

Острый живот

Понятие «острый живот».

«Острый живот» - это симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях или острых заболеваниях органов брюшной полости.

Термин «острый живот» объединяет целый ряд хирургических заболеваний живота, которые имеют общие клинические признаки, говорящие о воспалении брюшины.

Причины, вызывающие клинику «острого живота»:

- а) травмы (повреждения паренхиматозных органов (печень селезенка); повреждение полых органов (желудок, кишечник);
- б) механическая кишечная непроходимость;
- в) прободение полого органа (прободная язва желудка, 12 перстной кишки);
- г) воспалительные процессы брюшины (проникновение м/о в

брюшную полость гематогенным и лимфогенным путем) - перитониты;

д) острый аппендицит, острый холецистит, ущемленная грыжа.

Основные симптомы при заболевании живота.

- внезапные сильные боли в животе;

- симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга и др.);

- симптомы мышечной защиты (напряжение мышц передней брюшной стенки «доскообразный живот»);

- симптомы интоксикации (рвота, понос, повышение температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ).

Тактика медицинской сестры при оказании неотложной помощи.

Исход заболевания зависит от правильно поставленного диагноза, правильной доврачебной помощи.

Больному нельзя:

- давать еду и питье;
- промывать желудок;
- ставить клизмы;
- применять грелки, давать обезболивающие

Методы обследования органов пищеварения.

- анамнез боли (когда возникли, локализация, характер), дизурические расстройства, диспепсические расстройства (рвота, характер стула), температура тела;
- осмотр - положение (вынужденное, адинамия), признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухие кожные покровы и слизистые, снижение тургора кожи), состояние кожных покровов (бледность, желтушность), показатели гемодинамики.

Осмотр живота.

1. Симптом Щеткина-Блюмберга - Медленно надавливают на брюшную стенку, потом резко отпускают кисть руки. В этот момент боль усиливается (перитонит, о. аппендицит, прободная язва желудка).
2. Симптом Ровзинга - Левой рукой сдавливают сигмовидную кишку, а правой производят толчкообразные надавливания на брюшную стенку левой подвздошной области, при этом усиливается боль в правой подвздошной области (о. аппендицит).
3. Симптом Воскресенского («рубашки») – Левой рукой натягивают рубашку пациента, а кончиками 2-4 пальцев правой руки выполняют быстрое скользящее движение по рубашке из подложечной области в правую подвздошную, не отрывая скользящую кисть. При этом боль в правой подвздошной области (о. аппендицит).

4. Симптом Ситковского – В положение больного на левом боку фиксируют появление или усиление боли в правой подвздошной области (о. аппендицит).

5. Симптом Бартомье – Михельсона – В положении больного на левом боку фиксирую болезненность при пальпации правой подвздошной области (о. аппендицит).

6. Симптом Образцова – Слегка надавливают на брюшную стенку в правой подвздошной области и просят пациента поднять правую ногу. При этом усиливается боль в правой подвздошной области (о. аппендицит).

7. Симптом Ортнера – Болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (о. холецистит).

8. Симптом Георгиевского - Мюсси – болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (о. холецистит).

9. Симптом Мерфи – При вдохе, когда левая ладонь лежит на реберной дуге, а большой палец на брюшной стенке в проекции желчного пузыря, фиксируют болезненность (о. холецистит).

10. Симптом Мейо-Робсона – Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу (о. панкреатит).

11. Симптом Куленкампа – При ректальном исследовании фиксируют болезненность тазовой брюшины (о. перитонит).

12. Симптом де Кервина – В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного звука (гемоперитонеум).

13. Симптом Валя – При осмотре определяется асимметрия живота (ОКН).

14. Симптом Обуховской больницы «зияющий анус» - расширенная ампула прямой кишки (ОКН).

15. Симптом Данца – Правая подвздошная область западает.
- рентгенологические исследования;

- обзорная рентгеноскопия живота (подвижность диафрагмы, скопление свободного газа, уровень жидкости в кишечнике);
- ирригоскопия (при подозрении на кишечную непроходимость);
- УЗИ (желчного пузыря, поджелудочной железы, печени);
- лапароскопия;
- диагностический перитониальный ловаж (при подозрении на перфорацию полого органа).

