

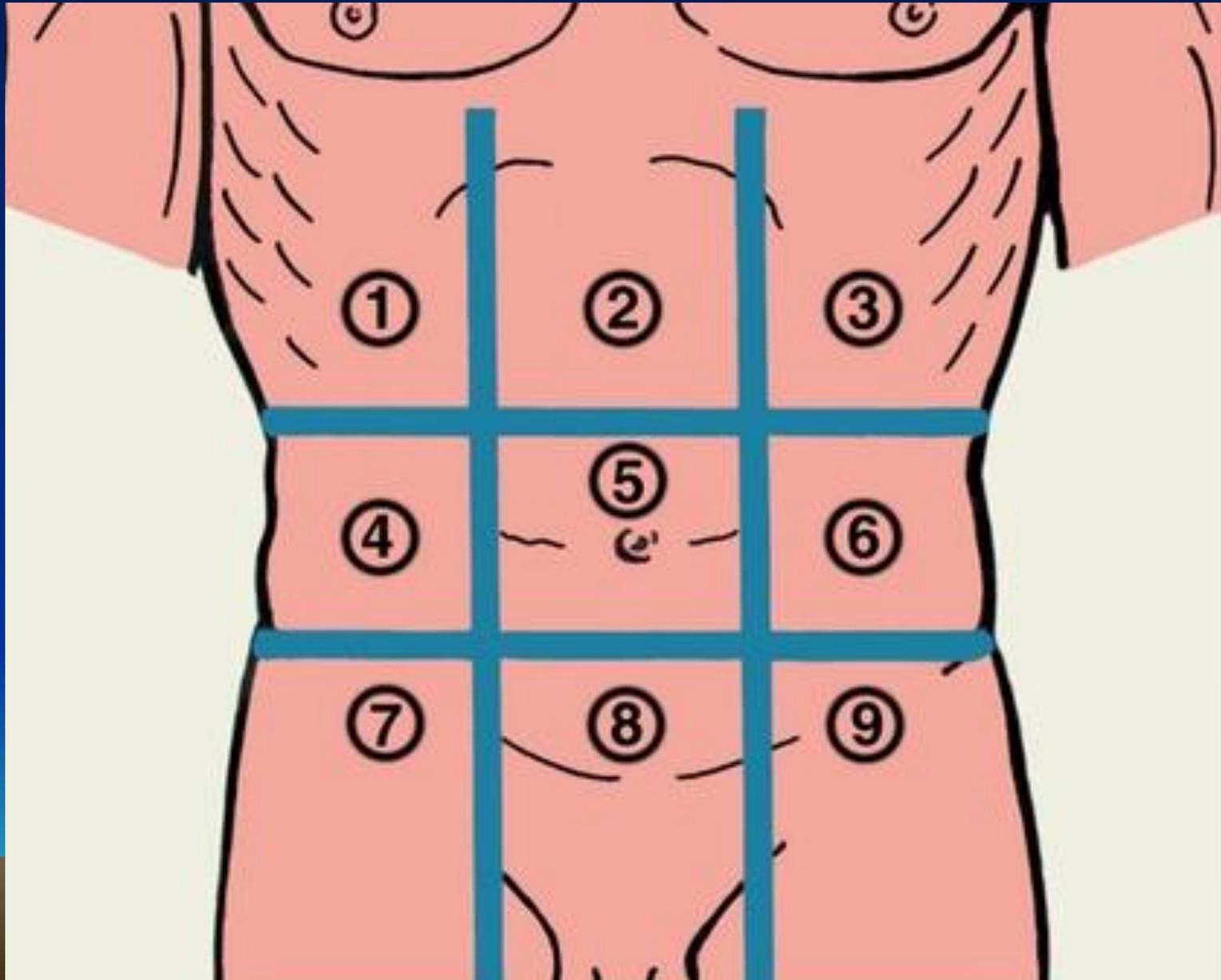
ЦДПО ПК «Скорая неотложная помощь»

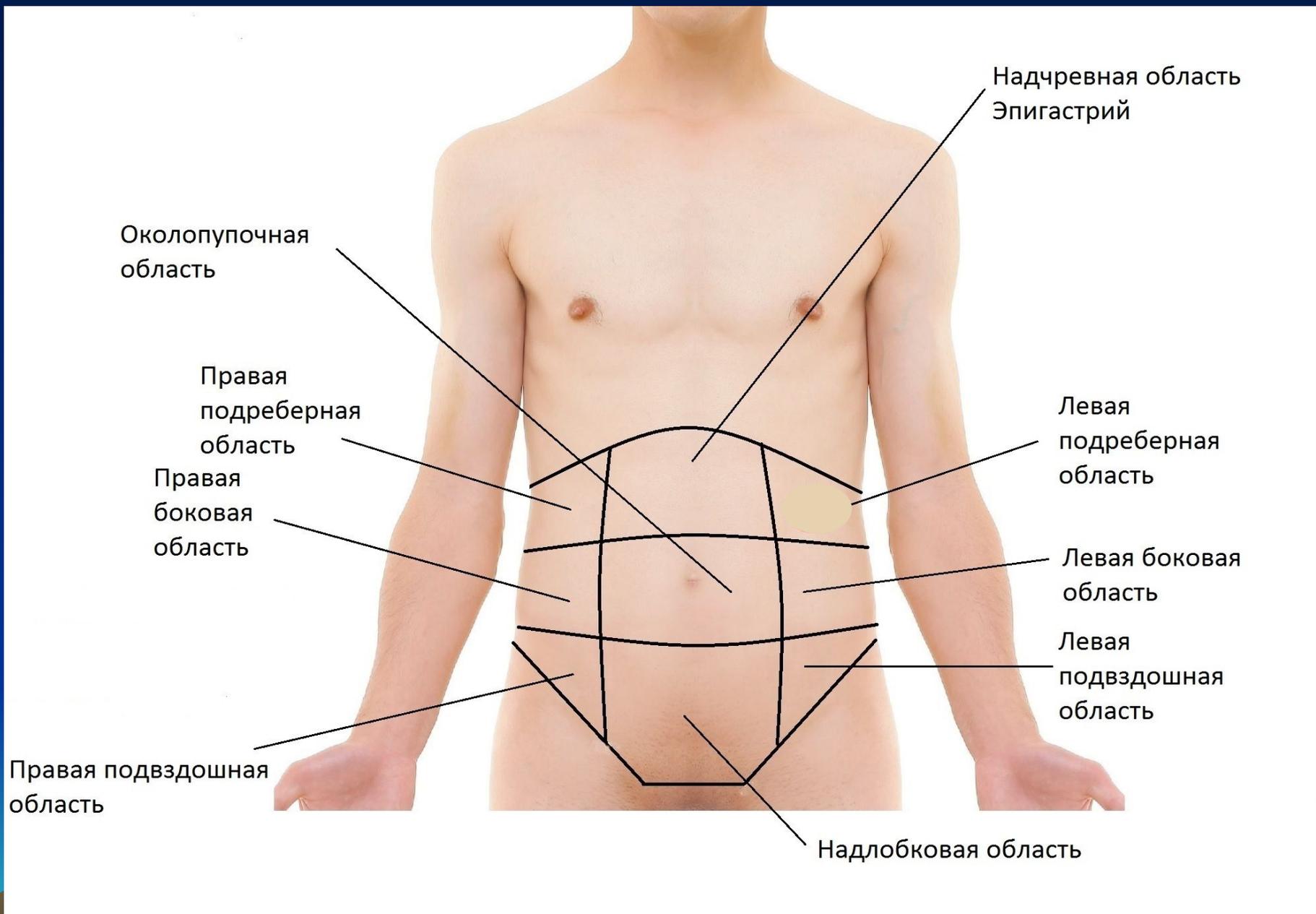
Лекция Соколовой Н.Г.

Острые хирургические
заболевания брюшной полости

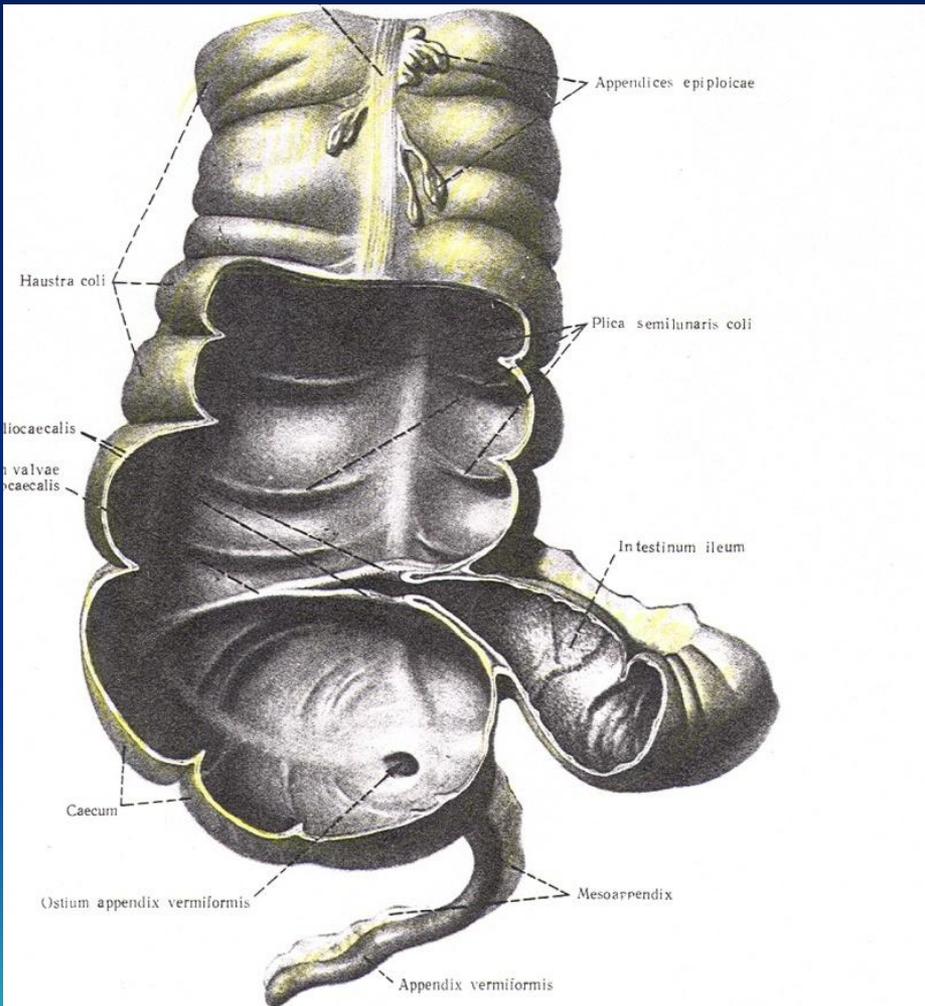


Анатомические области живота





Анатомия аппендикса и заболеваемость



- 1 место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (до 89%)
- Заболеваемость 4-5 случаев на 1000 населения.

Чаще:

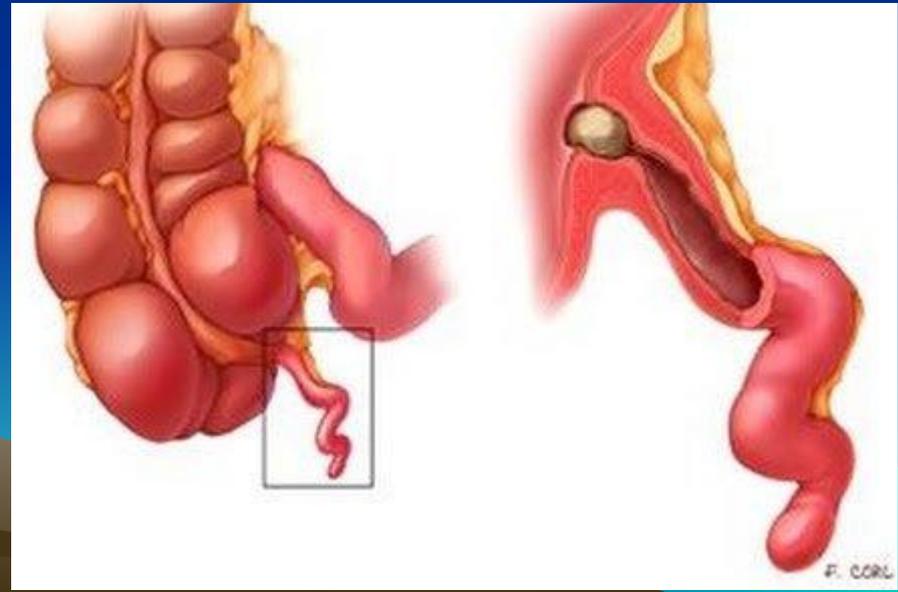
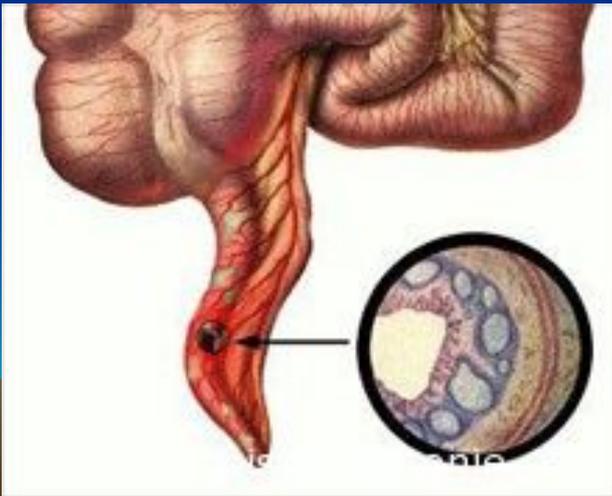
- люди, употребляющие мясо.
- жители города.
- возраст 20-40 лет.
- женщины в 2-3 раза

Летальность (0,1 %) при
неперфоративных и до 3% при
перфоративных формах из-за позднего
обращения



Причины

- Механическая блокада просвета червеобразного отростка, вызванная каловым камнем, инородным телом, слизистой пробкой, паразитами, гиперплазией лимфоидной ткани, деформацией отростка, аллергическим отёком слизистой. Это приводит к скоплению в отростке слизи, активизации бактериальной флоры, воспалению стенок аппендикса, сосудистому тромбозу.

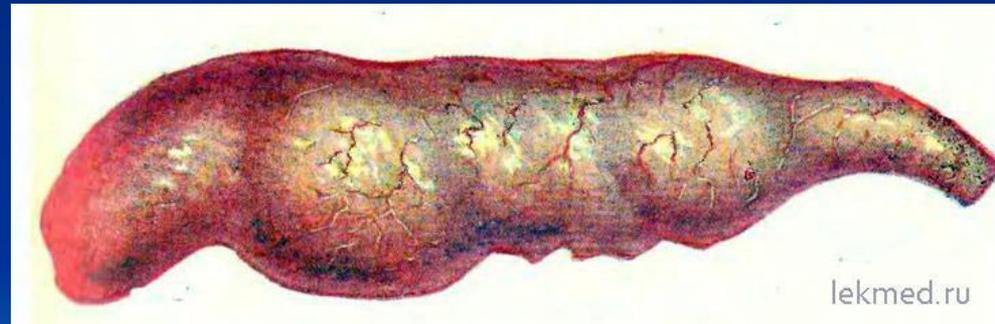
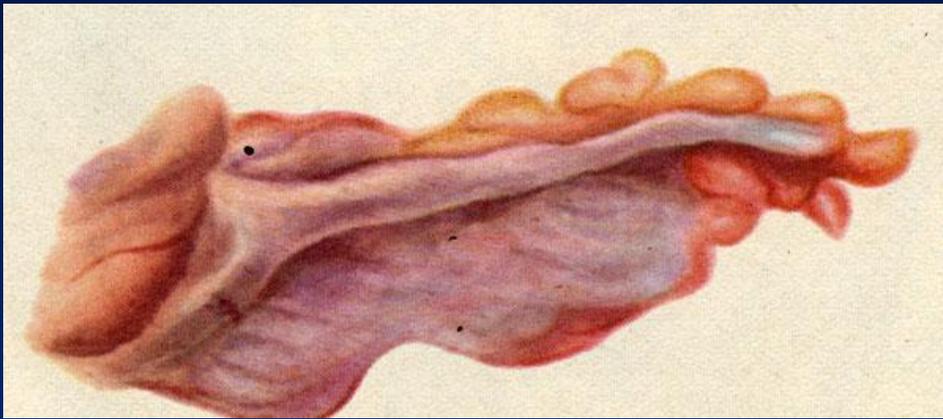


Микробная флора

- Острый аппендицит вызывается неспецифической микробной флорой: анаэробными неспорообразующими микроорганизмами (бактероидами и анаэробными кокками – в 90% случаев), аэробными возбудителями (кишечной палочкой, энтерококками, клебсиеллой и др. - 6-8 %), реже – вирусами, простейшими, присутствующими в отростке. Основной механизм инфицирования червеобразного

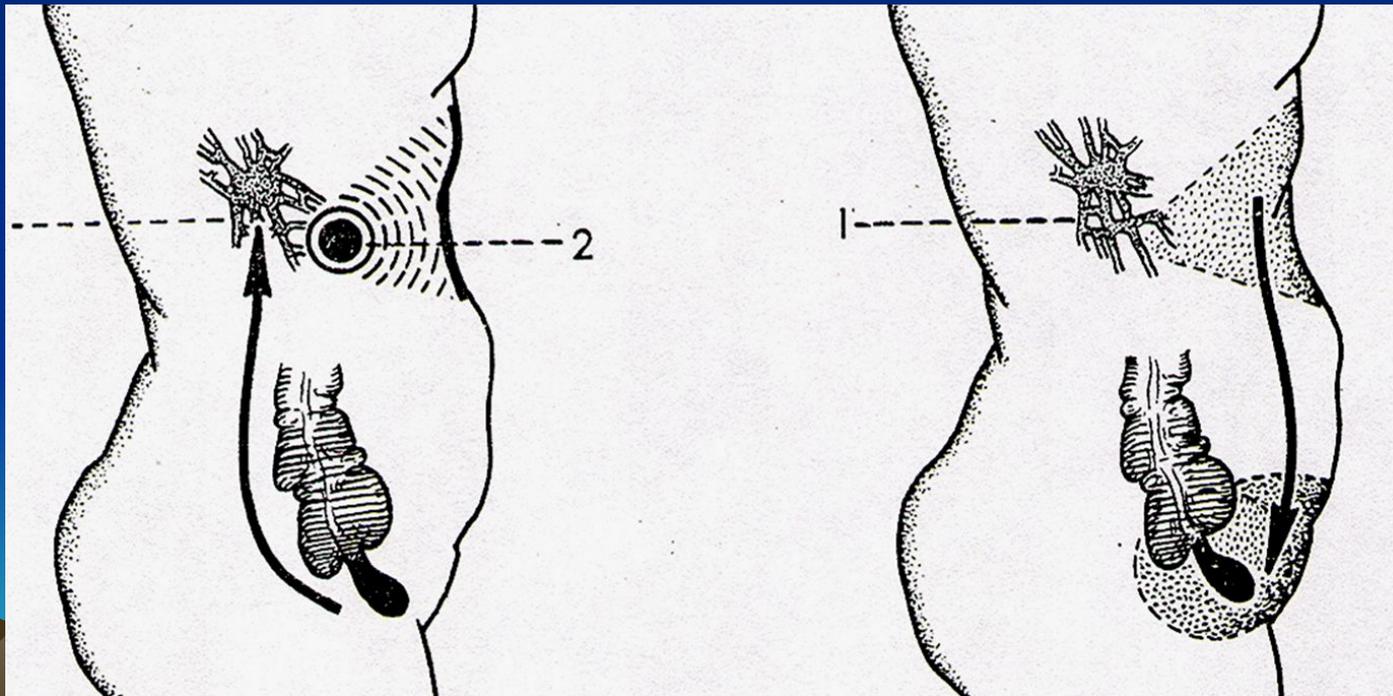
Клинические формы острого аппендицита

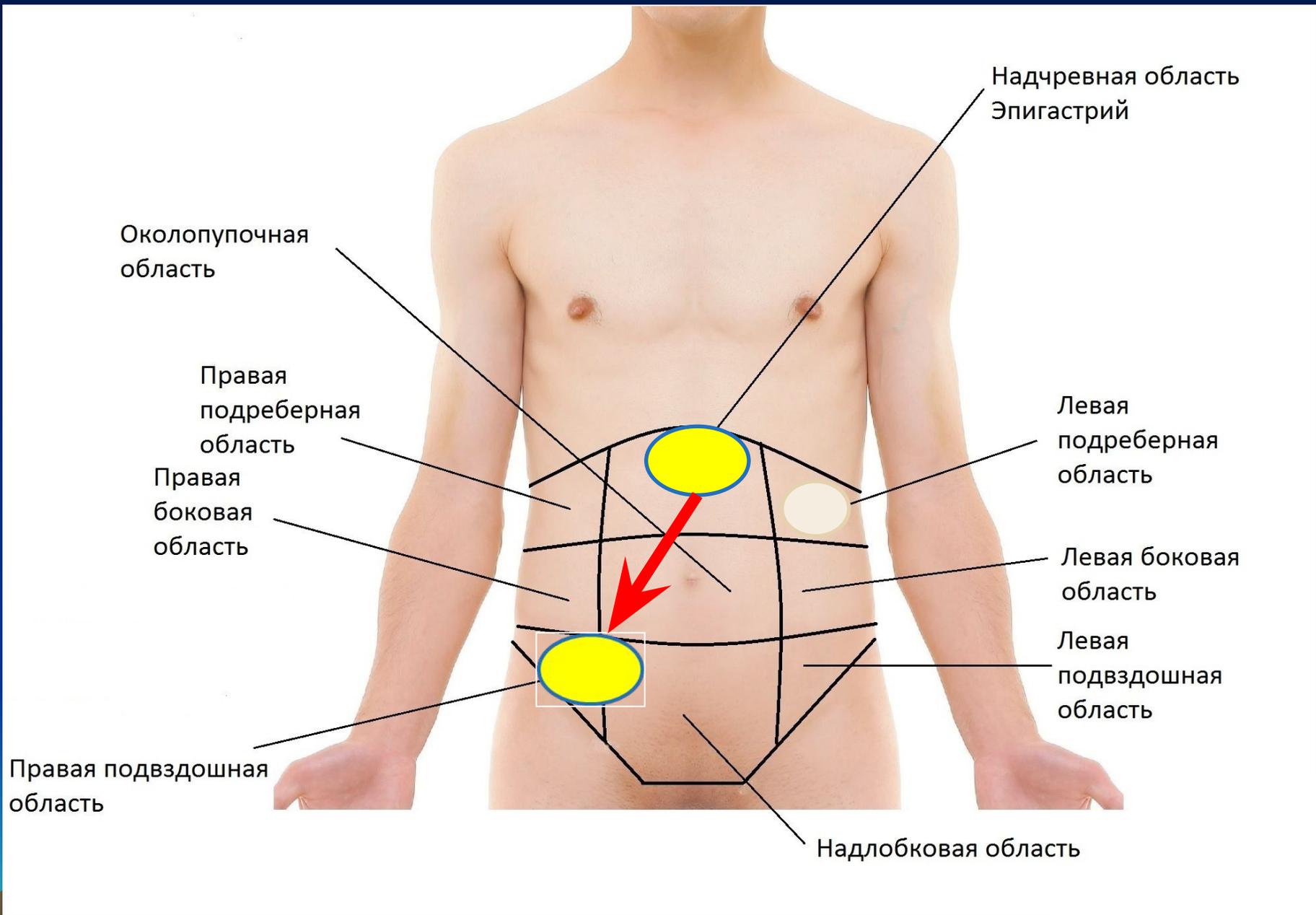
- Острый простой (поверхностный) аппендицит.
- Острый деструктивный аппендицит.
- Флегмонозный (с перфорацией и без перфорации)
- Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)
- Осложненный острый аппендицит. Осложнения:
- Перитонит - местный, разлитой, диффузный
- Аппендикулярный инфильтрат
- Периаппендикулярный абсцесс
- Флегмона забрюшинного пространства
- Пилефлебит
- Сепсис



Клиническая картина

- Боли в животе справа среди полного здоровья тупого постоянного характера.
- Боль первоначально – в подложечной области, или в области пупка или по всему животу. Которая через несколько часов перемещается в правую подвздошную область через несколько часов (симптом Кохера-Волковича).





Клиническая картина

- боль носит постоянный характер
- отсутствие аппетита,
- тошнота с однократной рвотой,
- задержка стула, иногда жидкий стул
- слабость,
- недомогание
- Если при задержке стула больному делают клизму, то его состояние резко ухудшается.



Клиническая картина

- На ранней стадии- субфебрильная температура тела (до 38 град.) и умеренная тахикардия.
- Высокая температура тела и учащение пульса при осложнениях (перфорация аппендикса, формирование абсцесса).
- Частый пульс, не соответствующий температуре или при нормальной температуре, может указывать на развитие перитонита.

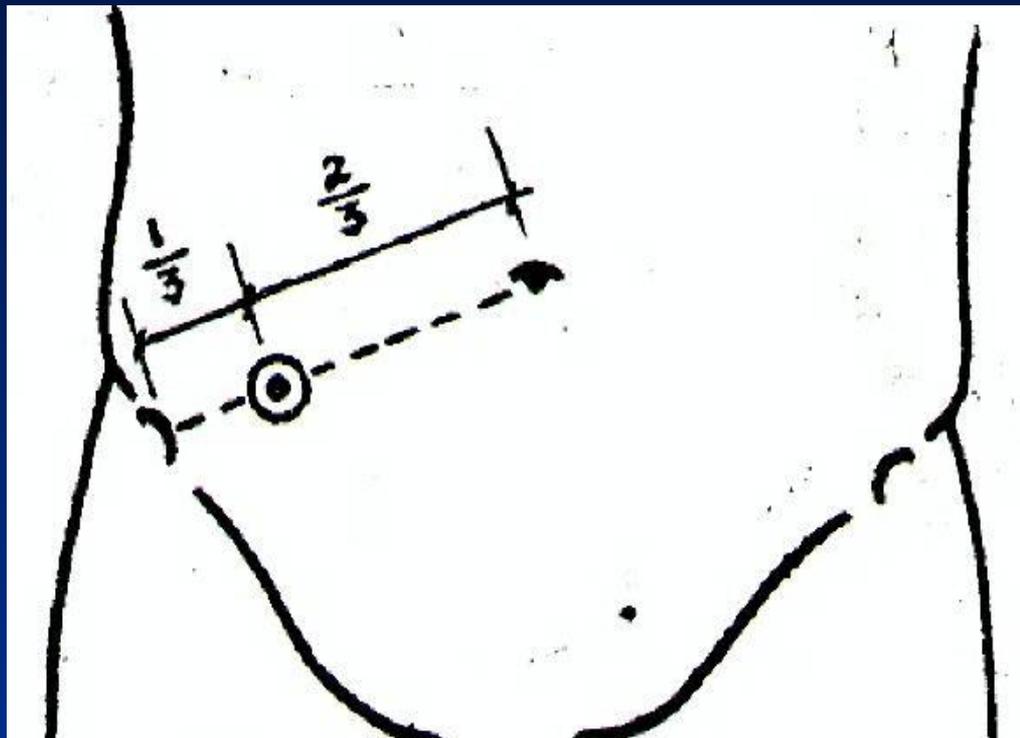


Общий осмотр

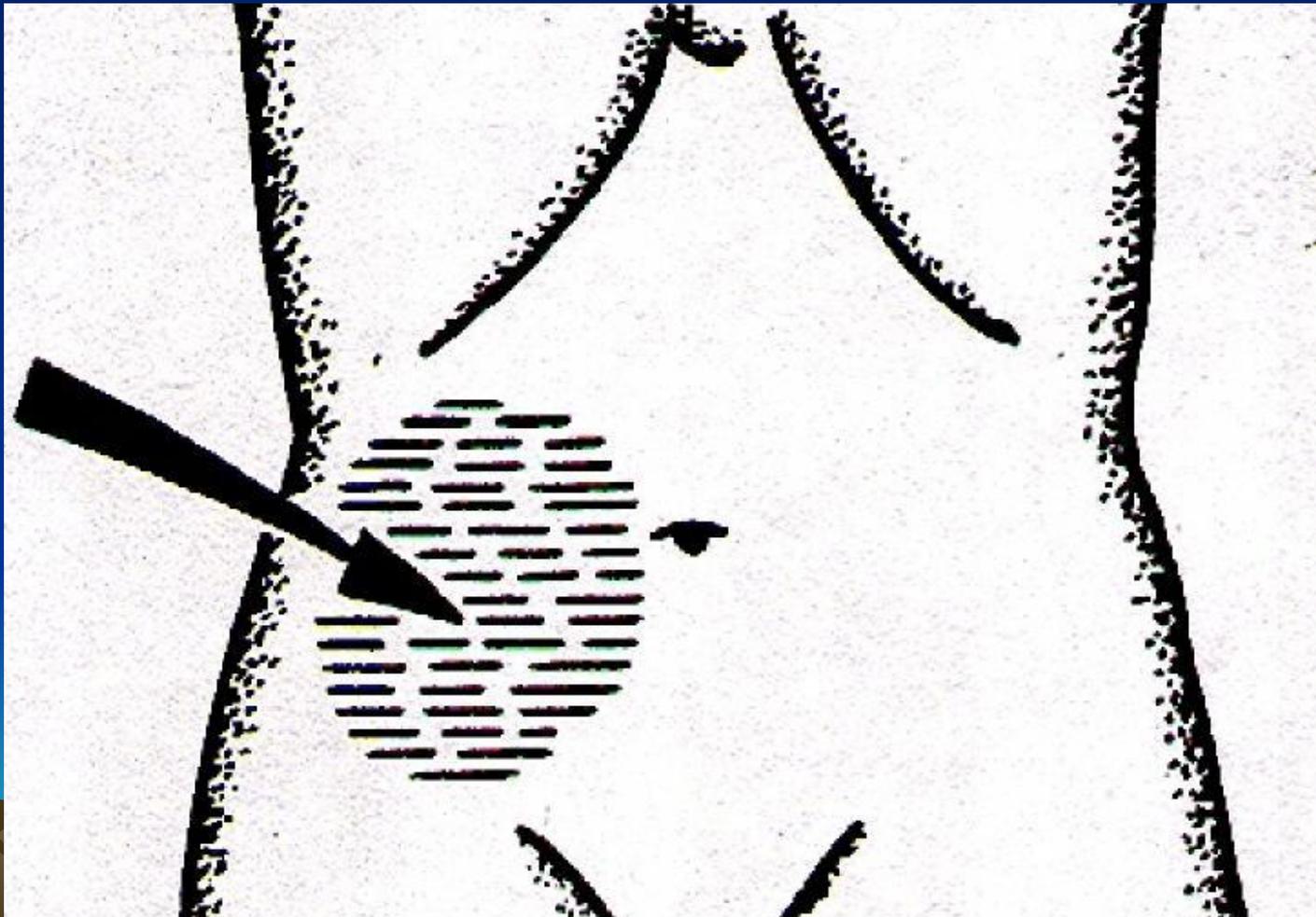
- Осторожная походка согнувшись, придерживая правую подвздошную область правой рукой.
- Лежат на спине или правом боку.
- Язык влажный, часто обложен, при деструктивном аппендиците – сухой.
- Живот обычной формы, участвует в акте дыхания.



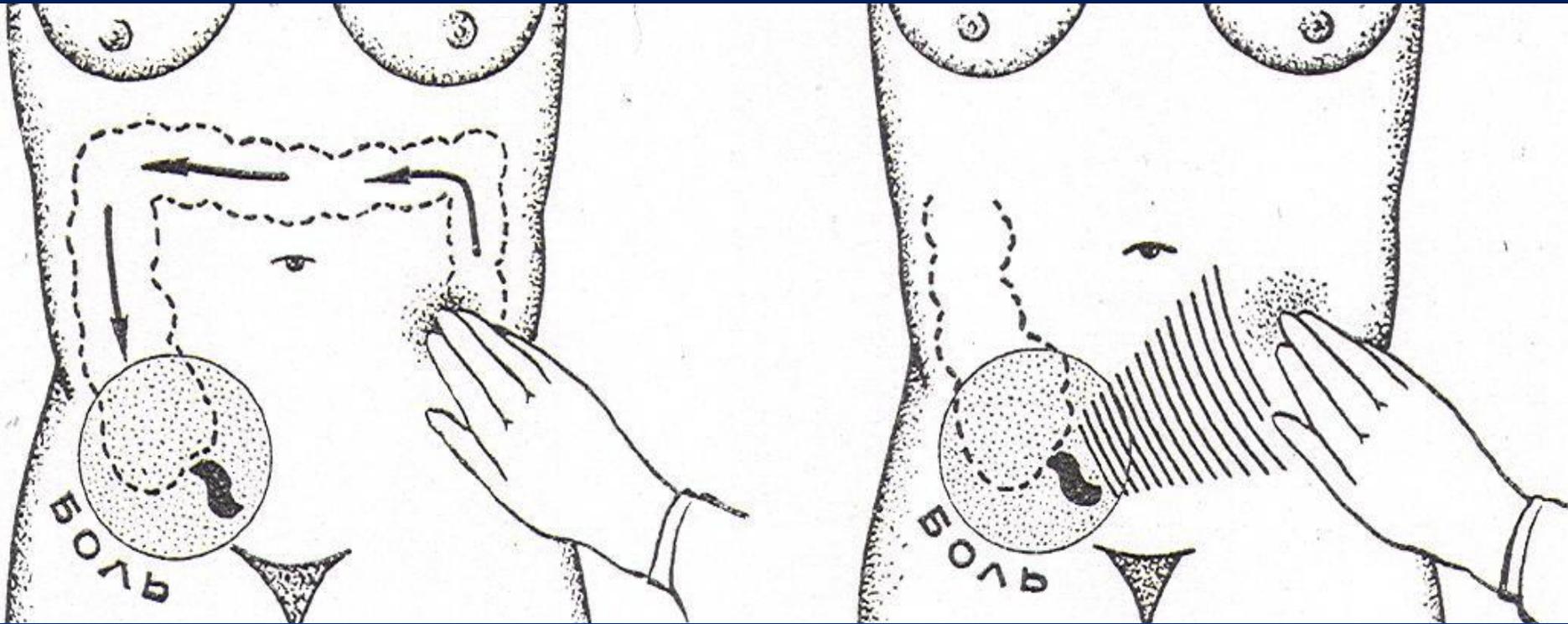
1. Локальная болезненность правой подвздошной области в точке Мак-Бурнея (между наружной и средней третью линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с пупком).



2. Локальное мышечное напряжение в правой подвздошной области



3.Симптом Ровзинга



- Появление или усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном движениях ребром ладони в левой подвздошной области.

3. Симптом Ровзинга



Характерные симптомы острого аппендицита

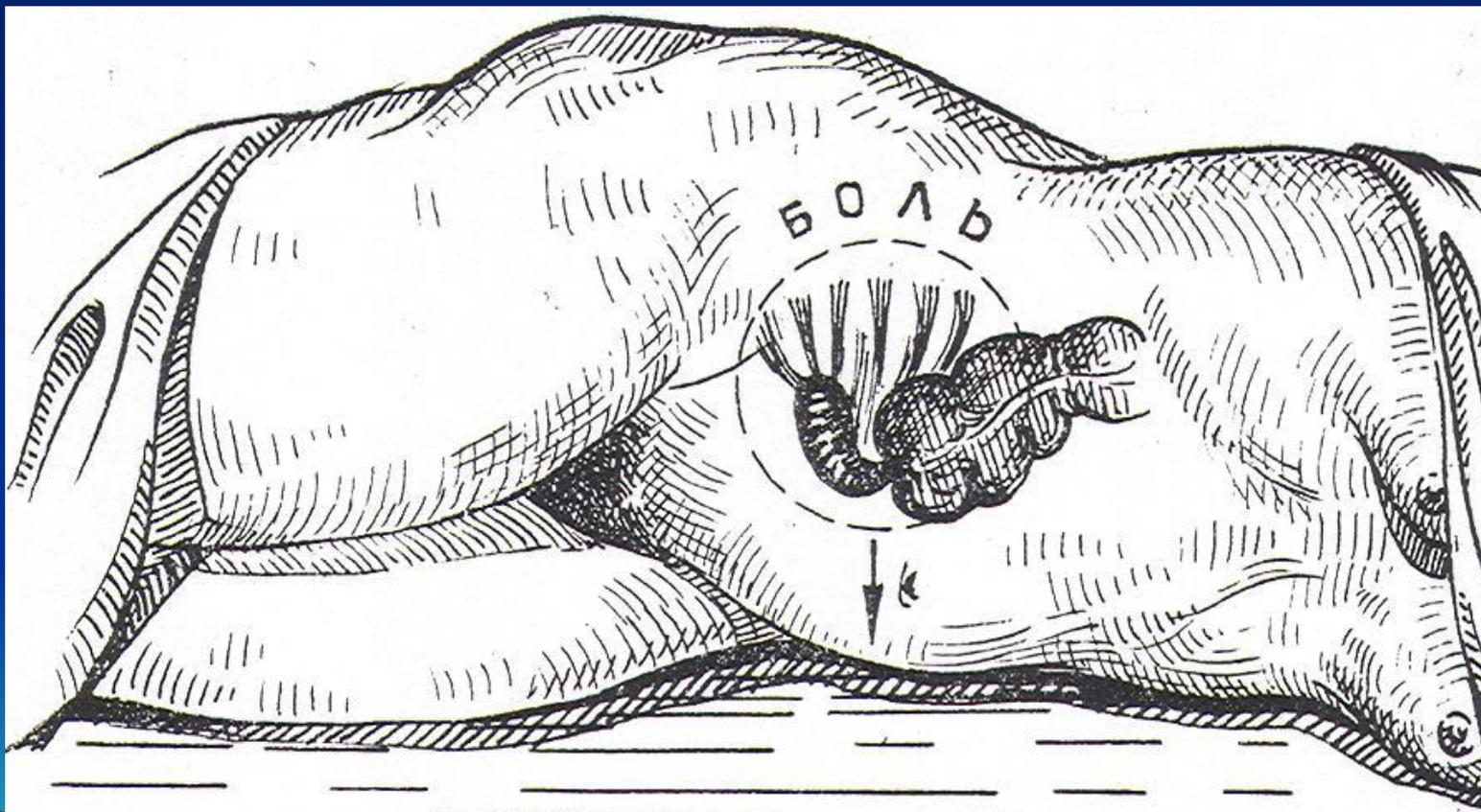
- 4. Менделя – появление или усиление болей в правой подвздошной области при постукивании средним пальцем по животу в симметричных участках.
- 5. Раздольского – болезненность при перкуссии над очагом воспаления.
- 6. рубашки Воскресенского – появление или усиление болей в правой подвздошной области при проведении рукой по натянутой рубашке из эпигастрия до правой подвздошной ямки, соответственно корню брыжейки.

6. Симптом «рубашки» Воскресенского



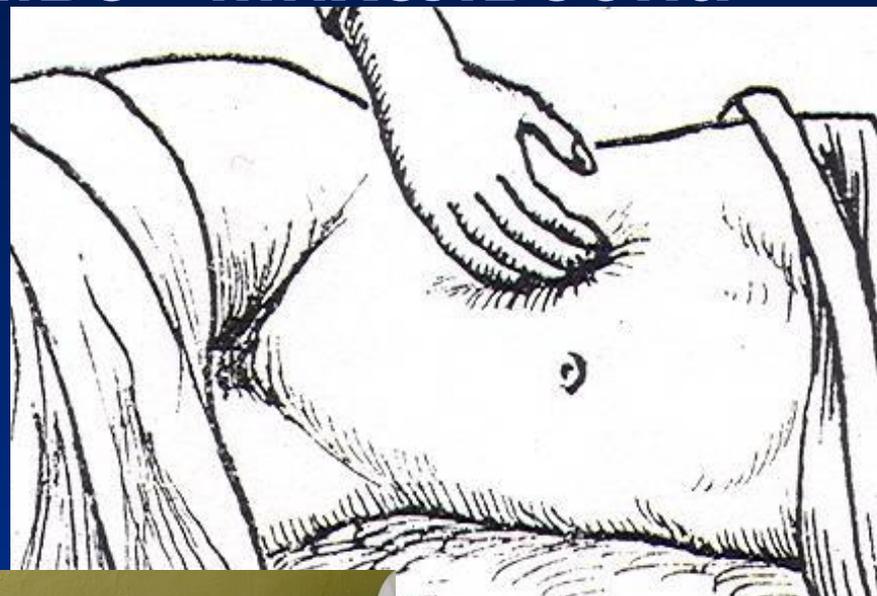
- Через рубашку проводим ребром ладони резкие движения от мечевидного отростка сначала в левую, а затем в правую подвздошную область, при этом боль справа усиливается.

7. СИМПТОМ СИТКОВСКОГО- появление или усиление болей в правой подвздошной области при повороте туловища со спины на левый бок.



