

**Министерство здравоохранения Свердловской области
Нижнетагильский филиал
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»**

Основные группы заболеваний и повреждений при синдроме «острый живот».



МДК: 02.01. Сестринский уход при различных
заболеваниях и состояниях.

Сестринская помощь в хирургии

Исполнитель: Новикова Екатерина Сергеевна.

Руководитель: Голышева Наталья Геннадьевна.

Нижний Тагил, 2017 г.

Содержание.

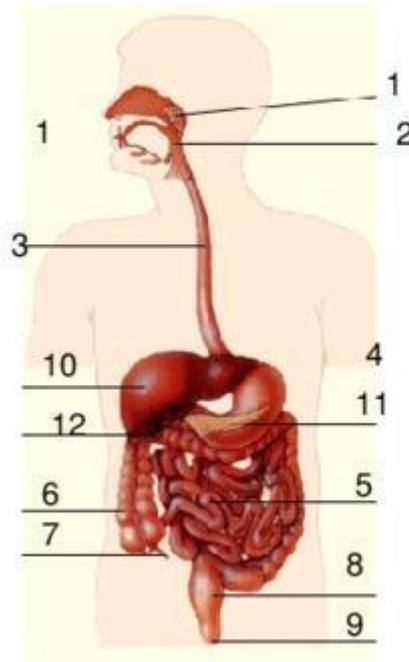
1. Строение желудочно-кишечного тракта.
2. Острый живот: определение, этиология, клиника, неотложная помощь, лечение.
3. Осложнения язвенной болезни желудка:
 - 3.1. Прободение язвы желудка.
 - 3.2. Кровотечение при язве желудка.
 - 3.3. Малигнизация язвы желудка.
 - 3.4. Стенозирующая язва желудка.
 - 3.5. Пенетрация язвы.
4. Острый аппендицит: понятие, формы, клиника, лечение и уход, осложнения.
5. Острый холецистит: понятие, формы, клиника, лечение, осложнения.
6. Острый панкреатит: понятие, формы, клиника, лечение, осложнения.
7. Острая кишечная непроходимость: формы, клиника, лечение.
8. Ущемленная грыжа: причины, клиника, доврачебная помощь, лечение.
9. Острый перитонит: понятие, формы, клиника, принципы лечения.
10. Травмы живота: классификация, принципы оказания доврачебной помощи.
 - 10.1. Закрытые травмы.
 - 10.2. Открытые травмы.
11. Заключение
12. Тестовый контроль.



Строение желудочно-кишечного тракта.

Перед началом изучения темы «Синдром острого живота», очень важно повторить органы желудочно-кишечного тракта:

Пищеварительная система



1. Ротовая полость (слюнные железы)
2. Глотка
3. Пищевод
4. Желудок
5. Тонкий кишечник
6. Толстый кишечник
7. Аппендикс
8. Прямая кишка
9. Задний проход
10. Печень
11. Поджелудочная железа
12. Желчный пузырь

Определение «острого живота».

«**Острый живот**» - это симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях или острых заболеваниях органов брюшной полости. Термин «**острый живот**» объединяет целый ряд хирургических заболеваний живота, которые имеют общие клинические признаки, говорящие о воспалении брюшины.



Этиология «острого живота».

1. Травматические повреждения внутренних органов (печень, селезенка, желудок, кишечник и т.д.).

2. Острый воспалительный процесс (аппендицит, холецистит, панкреатит).

4. Ущемленная грыжа и все хирургические заболевания живота с перфорацией внутренних органов.

3. Острая кишечная непроходимость.



Клиника «острого живота».

- 1). Внезапные сильные боли в животе;
- 2). Симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга и др.);
- 3). Симптомы мышечной защиты (напряжение мышц передней брюшной стенки «доскообразный живот»);
- 4). Симптомы интоксикации (рвота, понос, повышение температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ).



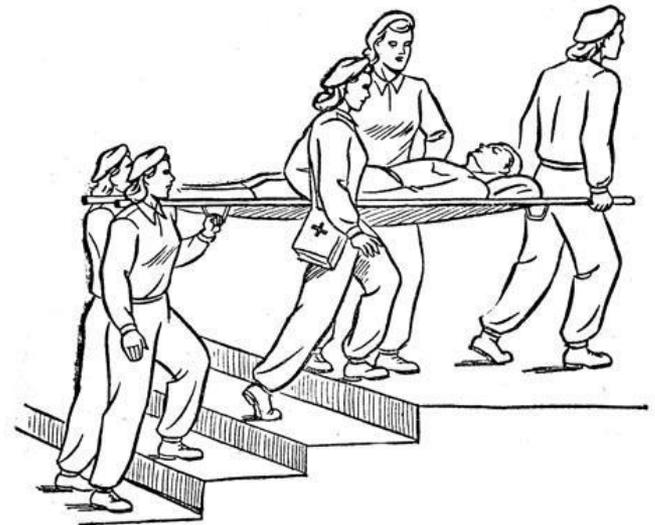
Тактика медсестры при оказании неотложной помощи.

Исход заболевания зависит от правильно поставленного диагноза, правильной доврачебной помощи.

Больному нельзя:

- давать еду и питье;
- промывать желудок;
- ставить клизмы;
- применять грелки, давать обезболивающие.

Необходима: Срочная госпитализация на носилках.



Лечение «острого живота».

Лечение «острого живота» – только хирургическое!

