

Острый живот.

## **Острый живот:**

- **Клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь. При остром животе прогноз ухудшается с течением времени.**
- **Даже при подозрении на острый живот больного следует немедленно госпитализировать в хирургический стационар.**
- **В ближайшие время больному должны быть проведены необходимые диагностические и лечебные мероприятия.**

● **Основные клинические признаки острого живота:**

- Боль в животе, анемия, шок.
- Висцеросоматическая боль при воспалении органа и перитоните.
- Септическое состояние при перитоните.
- Острая спазматическая боль при обтурации полого органа (кишечник, желчные протоки).
- Анемия при кровотечении в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость.

- **Наиболее важные симптомы раздражения брюшины (симптомы, возникающие при воспалении париетальной брюшины)**

- ❖ Болезненность при пальпации передней брюшной стенки

- ❖ Напряжение мышц передней брюшной стенки

- ❖ Положительный симптом Щеткина-Блюмберга

**Наиболее важные данные в дифференциальной диагностике острого живота**

- Возраст больного

- Локализация и продолжительность боли

- Заболевания, травмы, операции в анамнезе

## Причины острого живота

- Повреждения органов брюшной полости.
- Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (**аппендицит, холецистит, панкреатит и др.**), в том числе и перитонит.
- Перфорация полого органа (**перфорация язвы и др.**).
- **Механическая кишечная непроходимость в т.ч. при ущемленной грыже.**
- **Острые нарушения мезентериального** артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью.
- Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в полость брюшины.
- Острые воспалительные процессы в придатках матки, **пельвиоперитонит, внематочная беременность, апоплексия яичника**, перекрут ножки кисты или опухоли яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичника.

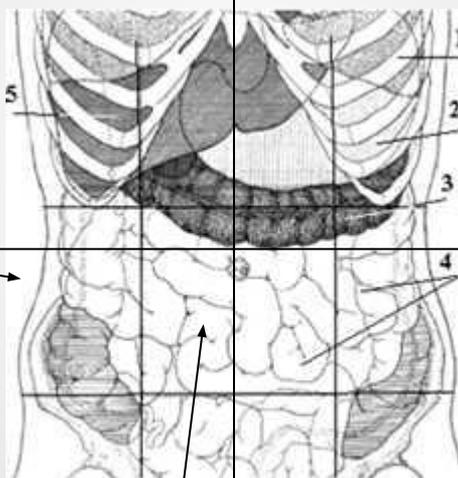
# Топическая диагностика при болях в животе

Заболевания желчных путей, язвенная болезнь

Панкреатит, язвенная болезнь

Разрыв селезенки, поддиафрагмальный абсцесс, кровотечение из аневризмы аорты

Гепатит, пиелонефрит



Аппендицит, внематочная беременность, ущемленная грыжа, перекрут яичника, дивертикулит Меккеля

Непроходимость толстой кишки, инфаркт брыжейки, заворот тонкой кишки

Дивертикулит, ущемленная грыжа, перекрут яичника, перфорация рака толстой и прямой кишок

**1) Аппендицитом** называется воспалительный процесс придатка прямой кишки – аппендикса, с характерной клинической картиной. Соответственно, под признаки аппендицита не подпадают воспаления аппендикса, наблюдающиеся при **дизентерии**, **туберкулезе** и некоторых других заболеваниях. Воспаление аппендикса имеет широкое распространение и во многих случаях лечится только хирургическими методами.

### **Острый аппендицит**

Во врачебной практике различают **острый и хронический** аппендицит. Классификация морфологических форм острой разновидности выглядит следующим образом:

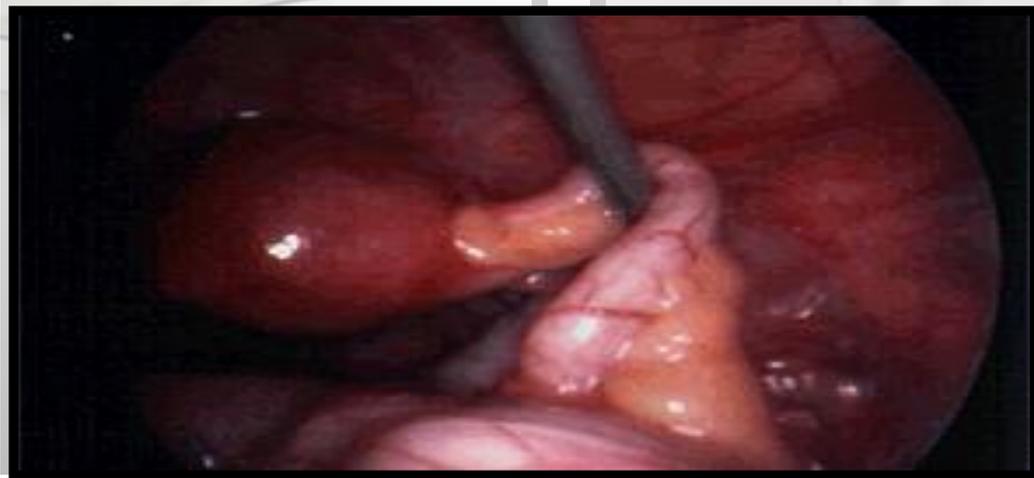
- простой аппендицит;
- поверхностный (катаральный);
- различные варианты деструктивной формы – флегмонозный и флегмонозно-язвенный, апостематозный и гангренозный.
- Данное классифицирование соответствует фазам развития болезни, вплоть до разрушения и отмирания тканей аппендикса. Чаще всего приступ продолжается от 2-х до 4-х суток.

## Симптом Щёткина - Блюмберга

Медленное надавливание на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием усиливает боль



В момент снятия пальцев с живота больного.



