**ЛЕКЦИЯ**

# Синдром «Острого живота»

**Сестринская помощь при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.**

**План лекции:**

1. Особенности исследования больных с хирургической патологией органов брюшной полости.

2. Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости.

3. Понятие об «остром животе.

4. Открытые повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости.

5. Острый аппендицит.

6. Острый холецистит.

7. Острый панкреатит.

***1. Особенности исследования больных с хирургической патологией органов брюшной полости.***

**Осмотр** – выпячивание, асимметрия, рубцы, асцит, грыжи, пупок, паховая область, расширение вен.

**Перкуссия** – печёночная тупость, исчезновение её при пневмоперитонеуме, болезненность, жидкость.

**Пальпация** – положение Фаулера (ноги согнуты), врач справа. Внимание больного отвлекают – проверяют пульс и т.д.

***2. Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости.***

**Закрытые повреждения:**

а) ушиб передней брюшной стенки;

б) разрыв печени;

в) селезёнки;

г) повреждение желудка и двенадцатипёрстной кишки, тонкой и толстой кишки (полых органов).

**Открытые повреждения органов брюшной полости:**

а) открытое повреждение брюшной стенки;

б) понятие о проникающих в брюшную полость и в просвет полых органов брюшной полости ранениях живота. Особенности огнестрельных ранений живота. Выпадение в рану органов брюшной полости.

в) первая помощь и особенности транспортировки при проникающих ранениях живота.

***3. Понятие об «остром животе».***

Несмотря на многообразие клинических проявлений … хирургической патологии органов брюшной полости, в этой группе заболеваний всё же существует единый симптомокомплекс, обозначаемый термином «острый живот», присущий каждой отдельной болезни.

**«Острый живот»** - это симптомокомплекс, вызванный воспалением или раздражением брюшины.

**Причины**:

1. Травмы;
2. Воспалительные процессы;
3. Перфорации полых органов;
4. Перитониты;
5. Заболевания органов грудной полости.

**Симптомы:**

1. Внезапные или возникшие постепенно, но усиливающиеся постоянные либо схваткообразные боли в животе.
2. Тошнота, рвота съеденной пищей, желчью, «кофейной гущей», кишечным содержимым.
3. Вздутие живота, задержка стула, неотхождение газов, понос.
4. Появление «доскообразного» живота – напряжение мышц передней брюшной стенки или её отделов.
5. Появление симптомов раздражения брюшины.
6. Потеря сознания, высокая температура, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево.

Выявление описанных симптомов не даёт точной диагностики, но диктует необходимость экстренной госпитализации больного в хирургический стационар и неотложного решения диагностических и лечебных задач.

Следует помнить, что любые неверные действия, направленные на «улучшение состояния», «снятие болей», и др., например, необоснованное введение сильнодействующих препаратов при оказании помощи, могут «смазать» клиническую картину заболевания, дезориентировать врача.

Первая помощь заключается в госпитализации, транспортировке на носилках.

**До осмотра врачом запрещается:**

1. Пить.
2. Вводить обезболивающие и наркотики!
3. Антибиотики, а так же средства, влияющие на перистальтику кишечника.
4. Промывать желудок.
5. Применять очистительные клизмы.
6. Согревать грелкой, ванной!

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости характеризуются внезапным началом, прогрессивно нарастающим течением, быстрым развитием опасных для жизни осложнений, устранение которых в большинстве случаев требует хирургического вмешательства.

Больные подлежат экстренной госпитализации в хирургическое отделение. Случай, когда хирург сам себя оперировал. (?)

В зависимости от причин возникновения, механизм развития … хирургические заболевания и травмы подразделяются на следующие группы:

1. Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости (разрыв печени, селезёнки, травмы полых органов).
2. Воспалительные заболевания (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перитонит).
3. Острая кишечная непроходимость (непроходимость кишечника, ущемления, грыжа).
4. Перфорации полых органов (прободная язва желудка, двенадцатипёрстной кишки, язва кишечника).
5. Внутренние кровотечения (желудочно-кишечные кровотечения и т.д.)

***4. Открытые повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости.***

Открытые повреждения внутренних органов брюшной полости возникают при колото-резанных или огнестрельных ранениях живота. Открытые повреждения печени, селезёнки, полых органов проявляются признаками перитонита, наружного и внутреннего кровотечения. Достоверный симптом повреждения внутреннего органа – истечение из раны желчи при разрыве печени, съеденной пищи или желудочного сока – при травме желудка, кишечного содержимого – при поражении кишки.

