

# Острый живот

- **«Острый живот» - ряд острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости, угрожающих развитию перитонита или уже приведших к нему, или осложняющихся внутрибрюшинным кровотечением, требующих экстренной хирургической помощи**

# Заболевания входящие в синдром острого живота

- — Аппендицит
- Флегмонозный холецистит
- Острый панкреатит
- Перфорация желчного пузыря
- Перфорационная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- Непроходимость кишечника
- Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты
- Тромбоэмболия мезотериальных сосудов
- Кровотечение в брюшную полость
- Открытые травмы живота
- Внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
- Разрыв селезенки
- Гинекологические заболевания такие как внематочная [беременность](#), разрыв кисты яичника, перекрут ножки кисты яичника.

# Клиника острого живота

- 1. Боли в животе: тупая или острая, приступообразная, или постепенно нарастает. Неправильное мнение, что при остром животе боль всегда сильная и острая.
- 2. Брюшной пресс напряжен при пальпации определяется чувствительность кожи, особенно над очагом патологического процесса. Для учета реакции раздражения брюшины используется симптом Щеткина-Блюмберга  
Симптомы пареза кишечника со вздутием живота и неотхождение газов, отсутствие перистальтики при аускультации
- 3. При перкуссии в нижних частях живота при уже развившемся перитоните определяется притупление за счет выхода гнойного содержимого
- 4. Выражение лица страдальческое, осунувшиеся, заостренные черты лица (лицо Гиппократ)
- 6. Сухость во рту, дыхание несвободное, так как больной щадит живот, потому что глубокие вдохи усиливают боль
- 7. [Тахикардия](#). В случае перфорации полого органа, например, перфорационная язва двенадцатиперстной кишки, отсутствует печеночная тупость при перкуссии печени

# Диагностика

- Задачей первого обследования больного, происходящего вне стационара, является распознавание опасной ситуации и понимание необходимости неотложной госпитализации и хирургического лечения. Прогноз острого живота зависит от времени, прошедшего с момента его развития до предпринятого оперативного вмешательства. Чем больше времени проходит с момента острого живота, тем хуже его прогноз.

С учетом этого обстоятельства необходимо по возможности быстро госпитализировать больного в хирургический стационар, где в максимально короткое время должны быть проведены самые необходимые диагностические и лечебные мероприятия. **Одно подозрение на острый живот является основанием для срочной госпитализации больного.**

- Для определения показаний к срочной госпитализации достаточно установить,
- ( **заподозрить** ) имеется ли перитонит, воспаление или закупорка органа, кровотечение. При диагнозе острого живота не следует вводить наркотические анальгетики, антибиотики.

# анамнез

- В диагностике острого живота важное место занимает анамнез. При собирании анамнеза следует обратить внимание на перенесенные заболевания и операции на органах брюшной полости, хронические заболевания, осложняющиеся острым животом, предрасполагающие к возникновению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, и т.д.

У женщин при сборе гинекологического анамнеза следует обратить внимание на перенесенные гинекологические заболевания, менструальный цикл, время последней менструации. Причиной появления боли в животе в середине менструального цикла может быть апоплексия яичника. При задержке менструации есть основание подозревать внематочную беременность.

При закрытой травме живота большое значение имеет выяснение механизма травмы, состояния органа в момент травмы. При травме более вероятно нарушение целостности наполненного полого органа.

# КЛИНИКА

- В зависимости от клинических форм синдрома на первое место выступают те или иные общие и местные признаки острого живота. При травме и перитоните местно отмечаются напряжение мышц и болезненность передней брюшной стенки, а из общих симптомов — явления шока, кровотечения и интоксикации.
- При кровотечении отмечается мягкая, но болезненная передняя брюшная стенка, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, общие симптомы кровотечения;
- при НК живот мягкий, вздутый, чаще отмечается локализованная болезненность, из общих явлений — симптомы дегидратации и др.



# КЛИНИКА

- **При проникающих ранениях живота** диагностика, как правило, не представляет трудностей. Решение диагностических задач облегчают вид ранящего оружия, локализация и характер раны и ее краев, вид раневого отделяемого, предположение о возможной проекции раневого канала, предлежание к ране или выпадение какого-либо органа. При проникающих ранениях живота манипуляции в самой ране (зондирование), производимые с целью диагностики, должны быть полностью исключены. Диагноз окончательно уточняется в ходе ревизии органов брюшной полости.

