Введение

1. Сущность понятия «острый живот»

2. Симптомы острого живота

3. Синдром острого живота при острых инфекционных заболеваниях

4. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Вывод

Использованная Литература

Введение

Обсуждение проблемы тактики и стратегии поведения врача при наличии у пациента острой абдоминальной боли (ОАБ) не вызывает сомнения. Это обусловлено тем, что ОАБ - одно из самых частых оснований для экстренной госпитализации. Так, в США с жалобами на острую боль в животе обращаются 5-10 млн. человек ежегодно. При этом в 40% случаев при поступлении обнаруживается синдром острого живота (СОЖ).

Актуальность темы «Острый живот» (ОЖ) обусловлена необходимостью выделения пациентов (в первые часы наблюдения и обследования), нуждающихся в срочном оперативном лечении (чаще они имеют хирургические, гинекологические и урологические заболевания). Остальные больные должны быть переданы терапевтам, эндокринологам, инфекционистам, неврологам, профпатологам и врачам других специальностей.

В ряде случаев только четкая последовательность действий позволяет избежать развития у пациента тяжелых осложнений. Каждый врач должен иметь четкие, аргументированные ответы на вопросы: какая последовательность действий при наличии у пациента с синдромом острого живота, какие диагностические и лечебные мероприятия необходимо проводить при возникновении данной ситуации в амбулатории семейного врача, поликлинике, терапевтическом стационаре.

1. Сущность понятия «острый живот»

Острый живот - представляет собой симптомокомплекс, отражающий патологическое состояние организма, при котором произошло серьёзное повреждение органов брюшной полости с раздражением брюшины. Характеризуется резкими сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки[1].

Само словосочетание «острый живот» без предварительных пояснений воспринимается как вульгаризм, медицинский жаргон, а не диагноз. Когда и кем оно впервые было использовано - утверждать трудно. В отечественной медицинской литературе это выражение получило распространение после публикации в 1940 году перевода книги Генри (франц. - Анри) Мондора «Неотложная диагностика. Живот». В предисловии к книге известный хирург использовал в качестве синонимов выражения «острый живот» и «брюшная катастрофа», заключив их в кавычки. Видимо, такое обозначение призвано характеризовать эксквизитность ситуации, оправдывающую образность изложения существа проблемы. Приводится и обоснование отступления от традиционного научного стиля.

По мнению Мондора, согласующемуся по принципиальным позициям с другими публикациями первой половины XX столетия, в случае задержки на 20 часов операции у 9 из 10 больных с внематочной беременностью. Также у 9 из 10 больных с прободным аппендицитом и у всех больных с перфорацией гастро-дуоденальных язв не удается избежать смертельного исхода, который при раннем адекватном вмешательстве у большинства подобных больных может быть предотвращен.

Вслед за книгой Мондора вышло в свет руководство по диагностике «острого живота» под редакцией известного отечественного хирурга Н.Н.Самарина, выдержавшее два издания (последнее в 1952 году). В нем требования к срокам операции ужесточаются: 6 часов, и не со времени госпитализации, а от появления первых признаков болезни, заставивших больного осознать опасность своего положения и обратиться к врачу. Все это относится к достаточно отдаленным временам, когда объективные методы диагностики были весьма скудными. Тогда умение врача проникать в существо патологического процесса посредством тщательного сбора анамнеза и использования собственного «тактильного таланта» (выражение Мондора) оказывалось жизненно необходимым. Но необходимо ли оно теперь, после внедрения современных объективных методов диагностики, новых технологий хирургического лечения и анестезиологического обеспечения операций? И если необходимо, то для каких целей?

Отвечая на эти вопросы, следует, прежде всего, констатировать, что неудовлетворенность результатами хирургического лечения острых заболеваний органов брюшной полости сохраняется и поныне, но главное - она поддерживается теми же причинами, что и прежде.

