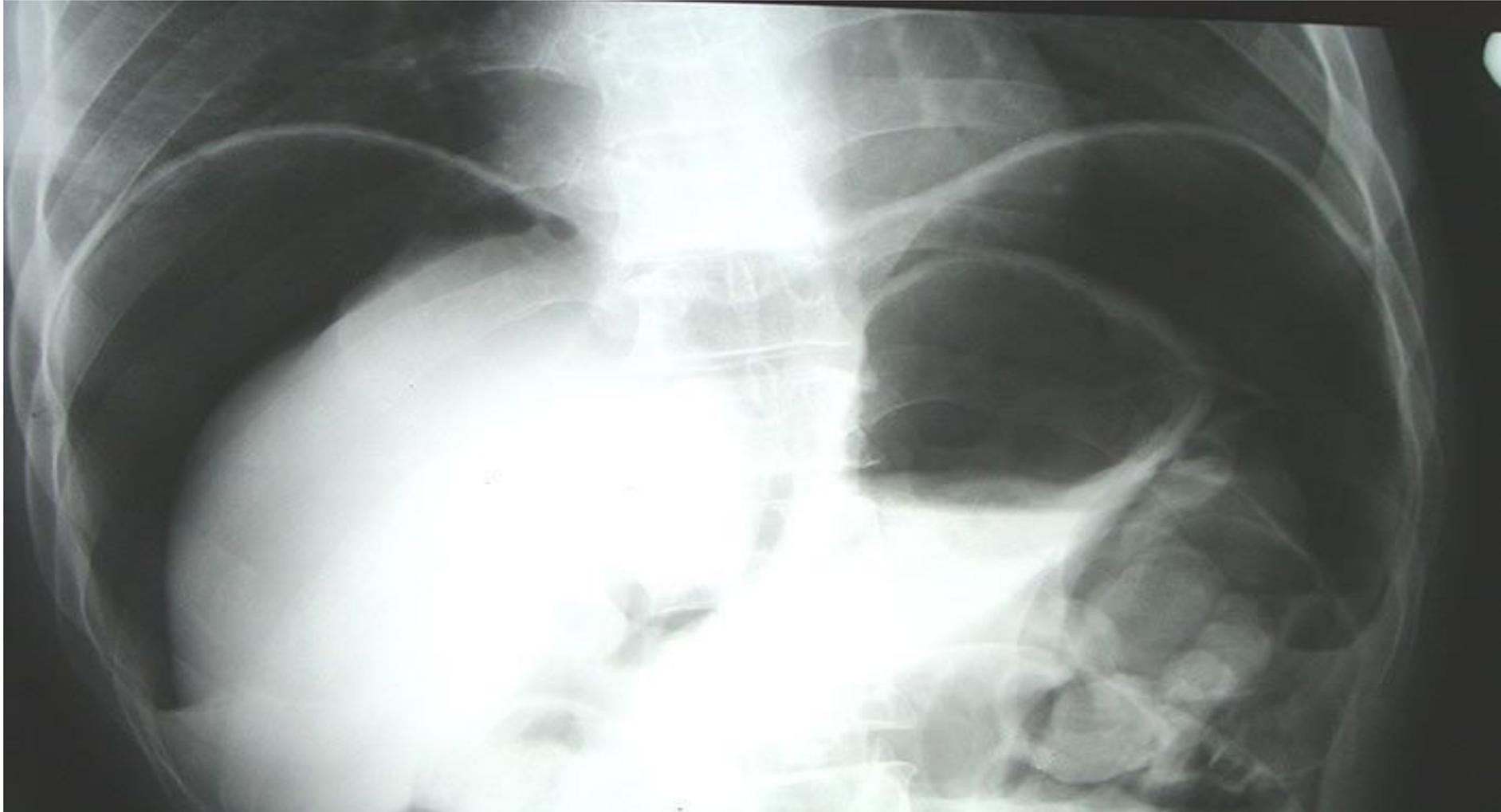
В первые 24 часа (реактивная стадия) ведущими симптомами являются резкие постоянные боли, усиливающиеся при перемене положения тела, кашле, движениях. Больной обычно лежит на спине или на боку с приведенными к животу ногами, щадит живот, избегает лишних движений. При локализации источника перитонита в верхнем этаже брюшной полости возможна иррадиация болей в спину, в область надплечья.

Рвота желудочным содержимым обычно не приносит облегчения.

Токсическая стадия характеризуется теми же симптомами, что и реактивная. Однако **местные признаки перитонита несколько сглаживаются**, боли и локальная болезненность уменьшаются, защитное напряжение мышц ослабляется в связи с истощением висцеромоторных рефлексов, симптом Щеткина-Блюмберга становится менее выраженным. Перистальтические шумы кишечника исчезают (**симптом гробового молчания**), наблюдается выраженное вздутие живота, задержка стула.

Основные признаки:

- общая **слабость**,
- выраженная **жажда**,
- **боли** в животе небольшие,
- сухая, горячая кожа
- блеск в глазах больного, связанный с лихорадкой,
- **дыхание** учащено,
- **пульс** вначале соответствует повышению температуры тела, а затем обгоняет ее повышение, достигая 130–140 уд. в мин.
- Пульс постепенно становится слабым по наполнению, выявляется тенденция к **артериальной гипотонии**.
- Больной становится **неконтактным**, усиливается общее **возбуждение**, сопровождающееся **бредом**, **галлюцинациями**, выраженной **двигательной активностью** с попытками встать, уйти, что может послужить поводом для **диагностической ошибки**, поскольку на этом этапе локальные проявления воспаления брюшины могут быть мало выражены.



РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ ДИАФРАГМЫ, ВЫСОКОЕ СТОЯНИЕ ЕЕ КУПОЛА, ПРИЗНАКИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

- 1) вызов машины скорой медицинской помощи для срочной транспортировки в отделение неотложной хирургии.
- 2) на область живота можно приложить холод.

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

- Лечение тяжелых форм перитонита представляет собой сложную, задачу, требующую комплексного подхода.
- +Уже в случае местного перитонита или реактивной фазы распространенного (разлитого) перитонита лечебная программа включает мероприятия, определяемые особенностями реакции организма на воспалительный процесс и наличием сопутствующих заболеваний. Если же речь идет о перитонеальной форме абдоминального сепсиса, то лечебные мероприятия начинаются в отделении интенсивной терапии, продолжается в ходе анестезиологического обеспечения, оперативного вмешательства, а затем в послеоперационном периоде.

