**ЛЕКЦИЯ**

# Синдром «Острого живота»

**Сестринская помощь при грыжах, кишечной непроходимости и перитонитах.**

**План лекции:**

1. Острая кишечная непроходимость.

2. Грыжи.

3. Перитонит.

***1. Острая кишечная непроходимость.***

Понятие **«острая кишечная непроходимость»** включает в себя различные формы заболевания, которые характеризуются прекращением подвижности кишечного содержимого в естественном направлении – от желудка к заднему проходу.

Различают два вида непроходимости: механическую и динамическую. Механическая непроходимость наблюдается в тех случаях когда имеется механическое препятствие продвижению кишечного содержимого (заворот петли, сдавление просвета кишки спайкой). Она бывает странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемленные грыжи), обтурационная (инородные тела, камни, аскариды, опухоли), смешанна (инвагинация, спаечная)

Динамическая непроходимость часто возникает после перенесённых абдоминальных операций, парез кишечника – при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, травмах позвоночника и костей таза.

Статистика непроходимости наблюдается при неврозах, истерии, гельминтозах.

Основными клиническими признаками являются схваткообразные боли, рвота, задержка стула и газов. Характер этих симптомов, интенсивность их проявления зависят от вида непроходимости. Боли появляются внезапно и развиваются постоянно, носят схваткообразный характер и сопровождаются шумным урчанием. Болевой синдром связан с усиленной моторикой деятельности кишечника.

Схваткообразные боли сопровождаются рвотой. Рвота может быть многократной, но облегчения не приносит.

Задержки стула и газов – важный, но не абсолютно достоверный симптом. Стул может быть в начале заболевания при неполном закрытии просвета, либо результатом опорожнения нижних отделов кишечника.

Вздутие кишечника является типичным для всякого рода непроходимости.

При пальпации брюшная стенка мягкая, толчкообразные сотрясения брюшной стенки сопровождаются шумом плеска.

**Общее состояние больного тяжёлое**: больные беспокойны, находятся в вынужденном положении.

Пульс в начале заболевания несколько учащен, при обезвоживании и интоксикации достигает 120 в минуту, пониженное артериальное давление.

Лечение больных проводится в хирургическом отделении, поэтому они подлежат срочной госпитализации.

Первая доврачебная помощь заключается в принятии срочных мер для госпитализации в хирургический стационар.

Транспортировка больного производится на носилках.

Категорически запрещается на дому вводить средства, усиливающие перистальтику кишечника.

**Лечение:**

1. Спазмолитики.
2. … блокада.
3. Внутривенно гипертонический раствор.
4. Прозерин, … внутримышечно.
5. Метиленовая … внутривенно.
6. Гипертоническая клизма NaCl 10% - 30,0

По Огневу NaCl 10% - 20,0

Глицерин – 20,0

H2O2 3% - 20,0

Сифонная клизма

1. Дезинтоксикационная терапия.

***2. Грыжи***

Наружной **грыжей** называется выпячивание органов брюшной полости вместе с пристеночным листком брюшины через различные естественные отверстия в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки.

Существуют внутренние грыжи – между полостями(?) (диафрагмами).

Наиболее часто наружные грыжи образуются в области пахового или бедренного канала, пупка, белой линии живота, существуют также …, запирательные, седалищные, послеоперационные.

Грыжи бывают 1 и 2-х сторонние.

Паховые грыжи делятся на косые (полные, неполные – канальные(?)) и прямые (скользящие).

К факторам, способствующим образованию грыжи, относят врождённые дефекты развития, анатомическую слабость определённых зон передней брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления, тяжёлый физический труд и др.

Строение грыжи: грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое.

**Грыжи бывают:**

- свободные

- несвободные (невправимые)

- ущемлённые.

Это опасное осложнение, происходит сдавление органов, содержащихся в грыжевом мешке, в области их выхода из брюшной полости с последующим расстройством кровообращения в ущемлённом органе и его омертвением.

Ущемление возникает при внезапном резком повышении внутрибрюшинного давления (поднятие тяжести, кашель, чихание), в результате чего в грыжевой мешок проникает петля тонкой или толстой кишки, большой сальник, которые сдавливаются в грыжевых воротах.

Наибольшую опасность для жизни больного представляет ущемление петли кишки с последующим омертвением, что приводит к развитию перитонита. С другой стороны, ущемление в грыже петли кишки препятствует естественному пассажу кишечного содержимого и является одной из форм механической кишечной непроходимости со всеми присущими ей симптомами.

Боль в области грыжевого выпячивания при ущемлении грыжи – ведущий клинический признак. Обычно боли возникают при физическом напряжении, сопровождаются побледнением кожи, тахикардией, понижением артериального давления.

Боли могут отдавать по ходу грыжевого канала, при паховой грыже – в мошонку, половые органы.

Натяжение корня брыжейки при ущемлении петли кишки вызывает иррадиацию боли в эпигастральную или околопупочную область, наблюдается рефлекторная рвота.

Болевой синдром постоянно выражен и продолжается вплоть до омертвения ущемлённого органа.

Важным клиническим признаком ущемления является невправимость грыжевого содержимого в брюшную полость. Больные, отмечавшие ранее свободное исчезновение грыжи в положении лёжа или при надавливании на грыжевое выпячивание рукой, не могут вправить грыжу, а попытки давления на грыжевой мешок вызывают усиление болей. Для ущемления характерны также увеличение в размерах грыжевого мешка, его напряжение и резкая болезненность при пальпации.

В запущенных случаях клиническая картина ущемлённой грыжи дополняется признаками нарастающей кишечной непроходимости.

