ГБОУ СПО НО ВМУ (Т)

Реферат

Острый живот

Выполнила: Кострова А.В.

студентка 3 "С" группы

Проверил: Самохин Н.П.

г.

Содержание

1. Острый аппендицит

. Острый холецистит

. Острый панкреатит

. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

. Кишечная непроходимость

. Кровотечение

. Перитонит

Список литературы

1. Острый аппендицит

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Относится к самым частым хирургическим заболеваниям у детей и взрослых. Причиной заболевания считаются гноеродные микробы, которые находятся в просвете отростка, проникают в его стенку и вызывают воспаление. Выделяют: катаральный, флегмонозный, флегмонозно-язвенный, гангренозный.

Жалобы:

• Тошнота, рвота 1-2 кратная и носит рефлекторный характер.

• Подъём температуры до 37-38єС.

• Боль в животе.

Характерные симптомы:

• напряжение мышц при пальпации;

• болевая реакция на пальпацию.

• симптома Воскресенского (рубашки) - усиление боли в правой подвздошной области при скользящем движении пальцев рук от эпигастральной области до пупартовой связки;

• симптома Ситковского - неприятное чувство в положении на левом боку;

• симптом раздражения брюшины - симптом Щеткина -Блюмберга.

• Боль в животе сначала в эпигастральной области или околопупочной области; нередко она имеет нелокализованный характер (боли "по всему животу"). Через несколько часов боль мигрирует в правую подвздошную область - симптом "перемещения" или симптом Кохера. Несколько реже болевое ощущение появляются сразу в правой подвздошной области. Боли носят постоянный характер; интенсивность их, как правило, умеренная. По мере прогрессирования заболевания они несколько усиливаются, хотя может наблюдаться и их стихание за счет гибели нервного аппарата червеобразного отростка при гангренозном воспалении. Боли усиливаются при ходьбе, кашле, перемене положения тела в постели. При ретроцекальной локализации - в правом боку или пояснице, нередко с иррадиацией в правое бедро.

Клиника.

Клиника уникально многообразна и зависит от места расположения аппендикса.

Острый аппендицит у детей младшей возрастной группы. У новорожденных до операции поставить диагноз чрезвычайно трудно. У детей до 3 лет клиническая картина развивается быстро, среди полного здоровья. От острой боли в животе меняется поведение ребенка (плач, беспокойство, отказ от пищи), нарушается сон. Появляется многократная рвота. Стул может быть учащен. Температура тела повышается до 38-39°. Выражена интоксикация (тахикардия, бледность кожных покровов, сухость губ, языка, страдальческое выражение лица).

Острый аппендицит у пожилых людей. Старый человек преуменьшает боль, хуже её локализует. Настроен оптимистично. Синдром интоксикации слабее. Может отсутствовать симптом мышечной защиты, причем заболевание разворачивается на фоне хронического метеоризма. Склонность к быстрому развитию деструктивных изменений.

Аппендицит при беременности

Острый аппендицит - самая частая причина неотложных хирургических вмешательств у беременных.

Анатомо-физиологические особенности женского организма затрудняют своевременную диагностику аппендицита. Это приводит к большей частоте развития осложнённых форм, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода.

Правильной хирургической тактикой является ранняя аппендэктомия у беременных. Она позволяет избежать осложнений и спасает как жизнь матери, так и ребёнка.

Особенности организма женщины при беременности, влияющие на постановку диагноза и хирургическую тактику:

• Стёртая клиническая картина "острого живота" вследствие гормональных, метаболических, физиологических изменений.

• Прогрессирующее ослабление мышц передней брюшной стенки за счет их растяжения растущей маткой

• Смещение внутренних органов растущей маткой: аппендикс и слепая кишка смещаются краниально, брюшная стенка поднимается и отодвигается от отростка.

У беременных при остром аппендиците отмечается острая боль в животе, которая приобретает постоянный ноющий характер и перемещается в место локализации отростка. Отмечают усиление боли в животе при повороте с левого бока на правый.

Обследование.

В крови при остром аппендиците: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. С целью диагностики применяют также лапароскопию.