Острый аппендицит: понятие, формы, клиника, неотложная помощь, лечение, уход.

О. аппендицит – это воспаление червеобразного отростка. Заболевание частое, поражает 5 человек из тысячи. Занимает первое место (89%) среди хирургических заболеваний живота. Половина всех проводимых операций – это аппендэктомия. У нас в стране ежегодно от аппендицита гибнет 5-6 тысяч человек. Причины: инфекция, которая попадает в отросток из кишечника или гематогенным и лимфогенным путем. Предрасполагающие факторы: наличие каловых камней, инородные тела, наличие паразитов (аскаридоз).

Формы аппендицита.

В зависимости от проявления воспалительной реакции различают:
- простой (катаральный) аппендицит - отек червеобразного отростка, точечные кровоизлияния;

- деструктивный:

а) *флегмонозный аппендицит* – утолщение червеобразного отростка, появление фибринозного налета, в просвете серозно-гнойное содержимое;

б) *эмпиема червеобразного отростка* – булавовидное утолщение, в просвете гнойное содержимое;

в) *гангренозный аппендицит* – отросток дряблый, темного цвета, в просвете гнойно-некротическое содержимое;

г) *перфоративный аппендицит*.

Формы осложненного аппендицита:

- аппендикулярный инфильтрат;
- аппендикулярный абсцесс;
- разлитой гнойный перитонит;
- септический тромбофлебит воротной вены.

Клиника

Внезапно возникающая боль умеренной силы, но нарастающего и постоянного характера. Сначала боль появляется в подложечной области (симптом Кохера-Волковича). Затем локализуется в правой подвздошной области.

При пальпации - напряжение брюшной стенки больше справа. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Образцова, Ситковского, Ровзинга и др.

Тошнота, рвота, задержка стула.

Озноб, повышение температуры тела, лейкоцитоз, СОЭ ускорена.

Особенности протекания аппендицита:

- у детей - в начале заболевания общие симптомы преобладают перед местными, клиника заболевания яркая, заболевание протекает тяжелее, быстро нарастает интоксикация. Протекает в два этапа: острое начало, мнимое благополучие, обострение

(перитонит).

- у стариков – клиника стертая, общий анализ крови не очень показателен.

Неотложная помощь:

- ничего не давать через рот;
- холод на область живота;
- не обезболивать;
- срочная госпитализация в ЛПУ.

