

Ранняя диагностика хирургических болезней и методы профилактики

Приняла: Аширбаева Ж
Сделали: Кадиров Ф, Усипбек Д,
Юлдашева Д, Юсупова К.

Ом-521

План

- Определение
- Классификация заболеваний по симптоматике
- Характеристика болей, локализация, иррадиаций
- Острый аппендицит
- Острый холецистит
- Острый панкреатит



- **Диагностика острых хирургических заболеваний брюшной полости** на догоспитальном этапе является одним из труднейших вопросов в повседневной практической работе врача догоспитального этапа. Для определения клинического состояния, характерного для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, часто пользуются термином "острый живот". Под ним понимают внезапно развившееся заболевание, требующее неотложной медицинской помощи, а у большинства больных - экстренного или срочного оперативного вмешательства. К заболеваниям, входящим в указанную группу, относятся остро возникающие хирургические болезни, обусловленные различными причинами

- - острыми воспалительными изменениями органов брюшной полости (острый аппендицит , острый холецистит , острый панкреатит);
- нарушением проходимости по желудочно-кишечному тракту его содержимого (острая кишечная непроходимость , ущемленные грыжи);
- перфорацией (прободением) стенок полых органов брюшной полости (перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки, дивертикулов тонкой и толстой кишок, опухолей желудочно-кишечного тракта);
- кровотечением в просвет полых органов (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки , острые язвы желудочно-кишечного тракта, разрыв расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени и др.) или в свободную брюшную полость (нарушенная внематочная беременность, разрыв яичника, селезенки, брюшной аорты);
- острыми нарушениями кровоснабжения органов брюшной полости вследствие закупорки питающих их кровеносных сосудов (тромбоз сосудов брыжейки, ветвей воротной вены).
- Отличительной особенностью всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является быстрое и прогрессирующее развитие болезненного процесса и ухудшение состояния больного.
- Следовательно, первостепенное значение для выздоровления больного при этих болезнях имеют ранняя диагностика **острых хирургических заболеваний брюшной полости**, ранняя госпитализация и, по показаниям, экстренная или срочная операция.
-

- Для всех этих, на первый взгляд совершенно различных, острых хирургических заболеваний органов брюшной полости характерными и общими являются следующие клинические признаки:

- 1) острые, внезапно наступающие, ограниченные или разлитые боли в животе, возникающие при практически здоровом состоянии организма;
- 2) признаки воспаления брюшины (выраженное произвольное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при ощупывании живота) и (или) нарушения функции желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, задержка стула и газов и др.);
- 3) расстройства функций сердечно-сосудистой системы, вплоть до развития резко выраженной слабости и токсического (острый панкреатит, острая непроходимость кишечника) или геморрагического (острое массивное кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта или свободную брюшную полость) шока.

● Огромное значение для ранней **диагностики острых хирургических заболеваний брюшной полости** имеют следующие факторы:

- подробное ознакомление с жалобами и анамнезом заболевания;
- педантичное объективное обследование больного с соблюдением всех правил пропедевтики;
- тщательный анализ клинических признаков и всех данных, полученных при осмотре, с последующим их синтезированием, определением диагноза и принятием лечебно-тактического решения.



- **В диагностике острых хирургических заболеваний брюшной полости** большое значение имеет изучение болевого синдрома, который является типичным для большинства заболеваний острого живота. Необходимо оценить начало болей (внезапное, постепенное), их локализацию, характер (острые, тупые, схваткообразные, постоянные или приступообразные), иррадиацию. Тщательный сбор жалоб и анамнеза особенно помогает в этом.

При обследовании больного с острым животом необходимо наблюдать за его поведением, положением на кушетке (свободное или вынужденное), выражением лица, состоянием видимых слизистых.

Обследование следует начинать с подсчета числа пульсовых ударов в минуту, тщательного изучения органов грудной клетки (перкуссия, аускультация, пальпация) с тем, чтобы исключить такие заболевания, симулирующие острый живот, как межреберная невралгия, базальная плевропневмония, инфаркт легкого.

Приступая к исследованию живота, необходимо обнажить его от верхней трети груди до средней трети бедер.

