

Синдром «острого живота»

**Воспалительные
заболевания
органов брюшной полости**

Перитонит

Перитонит- воспаление брюшины.

Причины перитонита: инфекция и химические вещества.

Инфекция попадает при проникающих ранениях; из очага воспаления в брюшной полости или гематогенным путём.

Классификация перитонита:

- отграниченный и разлитой(диффузный);**
- асептический и инфекционный;**
- первичный(гематогенный и лимфогенный) и вторичный(распространение инфекции из воспалительного очага);**
- по виду возбудителя: пневмококковый, стафилококковый, от синегнойной палочки и другие;**
- острый, подострый, хронический.**

Нарушения, возникающие при перитоните:

- происходит скопление гнойного экссудата в брюшной полости;**
- развивается обезвоживание организма;**
- нарушается гемодинамика;**
- постепенно происходит расстройство всех видов обмена веществ.**

Клинические проявления перитонита

В течение перитонита выделяют 3 фазы:

I фаза- реактивная;

II фаза- токсическая;

III фаза- терминальная.

I фаза- реактивная

- выражен болевой синдром со стороны живота;**
- рвота чаще однократная,**
- повышение температуры тела;**
- живот напряжён, болезненен,**
- симптом Щёткина- положительный;**
- язык –суховат;**
- ректальная температура повышена на 1-1,5 град.;**
- в анализе крови- лейкоцитоз; сдвиг формулы влево.**

II фаза- токсическая

- происходит резкое ухудшение состояния;**
 - рвота учащается;**
 - живот вздут;**
 - при аускультации нет перистальтики;**
 - возникает паралитическая непроходимость;**
- Появляются признаки интоксикации: --**
- желтушность кожи,**
 - диурез снижен;**
 - в анализе мочи - белок, цилиндры;**
 - может быть увеличение печени и селезёнки.**

III фаза- терминальная

- **Пациент перестаёт жаловаться на боль; глаза –запавшие, черты лица- заострённые, страдальческое выражение лица, оно получило название - «лицо Гипократа».**
- **На этой стадии возникают, как правило, необратимые изменения.**

**Медицинская тактика: экстренная
госпитализация.**

Принципы лечения перитонита

- лечение оперативное - лапаротомия;**
- предоперационная подготовка: устранить болевые ощущения и улучшить водно-электролитный обмен; проводится дезинтоксикационная терапия; применяются анальгетики, сердечно-сосудистые препараты, сода; вводятся антибиотики; пациенту ставится подключичный катетер, назогастральный зонд, катетер в мочевого пузырь;**

- в ходе операции удаляется источник инфекции,**
- брюшная полость промывается антисептиками;**
- в подреберья и в подвздошные области вводятся дренажи;**

- **в послеоперационном периоде пациент находится в палате интенсивной терапии, где осуществляются следующие мероприятия:**
- **контроль за дренажами,**
- **осуществление перитонеального диализа,**
- **борьба с паралитической непроходимостью,**
- **эвакуация содержимого желудка через назогастральный зонд,**
- **контроль за диурезом,**
- **инфузионная терапия,**
- **антибиотикотерапия,**
- **питание в первые 2-3 дня парентеральное, после восстановления перистальтики через рот.**

Выписываются пациенты под наблюдение хирурга поликлиники.

Острый аппендицит

Острый аппендицит- воспаление червеобразного отростка.

**В возникновении аппендицита играют роль следующие факторы:
нейротрофический, сосудистые расстройства в стенке отростка, инфекция, фактор питания.**

Особенности червеобразного отростка, благоприятствующие развитию воспаления: относительная мощность кругового мышечного слоя; скудная артериализация, мощность лимфатического слоя.

Классификация острого аппендицита

- катаральный;**
- флегмонозный;**
- деструктивный: перфоративный или гангренозный.**

Симптоматика острого аппендицита

- главный признак- боль в животе, возникающая внезапно , в любое время суток; вначале может локализоваться в эпигастральной области;**
- температура в первые часы нормальная или субфебрильная;**
- отмечается учащение пульса не соответствующее температуре;**
- тошнота и рвота, чаще однократная;**
- стул обычно в норме, но может быть и задержка;**
- язык влажный, а при деструктивных формах сухой**
- в анализе крови- лейкоцитоз, сдвиг формулы влево; анализ мочи без изменений;**
- пациенты, как правило лежат на правом боку или на спине;**

- **-при лёгкой перкуссии боль в правой половине живота;**
- **-напряжение мышц правой подвздошной области;**
- **-положительный симптом Щёткина;**
- **-при поворачивании на левый бок боли усиливаются- симптом Ситковского;**
- **-положителен симптом Ровзинга- усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразных движениях слева;**
- **-при ректальном обследовании отмечается болезненность тазовой брюшины.**

Острый аппендицит.