В клинической картине открытых повреждений живота превалируют симптомы перитонита, через рану могут выпадать внутренние органы (желудок, петля кишки, край печени).

Все больные с открытыми повреждениями подлежат экстренной госпитализации в хирургическое отделение для оперативного вмешательства.

**Первая доврачебная медицинская помощь:**

1. Кожу живота вокруг раны обрабатывают антисептическим раствором.
2. Выпавшую петлю кишки или орган аккуратно и бережно обёртывают стерильной салфеткой, обильно смоченной тёплым изотоническим раствором натрия хлорида.
3. Накладывают асептическую повязку.

**Вправлять выпавшие внутренности запрещается.**

Раненым в живот нельзя давать есть и пить, транспортировка в хирургический стационар в положении лёжа на …

Перед транспортировкой целесообразно произвести инъекцию ненаркотического анальгетика, укрыть одеялом. По указанию врача можно ввести наркотический анальгетик.

Закрытые повреждения паренхиматозных и полых органов брюшной полости.

Закрытая травма живота в 30% случаев сопровождается разрывами селезёнки, печени или сочетаниями их повреждений.

Повреждение печени возникает в результате прямого удара, сдавления или падения с высоты. Разрывы могут быть одиночными и множественными.

Ведущими в клинической картине разрыва печени остаются симптомокомплексы шока и внутреннего кровотечения. Больные бледны, возбуждены, отмечаются цианоз конечностей, частый малый пульс, пониженное артериальное давление, в тяжёлых случаях – потеря сознания. Больные лежат на правом боку, изменение положения тела резко ухудшает самочувствие, …

Повреждения селезёнки. Аналогично разрывам печени в клинической картине повреждения селезёнки преобладают явления шока и внутреннего кровотечения. Пострадавшие жалуются на боли в левой половине живота, отдающие в левое плечо и область плечевого пояса, дыхание поверхностное, глубокий вдох обрывается в результате усиления болей. Положение вынужденное на левом боку с приведёнными к животу ногами. Отмечаются выраженная бледность, головокружение, нарастающая слабость, частый пульс, артериальное давление низкое. Живот напряжён в левой половине, резко болезненный, выявляются симптомы раздражения брюшины, при перкуссии тупость в отлогих местах, понижение гемоглобина, эритроцитов.

Существуют так называемые двухмоментные разрывы, когда ткань паренхиматозного органа повреждается под капсулой, и, лишь спустя какое-то время после травмы, кровь опорожняется в брюшную полость. О таком механизме повреждения печени и селезёнки необходимо помнить и обязательно проконсультировать больного с закрытой травмой живота у хирурга, даже при удовлетворительном общем состоянии.

Повреждение желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки. Клиническая картина характеризуется быстрым развитием воспаления брюшины. Появляются резкие боли, распространяющиеся по всему животу, позже присоединяются рвота, отмечается задержка стула, вздутие живота, неотхождение газов. Регистрируется повышение температуры тела, напряжение и болезненность передней брюшной стенки, появление признаков перитонита, исчезновение печёночной тупости, повышение лейкоцитов, синдром Щеткина–Блюмберга.

Больных с подозрением на повреждение полого или паренхиматозного органа необходимо экстренно доставить в хирургическое отделение для оперативного лечения.

Противопоказаны согревание живота и очистительные клизмы. Транспортировать таких больных нужно на носилках в положении лёжа, к животу целесообразно приложить пузырь со льдом.

Огнестрельные ранения характеризуются множественным поражением и обширными разрушениями окружающих тканей.

При огнестрельных ранениях часто вследствие обширности поражения развивается функциональная печёночная недостаточность, усугубляющая течение перитонита и кровопотерю.

Особенностью открытых повреждений селезёнки и печени является их сочетание с повреждениями других органов: желудка, лёгких, кишечника.

***5. Острый аппендицит.***

Неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Воспаление отростка всегда начинается в слизистой и подслизистой ткани.

**Классификация:**

1. Аппендикулярная колика;
2. Катаральный аппендицит;
3. Деструктивный:

а) флегмоидный

б) эмпиема

в) гангренозный

г) перфоративный;

1. Осложнённый:

а) аппендикулярный инфильтрат

б) аппендикулярный абсцесс

в) разлитой гнойный перитонит

г) прочие

Заболевание начинается с неопределённых болевых ощущений в эпигастральной, околопупочной, правой подвздошной областях или болей по всему животу с последующей локализацией через 4-6 часов в правой подвздошной области. Такое разнообразие болей при остром аппендиците объясняется локализацией червеобразного отростка. Синдром Кохера.