## Симптомы аппендицита в острой форме

- Для начальной стадии острой формы заболевания неосложненного характера типичны жалобы больных на внезапно возникшее чувство дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта: неясные боли в эпигастральной области или возле пупка, приступы колик, ощущения, что живот вздулся и распирается изнутри. Короткое облегчение наступает после дефекации или выхода газов. Постепенно (на протяжении 1-3-х часов) болевой синдром усиливается; ноющие ощущения и приступы колик сменяются постоянной жгучей болью, носящей распирающий или давящий характер. Обычно в это же время регистрируется симптом Кохера-Волковича: болевые ощущения перемещаются из эпигастральной области в правую нижнюю часть живота. Любое резкое физическое движение, глубокий вздох или попытка кашлянуть, тряска (при езде на транспорте), ходьба вызывают усиление боли – это также типичные первые признаки аппендицита, у взрослых и детей в равной мере. Спасаясь от дискомфорта, больные часто принимают характерное положение – лежа на правом боку, согнутые в коленях ноги подтянуты к животу.
- По локализации болевых ощущений можно определить, с какой стороны аппендицит находится (бывают и случаи левостороннего расположения аппендикса) и как расположен воспаленный червеобразный отросток:
- при тазовом положении аппендикса характерно сосредоточение боли в области лона, в правом нижнем квадранте живота;
- если отросток находится ближе к медиальной линии, боль иррадирует в район пупка;
- о придатке, расположенном сзади слепой кишки, могут свидетельствовать болезненные ощущения в пояснице с «отдачей» в правую ногу, паховую зону и гениталии – если исключается возможность почечных патологий и поражения мочеточника;
- при локализации аппендикса под печенью, боль чаще всего возникает под правым ребром;
- в крайне редких случаях слепая кишка с воспаленным придатком может располагаться слева – в этих случаях чувство боли сосредоточено внизу живота слева.

- Боль внизу живота справа как один из симптомов аппендицита характерна для 90% диагностируемых случаев; но первичные болевые ощущения в эпигастрии наблюдаются лишь в 70% случаев, а симптом Кохера-Волковича – только у половины больных.
- При простом остром аппендиците в основном наблюдаются боли умеренного характера, которые пациенты в состоянии терпеть. Ярко выраженный, нестерпимый характер болевые ощущения приобретают, когда аппендикс растягивается скопившимся внутри гноем, то есть развивается эпиема червеобразного отростка; больные описывают боль как дергающую и пульсирующую. Гангренозные процессы, наоборот, на какой-то период способствуют субъективному улучшению самочувствия; это происходит в связи с отмиранием нервных окончаний – источников боли в области живота. При перфорировании аппендикса боль резко усиливается, а затем начинает растекаться по всему животу, в соответствии с распространением по брюшине гнойного содержимого прорвавшегося отростка.

- Если заболевание протекает типично, боль, как правило, не отдает в другие органы и отделы живота; исключения составляют случаи, когда воспаленный аппендикс расположен нестандартно и плотно прижат к какому-либо внутреннему органу. Это может быть желчный или мочевой пузырь, мочеточник, прямая кишка; отраженная боль в данных органах провоцируется вовлечением ткани органных стенок в воспалительный процесс. При интенсивных болях слева в животе следует уточнить, с какой стороны аппендицит – точнее, аппендикс, – располагается в данном случае.
- Тошнота и рвота при остром воспалении аппендикса появляются у 4/5 больных через несколько часов после первых проявлений абдоминального синдрома, то есть проблем с желудочно-кишечным трактом. Рвота регистрируется у 60% пациентов, чаще детского возраста. Если ощущение тошноты и рвотный рефлекс появляются раньше, чем начинает болеть живот, диагноз «острый аппендицит» следует немедленно поставить под сомнение.
- Очень часто среди признаков аппендицита у взрослых и детей наблюдается отказ от пищи: анорексия, или потеря аппетита, типична для 90% наблюдаемых случаев. Сохраняющийся у больного аппетит также служит поводом усомниться в правильности данного диагноза.
- Как признаки аппендицита, отмечаются проблемы с дефекацией: задержка стула характерна для трети заболевших. Причиной является кишечный парез (ограничение двигательной функции), вызванный распространившимся по брюшине воспалением. Изредка, не более чем в 12-15% случаев, у больных может наблюдаться жидкий стул, регистрируемый не более одного-двух раз, а также ложные позывы к дефекации (тенезмы). Подобные явления могут указывать на медиальное или тазовое расположение аппендикса; в первом случае воспаленный отросток оказывает раздражающее воздействие на складки брюшины (брыжейку), охватывающие тонкую кишку, что провоцирует чрезмерно активную перистальтику; во втором – происходит сильное раздражение прямой кишки или сигмовидного отдела кишечника.

- У половины пациентов измерение температуры тела на протяжении первых 24-х часов показывает субфебрильные значения, от 37,2 до 37,6°C. Опытные медики знают, что лихорадка на раннем этапе нехарактерна для данного заболевания; если на протяжении первых суток болезни у человека поднимается температура до 38°C и выше, следует заподозрить первые признаки аппендицита с осложнениями или наличие другой, обычно инфекционной, болезни.
- В традиционной медицине принято рассматривать симптомы аппендицита в такой последовательности:
- болезненные ощущения в эпигастральной зоне или около пупка;
- потеря аппетита, чувство тошноты, рвотные позывы;
- при пальцевом обследовании правого нижнего квадранта живота наблюдается локализованная болезненность; мышцы пациента напрягаются в непроизвольной защитной реакции;
- возникновение лихорадки (повышенной температуры);
- развитие лейкоцитоза.
- Соответствие хрестоматийной симптоматики зависит от возраста пациентов; так, у детей после 6-ти лет такая последовательность острого приступа встречается в 60% диагностированных случаев, а у старых и пожилых людей – лишь в четверти случаев.