Наиболее частый признак острого аппендицита - наличие свободной жидкости в правой подвздошной ямке (то есть, вокруг отростка) и (или) в полости малого таза (наиболее отлогом месте брюшной полости) - симптомы местного перитонита.

Ультразвуковое исследование при остром аппендиците не всегда специфично.

Рентгеноскопия (ирригоскопия) показана при подозрении на Хронический аппендицит.

Лечение.

Лечение острого аппендицита оперативное. Диагноз острого аппендицита является показанием к хирургическому вмешательству независимо от сроков заболевания или поступления в стационар.

Осложнения.

Острый аппендицит может сопровождаться тяжелыми, нередко угрожающими жизни осложнениями. К ним относится аппендикулярный инфильтрат (абсцесс), виутрибрюшные гнойники, перитонит и пилефлебит.

Тактика фельдшера.

На догоспитальном этапе запрещается: применять местное тепло /грелки/ на область живота, вводить наркотики и другие болеутоляющие средства, давать больным слабительное и применять клизмы. Срочная госпитализация.

. Острый холецистит

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

Жалобы:

Приступ сильных болей в правом подреберье, распространяющихся в правую поясничную область, правые плечо и лопатку. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения. Повышенная температура тела.

Симптомы:

· Резкая боль в животе в области правого подреберья. Боль при холецистите аналогична по силе и локализации боли при желчной колике, но длится дольше и является более сильной.

· Рвота и тошнота.

· напряжение мышц верхней части живота справа.

· Лихорадка при остром холецистите, как правило, несильная, и наблюдается у большинства больных.

· Ортнера - боль при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;

Клиника.

Боли в правом подреберье, желтуха, горечь во рту, тошнота, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Боль в правом подреберье возникает остро, связана с приемом жирной, острой пищи, нарастает по интенсивности, иррадиирует в правое надплечье, правую половину грудной клетки, правое плечо, лопатку. Возможна иррадиация в область сердца. Сильные боли могут длиться несколько дней. Со временем интенсивность болей снижается; они приобретают постоянный характер, становятся тупыми, периодически усиливаются. Рвота многократная, не приносящая облегчения. Стул - задержка. Живот вздут, болезнен при пальпации в области правого подреберья.

Определяются пальпаторно болезненные точки: на пересечении наружного края прямой мышцы живота и реберной дуги справа.

Диагностика.

. (УЗИ) внутренних органов.

. Холецистография, если результаты УЗИ двусмысленны или при подозрении на бескаменный холецистит.

Лечение.

Лечение острого холецистита консервативное. Общие принципы лечения:

Соблюдение строгой диеты.

Подавление болей при остром холецистите достигается за счет назначения препаратов из группы опиоидных анальгетиков (Омнопон, Морфин), для подавления воспаления больным острым холециститом дают кеторолак.

Для подавления инфекции используются антибиотики.В случае неэффективности медикаментозного лечения больному рекомендуют удаление желчного пузыря. .Холецистэктомия излечивает острый холецистит, устраняет болевой синдром и предотвращает развитие осложнений. Если состояние больного тяжелое, или пациент очень преклонного возраста, то иногда вместо удаления желчного пузыря делают так называемую холецистостомию, то есть введение трубки в желчный пузырь с целью наружного отведения гнойной желчи из пузыря. После этого острое воспаление в желчном пузыре обычно стихает.

Противопоказания к лапароскопии. К местным противопоказаниям относят острый холецистит более 3-4 суток, острый панкреатит, механическая желтуха, злокачественные новообразования пузыря, обширный спаечный процесс верхнего этажа брюшной полости, кальцификация стенки пузыря, рак пузыря.

Осложнения острого холецистита. Осложнения острого холецистита, как правило, развиваются у больных не получавших лечение или начавших лечение слишком поздно. Без лечения, примерно у 10% развивается ограниченная перфорация (разрыв) желчного пузыря и разлитой перитонит. Признаки осложненного течения острого холецистита это усиление боли в животе, повышение температуры, резкое ухудшение состояния больного.

Тактика фельдшера.

Положить пузырь со льдом на область желчного пузыря. Не обезболивать! Экстренная госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара.