Рекомендации по сбору анамнеза и осмотру пациента при подозрении на «острый живот»:

1. Выслушать жалобы пациента (боли, стул, рвота).
2. Собрать анамнез болезни: начало заболевания, сколько времени прошло с момента заболевания.
3. Выяснить обстоятельства предшествующие заболеванию.
4. Выяснить, есть ли у пациента хирургические заболевания живота: язва желудка, холецистит и др.
5. Выяснить, были ли подобные приступы раньше.
6. Оценить боли: их локализацию, характер, интенсивность.
7. Оценить рвоту: ее наличие, частоту, наличие примесей, приносит ли облегчение.
8. Оценить общее состояние пациента: сознание, пульс, АД, температуру.
9. Провести внешний осмотр: положение, цвет и состояние кожи и слиз. оболочек, оценить состояние языка.
10. Провести внешний осмотр живота: оценить форму, участие в дыхании.
11. Провести пальпацию живота: болезненность, напряжение передней брюшной стенки.

Осложнения язвенной болезни желудка:

Осложнения	Симптомы	Лечение
1. Прободение язвы.	<ul style="list-style-type: none">• резкие внезапные боли кинжального характера в эпигастральной области.• бледность кожных покровов, холодный пот, вынужденное положение (сгибается).• мышцы передней брюшной стенки напрягаются до доскообразного состояния.• прямой симптом – свободный воздух в брюшной полости.	<ul style="list-style-type: none">• срочная операция• противошоковая (снятие болевого синдрома) и дезинтоксикационная терапия.• нозогастральный зонд для питания полужидкой пищей ч/з 4-5 дней после операции.
2. Кровотечение.	<ul style="list-style-type: none">• рвота (многократная/однократная), типа «кофейной гущи» или алой кровью, что зависит от силы кровотечения и содержимого в желудке.• дегтеобразный стул при небольшом кровотечении.• обезвоживание.	<ul style="list-style-type: none">• гемостатики, если кровотечение не останавливается, то операция.• постельный режим 10-12 дней, очистительная клизма для удаления крови из кишечника.• питание каждые 2-3ч по 100 мл.

Осложнения язвенной болезни желудка:

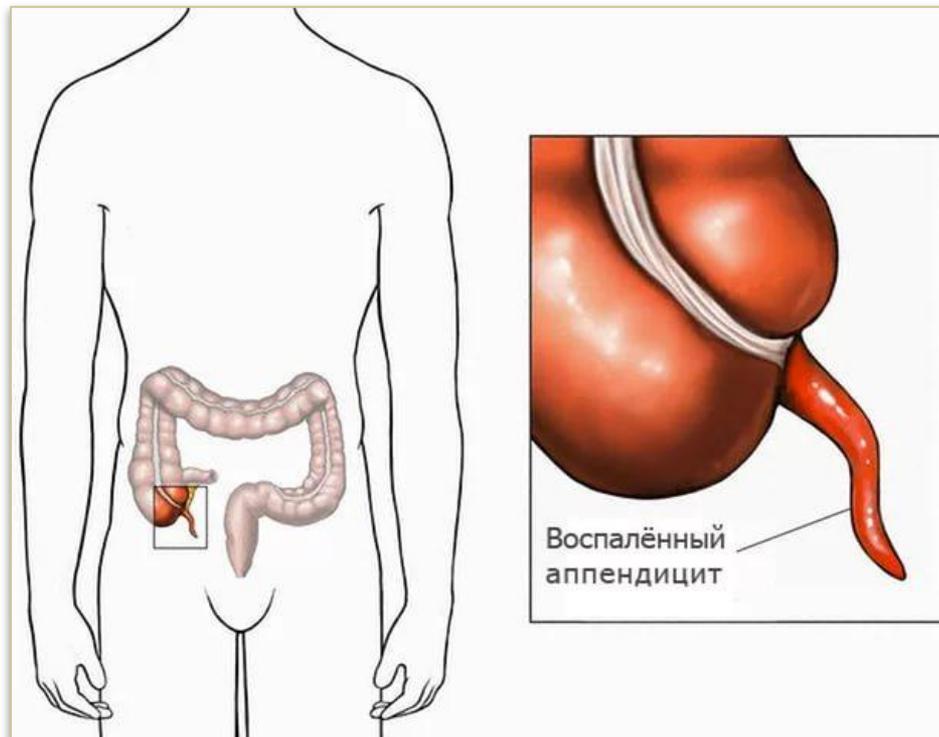
Осложнения	Симптомы	Лечение
3. Малигнизация	<ul style="list-style-type: none">• протекает с симптомами рака желудка.• тупые, постоянные боли, не зависящие от приема пищи и сезонных обострений.• отвращение к мясной пище, отсутствие аппетита, похудение.• кислотность желудочного сока снижается до 0.	<ul style="list-style-type: none">• зависит от стадии процесса: на III-IV стадиях – паллиативная помощь.
4. Стеноз привратника.	<ul style="list-style-type: none">• тяжесть в желудке.• рвота после еды.• похудение, обезвоживание.	<ul style="list-style-type: none">• оперативная помощь.
5. Пенетрация язвы.	<ul style="list-style-type: none">• интенсивные постоянные боли, иррадиирующие в спину или опоясывающие.• возможно желудочное кровотечение.• развивается воспаление органов (панкреатит).	<ul style="list-style-type: none">• оперативная помощь.

Острый аппендицит.

Острый аппендицит – это воспаление червеобразного отростка. Занимает первое место (89%) среди хирургических заболеваний живота.

Причины: инфекция, которая попадает в отросток из кишечника или гематогенным и лимфогенным путем.

Предрасполагающие факторы: наличие каловых камней, инородные тела, наличие паразитов (аскаридоз).



Формы острого аппендицита.

В зависимости от проявления воспалительной реакции различают:

1. Простой
(катаральный).

2. Деструктивный
(флегмонозный,
гангренозный и
перфоративный).

3. Осложненный
(абсцесс, перитонит и
др.)

Клиника острого аппендицита.

1). Внезапно возникающая боль умеренной силы, но нарастающего и постоянного характера.

