Термином "острый живот" обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь. Первое врачебное обследование больного часто производиться вне стационара (на дому или в поликлинике). Задачей первичной диагностики является распознавание опасной ситуации и необходимости срочного хирургического лечения. При остром животе прогноз ухудшается с течением времени, поэтому врач обязан быстро госпитализировать больного в профильное учреждение, где в ближайшие время больному должны быть проведены необходимые диагностические и лечебные мероприятия. Даже при подозрении на острый живот больного следует немедленно госпитализировать.

Причины острого живота следующие.

1. Повреждения органов брюшной полости.

2. Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, в том числе и перитонит.

3. Перфорация полого органа.

4. Механическая кишечная непроходимость.

5. Острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью.

6. Внутренние кровоточения в просвет желудочно-кишечного тракта и в полость брюшины.

7. Острые воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты или опухоли яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичника.

Основные клинические признаки острого живота: боль в животе, анемия, шок.

Висцеросоматическая боль при воспалении органа.

Висцеросоматическая боль, сепсис при перитоните.

Острая спазматическая боль при обтурации полого органа (кишечник, желчные протоки).

Анемия при кровотечении в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость.

В методы первичного исследования больного входит следующее.

Анамнез: время и начало возникновения боли (внезапное, постепенное), локализация боли; диспепсические и дизурические явления; температура; перенесенные в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота.

Осмотр: вынужденное положение больного; беспокойство больного, меняет позу; адинамия, заторможенность; признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость слизистых оболочек полости рта); бледность, желтуха, выделения (рвота, стул, кровь).

Температура: подкрыльцовая и ректальная.

Показатели гемодинамики: пульс, артериальное давление, аускультация сердца.

Исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объем живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок).

Для определения показаний к срочной госпитализации достаточно установить, имеется ли перитонит, воспаление или закупорка органа, кровотечение.

Ни в коем случае не вводить наркотики и анальгетики, так как под их воздействием может измениться клиническая картина заболевания, что значительно затрудняет диагностику и может привести к задержке оперативного лечения.

Диагноз при направлении в стационар острый живот или при выявленной причине острого живота указывают нозологическую форму заболевания. К направлению на госпитализацию прилагают выписку из истории заболевания (данные анамнеза и о проведенном лечении).

При шоке необходимо во время транспортировки в специально оборудованной машине проведение противошокового лечения.

В методы исследования больного в стационаре входит общеклиническое исследование: анамнез, данные физикального исследования по системам.

При исследовании сердечно-сосудистой системы наряду с перкуссией и аускультацией сердца, определением частоты пульса, артериального давления при подозрении на инфаркт миокарда делают ЭКГ. При кровотечении, дегидратации для определения дефицита объема циркулирующей жидкости можно ориентироваться на шоковый индекс.

 частота пульса

Шоковый индекс = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 систолическое АД

В норме этот показатель составляет 0,5. Потери объема циркулирующей жидкости до 30% повышают шоковый индекс до 1, при этом показатели частоты пульса и систолического артериального давления около 100. При выраженной картине шока пульс 120 в минуту и систолическое артериальное давление около 80 мм. рт. ст., показатель шокового индекса повышается до 1,5 и свидетельствует о начале опасности для жизни больного. Шоковый индекс, равный 2 (пульс 140 в минуту, систолическое артериальное давление 70 мм. рт. ст.), соответствует уменьшению объема циркулирующей жидкости на 70%.

У женщин при сборе гинекологического анамнеза надо обратить внимание на перенесенные гинекологические заболевания, менструальный цикл, время последних менструаций. Причиной появления боли в животе в середине менструального цикла может быть апоплексия яичника. При задержке менструации есть основание подозревать внематочную беременность.

Исследование через влагалище обязательно надо проводить при всех острых заболеваниях органов брюшной полости. Это необходимо для диагностики гинекологических заболеваний, являющихся причиной острого живота, а также для выявления распространения воспалительного процесса на брюшину малого таза.

При исследовании через влагалище можно выявить болезненность сводов влагалища, болезненность и увеличение придатков матки и болезненное образование в маточной трубе при трубной беременности. Нависание сводов влагалища бывает при скоплении в полости малого таза крови или экссудата.

Лабораторные анализы: гемограмма, энзимы печени и поджелудочной железы.

Рентгенологическое исследование: рентгеноскопия грудной клетки, обзорная рентгенография живота (от диафрагмы до симфиза) для выявления подвижности диафрагмы, скопления свободного газа под диафрагмой и в кишечнике, уровней жидкости в кишечнике (при непроходимости); затемнения (экссудат); обзорная рентгенография и урография для выявления камней в почках и мочеточниках; рентгенконтрастное исследование с дачей в рот водорастворимого контраста при подозрении на перфорацию желудка или двенадцатиперстной кишки; ирригоскопия при подозрении на толстокишечную непроходимость.

Ультразвуковое исследование желчного пузыря, поджелудочной железы, печени, селезенки для выявления воспаления или повреждения органов.