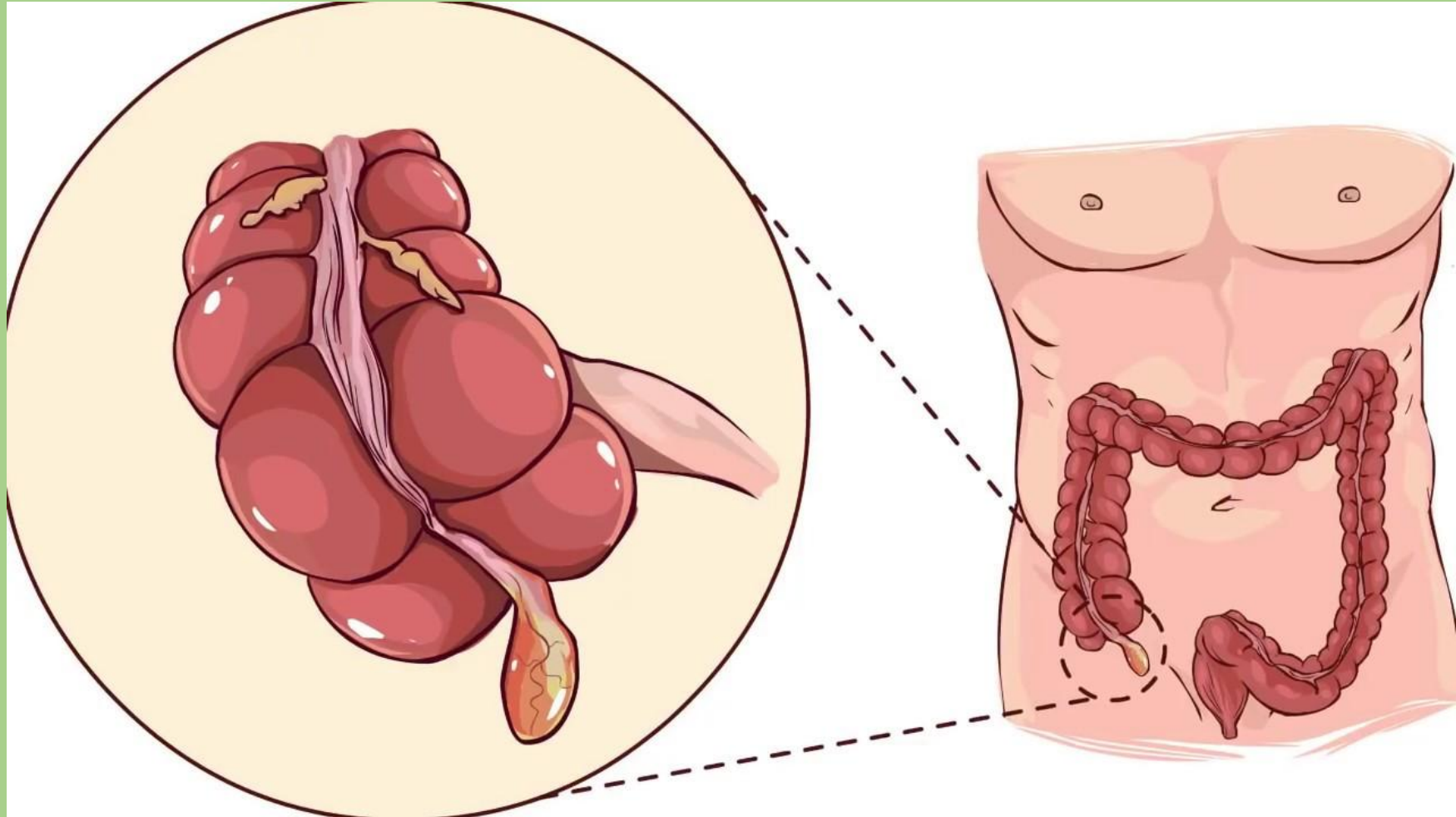
Лечение.

- срочное оперативное вмешательство (аппендэктомия);
- дренирование брюшной полости (при наличии гнойного содержимого в брюшной полости).

Уход за послеоперационным больным:

- наблюдение за состоянием повязки;
- наблюдение за общим состоянием больного;

- борьба с болью;
- питание больного (1-е сутки ничего через рот не давать, смачивать губы, 2-е сутки – стол №1а или 1б, затем с 3 суток – стол № 1).



Острый холецистит: понятие, формы, клиника, неотложная помощь, лечение, уход.

Острый холецистит – это воспаление желчного пузыря. Заболевание встречается часто и занимает второе место после острого аппендицита среди хирургических заболеваний живота. Женщины болеют в 4-5 раз чаще мужчин.

Формы холецистита:

а) по этиологии:

- острый калькулезный холецистит (простой и обтурационный);
- острый безкаменный холецистит (сосудистый, послеоперационный, ферментативный).

б) по воспалительным проявлениям:

- катаральный;
- флегмонозный;

- гангренозный;
- перфоративный.

Чаще встречается калькулезный холецистит (85-90%).

Причины калькулезного холецистита: является следствием желчно-каменной болезни. Происходит застой желчи, и вследствие этого образуются камни в желчном пузыре или желчных протоках.

Возникновению холецистита способствуют:

- нарушение обмена веществ, связанное с питанием;
- инфицирование желчи (инфекция в пузырь попадает гематогенным путем);
- нарушение сократительной функции пузыря и протоков;
- погрешности в питании (злоупотребление жирной и острой пищей).

Клиника.

- острое начало заболевания;
- появляются внезапные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и ключицу, надплечье.

Резкие кинжальные боли – при прободении желчного пузыря. Боли носят постоянный характер;

- изжога, отрыжка;

- рвота (часто с примесью желчи), которая не приносит облегчения;

- потеря аппетита и запоры;

- язык сухой, чувство горечи во рту;

- положительные симптомы Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Мерфи;

- может повышаться температура тела (в зависимости от формы холецистита);

- больной занимает вынужденное положение (на спине или на правом боку);

- в анализе крови – повышенный билирубин, в анализе мочи – желчные пигменты, белок, цилиндры.

