

Неотложные состояния в хирургии.

Тактика медицинской сестры.

Острый живот -

- Это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Причины острого живота:

- Острый перитонит, аппендицит, холецистит, прободение органов брюшной полости, нарушенная внематочная беременность, непроходимость кишечника, а также воспалительные заболевания матки и придатков, перекрут ножки кисты яичников и др.

Симптомы ОЖ:

1. Боли постоянные или схваткообразные по характеру, по локализации –
 - Висцеральные (без точной локализации) жгучие или режущие;
 - Соматические (имеют локализацию).
Может быть различная иррадиация болей.

Симптомы ОЖ:

2. Тошнота и рвота.
3. Задержка стула и газов.
4. Болезненность и напряжение мышц живота.

Тактика медсестры:

- Вызов врача (СМП) «на себя»;
- Уложить больного, создать физический покой, обеспечить психологическую поддержку;
- Не кормить, не поить, не промывать желудок, не ставить клизму, не давать обезболивающее;
- Обеспечить срочную госпитализацию!

Желчнокаменная болезнь. Печёночная колика. Острый холецистит.

Желчные камни – кристаллические структуры, образующиеся при слипании нормальных или аномальных компонентов желчи.

Основной механизм их образования – усиление секреции желчью холестерина и нерастворимого билирубина.

Факторы риска:

- Склонность к перееданию,
- ГБ и атеросклероз,
- Приём пероральных контрацептивов,
- Беременность,
- Наследственность.

Печёночная колика.

- Внезапная сильная боль в правом подреберье с «правой иррадиацией»,
- Беспокойство больного,
- Вздутие живота,
- Тошнота и рефлекторная рвота,
- Приступ обрывается также внезапно, как и начинался, длительность от 30 минут до нескольких часов.

Острый холецистит.

- Локальная острая боль в правом подреберье с верхней «правой иррадиацией» - симптом Мюсси, может иррадиировать в область сердца – холецистокоронарный синдром Боткина.
- Тошнота и рвота более 2 раз.
- Метеоризм или жидкий стул.
- Гипертермия.
- Субиктеричность склер, изменение цвета мочи.

Симптомы при ОХ:

- С – м Курвуазье (пальпируется болезненный желчный пузырь);
- С – м Ортнера (болезненность при поколачивании правой рёберной дуги);
- С – м Мерфи (при глубоком вдохе боль усиливается);
- С – м Боаса (болезненность при пальпации между 8 и 11 грудными позвонками на 3см справа).

Тактика медсестры:

- Анталгическое положение,
- Не кормить, не поить, холод к правому подреберью,
- Вызов врача (СМП),
- Венозный доступ,
- Срочная госпитализация.

Острый панкреатит.

ОП – это воспалительно – некротическое заболевание поджелудочной железы, вызываемое процессом самопереваривания ткани железы вырабатываемыми ею же ферментами.

ПЖ – экзо- и эндокринный орган.

Её вес – от 70 до 80 граммов.

Эндокринные клетки – инсулин, глюкагон;

Экзокринные – расщепляют б., ж., у.

Классификация ОП (Атланта, 1992):

- Отёчная форма,
- Стерильный панкреонекроз (аутолиз клеток без присоединения инфекции),
- Инфицированный панкреонекроз,
- Панкреотогенный абсцесс (деструктивные формы).

Этиологические формы дестр. панкреатита:

- Билиарный,
- Алкогольный – до 47%,
- Идиопатический,
- Посттравматический,
- Послеоперационный.

Клиника ОП:

Острое начало, резкие боли в эпигастрии опоясывающего характера, неоднократная рвота без облегчения.

Ранняя интоксикация (бледность кожи, липкий пот, снижение АД, ТК, олигурия, гипертермия. С самого начала – парез кишечника.

Симптомы, характерные для ОП:

- С – м Кертэ –напряжение мышц в области эпигастрия;
- С – м Мейо – Робсона –болезненность при поколачивании в левом рёберно-позвоночном углу;
- С – м Воскресенского –исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастрии;
- С – м «голубого пупка».

Неотложная помощь до приезда СМП:

- Анталгическое положение,
- Холод на область эпигастрия, не кормить, не поить,
- Назогастральный зонд,
- Венозный доступ,
- Срочная госпитализация.

!!!

**Выживаемость в 10 раз выше, если
диагноз установлен в первые 12
часов!**

Острый аппендицит.