Симптом Щёткина-Блюмберга.

Медленное надавливание на перелитую брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием усиливает боль в момент снятия пальцев с живота больного.



Острый аппендицит.

Симптом Раздольского.

При перкуссии передней брюшной стенки возникает болезненность в правой подвздошной области.



Острый аппендицит.

Симптом Ровзинга.

Ровзинга-светлые боки в правой подвздошной области при лёгких толчкообразных движениях пальцами правой кисти в левой подвздошной области,



левая кисть ограничивает правую половину живота от левой (гидродинамическое воздействие на аппендикс).

**Встречаются атипичные формы
расположения червеобразного отростка, при
которых нарушается типичная клиническая
картина:**

- ретроцекальное расположение;**
- тазовое;**
- подпечёночное.**

Осложнения острого аппендицита

- перитонит;**
- периаппендикулярный абсцесс;**
- забрюшинная флегмона;**
- тромбофлебит вен брыжейки;**
- поддиафрагмальный абсцесс;**
- лёгочные осложнения.**

Особенности острого аппендицита у беременных(после 16 недель):

- нетипичная локализация болей, т.к. отросток смещён вверх и кзади; -**
- слабовыраженные боли;**
- мышечное напряжение может отсутствовать;**
- симптом Щёткина и др. симптомы ступёваны.**

Особенности острого аппендицита у детей:

- неспецифичность клинической картины,**
- преобладают общие нарушения в виде повышения температуры, многократной рвоты, дисфункции кишечника,**
- беспокойство,**
- нарушение сна,**
- деструкция развивается быстрее.**

Особенности острого аппендицита у стариков:

- характерные симптомы могут отсутствовать,**
- боли слабо выражены, разлитого характера,**
- часто тошнота и рвота,**
- плохо выражено напряжение мышц,**
- часто нет лейкоцитоза.**

Лечение острого аппендицита

При подозрении на острый аппендицит проводится экстренная госпитализация.

Предоперационная подготовка по общим правилам подготовки к экстренной операции.

Операция- аппендэктомия; может проводится лапароскопически.

В послеоперационном периоде вставать и принимать пищу можно на 2-е сутки.

После выписки должно быть наблюдение хирурга поликлиники.

Острый холецистит

Острый холецистит - воспаление желчного пузыря.

Причины холецистита

- застой желчи, который возникает при запорах, беременности, анатомических нарушениях, малоподвижном образе жизни; -
- играет роль обильное потребление жирной пищи (происходит нарушение холестеринового обмена;
- при нарушенном обмене идёт камнеобразование; играют роль заболевания поджелудочной железы, когда происходит заброс панкреатического сока в желчные пути, вызывая их воспаление;
- застой желчи создаёт условия для проникновения инфекции из печени и 12-перстной кишки.

Классификация холецистита

- катаральный;**
- флегмонозный;**
- гангренозный;**
- перфоративный.**

Симптоматика холецистита

Провоцирующим фактором для возникновения приступа может быть обильный приём пищи, эмоциональные переживания, тряска во время езды, у женщин месячные.

Боль локализуется в месте проекции желчного пузыря, иррадирует в подреберье, над ключицей, под лопатку, в правое плечо; нередко отмечается боль в области сердца, аритмии, коллапс.

Рвота чаще многократная;

Температура, как правило, субфебрильная; возможна дисфункция кишечника.

При пальпации живота определяется боль в правом подреберье, положительный симптом Ортнера, Мёрфи, френикус-симптом; при переходе воспаления на брюшину положителен симптом Щёткина.

При закупорке общего желчного протока может развиваться желтуха(механическая).

Принципы лечения холецистита

Нарастающий или стихающий характер холецистита определяется в первые 3-е суток от начала приступа, в течение этого срока решается вопрос об операции.

Острый холецистит. Тактика лечения

Больные с катаральным и флегмонозным холециститами

Консервативное лечение в течение 24-48 часов с обязательным динамическим осмотром хирурга

Неэффективность консервативного лечения в течение 24-48 часов

Появление признаков деструктивного холецистита в течение 6 ч

Оперативное лечение в сроки от 24 до 72 часов



С целью снятия болевого приступа и в качестве предоперационной подготовки назначается : голод, холод местно; спазмолитики- атропин, папаверин, платифиллин; вводится промедол; инфузионная терапия; антибиотики.