Осложнения:

- токсический гепатит (когда камень закрывает общий желчный проток) – больной желтеет, моча темная, а кал светлый;
- эмпиема желчного пузыря;
- перфорация желчного пузыря;
- образование свищей;
- панкреатит.

Диагностика: УЗИ, лапароскопия, компьютерная томография, холеграфия, ФГДС.

Лечение: - лапороскопические операции, при множественных камнях удаляют желчный пузырь (холецистэктомия), с последующим дренированием.



ХОЛЕЦИСТИТ

Перитонит: понятие, классификация, клиника, неотложная помощь, лечение.

Перитонит – это воспаление брюшины.

Причины:

- ранения брюшной стенки;
- прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- хирургические заболевания живота, например острый аппендицит.

Классификация перитонита:

а) по этиологии:

- асептический;
- инфекционный;

б) по виду возбудителя:

- стафилококковый;
- стрептококковый;
- вызванный кишечной палочкой;

- вызванный смешанной флорой

в) по причине возникновения:

- травматический;

- послеоперационный;

- гематогенный;

- криптогенный;

г) по распространенности процесса:

-разлитой (диффузный);

- местный (ограниченный или осумкованный).

а) местный перитонит - локальный воспалительный процесс.

Причина: ранение брюшной стенки, прободная язва желудка, острый аппендицит.

Клиника: локальная боль, напряжение мышц брюшной стенки, воспаление дугласова пространства (болезненный акт дефекации, нависание стенки прямой кишки,

повышенная температура тела, лейкоцитоз).

б) *разлитой перитонит* – процесс распространяется по свободной брюшной полости без определенных границ, в процесс вовлекается вся брюшина.

Клиника: в клинике различают три стадии (реактивную, токсическую и терминальную):

Реактивная стадия: (первые двое суток после перфорации), состояние больного средней тяжести, локальная умеренная боль в животе, температура тела 38°C, тахикардия, соответствует температуре тела, больной занимает вынужденное положение, сознание ясное, язык влажный с коричневатым оттенком, к концу стадии появляется икота, рвота отсутствует, стула и газов нет, передняя брюшная стенка напряжена, положительные симптомы раздражения брюшины, живот умеренно вздут, АД нормальное.

Токсическая стадия: (2-5 суток после перфорации) состояние больного тяжелое, сильная разлитая боль, температура тела 38,5 °С, пульс 120 уд. в минуту не соответствует температуре, появляется беспокойство, страх, язык сухой, коричневатый, упорная икота, однократная или повторная рвота, живот не участвует в акте дыхания, в моче белок.

Терминальная стадия: (10-15 суток после перфорации) состояние крайне тяжелое, резкая разлитая боль, пульс около 140 в минуту, сознание спутанное, появляется Маска Гиппократ (выражение лица), язык сухой, коричневый с трещинами, рвота частая с резким запахом, АД пониженное, в моче белка более 1%, гематурия, цилиндры на фоне олигурии.

Лечение:

- подготовка к экстренной операции (кровь на группу крови, эвакуация желудочного содержимого, выведение мочи,

премедикация);

- экстренная операция (ревизия брюшной полости, удаление источника перитонита, промывание теплым раствором натрия хлорида);

- перитониальный диализ;

- больной поступает в реанимационное отделение - ингаляции кислорода, а/б, нистатин, леворин, трансанальное дренирование, аспирация желудочного содержимого, прозерин, в/в 3-5 литров жидкости (5% р-р глюкозы, натрий хлорид, гемодез, полидез), переливание свежечитратной крови, гормонотерапия, сердечные гликозиды, парентеральное питание, маннитол, витаминотерапия.

Уход: профилактика пролежней, гигиенические мероприятия, отсасывание желудочного содержимого, переворачивание пациента (борьба с застойной пневмонией), медицинская сестра должна осуществлять мониторинг.

Абдоминальные грыжи: причины, строение, классификация, клиника, осложнение, лечение, уход.

Грыжа – это выпячивание органов, покрытых париетальным листком брюшины, через существующие или приобретенные дефекты брюшной стенки.

Этим заболеванием страдает 2% населения страны. Оно не только ограничивает трудоспособность, но и доставляет больному много неприятных ощущений.