Степень болевой реакции зависит от растяжения червеобразного отростка воспалительным процессом. Болевой синдром сопровождается нарастающей интоксикацией: появление озноба, сухости во рту, слабости, тошноты, однократной рвоты, повышение температуры, учащение пульса.

При ощупывании живота можно выявить так называемое защитное напряжение мышц живота в правой подвздошной области.

В случае распространения воспалительного процесса за пределы отростка определяются симптомы воспаления брюшины, синдром Щеткина-Блюмберга – усиление боли в правой подвздошной области при резком отдёргивании руки после предварительного надавливания.

Нарастают перечисленные симптомы: повышение температуры тела до 38 – 38,5 градусов, тахикардия, появляется рвота, язык обложен, сухой.

Особенности острого аппендицита у детей: чаще от 5 до 15 лет, сопровождается высокой температурой, схваткообразными болями в животе, тошнотой, рвотой, учащением стула. Напряжение живота может быть небольшим.

Особенности у пожилых людей обусловлены сопутствующими заболеваниями и пониженной реактивностью организма. Процесс начинается с незначительных болевых ощущений в правой подвздошной области, температурной реакции может и не быть, не всегда определяется напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. При слабо выраженной клинической картине больные поступают в хирургическое отделение в поздние сроки с развившимся осложнением – аппендикулярным инфильтратом.

Диагностические трудности возникают при распознавании острого аппендицита у беременных. Во второй половине беременности (с 14 недели) увеличенной маткой смещается червеобразный отросток и меняется локализация боли. Нарушение нормальных топографических отношений способствует быстрому развитию деструктивных форм аппендицита. Увеличенная матка растягивает мышцы живота, и реактивное напряжение мышц не выражено.

* 1. Боль
  2. Рвота
  3. Задержка стула
  4. Синдромы Ситковского, Воскресенского, Ровзинга, Щеткина-Блюмберга
  5. Повышение температуры
  6. Лейкоцитоз
  7. Сдвиг формулы влево.

Первая доврачебная помощь при остром аппендиците заключается в следующем:

Лица с подозрением на острый аппендицит до осмотра врачом должны находиться в постели, к правой подвздошной области можно приложить пузырь со льдом.

Запрещается введение наркотиков, дача слабительных, очистительных клизм, согревание живота грелками.

Необходима срочная госпитализация.

**Послеоперационный уход:**

1. Пить через два часа
2. Стол №0, далее стол №1 без хлеба. С третьего дня хлеб.
3. На два часа холод на живот.
4. На третий день очистительную микроклизму
5. Перевязки, контроль за раной для профилактики осложнений.
6. Ходить на второй – третий день, если нет микроирригаторов.
7. Швы снимаются на 7 день.

***6. Острый холецистит.***

Воспаление желчного пузыря широко распространённое заболевание, уступает по частоте только острому аппендициту.

Острый холецистит возникает чаще всего на фоне камней в желчном пузыре. Примерно у 20 – 30% взрослого населения образуются камни в желчных путях в результате нарушения обмена веществ, после перенесённых инфекционных заболеваний. Предрасполагают к возникновению камней малоподвижный образ жизни, приёмы пищи с длительными интервалами.

**По химическому составу камни бывают:**

1. Холецистичные
2. Пигментные
3. Смешанные.

**Острый холецистит:**

1. Бескаменный
2. Желчно-каменный.

**По степени выраженности воспалительного процесса в стенке желчного пузыря различают следующие формы:**

- **катаральный** – воспалительный процесс локализуется в слизистой оболочке,

- **деструктивный – флегмоидный** – воспаление распространяется на все слои стенки желчного пузыря,

- **гангренозный** – преобладают явления некроза стенки пузыря.

Деструктивные (флегмоидная и гангренозная) формы острого холецистита опасны из-за возможности перфорации стенки желчного пузыря, проникновения инфицированной желчи в свободную брюшную полость и последующего развития перитонита.

Также различают : холангит и хронический холецистит.

Приступ острого холецистита начинается неожиданно, чаще ночью: возникают боли в правом подреберье и эпигастральной области. Нередко интенсивному болевому синдрому предшествуют чувство тяжести в правом подреберье, неприятные ощущения, горечь и металлический привкус во рту. Болевой приступ может быть кратковременным, либо продолжаться несколько дней. Одновременно с началом болей появляются тошнота, рвота желудочным, а затем и дуоденальным содержимым, не приносящая облегчения. Приступ острого холецистита сопровождается подъёмом температуры до 38 градусов, ознобом, учащением пульса до 100-120 в минуту.

Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается незначительное напряжение мышц в правом подреберье и болезненность в области проекции желчного пузыря. К специфическим симптомам острого холецистита относится усиление болей при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге – синдром … Синдром Георгиевского – болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы справа.

При деструктивных формах острого холецистита клиническая симптоматика имеет выраженный характер. Больные беспокойны, меняют положение в постели. Боли в правом подреберье иррадиируют в правую лопатку, плечо, область плечевого пояса, правую половину шеи. Появляется озноб, поднимается температура выше 38 градусов, отмечается жажда, сухость языка.

Живот вздут, при пальпации определяется напряжение мышц в правом подреберье, резкая болезненность, увеличенный желчный пузырь. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга, значительный лейкоцитоз 18-20\*109/л со сдвигом формулы влево.

**Первая доврачебная помощь заключается в следующем:**

1. При подозрении на воспаление желчного пузыря, до осмотра врачом запрещается введение каких-либо обезболивающих средств.
2. На область правого подреберья кладут пузырь со льдом.
3. Всё внимание должно быть обращено на своевременную доставку больного в стационар.

**Лечение:** срочная операция при возникновении осложнений (перитонит, холангит, подпечёночный абсцесс и т.д.)

Консервативное лечение: постельный режим, холод, новокаиновая блокада, антибиотики, антиспастические средства.

**Уход в послеоперационном периоде:**

- повязка

- дренажная система

- опорожнение мочевого пузыря, кишечника, желудка

- дыхательная, сердечная деятельность.

***7. Острый панкреатит.***

Причины воспаления поджелудочной железы многообразны. Определяющее значение имеет забрасывание желчи в главный панкреатический проток, ведущий к активированию ферментов поджелудочной железы и развитию воспалительно-дегенеративного процесса. Определённую роль в патогенезе панкреатита играет пищевой фактор, особенно злоупотребление алкоголем.

Заболевание начинается острыми болями, которые могут локализоваться в правом подреберье, в подложечной области, нередко носят опоясывающий характер. Боль является ведущим к наиболее постоянным симптомом. Характер боли может быть самым разнообразным. Боли могут быть режущими, схваткообразными, сжимающими, иррадиирующими в спину, область плечевого пояса, у части больных – в область сердца, что может симулировать инфаркт миокарда.

Тошнота и рвота – второй характерный симптом заболевания. Рвота часто бывает повторной, неукротимой и не приносящей облегчения. Кожа бледная. У ряда больных может появляться желтуха (… склер и кожных покровов).

При лабораторных исследованиях важное значение имеет анализ мочи на наличие амилазы, уровень которой при остром панкреатите повышается до высоких цифр (норма 32-64, до 1024, 2048ед).

Живот в первые часы заболевания мягкий; значительно позднее отмечаются резкое вздутие живота, задержка стула, неотхождение газов. При пальпации определяется болезненное напряжение мышц несколько выше зоны пупочного кольца. В тяжёлых случаях наблюдается выраженная интоксикация, расстройство сознания, нарушение деятельности почек, печени, сердечно-сосудистой системы.

**Формы острого панкреатита:**

- отёчная

- некротическая – амилаза падает до 2-4 ед.

- холецисто-панкреатит

- хронический панкреатит.

Первая доврачебная помощь аналогична, что и при остром холецистите. Лечение острого панкреатита проводят в хирургических стационарах.

1. Голод, щелочное питьё.
2. Атропин для подавления секреции
3. Паранефральная блокада, анальгетики, спазмолитики (Но-шпа, атропин, панкреатин) для снятия боли.
4. Форсированный диурез - для снятия интоксикации
5. С целью купирования воспаления – ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс).

**Литература:**

1. Дмитриева, З. В. Теоретические основы сестринского дела в хирургии / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. - М.: СпецЛит, 2016. - 328 c.
2. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии . Ростов-на-Дону: Феникс, 2016.— 157 c
3. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии [Текст] : учебник / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова ; под общ. ред. В. В. Морозова. - Изд. 6-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 734 с
4. Лычев, В. Г. Тактика медицинской сестры при неотоложных заболеваниях и состояниях [Текст] : учеб. пособие / В. Г. Лычев, В. М. Савельев, В. К. Карманов. - 2-е изд. - Москва : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2016. - 352 с.
5. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.

**Электронные ресурсы:**

1. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/39669.html.— ЭБС «IPRbooks»

2. Вязьмитина А.В., Сестринский уход в хирургии: [Электронный ресурс]-Режимдоступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785222264744.html