Сначала в эпигастральной области, но через 4-8 часов концентрируется в правой подвздошной области.

2). Тошнота, однократная рвота, обложенный белым налетом язык, сначала влажный, затем сухой.

3). Снижение аппетита, задержка стула.

4). Озноб, повышение температуры тела до субфебрильной, тахикардия, лейкоцитоз, СОЭ ускорена.

5). Пациент принимает вынужденное положение – согнувшись, лежа на правом боку.



Специфические симптомы острого аппендицита при пальпации.

Специфические симптомы	Техника выполнения
1. Симптом Щеткина-Блюмберга.	Медленно надавливают на брюшную стенку, затем резко отпускают – боль усиливается.
2. Симптом рубашки или Воскресенского.	При пальпации врач перемещает руку от подложечной области вниз и вправо – боль усиливается.
3. Симптом Бартомье – Михельсона.	Пациент ложится на левый бок. При надавливании на зону проекции слепой кишки болезненные ощущения усиливаются.

Специфические симптомы острого аппендицита при пальпации.

Специфические симптомы	Техника выполнения
4. Симптом Ситковского.	Усиление боли при принятии больным лежачего положения (на левом боку).
5. Симптом Образцова.	В горизонтальном положении (лежа на спине) человек выпрямляет ноги и поднимает одну из них – правую. При выполнении данного действия боль нарастает.

Лечение и уход при остром аппендиците.

Лечение:

1. Срочное оперативное вмешательство (аппендэктомия);
2. Дренирование брюшной полости (при наличии гнойного содержимого в брюшной полости).

Уход за послеоперационным больным:

1. Наблюдение за состоянием повязки;
2. Наблюдение за общим состоянием больного;
3. Борьба с болью;
4. Питание больного (1-е сутки ничего через рот не давать, смачивать губы, 2-е сутки – стол №1а или 1б, затем с 3 суток - стол № 1).



Осложнения острого аппендицита.

Осложнение	Причина возникновения	Лечение
1. Аппендикулярный инфильтрат.	Защитная реакция организма, чаще всего из-за позднего обращения к врачу, проявляется на 4-5 день.	Может рассосаться при консервативном лечении, возможен переход в стадию абсцесса, что потребует оперативное вмешательство.
2. Аппендикулярный абсцесс.	Позднее обращение к врачу, несвоевременная диагностика.	Срочно оперативное вскрытие, дренаж, затем проводится противовоспалительная терапия
3. Перитонит.	Деструктивный процесс в аппендиксе.	Оперируется, аппендикс удаляется.

Острый холецистит.

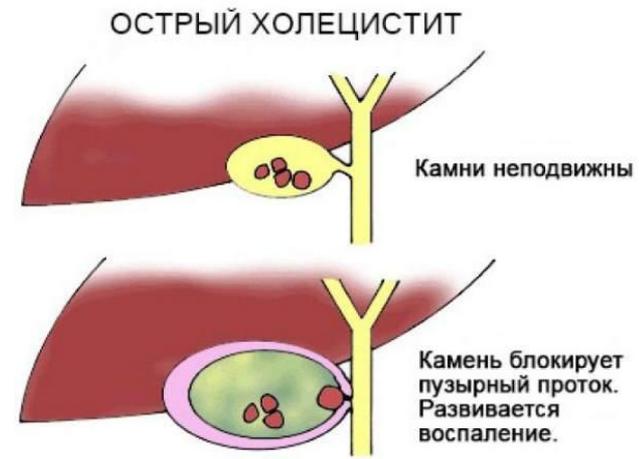
Острый холецистит – это воспаление желчного пузыря.

Заболевание встречается часто и занимает второе место после острого аппендицита среди хирургических заболеваний живота.

Женщины болеют в 4-5 раз чаще мужчин.

Причины: является следствием желчнокаменной болезни. Происходит застой желчи, и вследствие этого образуются камни в желчном пузыре или желчных протоках.

Предрасполагающие факторы: нарушение обмена веществ, инфицирование желчи, нарушение сократительной функции пузыря и протоков, погрешности в питании (злоупотребление жирной и острой пищей).



Формы острого холецистита.

а) по этиологии:

Острый безкаменный
холецистит
(сосудистый,
послеоперационный,
ферментативный)

Острый
калькулезный
холецистит (простой
и обтурационный)

б) по воспалительным проявлениям:

Катаральный

Флегмонозный

Гангренозный

Перфоративный

Клиника острого холецистита.

- 1). В правом подреберье появляются внезапные боли, иррадиирующие в правое предплечье, лопатку и ключицу.
- 2). Боли постоянны, проявляются:
 - изжога, отрыжка;
 - рвота (часто с примесью желчи), которая не приносит облегчения;
 - потеря аппетита и запоры.
- 3). Язык сухой, чувство горечи во рту.
- 4). Может повышаться температура тела (в зависимости от формы холецистита).
- 5). Пациент занимает вынужденное положение (на спине или на правом боку).



Специфические симптомы острого холецистита при пальпации.

Специфические симптомы	Техника выполнения
1. Симптом Образцова.	В горизонтальном положении (лежа на спине) человек выпрямляет ноги и поднимает одну из них – правую. При выполнении данного действия боль нарастает.
2. Симптом Ортнера.	Болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.
3. Симптом Мерфи.	При вдохе, когда левая ладонь лежит на реберной дуге, а большой палец на брюшной стенке в проекции желчного пузыря, фиксируют болезненность.

Специфические симптомы острого холецистита при пальпации.

Специфические симптомы	Техника выполнения
4. Симптом Георгиевского - Мюсси.	Болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
5. Симптом Кера.	Возникновение и усиление блей при пальпации в области желчного пузыря.

Лечение и уход при остром холецистите.