## Диагностика и лечение

- Типичный острый аппендицит диагностируется достаточно несложно. Нетипичное расположение отростка и особенности протекания воспалительного процесса могут значительно затруднить диагностику заболевания. Для диагностики острого аппендицита имеет значение наличие симптомов Раздольского, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Бартомье-Михельсона. Затруднена диагностика заболевания у детей, пожилых людей и беременных женщин.
- Лечение хирургическое. Операцию следует проводить не только в случаях диагностической ясности, но и при наличии обоснованных подозрений на острый аппендицит. Наличие симптомов перитонита дает основание для назначения антибиотиков и метронидазола еще до операции.

## **2) Острый холецистит:**

### **причины возникновения, симптомы, лечение**

Острый холецистит – это воспаление желчного пузыря. Острый холецистит развивается в течение нескольких часов или дней. Чаще причиной острого холецистита является закупорка пузырного протока (канал по которому из желчного пузыря вытекает желчь) желчным камнем. В других случаях, когда острый холецистит развивается у людей не страдающих желчекаменной болезнью, причиной начала болезни является инфекция.

### **Симптомы острого холецистита включают**

Боли в правом верхнем отделе живота, иногда лихорадку (повышение температуры), озноб, тошноту и рвоту. Основным методом диагностики острого холецистита это УЗИ брюшной полости при котором обнаруживается желчный камень, а иногда и признаки воспаления желчного пузыря. Лечение острого холецистита обычно включает антибиотики. Если лечение лекарствами не дает удовлетворительных результатов назначают и холецистэктомию (хирургическое удаление желчного пузыря).

## **Факторы риска развития острого холецистита**

Факторы риска острого холецистита это болезни или состояния способствующие развитию этой болезни. К факторам риска развития острого холецистита

относятся следующие:

- Тяжелые заболевания (например, большие операции, ожоги, сепсис, или травмы)
- Длительное голодание или полное парентеральное питание (оба предрасполагают к застою желчи)
- Шок
- Иммунодефицит
- Васкулит (например, красная волчанка, узелковый полиартериит)

## Симптомы и признаки острого холецистита

Ввиду того, что острый холецистит возникает преимущественно у больных с камнями в желчном пузыре, у таких больных симптомы холецистита часто наслаиваются на симптомы желчекаменной болезни. Так, у большинства больных с острым холециститом в прошлом были приступы желчных коликов (печеночных коликов). Основным симптомом острого холецистита это резкая боль в животе в области правого подреберья. Боль при холецистите аналогична по силе и локализации боли при желчной колике, но длится дольше (больше 6 ч) и является более сильной. Также для приступа острого холецистита характерна рвота и тошнота. В течение нескольких часов с начала болезни, появляется симптом Мерфи (глубокий вдох усиливает боль при прощупывании области желчного пузыря) и защитное напряжение мышц верхней части живота справа. Лихорадка (повышение температуры) при остром холецистите, как правило, несильная, и наблюдается у большинства больных.

У пожилых людей часто первыми или единственными симптомами острого холецистита могут быть такие феномены как отсутствие аппетита, рвота, недомогание, слабость, повышенная температура.

Симптомы острого бескаменного холецистита, аналогичны таковым при остром холецистите, возникающем из-за желчных камней (см. выше). Порой вздутие живота или необъяснимая лихорадка могут быть единственным проявлением болезни. Без лечения болезнь может быстро прогрессировать до гангрены желчного пузыря и перфорации, что приводит к сепсису, шоку и перитониту. Такое развитие острого холецистита сопряжено с высокой смертностью (до 65%).

## Диагностика острого холецистита

Основные методы диагностики острого холецистита это:

- Ультрасонография (УЗИ) внутренних органов
- Холецистография, если результаты УЗИ двусмысленны или при подозрении на бескаменный холецистит.



## Лечение острого холецистита

Лечение острого холецистита проводится под строгим наблюдением специалистов. При возникновении симптомов схожих с симптомами острого холецистита, особенно у больных, перенесших в прошлом желчную колику, следует немедленно обратиться к врачу. Лечение острого холецистита дома не допустимо.

- Общие принципы лечения острого холецистита включают:
- Соблюдение строгой диеты: в первые 1-2 суток – голодная диета, в последующие сутки – пюре из овощей и фруктов, нежирные сорта мяса, каши, молочно-кислые продукты низкой жирности, минеральная негазированная вода, компот.
- Подавление боли при остром холецистите достигается за счет назначения препаратов из группы опиоидных анальгетиков (Оmnopон, Морфин), для подавления воспаления больным острым холециститом дают кеторолак.
- Для подавления инфекции используются антибиотики. При остром холецистите антибиотики назначаются парентерально (внутривенно или внутримышечно) например, цефтриаксон 2г в сутки плюс метронидазол 500 мг каждые 8 ч.
- В случае неэффективности медикаментозного лечения больному рекомендуют удаление желчного пузыря (холецистэктомия). Холецистэктомия излечивает острый холецистит, устраняет болевой синдром и предотвращает развитие осложнений. Ранняя холецистэктомия в целом предпочтительнее в течение первых 24 до 48 ч в следующих ситуациях:  
Диагноз ясен и у больного низкий хирургический риск.  
Пациенты пожилого возраста или диабетики и пациенты с более высоким риском инфекционных осложнений.  
Пациенты с эмпиемой, гангреной, перфорацией или бескаменным холециститом.
- Хирургическое лечение может быть отложено, если пациенты имеют тяжелые сопутствующие хронические заболевания (например, болезни сердца, тяжелые болезни почек и печени), которые повышают риск хирургических осложнений. У таких пациентов холецистэктомия откладывается до стабилизации сопутствующих заболеваний или до разрешения холецистита. Если холецистит проходит, холецистэктомия может быть сделана через 6 недель и позже. Задержка операции несет в себе риск желчных осложнений.
- Чрескожная холецистотомия (эндоскопическая операция) является альтернативой холецистэктомии для пациентов с очень высоким хирургическим риском, таких, как пожилые люди с бескаменным холециститом, а также те, кто находятся в отделении реанимации из-за ожогов, травм или дыхательной недостаточности.