. Острый панкреатит

Острый панкреатит - это острое воспалительное заболевание поджелудочной железы. Основными причинами возникновения острого панкреатита считаются: болезни желчевыделительной системы, прием алкоголя в большом количестве, травмы поджелудочной железы, прием некоторых медикаментов.

Ведущие симптомы:

· постоянная боль в эпигастрии (иногда опоясывающего характера);

· рвота повторная, не приносящая облегчения;

· метеоризм;

· напряжение мышц передней брюшной стенки;

· положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Клиника.

Начало острое, внезапное - резкая интенсивная боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область. Иногда боль имеет опоясывающий характер. Иррадиация боли может быть в левое плечо, лопатку, в сердце. Связь боли с употреблением алкоголя, жирной или острой пищи.

Рвота повторная, неукротимая, не приносящая облегчения.

Стул - задержка стула, газов.

Язык - сухой, густо обложен желтым или бурым налетом.

Живот - вздут, болезнен в эпигастральной области, отсутствует пульсация брюшной аорты (симптом Воскресенского), болезненность в реберно-позвоночном углу. Слабая перистальтика кишечника. Напряжение мышц в эпигастральной области, положителен симптом Щеткина-Блюмберга.

Иногда в области проекции поджелудочной железы пальпируется инфильтрат, который может распространяться и на другие области брюшной полости.

Диагностика. При подозрении на острый панкреатит необходимо произвести биохимической анализ крови, который выявляет повышение в крови уровня панкреатических ферментов: амилазы и липазы. Для подтверждения диагноза в некоторых случаях прибегают к диагностической лапароскопии, или делают УЗИ органов брюшной полости.

Лечение. Лечение острого панкреатита в большинстве случаев производится консервативно, т.е. с помощью лекарств. Основными принципами лечения острого панкреатита являются: соблюдение диеты, устранение боли, очищение крови от высвободившихся ферментов поджелудочной железы, а также симптоматическое лечение. Соблюдение диеты при остром панкреатите обеспечивает покой воспаленной поджелудочной железе. В течение первых 3-6 дней от начала болезни показан голод. Больному можно только пить воду. Питание производится парентерально, т.е. с помощью питательных растворов, вводимых внутривенно. На 3-6 день в зависимости от тяжести заболевания, назначают небольшие количества жидкой пищи. Обезболивание - с помощью наркотических (морфин) или ненаркотических обезболивающих. Инфузионная терапия - внутривенное вливание большого количества специальных растворов, которые, разбавляя кровь, помогают снизить в ней концентрацию ферментов поджелудочной железы. Препараты, разрушающие ферменты поджелудочной железы, попавшие в кровь (Контрикал, Трасилол и др.) Симптоматическое лечение - противорвотные препараты при многократной рвоте, лечение сердечной недостаточности, повышение уровня кальция в крови при его снижении и др. Антибиотики, как правило, назначают с целью профилактики инфицирования поврежденных органов.

Если в течение 7 дней после начала консервативного лечения состояние не улучшается, как правило, требуется оперативное вмешательство - лапаротомия и удаление некротизированных тканей поджелудочной железы.

Осложнения.

1. Панкреонекроз.

. Профузное кровотечение.

. Панкреатический асцит.

. Механическая желтуха.

Тактика фельдшера.

Холод (пузырь со льдом) на эпигастральную область.

Экстренная госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара. Транспортировка на носилках.

. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки - тяжелое осложнение острой либо хронической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, которое развивается в результате возникновения в стенке органа сквозного дефекта, открывающегося, как правило, в свободную брюшную полость или в забрюшинное пространство.

Ведущие симптомы:

1. "кинжальная" боль в эпигастральной области;

2. синдром шока;

. напряжение мышц живота;

. исчезновение печеночной тупости.

Клиническая картина.

Первая стадия - стадия шока.

(первые 6 часов):

1. внезапная резкая боль в эпигастрии;

2. возможна рвота;

. бледность кожи с цианозом губ;

. холодный пот;

. дыхание поверхностное;

. АД снижено, брадикардия;

. живот в дыхании не участвует;

. пальпаторно - "доскообразный" живот;

. симптом Щеткина-Блюмберга положителен;

. перкуторно над областью печени - тимпанит.