Лечение:

- лапароскопические операции.
- при множественных камнях удаляют желчный пузырь (холецистэктомия), с последующим дренированием.
- дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

Уход за послеоперационным больным:

- Необходимо следить за диетой пациента, воду можно только на следующий день после операции, а принимать пищу (стол 5а) – только после нормализации перистальтики.



Осложнения при остром холецистите.

- токсический гепатит (когда камень закрывает общий желчный проток) - больной желтеет, моча темная, а кал светлый;
- эмпиема желчного пузыря;
- перфорация желчного пузыря;
- образование свищей;
- панкреатит.



Острый панкреатит.

Острый панкреатит – это асептическое воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы, которое развивается в результате ее самопереваривания.

Чаще развивается у женщин 30-70 лет.

Причины:

1. Механические (травма поджелудочной железы, опухоль и др.).
2. Токсико-аллергические (пищевая и лекарственная аллергии, очаги острой и хронической инфекции, алкоголизм, отравления).
3. Нейрогуморальные (нарушение жирового обмена, системные заболевания сосудов и др.).



Формы острого панкреатита.

а) клинико-морфологические формы:

Отечный
панкреатит

Абортивный
панкреонекроз

Жировой
панкреонекроз

Геморрагический
панкреонекроз

б) по площади некроза:

Ограниченное
поражение

Тотальное
поражение

Клиника острого панкреатита.

- 1). Острое начало, сильные боли, которые могут возникнуть ночью, после употребления накануне обильной пищи или алкоголя.
- 2). Боли могут быть очень сильными, до шока, локализуются в эпигастральной области, постоянны, могут быть опоясывающими и иррадиировать в левое подреберье, а также в поясницу.

Здоровая поджелудочная железа



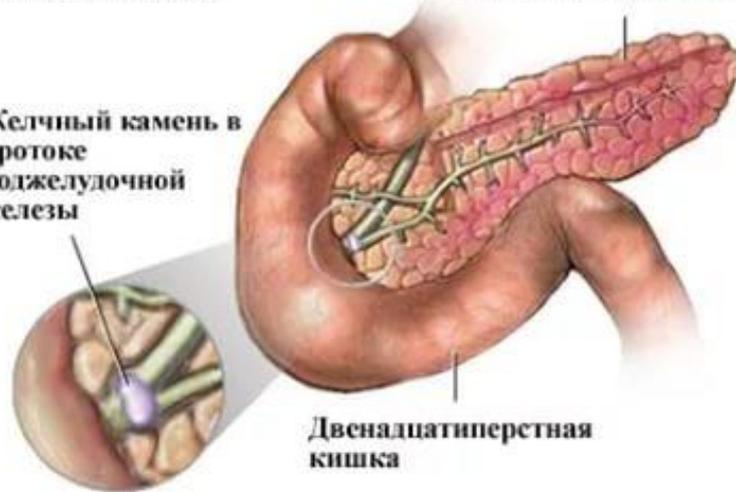
Клиника острого панкреатита.

- 3). Многократная рвота не приносящая облегчение, с примесью желчи, а затем и с «кофейной гущей».
- 4). Слабость, сухость во рту, икота, потливость, мраморность кожи, возможно развитие желтухи.
- 5). Пульс учащается до 120 уд/мин, повышение АД и температуры.
- 6) Быстрое вздутие живота, напряжение, развивается перитонит.

Панкреатит может быть вызван блокировкой выхода поджелудочной железы желчным камнем

Воспаление поджелудочной железы

Желчный камень в протоке поджелудочной железы



Двенадцатиперстная кишка

Специфические симптомы острого панкреатита при пальпации.

Специфические симптомы	Техника выполнения
1. Симптом Керте.	Легкое напряжение брюшных мышц или их ригидность в эпигастрии и болезненность по ходу поджелудочной железы.
2. Симптом Мейо-Робсона.	Болезненность при пальпации в реберно-позвоночном углу слева.
3. Симптом Воскресенского.	Исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области при глубокой пальпации.

Лечение при остром панкреатите.

1. Необходима экстренная госпитализация.
2. Исключить еду и питье – для обеспечения функционального покоя поджелудочной железы.
3. Лед на эпигастральную область.
4. Обезболивающие, спазмолитики, антигистаминные, антиферментные препараты, инфузионная терапия (изотонический, содовый р-р и др.)
5. Если консервативное лечение не помогло, то возможно хирургическое лечение – дренирование желчных путей, брюшной полости и забрюшинного пространства.



Осложнения при остром панкреатите.

Ранние осложнения:

- острая печеночно-почечная недостаточность;
- ферментативный разлитой перитонит;
- болевой шок;
- желудочно-кишечные кровотечения и острые язвы;
- тромбозы сосудов;
- пневмония;
- желтуха.

Поздние осложнения.