### 3) Острый панкреатит.

- Острый панкреатит определяется как воспаление, возникшее внезапно или развившееся в течение короткого промежутка времени. В большинстве случаев острый панкреатит вызван закупоркой желчных путей камнем, или является следствием неумеренного употребления алкоголя.
- Тяжесть течения острого панкреатита может варьироваться от лёгких форм, сопровождающихся лишь незначительным дискомфортом в животе, до чрезвычайно тяжёлых форм, опасных для жизни. Тем не менее, большинство (более 80%) пациентов, перенёсших острый панкреатит, после соответствующего лечения полностью поправляются и обходятся практически без осложнений.
- В очень тяжёлых случаях острый панкреатит может привести к серьёзным повреждениям тканей железы: при расплавлении стенок крупного сосуда возможны гематомы и внутрибрюшное кровотечение, может присоединяться вторичная инфекция, а также формироваться кисты и рубцы. Возможно также, при тяжёлом течении панкреатита, массивное поступление в кровь пищеварительных ферментов и токсинов (бактериальных или продуктов клеточного распада), наносящих серьёзный ущерб жизненно важным органам - сердцу, лёгким и почкам.



## Симптомы острого панкреатита.

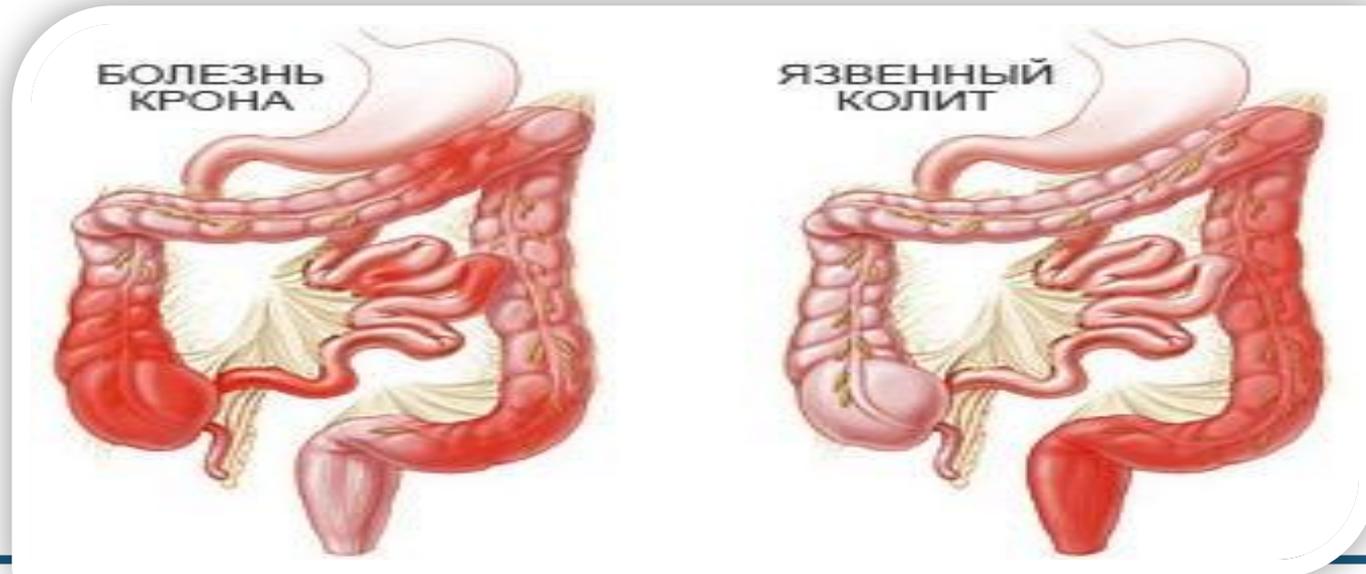
- Сильные ноющие, периодические, острые боли в эпигастрии (верхней части живота), отдающие в спину, так называемые "опоясывающие". Пациенты могут описывать дискомфорт, как "муторное ощущение", усугубляемое приёмом пищи, в первую очередь жирной.
- Вздутый и чувствительный при пальпации живот.
- Тошнота и рвота.
- Лихорадка.
- Увеличение частоты сердечных сокращений (тахикардия).

## Лечение острого панкреатита.

- Пациенты с острым панкреатитом в первую очередь нуждаются в госпитализации, болеутоляющих средствах и внутривенных инфузиях растворов в целях восстановления водно-солевого баланса. Примерно у каждого пятого острый панкреатит протекает в тяжёлой форме, требуется пристальное наблюдение в условиях реанимационного отделения или палаты интенсивной терапии (ПИТ), так как панкреатит может привести к повреждению сердца, лёгких или почек. Некоторые случаи панкреатита могут привести к некрозу ткани поджелудочной железы (панкреонекрозу). В этих случаях или при присоединении вторичной инфекции для удаления повреждённых тканей может потребоваться операция.
- Приступ панкреатита обычно длится всего несколько дней, если заболевание не осложнено некрозом или накоплением жидкости (кисты). Острый приступ панкреатита, вызванный закупоркой желчного протока камнем, может потребовать удаления желчного пузыря или значительно менее травматичного восстановления проходимости желчных протоков с помощью эндоскопа. После удаления желчных камней и стихания воспаления поджелудочная железа обычно довольно быстро возвращается к норме.
- Операция на поджелудочной железе и желчном пузыре может быть выполнена как широким сечением, так и лапароскопическим, или "минимально-инвазивным" методом. При лапароскопической операции на брюшной стенке производится небольшой (обычно 5 - 10-мм) разрез, через который внутрь брюшной полости вводится лапароскоп и сам хирургический инструмент. Хирург в процессе операции руководствуется изображением внутренних органов, передаваемым с камеры лапароскопа на монитор. Преимущества лапароскопической хирургии включают снижение риска заражения, более быстрое восстановление, минимальный косметический дефект, малый риск послеоперационного спаечного процесса и намного менее болезненный послеоперационный период.