Причины:

- врожденная слабость соединительной ткани;
- недостаточное развитие апоневроза и мышц;
- длительное и частое повышение внутрибрюшного давления (кашель, запор, подъем тяжестей), высокое давление действует на «слабые зоны» брюшной стенки (паховый канал, овальную ямку на бедре, область пупка, апоневроз белой линии живота).

Строение грыжи.

Грыжа состоит: из грыжевых ворот, грыжевого мешка, грыжевого содержимого.

Грыжевые ворота – это отверстие (мышечно-апоневротический дефект, естественное анатомическое отверстие) через которое выходит грыжевое содержимое.

Грыжевой мешок – это часть париетальной брюшины. Он состоит из устья, шейки, тела и дна.

Содержимое грыжевого мешка – это петля кишечника, сальник.

Классификация грыж:

I. По этиологии:

- врожденные;
- приобретенные (травматические, послеоперационные).

II. По локализации:

- паховые (одно и двухсторонние);

- бедренные (одно и двухсторонние);
- белой линии живота;
- пупочные;
- послеоперационные

III. По клиническому течению:

- неосложненные;
- осложненные (невправляемые, ущемленные, поврежденные).

IV. По направлению выпячивания:

- наружные;
- внутренние.

Клиника:

- выпячивание в месте образования грыжи (опухолевидное образование);
- в положении лежа может исчезнуть (вправляемая грыжа), если грыжа не уходит (невправляемая грыжа);

- при кашле увеличивается ее размер (дифференциальная диагностика с опухолью);
- при перкуссии - тимпанический звук (петли кишечника), тупой звук (сальник);
- при внутренней грыже клиника кишечной непроходимости;
- боли при ходьбе, кашле, физической нагрузке.

Ущемленная грыжа

В 10-30% случаев клиническое течение грыж осложняется ущемлением. При этом спазм грыжевых ворот вызывает ущемление грыжевого содержимого. Кровообращение петли кишки нарушается, и через несколько часов наступает некроз, образуется экссудат, кожа вокруг краснеет, становится плотной отечной.

Причины: резкое повышение внутрибрюшного давления, переполнение калом кишки, находящейся в грыжевом мешке.

Клиника: сильные боли в области грыжи, явления острой кишечной непроходимости. Исчезает кашлевой толчок, нарастает интоксикация, многократная рвота, травматический шок, развивается перитонит. Ущемление может привести к летальному исходу.

Первая помощь:

- грыжу не вправлять;
- не применять спазмолитики (может произойти неправильное самовправление);
- нечего не давать через рот;
- холод;
- срочная госпитализация.

Лечение ущемленной грыжи: срочное оперативное вмешательство (рассечение грыжевых ворот, освобождение ущемленной кишки, в зависимости ее состояния – решается вопрос о резекции).

При неосложненной грыже плановая операция (вправление внутренностей в брюшную полость, иссечение грыжевого мешка, наложение лигатуры на шейку грыжи, пластическое закрытие грыжевых ворот).

Консервативное лечение: ношение бандажа.

Уход после операции.

- наблюдение за внешним видом больного (важно не пропустить признаки пареза кишечника – метеоризм, отсутствие газов, осмотр первой порции мочи);
- вставать можно с 3 дня, швы снимают на 7-8 сутки, выписка на 14 день;
- особый режим питания;
- избегать в первые дни кашля, смеха, ходьбы (увеличивает напряжения мышц).

В будущем избегать поднятия тяжестей, так как грыжи могут рецидивировать. Медицинская сестра должна информировать пациента о факторах риска (излишний вес, хронические заболевания) и советовать избегать всех состояний повышающих внутрибрюшное давление (запоров, кашля, нарушения мочеиспускания и др.).



Прободение: клиника, диагностика, лечение, первая помощь, лечение.

Чаще встречается у мужчин, чем у женщин (10:1), в возрасте 20-40 лет. В 90-95% эти язвы находятся на передней стенке желудка.

Прободение (перфорация) – разрушается слизистый, подслизистый слой и мышечный слой, в центре язвы образуется круглое отверстие 0,5 см в диаметре, через которое желудочное содержимое попадает в брюшную полость. Это приводит к развитию перитонита.

Причины:

- обильный прием пищи;
- значительная физическая нагрузка;
- промывание желудка.