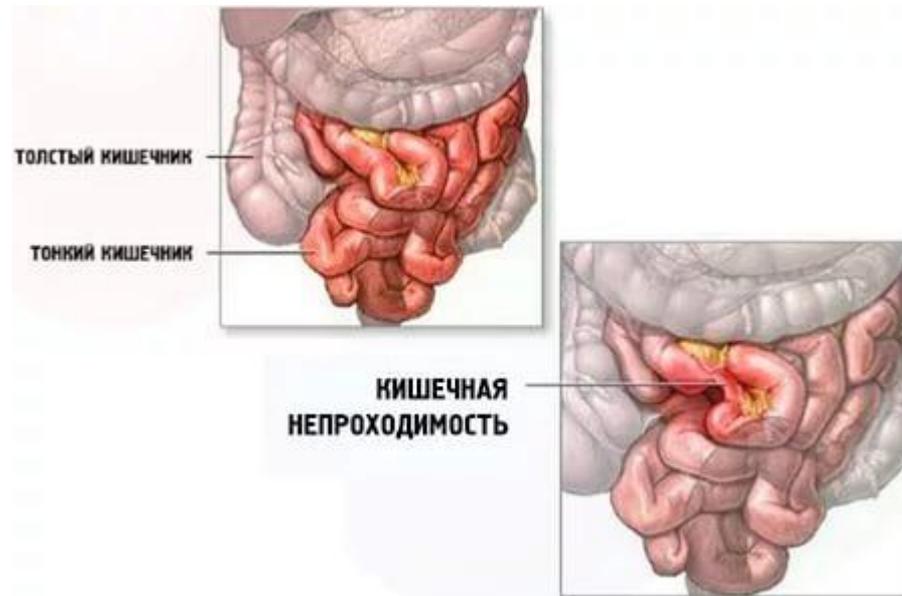
Возникают по причине попадания инфекции и наступают через 1-2 недели после начала заболевания:

- гнойный панкреатит;
- абсцессы брюшной полости;
- сепсис;
- свищи и кисты поджелудочной железы.



Острая кишечная непроходимость.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это серьезное хирургическое заболевание, при котором кишечное содержимое не проходит по кишечнику.



Формы ОКН.

а) механическая:

Обтурационная

Наиболее легкая форма, просвет кишки закупоривается опухолью, каловыми или желчными камнями, аскаридами.

Странгуляционная

Наиболее опасная, т.к. происходит не только закупорка кишечника, но и нарушение кровообращения в петле кишки, следовательно, ее некроз.

Инвагинация

Внедрение одного участка кишки в другой, при этом некротизируется тот, который внедряется.

Формы ОКН.

б) динамическая:

Паралитическая

Вызвана отсутствием перистальтики кишечника в результате травмы живота, перитонита, аппендицита, почечной колики и др.

Спастическая

Редкая форма, при которой происходит раздражение слизистой кишечника язвочкой или инородным телом, в ответ на раздражение возникает спазм кишки.

Клиника ОЖН.

1. Острое начало, нарастающее ухудшение состояния.
2. Боли сначала схваткообразные и сильные до шока, затем разлитые по всему животу и постоянные тупого характера.
3. Бледность, холодный пот, в запущенных случаях – маска Гиппократата.
4. Вынужденное положение – согнувшись.
5. Сначала влажный, затем сухой обложенный язык, нарастающая тахикардия, олигурия.
6. Интоксикация, обезвоживание, при анализе крови – признаки сгущения.
7. Задержка стула, газы – метеоризм.

Маска Гиппократата



Клиника ОКН.

8. Очень часто бывает тошнота и рвота, возможно, с желчью, в поздних сроках – с каловым запахом.
9. Повышения температуры нет, при тяжелом поражении – даже понижена.
10. Для узлообразования характерно острое начало заболевания во время сна с сильных болей в животе с быстрым развитием шока



Специфические симптомы ОКН при пальпации.

Специфические симптомы	Техника выполнения
1. Симптом Обуховской больницы.	Пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании пальцем.
2. Симптом Матъе-Склярова.	При легком сотрясении брюшной стенки пальцем можно обнаружить «шум плеска».



Лечение при ОКН.

1. Очень важно не затягивать с решением об операции, поэтому консервативное лечение очень кратковременное и при уверенности в обтурационной ОКН:

- Применяется зондирование и промывание желудка
- Паранефральная новокаиновая блокада
- Спазмолитики (атропин, но-шпа)
- Гормоны (преднизолон)
- Сифонная клизма
- Стимуляторы перистальтики (прозерин, питуитрин)
- Инфузионная терапия (до 2-3л)
- Противошоковые средства.



Лечение при ОКН.

2. Если через 2 часа эффекта нет, то проводится оперативное лечение. При странгуляционной ОКН – операция проводится немедленно!
В послеоперационном периоде необходимы:

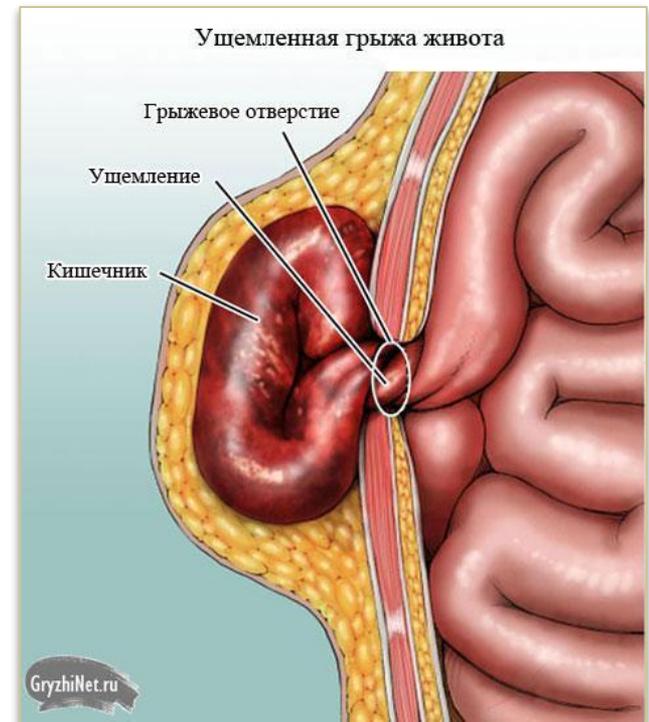
- Обезболивающие
- Антигистаминные
- Стимуляторы перистальтики
- Инфузионная терапия
- Тонким зонтом необходимо убрать желудочное содержимое для декомпрессии желудочно-кишечного тракта
- Питание первые дни парентеральное, со 2-3-го дня – через рот.