# КЛИНИКА

- Основными клиническими симптомами острого живота являются: боль в животе, тошнота, рвота, анемия, шок и др.

**Боль** — постоянный симптом, наблюдающийся при всех острых хирургических заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости. Во всех случаях необходимо выяснить начало, характер, локализацию, иррадиацию и изменение ее характера в динамике. Для перфорации полого органа характерно появление внезапной очень сильной боли, которая затем принимает постоянный характер, усиливается при движении больного, физическом напряжении и т.д.

Воспаление того или иного органа брюшной полости сопровождается сильной постоянной, чаще локализованной болью. Интенсивная схваткообразная боль возникает при резком мышечном сокращении стенки полых органов при наличии препятствия на пути их опорожнения. В этом случае приступы боли могут чередоваться с периодами стихания различной длительности.

- Большое значение в клинической картине острого живота имеет и иррадиирующая боль (иррадиация болей). Она бывает достаточно характерной для различных клинических форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

# КЛИНИКА

- Следующим по частоте симптомом острого живота является **рвота**, которая всегда возникает вслед за болью. Наличие и характер рвоты не всегда имеют самостоятельное диагностическое значение, за исключением случаев высокой НК, когда в рвотных массах очень быстро появляется содержимое кишечника.

Важным симптомом острого живота являются **отсутствие стула и неотхождение газов**, которые свидетельствуют о механической или функциональной НК. Следует помнить, что при тонкокишечной непроходимости, особенно в начале заболевания, стул может быть нормальным, а при перитоните нередко отмечают и поносы (септический понос). Черная или малиновая окраска кала, примесь свежей крови имеют определенное значение в диагностике желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК).

# Объективное исследование

- Начинается с наружного осмотра больного. При этом обращают внимание на общее состояние больного, вынужденное положение, беспокойство, изменение позы, адинамию, заторможенность; признаки обезвоживания (сухость слизистых оболочек (СО), заостренные черты лица); бледность, желтуху, выделения (рвота, стул, кровь). При перфорации полых органов, эмболиях брыжеечных артерий и странгуляционной НК, ОП больные в самом начале заболевания нередко находятся в состоянии болевого шока.

При перитоните они лежат на спине или на боку, часто с подтянутыми к животу ногами, избегают движений, которые приводят к усилению боли. Напротив, при интенсивной боли другой этиологии (ОП, НК) больные беспокойны, часто меняют положение. Наиболее важные симптомы отмечаются при исследовании живота. При ригидности мышц передней брюшной стенки, вздутии живота может отсутствовать брюшное дыхание.

# Осмотр живота

- Для перитонита, пареза кишечника характерно равномерное **вздутие живота**. При отдельных видах НК живот бывает **асимметричным**. При наличии большого количества жидкости в брюшной полости живот как бы расползается в стороны («**лягушачий живот**»).
- Для перфорации полого органа характерно **исчезновение печеночной тупости**, при НК — высокий **тимпанит** перкуторного звука, при наличии жидкости в брюшной полости в отлогих местах живота выявляется **притупление перкуторного звука**.
- При тромбозе или эмболии мезентериальных сосудов уже в ранней стадии заболевания отмечается **отсутствие перистальтических шумов**, при перитоните — **парез кишечника**, а при НК, наоборот, — **усиленные перистальтические шумы, шум плеска**.

# Осмотр живота

## напряжение мышц

- Одним из основных симптомов перитонита является ограниченная или разлитая **ригидность мышц** передней брюшной стенки. Локализованное напряжение мышц часто соответствует положению пораженного органа. Напряжение всей брюшной стенки отмечают при разлитом перитоните. Оно особенно резко выражено при перфорации полого органа. Степень выраженности напряжения мышц живота в значительной мере зависит от характера содержимого, попавшего в брюшную полость.

Наиболее резкое напряжение брюшной стенки наблюдается при перфорации гастродуоденальной язвы, когда в брюшную полость попадает кислое желудочное содержимое; значительно меньшее напряжение мышц отмечают при наличии крови в брюшной полости, перфорации опухоли желудка, даже при поступлении в брюшную полость содержимого ТК или ОК.

- Важным симптомом является также ограниченная или разлитая болезненность при пальпации живота. Локализация максимальной болезненности с большой долей вероятности указывает на поражение органа, находящегося в этой области.

Для перитонита характерен симптом Блюмберга—Щеткина, который может быть местным или разлитым (во всех отделах живота).