Это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки, вызванное различной гноеродной флорой, когда происходит активизация собственных воспалительных процессов в организме на фоне ишемических явлений.

Расположение аппендикса:

- Типичное – правая подвздошная область;
- Медиальное – ближе к пупку;
- Ретроцекальное – за слепой кишкой;
- Тазовое – в малом тазу;
- Подпечёночное – правое подреберье.

Классификация ОА (Савельев, 2004):

- Катаральный (0 -12 ч),
- Флегмонозный (через 12 -24 ч),
- Гангренозный (через 24 -48 ч),
- Перфоративный.

Клиника типичного ОА:

Боль в правой боковой области живота постоянная ноющая, с эпизодами схваткообразной; тошнота, может быть однократная рвота; субфебрилитет; сухость во рту. При пальпации напряжение мышц в правой подвздошной области.

Симптомы ОА:

- С – м Кохера (из эпигастрия в правую подвздошную область боль «опускается» через 3 – 4 часа;
- С – м «кашлевого толчка»;
- С – м Воскресенского («рубашки»);
- С – м Раздольского (поколачивание);
- С – м Щёткина – Блюмберга;
- Триада Дьелафуа (боль+болезненность при пальпации+напряжние мышц).

Осложнения ОА:

- Аппендикулярный инфильтрат,
- Аппендикулярный абсцесс,
- Перитонит.

Тактика до приезда СМП:

Недопустимо введение анальгетиков!
Придать анталгическое положение.
Холод на живот.

Острая кишечная непроходимость

Это закрытие кишечной трубки, нарушение проходимости кишечного содержимого.

ОЖН:

- Хроническая (наличие копростаз),
- Острая (есть препятствие);

- Полная,
- Частичная;

- Динамическая,
- Механическая.

Динамическая КН.

Нет механического препятствия для продвижения кишечных масс, обусловлена замедлением перистальтики или парезом кишечника. При запущенном перитоните, при переломах позвоночника и костей таза, после операций на органах брюшной полости. Характерен равномерно вздутый «немой» живот!

Механическая КН.

Наблюдается чаще, обусловлена наличием препятствия в том или ином отделе ЖКТ.

Клиника зависит от вида:

1. Обтурационная,
2. Странгуляционная непроходимость.

Обтурационная кишечная непроходимость.

Просвет кишки закрыт, а брыжейка не затронута – кровоснабжение кишки не нарушено.

Клиника развивается постепенно: живот раздут, растянутая кишка находится проксимальнее места препятствия.

Причины: растущая в просвете кишки опухоль, закупорка просвета кишки клубком аскарид, каловым или желчным камнем.

Странгуляционная КН.

Более тяжёлое течение из-за нарушения кровоснабжения кишки.

Причины: ущемление кишки рубцовым тяжем (у оперированных ранее пациентов), заворот кишки и узлообразование.

!!!

**Чем выше непроходимость, тем
тяжелее она протекает!**

Механической КН характерны:

- Боль,
- Рвота,
- Задержка стула и газов.

Боль

Внезапная и интенсивная.

При тонкокишечной КН – приступообразного характера, наблюдается ИЛЕУСНЫЙ периодический стон, на пике боли м. б. симптомы шока.

При толстокишечной КН – боли нарастающего характера.

Рвота

Зависит от уровня препятствия:

- При высокой КН – ранняя, многократная и обильная, не приносящая облегчения, а также икота и отрыжка;
- При низкой КН рвоты может не быть.
- При развитии перитонита – «каловая» рвота (кишечным содержимым).

Задержка стула и газов

Наблюдается при низкой толстокишечной непроходимости, а при высокой КН стул м. б. самостоятельным за счёт опорожнения нижележащего кишечного резервуара.

Другие симптомы КН:

- Усиление перистальтики,
- Вздутие живота,
- Симптом Склярова – при бимануальном поколачивании над вздутой кишкой определяется «шум плеска» жидкости,
- Симптом Валя – пальпация раздутой фиксированной кишки, тимпанит над ней.

Другие симптомы КН:

- С – м Спасо – Кукоцкого – при аускультации «шум падающей капли»,
- С – м Обуховской больницы (симптом Грекова) – снижение тонуса ануса, баллонообразная пустая прямая кишка,
- С – м Тэвенара – болезненность при пальпации инвагината,
- С – м «могильной тишины» на стадии перитонита.