Ущемленная грыжа.

Ущемление грыжи – сдавление грыжевого мешка в грыжевых воротах, вызывающее нарушение кровоснабжения и некроз образующих грыжевое содержимое органов.

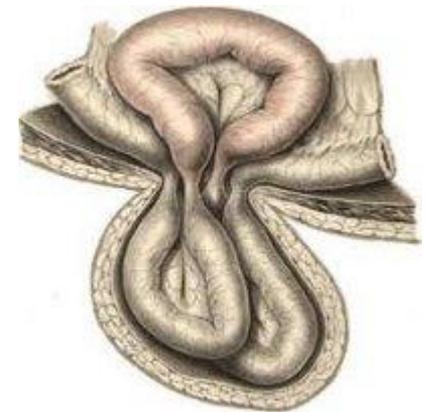
Причины:

- резкое повышение внутрибрюшного давления;
- переполнение калом кишки, находящейся в грыжевом мешке;
- слабость мускулатуры брюшной стенки.



Клиника ущемленной грыжи.

1. Сильные боли в области грыжи в момент физического напряжения становятся постоянными, при развитии острой кишечной непроходимости приобретают схваткообразный характер.
2. Грыжевое выпячивание становится плотным и напряженным, исчезает кашлевой толчок.
3. Ранняя многократная рвота, усиливающая обезвоженность, выраженные проявления интоксикации.
4. Результатом болей может быть шок.
5. Ущемление приводит к перитониту, а также к летальному исходу.



Доврачебная помощь при грыже.

Необходимо помнить, что насильно вправлять грыжу **НЕЛЬЗЯ!**
Может произойти разрыв кишечника и развиваться разлитой перитонит.

- нельзя принимать спазмолитики – возможно неправильное самостоятельное вправление грыжи, а это приведет к развитию острой кишечной непроходимости.
- на место грыжи можно приложить пузырь со льдом.
- ни есть, ни пить.



Лечение и уход при ущемленной грыже.

1. Необходима экстренная операция – не позднее, чем через 1 час с момента поступления пациента.
2. После операции необходимо следить за внешним видом и состоянием пациента, важно не пропустить признаки возможного пареза кишечника (метеоризм, отсутствие газов).
3. Вставать пациенту разрешается с 3-го дня, швы снимаются на 7-8 день.



Лечение и уход при ущемленной грыже.

Наиболее ответственным моментом операции является оценка жизнеспособности ущемленной петли кишечника:

Критериями жизнеспособности кишки служат:

- восстановление ее тонуса и физиологической окраски после освобождения из ущемляющего кольца,
- гладкость и блеск серозной оболочки,
- отсутствие странгуляционной борозды,
- наличие пульсации брыжеечных сосудов, сохранность перистальтики.

При наличии всех указанных признаков, кишка признается жизнеспособной и погружается в брюшную полость.



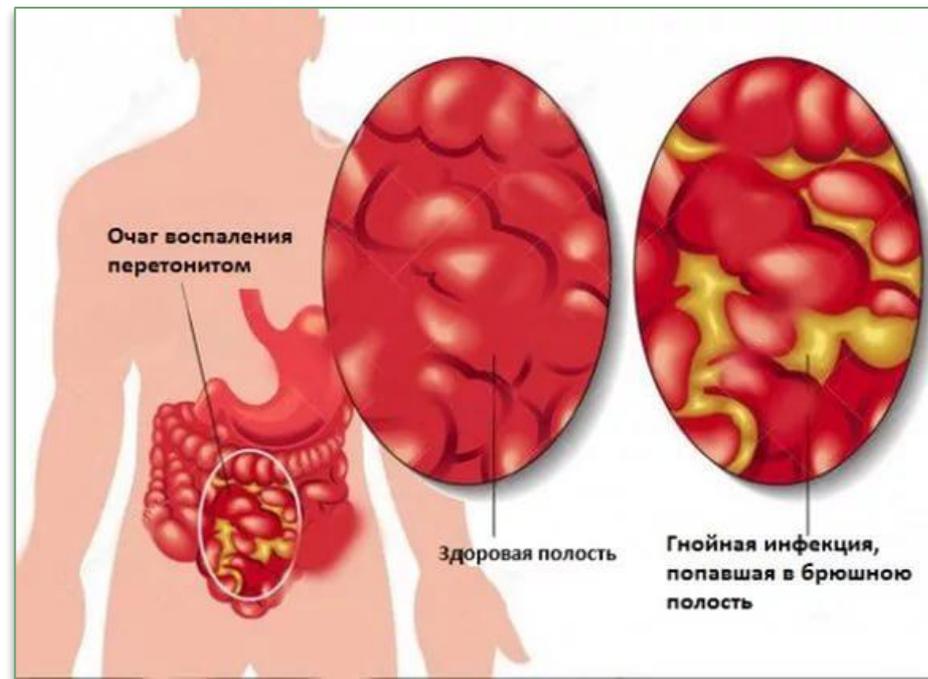
Острый перитонит.

Острый перитонит – это воспаление брюшины, частое и серьезное хирургическое заболевание живота.

Разлитой гнойный перитонит дает летальность от 20 до 70%.

Причины:

- ранения брюшной стенки;
- прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- хирургические заболевания живота, например острый аппендицит.



Формы острого перитонита.

а) по площади:

Местный

Разлитой

б) по возбудителю:

Стафилококковый

Стрептококковый и
др.

Формы острого перитонита.

в) по причине:

Травматический

Послеоперационный
и др.

г) по этиологии:

Асептический

Инфекционный

Клиника острого перитонита.

В хирургической практике чаще всего встречается **разлитой острый гнойный перитонит**.

В клинике различают 3 стадии:

1. Реактивная.