Если операция проводится в плановом порядке, то за 4-5 дней до неё назначается бесшлаковая диета, накануне операции ставятся 2 клизмы до чистых вод.

Операция- холецистэктомия с ревизией печёночных протоков.

После операции со 2-х суток назначается стол 5-А.

Дренаж из брюшной полости удаляется через 2-3 дня, после чего можно вставать; дренаж в общем желчном протоке стоит 12-20 дней.

В послеоперационном периоде необходима профилактика лёгочных осложнений.

Острый панкреатит

Острый панкреатит- воспаление поджелудочной железы.

Панкреатит развивается вследствие повреждения ацинозных клеток поджелудочной железы и увеличения секреции панкреатического сока. Повреждение ацинозных клеток может возникнуть в результате травмы живота, нарушениях кровообращения в поджелудочной железе, отравлениях, аллергических реакциях, заброса желчи в проток поджелудочной железы, избыточного употребления жиров и углеводов. Из повреждённых клеток выделяется цитокиназа, которая трипсиноген переводит в трипсин; под действием трипсина из клеток поджелудочной железы освобождается гистамин и серотонин, а также образуется брадикинин.

Ферменты разносятся по лимфатическим и кровеносным сосудам по организму. В итоге развиваются следующие нарушения: повышается проницаемость сосудистой стенки; замедляется кровоток; развивается геморрагический отёк и массивные кровоизлияния в железу и забрюшинную клетчатку; выделившаяся липаза вызывает жировой некроз в железе и в других органах; в организме развивается интоксикация; значительное расстройство кровообращения.

В течении панкреатита выделяют 2 фазы:

**1-я трипсиновая, когда развивается
геморрагический отёк;**

**2-я липазная, когда развивается и
геморрагический и жировой некроз.**

2-я фаза является необратимой.

Симптомы панкреатита

Боль –от умеренной в эпигастрии, до тяжёлых приступов; часто боль носит опоясывающий характер. Возможно развитие коллапса.

Тошнота и рвота, повторная, не приносящая облегчения.

Язык часто сухой, обложен.

Живот – вначале мягкий, а затем вздут(вследствие пареза кишечника); пальпация болезненна, симптом Щёткина отрицателен.

Определяется боль при пальпации в левом рёберно-позвоночном углу- симптом Мэйо-Робсона;

Может быть симптом Воскресенского- исчезновение пульсации брюшной аорты;

Симптом Калинчик - точечная боль под мечевидным отростком;

- **Симптом Грей-Турнера- цианоз боковых отделов живота;**
- **Симптом Куллена- цианоз в области пупка.**
- **Лабораторные данные: лейкоцитоз, ускорение СОЭ; в сыворотке крови- повышение активности трансаминазы и альдолазы; может быть гипергликемия; в моче увеличивается альдолаза.**

Принципы лечения

Консервативное лечение:

- голод 2-4 дня; затем питание дробное 5-6 разовое; исключить алкоголь, маринады, жирную, жареную, острую пищу, углеводы ограничить;**
- вводится назогастральный зонд;**
- проводится инфузионная терапия с целью снятия интоксикации;**

- вводятся антибиотики, спазмолитики;**
- проводится антиферментная терапия (трасилол, контрикал);**
- применяются сердечно-сосудистые средства.**

Операция- при нарастании интоксикации.

Симптоматика «острого живота» в гинекологии Общее:

- Внезапное появление болей среди полного здоровья
- Боли внизу живота, с тенденцией к усилению и распространению
- Тошнота, рвота
- Нарушение отхождения кишечных газов и кала



ПРИЧИНЫ ОТРОГО ЖИВОТА

1. Острые внутрибрюшные кровотечения

- Нарушенная внематочная беременность – 47%
- Апоплексия яичника, разрыв кисты яичника – 17%
- Перфорация матки – 1%

2. Острые ВЗОТ – 24%

- Пельвиоперитонит, пиосальпинкс, пиоварум, tuboовариальное образование

3. Нарушения кровообращения во внутренних половых органах

- Перекрут ножки опухоли или опухолевидного образования яичника или фаллопиевой трубы
- Перекрут и/или некроз миоматозного узла

4. Осложнения после операций на половых органах

Благодарю за внимание!