Для наличия крови в брюшной полости характерен симптом Куленкамппфа (резкая болезненность живота и наличие симптомов раздражения брюшины при мягкой брюшной стенке).

- Одним из наиболее ценных результатов объективного исследования больных с синдромом острого живота служит выявление при пальпации какого-либо образования в брюшной полости (воспалительный инфильтрат). Обязательным компонентом обследования больных с синдромом острого живота следует считать пальцевое исследование ПК и влагалищное исследование. Это необходимо для диагностики гинекологических заболеваний, являющихся причиной острого живота, а также для выявления распространения воспалительного процесса на брюшину малого таза.



- При пальцевом исследовании ПК следует обращать внимание на тонус сфинктера, наличие или отсутствие в ней темного кала или крови, болезненность и нависание ее передней стенки. Через ПК можно прощупать воспалительные инфильтраты или опухоли, находящиеся в нижнем отделе брюшной полости, инвагинаты.

При вагинальном исследовании выясняют размеры матки и придатков, выявляют наличие крови или жидкости в полости малого таза, проявляющееся укорочением сводов влагалища; болезненность сводов влагалища, дугласова пространства при перитоните, болезненность и увеличение придатков матки и болезненное образование в маточной трубе при трубной беременности. Нависание сводов влагалища бывает при скоплении в полости малого таза крови или экссудата. Во многих случаях вагинальное исследование позволяет дифференцировать острые хирургические заболевания органов брюшной полости от гинекологических.

# Общее обследование

- При исследовании СС системы наряду с перкуссией и аускультацией сердца, определением частоты пульса, АД при подозрении на инфаркт миокарда делают электрокардиограмму (ЭКГ). При кровотечении, дегидратации для определения дефицита объема жидкости, циркулирующей в сосудистом русле, можно ориентироваться на шоковый индекс — соотношение частоты пульса и систолического АД. В норме этот показатель составляет 0,5.

Потеря объема циркулирующей жидкости до 30% повышает шоковый индекс до 1, при этом показатели частоты пульса и систолического АД около 100.

- При выраженной картине шока пульс 120 уд./мин и систолическое АД около 80 мм рт. ст., показатель шокового индекса повышается до 1,5 и свидетельствует об опасности для жизни больного.
- Шоковый индекс, равный 2 (пульс 140 уд./мин, систолическое АД 70 мм рт. ст.), соответствует уменьшению объема циркулирующей жидкости на 70%.

# Доврачебная помощь

- При подозрении на острый живот показана экстренная госпитализация.
- Не применять анальгетики, спазмолитики, седативные
- Противопоказаны клизмы, промывание желудка
- Не поить, не кормить
- Местно холод, покой
- При проникающем ранении живота – наложить асептическую повязку, выпавшие органы в рану –кишечные петли, сальник – не вправлять !

# Госпитальный этап

- Диагноз заболевания в стационаре устанавливают на основании данных специальных методов исследования (лабораторного, рентгенографического, эндоскопического и др.). Особое место в диагностике принадлежит лапароскопии. Подавляющее большинство больных с синдромом острого живота подлежит оперативному лечению. В ряде случаев необходима экстренная операция.

# Роль мед. сестры в обследовании, подготовке больного к операции и в послеоперационном периоде.

- Могут быть **физические проблемы**, связанные с болью или беспомощностью пациента. Медицинская сестра должны помочь ему справиться с этим состоянием:
- своевременно выполнить назначенное врачом обезболивание;
- спокойно и доброжелательно провести все необходимые мероприятия по уходу и личной гигиене пациента.
- **Потенциальной** социальной проблемой пациента может быть :
- боязнь потерять работу, остаться инвалидом, и в этом случае необходимо убедить пациента в его нужности для общества, семьи, поддержать больного в трудную минуту принятия решения;
- немаловажно обеспечить пациенту моральный и душевный покой, позаботиться о полноценном отдыхе и ночном сне, своевременно выполнить вечернюю седацию с применением снотворных средств.