Особое внимание при исследовании живота следует придавать выявлению патогномических симптомов, которыми являются:

- - при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости: произвольное мышечное напряжение передней брюшной стенки и другие симптомы раздражения брюшины, разница между показателями температуры в подмышечной ямке и прямой кишке более 1С;
- при перфорации полых органов: "кинжальная" боль, доскообразный живот, отсутствие печеночной тупости;
- при кровотечении в просвет полых органов: признаки острой анемии, рвота кровью или кофейной гущей, дегтеобразный стул или стул с примесью крови;
- при кровотечении в свободную брюшную полость: признаки острой анемии, френикус-симптом, симптом "ваньки-встаньки", притупление в отлогих местах живота, нависание передней стенки прямой кишки при ее пальцевом исследовании;
- при нарушении проходимости по желудочно-кишечному тракту: схваткообразные боли, задержка стула и газов, рвота, асимметричный живот, изменение нормального характера перистальтических шумов, шумы "плеска" и "падающей капли", пустая ампула прямой кишки при ее пальцевом исследовании;



- - при острых нарушениях кровоснабжения органов брюшной полости: нестерпимые боли в животе, повышение АД на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова), определение пальпацией плотноватого образования в животе без четких границ (симптом Мондора), позднее развитие признаков перитонита.

При наличии у больного болей в животе неясного происхождения следует также внимательно осмотреть и пропальпировать все места возможного выхода и ущемления грыж: переднюю брюшную стенку, промежность, поясничные и пахово-мошоночные области, пахово-бедренные складки.

- Врачу догоспитального этапа при осмотре больного с подозрением на острый живот необходимо помнить и в обязательном порядке соблюдать три правила:
 1. На догоспитальном этапе диагноз у больного с болями в животе должен быть поставлен как можно раньше. Если диагноз остается неясным, то больной не позднее, чем через час с момента начала осмотра, должен быть доставлен в стационар на консультацию к хирургу.
 2. При болях в животе и тяжелом состоянии больного обследование его на дому врачом догоспитального этапа не должно занимать продолжительное время. Будет гораздо полезнее затратить это время на совместный осмотр больного с хирургом стационара и там же заполнить историю болезни на пациента.
 3. В неясных случаях при болях в животе больному не следует вводить ни анальгетиков, ни спазмолитиков. Если боли в животе носят нестерпимый характер, то для их снятия при транспортировке больного в стационар следует использовать ингаляционный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:1 или 1:2.

- Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Единственным методом его лечения является операция. Клинические признаки заболевания во многом обусловлены расположением червеобразного отростка, который может лежать по отношению к слепой кишке книзу, кверху, кпереди, кзади, кнаружи и кнутри, а также внутрибрюшинно и забрюшинно. Воспалительный процесс в отростке развивается с различной интенсивностью, что в основном зависит от вирулентности микробов и реактивности организма. Гангрена отростка может наступить через несколько часов от начала заболевания.

В зависимости от степени выраженности воспалительных изменений в червеобразном отростке аппендицит бывает:

- 1) простой (катаральный),
- 2) деструктивный (флегмонозный, гангренозный, перфоративный),
- 3) осложненный аппендикулярным инфильтратом, местным или разлитым перитонитом, пилефлебитом.

- **Догоспитальный этап**

Заболевание начинается внезапно, среди полного здоровья, с появлением болей в животе. Они вначале не имеют четкой локализации, но все же чаще отмечаются в подложечной области или около пупка, затем обычно перемещаются в правую подвздошную область.

Характер болей также различен. Они могут быть постоянными, схваткообразными, незначительными и очень сильно выраженными. У молодых воспалительный процесс обычно протекает интенсивнее, а потому и клинические проявления заболевания у них более выражены, у пожилых и старых - наоборот. Это одна из причин того, что у пожилых и старых острый аппендицит диагностируется поздно.

Больные отмечают общую слабость, недомогание, сухость во рту, ощущение жара или озноба, потерю аппетита, тошноту, рвоту, повышение температуры тела, задержку стула и газов.

- Острый холецистит среди всех форм "острого живота" занимает второе, а по числу смертельных исходов - одно из первых мест. Соотношение мужчин и женщин при этом заболевании приблизительно соответствует 1:4, преобладают средние и старшие возрастные группы.

I. Догоспитальный этап

Начало заболевания - внезапное, при этом появляются выраженные боли в правом подреберье или эпигастральной области, периодически усиливающиеся, иррадиирующие в правое над-плечье, лопатку и поясницу. Они сопровождаются многократной рвотой, обычно с примесью желчи, нередко озноб и желтуха.