Больным с подозрением на ущемлённую грыжу категорически запрещается производить попытки самостоятельного вправления грыжи, принимать горячие ванны.

Нельзя вводить спазмолитические средства, что может способствовать самостоятельному вправлению некротизированной петли кишки.

Больных с ущемлённой грыжей немедленно транспортируют в лечебное учреждение для госпитализации в хирургическое отделение с целью экстренного операционного вмешательства.

В случае самостоятельного вправления ущемлённой грыжи больного, который сразу же отмечает исчезновение болей, нельзя оставлять дома, а следует госпитализировать в хирургическое отделение для динамического наблюдения.

**Профилактика грыж** – обусловлена хорошим развитием мускулатуры, поэтому раннее и систематическое занятие спортом является хорошим средством предупреждения грыж.

Для предупреждения грыж в детском возрасте имеет значение правильный уход за пупком, предупреждение и лечение заболеваний, сопровождающихся поносом или запором, кашлем, затруднённым мочеиспусканием. Операции по поводу ущемлённых грыж относятся к категории экстренных, проводятся под местной анестезией, наркоз чаще при больших ущемленных послеоперационных грыжах.

**Перед операцией** опорожняется мочевой пузырь и аспирируется желудочное содержимое.

**В послеоперационном периоде:**

1. На два часа холод на рану, движения в кровати разрешают с первого дня.
2. Груз на рану.
3. Сразу же после операции на мошонку одевают …, носят 2-3 недели.
4. Вставать с постели на 4-5 день.
5. Диета обычная.
6. Послеоперационные бандажи.

***3. Перитонит***

**Перитонит** – острое воспаление брюшины, которое обычно сопровождается не только местными изменениями, но и общими явлениями.

Воспаление брюшины в абсолютном большинстве случаев является вторичной патологией, осложняющей течение острых хирургических заболеваний или повреждение органов брюшной полости.

По клиническому течению перитонит может быть острым или хроническим. Наиболее часто встречается острый перитонит.

**Классификация:**

1. По этиологии: асептические, гнойные.
2. По виду возбудителя
3. По распространённости процесса:
   1. местный (ограниченный, неограниченный, …)
   2. разлитой (диффузный)
   3. тотальный (общий)
4. По причине возникновения (перфоративные, травматические, послеоперационные, гематогенные, криптогенные).

**Стадии течения:**

1. Реактивная (24 часа)
2. Токсическая (24-72 часа)
3. Терминальная (более 72 часов)

Основным клиническим симптомом воспаления брюшины является боль, которая охватывает часть живота или весь живот. Нарастает интоксикация. Сознание спутанное или появляется эйфория, пульс нитевидный, пониженное артериальное давление, кожные покровы покрыты холодным липким потом, черты лица заостряются, глаза западают, лицо бледнеет, губы становятся сухими, трескаются, повышается температура, появляется грудной тип дыхания, крылья носа раздуваются, дыхание поверхностное. …., тошнота, рвота, икота, язык сухой, жажда, но приём жидкости усиливает рвоту. Задержка стула, газов, живот вздут, резко болезнен во всех отделах, перистальтика отсутствует («немой живот»), выслушивается шум «плещущейся жидкости». Резко нарушаются функции печени и почек.

Лейкоцитоз, СОЭ ускорено, сдвиг формулы влево.

Синдром Щеткина и мышечное напряжение выражены.

Per rectum – болезненность в двуглавом пространстве.

Единственным радикальным методом лечения перитонита является хирургическое вмешательство, направленное на устранение источника перитонита.

Кратковременная предоперационная подготовка, которая включает в себя комплекс мероприятий:

1) введение обезболивающих.

2) внутривенно дезинтоксикационная терапия (Na, K, Ca – электролиты, сода)

3) сосудистые и сердечные

4) при пониженном артериальном давлении – внутривенно капельно гормональные препараты, 30-60 мг преднизолона

5) аспирация содержимого желудка

При распространённом остром перитоните операцию нужно выполнить под интубационным наркозом.

Операционный доступ – срединная лапаротомия.

Поле ликвидации источника перитонита – экссудат из брюшной полости удаляют тампонами или электроотсосом. Затем её промывают 3-4 л тёплого физ. Раствора, фурацилином. Брюшную полость дренируют трубками, тампонами. Производят внутрибрюшинный диализ.

**В послеоперационном периоде:**

1) Антибиотики.

2) Дезинтоксикационная терапия …

3) …

4) Положение Фаулера (полусидячее).

Оно препятствует скоплению гноя в верхних этажах живота, в поддиафрагмальном пространстве, и гной стекает в нижние отделы, где более доступен. Кроме того, снижается давление паретически расширенных кишок на диафрагму, уменьшаются боли.

5) Антибиотики внутрибрюшинно через 6-8 часов.

6) Промывание желудка для борьбы с парезом его, постоянный зонд.

7) Паранефральная блокада.

8) Обезболивание адекватное.

9) Успокоительные средства, снотворные.

10) ЛФК.

11) 2-4 дня парентеральное питание.

Вопрос времени оказания врачебной помощи при перитоните играет очень большую роль. Ранняя операция значительно улучшает исход, но смертность остаётся высокой.

Задача.

В результате автомобильной аварии произошло ранение живота.

Пострадавший в тяжёлом состоянии. Кожные покровы резко бледны, число дыханий до 22 в минуту, пульс до 120, слабого наполнения.

На передней поверхности брюшной стенки слева имеется рана длиной до 10см. Из раны выступает петля кишки, обильные кровотечения.

Назовите мероприятия первой доврачебной помощи? Как наложить повязку?

**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