# Дополнительные методы исследования.

- Необходимость проведения клинических анализов крови и мочи, КОС, ферментов печени и ПЖ и т.д. не вызывает сомнений
- Одним из важных компонентов обследования больных с острым животом является **рентгенологическое исследование**. При обзорной рентгеноскопии живота (от диафрагмы до лобкового симфиза) или на обзорных рентгенограммах брюшной полости определяют подвижность диафрагмы, выявляют свободный газ под диафрагмой при перфорации полого органа, жидкость в брюшной полости при перитоните или кровотечении, уровни жидкости в кишечнике (чаши Клойбера) при НК, затемнения (экссудат); при подозрении на перфорацию желудка и ДПК выполняют рентгеноконтрастное исследование с водорастворимым контрастом, при подозрении на толстокишечную непроходимость — ирригоскопию. Производят УЗИ ЖП, ПЖ, печени, селезенки для выявления воспаления или повреждения органа.
- Подготовка больного к рентгенологическому обследованию: обычно не требуется. По назначению врача может быть предварительно сделано промывание желудка

# УЗИ

- УЗИ позволяет увидеть положение органа, размеры, структуру органа, патологические изменения в органе ( опухоли, кисты, инородные тела, абсцессы, разрывы, гематомы и др.) а также изменения в свободной брюшной полости – скопления жидкости, инородные тела.
- Хорошо визуализируются паренхиматозные органы, полые органы видны значительно хуже, т.к. газ ( воздух) не пропускает УЗ - лучи

# ЭНДОСКОПИЯ

- Эндоскопия – исследование полых органов и полостей с помощью эндоскопа.
- Главное условие – органы должны быть «пустые», поэтому при ФГДС предварительно желудок промывается, если имеется желудочное кровотечение, то желудок промывается «ледяной» водой
- При экстренной колоноскопии предварительно ставятся очистительные клизмы



# КТ, МРТ

- Не требуют специальной подготовки
- Если планируется исследование с введением контраста (йодсодержащие препараты), то предварительно выполняется проба на чувствительность контраста- в/в вводится 1 мл контраста
- МРТ не делается больным с наличием металлических конструкций, электронных устройств в теле
- При клаустрофобии проводится психологическая подготовка, даются седативные препараты
- Больные в состоянии возбуждения вводятся в наркоз

# лапароцентез

- Одним из наиболее простых и информативных методов диагностики закрытой травмы живота является лапароцентез. Лапароцентез показан во всех сомнительных случаях, когда по клинической картине нельзя исключить повреждения органов брюшной полости. Относительным противопоказанием к лапароцентезу являются перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Подготовка больного к исследованию такая же, как и к неотложной операции: промывание желудка, опорожнение мочевого пузыря, туалет передней брюшной стенки. Исследование проводят в операционной. В положении больного на спине под местным обезболиванием на 2 см ниже пупка производят разрез кожи длиной до 1,5 см. В верхнем углу раны однозубым крючком прокалывают апоневроз и подтягивают брюшную стенку кверху в виде паруса. Вращательным движением троакара под углом 45° прокалывают переднюю брюшную стенку спереди назад по направлению к мечевидному отростку.

После извлечения стилета через гильзу троакара в брюшную полость в разных направлениях (малый таз, боковые каналы, поддиафрагмальные пространства) вводят полиэтиленовую трубку или резиновый катетер соответствующего диаметра — так называемый шарящий катетер. При этом постоянно аспирируют содержимое брюшной полости с помощью шприца. При получении патологической жидкости из брюшной полости производят лапаротомию. При отрицательном результате (сухая пункция) через катетер в брюшную полость вводят 500 мл изотонического раствора хлорида натрия, который через несколько минут аспирируют из брюшной полости.

# лапароскопия

- При сомнительных результатах лапароцентеза и отсутствии противопоказаний, а также для выяснения характера острого хирургического заболевания или повреждения органов брюшной полости и, следовательно, разрешения в большинстве случаев диагностических трудностей при остром животе производят **лапароскопию**. Противопоказаниями к лапароскопии служат тяжелая сердечная и легочная недостаточность, грыжи передней брюшной стенки и диафрагмальные грыжи, подозрение на разрыв диафрагмы.

Подготовка больного и операционного поля к лапароскопии, премедикация такие же, как перед оперативным вмешательством.

Предпочтительным считается общее обезболивание. Последнее позволяет обеспечить расслабление мышц, продолжительность и полноту исследования. На область пупка, захватывая апоневроз, накладывают кисетный или П-образный шов. Подтягивая нити шва, приподнимают брюшную стенку и прокалывают ее на 2 см ниже пупка под углом 45° специальной иглой для наложения пневмоперитонеума. В брюшную полость вводят кислород, закись азота или воздух в объеме от 3 до 5 л. Газ инсуффлируют при помощи шприца Жане или наркозного аппарата через редуктор и специальный клапан-фильтр.