Обострение заболевания часто связывается с приемом обильной и жирной пищи. При осмотре выявляется перкуторная и пальпаторная болезненность, а при прогрессировании процесса - напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье, - эпигастрии, а в поздних стадиях - по всему животу. Часто бывает увеличен желчный пузырь.

- Отмечаются положительные симптомы Ортнера, Образцова, Мюсси. Температура тела повышается до 37,7-38°..

При развитии гнойных осложнений состояние больных резко ухудшается, температура тела повышается до 39-40° и более, присоединяются ознобы.

При остром холецистите воспалительный процесс может быстро переходить на соседние органы и брюшину, с образованием околопузырного инфильтрата, гнойника, с развитием перитонита, под-диафрагмального абсцесса, гнойного плеврита либо распространяться по желчным путям, с возникновением гнойного холангита, панкреатита, внутрипеченочных абсцессов. Следовательно, при подозрении на острый холецистит важно обследование не только области правого подреберья, но и других отделов живота, а также органов грудной клетки. Острый холецистит нередко сопровождается желтухой.

- При опросе и обследовании больного следует особое внимание обращать на окраску кожных покровов, склеры, выяснять особенности окраски кала и мочи, а также возможное наличие зуда кожи. При установлении диагноза острого холецистита или подозрении на него необходима экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение. Летальность у больных, доставляемых в стационары позже суток, оказывается выше, нежели при госпитализации в первые часы от начала заболевания. На догоспитальном этапе при сильных болях назначаются спазмолитики, холод на живот. Не должны применяться наркотики и антибиотики. Больные доставляются в стационар машиной скорой помощи в горизонтальном положении, переносятся в приемное отделение на носилках.

● ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ

В различные фазы и периоды развития этих заболеваний клиническая картина будет неодинаковой. На их клинических проявлениях сказываются возраст больного, сопутствующие заболевания и осложнения. Те или другие лечебные мероприятия, проводимые на догоспитальном этапе и в стационаре, способствуют исчезновению или резкому ослаблению основных симптомов острого панкреатита и холецистопанкреатита и весьма затрудняют своевременное их распознавание. Данные обстоятельства следует учитывать при диагностике этих острых заболеваний.

Возможности правильного распознавания острого панкреатита и холецистопанкреатита на разных этапах обследования больных (догоспитальный этап, стационар) далеко неодинаковы.

- Минимальные возможности оказываются на догоспитальном этапе, по и здесь можно поставить правильный диагноз, если врач будет знать наиболее важные симптомы заболевания и учитывать анамнестические особенности.

I. Догоспитальный этап

Диагностика. Обследуя больного, врач догоспитального этапа обязательно должен принимать во внимание время от начала приступа болезни. Среди анамнестических данных важное значение имеют указания на заболевания желчных путей, а также других органов желудочно-кишечного тракта, прием перед началом приступа болезни обильной сокогонной и желчегонной пищи, злоупотребление спиртными напитками, предшествующие стрессовые нервно-эмоциональные реакции. Острый панкреатит очень часто рецидивирует.

- Начальные проявления острого панкреатита характеризуются прежде всего панкреатической коликой, т. е. внезапной, резкой, постоянной болью в верхней половине живота с иррадиацией в спину (опоясывающая боль), лопатку и за грудину. Без лечения выраженная боль продолжается обычно несколько часов, но не более 2-3 дней. Боль сочетается с многократной, нередко очень мучительной рвотой, не облегчающей состояния больного. Температура тела при остром панкреатите всегда нормальная. Цвет кожного покрова часто бывает изменен (бледность, цианоз, мраморность). Частота пульса нормальная или увеличена. Живот симметричный, нередко несколько вздут. Брюшная стенка ограничено участвует в акте дыхания и нерезко напряжена в эпи-гастрии. Выявляются пальпаторная и перкуторная болезненность в верхнем отделе живота соответственно проекции поджелудочной железы, вздутие и выраженный тимпанит в эпигастриальной области вследствие быстро наступающего пареза желудка и по-перечно-ободочной кишки.

Профилактика

- Профилактика - Хирургических заболеваний заключается в соблюдений личной гигиены, здорового образа жизни, комплексов ЛФК и Пост-хирургической обработки раны, для предотвращения инфицирования раны.



- В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что **диагностика острых хирургических заболеваний брюшной полости** на догоспитальном этапе остается самым трудным разделом неотложной медицины. Это дает право врачу догоспитального этапа у "неясного" больного с болями в животе поставить диагноз "острый живот" и без промедления направить его в стационар на консультацию к дежурному хирургу.