Клиника:

- сильная «кинжальная» боль в эпигастральной области (травматический шок);
- кожные покровы бледные, липкий холодный пот;
- больной принимает вынужденное положение (сгибается);
- симптомы развивающегося перитонита (живот втянут, напряжение брюшных мышц, положительные симптомы раздражения брюшины, в частности симптом Щеткина-Блюмберга);
- лицо Гиппократово, язык сухой, обложен;
- пульс сначала редкий, затем частый (симптом Бергмана).

В клиническом течении выделяют 3 периода:

- период внезапных болей и шока (первые 6 часов);
- период мнимого благополучия (7-12 часов);
- период прогрессирующего перитонита (после 12 часов).

Во втором периоде уменьшаются боли, больному становится легче, и он отказывается от операции. Но врач и медицинская сестра должны помнить о том, что благополучие мнимое и убедить больного в необходимости проведения операции.

Диагностика:

- при перкуссии живота печеночная тупость не определяется;
- рентгеноскопия – «серп» воздуха под диафрагмой.

Первая помощь:

- не вводить наркотические анальгетики;
- ввести сердечно-сосудистые средства (кофеин, кордиамин, камфару);
- пузырь со льдом на живот;
- через рот ничего не давать;
- транспортировка в ЛПУ на носилках.

Лечение:

- подготовка к экстренной операции (анализ крови, бритье операционного поля, выведение мочи, премедикация);
- удаление желудочного содержимого из брюшной полости, санация брюшной полости, введение антибиотиков;
- рану наглухо ушивают.

Кровотечение: клиника, лечение, первая помощь, лечение.

Язвы вызывают разрушение сосудов, в результате возникает обильное кровотечение.

Клиника:

- симптомы острой кровопотери с развитием коллапса (кожные покровы бледные, пульс частый, слабого наполнения), величина кровопотери определяется по показателям гемодинамики (частота пульса, АД, анализу крови);

- рвота (однократная или многократная), может быть по типу «кофейной гущи» или алой кровью (в зависимости от интенсивности кровотечения);
- кровь поступает в двенадцатиперстную кишку и появляется дегтеобразный стул (милена);
- силивается перистальтика;
- развивается обезвоживание, боли при этом уменьшаются или совсем исчезают.

Первая помощь:

- уложить больного в горизонтальное положение;
- холод на эпигастральную область;
- доставка в ЛПУ.

Лечение начинают с консервативных мероприятий:

- полный покой, холод на живот;
- введение наркотических анальгетиков;

- введение в/в 10% раствора хлористого кальция и 5% эписилон-аминокапроновой кислоты,
- внутримышечно викасол, дробное переливание крови, полноценная диета.

При отсутствии эффекта оперативное лечение (резекция желудка).

Пенетрация: клиника, диагностика, первая помощь, лечение.

Пенетрация – это прорастание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в соседние органы и ткани.

Стадии прорастания:

- а) внутрстеночная пенетрация - прорастание язвы через все стенки органа;
- б) стадия фиброзного сращения с подлежащим органом;

в) стадия завершённой пенетрации – проникновение в соседние органы.

Клиника: зависит от стадии пенетрации и от того, в какой орган проникает язва. Боли становятся постоянными, не смотря на лечение.

Так, язва желудка прорастает в малый сальник, поджелудочную железу, печень. Язва двенадцатиперстной кишки прорастает в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку.

Лечение хирургическое. Профилактика – лечение язвы.

4. Стеноз привратника: клиника, диагностика, первая помощь, лечение.

Стенозирующая язва находится в пилорическом отделе желудка, она при рубцевании сужает его и затрудняет эвакуацию пищи, поэтому пища длительно задерживается в желудке, это приводит к

растяжению желудка.

Стеноз привратника протекает в две стадии:

а) стадия компенсации – гипертрофия стенки желудка, вследствие усиленной работы желудка.

б) стадия декомпенсации – атония, растяжение стенки, снижается перистальтика, нарушается электролитно-водный баланс, белковый обмен.

Клиника.

а) стадия компенсации:

- заболевание развивается постепенно;
- появляется ощущение тяжести в желудке после еды;
- через несколько часов после приема пищи возникает рвота не переваренной ранее съеденной пищей;
- отрыжка тухлым.