- В первые часы от начала заболевания преобладает болевой синдром.
- Наблюдаются тошнота, задержка стула и газов.
- Брюшная стенка становится напряженной, появляются симптомы раздражения брюшины.
- Тахикардия, повышение температуры, язык становится сухим.



Клиника острого перитонита.

2. Токсическая. (2-3 дни заболевания).

- Состояние ухудшается, больной беспокоен, появляются одышка, заостряются черты лица, язык сухой.
- Появляются признаки пареза кишечника - живот вздут, напряжение брюшной стенки выражено меньше, сохраняются симптомы раздражения брюшины, перестает прослушиваться перистальтика кишечника.
- Наблюдается задержка стула, газов.
- Рвота усиливается, и рвотные массы приобретают кофейный оттенок.
- Интоксикация приводит к нарушению функций других органов и в первую очередь к явлению печеночно-почечной недостаточности.



Клиника острого перитонита.

3. Терминальная.

1. В результате лечения к 3-6 дню с момента заболевания наступает отграничение воспалительного процесса с уменьшением интоксикации и улучшением состояния больного.

2. При прогрессировании процесса на 4-5 день, а иногда и раньше, наступает мнимое улучшение состояния больного.

- Боли в животе уменьшаются, однако объективные показания свидетельствуют о тяжелой интоксикации.
- Черты лица заострены, глаза западают, страдальческое лицо, неподвижное положение тела, частая рвота или срыгивание зеленоватой или коричневатой жидкостью.
- Живот вздут, мягкий, язык сухой, обложен налетом.
- Пульс частый, слабого наполнения, дыхание поверхностное, брюшная стенка в дыхании не участвует.

Смерть наступает на 4-7 сутки.

Принципы лечения острого перитонита.

1. Срочная госпитализация с транспортировкой на носилках, дав на наркоз в машине «скорой помощи».
2. Проведение экстренной операции с ревизией органов брюшной полости и дренированием.
3. Внутримышечно или ч/з микродренажи вводятся антибиотики.
4. Парентеральное питание.
5. Борьба с метеоризмом и парезом кишечника – тонким зондом убирается желудочное содержимое, вводятся по назначению врача: прозерин, гипертонический раствор хлористого натрия.



Травмы живота.

```
graph TD; A[Травмы живота.] --> B[Закрытые]; A --> C[Открытые]; B --> D[Повреждения передней брюшной стенки]; B --> E[Разрыв внутренних органов]; C --> F[Проникающие ранения]; C --> G[Непроникающие ранения];
```

The diagram is a hierarchical flowchart. At the top is a box labeled 'Травмы живота.' (Abdominal Trauma). Two arrows point down from this box to 'Закрытые' (Closed) on the left and 'Открытые' (Open) on the right. From 'Закрытые', two arrows point down to 'Повреждения передней брюшной стенки' (Damage to the anterior abdominal wall) and 'Разрыв внутренних органов' (Rupture of internal organs). From 'Открытые', two arrows point down to 'Проникающие ранения' (Penetrating wounds) and 'Непроникающие ранения' (Non-penetrating wounds).

Закрытые

Повреждения
передней
брюшной стенки

Разрыв
внутренних
органов

Открытые

Проникающие
ранения

Непроникающие
ранения

Закрытые травмы живота.

Кожа и подкожная клетчатка не повреждаются.

Наиболее частые причины:

- бытовые
- производственные
- спортивные и др. травмы.



закрытая
травма

Закрытые травмы живота.

Повреждение передней брюшной стенки.

(Иначе можно назвать ушибом, потому что внутренние органы не страдают.)

Клиника:

1. боль.
2. тошнота, рвота.
3. напряжение мышц передней брюшной стенки.

Лечение:

- покой.
- применение холода, затем тепла.
- возможно введение викасола и хлористого кальция.
- большие гематомы вскрываются оперативно для удаления скопившейся крови, восстанавливается целостность тканей, рана дренируется.



Закрытые травмы живота.

Разрыв селезенки и печени.

Клиника:

1. Симптомы внутреннего кровотечения, шока и раздражения брюшины.
2. Обморок, наступающий в момент разрыва органа и может продолжаться несколько часов.
3. Боль по всему животу, но особенно выражена в левом подреберье с иррадиацией в левое надплечье – при разрыве селезенки;
4. Боль сильнее в правом подреберье, желтуха – при разрыве печени
5. Вынужденное положение – на боку с поджатыми ногами, на спине боль усиливается.



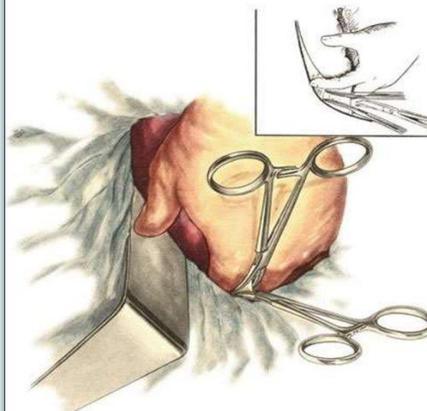
Закрытые травмы живота.

Разрыв селезенки и печени.

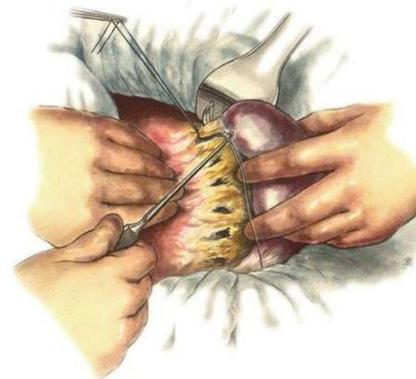
Лечение:

- Экстренная операция с восстановлением кровопотери.
- Если разрывы селезенки множественные – спленэктомия (удаление селезенки), потом на 3-е суток оставляют дренаж.
- Нельзя вставать с кровати в течении 24 часов.
- Курс антибиотиков по назначению врача.