Стадия мнимого благополучия (после 6 часов):

1. уменьшение боли в животе;

2. появление симптомов перитонита;

. тахикардия;

. повышение температуры тела;

. сухость языка;

. нарастание метеоризма;

. задержка стула и газов;

. перистальтика вялая;

. жидкость в отлогих местах живота.

Стадия перитонита (через 10-12 часов от момента прободения):

1. усиление болей в животе;

2. метеоризм, задержка газов;

. перистальтические шумы ослаблены (исчезают);

. нарастание тахикардии;

. температура тела повышается;

. симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Прикрытая перфорация начинается также с "кинжальной" боли, шока, напряжения мышц передней стенки живота. Через какое-то время (по мере прикрытия отверстия) эти симптомы исчезают. Появляются симптомы вяло текущего перитонита. При прободении в сальник шока может не быть. Симптомы раздражения брюшины не выражены. При прободении в забрюшинное пространство в первые часы возможно появление подкожной эмфиземы в поясничной области справа.

Лечение.

Основной метод лечения перфоративной язвы - хирургический. Летальность после операций, произведенных в первые 6 ч от момента прободения, составляет 2-4% или же равна нулю, а с каждым последующим часом она увеличивается, достигая 20-40% у оперированных через 12-24 ч. Консервативное лечение приходится проводить и в тех крайне редких случаях, когда больной категорически отказывается от операции. Осуществляют постоянную аспирацию желудочного содержимого через трансназально проведенный зонд; одновременно проводят лечение большими дозами антибиотиков, противошоковую терапию, коррекцию водноэлектролитного баланса. Больной получает полноценное парентеральное питание Оперативное лечение прободных язв преследует прежде всего основную цель - спасение жизни больного. Перед операцией осуществляют противошоковую и дезинтоксикационную терапию.

Тактика фельдшера.

Положить холод на живот. Противошоковые препараты (кордиамин, преднизолон внутримышечно). Экстренная госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Осложнения.

Часто прободная язва желудка сопровождается обширным кровотечением желудка. Может быть перитонит, послеоперационная пневмония и тяжелые сопутствующие заболевания.

. Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость - синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному каналу и обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника.

Классификация:

1. По морфофункциональным признакам:

§ Динамическая кишечная непроходимость - нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого:

§ Паралитическая кишечная непроходимость (в результате снижения тонуса миоцитов кишок);

§ Спастическая кишечная непроходимость (в результате повышения тонуса);

§ Механическая кишечная непроходимость - окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обусловливает нарушение кишечного транзита:

§ Странгуляционная кишечная непроходимость - возникает при сдавлении брыжейки кишки, что приводит к нарушению питания. Классическими примерами странгуляционной кишечной непроходимости являются заворот, узлообразование и ущемление.

§ Обтурационная кишечная непроходимость- возникает при механическом препятствии продвижению кишечного содержимого. Причиной могут быть крупные желчные камни, попавшие в просвет кишки через внутренний желчный свищ, каловые камни, гельминты, инородные тела, опухоли, рубцовые стенозы;

§ Смешанная непроходимость кишечника (сочетание странгуляции и обтурации):

§ Инвагинационная кишечная непроходимость как результат инвагинации;

§ Спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся за счёт сдавления кишечника спайками брюшной полости.

2. По клиническому течению: острая и хроническая;

3. По уровню непроходимости: высокая (тонкокишечная) и низкая (толстокишечная);

. Полная и частичная;

. По происхождению: врождённая и приобретённая.

Симптомы непроходимости кишечника. Заболевание начинается внезапно. Боль, как правило, имеет схваткообразный характер и совпадает с очередной перистальтической волной. В интервалах между схватками пациент может чувствовать себя совершенно здоровым, характерная начальная картина непроходимости вырисовывается именно во время очередной болевой схватки.

Вторым важным признаком является тошнота и рвота. При высокой кишечной непроходимости рвота повторяется через короткие промежутки времени, всегда бывает многократной. Если вначале рвотными массами являются остатки пищи, то в дальнейшем они представляют собой обильное жидкое содержимое, проникающее в желудок из кишечника и интенсивно окрашенное желчью. Чем выше уровень препятствия, тем сильнее рвота. В более поздние сроки появляется каловый запах в рвотных массах.