б) стадия декомпенсации:

- постоянная рвота приводит к потере массы тела и обезвоживанию;
- желудочная тетания (судорожное сведение кисти, общие судороги), верхняя половина живота выбухает;
- наблюдается видимая перистальтика желудка, шум плеска натошак, в крови сгущение, пониженное содержание хлоридов, повышена мочевины;
- на рентгеновском снимке растяжение желудка, остатки бария в желудке через 28 часов.

Лечение:

- оперативное лечение (резекция $\frac{3}{4}$ желудка);
- введение 5% раствора глюкозы, 0,9% натрия хлорида, аминокислот; переливание крови;
- в тяжелых случаях наложение гастроэнтероанастомоза;
- промывание желудка в течение 1-2 недели по вечерам.

Острая кишечная непроходимость – это нарушение или полное прекращение продвижения кишечного содержимого по кишечнику.

При ОКН:

- нарушается всасывание в кишечнике, в результате происходит обезвоживание организма;
- токсические вещества не выводятся, а всасываются в кровь, в результате чего нарастает интоксикация организма. ОКН делится на:

Механическая:

- *обтурационная* (наиболее легкая) - просвет кишки закрывается опухолью, каловыми или желчными камнями, аскаридами;
- *странгуляционная* (наиболее опасная, так происходит нарушение кровообращения в петле кишечника, плюс нарушается проходимость) – при ущемленных грыжах, завороте

Инвагинация (промежуточная форма) - внедрение одного участка кишки в другую, при этом некротизируется тот участок, который внедряется.

Динамическая:

а) паралитическая - вызвана отсутствием перистальтики кишечника (травмы живота, перитонит, аппендицит, панкреатит, почечная колика и др.);

б) спастическая – редкая форма, происходит из-за раздражения слизистой кишечника (прием питуитрина, церукала, у невропатических личностей).

Клиника.

1. Спастическая форма - приступообразные боли в животе на фоне усиливающейся перистальтики.

2. Паралитическая форма - значительное вздутие живота, отсутствие перистальтики, задержка стула, газов, метеоризм,

рвота, симптомы интоксикации.

3. Странгуляционная форма - сильнейшие коликообразные боли в животе, неукротимая рвота, асимметрия живота, симптом падающей капли, расширение ампулы прямой кишки, АД снижается, состояние тяжелое, холодный пот, акроцианоз, глаза западают, голос теряет звучность, разлитой перитонит.

4. Обтурационная форма – развивается постепенно (постепенная закупорка просвета кишки), обильная рвота с каловым запахом, чередование запора с профузным поносом, нарастает интоксикация.

5. Инвагинация – клиническая картина развивается быстро, рвота, боли в животе, пальпируется цилиндрическое образование, правая подвздошная область западает, в кале кровь, чаще у детей.

Диагностика.

- анамнез (травмы, операции);

- обзорная рентгеноскопия - участки жидкости в петлях кишечника с горизонтальным уровнем (чаши Клойбера).

Лечение.

а) динамическая непроходимость – устранение причины, вызвавшей непроходимость, нормализовать работу гладкой мускулатуры (паранефральная блокада).

б) паралитическая непроходимость – 10% раствор натрия хлорида в/в, п/к 1 мл прозерина или питуитрина, гипертоническая клизма (20-30 мл).

в) обтурационная непроходимость – зондирование и промывание желудка, паранефральная новокаиновая блокада, спазмолитики (атропин, но-шпа), гормоны (преднизолон, гидрокортизон), инфузионная терапия (до 2-3 литров), противошоковые мероприятия.

Все мероприятия проводят не более 2 часов, если нет эффекта – оперативное лечение (при странгуляционной непроходимости операция делается немедленно).

Особенности послеоперационного ухода:

- обезболивание;
- введение антигистаминных препаратов;
- стимуляторы перистальтики (1мл дикаина, через 1 час 400мл 5% раствор глюкозы в/в с 30 мл 10% хлористого калия, через 1 час – прозерин в 10 мл физиологического раствора, через 1 час 1мл питуитрина или электростимуляция моторики;
- инфузионная терапия;
- тонким зондом необходимо убрать желудочное содержимое;
- питание 1-2 дни парентеральное, с 3-го дня через рот.