8. Симптом Бартомье –Михельсона

Усиление болезненности в правой подвздошной области при надавливании на область аппендикса в положении на левом боку

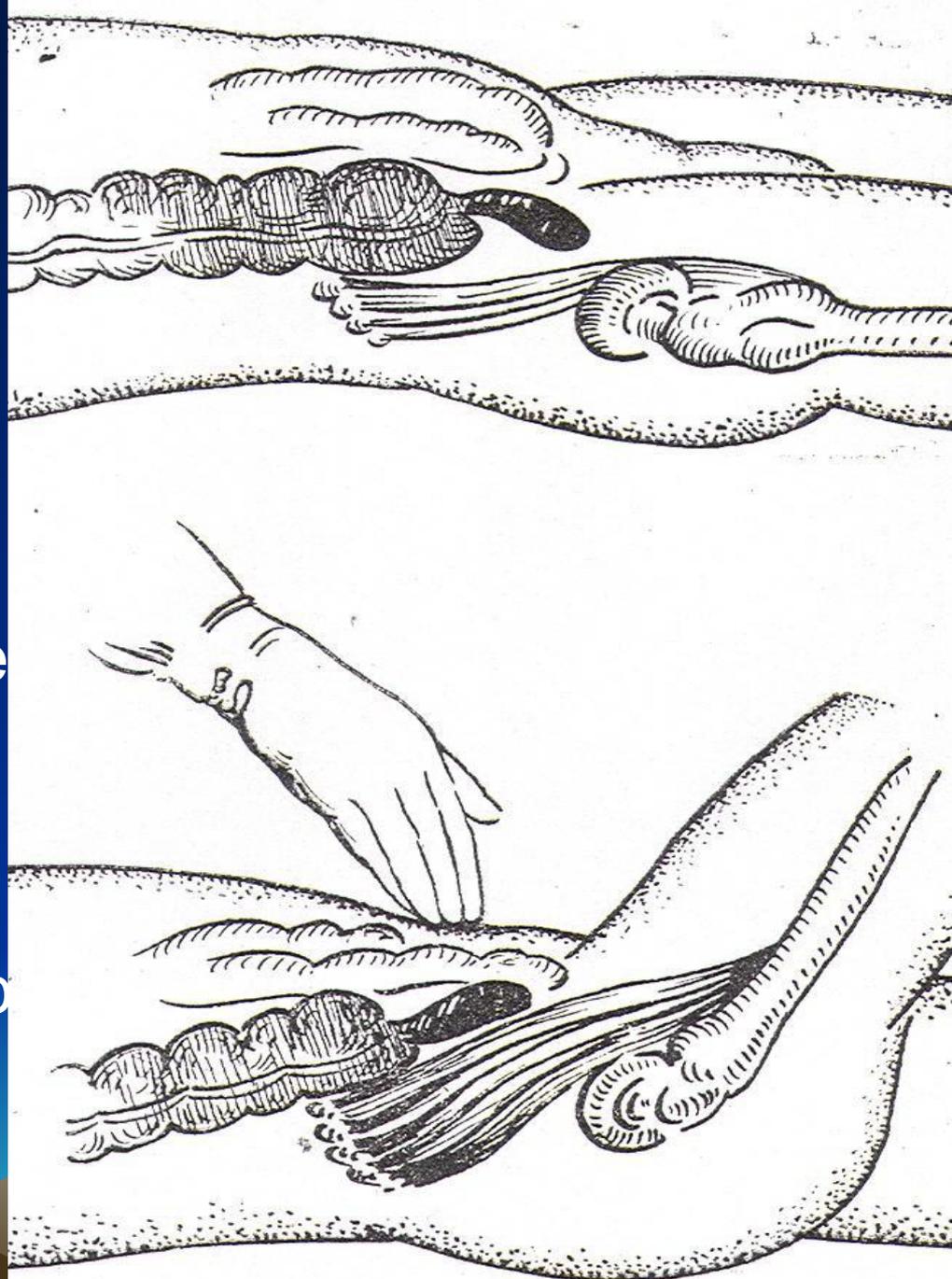


**9. Симптом
Крымова**
болезненность в
правой
подвздошной
области при
введении пальца
в расширенное
паховое кольцо



10. Симптом Образцова

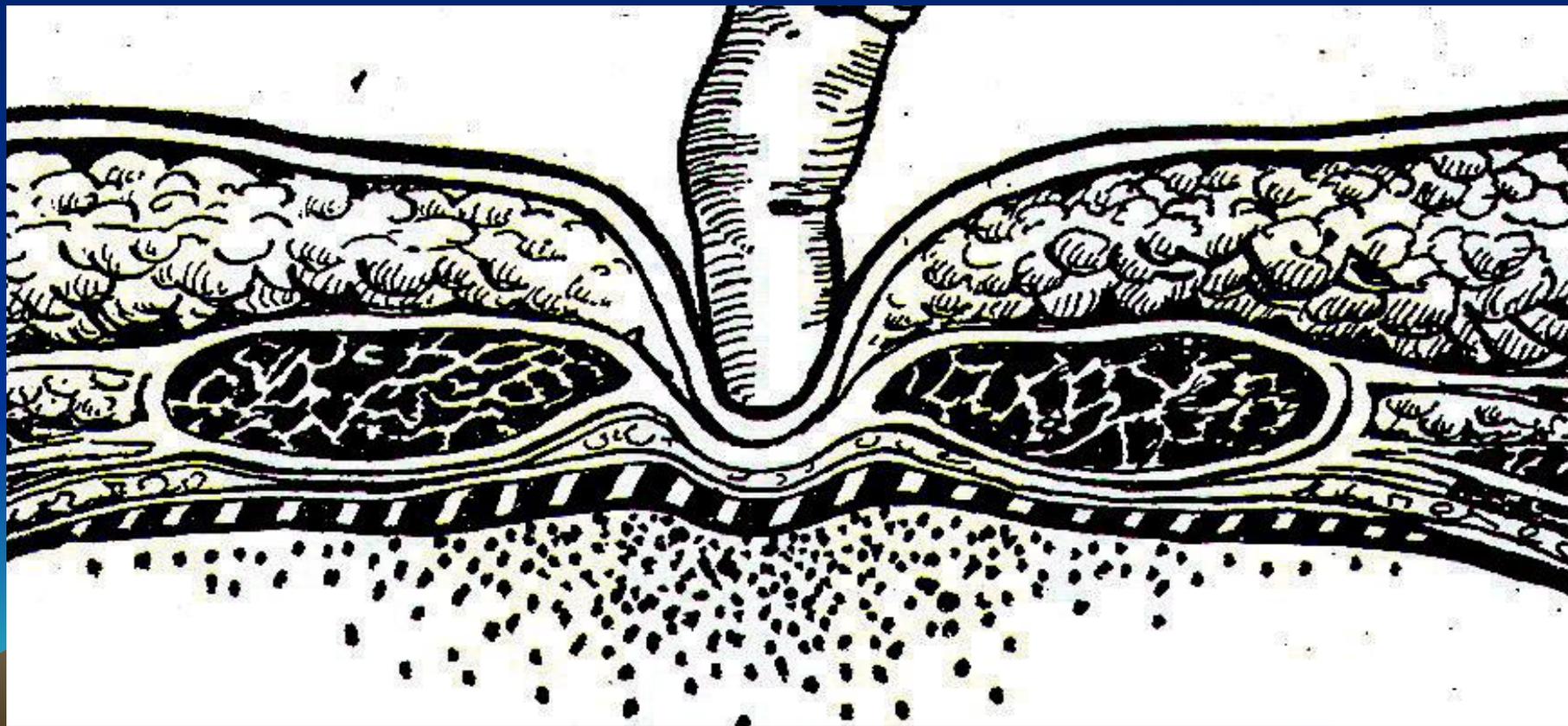
- Усиление болезненности в правой подвздошной области при подъеме выпрямленной ноги пациентом и одновременном нажатии на проекцию аппендикса



Симптом Образцова



11.Симптом Думбадзе- боль в
правой подвздошной области
при надавливании на пупочное
кольцо

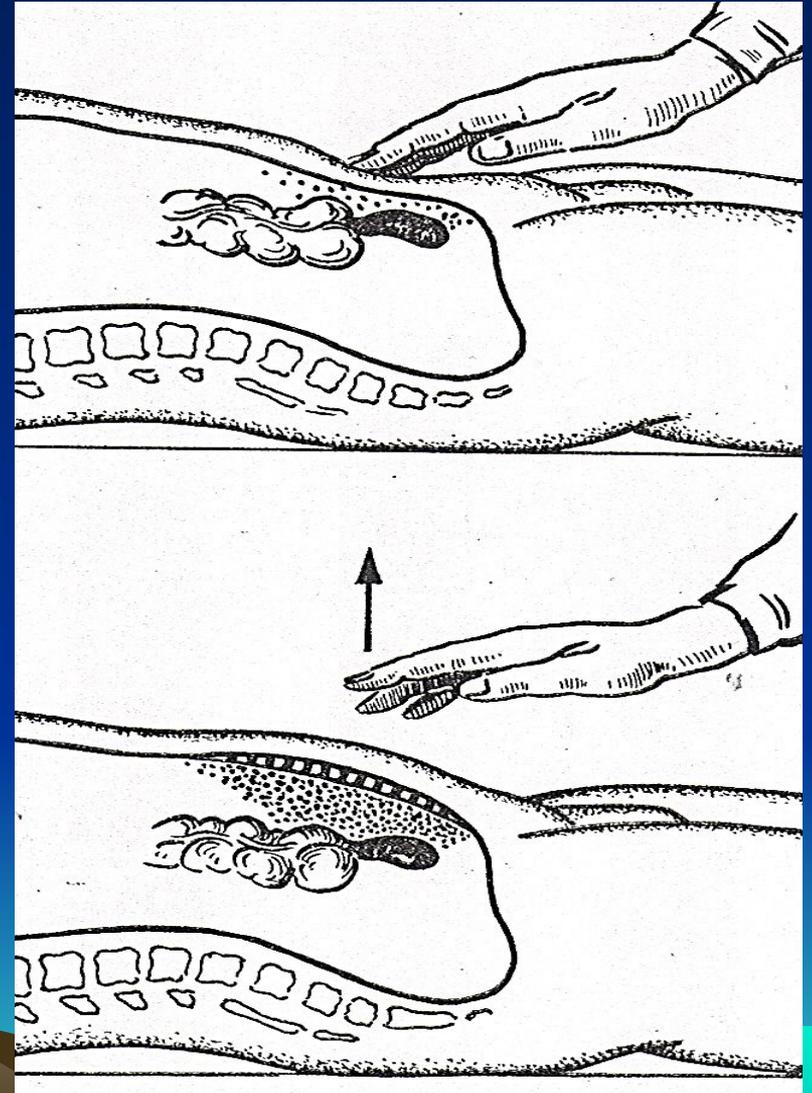


11.Симптом Думбадзе



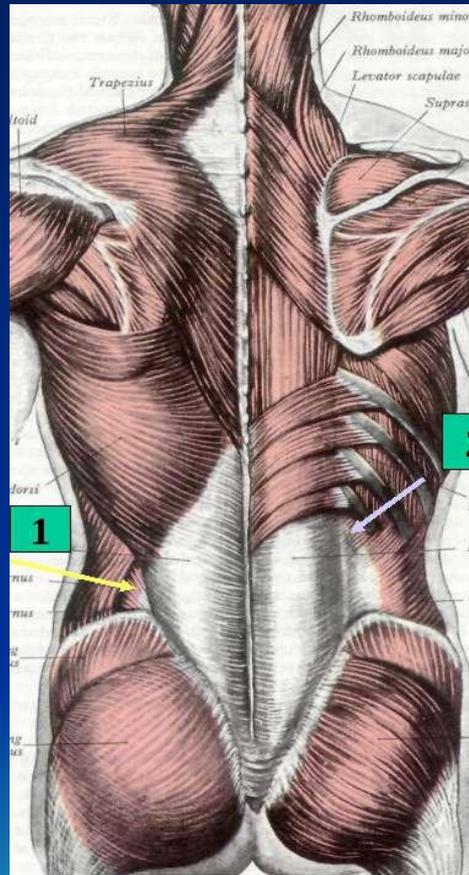
Симптом Щёткина –Блюмберга

- Средними пальцами медленно надавливаем на переднюю брюшную стенку, делаем паузу, а затем резко отпускаем. Обычно определяется в правой подвздошной области; при нарастании перитонита – во всей правой половине или по всему животу. При ретроцекальном или забрюшинном расположении червеобразного отростка может отсутствовать.



При ретроцекальном расположении аппендикса:

- Яуре — Розанова. Болезненность при надавливании в область петитова треугольника.



Слабые места задней стенки брюшной полости (места выхода поясничных грыж)

1. Поясничный треугольник (Петитов) - ограничен широчайшей мышцей спины, гребнем подвздошной кости, задним краем наружной косой мышцы живота.

2 Дно - образовано внутренней косой мышцей живота.

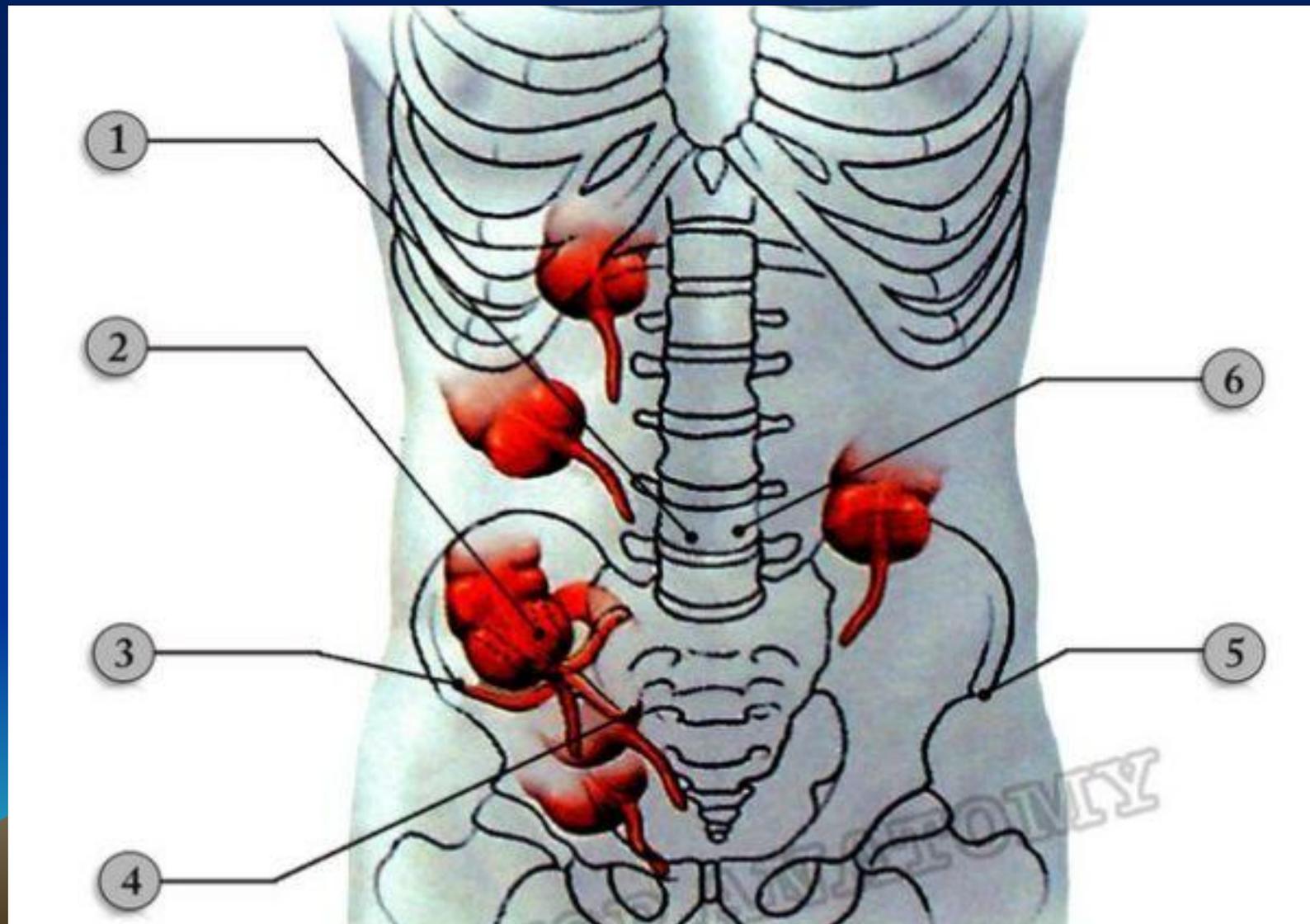
2. Промежуток Грюнфельда – Лесгафта – ограничен сверху и латерально – 12 ребром, медиально – m. erector spinae, сверху – m serratus posterior inferior, с нижнелатеральной стороны – верхний край m. obliquus internus abdominis

Варианты расположения аппендикса

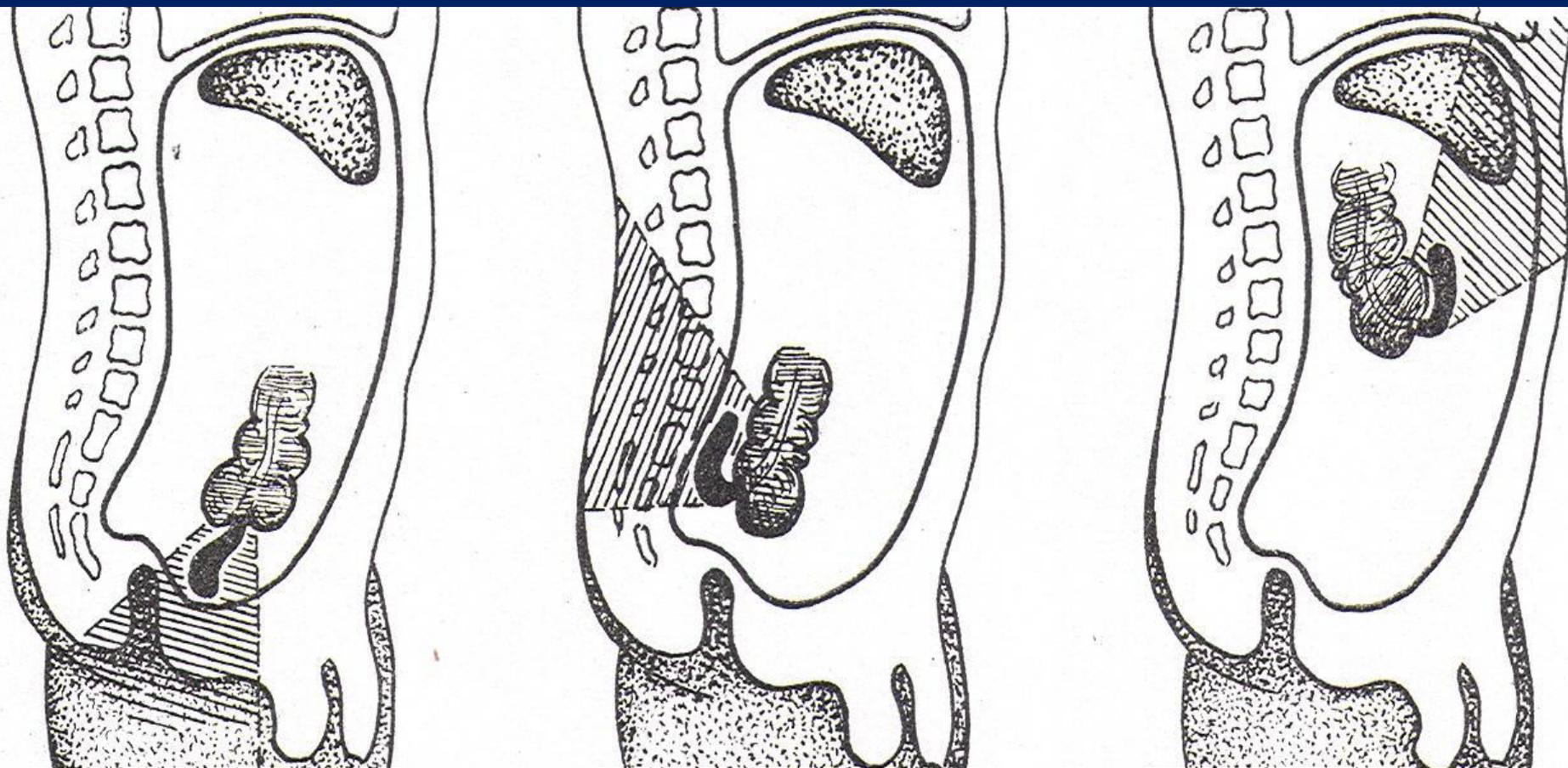
- Типичное(в правой подвздошной области)
- Тазовое
- Подпечёночное
- Медиальное
- В левой подвздошной области
- Ретроцекальное
- Ретроперитонеальное



Варианты расположения червеобразного отростка

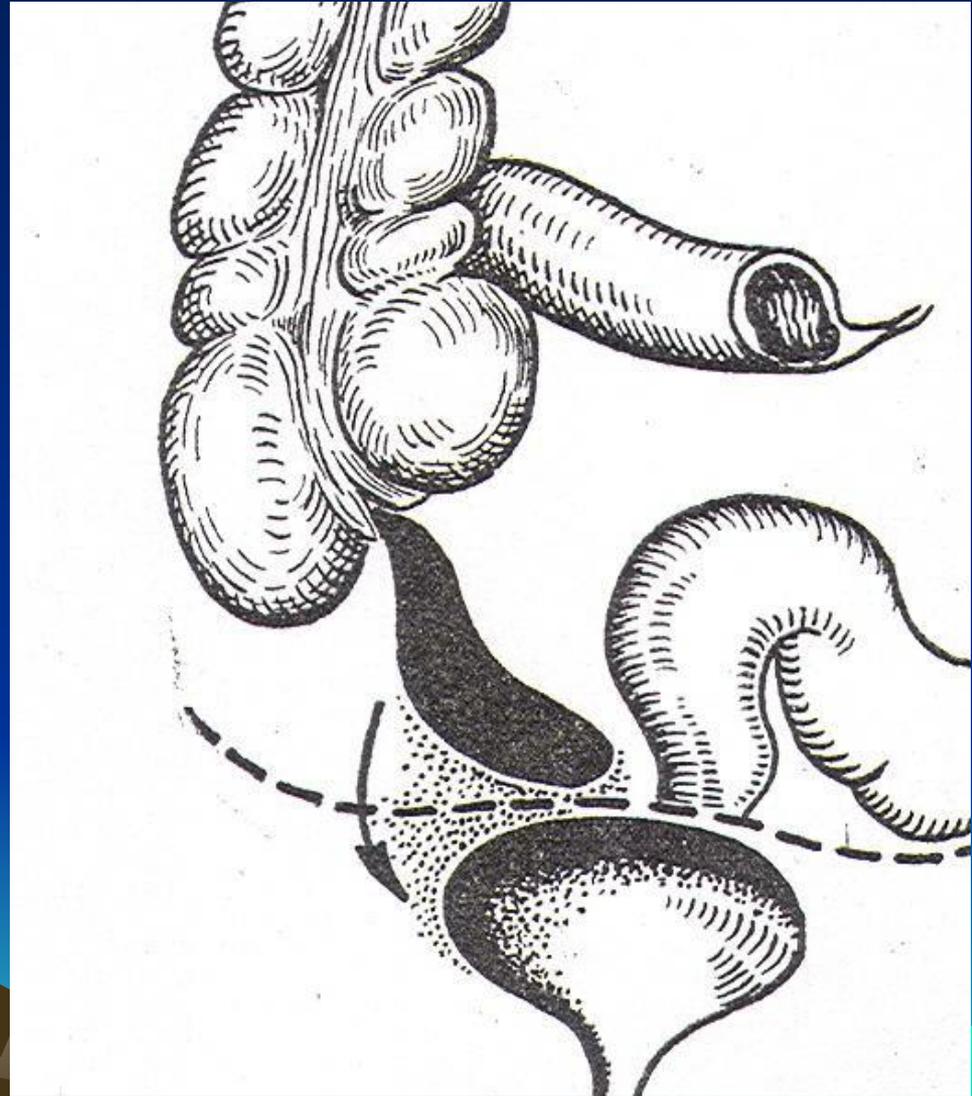


Иррадиация боли в зависимости от расположения аппендикса



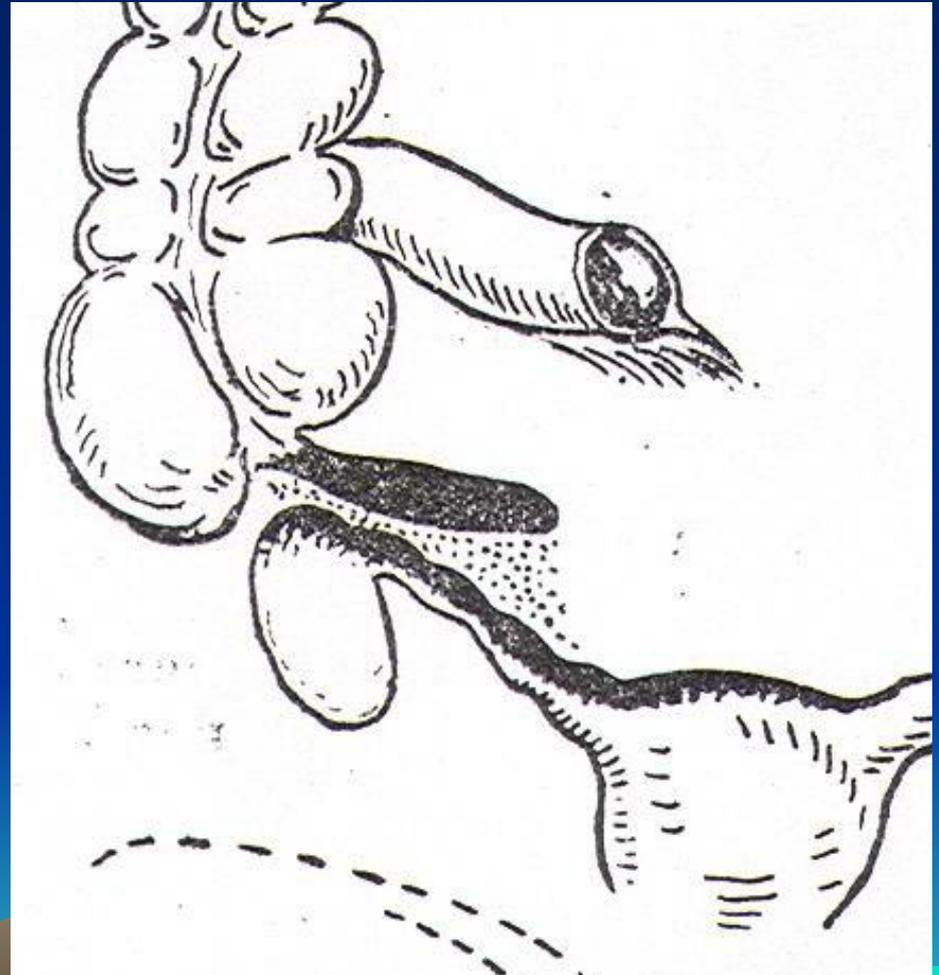
Тазовое расположение

- Воспалительный процесс может распространяться на мочевой пузырь и вызвать дизурию, симулируя острый цистит



Тазовое расположение

- Воспалительный процесс может распространяться на матку с придатками, симулируя острый аднексит

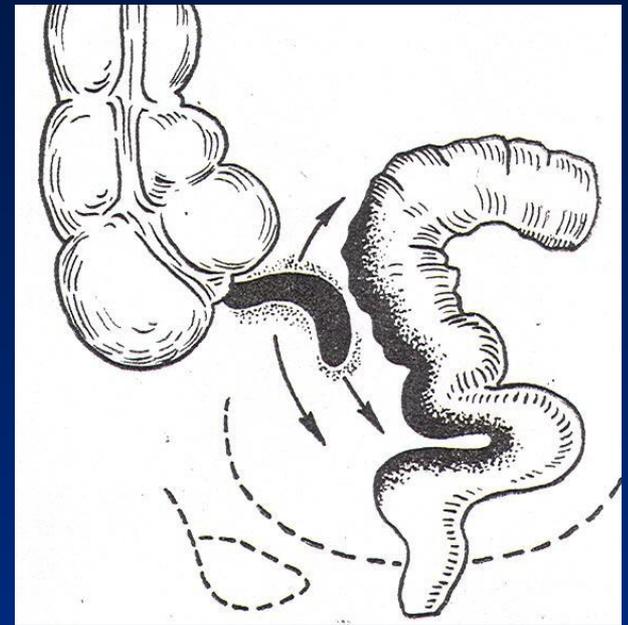


При тазовом расположении аппендикса

- **Коупа** (симптом запирающей мышцы). Пациенту, лежащему на спине, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах под углом 90 гр. При ротации правого бедра кнутри отмечается усиление боли в правой подвздошной области.
- **Роттера**. При ректальном исследовании определяется резкая болезненность правой стенки ампулы прямой кишки.
- **Супольта — Сейе**. Глубокий вдох вызывает у больного боль за мочевым пузырем.

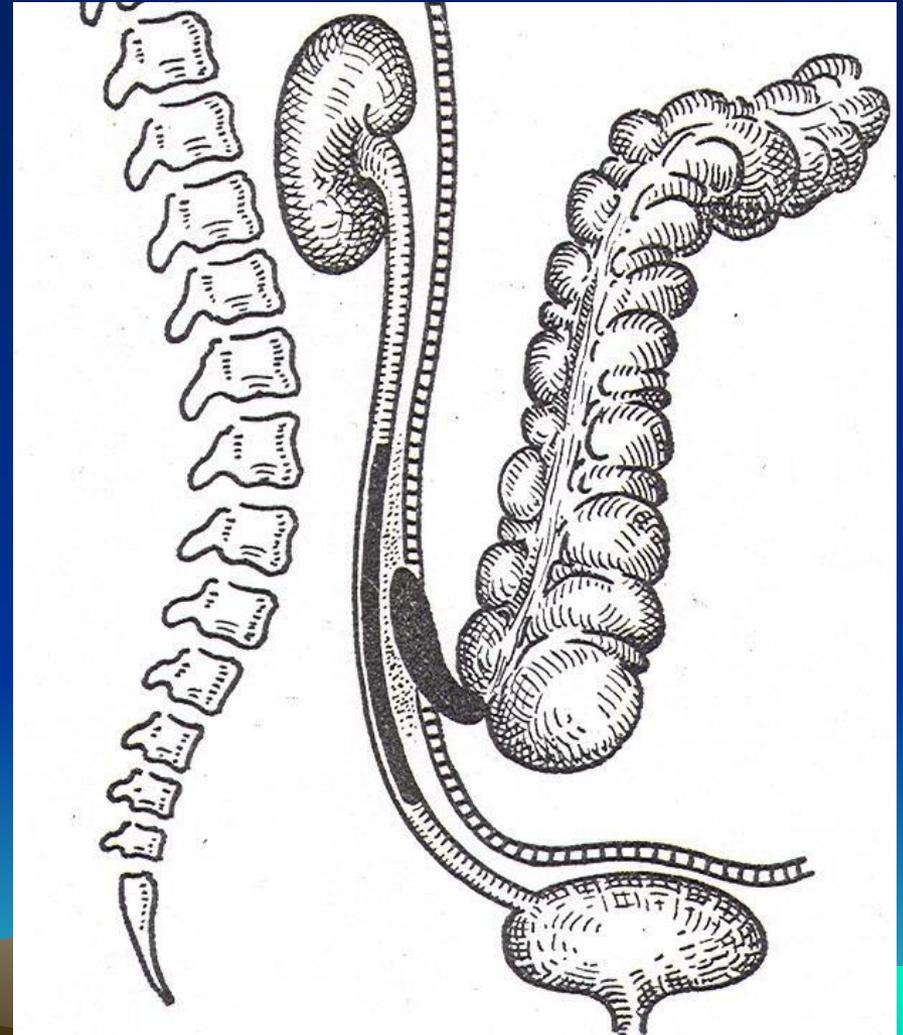
Медиальное расположение

- Воспалительный процесс может распространяться на сигмовидную кишку и сопровождаться частым жидким стулом со слизью



Ретроперитонеальное расположение

- Воспалительный процесс может распространяться на мочеточник и вызвать боли в поясничной области с иррадиацией в правое бедро, дизурию (симулировать почечную колику)



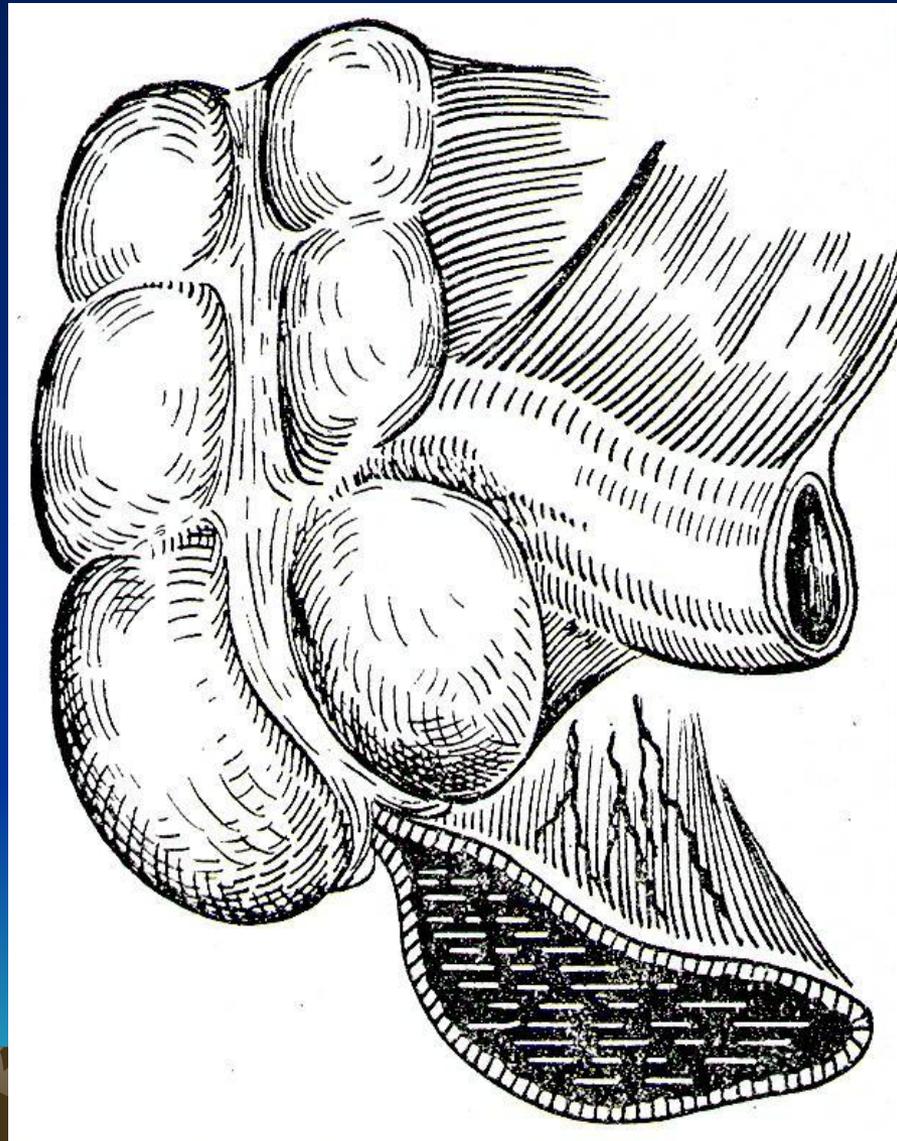
Симптом поясничной мышцы

- больной лежит на левом боку, при
- разгибании правой ноги возникает боль в пояснице
- наблюдается при ретроцекальном аппендиците и других воспалительных заболеваниях, затрагивающих поясничные мышцы: паранефрите, псоас-абсцессе, забрюшинной гематоме, прободении задней стенки слепой кишки злокачественной опухолью.
- Тот же симптом, наблюдаемый при разгибании левой ноги, характерен для паранефрита, прободения дивертикула и рака
- сигмовидной кишки.



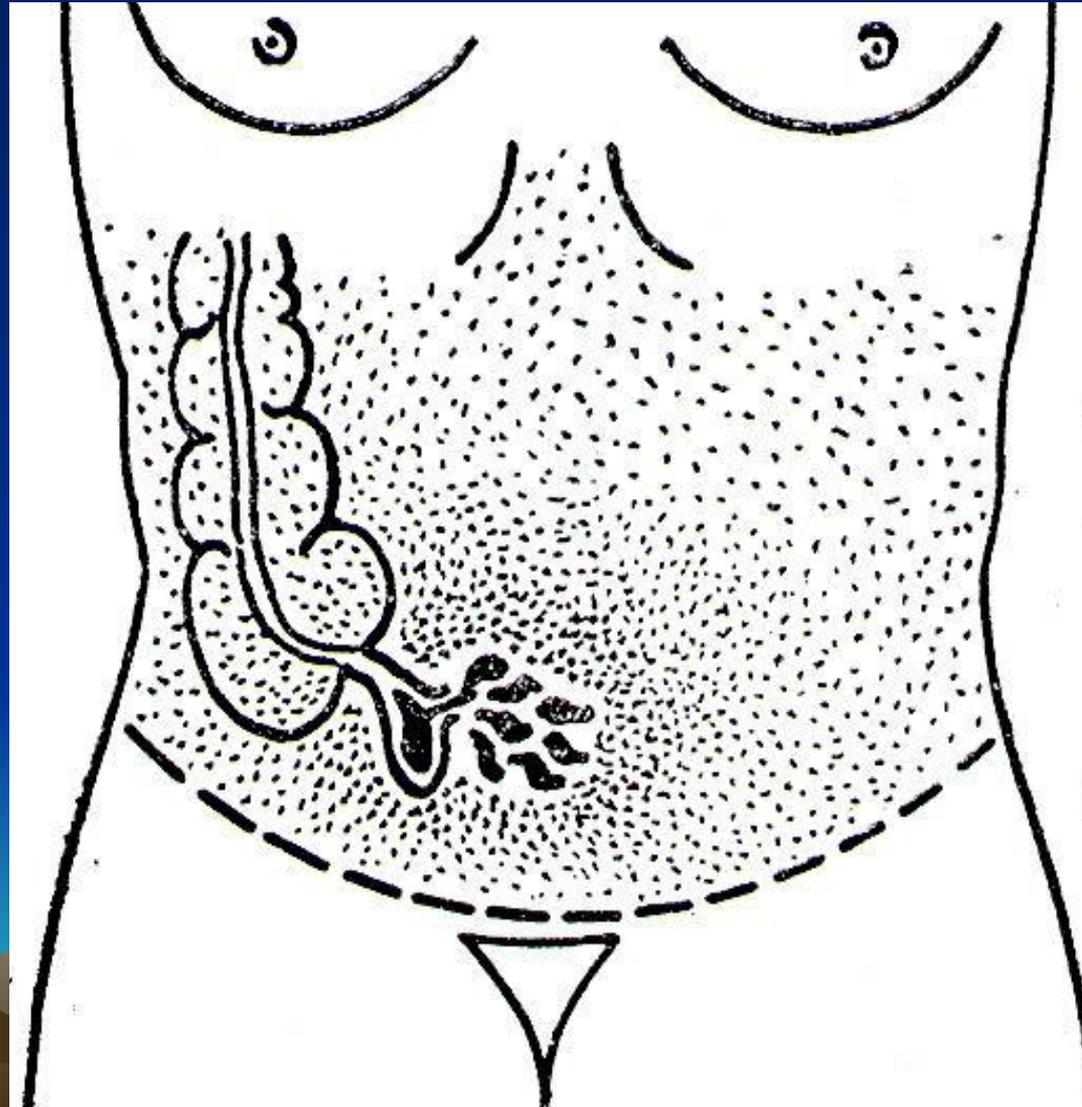
Эмпиема аппендикса

Сопровождается схваткообразными болями в животе , симулируя почечную колику.



Изменение характера боли при прободении

- При прободном аппендиците появляются разлитые боли в животе без чёткой локализации



Осложнения острого аппендицита

- Перитонит
- Аппендикулярный инфильтрат
- Периаппендикулярный абсцесс
- Флегмона забрюшинной клетчатки
- Пилефлебит



Аппендикулярный инфильтрат

- Отграничение воспалительного процесса за счёт большого сальника, передней брюшной стенки, стенки слепой кишки, петель тонкой кишки.
- При этом температура субфебрильная,
- общее состояние удовлетворительное.
- С 3-4-5 суток пальпируется плотное образование в правой подвздошной области.



Исходы аппендикулярного инфильтрата

- Благоприятный-рассасывание в течение 4-6 недель, затем аппендэктомия в плановом порядке.
- Формирование периаппендикулярного абсцесса (Гектическая лихорадка, лейкоцитоз, ухудшение общего состояния) с возможным прорывом в брюшную полость и образованием перитонита



Флегмона забрюшинной клетчатки

- Встречается при забрюшинном расположении при перфорации аппендикса
- Высокая температура, интоксикация, явления сепсиса.
- В поясничной области отёк, краснота, болезненность. Симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют.
- Прогноз плохой.