Третий характерный признак - задержка отхождения стула и газов. Наиболее ранним объективным симптомом кишечной непроходимости является усиленная перистальтика. Усиленную перистальтику раздутых кишечных петель иногда удается видеть у худых пациентов. Вздутие живота - характерный объективный симптом нарушенной проходимости кишечника.

Диагностика.

Ректальное и влагалищное исследования, при которых можно обнаружить воспалительный инфильтрат или опухоль в полости малого таза, обтурацию прямой кишки каловым камнем или опухолью и др.Особенно важное значение в диагностике непроходимости кишечника. имеет рентгенологическое исследование.

Лечение.

Больной, у которого диагностирована или заподозрена кишечная непроходимость, нуждается в экстренной госпитализации в хирургическое отделение. Вследствие быстро наступающего, прогрессирующего, нередко катастрофического обезвоживания при высокой тонкокишечной непроходимости требуется незамедлительная терапия, направленная на компенсацию огромных потерь жидкости и электролитов (вливание в вену 1,5-2 л изотонического раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы, полиглюкина); такая терапия должна проводиться по возможности и во время транспортировки больного. До осмотра врачом нельзя давать слабительные средства, вводить обезболивающие препараты, выполнять клизмы и промывания желудка.

В стационаре при отсутствии выраженных признаков механической непроходимости проводят комплекс консервативных мероприятий: отсасывание желудочно-кишечного содержимого через тонкий зонд, введенный через нос; при усиленной перистальтике вводят спазмолитики. При механической непроходимости в случае неэффективности консервативной терапии выполняется экстренная операция (рассечение спаек, раскручивание заворота, резекция кишки при ее некрозе, наложение кишечного свища для отведения кишечного содержимого при опухолях толстой кишки). В послеоперационном периоде продолжают мероприятия, направленные на нормализацию водно-солевого и белкового обмена (внутривенные вливания солевых растворов, кровезаменителей), противовоспалительную, антикоагулянтную терапию, стимуляцию моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и др.

Наиболее частым и тяжелым осложнением острой кишечной непроходимости является перитонит.

Тактика фельдшера.

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение стационара. Не обезболивать! Транспортировка на носилках в горизонтальном положении с валиком под коленями.

аппендицит кровотечение язва перитонит

6. Кровотечение

Кровотечение - выхождение крови из кровеносного русла. Массивные кровотечения из ЖКТ нередко являются причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.

Чаще всего кровотечение обусловлено:

нарушением проницаемости сосудистой стенки;

кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени;

кровотечение из разрывов слизистой пищевода и желудка.

Выделяют кровотечения из верхних отделов ЖКТ (90% случаев), когда источник кровопотери располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (проксимальнее связки Трейтца), и нижних отделов ЖКТ - источник в тощей и подвздошной (1%), толстой кишке (9%)

Классификация.

Желудочно-кишечные кровотечения классифицируют по причине, локализации источника кровотечения, характеру (острые, профузные, рецидивные и повторные) и взависимости от степени кровопотери.

По степени тяжести: лёгкой, средней тяжёлой.

Клиника.

Выделяют скрытый период, когда отсутствуют очевидные признаки желудочно-кишечного кровотечения и период явных признаков (рвота, мелена). При внутренних кровотечениях кровь может изливаться наружу неизменённой (ишемический колит, распад опухолей толстой и прямой кишок, острый геморрой), а также в виде рвоты, кровянистой слизи, мелены.

Рвота:

· - алой кровью (синдром Мэллори-Вейсс, рак пищевода или кардии желудка);

· - тёмной кровью (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии);

· - по типу "кофейной гущи" (кровотечения из хронической или острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки).

Кровянистая слизь (дизентерия, неспецифический язвенный колит, трещина прямой кишки).

Мелена (чёрный стул за счёт превращения гемоглобина в гемосидерин)

при кровотечении из верхних отделов ЖКТ.

При выраженной кровопотере наблюдают:

бледность кожных покровов и конъюнктивы;

частый и мягкий пульс;

слабость;

головокружение при вставании или потерю сознания (коллапс);

снижение АД.