## 4) Колит острый

- Обычно бывает распространенным, часто сочетается с одновременным острым воспалением слизистой оболочки тонкой кишки (острый энтероколит), а иногда и желудка (гастроэнтероколит).



## Симптомы, течение.

Остро возникает боль тянущего или спастического характера, урчание в животе, потеря аппетита, поносы, общее недомогание. Стул жидкий с примесью слизи. В более тяжелых случаях стул водянистый, содержит большое количество слизи, иногда кровь; частота стула до 15—20 раз в сутки; могут присоединяться императивные позывы на дефекацию, возникать болезненные те-незмы. Повышаются температура тела (до 38 °С и выше). В особо тяжелых случаях резко выражены симптомы общей интоксикации, язык сухой, обложенный серым или грязно-серым налетом; живот несколько вздут, а при сильном поносе втянут. При пальпации отмечается болезненность по ходу толстой кишки, в различных ее отделах—урчание.

При ректороманоскопии определяется гиперемия и отек слизистой дистальных отделов толстой кишки, на стенках кишки видно большое количество слизи, а в более тяжелых случаях — гноя; могут быть эрозии, изъязвления и кровоизлияния. Исследование крови выявляет умеренный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ.

## Лечение.

- Больных острым колитом госпитализируют (при подозрении на инфекционную природу заболевания — в инфекционные больницы). Назначают антибактериальную или противопаразитарную терапию, при токсических колитах — солевые слабительные. В первый день разрешают только обильное питье (несладкий или полусладкий чай), затем, на 2—5-й день, диету № 4, затем № 4б и 4в. При обезвоживании капельно п/к или в/в вводят 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы или гемодез. Внутрь назначают обволакивающие и вяжущие средства (висмута нитрат основной по 1 г 4—6 раз в день, танальбин, каолин и др.), препараты пищеварительных ферментов (абомин, полизим и др.), холинолитические средства. Для нормализации кишечной флоры назначают энтеросептол, интестопан, колибактерин, бификол и др. Больные острым неинфекционным колитом подлежат в последующем диспансеризации в течение 6 мес.

## 5) Кишечная непроходимость острая

- Острая кишечная непроходимость – это нарушение нормального продвижения пищи по желудочно-кишечному тракту, вызванное механическими (обструкция просвета кишечника изнутри или снаружи), функциональными или динамическими (спазм или паралич кишечной стенки) причинами. Учитывая вышесказанное, выделяют **механическую и динамическую** кишечную непроходимость.

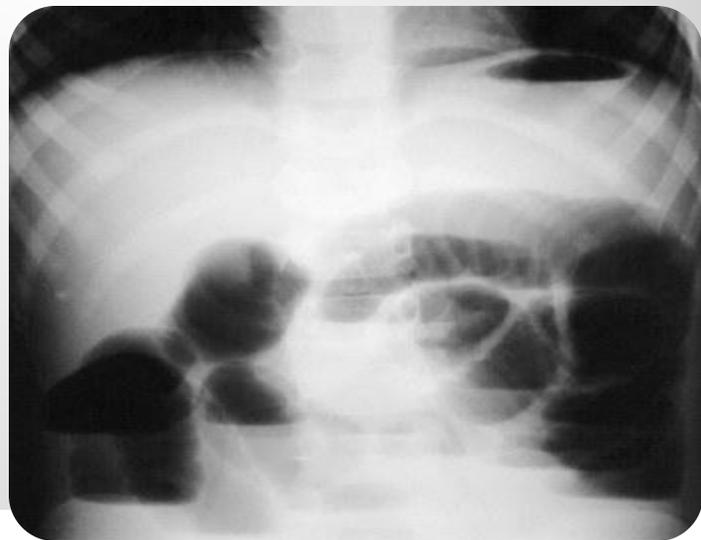
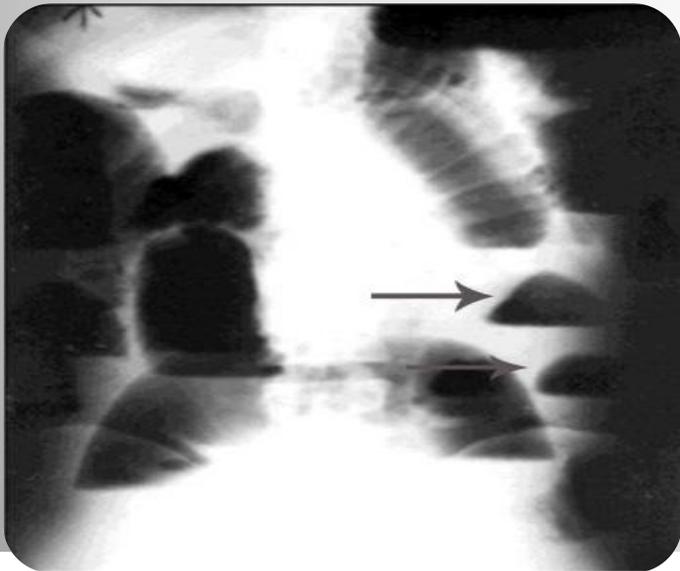
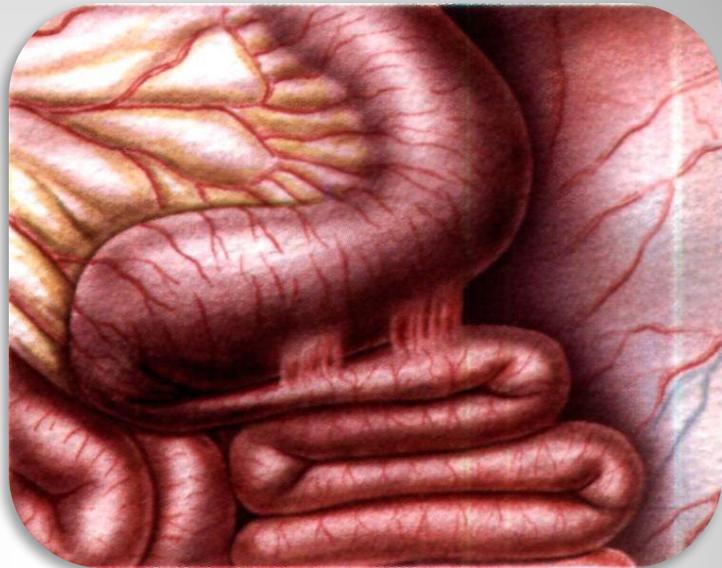
## Симптомы острой кишечной непроходимости.