Спленэктомия



Наложение зажимов на lig. phrenicolienale



Перевязка lig. gastrosplenicum

Закрытые травмы живота.

Разрыв желудка и кишечника.

Причины: падение, удар.

Клиника:

- При разрыве желудка

1. Внезапные сильные боли кинжального характера, приводящие к шоку.
2. Тошнота и рвота, возможно с кровью, все симптомы прободения (см.слайд 9).
3. В брюшной полости – свободный воздух, брюшная стенка резко напряжена, развитие перитонита.



Закрытые травмы живота.

Разрыв желудка и кишечника.

Клиника:

- При разрыве кишечника

1. Быстрое развитие симптомов перитонита.
2. Сухость во рту, тошнота, рвота.
3. Резкие боли в животе без четкой локализации.
4. Живот в дыхании не участвует, мышцы брюшной стенки напряжены до доскообразного состояния.

Лечение:

- Срочная операция, если с момента прошло более 6 ч, то летальность 30-60%.
- Противошоковая и антибиотикотерапия.

Открытые травмы живота.

При непроникающих: повреждаются ткани до брюшины, состояние больного удовлетворительное.

При проникающих: повреждается и брюшина, сопровождается повреждением либо полых, либо паренхимотозных органов.



Открытые травмы живота.

Клиника:

1. Клиническая картина такая же, как при разрыве в результате закрытой травмы, но на передней брюшной стенке будет рана.
2. Достоверный признак проникающего ранения – выпадение внутренних органов через раневое отверстие.



Открытые травмы живота.

Доврачебная помощь:

1. Остановить кровотечение временным способом.
2. Провести туалет раневой поверхности.
3. Кожу вокруг раны обработать спиртовым раствором антисептика.
4. Инородные тела из глубины раны не убирать.
5. Если из раны выпали внутренние органы, не вправлять!
Достаточно обложить стерильным материалом и туго не бинтовать.
6. Ввести обезболивающее с целью профилактики шока.
7. Пить не давать, тепло укрыть.
8. Госпитализация на носилках.



Открытые травмы живота.

Лечение и уход:

- Профилактика столбняка, антибиотикотерапия.
- В случае шока – противошоковые мероприятия.
- Ранение лечится только оперативно. (перед операцией сбрить волосы в области операционного поля и опорожнить мочевой пузырь, клизму ставить нельзя).
- После операции 3-4 дня постельный режим.
- Необходимо контролировать состояние пациента во избежание застойной пневмонии, кровопотери, признаков перитонита.
- Пациенту необходимо 4-5л жидкости в сутки: кровь, плазма, белковые кровезаменители.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



Тестовый контроль.

1. Прямой симптом прободения язвы:

- а) рвота типа «кофейной гущи»;
- б) бледность кожных покровов;
- в) свободный воздух в брюшной полости;
- г) желудочное кровотечение.

2. Симптом Ситковского наблюдается при:

- а) острым панкреатите;
- б) острым аппендиците;
- в) острым холецистите;
- г) острой кишечной непроходимости.

3. Спленэктомия - это:

- а) операция по вправлению грыжи;
- б) оперативное удаление селезенки;
- в) дренаж для оттока гноя из раны;
- г) оперативное удаление аппендикита.

Тестовый контроль.

4. Боли иррадиирующие в правое предплечье, лопатку, ключицу, наблюдается при:

- а) острым панкреатите;
- б) ущемленной грыже;
- в) пенетрации язвы;
- г) острым холецистите.

5. Противопоказания к проведению операции при остром аппендиците:

- а) беременность;
- б) сахарный диабет;
- в) не существует;
- г) острый пиелонефрит.

6. Достоверный признак проникающего ранения:

- а) выпадение внутренних органов через раневое отверстие;
- б) кровотечение из раны;
- в) резкая боль разлитая по всему животу;
- г) оперативное удаление аппендикита.

Тестовый контроль.

7. Заболевание, при котором рвота имеет запах каловых масс:

- а) острый холецистит;
- б) острая кишечная непроходимость;
- в) ущемленная грыжа;
- г) проникающая травма живота.

8. Симптом Мерфи проявляется при:

- а) острым аппендиците;
- б) малигнизации язвы;
- в) острым холецистите;
- г) острой кишечной непроходимости.

9. Заболевание занимающее 2 место среди хирургических заболеваний живота:

- а) острый аппендицит;
- б) закрытое повреждение брюшной стенки;
- в) острый холецистит;
- г). острый панкреатит.

Тестовый контроль.

10. Осложнение язвенной болезни, сопровождающееся переходом язвенного процесса в онкологический:

- а) кровотечение;
- б) стеноз привратника;
- в) малигнизация;
- г) прободение.

11. При разрыве селезенки и печени характерно вынужденное положение пациента на:

- а) на левом боку;
- б) на спине, с опущенным головным концом;
- в) на животе;
- г) на боку с поджатыми ногами.

12. Одна из наиболее частых причин появления ущемленной грыжи:

- а) переедание;
- б) повышение внутрибрюшного давления;
- в) чрезмерное употребление алкогольных напитков;
- г) внедрение одного участка кишки в другой.

**Министерство здравоохранения Свердловской области
Нижнетагильский филиал
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»**

Основные группы заболеваний и повреждений при синдроме «острый живот».



МДК: 02.01. Сестринский уход при различных
заболеваниях и состояниях.

Сестринская помощь в хирургии

Исполнитель: Новикова Екатерина Сергеевна.

Руководитель: Голышева Наталья Геннадьевна.

Нижний Тагил, 2017 г.