Травмы живота

Из всех механических повреждений на долю травм живота приходится 5%. За последнее время выросло число закрытых травм живота с повреждением внутренних органов.

Травмы живота подразделяются на:

- закрытые (целостность кожи не нарушается);
- открытые (раны);

а). Закрытые травмы живота делятся на:

- травмы живота без повреждения внутренних органов (разрыв прямой мышцы живота, ушибы передней брюшной стенки);
- травмы живота с повреждением внутренних органов (при этом уточняется, каких паренхиматозных или полых).

1. Повреждение передней брюшной стенки: локальная боль, тошнота и рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки. При пальпации опухолевидное образование, гематома.

С целью дифференциальной диагностики делается лапароцентез.
Лечение: создание покоя, холод местно, затем тепло. Большие гематомы вскрываются оперативно, так как они могут осложниться нагноением. Иногда назначаются гемостатики.

2. Повреждение паренхиматозных органов (селезенки, печени): может быть одномоментным или двухмоментным, когда сначала разрывается паренхима и кровь скапливается в капсуле органа, а затем от небольшой физической нагрузки капсула разрывается и кровь поступает в брюшную полость.

Симптомы: симптомы внутреннего кровотечения, шока, раздражения брюшины. Начало в виде обморока, который наступает в момент разрыва органа, затем появляется боль, живот при пальпации не напряжен, притупление перкуторного звука в отлогих местах.

При разрыве селезенки - боль распространяется по всему животу, но особенно она выражена в левом подреберье с иррадиацией в левое надплечье;

- при разрыве печени – боль сильнее в правом подреберье, может развиваться желтуха, наблюдается симптом «ваньки-встаньки» - вынужденное положение.

В анализе крови анемия, АД снижается, тахикардия нарастает.

Лечение: - экстренная операция с восстановлением кровопотери (реинфузия, если прошло не более 12 часов с момента травмы).

При небольших дефектах селезенки, ее ушивают, а при множественных разрывах она удаляется. После удаления селезенки будет наблюдаться тромбоцитоз.

Печень – ушивание, тампонирование печени кусочком сальника, наложение металлических скобок.

Повреждение полых органов (разрыв желудка и кишечника) может возникнуть в результате удара или падения.

- при разрыве желудка: в эпигастральной области возникает внезапная «кинжальная боль», шок, тошнота, рвота возможно с кровью, все симптомы прободения (болезненность по всему животу, мышцы напряжены, положительные симптомы раздражения брюшины), затем развивается перитонит, лейкоцитоз, повышение температуры;

- при разрыве кишечника ведущими будут симптомы перитонита, которые развиваются очень быстро, симптомы внутреннего кровотечения и шока, пневмоперитонеум.

Первая помощь: - покой, холод на живот, ничего не давать пить, гемостатические средства.

Лечение: оперативное (ушивание или резекция кишечника)

б). Открытые травмы живота делятся на проникающие и не проникающие.

- непроникающие ранения – повреждаются ткани до брюшины, состояние пораженного чаще удовлетворительное, он активен, живот участвует в акте дыхания, вне раны живот безболезнен;

- проникающие ранения – повреждается брюшная стенка, и могут повреждаться внутренние органы, так же могут в рану выпадать внутренние органы (эвентрация кишечника, сальника).

Симптомы: клиническая картина, как и при разрыве органов, но дополнительно на передней стенке будет рана. Для уточнения диагноза проводится лапаротомия, лапароскопия.

Первая помощь:

- остановка кровотечения временным способом;
- туалет раневой поверхности (края раны обработать антисептиком);

- инородные тела из глубины раны не удалять;
- при эвентрации - выпавшие органы не вправлять, обложить стерильным материалом, смоченным в антисептике, затем сухими салфетками, вокруг ватно-марлевым валиком в виде «бублика», туго не бинтовать;
- ввести обезболивающие средства (профилактика шока);
- ничего не давать через рот;
- тепло укрыть;
- госпитализировать на носилках.

Лечение:

- профилактика столбняка;
- противошоковые мероприятия;
- подготовка к экстренной операции (клизму не ставить, желудок не промывать, ЧСО, подготовка операционного поля, опорожнить мочевой пузырь); оперативное вмешательство.

Будьте здоровы!