Пилефлебит

- Распространение тромбофлебита на воротную вену.
- Потрясающий озноб, лихорадка 39-40
- Тахикардия, гипотония,
- Увеличение печени,
- Желтуха, иногда асцит
- Прогноз плохой



Особенности у детей

- Бурное течение-быстрая деструкция с разлитым перитонитом(нет сальника)
- Высокая температура, интоксикация, понос, рвота
- Слабое напряжение мышц



Аппендикулярные симптомы у маленьких детей

- При пальпации живота :
- СИМПТОМ «ПОДТЯГИВАНИЯ НОЖКИ»
- (при пальпации правой подвздошной области ребенок из-за боли подтягивает правую ногу к животу)
- СИМПТОМ «ОТТАЛКИВАЮЩЕЙ РУЧКИ»
- (ребенок отталкивает руку врача при попытке пальпации живота).



Аппендикулярные симптомы у маленьких детей

- При развитии перитонита выявляется
- Симптом Драхтера (врач одной рукой держат стопу ребенка, а другой перкутирует пятку) - ребенок, защищаясь от боли, подносит обе руки к нижним отделам живота.
- симптома Трояна-Хомича Надавливание на брюшную стенку вдоль гребня подвздошной кости
- вне зоны слепой кишки приводит к возникновению в животе у ребёнка боли - признак вовлечения в воспалительный процесс париетальной брюшины.



Осмотр во время сна

- Для этого вызывают медикаментозный сон путем введения 0,5% раствора реланиума внутримышечно в дозе 0,1-0,2 мг/год жизни.
- симптом «отталкивающей ручки» (ребенок отталкивает руку врача при попытке пальпации живота).



Особенности у беременных

- Локализация боли выше обычной.
- Напряжение мышц не выражено
- Симптом Ситковского не определяется.
- Усиление боли на правом боку за счёт давления матки на аппендикс



Характерные симптомы у беременных

- Брендо. Усиление боли в правой половине живота при надавливании на беременную матку с левой стороны .
- Тараненко-Богдановой определяется в положении беременной на левом боку, при этом боль в правой подвздошной области ослабевает из-за ослабления давления матки на очаг воспаления, так как матка отклоняется влево; в положении на правом боку - боль в правой подвздошной области усиливается (авторы назвали его «обратным симптомом Ситковского»).

Особенности у пожилых

- Температурная реакция не выражена.
- Часты первично деструктивные формы из-за нарушения кровообращения в аппендикулярных сосудах и быстрое развитие некроза, перфорации и перитонита.
- Напряжение мышц слабо выражено.



Заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику

- Правосторонняя почечная колика
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Острая кишечная непроходимость
- Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- Заболевания женских внутренних половых органов
- Мезаденит
- Дивертикулит
- Болезнь Крона
- Острый гастроэнтероколит
- Правосторонняя нижнедолевая пневмония или плевропневмония

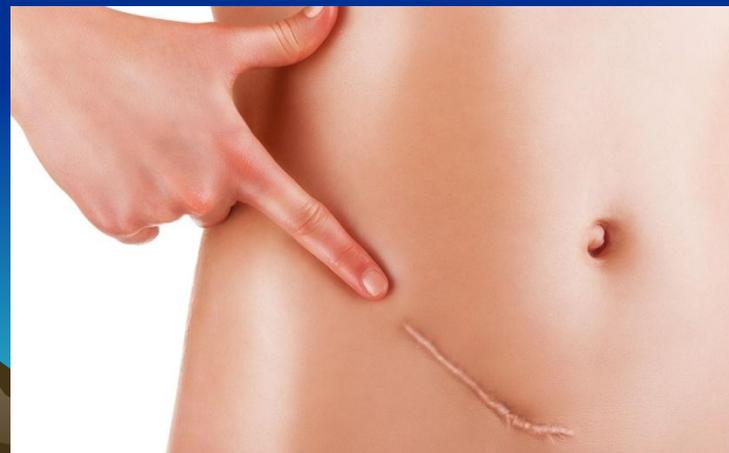
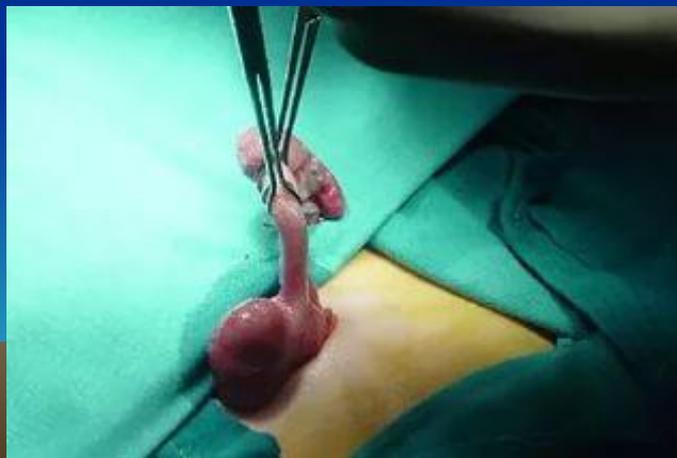
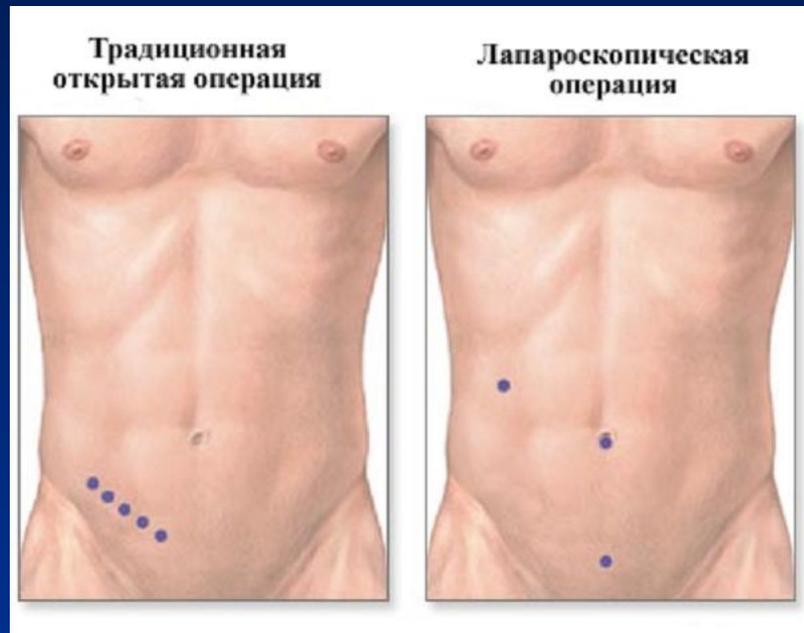
Неотложная помощь

- — госпитализация в хирургическое отделение;
- — введение обезболивающих, постановка клизмы недопустимы!



Экстренная операция

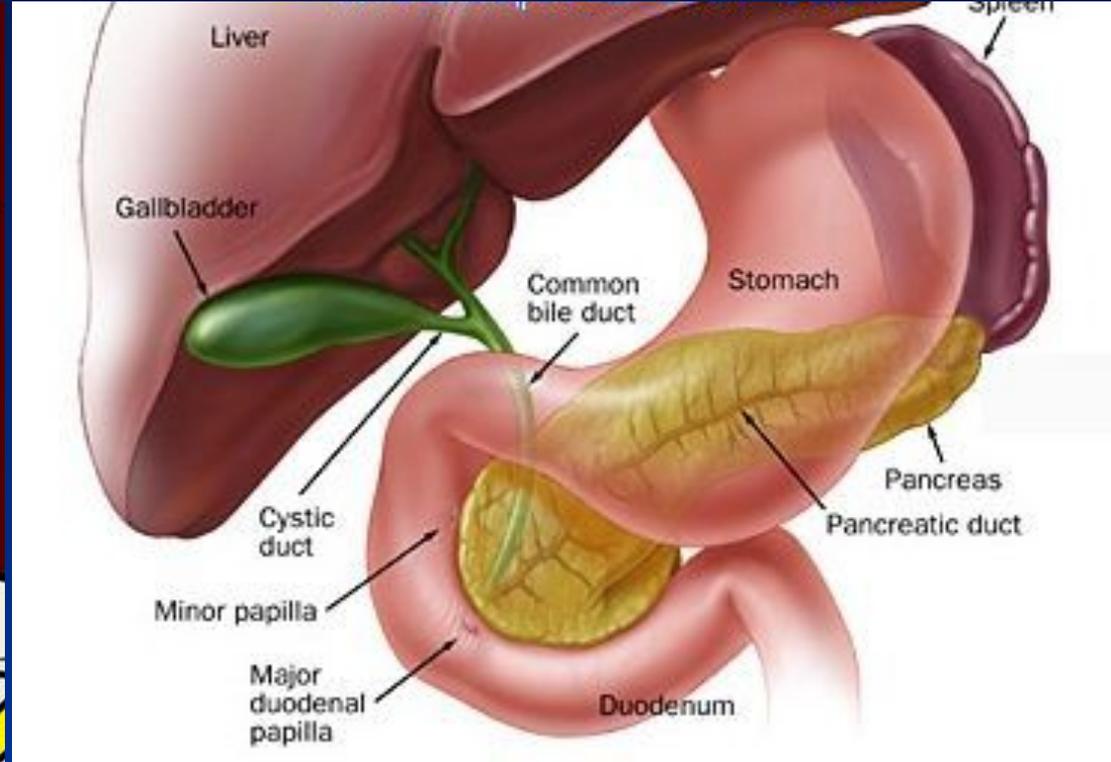
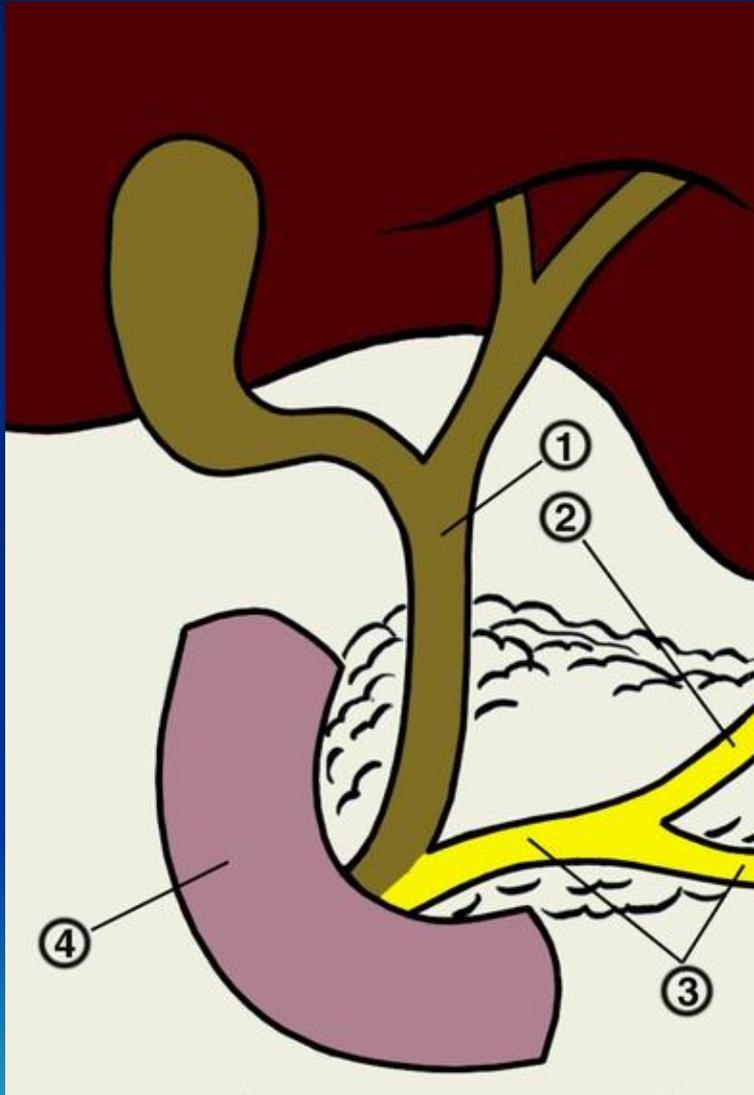
- Аппендэктомия косым доступом
- Аппендэктомия срединным доступом
- Аппендэктомия лапароскопическая



Острый холецистит



Анатомия желчевыводящих путей



Причины

- ЖКБ- холелитиаз
- Нарушение кровоснабжения желчного пузыря
- Гематогенное, лимфогенное и контактное инфицирование





Классификация:

- **Острый катаральный холецистит.** Воспаление ограничено слизистой и подслизистой оболочками.
- **Флегмонозный холецистит** - гнойное воспаление с инфильтрацией всех слоев желчного пузыря. Возможно изъязвление слизистой оболочки с последующей экссудацией воспалительной жидкости в околопузырное пространство.
- **Гангренозный холецистит** - частичный или тотальный некроз стенки желчного пузыря.



- При перфорации стенки пузыря желчь истекает в брюшную полость (гангренозно-перфоративный холецистит). Эмпиема желчного пузыря - гнойное воспаление желчного пузыря.

Жалобы:

- на коликообразные боли, возникшие внезапно или которые развились после продолжительных, постепенно увеличивающихся болей в правой надчревной области. Локализация болей: под правой реберной дугой, в подложечной области или в правом верхнем квадранте живота.

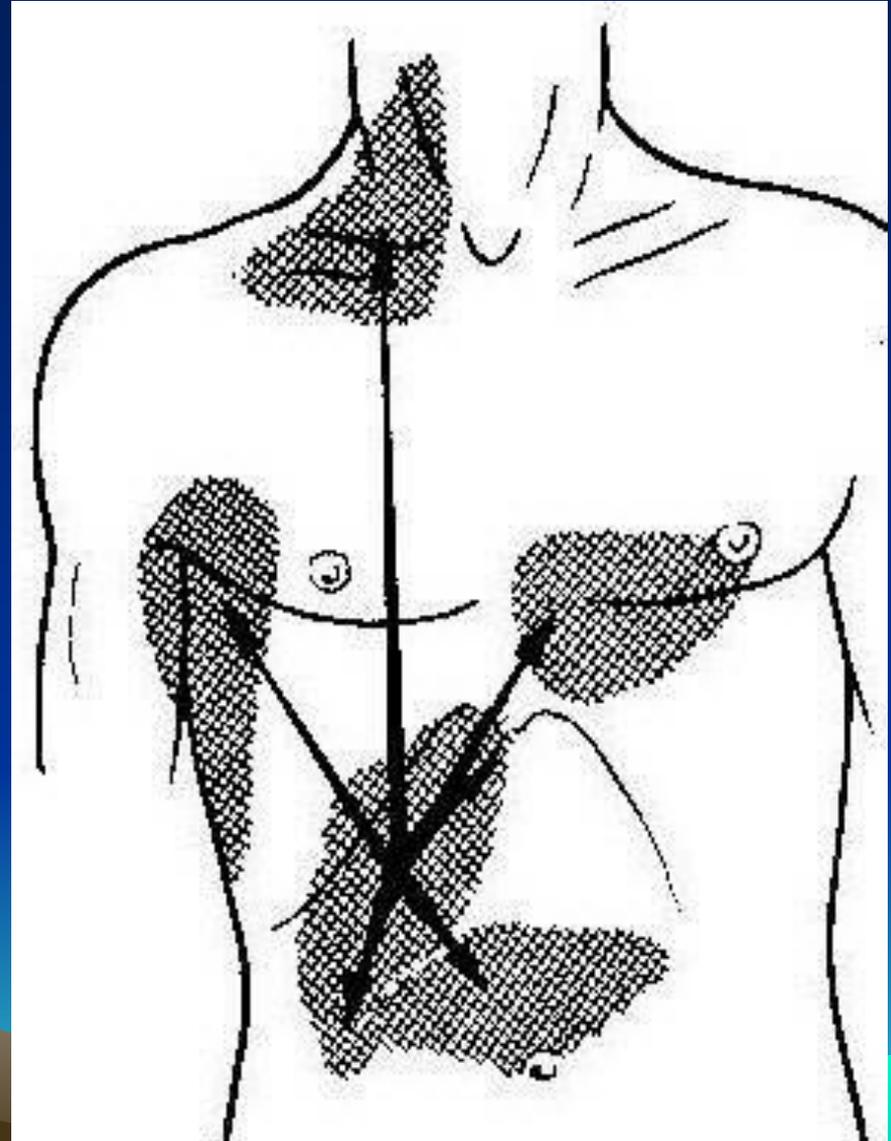


Боли могут быть опоясывающими и проводится в спину; по мере развития патологического процесса боли становятся более мучительными и постоянными;

- тошнота и неоднократная рвота;
- повышение температуры до 38-39 градусов

Иррадиация боли при остром холецистите

- Над ключицу, под лопатку—френикус-симптом
- В область сердца-холецисто-коронарный симптом Боткина



Анамнез

- Возникновение болей после нарушения диеты - употребление жирной свинины, майонеза, жареных блюд, алкоголя, иногда после волнений и нервного потрясения.
- При этом сокращения желчного пузыря приводят к ущемлению конкремента в желчном протоке



Осмотр и пальпация:

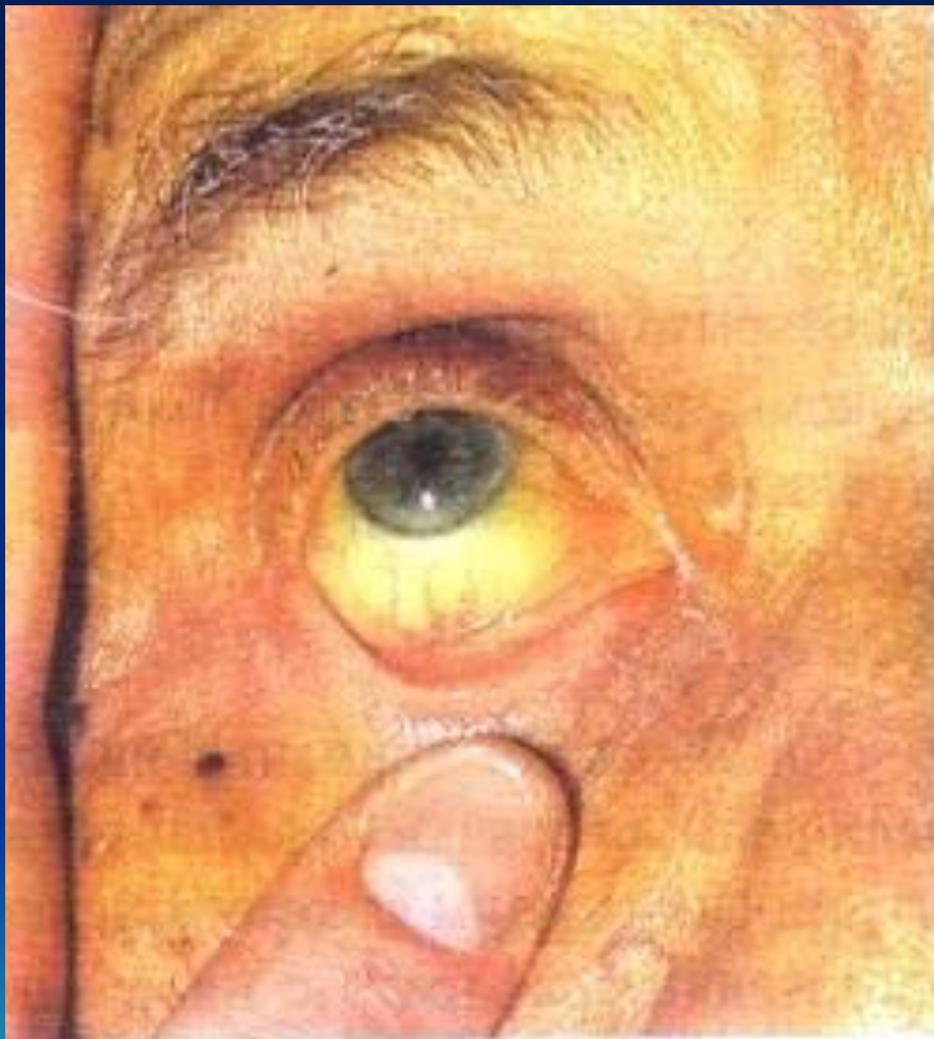
При осмотре

- желтушность кожных покровов, Желтуха имеет обтурационный характер при холангите и холедохолитиазе.
- беспокойное поведение
- больной щадит правую половину живота при дыхании

При пальпации живота

- **болезненность при пальпации в правом подреберье, резко усиливающаяся на вдохе, локальное напряжение мышц**
- **симптом Мерфи - непроизвольная задержка дыхания на вдохе при надавливании на область правого подреберья;**
- **симптом Ортнера - боль при поколачивании ребром ладони по реберной дуге.**
- **болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между ножками кивательной мышцы).**
- **пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь**
- **локальный симптом Щеткина-Блюмберга**

Желтушность склер и кожи



Симптом Ортнера



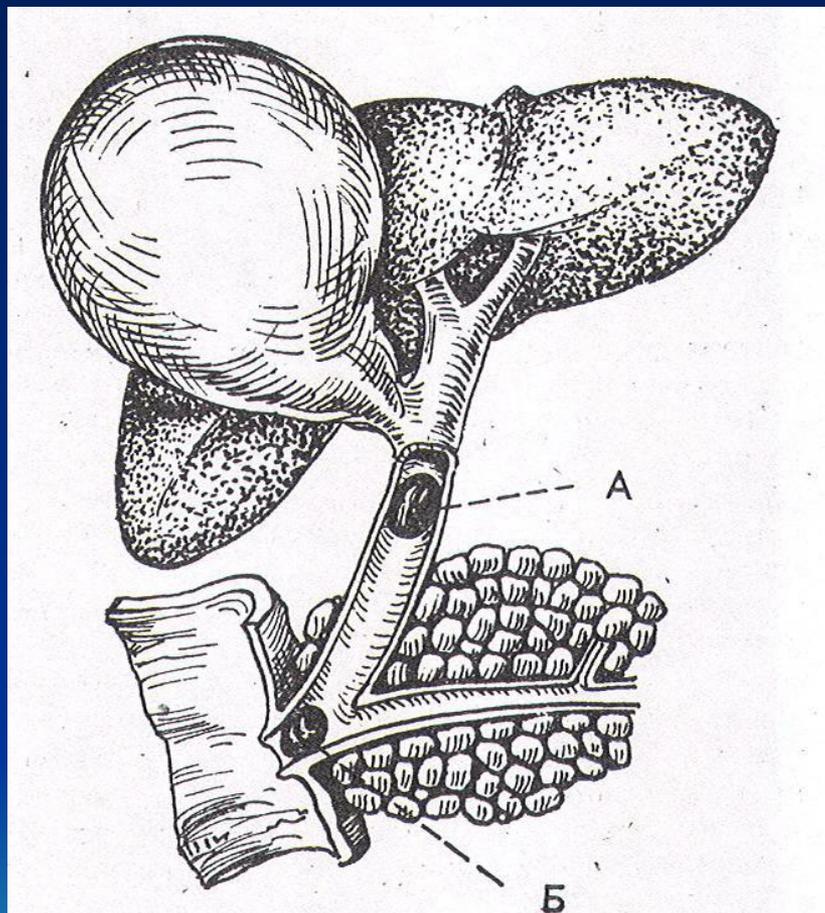
Симптом Мерфи



Симптом Мюсси-Георгиевского- или «френикус-симптом»



Симптом Курвуазье



Р и.с. 492. Симптом Курвуазье:

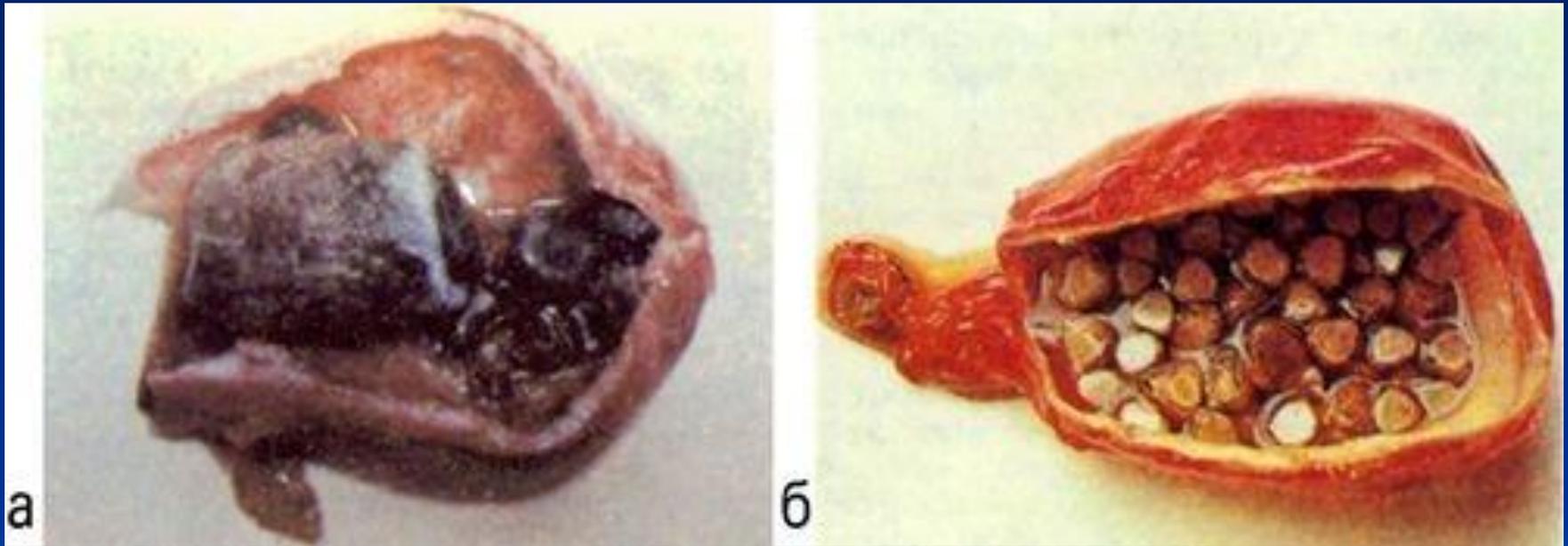
А — при закупорке начального отдела общего желчного протока; Б — при обтурации в области фатерова соска.



Рентгенопозитивные камни желчного пузыря



Конкременты в удалённом желчном пузыре



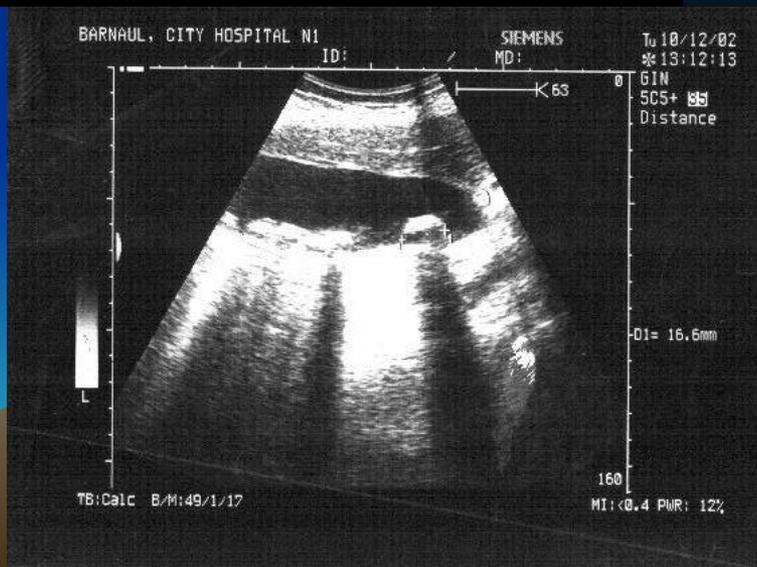
Конкременты



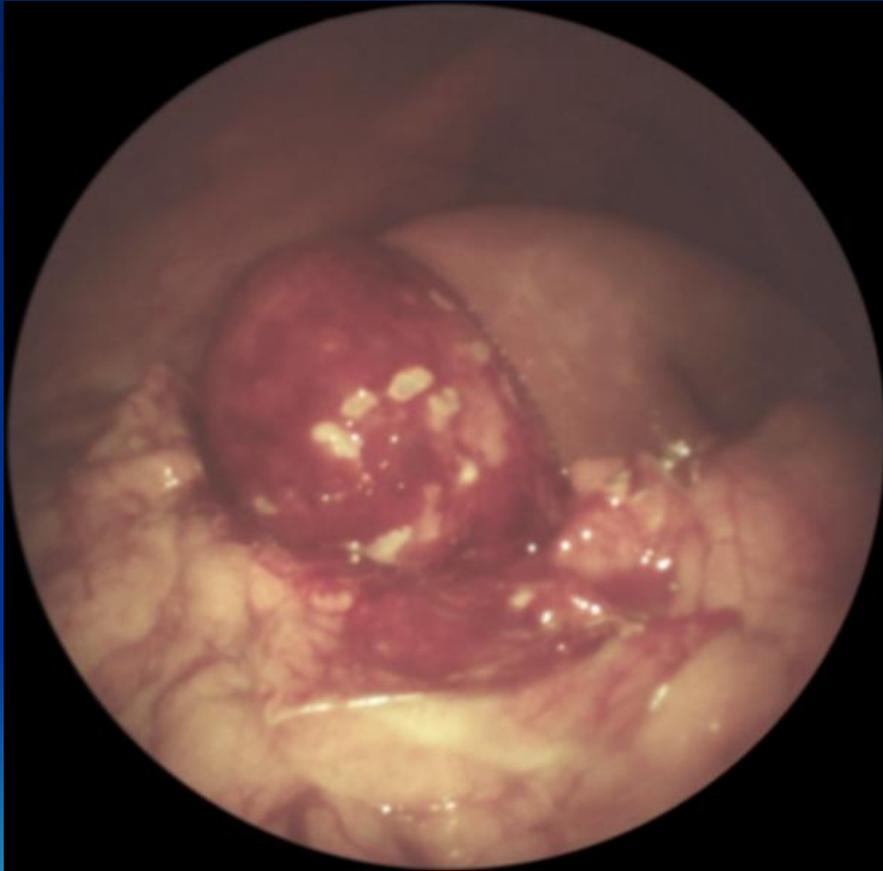
УЗ – картина при ЖКБ



УЗИ желчного пузыря выявляет наличие камней, позволяет определить размеры органа и толщину его стенки, наличие околопузырного инфильтрата и консистенцию содержимого желчного пузыря.



Лапароскопическая картина при деструктивном холецистите



Заболевания , с которыми необходимо дифференцировать

- Перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки.
- Инфаркт миокарда.
- Панкреатит
- Правосторонняя нижнедолевая пневмония
- Острый подпечёночный аппендицит
- Гепатит
- Инфекционные заболевания



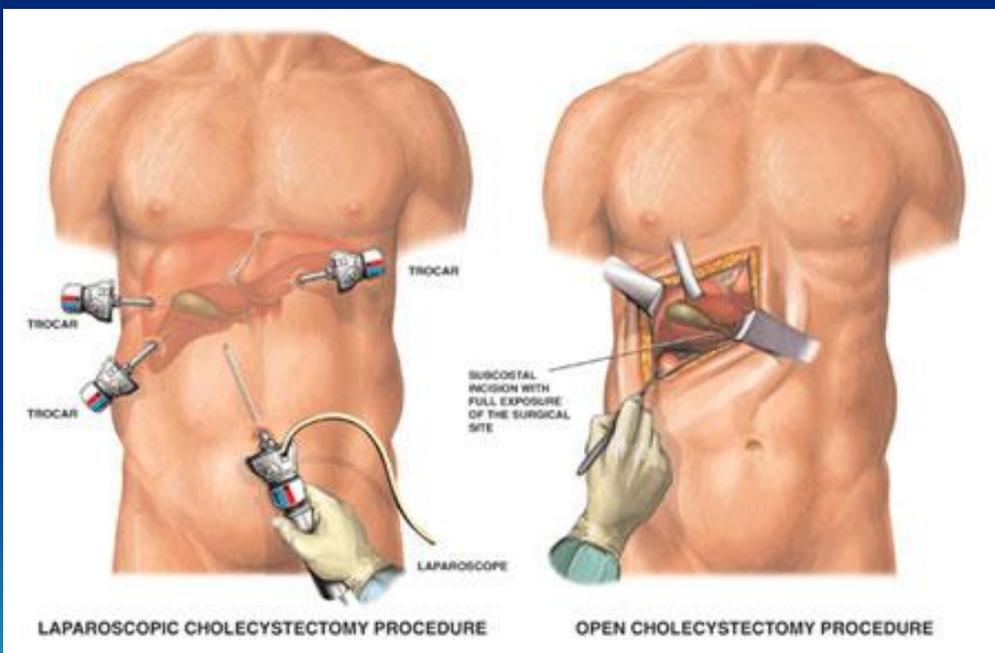
Операция –холецистэктомия

Разделяют по срокам выполнения:

- срочные операции проводят в течение 48 часов с начала заболевания при неэффективности консервативного лечения
- отсроченные операции проводят приблизительно через 6 недель после консервативного лечения острых воспалительных явлений (антибактериальная, дезинтоксикационная инфузионная терапия)
- Экстренные операции - деструктивные формы острого холецистита, и осложненные перитонитом



Виды операций: лапароскопическая , открытая срединным или боковым доступом и малым доступом



Осложнения ЖКБ

- Перитонит
- Подпечёночный или поддиафрагмальный абсцесс
- Гнойный холангит, сепсис
- Механическая желтуха
- Развитие панкреатита



Признаки холангита-триада Шарко

- Боль в правом подреберье
- Высокая температура 39-40 градусов с потрясающим ознобом
- Явления механической желтухи (жёлтые склеры и кожа, моча цвета пива, обесцвеченный кал, зуд кожи)
- Может быть после холецистэктомии в анамнезе при наличии конкрементов в общем желчном протоке(ПХЭС)



Печёночная или желчная колика

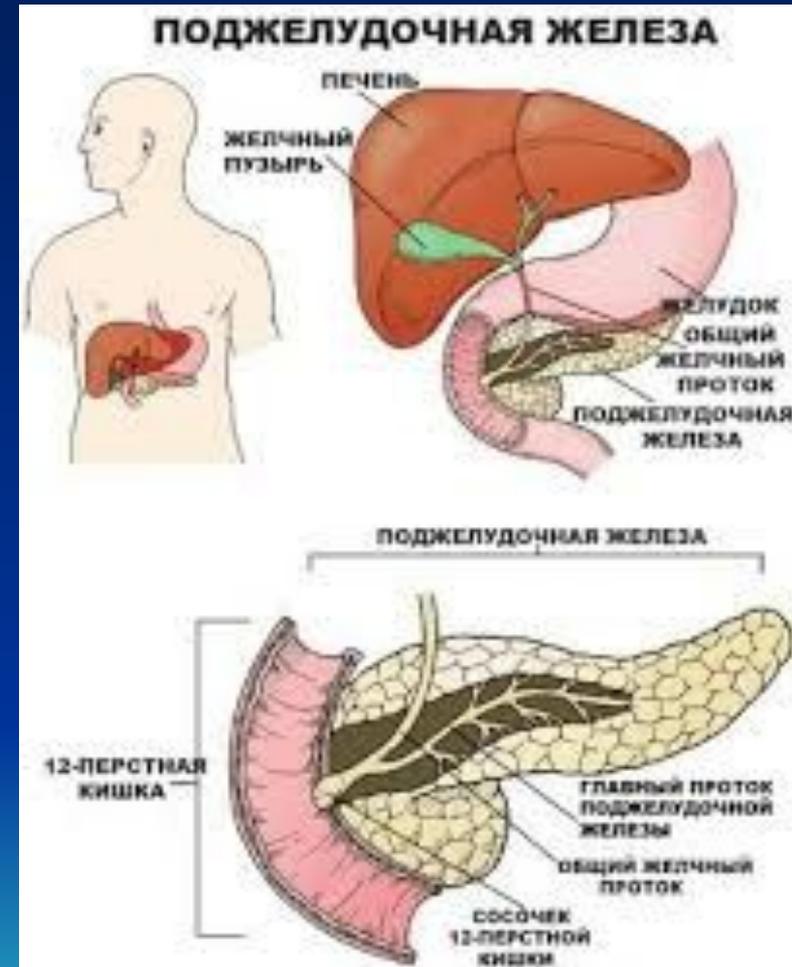
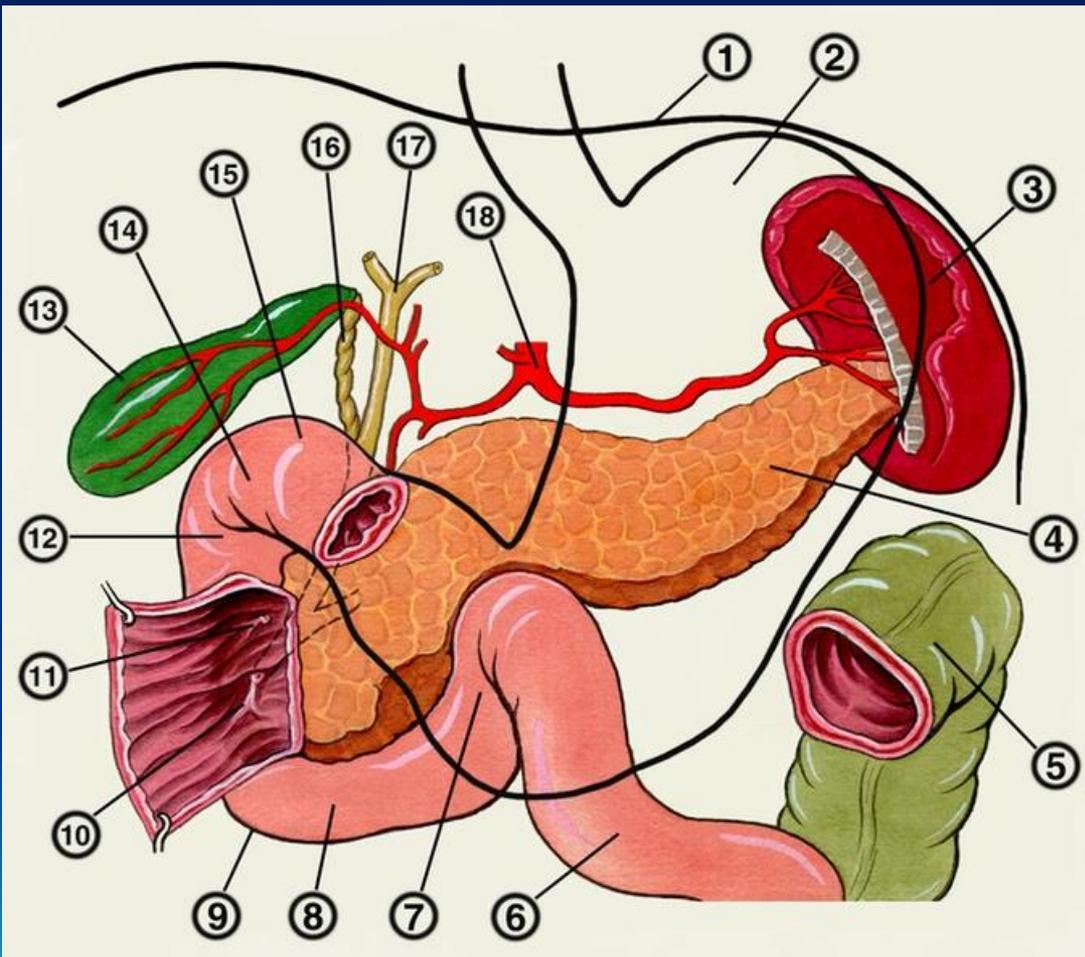
- кратковременный болевой приступ в правом подреберье, купирующийся или самостоятельно или под воздействием спазмолитиков, не сопровождающийся явлениями общей интоксикации.



Неотложная помощь:

- — применение спазмолитических препаратов: нитроглицерин — 1 табл. под язык, но-шпа (дротаверин) 2% раствор 2 – 4 мл, 2,4% раствор эуфиллина 5 мл в 5% растворе глюкозы 500 мл внутривенно;
- — реглан, церукал при выраженной рвоте
- — пузырь со льдом на область правого подреберья;
- При гиповолемии (сухой обложенный язык, тахикардия, гипотония), выраженной интоксикации (лихорадка, озноб), деструктивного холецистита с развитием «острого живота» (положительный симптом Щёткина—Блюмберга): венозный доступ ---- введение раствора Рингера—Локка, реополиглюкина (декстрана) или других плазмозамещающих растворов;
- экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

Анатомия панкреатодуоденальной зоны



- "Как нежная пантера, уложила она голову в изгиб 12п.кишки, распластала тонкое тело на аорте, убаюкивающей ее мерными движениями, а чуть изогнутый хвост беспечно отклонила в ворота селезенки - затаившийся красивый хищник, который неожиданно при болезни может нанести непоправимый вред: так и поджелудочная железа -

Прекрасна, как ангел небесный,
Как демон коварна и зла.»

Голубев А.А.



Острый панкреатит

- — воспаление поджелудочной железы,
- в основе которого лежат процессы некробиоза панкреоцитов
- и ферментной аутоагрессии с последующим развитием некроза и соединительнотканной дегенерации железы и присоединением вторичного инфекционного воспаления стромы.
- Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит в среднем встречается в 12% случаев.