Симптомы кишечной непроходимости весьма разнообразны и зависят главным образом от уровня обструкции кишечника: препятствие может находиться в верхних и нижних отделах тонкой кишки или в толстой кишке. Мы перечислим основные симптомы, встречающиеся при непроходимости кишечника. Следует понимать, что они редко присутствуют все одновременно, поэтому отсутствие нескольких из них не исключает наличие кишечной непроходимости.

- Рвота - один из самых постоянных симптомов острой кишечной непроходимости. Чем выше расположено препятствие в кишечнике, тем раньше и сильнее будет рвота. При обструкции толстой кишки рвота может отсутствовать, но обязательно будет тошнота. Начинается рвота содержимым желудка, затем рвотные массы приобретают желтоватый цвет, постепенно становясь зелеными и зеленовато-коричневыми.
- Отсутствие стула достаточно поздний симптом (развивается через 12 – 24 часа после начала болезни), поскольку первые часы после развития непроходимости нижележащие отделы могут рефлекторно опорожняться, создавая иллюзию нормы.
- Выраженность вздутия и напряжения живота зависит от уровня обструкции кишечника. При непроходимости толстой кишки живот может быть вздут, как «барабан».

## Лечение острой кишечной непроходимости.

- Лечение острой кишечной непроходимости начинают с консервативных мероприятий. Независимо от причины, вызвавшей данное состояние, всем больным показан голод и покой. Через нос в желудок проводят назогастральный зонд. Он необходим для опорожнения желудка, что способствует прекращению рвоты. Начинают внутривенное введение растворов и лекарственных препаратов (спазмолитических, обезболивающих и противорвотных средств). Проводят стимуляцию моторики кишечника подкожным введением прозерина. При ущемлении грыжи необходимо выполнение экстренной операции – купировать кишечную непроходимость в такой ситуации без оперативного вмешательства невозможно. В других случаях при неэффективности консервативного лечения также необходимо проведение оперативного вмешательства.



- Перед операцией необходимо эластическое бинтование нижних конечностей для профилактики тромбообразования в венах голеней.
- Операцию по поводу кишечной непроходимости выполняют под общим обезболиванием (интубационный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами). При данной патологии необходимо выполнение широкой срединной лапаротомии – срединный разрез на передней брюшной стенке. Такой разрез необходим для адекватного осмотра органов брюшной полости и поиска заболевания, вызвавшего непроходимость кишечника. В зависимости от установленной причины выполняют соответствующее оперативное пособие.

## б) Ущемленная грыжа

- **Ущемленной грыжей** называется остро возникшее сдавление содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах. Это осложнение наблюдается, по разным статистикам, у 8—20 % больных грыжами живота. Пациенты с ущемленными грыжами составляют в среднем около 4—5 % от всех больных «острым животом». Ущемление грыж встречается в 1,5 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Ущемленная грыжа обычно сопровождается явлениями непроходимости кишечника, что обуславливает довольно высокую летальность — 8—11%, причем летальность прогрессивно повышается с увеличением времени от момента ущемления до операции.
- **Профилактика ущемления** состоит в выполнении плановой операции по поводу грыж.
- **Клиническая картина.** Боль в животе в области грыжи является основным признаком ущемления; она возникает, как правило, остро в связи с физическим напряжением, сильным кашлем и т. п. Нередко боль, хотя и возникает внезапно, но усиливается постепенно, и возникновение ее больные связывают с длительными запорами. В ряде случаев она бывает настолько сильной, что пациенты не могут удержаться от стонов и криков. Боли носят в основном постоянный характер. Особенно сильные боли возникают при сдавлении брыжейки кишки в грыжевых воротах, что приводит к нарушению кровоснабжения ущемленных петель кишок.

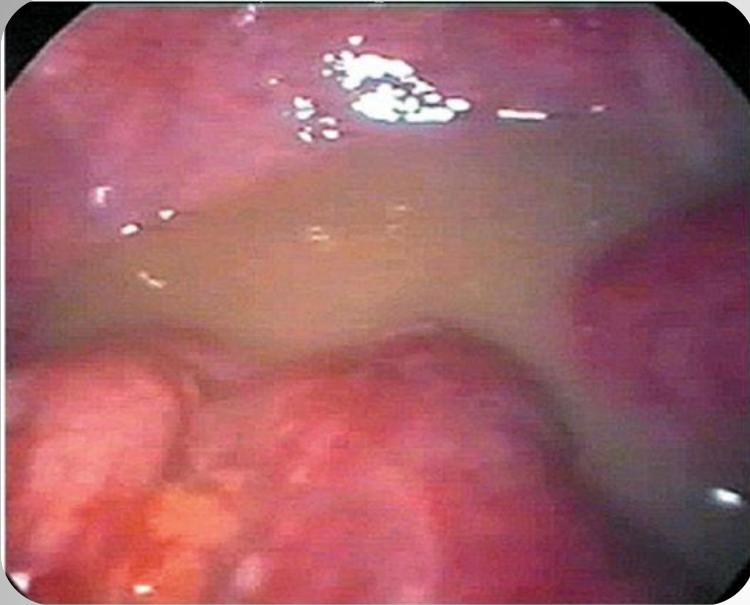
- **Лечение.** *Лечение ущемленных грыж только оперативное. Жизнь больного прямо зависит от времени, прошедшего с момента ущемления до операции.* Противопоказаний для операции по поводу ущемленной грыжи нет. При подозрении на ущемление или же самостоятельное вправление грыжи необходима срочная госпитализация в хирургическое отделение. В случае тяжелого состояния больного при развернутой картине перитонита или непроходимости кишечника показана инфузионная терапия во время транспортировки.