Возможные осложнения.

Наиболее тяжёлое осложнение - геморрагический шок. Кровотечение может привести к уменьшению или исчезновению признаков основного заболевания, приведшего к этому осложнению, и спровоцировать его обострение.

У больных с патологией печени кровотечение может вызвать развитие печёночной недостаточности; при сочетании болезни, приведшей к кровотечению, с ИБС может развиться приступ стенокардии или инфаркт миокарда, обострение гипертонической болезни, сахарного диабета, почечная недостаточность и т.п.

Диагностика.

Желудочного кровотечения:

• Рвотные массы цвета "кофейной гущи".

• Мелена.

• Слабость, головокружение.

• Бледность кожных покровов.

Из толстого кишечника:

• Неизмененная кровь в стуле.

• Отсутствие рвоты.

• Общая слабость.

При острой кровопотере:

• Симптомы геморрагического шока .

• Обморочные состояния.

Лечение.

Показания к госпитализации.

При очевидных симптомах или подозрении на продолжающееся или состоявшееся кровотечение больного нужно экстренно госпитализировать. Транспортировка в положении лёжа на носилках с приподнятых головным концом.

Лечение на догоспитальном этапе.

Основная задача при желудочно-кишечном кровотечении - экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС. При наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия и гипотония ) начать переливание жидкости в/в капельно: раствор глюкозы 5% - 400 мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 400 мл.

Если у больного нет признаков геморрагического шока, то не стоит торопиться с инфузионной терапией.

При кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта:

в/в медленно, в течение 2 мин фамотидин 20 мг (1 ампулу предварительно развести в 5-10 мл 0,9% р-ра натрия хлорида).

# 7. Перитонит

Перитонитом называют воспаление брюшины, оболочки, выстилающей брюшную полость и покрывающей внутренние органы, находящиеся в брюшной полости. Вместе с тем существуют формы местного перитонита:

Причины заболевания. Воспаление брюшины может происходить в результате бактериального инфицирования или воздействия агрессивных агентов неинфекционного характера: крови, жёлчи, желудочного сока, панкреатического сока, мочи. Наиболее часто перитонит является результатом перфорации или деструкции органов брюшной полости (при аппендиците, разрыве дивертикула толстой кишки, кишечной непроходимости, остром панкреатите и др.), что приводит к попаданию в брюшную полость содержащих бактерии каловых масс или гноя. Более редкая причина проникающие ранения брюшной полости, когда инфекция заносится либо извне, либо с содержимым поврежденных полых органов. В некоторых случаях причиной перитонита становится гематогенное распространение инфекции из очагов в органах и тканях. Симптомы перитонита.

Клиническая картина перитонита, как правило, развивается остро и быстро. В отсутствие лечения от начала воспалительного процесса до смерти больного нередко проходит всего 23 суток. Симптомы перитонита включают резкую, постоянно усиливающуюся при перемене положения боль в животе, тошноту, рвоту, быстрый подъем температуры вплоть до высоких цифр, сопровождающейся ознобом и потливостью; потерю аппетита. При осмотре обнаруживается твердый болезненный живот, частый пульс, иногда падение артериального давления. В крови возрастает число лейкоцитов клеток, борющихся с инфекцией. При рентгенологическом исследовании брюшной полости обычно видны заполненные жидкостью, растянутые петли кишечника, а при вертикальном положении больного скопление воздуха под диафрагмой, что является специфическим диагностическим признаком перфорации полых органов.

Диагностика перитонита

УЗИ брюшной полости, общий анализ крови, обзорную рентгенограмму брюшной полости.

Лечение.

Лечебная тактика при перитоните зависит от причины его возникновения. Необходимо хирургическое вмешательство и массивная антибиотикотерапия. Вероятнее всего в послеоперационном периоде пациенту потребуется интенсивная терапия в отделении реанимации.

Тактика фельдшера.

Необходимо сразу же обратиться к врачу, а не ждать их спонтанного ослабления. Своевременный вызов "скорой помощи" в большинстве случаев является решающим в спасении пациента.

Список литературы

1. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия

. Лазарева Г.Ю. Справочник фельдшера

. Лекции по хирургии

. Интернет