Причины

- ■ злоупотребление алкоголем и острой или жирной пищей;
- ■ желчнокаменная болезнь;
- ■ травмы поджелудочной железы;
- ■ нетравматические стриктуры панкреатических протоков;



Патогенез

- основным звеном патогенеза острого панкреатита является гипертензия в протоковой системе поджелудочной железы, приводящая к повреждению ацинарных клеток, гиперсекреции панкреатического сока и активации ферментов самой железы.



Классификация

- 1. Отечный панкреатит
- 2. Деструктивный панкреатит
 - Геморрагический панкреонекроз.
 - Жировой панкреонекроз
 - Гнойно-некротический панкреатит



Клиническая картина

- внезапная интенсивная опоясывающая боль в области эпигастрия по ходу поджелудочной железы порой не снимающаяся наркотиками, а только паранефральной блокадой
- появляющаяся нередко после острой и жирной пищи и алкогольной перегрузки,
- часто иррадиирующая в спину, в правую, левую или обе лопатки, левый реберно-позвоночный угол, левое надплечье., иногда за грудину, симулируя инфаркт миокарда .
- Интенсивность болей(ощущение вбитого кола) настолько велика, особенно при некрозе железы что больные иногда теряют сознание

Клиническая картина

- неукротимая повторная, изматывающая не приносящая облегчения рвота, которая обычно появляется сразу же вслед за болью (но может и предшествовать ей) и сопровождается, как правило, постоянной тошнотой и обильным слюнотечением.
- Температура тела вначале нормальная или субфебрильная. Характерны «ножницы» – отставание температуры тела от частоты пульса.



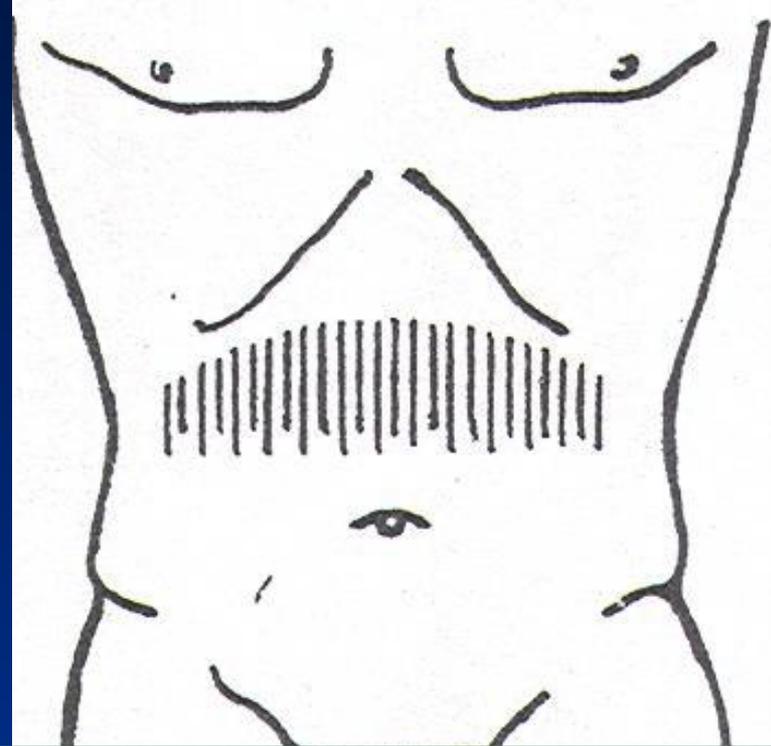
Симптомы интоксикации

- выраженная тахикардия,
- быстрое снижение диуреза,
- цианоз лица, губ,
- бледность (мраморность) кожных покровов,
- липкий пот,
- явления эйфории,
- интоксикационный психоз.



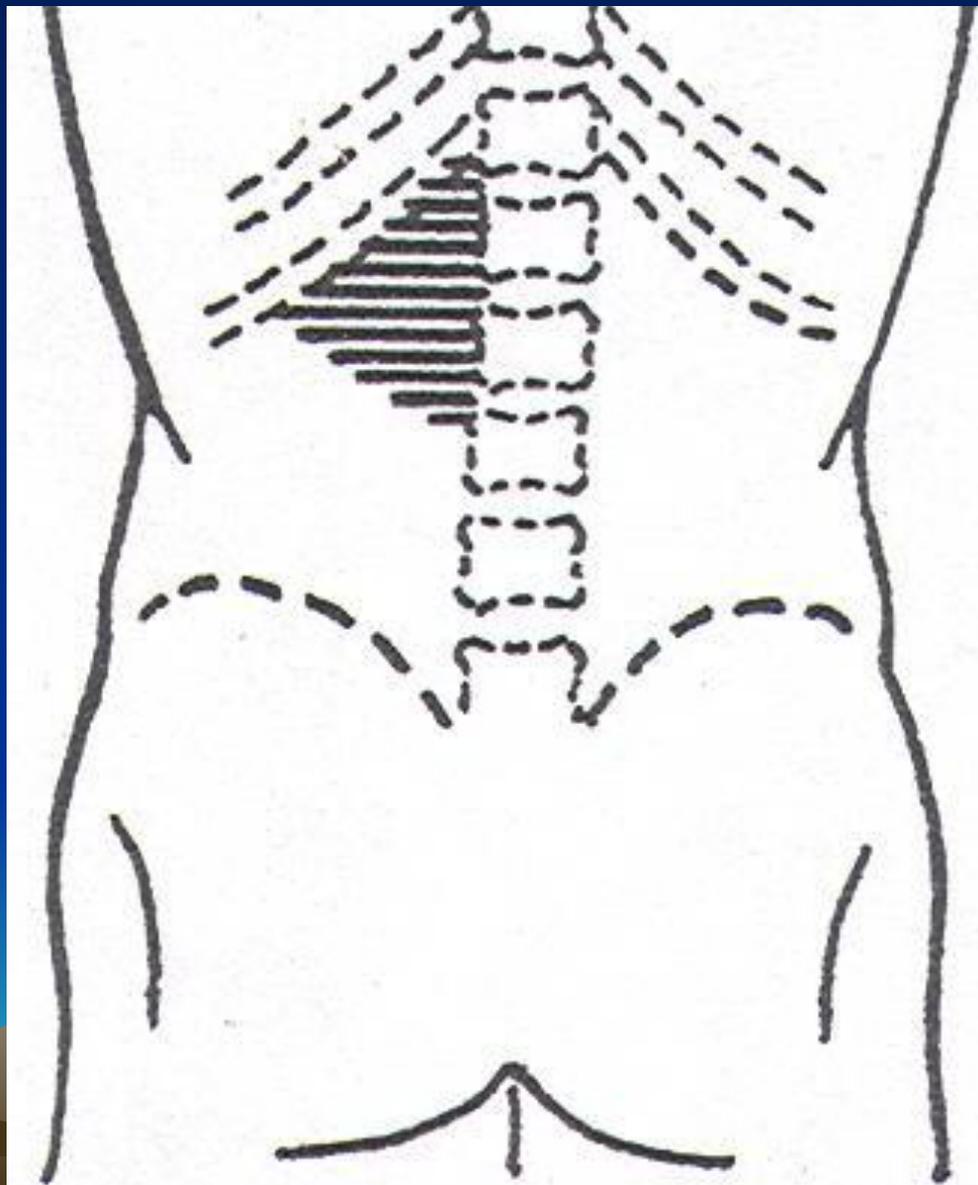
Симптом Кёрте

- Напряжение передней брюшной стенки в области сальниковой сумки над поджелудочной железой.
- в виде пояска



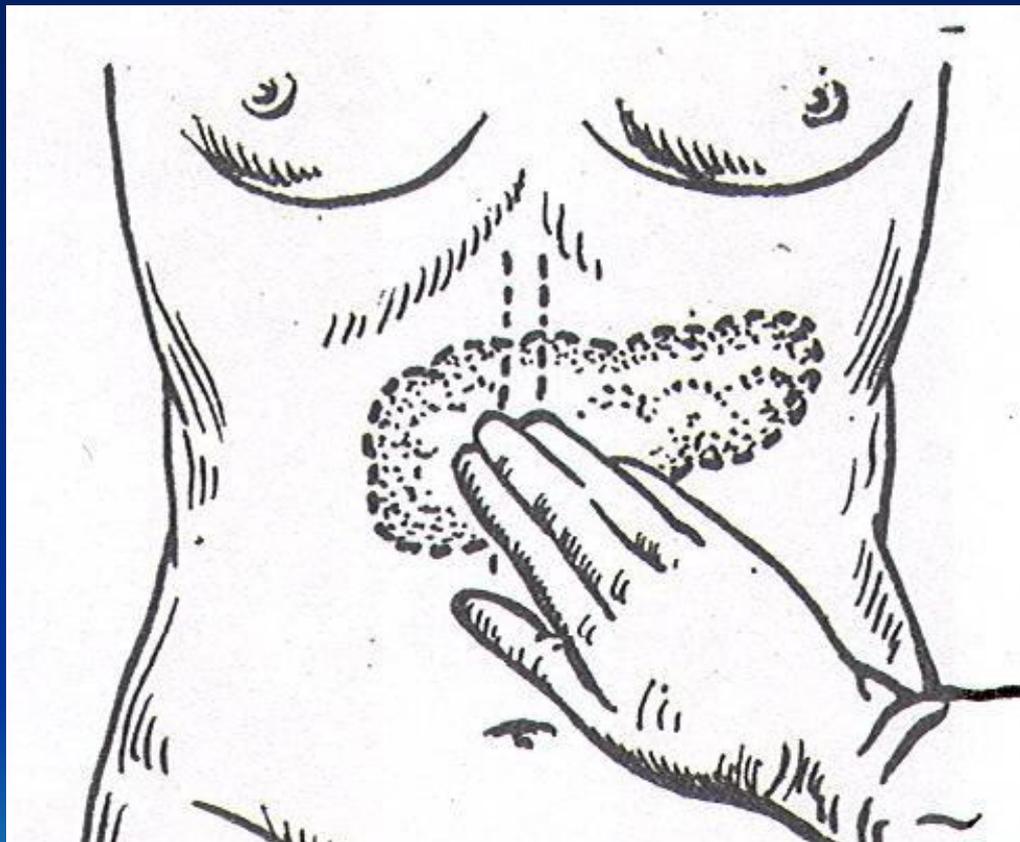
Симптом Мейо-Робсона

- болезненность в области левого реберно-позвоночного угла.

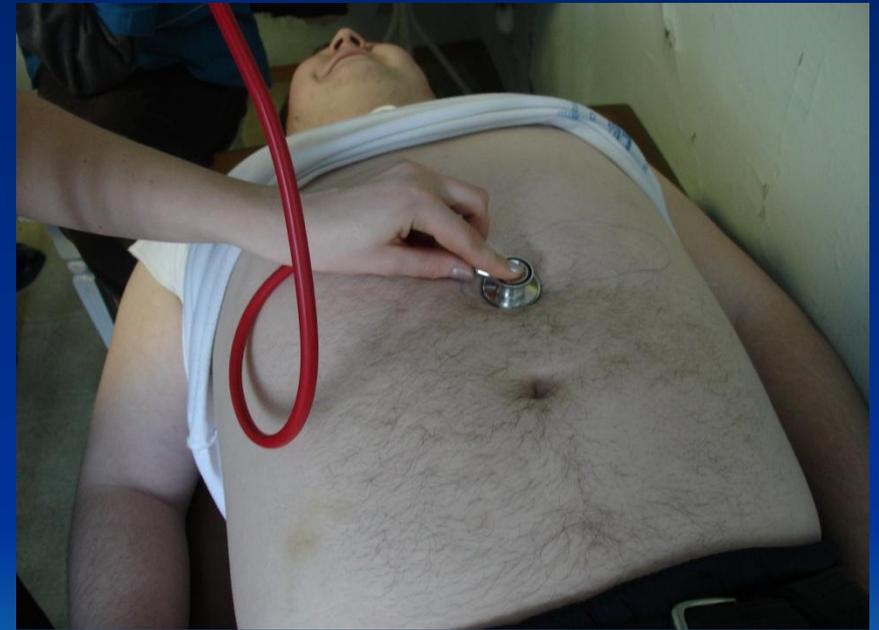


Симптом Воскресенского

- исчезновение пульсации аорты в проекции поджелудочной железы

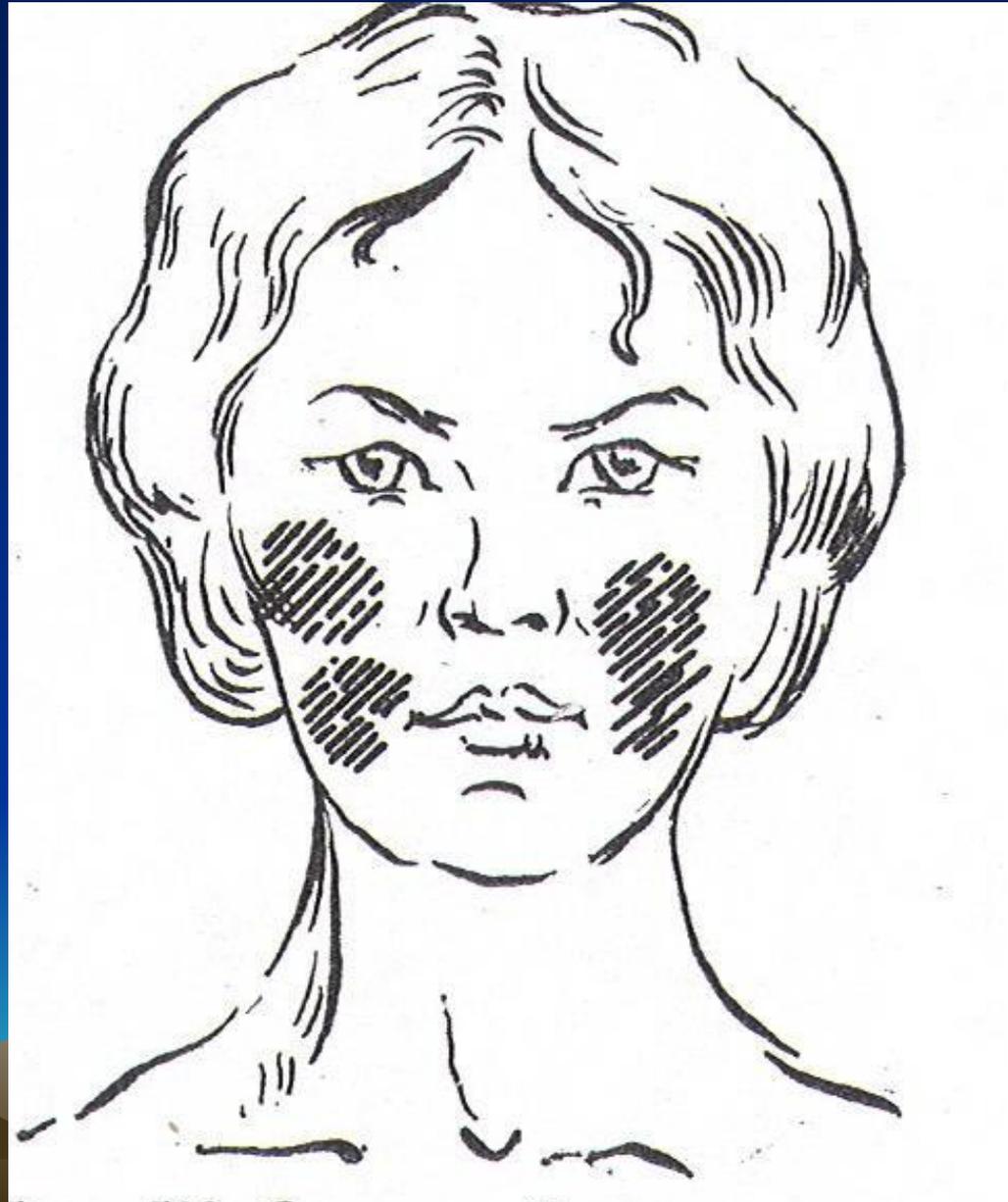


Симптом Воскресенского- исчезновение пульсации брюшной аорты над поджелудочной железой



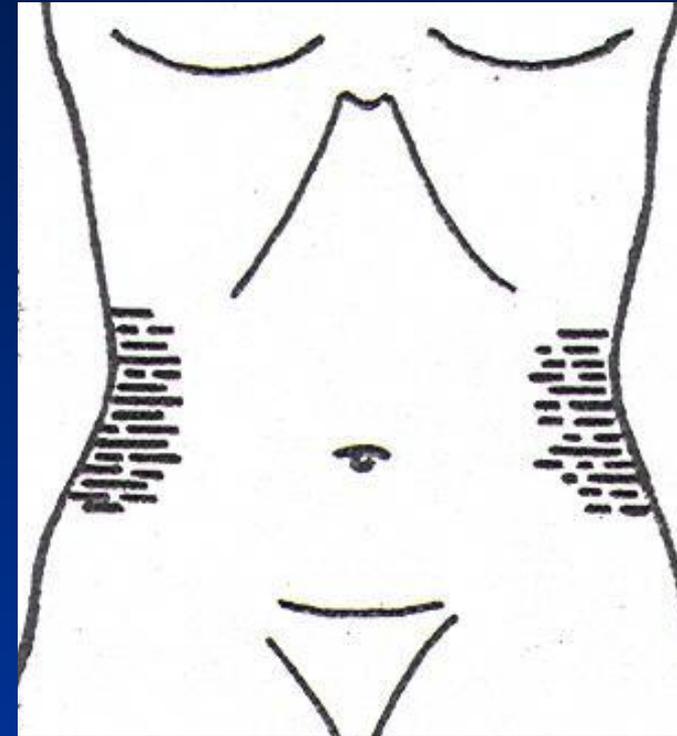
Симптом Мондора

- Покраснение лица при выбросе высокоактивных кининов в кровь



Симптом Тея-Тернера

- Синюшно-багровые пятна по боковым стенкам живота



Симптом Грюнвальда



- Синюшно-багровые пятна в околопупочной области

Острый деструктивный панкреатит — это первично асептический панкреонекроз с последующей воспалительной реакцией на очаги некроза.

- Первичная агрессия- внутрипротоковые ферменты поджелудочной железы направляют свою активность против собственной ткани –панкреонекроз и всасываются в кровь вместе с токсинами образованием и выбросом
- Вторичная агрессия— выброс эндотоксинов (цитокинов, кининов, нейропептидов, продуктов перекисного окисления липидов и др.), которые в свою очередь ведут к развитию эндотоксикоза и в дальнейшем определяют клинику течения заболевания.



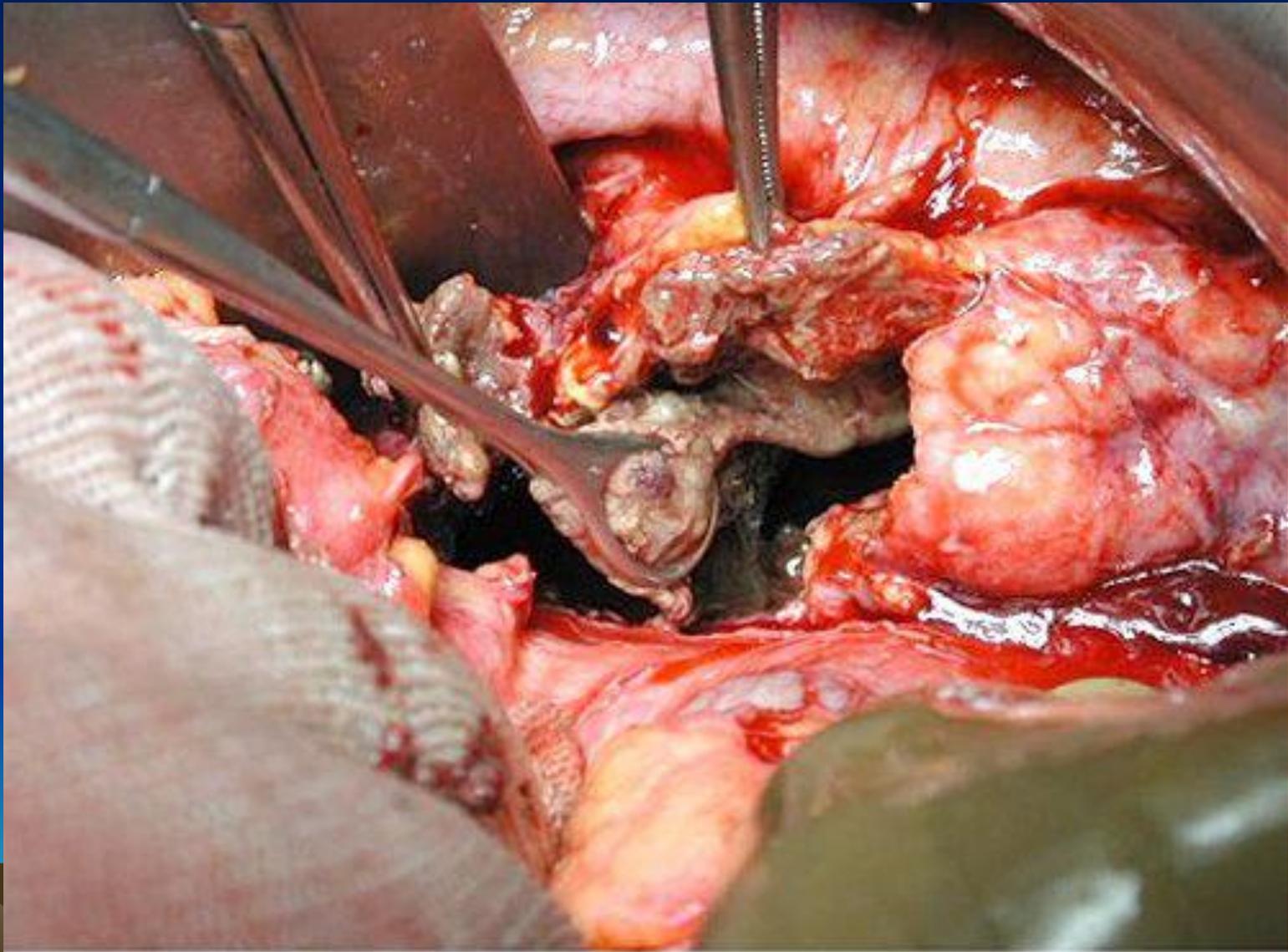
Панкреонекроз

имеет фазовое течение.

- ■ Ферментативная фаза (первые 5 сут заболевания) характеризуется формированием панкреонекроза и развитием эндотоксикоза.
- ■ В реактивной фазе (2-я неделя заболевания) происходит реакция организма на сформировавшийся панкреонекроз в виде перипанкреатического инфильтрата.
- ■ В фазе секвестрации (3-я неделя и более) происходит формирование секвестров и отторжение некротических тканей:
 - асептическая секвестрация (без инфицирования) — с формированием кисты поджелудочной железы;
 - септическая секвестрация (с инфицированием) — с развитием гнойных осложнений.



Тотальный панкреонекроз



Неотложная помощь

- — голод;
- — холод на эпигастральную область;
- — применение спазмолитических средств: нитроглицерин под язык — 1 табл., но-шпа (дротаверин) по 2 мл, платифиллин по 1-2 мл внутривенно на 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;
- внутривенное введение 1 мл 0,1% раствора атропина;
- — антигистаминные препараты (димедрол (дифенгидрамин) 2% раствор 1 мл или пипольфен (прометазин) 2,5% раствор 2 мл внутримышечно);
- при боли средней интенсивности целесообразно назначение (баралгин).
- При выраженном болевом синдроме возможно
- в/в введение 1 мл кетарола 30 мг или трамала, вводить не менее чем за 15 с
- 0,25% раствора новокаина под контролем АД;
- — экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

ОКН - Острая кишечная непроходимость -

илеус – это синдром,
характеризующийся нарушением
пассажа кишечного содержимого
в направлении от желудка к
прямой кишке

Классификация ОКН

Динамическая непроходимость:

- а) спастическая;
- б) паралитическая.

Механическая непроходимость:

- а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление);
- б) обтурационная;
- в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

Динамическая КН

- нарушается двигательная функция кишечной стенки, механического препятствия для продвижения кишечного содержимого нет.

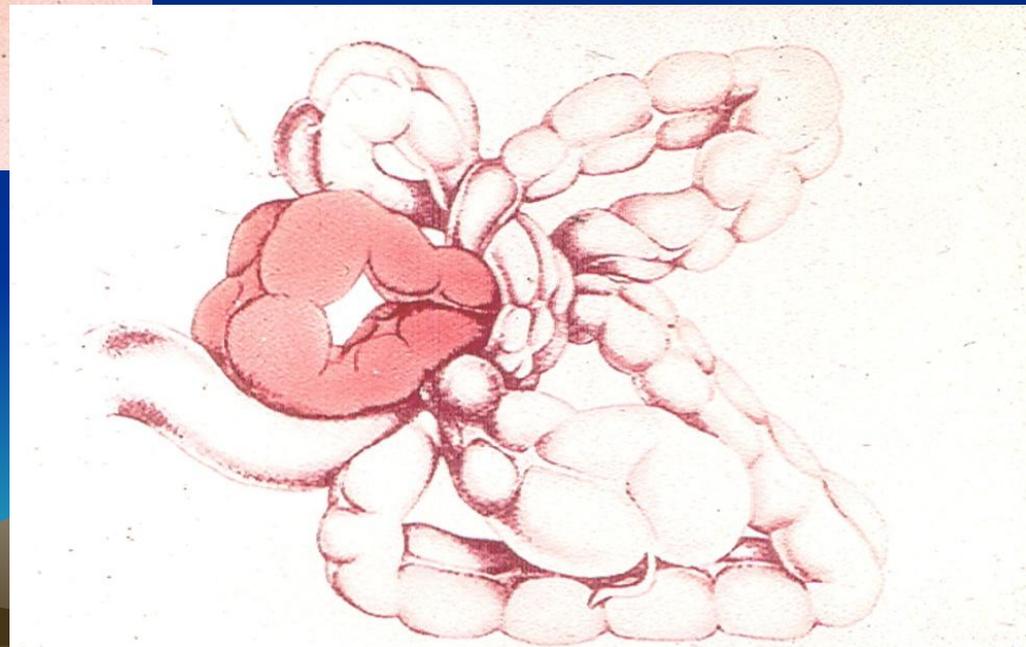
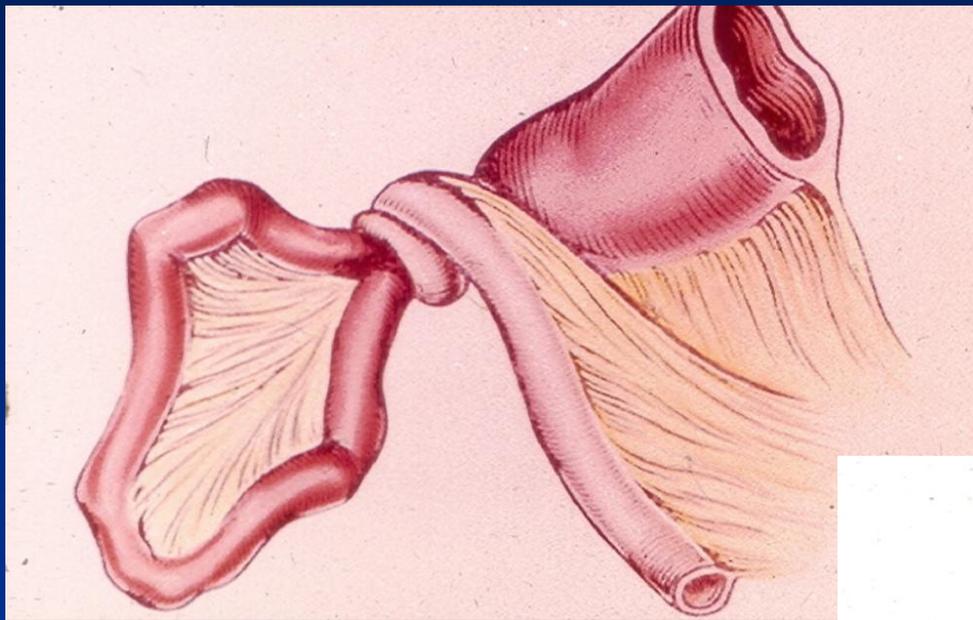


Странгуляционная КН

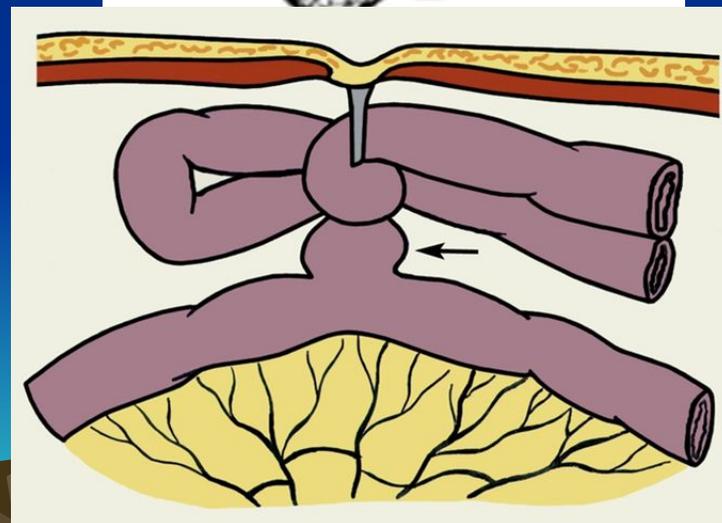
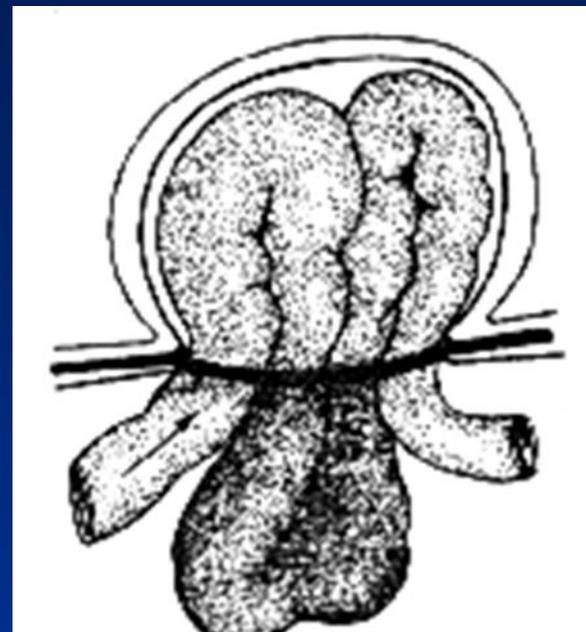
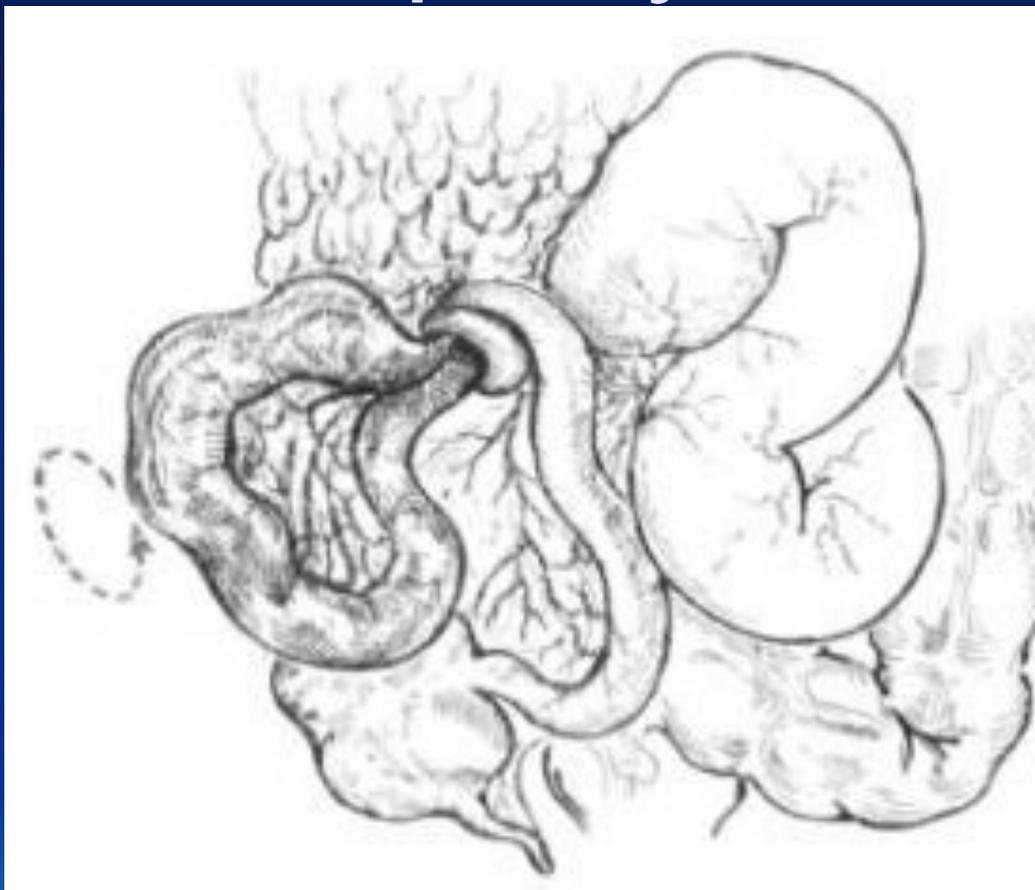
- При странгуляционной непроходимости наряду с препятствием пассажу кишечного содержимого имеется сдавление брыжейки с нарушением кровоснабжения кишечной стенки.



Странгуляционная ОКН



Странгуляционная ОКН



Заворот сигмы



Рисунок 1. Пациент Г. Вздутие живота



Рисунок 2. Пациент Г. Раздутая сигмовидная кишка в сравнении с поперечной



Рисунок 3. Пациент Г. Сигмовидная кишка до разреза



Рисунок 4. Пациент Т. Раздутая сигмовидная кишка

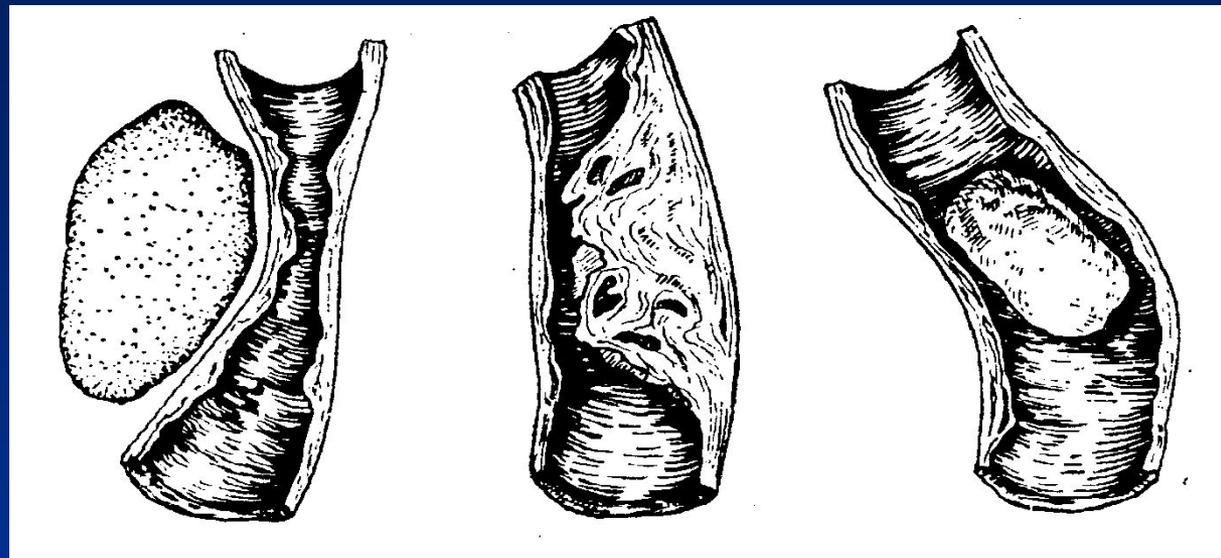
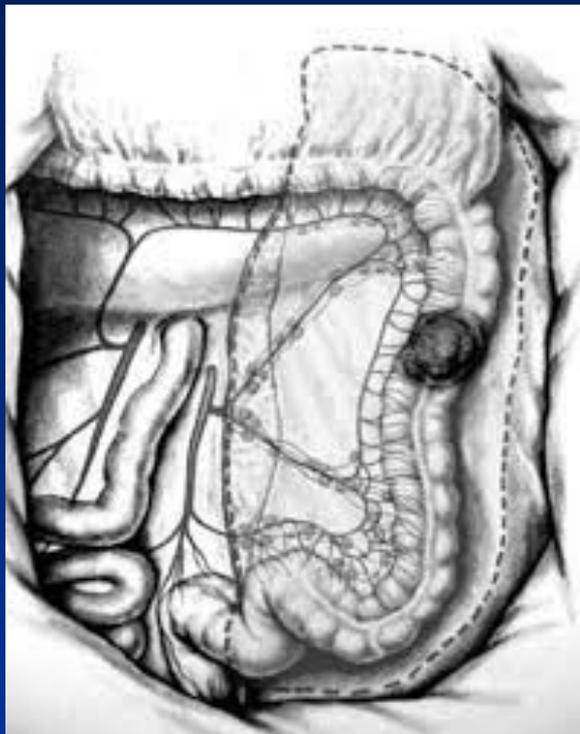
Обтурационная КН

брыжейка кишки и кровоснабжение не страдают.

- злокачественные и доброкачественные опухоли,
- каловые и желчные камни,
- инородные тела,
- аскариды,



Обтурационная



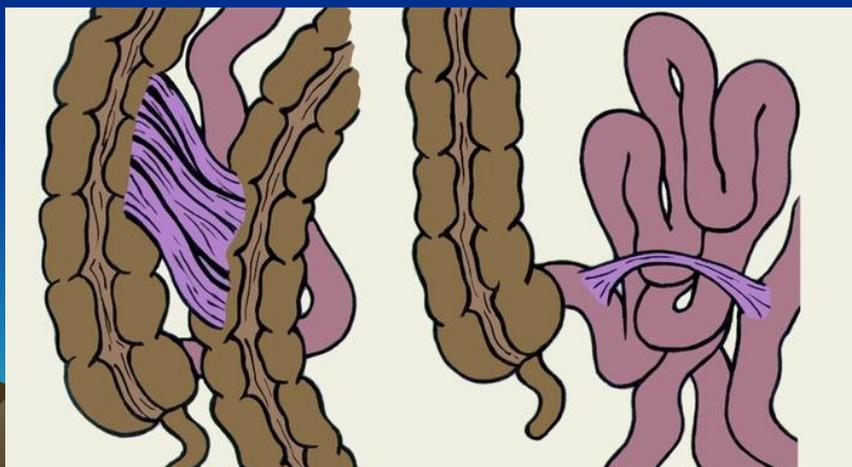
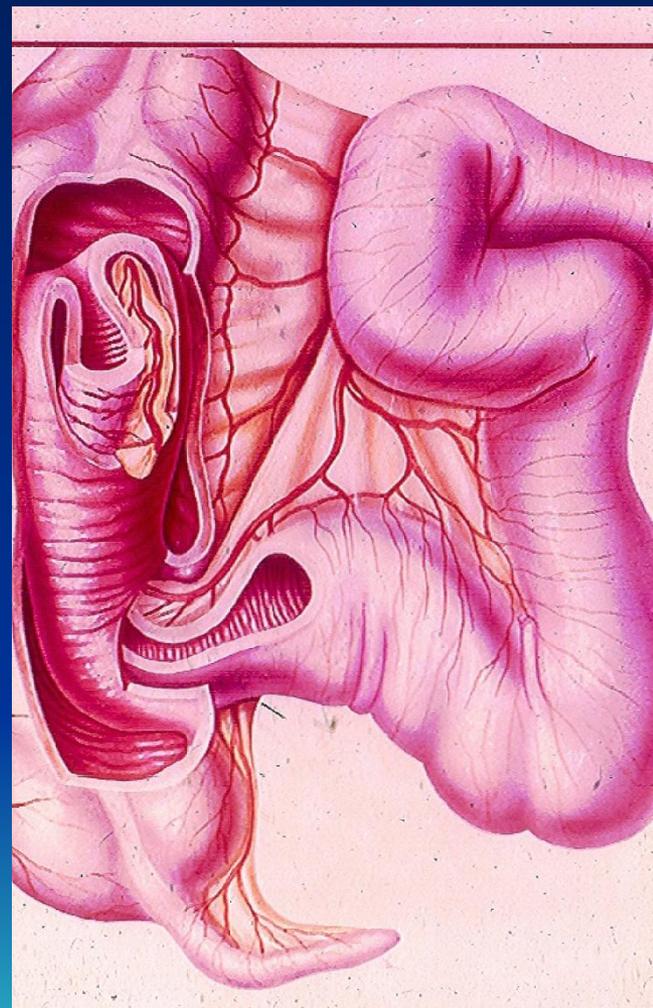
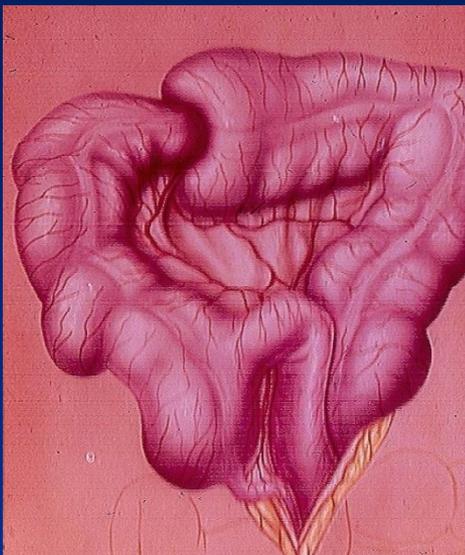
Смешанные формы ОКН

Наряду с обтурацией просвета кишечника имеется нарушение кровоснабжения кишечника

- инвагинация
- спаечная ОКН



Смешанная ОКН



Ведущие симптомы ОКН

- схваткообразные боли в животе,
- рвота,
- задержка стула и газов,
- вздутие живота.