## 7) Пельвиоперитонит

Пельвиоперитонит — это воспаление брюшины малого таза, которое практически всегда сопровождает развитие пиосальпинкса, пиоооара или tuboооариального абсцесса.

- Клиническая картина. В клинической картине пельвиоперитонита выделяют две стадии: открытую и закрытую. Открытая стадия имеет место при начальной или острой фазе воспаления брюшины малого таза. Развитие Острого пельвиоперитонита всегда характеризуется прогрессирующим ухудшением самочувствия и общего состояния больной. У больной отмечается быстрый подъем температуры тела до 38- 39° С, нарастают явления интоксикации (сухость во рту, сухой, обложенный язык, частый пульс). Повышение температуры тела часто сопровождается однократной, реже двукратной рвотой. Боли локализируются в нижних отделах брюшной полости. Появляется вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, позитивный симптом Щеткина-Блюмбергав нижних отделах брюшной полости. Перистальтика кишечника ослабленная, вялая. Отмечается увеличение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, обнаруживаются изменения содержания белков и электролитов.



## Лечение.

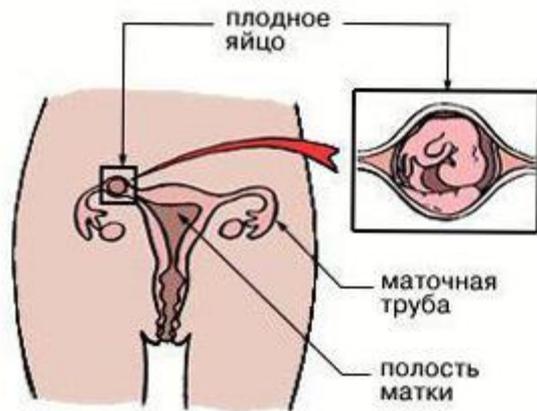
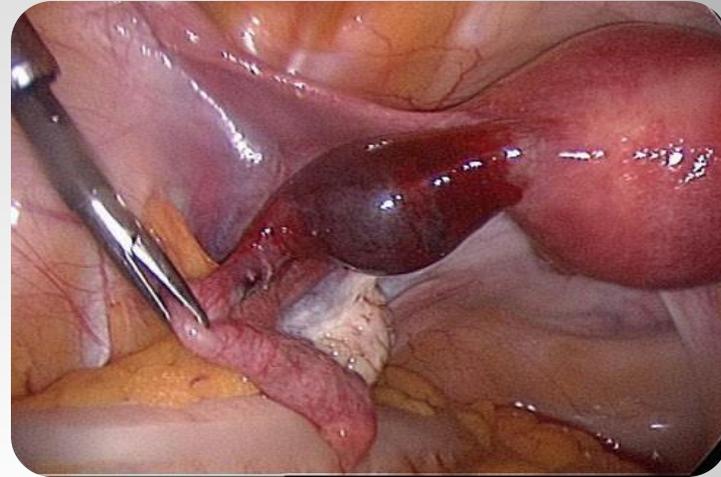
- Пельвиоперитонит требует неотложной терапии. Как правило, лечение пельвиоперитонита начинают консервативно: применяют антибактериальную терапию, которая влияет как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору, дезинтоксикационную терапию (изотонический раствор натрия хлорида, раствор гидроксиэтилкрахмала и другие) с учетом выраженности интоксикации под контролем диуреза и электролитного состава крови. В комплекс терапевтических мероприятий включают десенсибилизирующую терапию, неспецифические нестероидные, анальгизирующие препараты, витамины, холод на низ живота. Для восстановления перистальтики кишечника, при отсутствии гипокалиемии, применяют прозерин, церукал, гипертонические клизмы.

**8) Внематочная беременность (ВБ)** – это патологическое состояние, при котором плодное яйцо закрепляется на стенках фаллопиевой трубы, а не в полости матки. К сожалению, с этой проблемой может столкнуться любая женщина.

- *Симптомы и признаки внематочной беременности*
- В большинстве случаев на ранних сроках симптомы внематочной беременности не наблюдаются вовсе. Это и объясняет тот факт, что в больницу многие женщины попадают в критическом состоянии.
- К симптомам внематочной беременности можно причислить:
- - Одностороннюю острую боль в животе
  - Вагинальное кровотечение (выделения могут быть как алыми, так и темно-красными или коричневыми)
  - Рефлекторная (отраженная) боль в плече (чаще всего она проявляется в горизонтальном положении и объясняется раздражением диафрагмального нерва)
  - Болезненные ощущения при мочеиспускании и дефекации
  - Тошнота и диарея
  - Шок (он провоцируется разрывом маточных труб)

## *Лечение внематочной беременности*

- Хирургическое лечение внематочной трубной беременности может быть произведено несколькими способами:
- Милкинг (выдавливание) – производится при отслойке плодного яйца, его просто выдавливают из маточной трубы с ее сохранением. Этот способ применяется в случае, когда неразвивающийся эмбрион находится вблизи выхода из маточной трубы.
- Сальпинготомия (туботомия) – производится в случае, если милкинг применить нельзя. Маточную трубу разрезают в месте нахождения плодного яйца, которое таким образом удаляется, а труба после этого зашивается. Если эмбрион слишком большой, то он удаляется вместе с частью трубы, после чего возможность беременности в будущем все равно сохраняется.