# лапароскопия

- Прежде чем вводить основную массу газа, считается необходимым ввести пробную порцию и с помощью перкуссии (высокий тимпанит, исчезновение печеночной тупости) убедиться, что он находится в брюшной полости. После насечки кожи на 2 см выше и левее пупка в брюшную полость вводят троакар лапароскопа: стилет заменяют оптической трубкой с осветительной системой и производят последовательный осмотр органов брюшной полости.

При подозрении на перфорацию полого органа, внутрибрюшинное кровотечение, не выявляемые другими методами, производят диагностический перитонеальный лаваж — промывание брюшной полости изотоническим раствором хлорида натрия. Примесь крови в промывной жидкости свидетельствует о внутрибрюшинном кровотечении, а желудочно-кишечного содержимого — о перфорации полого органа.

## **Псевдоабдоминальный синдром или ложный острый живот-**

- **- сочетание симптомов острой патологии органов брюшной полости, обусловленное заболеваниями и патологическими состояниями различных органов и систем организма, не требующих неотложного оперативного вмешательства.**

- Острые хирургические заболевания органов брюшной полости следует дифференцировать от нехирургических, нередко сопровождающихся клинической картиной острого живота. К нехирургическим заболеваниям относят: гепатит, инфаркт селезенки, неспецифический или туберкулезный мезаденит, кишечную и желчную колики, инфекционные заболевания (дизентерия, пищевая токсикоинфекция, острый энтероколит).

- В зависимости от причины, вызвавшей боль в животе, условно выделяют две группы заболеваний. К первой относят заболевания и повреждения передней и задней стенок живота, когда псевдоабдоминальный синдром является следствием местных факторов. Это грыжи, гнойники, гематомы передней брюшной стенки, разрывы мышц живота, забрюшинные гематомы и опухоли, аневризма брюшной аорты.

Следует отметить, что внутрибрюшные образования при напряжении брюшного пресса больного перестают определяться, а образования брюшной стенки продолжают пальпироваться. Исключить внутрибрюшинное кровотечение можно с помощью лапароцентеза.

- Во вторую группу включают многочисленные заболевания, при
- которых нередко наблюдают рефлекторную или иррадиирующую в живот боль, другие симптомы острых заболеваний органов брюшной полости.

Опоясывающий лишай (*Herpes zoster*) распознают по зоне кожной гиперестезии, ощущениям покалывания, жжения, зуда, а затем высыпаниям в области распространения пораженного нерва. При проведении дифференциальной диагностики необходимо иметь в виду, что для острого живота характерно наличие абдоминальных симптомов — расстройство пищеварения, боль в животе, запор или понос, острое начало, часто без лихорадки; лицо Гиппократата (при перитоните), резкое напряжение мышц передней брюшной стенки, не исчезающее при пальпации (в отличие от плевропульмонального и сердечного синдрома), усиление болезненности при пальпации и давлении на место первичного очага и т.д.



- Перечень основных системных заболеваний, нередко сопровождающихся развитием псевдоабдоминального синдрома, составляют:
  - 1) острые инфекции — грипп, тонзиллит, скарлатина, инфекционный мононуклеоз, бруцеллез;
  - 2) неврологические заболевания — спинная сухотка, столбняк;
  - 3) расстройства метаболизма — диабет, уремия, гиперкальциемия, гипокалиемия;
  - 4) заболевания крови — гемолитическая анемия, лейкозы, болезнь Верльгофа, болезнь Шенлейна—Геноха, гемофилия;
  - 5) лекарственная болезнь — антикоагулянты (кровотечение); кортикостероиды (перфорации, кровотечение); диуретики (гипохолестеринемия), барбитураты — порфирии

# Дифф.диагностика

- Во всех сомнительных случаях, а также при наличии хронических заболеваний других органов и систем проводят многочисленные дополнительные обследования

# Предоперационная подготовка

- В зависимости от экстренности ситуации предоперационная подготовка может быть самой простой ( бритье операционного поля) или многокомпонентной – инфузионная терапия, гемотрансфузии, промывание желудка, клизмы, постановка катетеров, катетеризация центральных вен, коррекция сопутствующих заболеваний

# Непосредственная подготовка

- Мед.сестра должна тщательно и добросовестно провести **непосредственную подготовку пациента к предстоящей операции** - санитарную обработку, смену белья, обработку операционного поля, премедикация по назначению врача и др.