Боли

- Возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников.
- Носят схваткообразный характер, что связано с перистальтикой кишечника.
- Без четкой локализации в каком-либо отделе брюшной полости
- При обтурационной КН боли вне схваткообразного приступа обычно исчезают.
- При странгуляционной КН боли бывают стойкими, резко усиливающимися во время приступа. Стихают боли лишь на 2-3 сутки, когда наступает истощение перистальтики кишечника. Прекращение болей при наличии кишечной непроходимости служит плохим прогностическим признаком.
- При паралитической кишечной непроходимости боли постоянные, распирающие, умеренной интенсивности.

Рвота

- Вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости развивается рвота застойным содержимым, в позднем периоде при развитии перитонита рвота становится неукротимой, непрерывной, а рвотные массы имеют каловый запах.
- Чем выше непроходимость, чем чаще рвота. В промежутках между рвотой больной испытывает тошноту, его беспокоит отрыжка, икота.
- При низкой локализации препятствия наблюдается рвота с большими промежутками.



Задержка стула и газов

- Наиболее выражена при низкой кишечной непроходимости.
 - При высокой кишечной непроходимости в начале заболевания у некоторых больных может быть стул. Это происходит за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При кишечной непроходимости на почве инвагинации иногда наблюдаются кровянистые выделения из заднего прохода, что может служить причиной диагностической ошибки, когда ОКН ошибочно принимают за дизентерию.
- 

3 стадии ОКН

- Первая или начальная
- Вторая или промежуточная
- Третья, или поздняя- перитонит



Стадии ОКН

- Первая фаза характерна интенсивными схваткообразными болями в животе, задержкой стула и газов. Пульс учащен. Живот вздут, напряжение его усиливается во время “схваток”, при аускультации живота слышна резко усиленная перистальтика, иногда видимая на расстоянии - от 2 до 12 часов



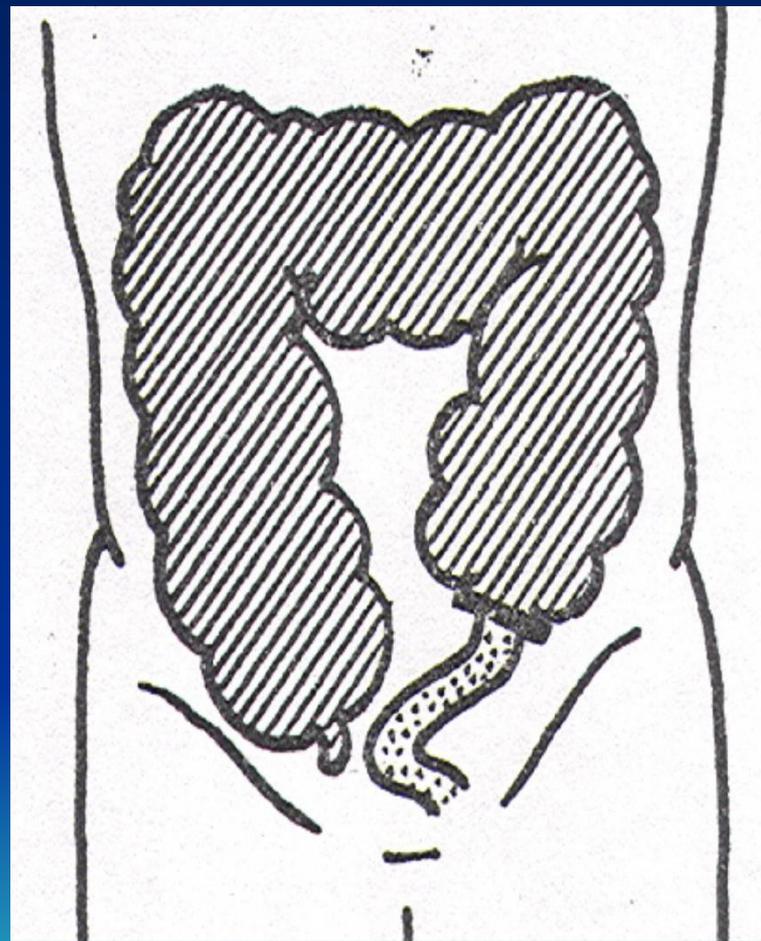
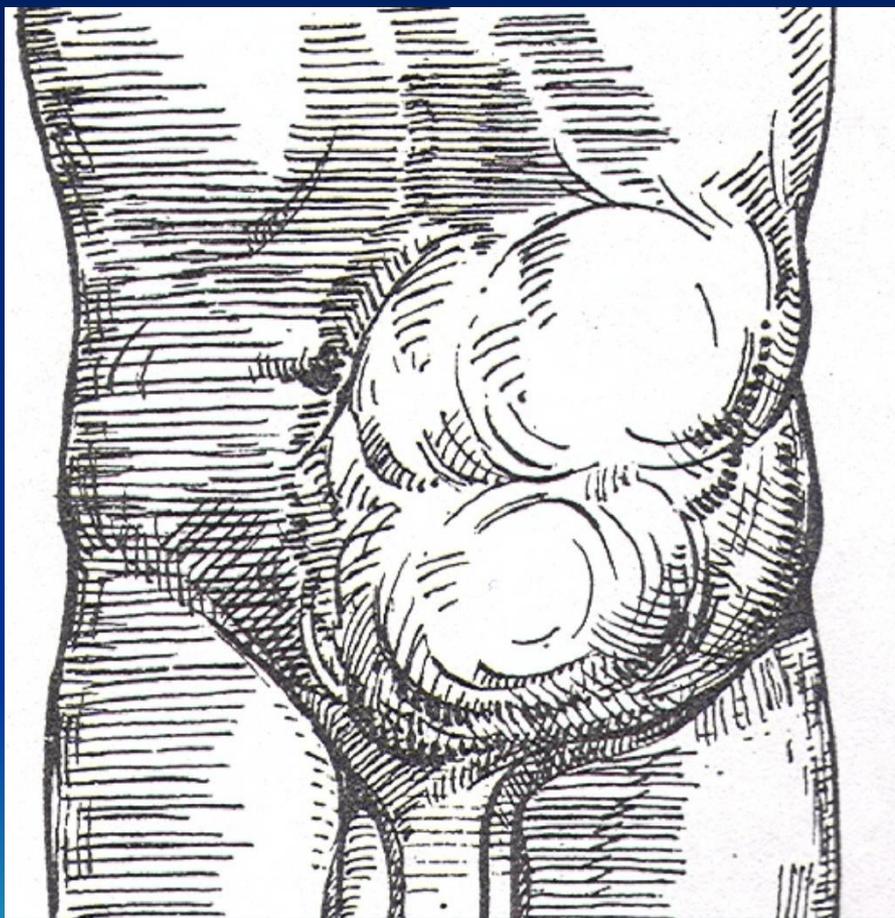
Стадии ОКН

- Во второй фазе боли в животе стихают, но нарастает общая интоксикация, тахикардия. Кожные покровы бледные, могут быть “мраморной” окраски. Язык сухой обложен налетом. Может быть выражен синдром Валя (видимая асимметрия живота, видимая перистальтика, прощупывание резистентной выпуклости, тимпанит при перкуссии над выпуклостью). Появляется “шум плеска”. Полная задержка стула и газов 12-36 часов

Стадии ОКН

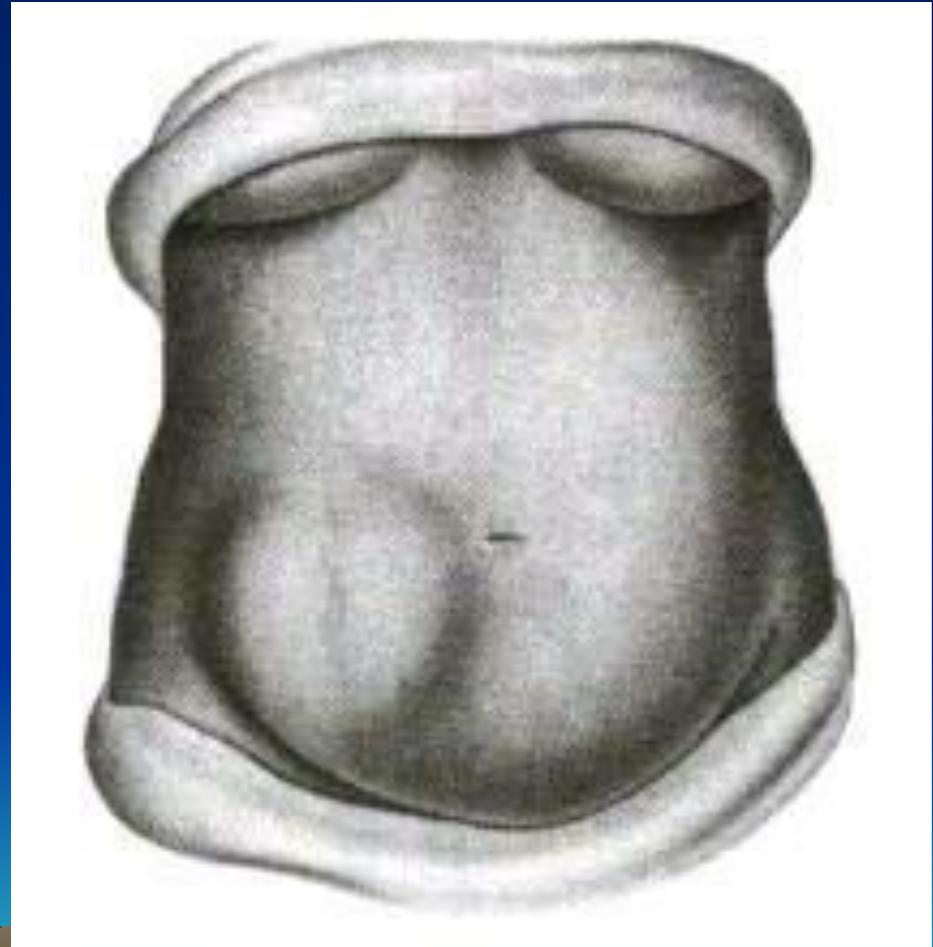
- Третья фаза — развитие перитонита. На фоне равномерного вздутия живота при продолжающемся неотхождении газов и стула, появляется рвота “калового” характера, черты лица заостряются, язык сухой, резко выражена тахикардия, симптом Щеткина—Блумберга положительный по всему животу, сохраняется “шум плеска”. При исследовании per rectum — положительный симптом Обуховской больницы — баллонообразное расширение ампулы прямой кишки и зияние ануса.

Вздутие живота



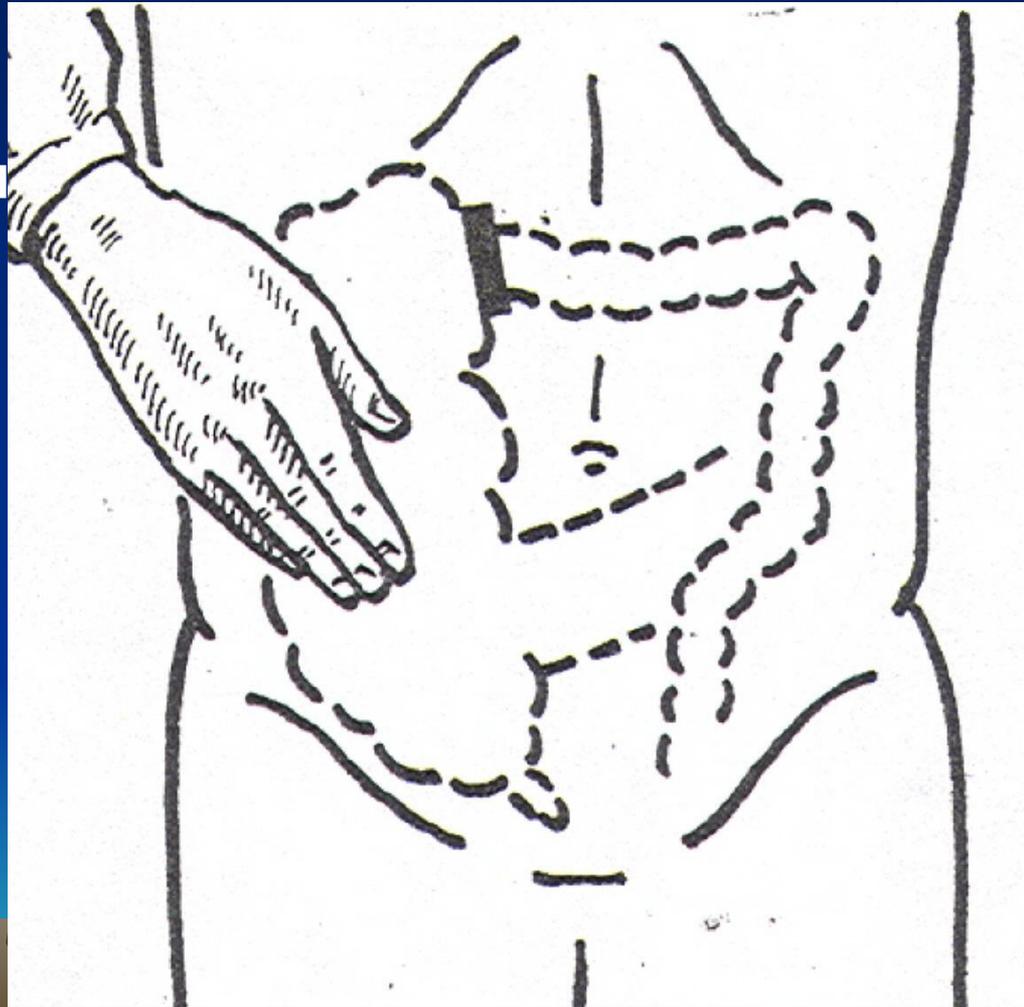
Ассимметрия живота

- Неправильная конфигурация живота и асимметрия характерны для странгуляционной кишечной непроходимости. Нередко через брюшную стенку удается увидеть одну или несколько раздутых петель кишечника.

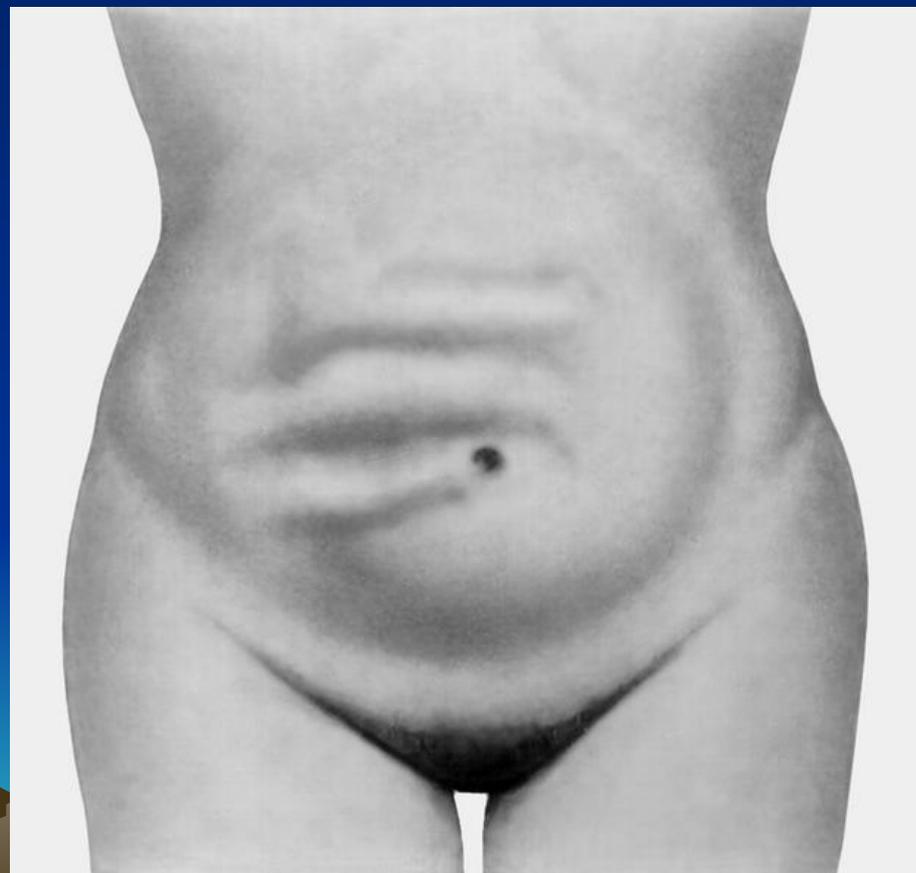
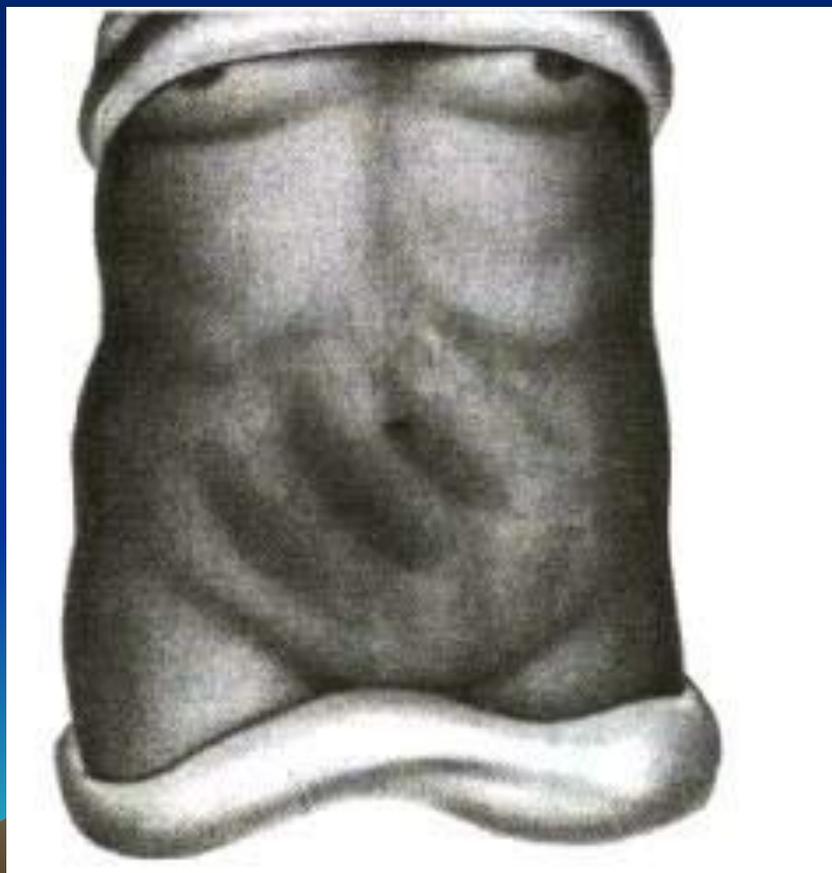


Симптом Валя

- Четко отграниченная растянутая кишечная петля, контурируемая через брюшную стенку – симптом Валя – является ранним симптомом ОКН. При перкуссии над ней выслушивается высокий тимпанит.



Симптом Шланге- видимая перистальтика кишечника до препятствия , чаще при обтурации



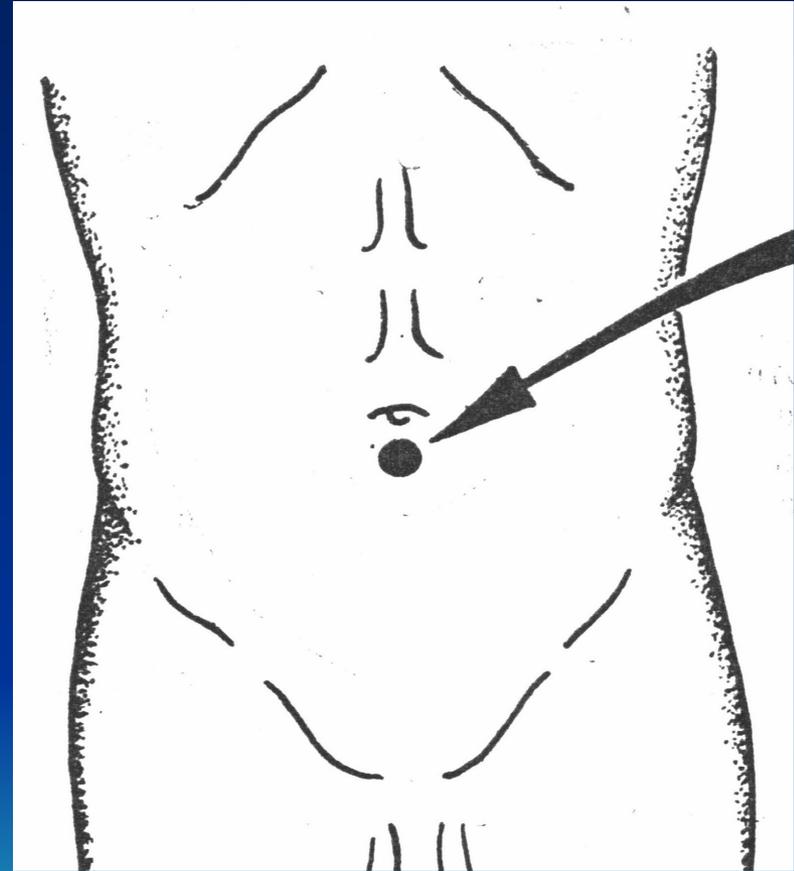
Пальпация живота при ОКН

- При пальпации живот до развития перитонита болезненный.
- Напряжение мышц брюшной стенки нет.
- Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.
- Можно определить опухоль, тело инвагината, воспалительный инфильтрат

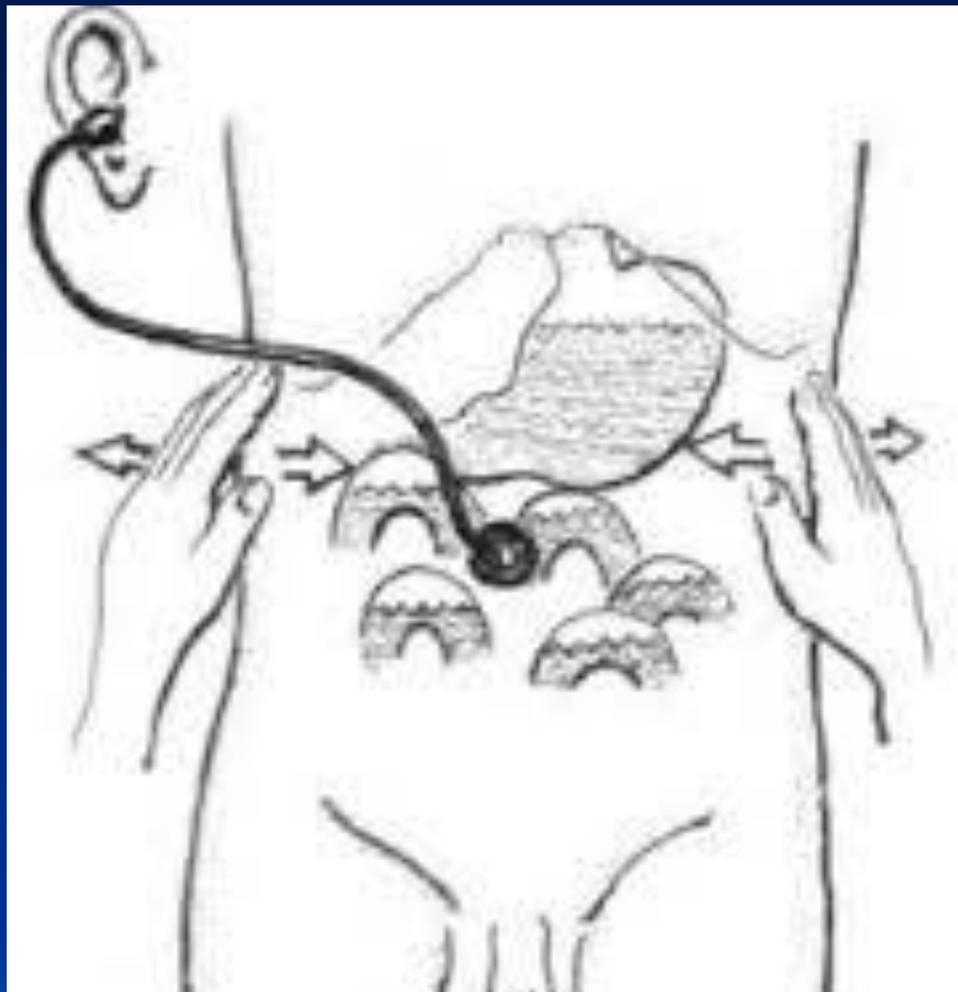


При странгуляционной КН - симптом Тевенара

- Резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где проходит корень брыжейки-при завороте тонкого кишечника.

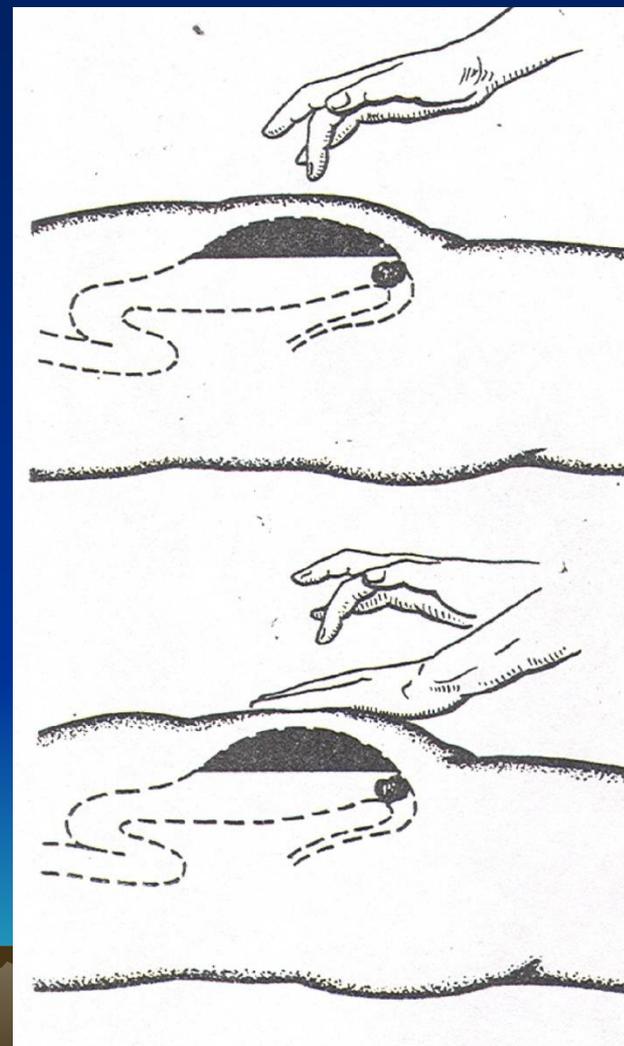


Шум плеска



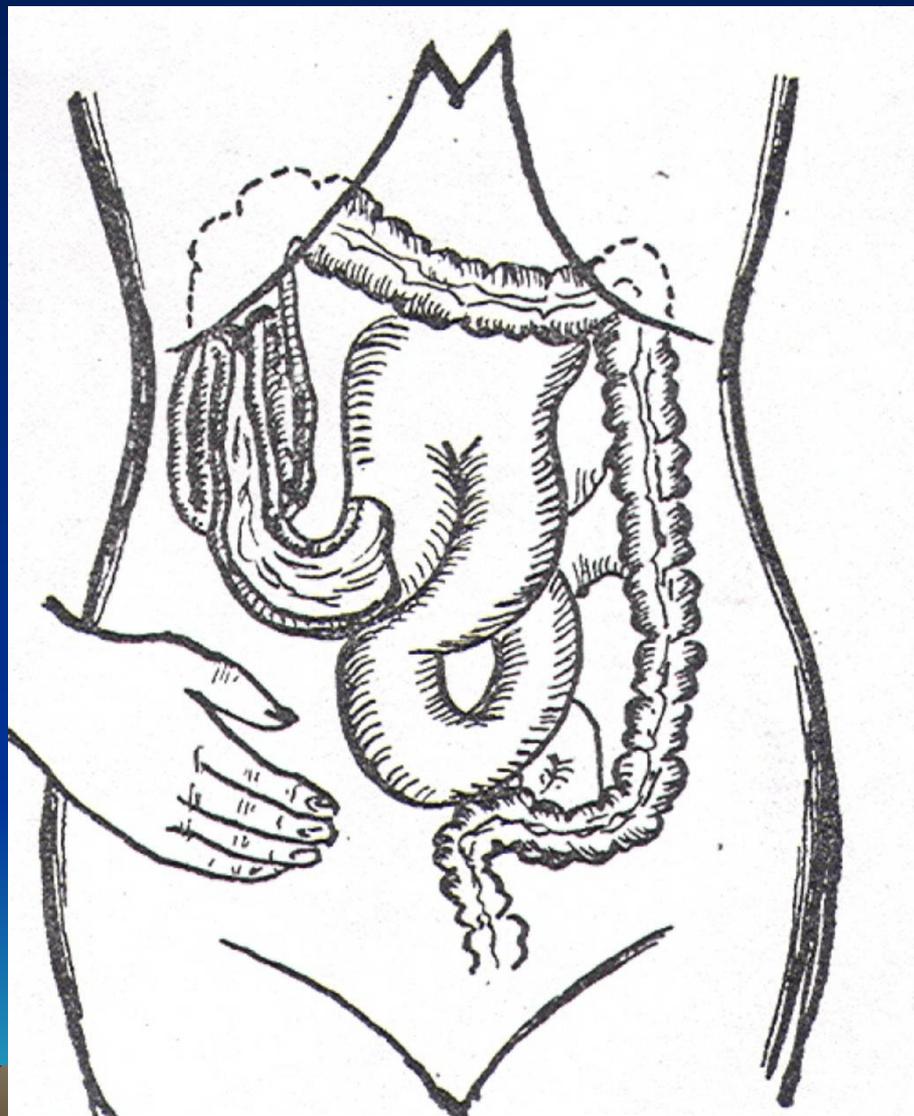
Шум плеска Склярова-Матье

- При легком сотрясении брюшной стенки можно услышать «шум плеска» – симптом Склярова. (перерастянутая петля кишки, переполненная жидкостью и газами) свидетельствует о запущенности заболевания и является показанием к операции



симптом Шимана-Данса

- При завороте сигмовидной кишки и инвагинации живот оказывается как бы перекошенным. При этом вздутие располагается в направлении от правого подреберья через пупок к левой подвздошной области (симптом Шимана-Данса).



Перкуссия живота при ОКН

- Ограниченные участки зон притупления, что соответствует местоположению петли кишки, наполненной жидкостью и непосредственно прилегающей к брюшной стенке. Эти участки притупления не меняют своего положения при поворотах больного, чем и отличаются от свободного выпота.
- Притупление перкуторного звука выявляется также над опухолью, воспалительным инфильтратом или инвагинатом кишки.

Аускультация живота

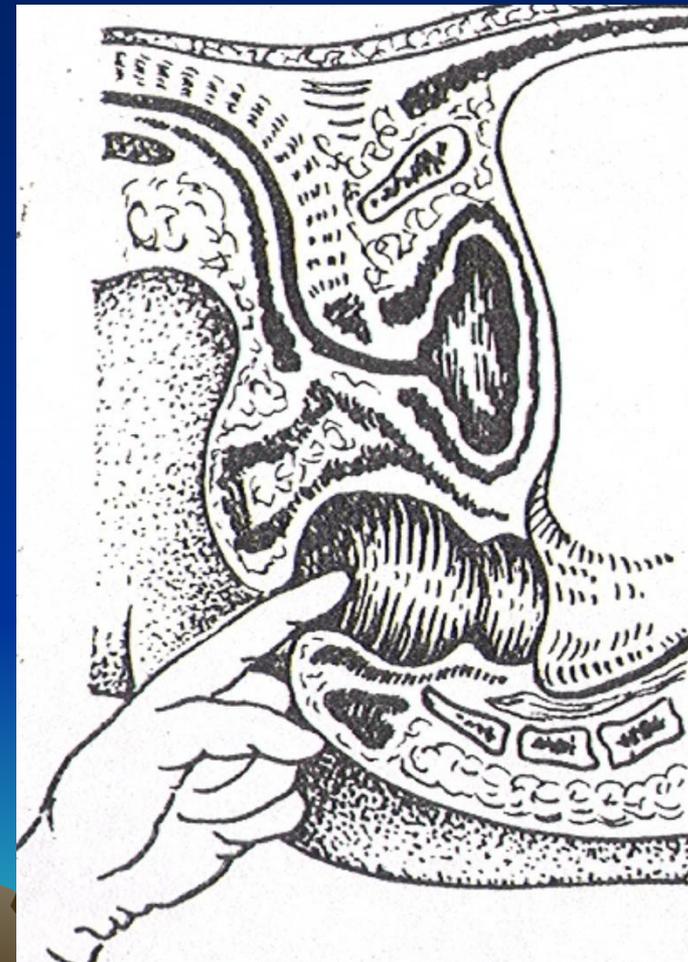
- В начальном периоде ОКН, когда перистальтика еще сохранена, прослушиваются многочисленные звонкие шумы, резонирующие в растянутых петлях. Иногда можно уловить «шум падающей капли» - симптом Спасокукоцкого-Вильмса. Перистальтику можно вызвать или усилить путем поколачивания брюшной стенки.
- При развитии пареза кишечника появляется «мертвая гробовая тишина», которая является зловещим признаком.
- В этот период при резком вздутии живота можно определить симптом Бейли – выслушивание дыхательных шумов и сердечных тонов, которые в норме через живот не прослушиваются.



Зияние сфинктера- симптом Гиршпрунга

Пустая раздутая ампула-симптом

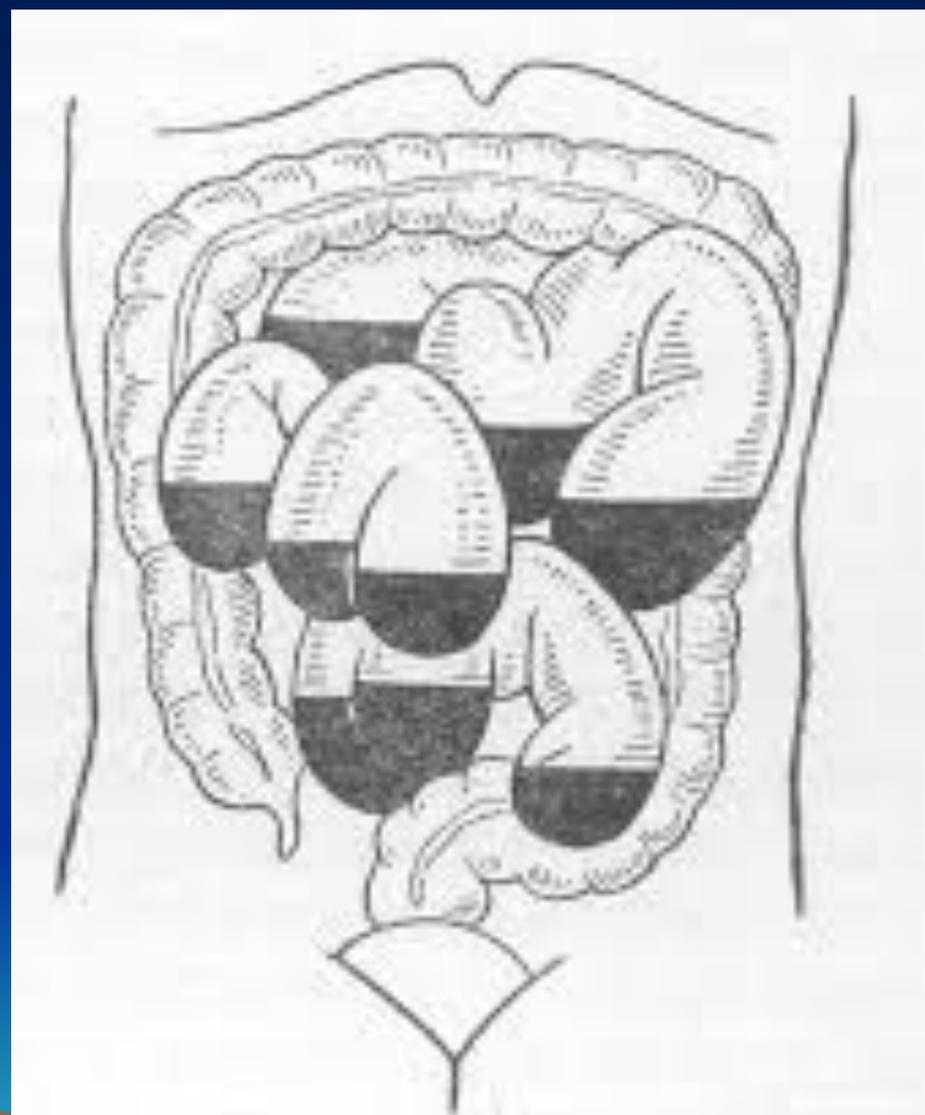
Обуховской больницы



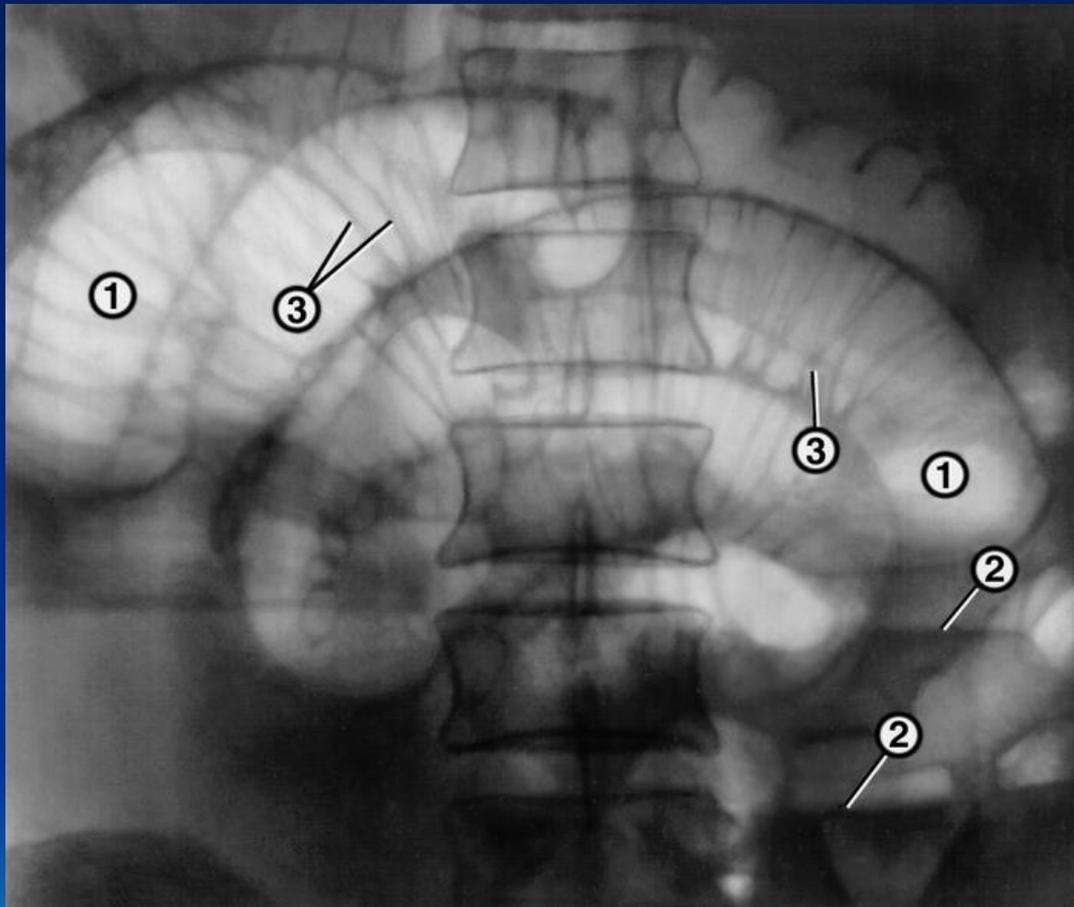
Рентгенологические признаки:

- **Чаша Клойбера** – горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним, что имеет вид перевернутой вверх дном чаши. При странгуляционной непроходимости могут проявляться уже через 1 час, а при обтурационной непроходимости - через 3-5 часов с момента заболевания. Количество чаш бывает различным, иногда они могут наслаиваться одна на другую в виде ступенчатой лестницы.
- **Симптом перистости** (поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой ОКН и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.
- Контрастное исследование ЖКТ применяется при затруднениях в диагностике ОКН. Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Задержка его до 4-6 часов и более дает основание заподозрить нарушение двигательной функции кишечника.