ПОЛОСТЬ  
МАТКИ

- **Тубэктомия** – производится в случае, когда сохранить маточную трубу невозможно, она удаляется полностью вместе с плодным яйцом. Чаще всего к такой операции прибегают при повторной внематочной беременности. В экстренных случаях может быть удален также и яичник, когда возникает необходимость спасти жизнь женщин (то есть время идет буквально на секунды).
- **Лапароскопия** – это относительно щадящий метод лечения внематочной беременности, ведь он позволяет избежать разрезов и сохранить маточную трубу. Однако существует еще менее травматичный способ – медикаментозный. Правда, к нему можно прибегать лишь на самых ранних сроках. В организм женщины вводится гормональный препарат (Мифепристон, Метотрексат), останавливающий развитие эмбриона и провоцирующий искусственный выкидыш. Этот метод получил лицензию лишь несколько лет назад, и в любом случае он требует тщательного предварительного медицинского обследования женщины и участия квалифицированного медперсонала, поэтому никогда не пытайтесь прибегнуть к нему самостоятельно!

**Апоплексия яичника(разрыв яичника)** – внезапный разрыв (нарушение целостности) ткани яичника, сопровождающийся кровотечением в брюшную полость и болевым синдромом.

- В яичниках половозрелой женщины происходит рост фолликулов, созревание в них яйцеклетки, то есть подготовка к предстоящей беременности. С начала менструального цикла начинает расти доминантный фолликул, который к середине менструального цикла достигает своего максимального размера - около 20 мм. Затем оболочка фолликула разрывается, выпуская из себя созревшую яйцеклетку, - происходит овуляция. На месте лопнувшего фолликула формируется временное образование - желтое тело, которое вырабатывает определенные гормоны, подготавливающие организм женщины к беременности. Это нормальное течение яичникового цикла.

- Существует 3 формы *апоплексии яичника* в зависимости от преобладающих симптомов:
- Болевая форма, когда имеется выраженный болевой синдром, но признаков внутрибрюшного кровотечения нет.
- Анемическая форма, когда на первое место выходят симптомы внутреннего (внутрибрюшного) кровотечения.
- Смешанная форма сочетает в себе признаки болевой и анемической форм апоплексии яичника.

## Симптомы апоплексии яичника

Клинические симптомы апоплексии связаны с основным механизмом развития данной патологии:

Болевой синдром, который возникает прежде всего в середине цикла или после незначительной задержки менструации (при разрыве кисты желтого тела, например). Боли чаще всего локализуются в нижних отделах живота. Иногда боли могут иррадиировать в прямую кишку, в поясничную или пупочную область.

Кровотечение в брюшную полость, которое может сопровождаться:

снижением давления,

увеличением пульса,

слабостью и головокружением,

синкопальными состояниями,

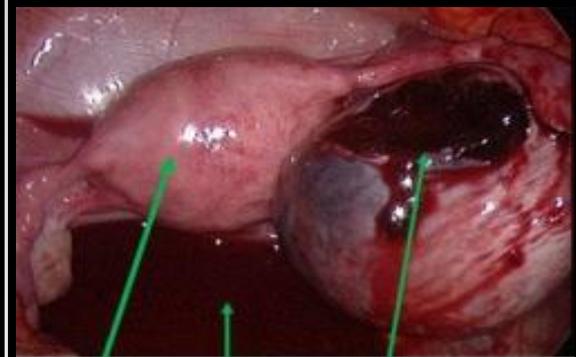
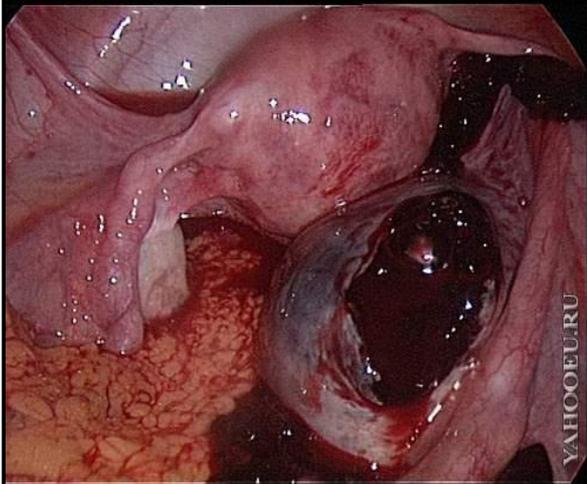
ознобом, повышением температуры тела до 38°C,

однократной рвотой,

сухостью во рту.

## Лечение апоплексии яичника

- Консервативное лечение возможно лишь в случае легкой формы *апоплексии яичника*, которая сопровождается незначительным кровотечением в брюшную полость.
- Больные с легкой формой апоплексии предъявляют жалобы прежде всего на боль внизу живота.
- Однако, данные многих исследователей доказывают, что при консервативном ведении таких больных в 85,7% случаев в малом тазу образуются спайки, а 42,8% случаев регистрируется бесплодие.
- Практически у каждой 2-ой женщины после консервативного ведения возможно возникновение рецидива (повторной *апоплексии яичника*). Это связано с тем, что кровь и сгустки, которые накапливаются в брюшной полости после разрыва яичника (*апоплексии яичника*), не вымываются, как при лапароскопии, остаются в брюшной полости, где организуются и способствуют образованию спаечного процесса в малом тазу.
- Консервативное лечение может быть рекомендовано только женщинам, уже реализовавшим свою репродуктивную функцию (то есть уже имеющим детей и не планирующим их иметь) в случае выявления у них легкой формы апоплексии яичника.



Матка

Кровь в малом тазу

Правый яичник, в нем киста желтого тела с разрывом



Ovary

Follicular cyst

- Хирургическое лечение является основным, поскольку не только позволяет уточнить диагноз, но и провести полноценную коррекцию.
- Во всех случаях апоплексии возможно проведение лапароскопии!!!
- Единственным противопоказанием к использованию этого доступа является геморрагический шок (то есть очень большая кровопотеря с потерей сознания).
- Операцию необходимо проводить максимально щадящим способом с сохранением яичника.
- Как правило, проводится удаление капсулы кисты, коагуляция или ушивание яичника. В редких случаях при массивном кровоизлиянии требуется выполнение удаления яичника.
- Во время операции необходимо тщательно промыть брюшную полость, удалить сгустки и кровь, для профилактики образования спаек и бесплодия.