Лапароскопия для выявления воспаления или повреждения органа. Диагностический перитонеальный лаваж производят при подозрении на перфорацию полого органа, внутрибрюшинное кровотечение, не выявляемые другими методами. В брюшную полость вводят катетер через небольшой разрез брюшной стенки по средней линии живота и производят промывание брюшной полости изотоническим раствором хлорида натрия . Примесь крови в промывной жидкости свидетельствует о внутрибрюшинном кровотечении, а желудочно-кишечного содержимого - о перфорации полого органа.

Дифференциальный диагноз.

Должны быть исключены заболевания, имитирующие острый живот: инфаркт миокарда, базальная плевропневмония, спонтанный пневмоторакс, почечная колика, капилляротоксикоз Шенлейна - Геноха, кишечные инфекции.

Предоперационная подготовка.

Противошоковые мероприятия (коррекция нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, при кровотечения - восполнение кровопотери). Введение антибиотиков при подтвержденном диагнозе воспаления, перфорации полого органа, кишечной непроходимости.

Лечение.

Лечение острого живота сводится к хирургическому лечение повреждений и заболеваний органов брюшной полости.

Подробнее остановимся на лечение перитонита.

Разлитой гнойный перитонит - абсолютное показание к экстренному хирургическому вмешательству.

Задачи операции по поводу разлитого перитонита: устранение источника инфицирования брюшной полости; удаление экссудата и инфицированного материала (фибринные пленки); механическое очищение (промывание) брюшной полости растворами антисептиков; декомпрессия кишечника; дренирование брюшной полости; надежное закрытие послеоперационной раны.

У подавляющего большинства больных в качестве операционного доступа используют срединную лапаротомию - доступ малотравматичный, дающий возможность провести адекватную ревизию органов брюшной полости.

В случае, если источником перитонита является орган, который может быть удален (червеобразный отросток, желчный пузырь), и технические условия позволяют это сделать, целесообразно убрать радикально источник инфекции из брюшной полости. При перфорации полого органа чаще всего выполняют ушивание перфоративного отверстия, тем более, если с момента перфорации прошло более 6 ч и можно ожидать массивное бактериальное загрязнение брюшной полости. При разрыве дивертикула или раковой опухоли ушивание дефекта органа, как правило, невыполнимо. Показана резекция пораженного органа или наложение разгрузочной колостомы. При послеоперационном перитоните, вызванном несостоятельностью швов ранее наложенного анастомоза, как правило, не удается ушить дефект в анастомозе вследствие выраженных воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях, поэтому чаще приходится ограничиваться подведением двухпросветной дренажной трубки к отверстию для аспирации кишечного содержимого, тампонированием данного участка для отграничения очага инфекции от остальных отделов брюшной полости или выведением самого анастомоза из брюшной полости в подкожную клетчатку или на кожу передней брюшной стенки.

Брюшную полость тщательно осушивают электроотсосом и марлевыми салфетками, удаляют рыхлые налеты фибрина. Затем следует промыть брюшную полость раствором антисептического вещества: диоксидином, фурацилином.

Декомпрессию кишечника осуществляют путем проведения в тонкую кишку через рот длинного двухпросветного дренажа с множественными отверстиями зонда или зонда через прямую кишку с последующей аспирацией находящихся в просвете кишечника жидкости и газа. После завершения декомпрессии кишечника в корень брыжейки вводят 100-120 мл 0,25% раствора новокаина для уменьшения в послеоперационном периоде болевых ощущений и предотвращению пареза кишечника. После этого приступают к дренированию брюшной полости.

При распространенном гнойном перитоните необходимо дренировать брюшную полость 4-5 толстыми дренажами. Дренажи располагают следующим образом: в правом подпеченочном пространстве, левом поддиафрагмальном, правом латеральном канале и в полости малого таза. Все дренажи выводят через отдельные проколы передней брюшной стенки. В брюшной полости оставляют 6-8 микроирригаторов для региональной антибиотикотерапии.

Для предотвращение нагноения послеоперационной раны в подкожной клетчатке оставляют тонкий дренаж с множеством отверстий для аспирации раневого содержимого и промывания подкожной клетчатки растворами антисептиков.

Если во время операции выявлен разлитой гнойный перитонит и источник инфекции удален, необходимо проведение перитонеального лаважа.

Антибактериальная терапия включает введение антибиотиков местно в брюшную полость через микроирригаторы и парентеральное применение антибиотиков.

Борьбу с паралитической непроходимостью кишечника начинают уже на операционном столе (декомпрессия кишечника, введение новокаина в корень брыжейки). После операции больному 2-3 раза в день откачивают желудочное содержимое, а если его количество достаточно велико (более 1 л) через нос в желудок вводят тонкий зонд для постоянной декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Кроме того, производят стимуляцию моторики кишечника. Для этого наиболее часто используют прозерин (ингибитор холинэстеразы), накожную электростимуляцию кишечной деятельности. Угнетающее действие токсинов на моторику кишки устраняют соответствующей дезинтоксикационной и инфузионной терапией.

Важной задачей остается коррекция кислотно-щелочного состояния, водоэлектролитного баланса, восполнение кровопотери