Стадии ОКН:

- Начальная (ишемическая) – до 12 ч,
 - Стадия эндотоксикоза (полиорганная недостаточность) – от 12 ч до полутора суток,
 - Терминальная – более полутора суток.
- «Чем больше больной с ОКН живёт до операции, тем меньше он будет жить после неё».

Тактика до приезда СМП:

- Не давать слабительные, обезболивающие, спазмолитики!
- Не промывать желудок! Не ставить клизму!
- Холод на живот, назогастральный зонд.
- Обеспечение венозного доступа при обезвоживании.

Прободная язва желудка и ДПК

Бывают перфорации острых и хронических язв.

По локализации: язвы желудка,
язвы ДПК.

Прободение: типичное (в свободную брюшную полость),
атипичное (прикрытое).

Типичная перфоративная язва.

1. Стадия шока – в первые 6 ч «кинжальная» боль в эпигастрии, рвота, бледность, холодный пот, живот «как доска», перитонеальные симптомы положительные.
2. Стадия мнимого благополучия – спустя 6 ч боли уменьшаются, нарастают симптомы перитонита, интоксикации, вздутие живота, задержка стула и газов. При перкуссии газ и наличие жидкости в верхних отделах живота.
3. Стадия перитонита – спустя 10-12 ч боли в животе нарастают, метеоризм, резкое ослабление перистальтики. Выраженные перитон. симптомы.

Прикрытая перфоративная язва.

Начало м. б. острое («кинжальные» боли, коллапс), но по мере «прикрытия» - клиника вялотекущего перитонита, а яркие симптомы исчезают.

Тактика медсестры до приезда СМП:

- Положение пациента с поднятым головным концом и согнутыми в коленных и т/б суставах ногами,
- Холод на живот,
- Назогастральный зонд с целью декомпрессии ЖКТ,
- Венозный доступ.

Острые кровотечения из органов ЖКТ.

Причины: язвенная болезнь, варикозное расширение вен пищевода, синдром Мэллори – Вейса, язвенный колит, опухоли, дивертикулы, ожоги.

Но наиболее часто – это осложнение язвы желудка и ДПК.

Диагностика ГДК:

- Кровотечение язвенной этиологии – ему предшествует болевой синдром, диспепсия, затем боли стихают, ТК, тахипное, бледность кожи, рвота «кофейной гущей» (при наполненном желудке), мелена - не сразу;
- Кровотечение из опухоли – «желудочный» анамнез, тупые боли и тяжесть в эпигастрии, анорексия, апатия, потеря в весе, при пальпации болезненность в эпигастрии;
- Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – острое начало, обильная «кровавая» рвота фонтаном, мелена, тяжёлое состояние из-за болезни печени, гепатита, алкогольного цирроза печени.

Кишечное кровотечение.

Чем менее изменена кровь из прямой кишки, тем ближе к анальному отверстию располагается источник кровотечения.

- «Дёгтеобразный» стул – кровотечение из желудка или ДПК;
- Вишнёво – малиновый - из нисходящей ободочной и сигмы;
- Обычная неизменённая кровь – из прямой кишки.

Помощь до приезда СМП:

- Больного уложить без подушки (с опущенным головным концом – при нарастании кровопотери);
- Пузырь со льдом на область эпигастрия, при «кровавой» рвоте дать проглотить небольшие кусочки льда;
- Контроль гемодинамики!

Неотложные состояния при урологических заболеваниях.

Почечная колика

на первом месте среди неотложных состояний и заболеваний органов, расположенных вне брюшной полости, но протекающих под маской «острого живота».

ПК обусловлена внезапно возникшим препятствием к оттоку мочи.

В большинстве случаев – как проявление МКБ, также среди причин опухоли почки или соседних органов.

Факторы, провоцирующие ПК:

- Физическая нагрузка,
- Длительная ходьба,
- Тряска езда,
- Приём острой пищи,
- Жара (усиление потоотделения) или холод (спазм).

Симптомы ПК:

1. Внезапная острая боль, усиливающаяся со временем, в пояснице, в боковых или нижних отделах живота (в зависимости от уровня препятствия) с иррадиацией в область паха, половых органов и в/3 бедра;
2. Дизурия – частое и болезненное малыми порциями мочеиспускание, м. б. примесь крови в моче;
3. Тошнота и рвота без облегчения на пике боли;
4. Беспокойное поведение больного.