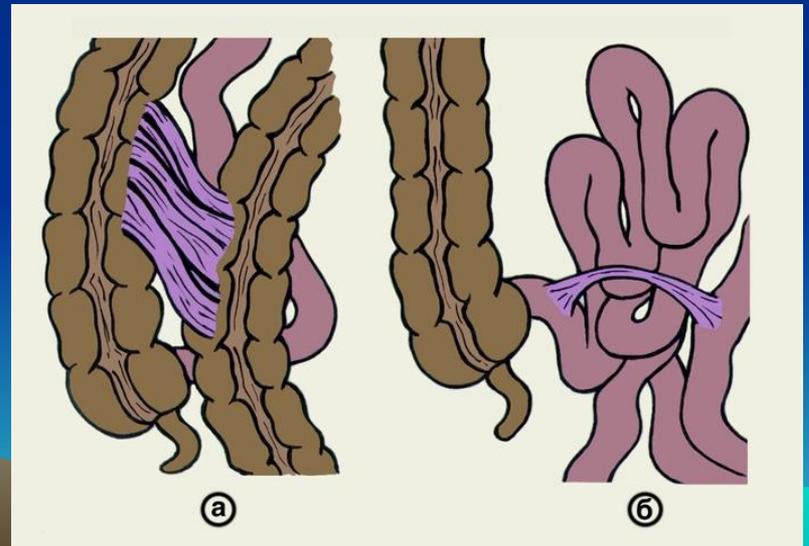
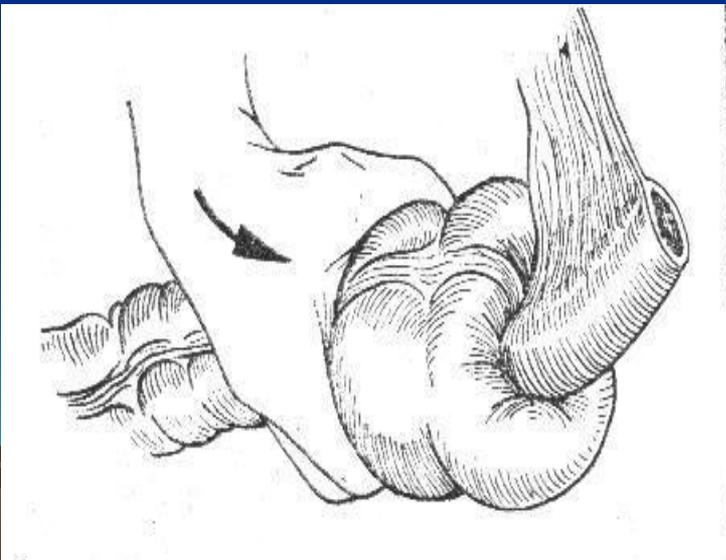
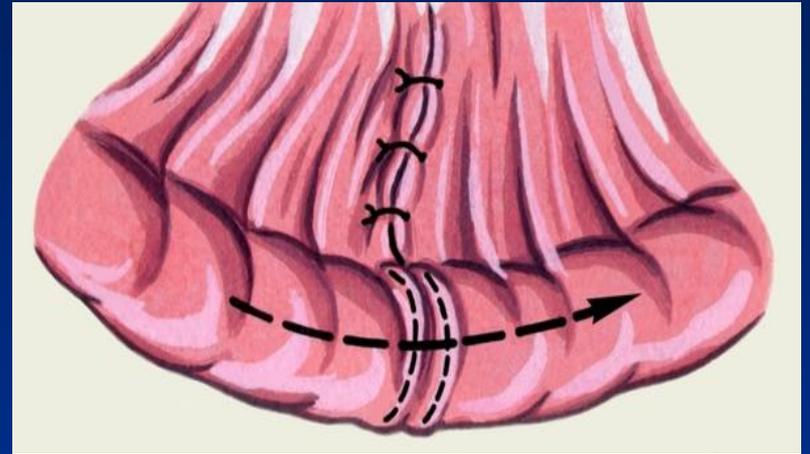
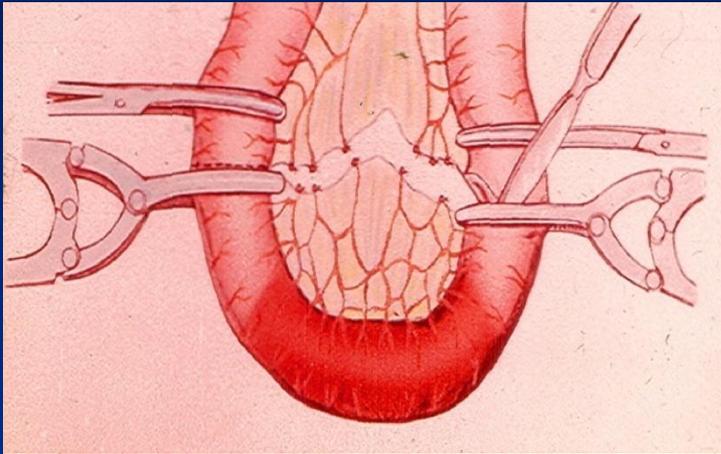
Чаши Клойбера



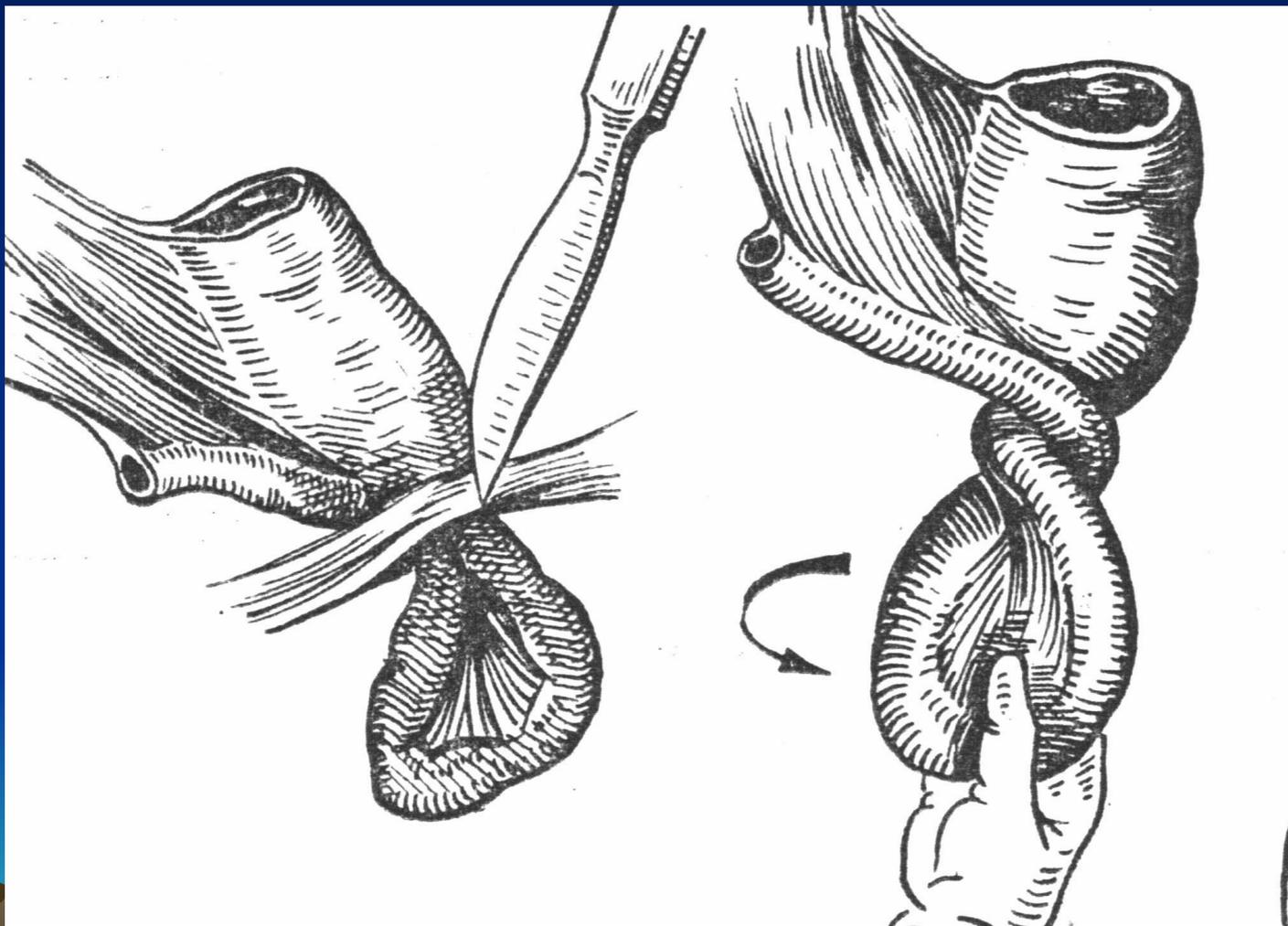
Перистость в виде пружин



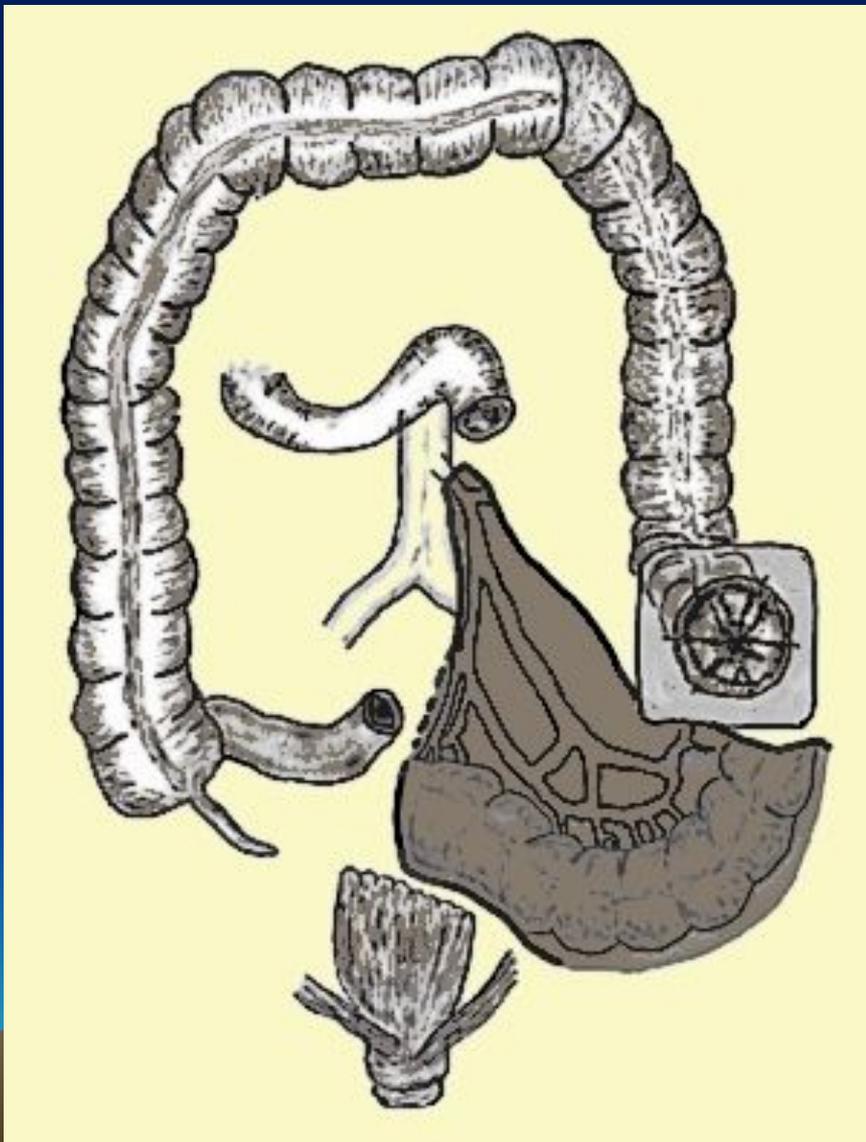
Оперативное лечение



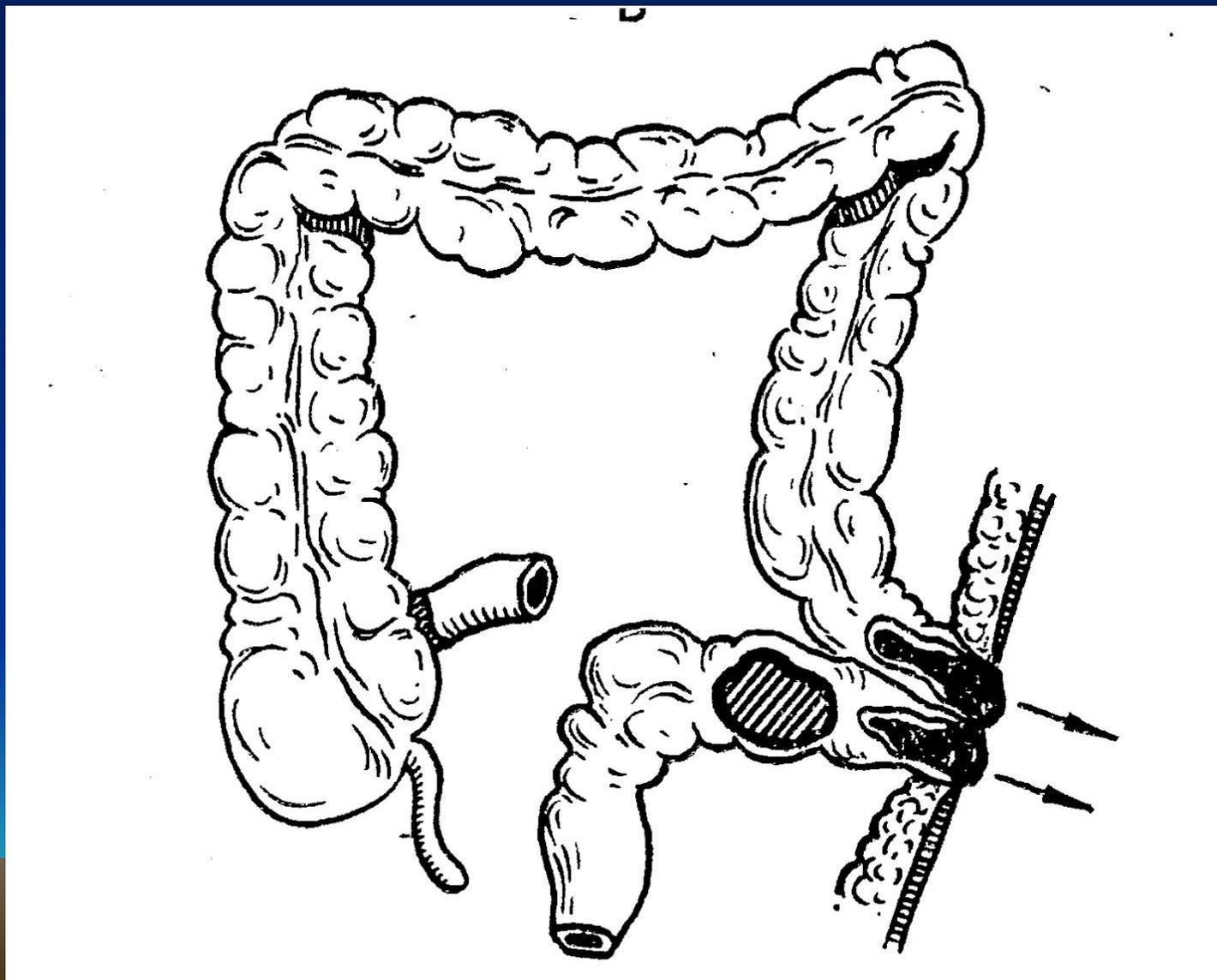
Виды операций-рассечение спаек, разворот кишки



Операция Гартмана



Колостомия при неоперабельном раке левой половины толстой кишки



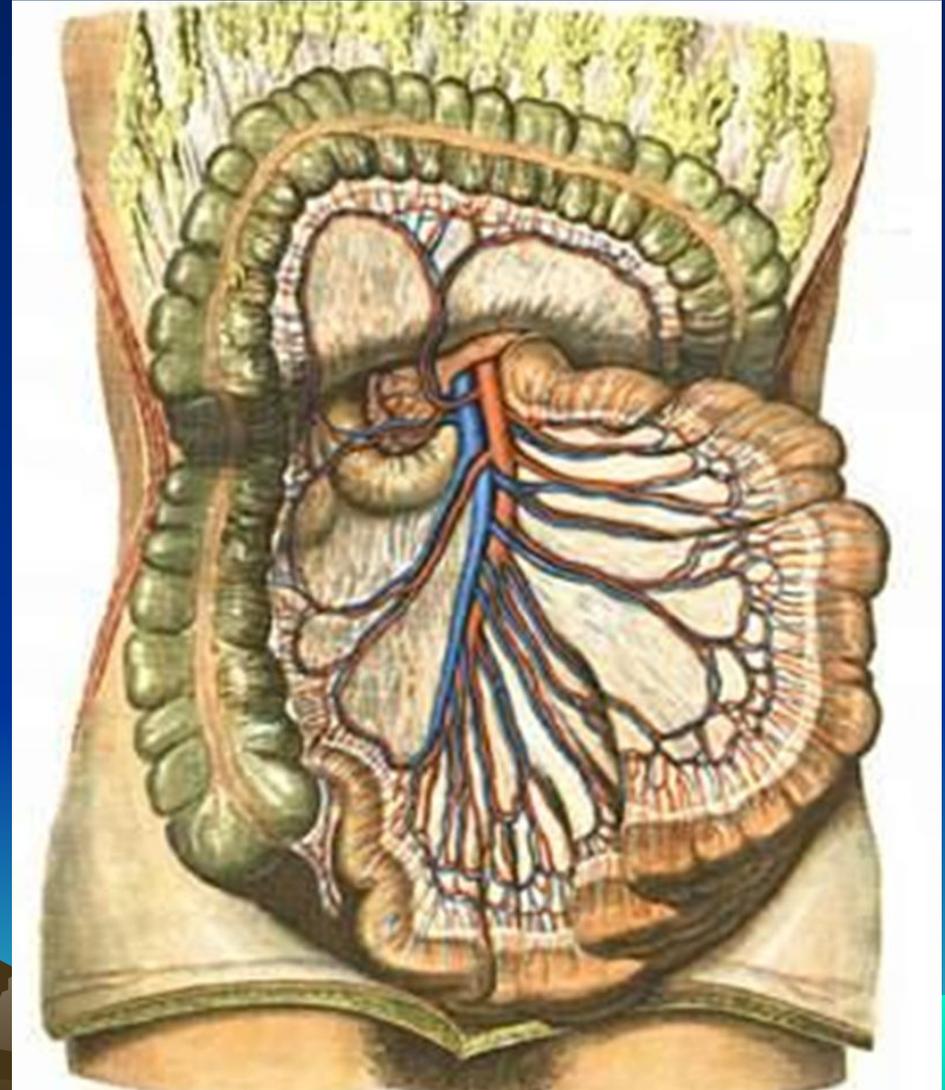
Неотложная помощь

- — внутривенное введение плазмозамещающих растворов;
- — введение спазмолитических средств (но-шпа (дротаверин) 2 мл, галидор — 2 мл внутримышечно);
- — экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

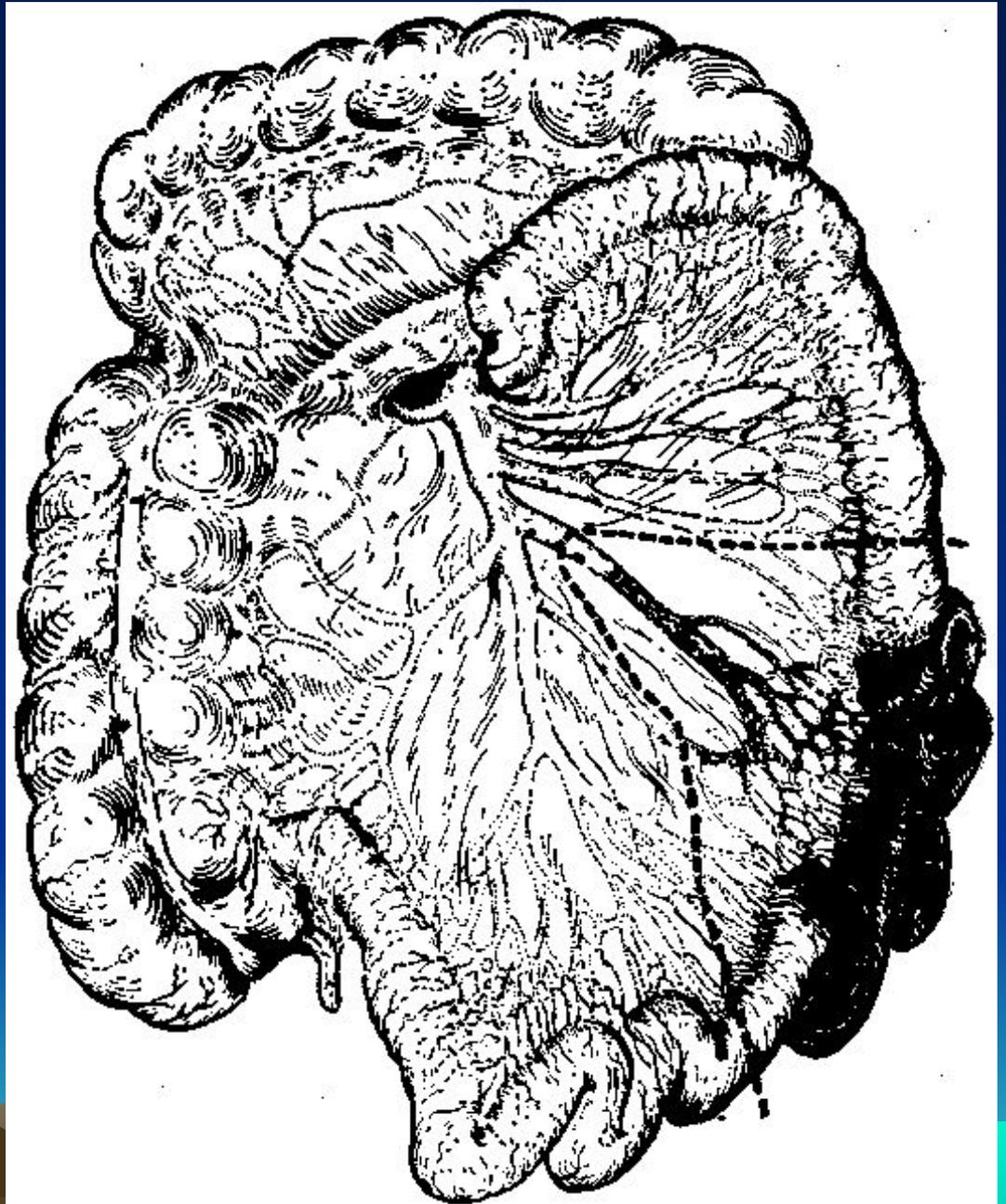


Тромбоз мезентериальных сосудов

- две непарные ветви брюшной аорты - верхняя и нижняя брыжеечная артерия



Величина ишемии
кишечника зависит от
локализации
обструкции сосудов



Причины

- заболевания сердца, приводящие к образованию тромбов - инфаркт миокарда, ревматические пороки, нарушения ритма, кардиосклероз, эндокардит.
- атеросклероз, при котором на стенках артерий образуются атеросклеротические бляшки. При отрыве этих бляшек возможна эмболия мезентериальных артерий.
- Тромбоз мезентериальных вен возникает при портальной гипертензии, наличии гнойных процессов в брюшной полости (пилефлебит), сепсисе, травмах, сдавлении сосудов новообразованиями.

Верхняя брыжеечная артерия

- Она отходит от передней полуокружности аорты, выше устьев почечных артерий. Острый угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты делает ее своеобразной «ловушкой» для эмболов,



Нижняя брыжеечная артерия

- отходит от переднелевой поверхности аорты на 3-5 см выше ее бифуркации . Она имеет мощные коллатеральные связи: с верхнебрыжеечной артерией через Риоланову дугу, с подвздошными артериями - через прямокишечные сосуды, поэтому редко некроз толстой кишки.
- Кровоснабжает левую половину ободочной кишки

Классификация острых нарушений мезентериального кровообращения

- Неоокклюзионные

1. С неполной окклюзией артерий

2. Ангиоспастическая

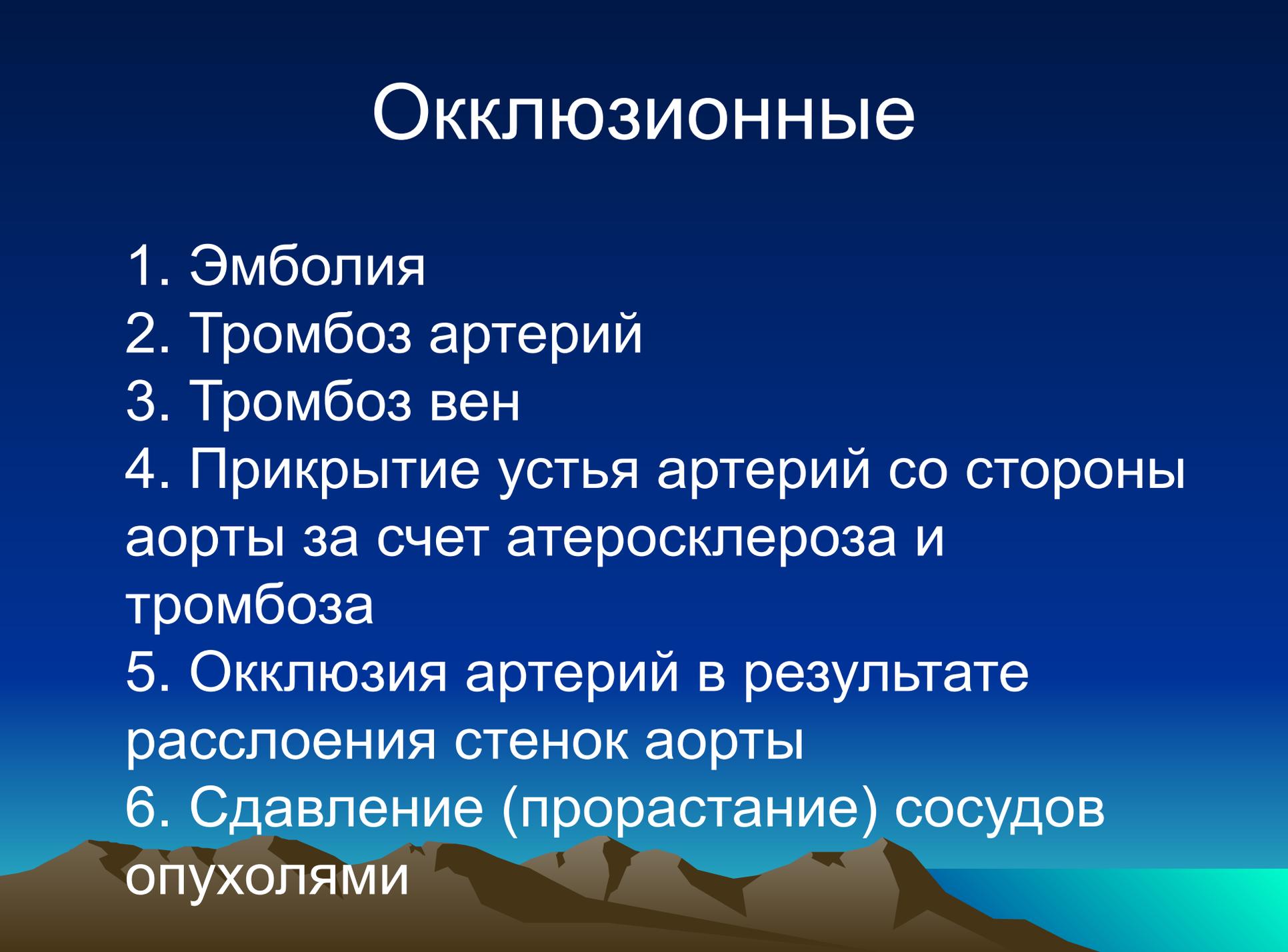
3. Связанная с централизацией гемодинамики

-

- Окклюзионные



Окклюзионные

1. Эмболия
 2. Тромбоз артерий
 3. Тромбоз вен
 4. Прикрытие устья артерий со стороны аорты за счет атеросклероза и тромбоза
 5. Окклюзия артерий в результате расслоения стенок аорты
 6. Сдавление (прораствание) сосудов опухолями
- 

Стадии болезни

1. Ишемия (геморрагического пропитывания при венозном тромбозе)
2. Инфаркт кишечника
3. Перитонит



Стадия ишемии- 6-8 часов

- Крайне интенсивные боли в животе в эпигастрии или по всему животу— как при странгуляционном завороте кишечника.
- Характерно отсутствие эффекта от применения наркотиков.
- Некоторый обезболивающий эффект может наступить после введения спазмолитиков.
- чрезвычайно беспокойное поведение больных. Вследствие нестерпимых болей они кричат, не находят себе места, подтягивают ноги к животу, принимают коленно-локтевое положение

Стадия ишемии- 6-8 часов

- При осмотре обращает на себя внимание резкая бледность кожных покровов с нарушениями микроциркуляции
- У больных с декомпенсированными пороками сердца усиливается их цианоз.
- Окклюзия ствола верхней брыжеечной артерии вызывает повышение артериального давления на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова).
- Пульс бывает замедленным.
- Язык остается влажным,
- живот – участвует в дыхании , мягкий и совершенно безболезненный даже при глубокой пальпации.
- Число лейкоцитов повышается до $10-12 \times 10^9/\text{л}$.



Ишемия

- Рвота желудочным содержимым неоднократная , затем с примесью крови
- Сохраняется перистальтика, в ответ на ишемию кишечная трубка отвечает спастическим сокращением.
- Происходит опорожнение сначала толстой, а затем и тонкой кишки («ишемическое опорожнение кишечника»)
- Иногда понос



Стадия инфаркта через 6-8 часов продолжается 12-24 часа

- боли несколько уменьшаются вследствие некротических изменений в стенке кишки и гибели болевых рецепторов.
- Поведение больных становится более спокойным.
- Появляется легкая эйфория, проявляющаяся в неадекватном поведении больных, обусловленная интоксикацией.
- Артериальное давление нормализуется, пульс же, наоборот, учащается.
- Число лейкоцитов повышается до $20-40 \times 10^9/\text{л}$.

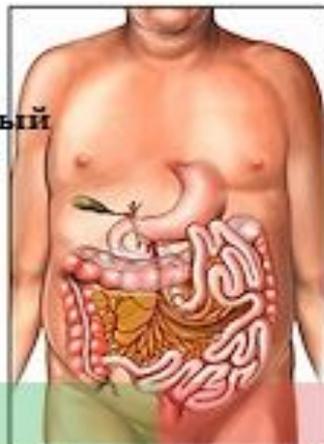
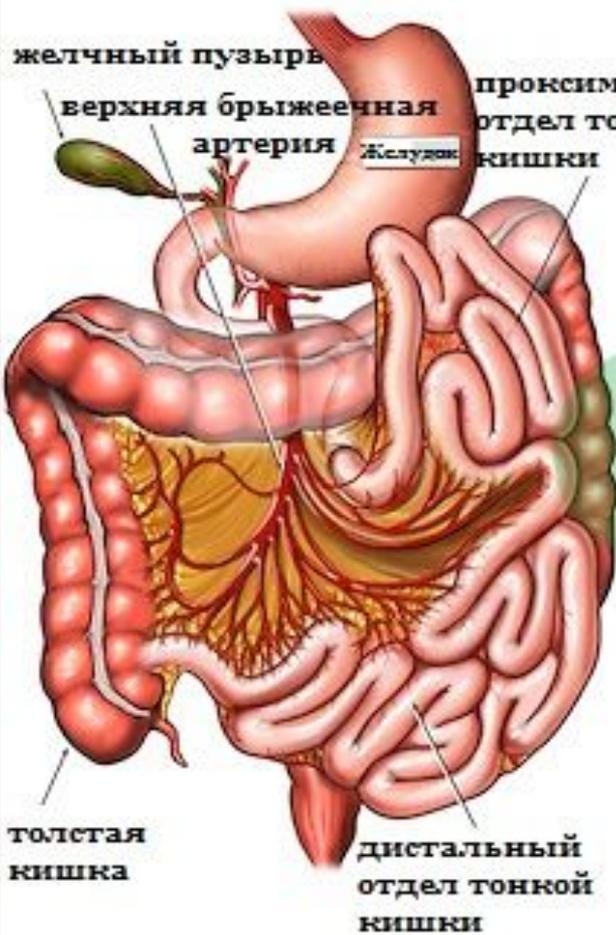


Инфаркт кишечника

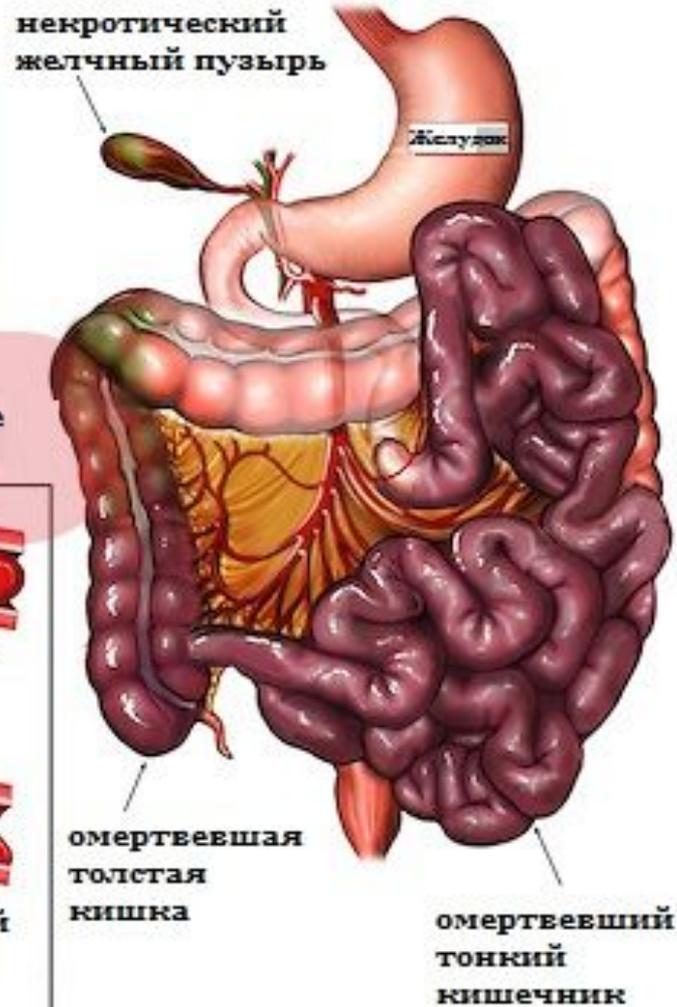
- Рвота неоднократная с примесью крови
- При инфаркте кишечника в отличие от кишечной непроходимости сохраняется эвакуаторная функция кишечника.
- появление крови в кале в виде малинового желе (при ректальном исследовании при отсутствии стула)



нормальное состояние



атеросклеротические закупорки



Стадия перитонита- через 18-36 часов

- боли усиливаются при перемене положения тела, кашле, пальпации, что связано с развитием воспалительных изменений в брюшной полости.
- Состояние больных резко ухудшается в связи с выраженным эндотоксикозом, обезвоживанием, нарушениями электролитного баланса, развитием метаболического ацидоза.
- Больные становятся адинамичными, у некоторых появляется бред.

Стадия перитонита

- Выделения из прямой кишки по виду напоминают малиновое желе.
- Задержка стула и газов .
Равномерное вздутие живота
- Отсутствиие перистальтики-симптом «гробовой тишины» , над животом выслушиваются сердечные тоны.
- Болезненность живота определяется уже при поверхностной пальпации, она сочетается с мышечным напряжением и симптомом Щеткина- Блюмберга .



Перфоративная язва желудка и 12 перстной кишки

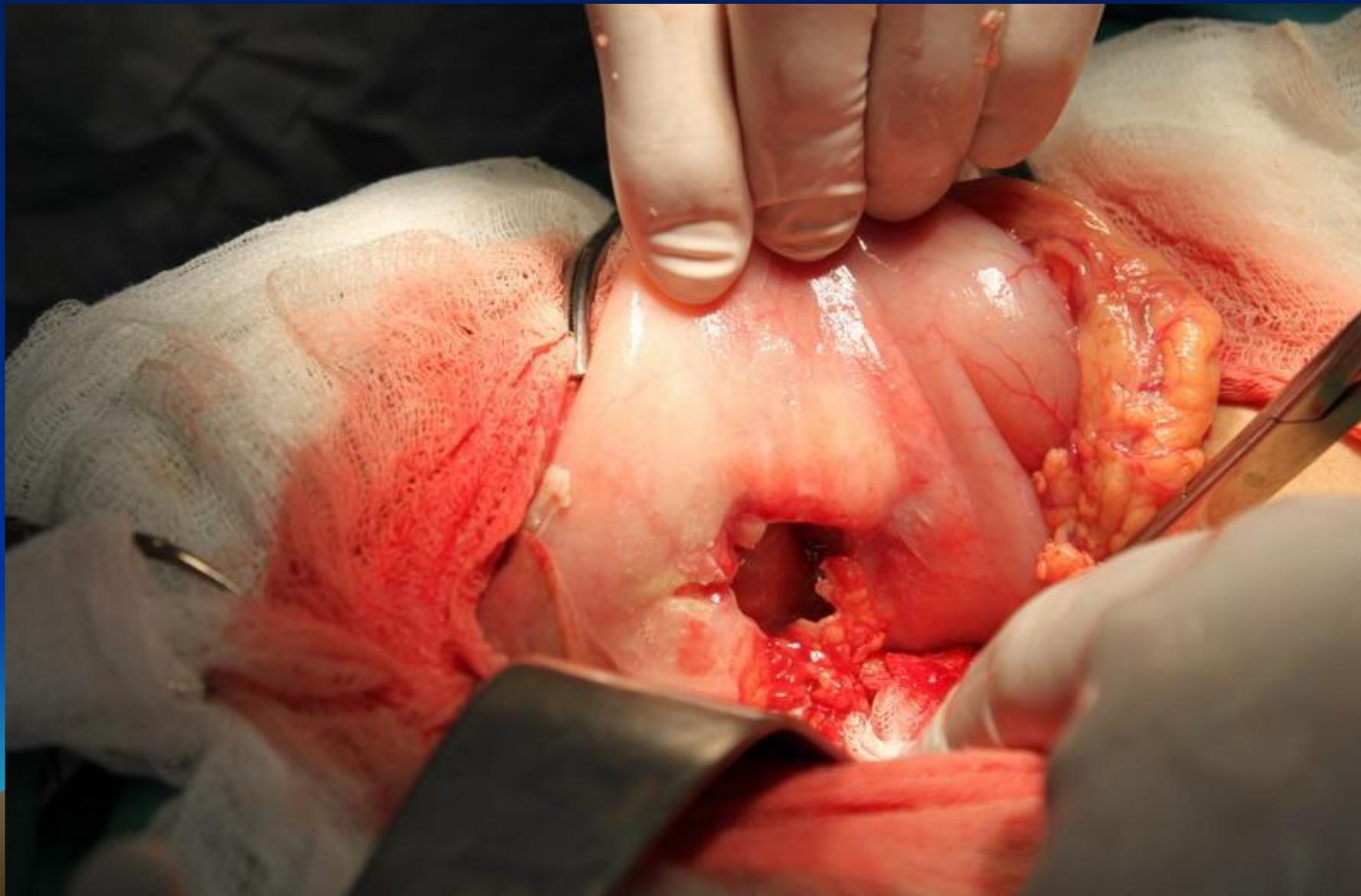


Виды перфорации

- Типичная — в свободную брюшную полость
- Атипичная —
 - прикрытая,
 - в сальниковую сумку,
 - в забрюшинную клетчатку.



Типичная перфорация в свободную брюшную полость



Клинические симптомы

- **Грекова.** Замедление пульса в первые часы после прободения язвы.
- **Дъелафуа.** Острая кинжальная боль в животе.
- **Кларка.** Исчезновение «печеночной тупости» при перкуссии.
- **Мондора триада.** Острая кинжальная боль в животе, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, язвенный анамнез.
- **Френикус-симптом .** Боль в животе, иррадиирующая в плечо или лопатку..
- **Винтера.** Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания.
- **Менделя.** Боль, возникающая при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке.
- **Стокса закон.** Распространенные воспалительные процессы в брюшной полости вызывают паралитическую кишечную непроходимость.
- **Щеткина — Блюмберга.** Усиление боли при резком отрывании пальцев руки, пальпирующей переднюю брюшную стенку.



Диагностика

Триада Мондора

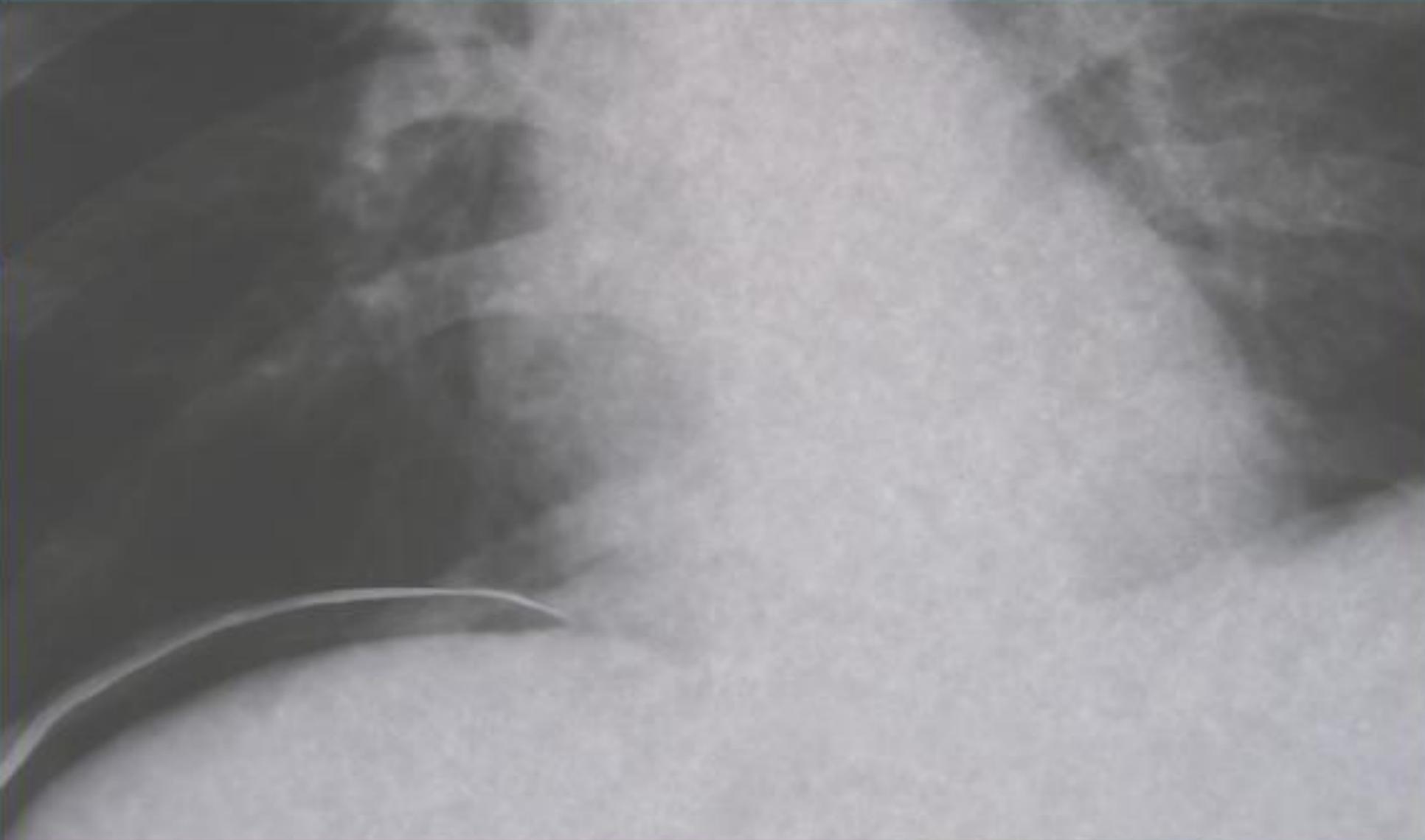
- Язвенный анамнез
- Кинжальная боль
- Напряжённый доскообразный живот



Исчезновение печёночной тупости-симптомом Кларка



Симптом «серпа»



3 стадии в течении прободной язвы

- Стадия шока
- Стадия мнимого благополучия
- Стадия перитонита



Стадия шока

- (первые 6 ч) - резкая боль в эпигастральной области, возникшая внезапно по типу “удара кинжалом”
- бледность кожных покровов с небольшим цианозом губ. Холодный пот. Дыхание поверхностное.
- Брадикардия, АД снижено.
- Температура тела нормальная.



Стадия шока

- (Живот в дыхании не участвует,
- втянут,
- пальпация и перкуссия живота сопровождаются резкой болью.
- При пальпации — выраженное напряжение мышц (живот “как доска”).
- Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.
- При перкуссии может отмечаться исчезновение печеночной тупости.



Стадия мнимого благополучия

- (через 6 -10 ч) уменьшение болей в животе, но нарастают симптомы перитонита и общей интоксикации:
- тахикардия,
- повышение температуры тела, сухость языка, вздутие живота, задержка стула и газов за счет пареза кишечника.
- Перкуторно — газ и наличие жидкости в верхних отделах и в отлогих местах живота, перистальтика вялая.
- Симптом Щеткина—Блюмберга положительный.

Стадия перитонита

- развивается через 10-12 ч от начала заболевания. Боли в животе усиливаются, беспокоит вздутие, не отхождение газов, температура тела повышается, нарастает тахикардия. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Перистальтические шумы либо ослаблены, либо отсутствуют.



Прикрытая перфорация

- Может начинаться также остро, с “кинжальной боли”, признаков коллапса, шока, с напряжения мышц передней брюшной стенки. Однако по мере “прикрытия” язвы краем правой доли печени или прядью большого сальника все эти признаки могут исчезать. Чаше наблюдается клиника вялотекущего перитонита.



Прободение в сальниковую сумку

- Прободение в сальниковую сумку не сопровождается “шоковой” реакцией, боли значительно меньшей интенсивности, чем при классической картине прободения. Зона наибольшей болезненности с возможным инфильтратом локализуется в эпи-, мезо-, гастральной области. Симптомы раздражения брюшины, как правило, не выражены.



Прободение в забрюшинное пространство

- При прободении в забрюшинное пространство быстро проявляются местные и общие признаки гнойного воспаления, в первые часы возможно появление локализованной подкожной эмфиземы в поясничной области справа.
- триада Лаффита - эмфизема, имбибиция желчью и кровью забрюшинного пространства в области нисходящего отдела 12-перстной кишки(на лапароскопии и лапаротомии) при перфорациях и повреждениях 12п кишки



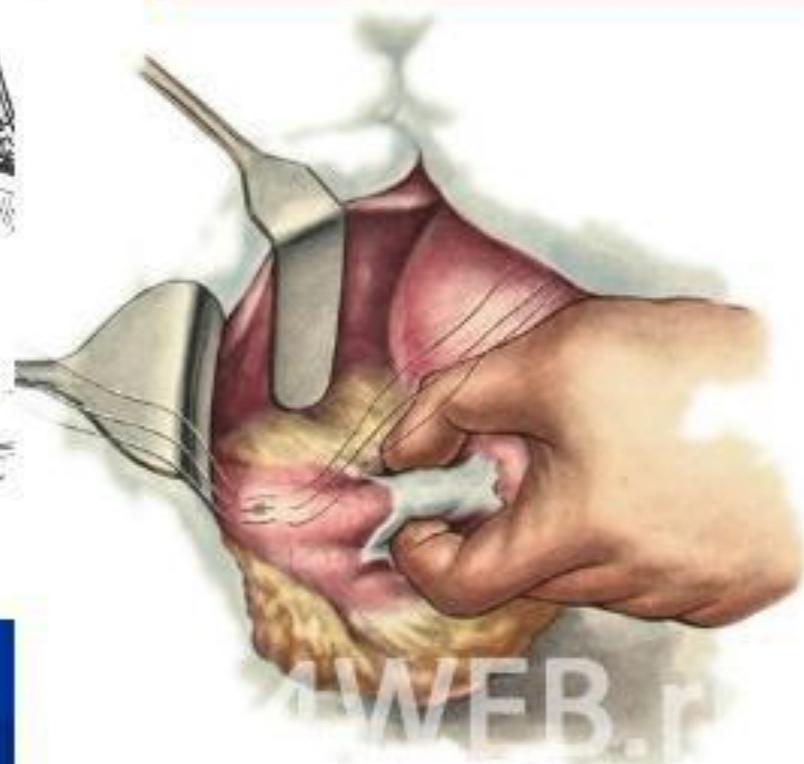
Неотложная помощь

- — больного уложить на носилки с поднятым головным концом и согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах;
- — холод на живот;
- — при явлениях шока — внутривенное введение полиглюкина, 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы;
- — экстренная госпитализация в хирургическое отделение.



Типичное ушивание, первый ряд

швов



4WEB.r

Типичное ушивание, второй ряд

ШВАР



4WEB.r

Желудочно-кишечные кровотоечения



Причины кровотечений

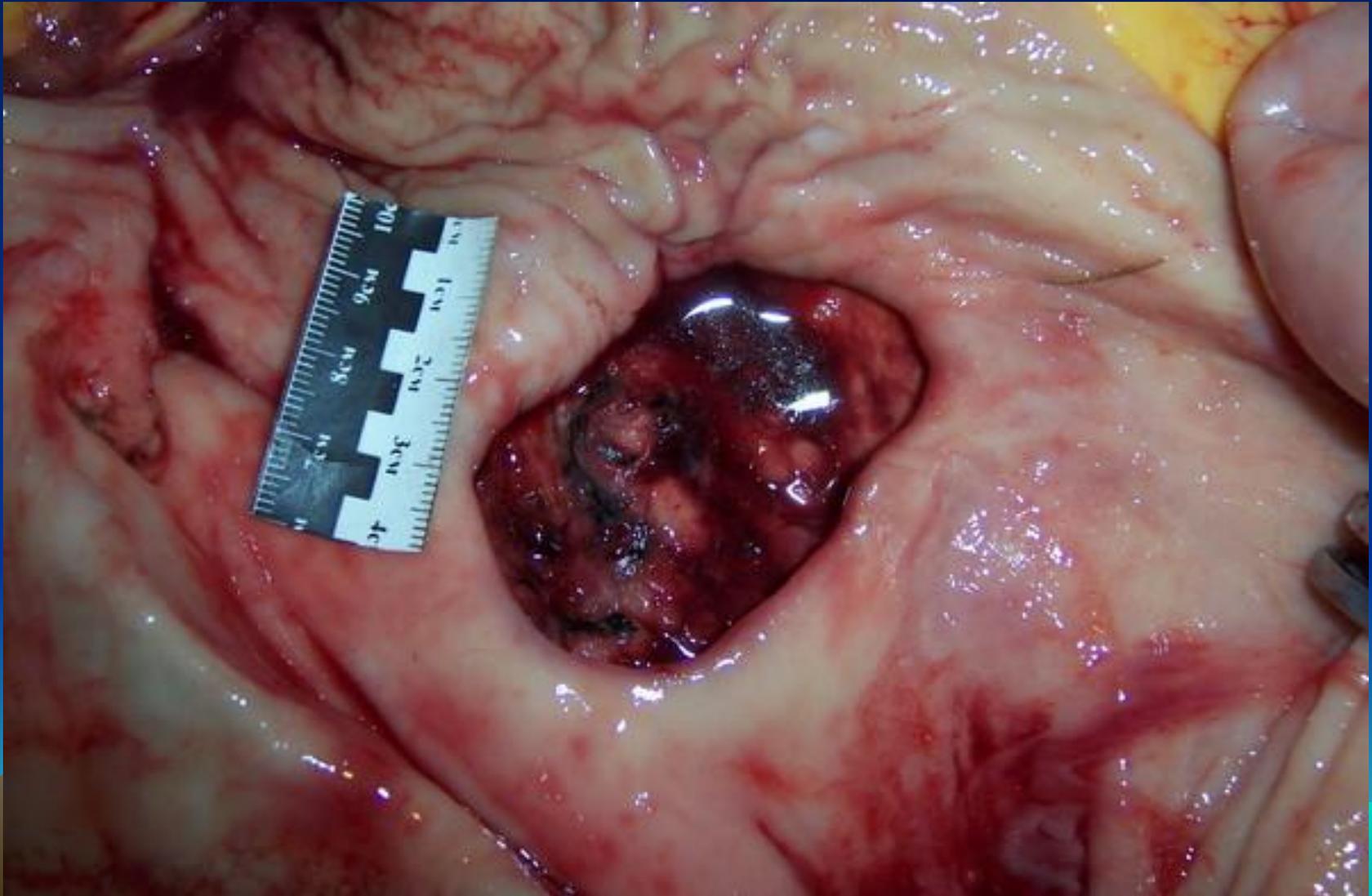
- Осложнение язвенной болезни
- Рак желудка
- Эрозивно-язвенный гастрит
- Цирроз печени
- Синдром Меллори -Вейса



Язвенные кровотечения

- выявление болевого и диспепсического синдрома в прошлом,
- обострение болей за несколько дней или недель до геморрагии,
- исчезновение их после появления кровотечения, употребления соды, обезболивающих и спазмолитических препаратов.
- У них наблюдается не только исчезновение болей, но и отсутствие болезненности при ощупывании живота.

Хроническая язва желудка, осложнённая кровотечением



Опухолевые кровотечения

- “желудочный” анамнез,
- тупые боли и тяжесть в эпигастральной области,
- снижение аппетита,
- похудание, нарушение сна, слабость, утомляемость.
- болезненность в эпигастрии,
- иногда прощупывается новообразование,
- бугристая печень,
- выявляется асцит.

Типичным для кровоточащих опухолей высокой локализации (пищевод, желудок), являются рвота кровью или цвета кофейной гущи, боль за грудиной, дисфагия.



Кровотечение при циррозе печени

- Кровотечения из *варикозно-расширенных вен пищевода и желудка* при циррозе печени характеризуются острым началом, обильной кровавой рвотой “полным ртом” или “фонтаном”.
- Желтуха склер и кожи
- Увеличение печени
- Голова Медузы
- Асцит



Патологические выделения из прямой кишки

- “Кровавый” стул (типа “кровавое желе”) при геморрагиях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта указывает обычно на массивное, угрожающее жизни кровотечение (индекс Альговера приближается к 2). Наблюдаются потеря сознания и коллапс.
- Дегтеобразный жидкий стул указывает на профузное кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта с тяжелой степенью кровопотери.
- Для заболеваний *подвздошной и толстой кишки* характерно выделение при дефекации малоизмененной крови, смешанной с каловыми массами. Ректальные геморрагии характеризуются выделением алой крови.

Скрытый период

Скрытый период начинается с поступления крови в просвет пищеварительного тракта, при этом появляются:

- слабость,
- головокружение,
- шум и звон в голове,
- тошнота,
- потливость
- обмороки.

Ректальное исследование обязательно у всех больных с подозрением на кровотечение, в частности, у больных с так называемым “постобморочным состоянием”.



Явный период профузной геморрагии

- Кровавая рвота (Кофейной гущей) или мелена
- Затем общие признаки кровопотери
- головокружение,
- общая слабость,
- холодный пот,
- бледность кожных покровов и слизистых оболочек,
- падение артериального давления,
- тахикардия.

В диагнозе обязательно указывается степень тяжести кровопотери.

Степени шока

- три степени :
- – 1-я степень — **компенсация** легкая кровопотеря: общее состояние удовлетвори-
- тельное, умеренная тахикардия (до 100 ударов в минуту), АД в норме,
- ЦВД — 5–15 см вод.ст., диурез не снижен, гемоглобин не ниже 100 г/л,
- дефицит ОЦК до 20% от должного, метаболического ацидоза нет;
- – 2-я степень — **средняя кровопотеря: декомпенсированная обратимая** общее состояние средней тяжести, пульс до 120 ударов в
- минуту, систолическое АД не ниже 80 мм
- рт.ст., ЦВД — не меньше 5 см вод.ст., умеренная олигурия, гемоглобин от
- 100 до 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%, компенсированный метаболи-
- ческий ацидоз;
- – 3-я степень — **тяжелая кровопотеря: кровопотеря: декомпенсированная необратимая** состояние тяжелое, пульс
- больше 120 ударов в минуту, АД ниже 80 мм рт.ст., ЦВД — 0, олигурия,
- гемоглобин меньше 80 г/л, дефицит ОЦК 30% и более, метаболический
- и дыхательный ацидоз.

ШОКОВЫЙ индекс Альговера

- (соотношение ЧСС и систолического АД).
- При отсутствии дефицита ОЦК шоковый индекс равен 0,5.
- Если индекс Альговера находится в пределах 0,7–1, то кровопотеря не превышает 20% ОЦК (потеря 500 мл крови ориентировочно означает уменьшение ОЦК на 10%); если равен 1, то кровопотеря составляет около 20% ОЦК;
- если варьирует от 1 до 1,5, то кровопотеря составляет около 20–30% ОЦК;
- если превышает 1,5, то кровопотеря составляет более 30–40% ОЦК.



- Для обеспечения внутривенного доступа при начальном восстановлении ОЦК необходимо применять иглы крупного калибра (14–16G).
- Если периферический венозный доступ затруднен, может потребоваться
- катетеризация яремной, подключичной или бедренной вены



Неотложная помощь

- — строгий носилочный режим; при коллапсе — транспортировка в положении Тренделенбурга;
- — пузырь со льдом на живот;
- — запрещается прием пищи и воды;
- — инфузии плазмозамещающих препаратов вначале внутривенно струйно, затем — при АД больше 80 мм рт. ст. — капельно;
- — оксигенотерапия;
- — при критической гиповолемии 1 мл 1% раствора мезатона в 800 мл 5% глюкозы капельно на фоне достаточного восстановления ОЦК;
- — экстренная госпитализация в хирургическое отделение.



Лечение гипотензии и восстановление ОЦК при кровопотере

НАЦ Рук-во по СП ВерткинА.Л. 2012

- 1-2 ст кровопотери: медленного внутривенного введения изотонического раствора хлорида натрия.
- Пациентам с задержкой натрия (на фоне асцита или периферических отеков) следует вводить 5% раствор глюкозы
- При развитии тахикардии, артериальной гипотензии и постуральном падении АД (кровопотеря 2–3-й степени) внутривенно в течение 1 ч вводят 1 л любого из коллоидных растворов (реополиглюкин, рефортан), после чего скорость инфузии можно уменьшить вплоть до госпитализации пациента
- При наличии гиповолемического шока необходимо ввести допамин 15 мг на 1 кг веса больного каждые 2 ч или терлипессин 2 мг каждые 4 ч внутривенно.



Первая догоспитальная помощь больным с ЖКК на фоне цирроза печени

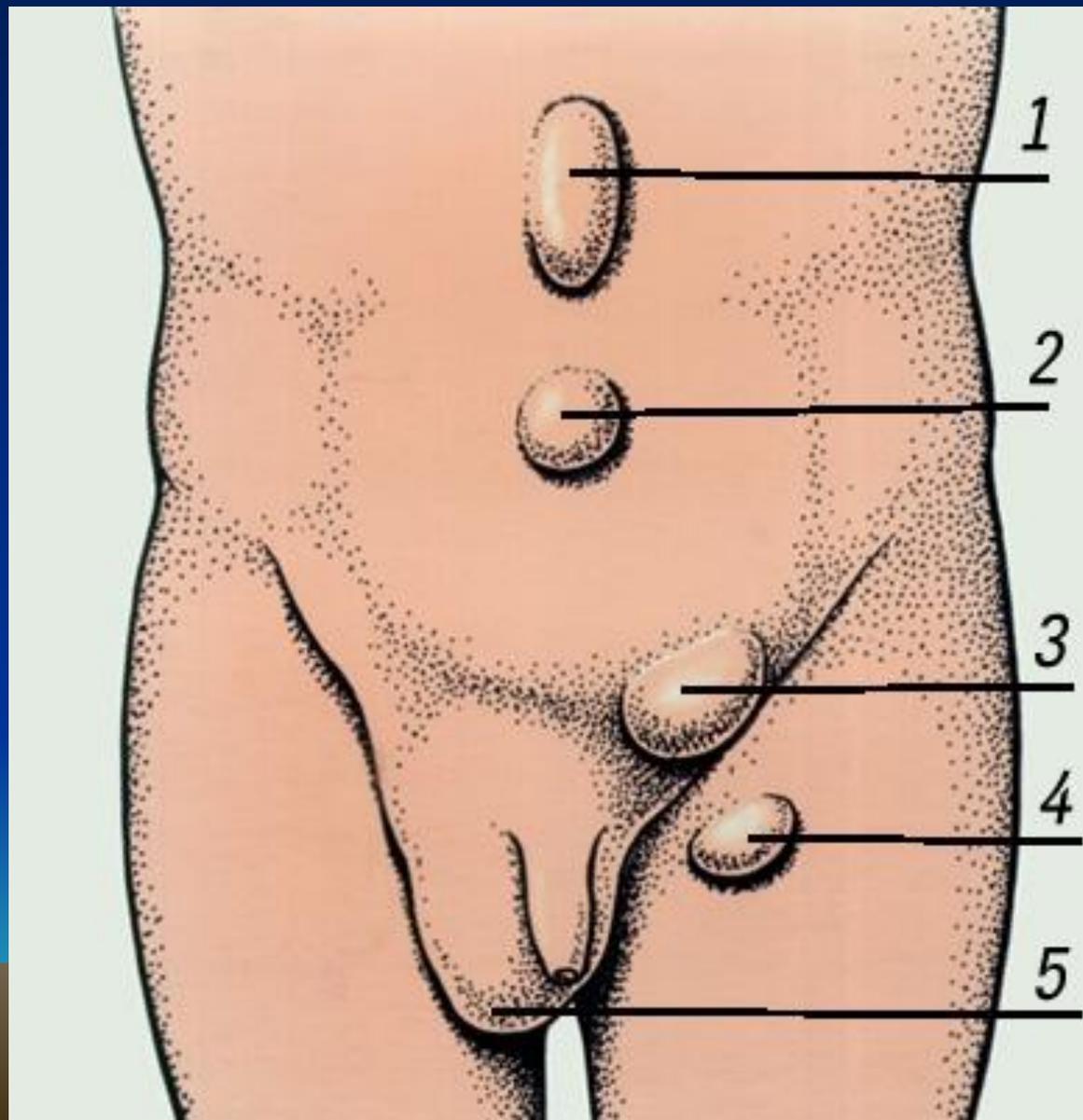
- Длительная (1–2 сут) тампонада вен баллонным зондом Блекмора и внутривенном введении 1% раствора нитроглицерина и вазопрессина. Для уменьшения объема кровопотери больным с варикозным кровотечением внутривенно капельно вводят октреотид (соматостатин) в дозе 25–50 мкг/ч.
- При проведении инфузионной терапии у больных с ЖКК на фоне цирроза печени
- 1) при инфузии кристаллоидных растворов вместо 0,9% раствора натрия хлорида вводят препараты, содержащие 5% глюкозу;
- 2) при инфузии кристаллоидных растворов на каждые 400 мл 5% раствора глюкозы внутривенно болюсно однократно вводят тиамин 100 мг;
- 3) внутривенно болюсно однократно вводят викасол 10 мг.



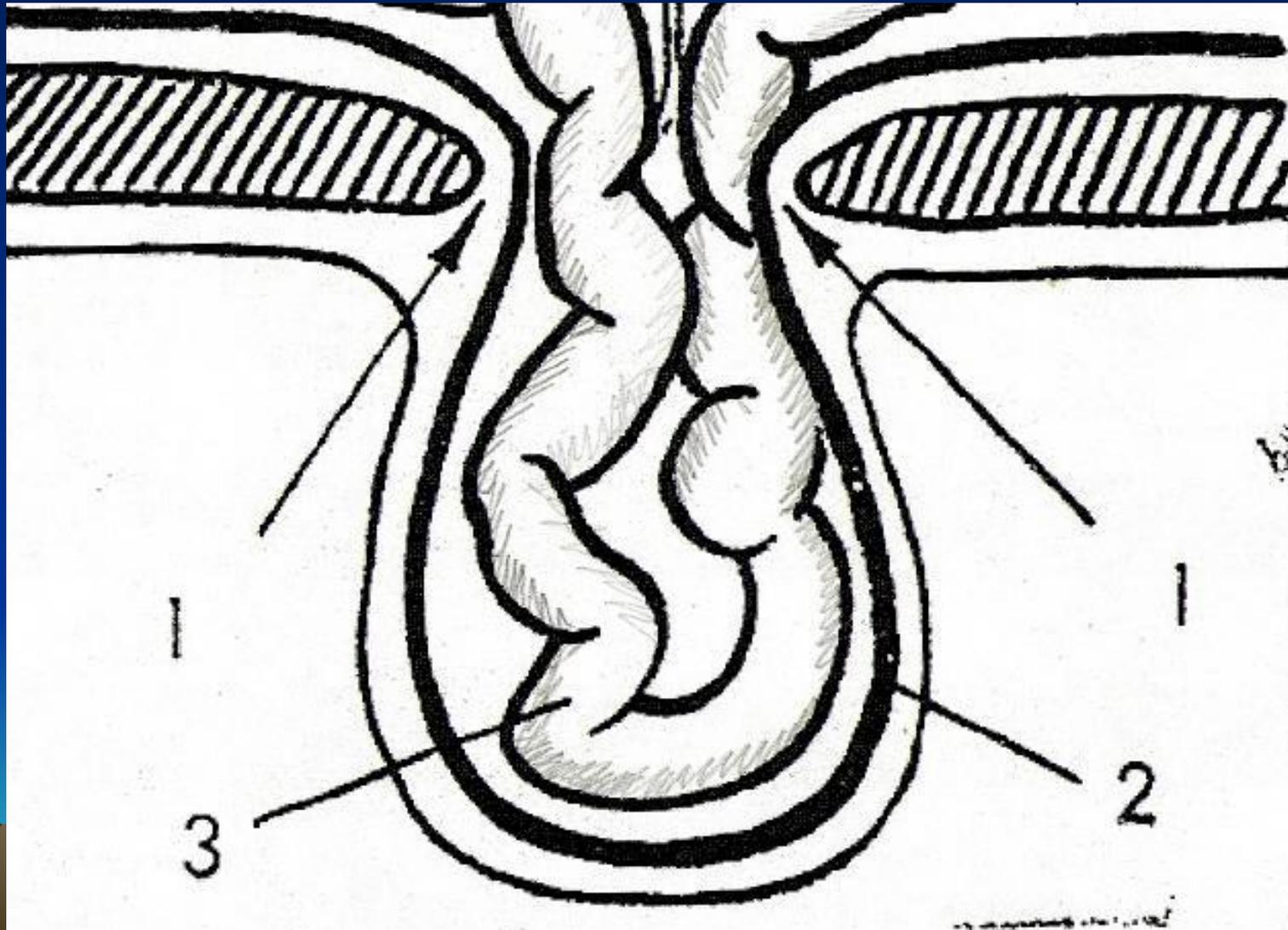
Ущемлённая грыжа



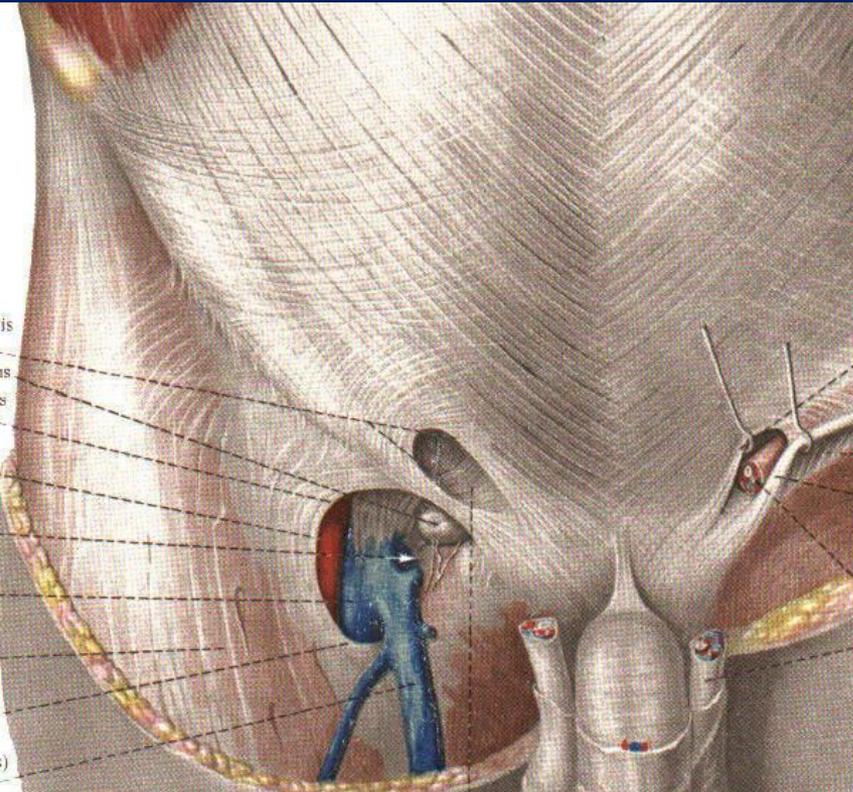
Типичная локализация грыж



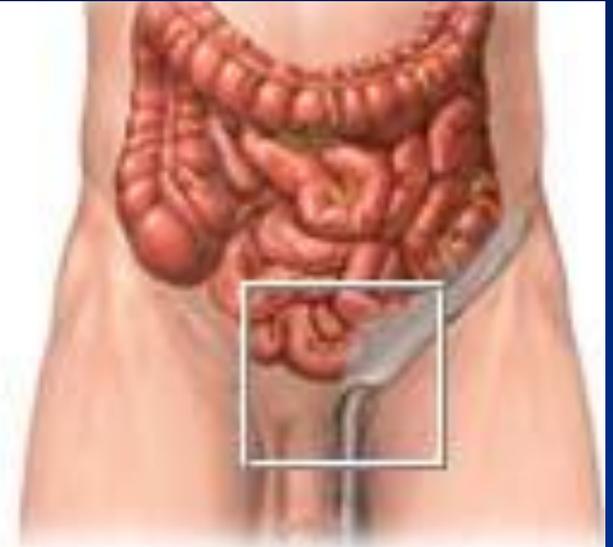
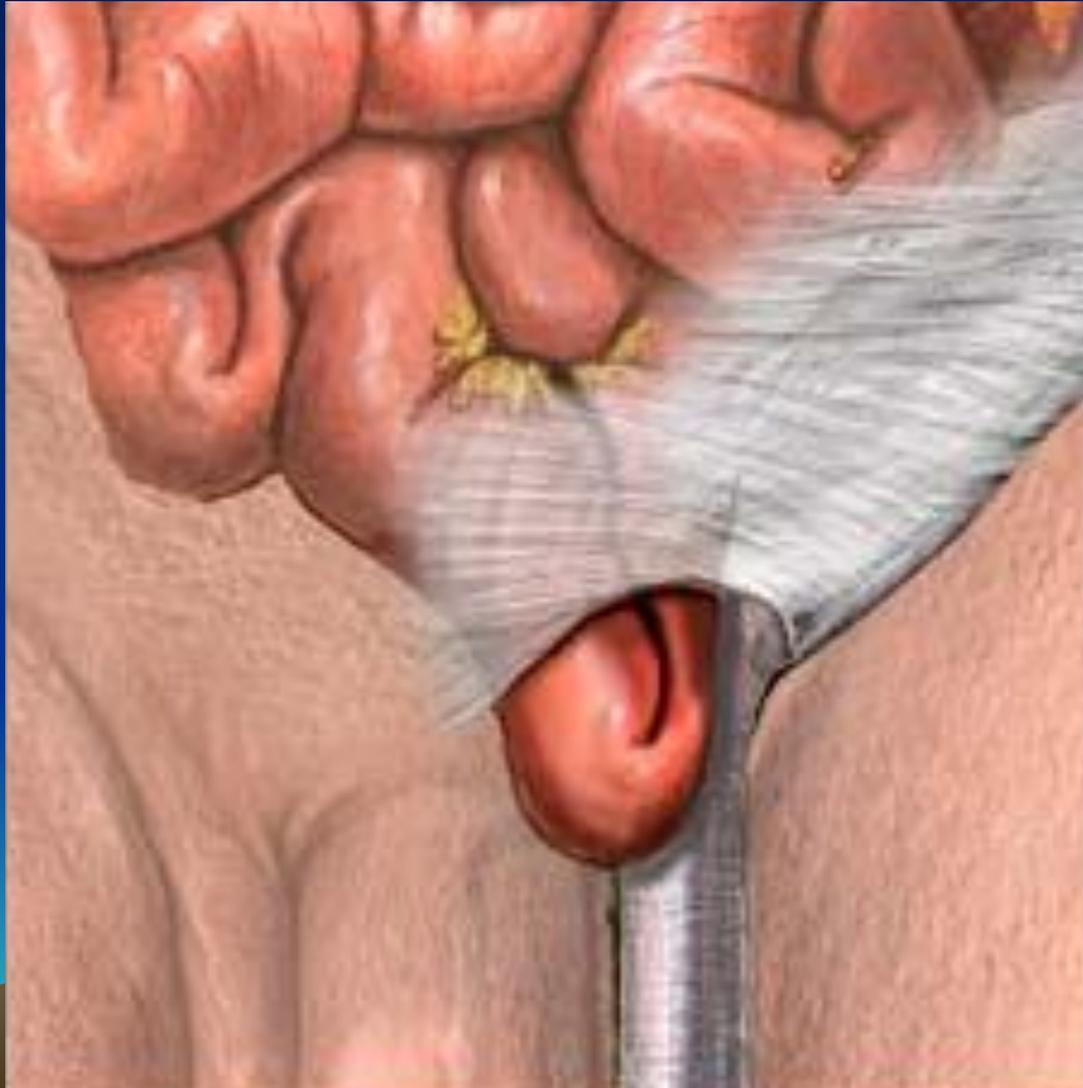
Элементы грыжи: грыжевые ворота,
грыжевой мешок, грыжевое содержимое



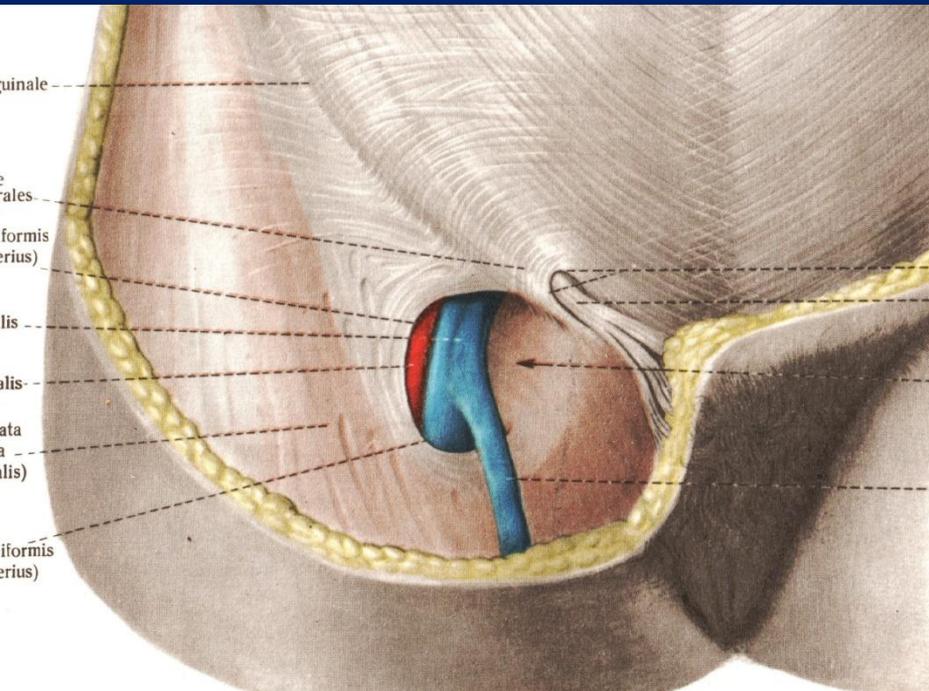
Паховая и пахово-мошоночная грыжа



Механизм возникновения грыжи



Бедренная грыжа



Пупочная грыжа



Классификация грыж

- Неосложнённая
 - свободно вправимая
 - невправимая
- Осложнённая
 - ущемлённая

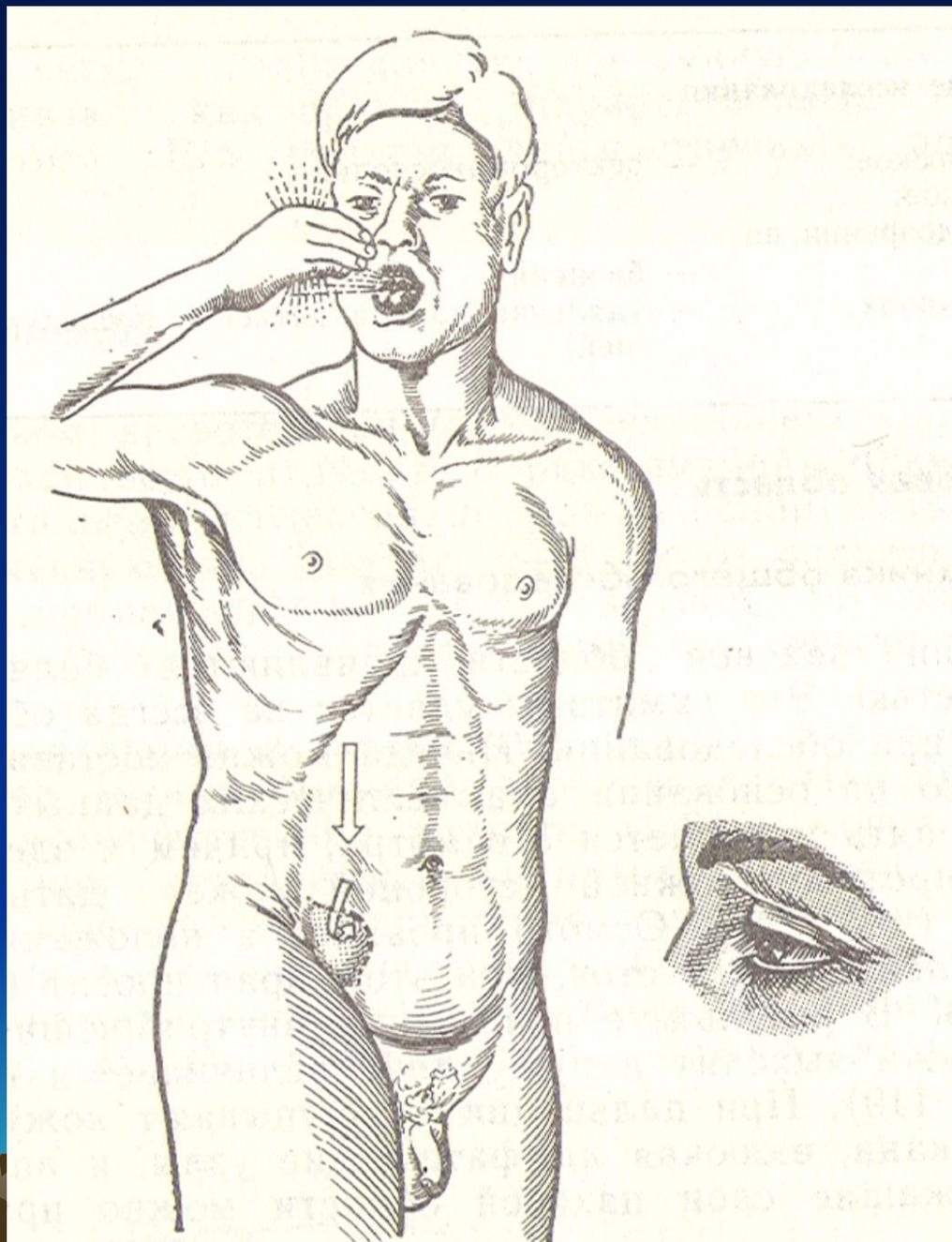


Свободная или вправимая

- выступающий при кашле или нагрузке орган свободно возвращается в брюшную полость,
- Лечение оперативное: в плановом порядке

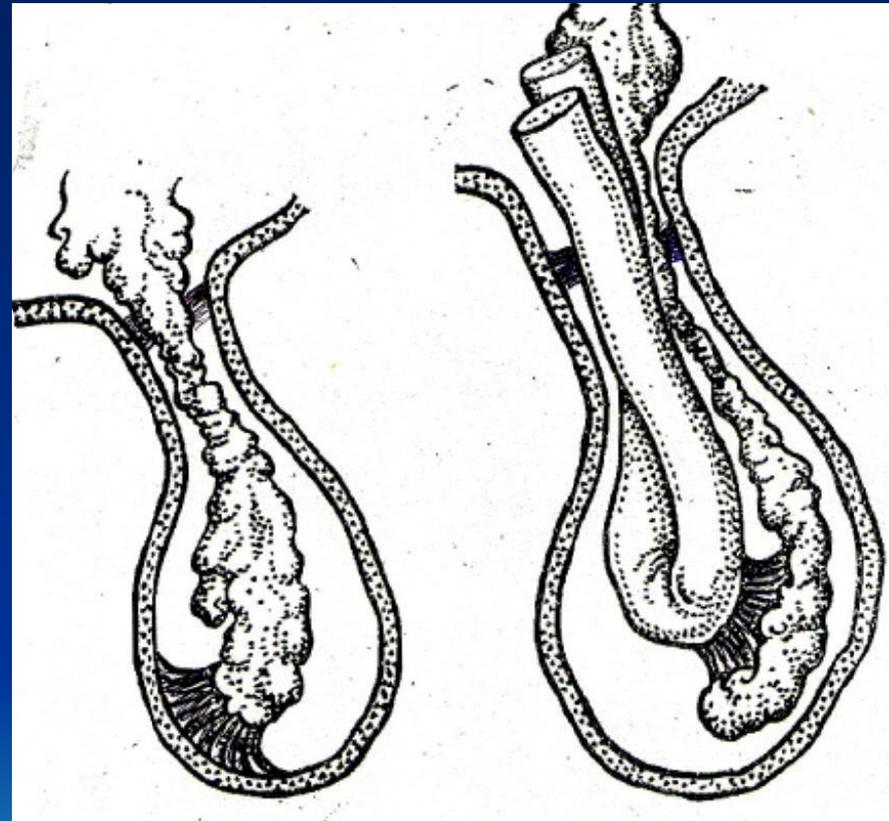


Симптом кашлевого толчка



Невправимая грыжа

- спайки между грыжевым мешком и грыжевым содержимым не дают вправить грыжу в брюшную полость.
- Иногда таких больных беспокоит тянущая боль в области грыжи
- Невправимыми чаще являются послеоперационные и пупочные грыжи
- Кровообращение не страдает

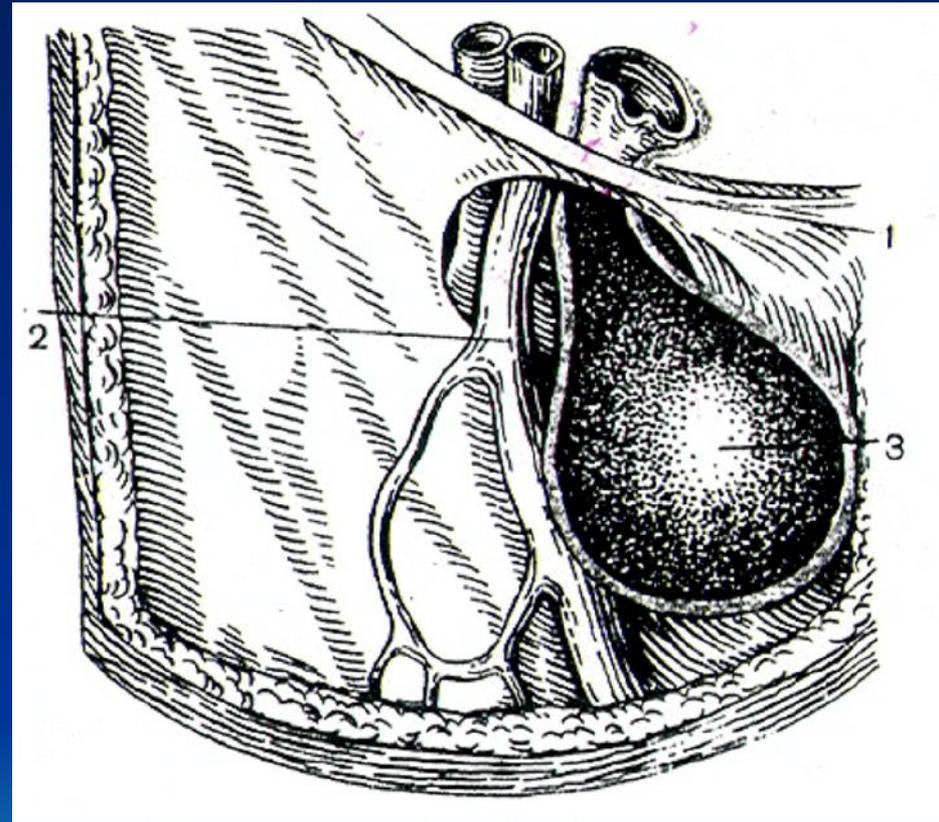


Невправимая пупочная грыжа



УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

- (*h. incarcerated*) - сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах или грыжевом мешке, сопровождаемое нарушением кровоснабжения и иннервации.