Симптом Пастернацкого -

Резкая болезненность при пальпации и осторожном поколачивании соответствующей поясничной области.

Характеризует острую блокаду почки: нарушение оттока мочи, которая продолжает продуцироваться почкой, вызывает набухание почки и растяжение покрывающей её капсулы.

Неотложная доврачебная помощь

Направлена на снятие болевого синдрома:

- Тепло на поясницу,
- Цистенал 20 капель на сахар,
- Баралгин (спазган) 5мл в\в,
- Срочная госпитализация при впервые возникшей, некупирующейся, рецидивирующей ПК, при макрогематурии.

Острая артериальная непроходимость магистральных сосудов конечностей: эмболии и тромбозы.

Первый субъективный и главный симптом – сильная локальная боль от места окклюзии до дистального отдела конечности. При эмболии она внезапна и постоянна, затем появляются парестезии, похолодание конечности, ощущение «ползания мурашек», позже – невозможность активного движения пальцев и сгибания суставов.

При обследовании:

- Отсутствие пульса в артериях дистальнее места окклюзии;
- Местная гипотермия;
- Поверхностная и глубокая парестезия (по типу чулка);
- Кожа бледная, при глубокой ишемии мраморного рисунка;
- Исчезновение сухожильных рефлексов;
- Болезненность мышц;
- Субфасциальный отёк мышц голени;
- Ишемическая мышечная контрактура.

Клиника ОАН зависит:

- От фона, на котором развивается окклюзия –
 1. Эмболо- и тромбогенных заб-ний,
 2. Степени декомпенсации сердечной деятельности,
 3. Сопутствующих радикулита, рожи, ДОА суставов,
 4. Возраста больного (старше 60 лет);
- От уровня окклюзии;
- Состояния коллатерального русла;
- Степени ишемии конечности;
- Характера и течения ишемии.

Предрасполагающие факторы:

- Источники эмболов – сердце на фоне мерцательной аритмии, эндокардиты, ОИМ, аневризмы аорты, вены БКК;
- Причины тромбоза – атеросклероз, узелковый периартериит на фоне ГБ, внешнее травматическое воздействие, болезни крови и ССК.

Неотложные мероприятия

Направлены на прерывание круга «боль – спазм – боль».

ИТ реополиглюкином, обезболивающие, спазмолитики, 5000 ЕД гепарина в вену, холод, экстренная госпитализация на носилках.

Флеботромбозы

Возникают вследствие нарушения венозного оттока.

Триада Virchow:

1. Нарушение биохимических свойств крови,
2. Повреждение эндотелия,
3. Замедление кровотока.

Предрасполагающие факторы:

- У молодых – беременность и роды, продолжительная иммобилизация после травмы, полостные операции, дегидратация, тяжёлая интоксикация, сердечная недостаточность, септические заболевания, онкопатология и болезни крови, вирусные и инфекционные заболевания.
- У пожилых – сердечная недостаточность, длительный постельный режим, онкопатология.

Клиника тромбоза зависит:

- От уровня локализации тромба,
- От темпа тромбообразования,
- От степени окклюзии магистральной вены,
- От наличия развитых коллатералей.

Тромбоз глубоких вен голени.

Нарастающая боль в икрах, отёк в области лодыжек, гипертермия.

С – м Хоманса (1-4 дня боль в икрах при тыльном сгибании стопы);

С – м Мозеса (болезненность при сдавливании голени в передне-заднем направлении, отсутствие боли при сдавливании голени с боков);

С – м Ловенберга (острая боль в икрах при нагнетании воздуха в манжету тонометра, наложенную на с\3 голени, до цифр 60\ - 150\).

Подвздошно – бедренный тромбоз.

Чаще слева, при беременности. Тупая боль в пояснично – крестцовой и подвздошной области, затем острая по передней поверхности бедра и в икрах.

Патогномоничный симптом – резкое повышение температуры в поражённой конечности. Отёчность и багрово-синюшный цвет, чувство одеревенения и онемения.

Резко положительные симптомы Хоманса и Ловенберга.

При переходе тромбоза на вены таза возрастание болей и ощущения распираания конечности. Окраска цианотичная «пятнами», диффузное усиление венозного рисунка.

Неотложная помощь:

Борьба с болью и спазмом!

Тромболитики, антикоагулянты,
противовоспалительные средства.

Возвышенное положение конечности,
наложение эластичного бинта.

Экстренная госпитализация на носилках.