Ущемлённая пахово-мошоночная грыжа



Ущемлённая послеоперационная грыжа



Ущемлённая пупочная грыжа



КЛИНИКА:

1. Местные симптомы

- -боль в месте в месте ранее существующей грыжи при развитии ущемления, иррадирует в солнечное сплетение, около пупка, в подложечной области;
- -невправимость грыжи (произвольно и насильственно);
- -пальпаторная болезненность;
- -увеличение в объёме, уплотнение грыжевого выпячивания
- отсутствие передачи ощущения кашлевого толчка на грыжевое выпячивание.



КЛИНИКА:

Общие симптомы

- -явление кишечной непроходимости (илеус);
- -воспалительный синдром (лейкоцитоз, нейтрофилёз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- -изменения со стороны ССС и дыхания учащение P_s синдром интоксикации за счёт явлений воспаления и некроза, изменения АД.

Диагноз ставится на основании местных и общих симптомов.

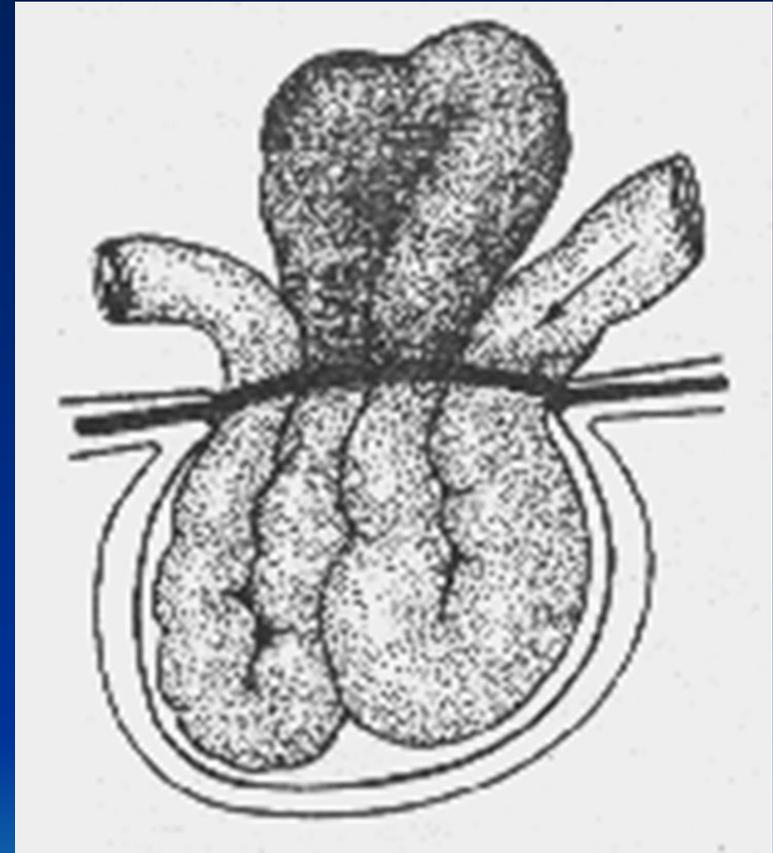
Неотложная помощь

- — экстренная госпитализация в хирургическое отделение, транспортировка на носилках;
- — категорически запрещается попытка вправить грыжу, применять анальгетики, спазмолитики, слабительные, клизмы, ванну, тепло;
- — госпитализация показана также, если к моменту осмотра ущемленная грыжа вправилась.
- Больные с невправимой грыжей и болевым синдромом также должны госпитализироваться в стационар по экстренной помощи.

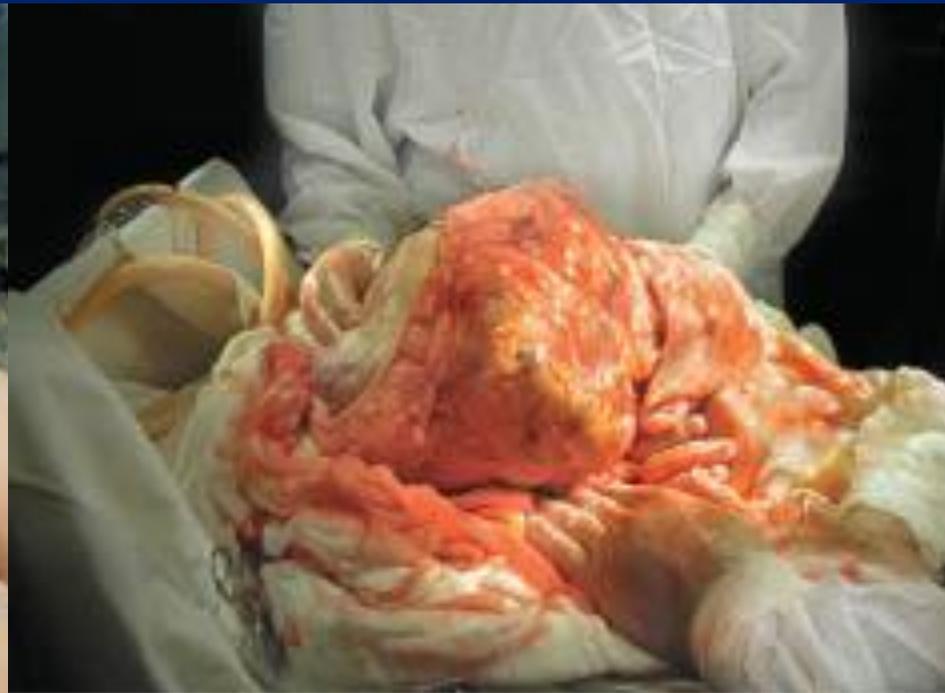
Ущемлённая паховая грыжа с некрозом тонкой кишки



УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА-ретроградное ущемление



Ущемлённая пупочная грыжа: этапы операции



Ущемлённая пупочная грыжа с некрозом тонкой кишки: этапы операции



Ущемлённая пупочная грыжа с некрозом тонкой кишки: этапы операции



ТРАВМА ЖИВОТА

Повреждения органов живота разделяются

- ✓ на закрытые
- ✓ открытые



При ДТП преобладают закрытые повреждения

Повреждение паренхиматозных органов

Сопровождается кровотечением в брюшную полость (разрывы печени, селезенки)

Признаки:

- ✓ Нарастающая бледность кожных покровов
- ✓ Влажные, холодные кожные покровы
- ✓ Частый пульс
- ✓ Частое дыхание
- ✓ Угнетение сознания



Острая задержка мочи

Дротаверин	мг	40мг
Кеторолак	мг	30 мг
Метамизол натрия	мг	500 мг

- Катетеризация мочевого пузыря

Почечная колика

Дротаверин	мг	40
Кеторолак	мг	30
Трамадол	мг	50
Метамизол натрия+ Питофенон+Фенпиве риния бромид	мл	5

Первая помощь

- ✓ **Придать функционально выгодное положение**

(уменьшающее внутригрудное и внутрибрюшное давление)

При отсутствии признаков шока допускается положение на боку

- ✓ **При выраженной бледности кожи**
поднять ноги на 30 - 40 см

- ✓ **При наличии раны**
наложить поддерживающую повязку

- ✓ **При закрытом повреждении**
приложить холод на область живота



Pt4WEB.ru

ЗАПРЕЩАЕТСЯ

- ✓ Поить, даже при сильной жажде
- ✓ Обезболивать таблетками, алкоголем
- ✓ При выпадении в рану внутренних органов:
 - вправлять их в полость живота
 - прикладывать холод
 - накладывать давящие повязки
- ✓ При наличии инородного тела в ране
 - зафиксировать инородное тело



Признаки проникающего (открытого) повреждения живота

- ✓ Наличие раны в области живота
- ✓ Выпадение в рану органов живота,
- ✓ Истечение в рану кишечного содержимого
- ✓ В сочетании с признаками закрытого повреждения живота



РЕДКИЕ ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖИВОТА



СИНДРОМ MALLORY-WEISS

- трещины слизисто-подслизистой оболочки пищевода и желудка с кровотечением после интенсивной рецидивирующей рвоты. Описан в 1929 г.
- 5-10% всех гастродуоденальных кровотечений.



СИНДРОМ MALLORY-WEISS

- Этиологические факторы: массивный прием алкоголя, тупая травма живота, тяжелый кашель, эпилептический приступ, астматоидное состояние, хронический гастрит, цирроз печени, инфаркт миокарда.
сосудов с кровотечением;



СИНДРОМ MALLORY-WEISS

Патогенез. При нарушении координации рвотного рефлекса после повторных рвотных движений возникает удар содержимым желудка в нерасслабленный пищевод и сокращенную диафрагму. При этом внутрижелудочное давление достигает 200 мм рт. ст., в то время как для разрыва достаточно 120-150 мм рт. ст. Три степени разрывов (H.Bellmann et al., 1973): 1) до слизистой (спонтанное заживление); 2) до подслизистой (разрывы сосудов с кровотечением; 3) всех слоев желудка (перитонит).



СИНДРОМ MALLORY-WEISS

- Клиника: Возникновение кровавой рвоты на фоне упорной рвоты.
Лечение: Консервативное: купирование рвоты, ежечасовое введение антацидов, гемотрансфузии.
Хирургическое:
 - эндоскопический гемостаз (феракрил, электро-лазеро-коагуляция,
 - трансабдоминальное ушивание разрывов.(лапаротомия, гастротомия, гастрорафия)

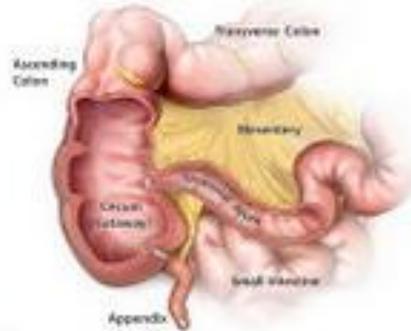
ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ИЛЕИТ - ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ (БОЛЕЗНЬ КРОНА)

- В 1932 г Crohn, Ginsburg et Oppenheimer-неспецифическое гранулематозное воспаление ограниченных участков кишки (охватываются все слои) с некротизацией, изъязвлением и склерозированием. Просвет пораженного участка кишки сужен. В утолщенной брыжейке увеличиваются лимфоузлы. Может локализоваться в любом отрезке от глотки до анального отверстия.



Crohn's Disease

Normal Gastrointestinal Tract (GI)



GI Tract Affected by Crohn's Disease

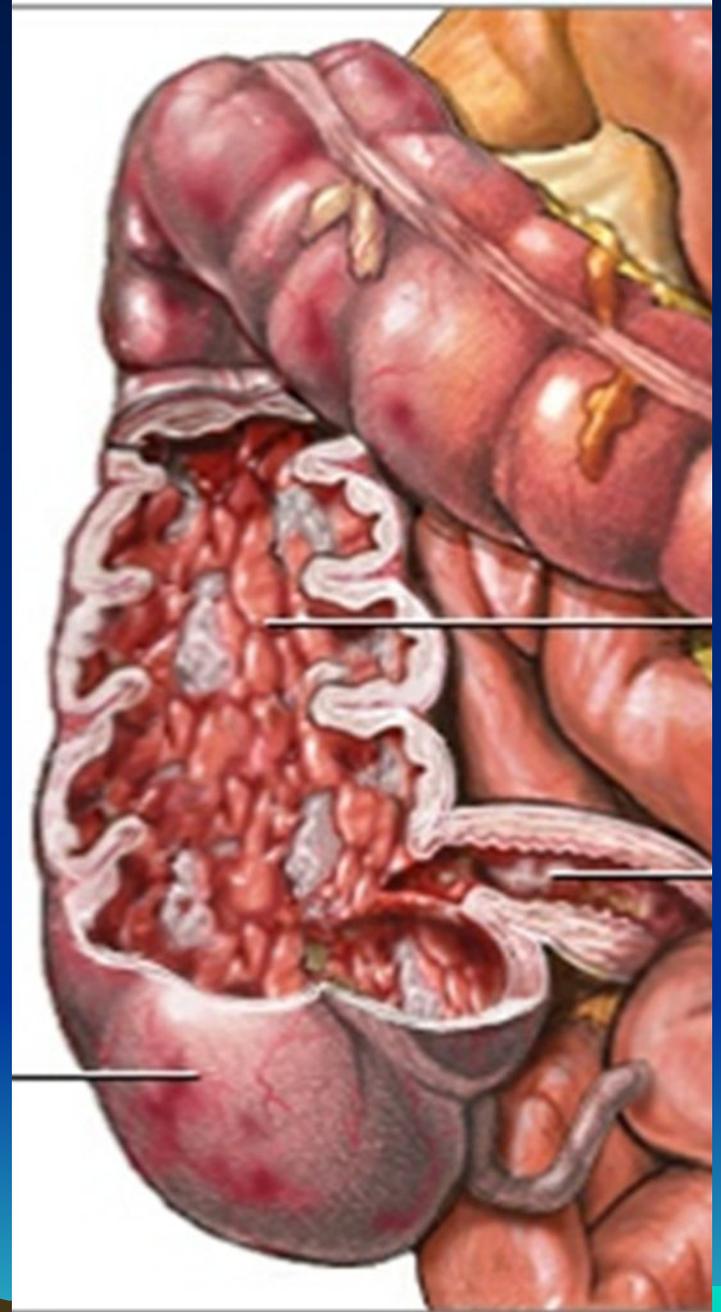
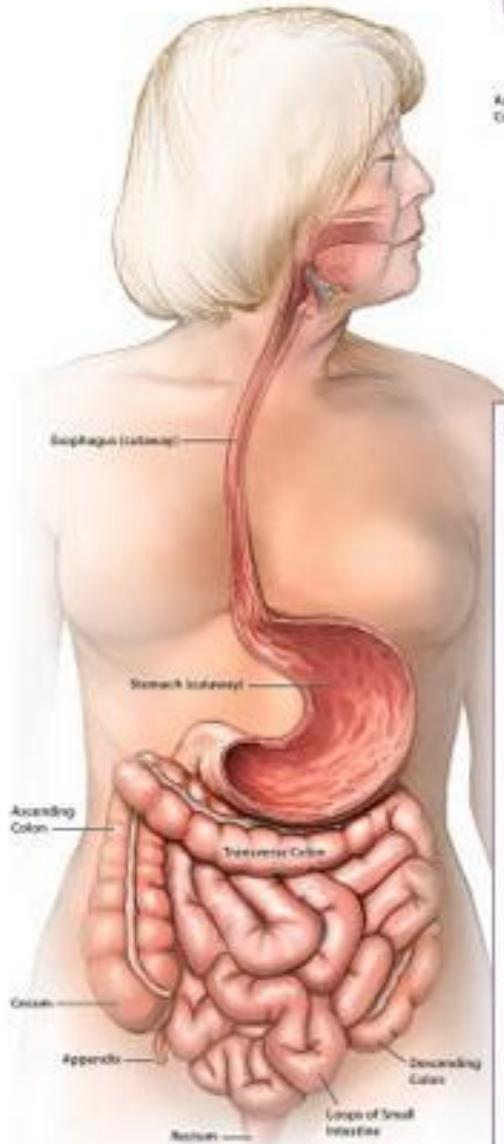


Definition: Crohn's disease is a severe, chronic inflammatory bowel disease. It causes inflammation, ulcers, and bleeding in the digestive tract. Crohn's disease usually affects the small intestine, particularly the last section called the ileum, but any part of the digestive tract can be affected from the mouth to the anus.

Cause: The cause of Crohn's disease is not known. Inflammatory bowel diseases ulcerative colitis and Crohn's disease seem to run in some families. Some researchers think that a virus or bacteria causes the immune system to over-react and damage your intestines.

Symptoms include:

- Abdominal cramps & pain
- Anemia
- Diarrhea
- Fatigue, weakness
- Fever
- Mouth sores
- Nausea
- Rectal bleeding
- Sores, ulcers in anal area
- Weight loss





The image shows a gross specimen of a resected stomach, likely a total gastrectomy. The stomach is dark red and lobulated, with a large, dark, lobulated tumor mass visible on the greater curvature. The tumor is surrounded by a thick layer of yellowish, fatty tissue. The surrounding tissue is dark red and appears to be the stomach wall. The specimen is placed on a white surface.

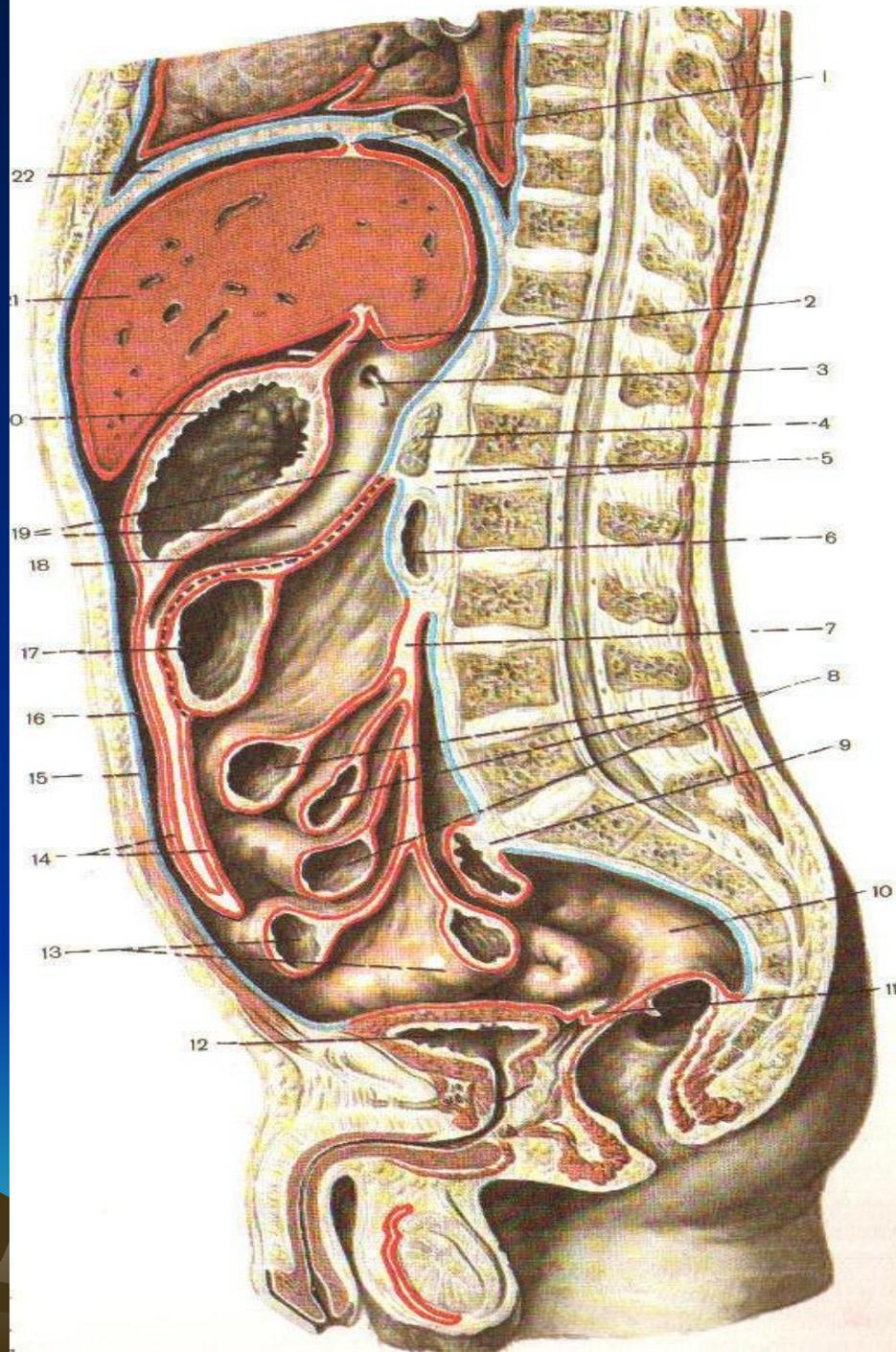
surgery.dn.ua

Клиника болезни Крона

- Протекает остро и хронически. Чаще регистрируется терминальный илеит, проявляющийся острым приступом болей в правой подвздошной области с фебрильной лихорадкой. Боль может быть схваткообразной! Есть кишечные симптомы: жидкий стул с примесью слизи и крови, тенезмы, которые могут регистрироваться задолго ранее. При аппендиците диарея крайне редка и начинается с болями. Рвота при болезни Крона редко.
Лечение. Резекция кишок показана только при развитии стеноза, перфорации или флегмоны. Рекомендуется дополнять аппендэктомией для исключения серьезных диагностико-тактических ошибок в будущем.

Перитонит

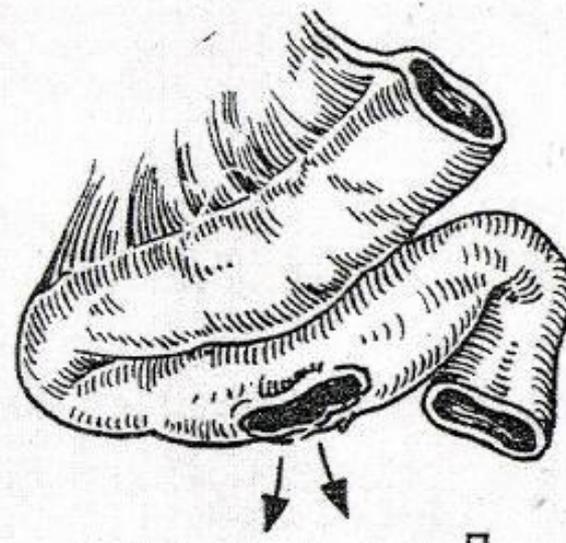
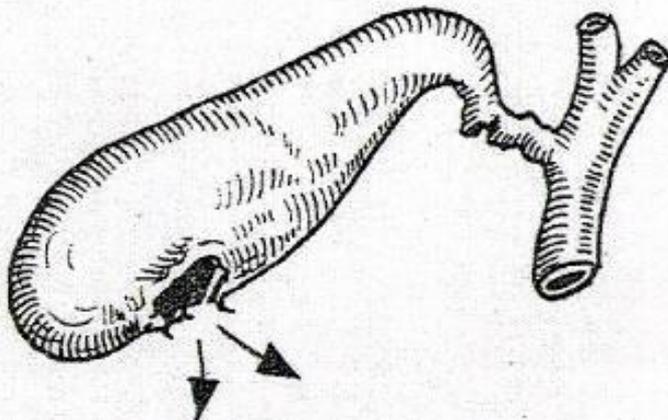
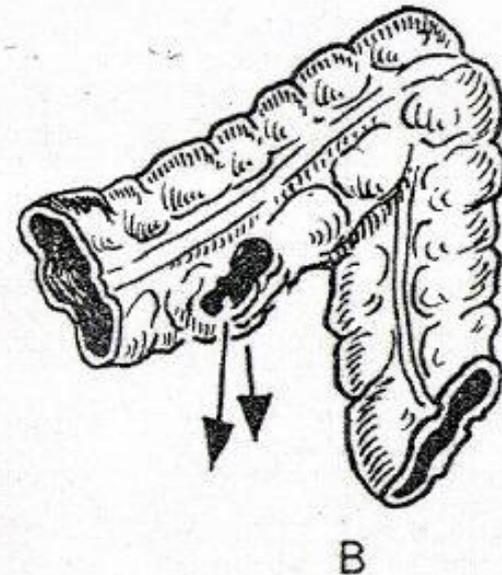
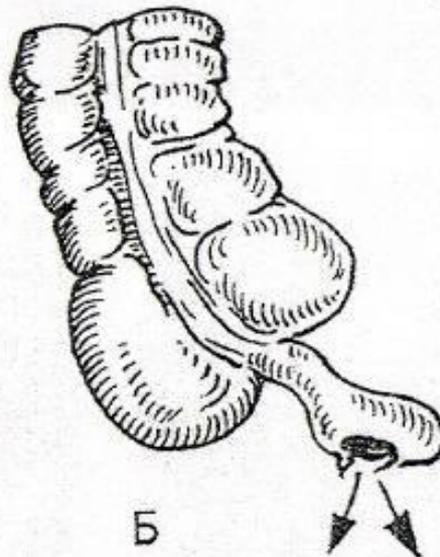
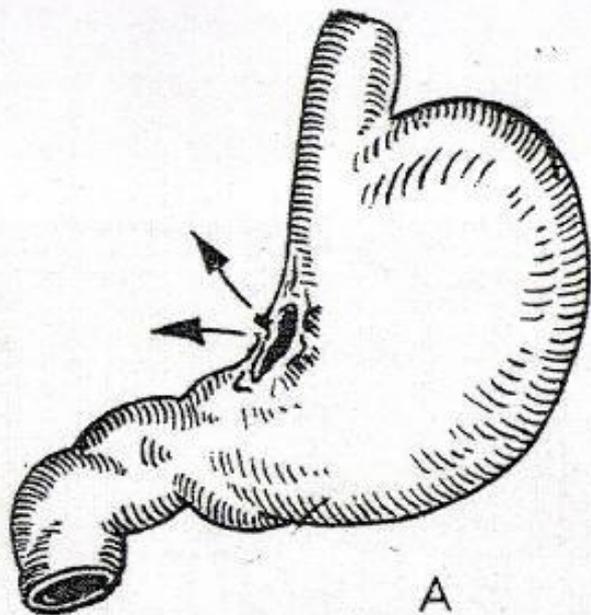
Площадь
брюшины равна
площади
поверхности
кожи



Источники перитонитов

- Червеобразный отросток (30—65%) - аппендициты: перфоративный, флегмонозный, гангренозный;
- Желудок и двенадцатиперстная кишка (7-14%) - прободная язва, перфорация рака, флегмона желудка, инородные тела
- Желчный пузырь (10 - 12%) - холециститы: гангренозный, перфоративный, флегмонозный, пропотной желчный перитонит без перфорации;
- Женские половые органы (3 - 12%) - сальпингоофорит, эндометрит, пиосальпинкс, разрыв кист яичника, гонорея, туберкулез;
- Кишечник (3 - 5%) - ОКН, ущемление грыжи, тромбоз сосудов брыжейки, перфорация брюшнотифозных язв, перфорация язв при колите, туберкулез, болезнь Крона, дивертикулы;
- Поджелудочная железа (1%) - панкреатит, панкреонекроз.

Источники перитонита



Деление по распространённости

- местный, (2 области из 9)
 - неограниченные
 - ограниченные (абсцессы живота)
- распространенный Больше 2-х областей-
 - диффузный (воспалительный процесс занимает от двух до пяти анатомических областей)
 - разлитой (свыше пяти анатомических областей).



Стадии гнойного перитонита (по Симоняну К.С.)

- реактивная (первые 24 ч) - стадия максимальных местных проявлений и менее выраженных общих проявлений;
 - токсическая (24 - 72 ч) - стадия стихания местных проявлений и превалирования общей интоксикации;
 - терминальная (свыше 72 ч) - стадия глубокой интоксикации на грани обратимости.
- 

1 стадия-реактивная

- До 24 часов: внезапные резкие боли в животе, сопровождающиеся картиной шока (очень резко выраженного, например, при прободной язве, менее резко - при прободном аппендиците)
- рефлекторная рвота и тошнота.
- при осмотре вид тяжело страдающего человека, покрытого холодным потом, лежащего в вынужденном положении (нередко на спине с приведенными к животу ногами), лишенного возможности глубоко дышать, но находящегося в полном сознании. Настроение может быть тревожным, подавленным, речь обычная.
- Температура тела повышена.
- Пульс частый и малого наполнения, не соответствует температуре.
- Артериальное давление слегка понижено.



1 стадия-реактивная

- Язык — обложен белым налетом, суховат, но слизистая щек еще влажная.
- Брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания (втягиваются при вдохе лишь межреберные промежутки), иногда глазом можно определить ее ригидность.
- защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Это "сверхпризнак всех абдоминальных катастроф".
- По мере прогрессирования перитонита выраженность этого симптома уменьшается из-за нарастающей интоксикации и вздутия брюшной стенки.
- Болезненность при попытке глубокой пальпации,
- Положительный симптом Щеткина - Блюмберга,
- При аускультации в первые часы болезни можно отметить усиленные кишечные шумы, затем перистальтика становится все более вялой, непостоянной, живот начинает вздуваться.

II стадия - токсическая

- Наступает спустя 24 - 72 ч от начала заболевания (иногда раньше).
Продолжительность ее 2 - 3 сут (может быть меньше).
- Состояние тяжелое. Его беспокоят слабость и жажда, мучительная рвота, к концу она принимает характер срыгивания. Рвотные массы темные, бурые с неприятным запахом ("фекальная рвота"). Кожа влажная. Лицо бледнеет, заостряется, глаза западают. Выявляется цианоз кончика носа, ушных мочек, губ. Конечности становятся холодными, ногти - синими.

II стадия - токсическая

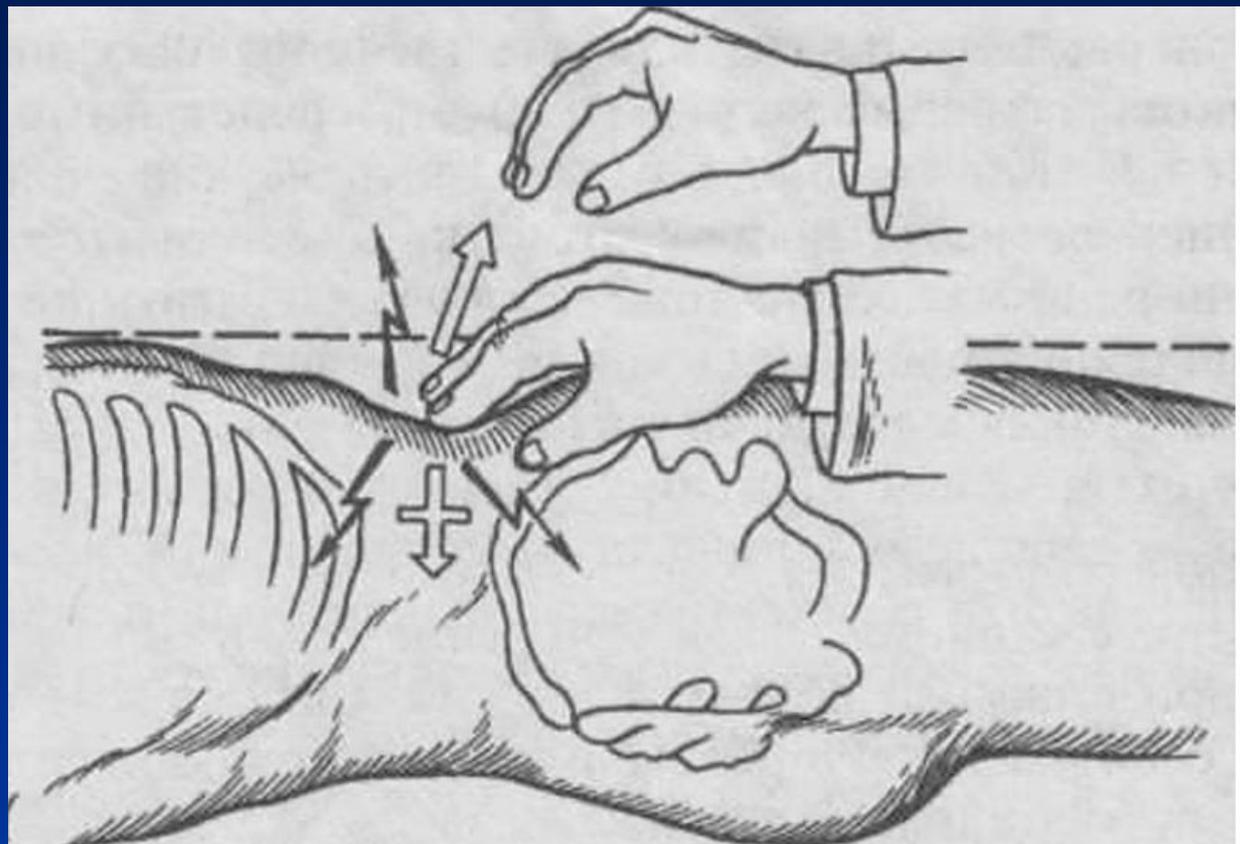
- Дыхание учащенное, поверхностное, иногда прерывистое, аритмичное.
- Артериальное давление низкое.
- Пульс учащен, 120 - 140 уд/мин, не соответствует температуре, мягкий.
- Сердечные тоны глухие.



II стадия - токсическая

- Язык сухой, обложен темным, плохо снимающимся налетом. Слизистая щек также сухая. Сухость во рту мешает больному говорить.
- Живот вздут, умеренно напряжен и умеренно болезнен при пальпации, явно выражен симптом Щеткина - Блюмберга. При перкуссии живота определяется равномерный высокий тимпанит, а в отлогих местах живота — притупление перкуторного звука, изменяющее свой уровень при поворотах больного, что свидетельствует о скоплении жидкости (экссудата).

Симптом
Щёткина-
Блюмберга



II стадия - токсическая

- Аускультация выявляет резкое ослабление, чаще полное отсутствие кишечных шумов. Иногда слышен «шум падающей капли»
- Газы не отходят, стул отсутствует.
- Моча становится темной, ее мало (меньше 25 мл в час). Мочеиспускание может быть болезненным. Исследование через прямую кишку болезненно.
- Больные в этот период обычно сохраняют сознание, хотя временами могут возникать возбуждение и бред. Чаще больные подавлены, угнетены, тоскливы.



III стадия - необратимая (по К.С. Симоняну - терминальная).

- Наступает спустя 3 сут и более от начала болезни, иногда позже, длится 3 - 5 сут. Состояние больного крайне тяжелое. Вид его соответствует описанию Гиппократа.
- Сознание спутанное, иногда наблюдается эйфория.
- Кожа бледна и желтушна, цианоз.
- Боли в животе почти отсутствуют.
- Дыхание поверхностное, аритмичное, частый еле ощутимый пульс, низкое давление.
- Больной то лежит неподвижно, то мечется, вздрагивает, «ловит мушек», глаза становятся тусклыми.
- Живот вздут, пальпация его малоболезненна, при auscultation — "гробовая тишина".

Неотложная помощь

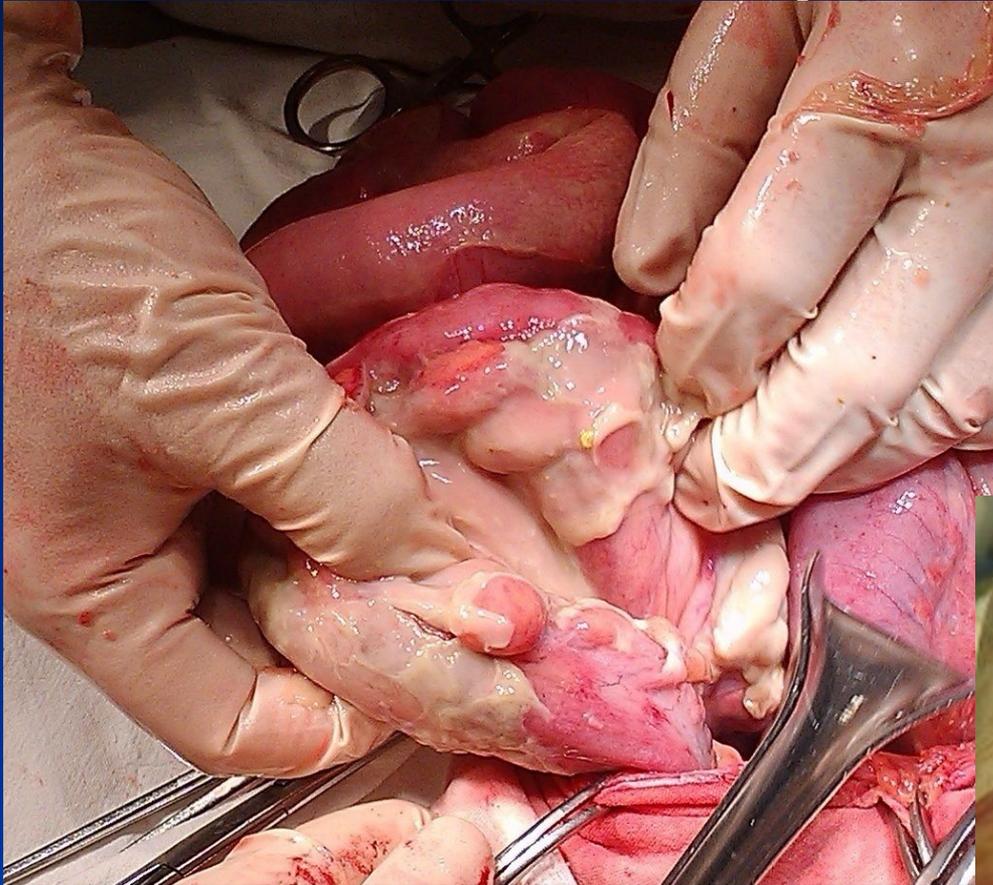
- Экстренная доставка в дежурный хирургический стационар



Принципы лечения в стационаре

- Кратковременная подготовка к операции на операционном столе под контролем анестезиолога-реаниматолога
 - Лапаротомия
 - Ликвидация источника перитонита
 - Санация и дренирование брюшной полости
 - Комплексная интенсивная терапия в условиях отделения АиР
 - Программированная релапаротомия
- 

Перитонит



Туалет и дренирование брюшной полости