Об этом свидетельствуют, в частности, результаты анализа оказания неотложной помощи больным с острой хирургической патологией в Санкт-Петербурге за период с 1991 по 2002 годы, проведенного службой главного хирурга комитета по здравоохранению Администрации города профессора А.Е.Борисова при активном участии Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга. Анализ убедительно показал, что прямая зависимость послеоперационной летальности от увеличения сроков госпитализации больных и выполнения необходимого для них оперативного вмешательства, подтверждается объективными данными. Так, при ущемленных грыжах, кишечной непроходимости и перфоративных язвах, где временной фактор имеет особую значимость, госпитализация больных в первые 6 часов обеспечила среднюю летальность соответственно 2,8 %, 5,8 %, и 2,5 % (что в целом соответствует неплохим показателям в стране и в мире), а в случае поздней госпитализации и выполнения операции более, чем через сутки от начала заболевания, показатели летальности возрастали до 15,2 %, 14,8 %, и 21,6 %, соответственно. Правда, задержка госпитализации на длительный срок наблюдается не столь часто, но главное - она встречается и служит основанием для разборов на лечебно-контрольных комиссиях. Важно отметить и тот факт, что необоснованная задержка хирургического лечения после госпитализации наблюдается достоверно реже в крупных многопрофильных стационарах, ориентированных преимущественно на оказание неотложной помощи, по сравнению с небольшими городскими больницами, где настороженность относительно основных форм острого живота выражена в меньшей степени. При этом наибольшее количество врачебных ошибок связано с неэффективностью первичной диагностики. Такой вывод подтверждается материалами разборов 92 историй болезни пациентов, поступивших в хирургические стационары города за 2000-2002 гг. и имевших смертельно опасные осложнения. Из 5 историй болезни со смертельным исходом, разбиравшихся в связи с неадекватным лечением, у троих больных основной причиной смерти явилась поздняя (более трех суток!) диагностика острой кишечной непроходимости. Запоздалое выявление ущемленной грыжи стало причиной смерти пожилого больного с ожирением, которого 26 часов лечили в хирургическом стационаре по поводу «спаечной болезни». У 6 больных летальный исход наступил в результате неэффективной диагностики деструктивных форм острого панкреатита и его осложнений. Среди больных, умерших после операции по поводу острого деструктивного холецистита, развившегося на фоне тяжелой возрастной общесоматической патологии, более 45 % поступили в хирургические отделения на вторые-четвертые сутки от начала заболевания. [2].

. Симптомы острого живота

Основные клинические симптомы острого живота - боли в животе, рвота, кровотечение, шок, резкое повышение температуры тела, частоты пульса и дыхания - могут быть обусловлены следующими причинами:

. Внутрибрюшинные воспалительные заболевания, требующие неотложной операции:

аппендицит и его осложнения;

механическая острая непроходимость кишечника (рак толстой кишки, спайки, наружные и внутренние ущемленные грыжи, инвагинация кишечника и др.) со странгуляцией брыжейки или без нее;

острый деструктивный холецистит; - перфорация язвы, дивертикула толстой кишки и других полых органов;

- острый геморрагический панкреатит;

эмболия или тромбоз мезентериальных сосудов;

- перитонит и абсцессы брюшной полости (абсцедирующий сальпингит).

2. Острые желудочно-кишечные кровотечения:

кровоточащая язва желудка или двенадцатиперстной кишки;

варикозное расширение вен пищевода и кардии;

- синдром Мэллори-Вейса;

геморрагический гастрит;

злокачественные и доброкачественные опухоли желудка, тонкой и толстой кишки;

аноректальные кровотечения.

. Проникающие ранения и тупые травмы живота с повреждением селезенки, печени, поджелудочной железы, кишечника.

4. Заболевания органов брюшной полости, не требующие неотложной операции:

желудочно-кишечные (гастроэнтерит, пенетрирующая язва, острый холецистит и печеночная колика, гепатит, острая печеночная порфирия, иерсиниозы, псевдомембранозный энтероколит, карциноматоз брюшины);

гинекологические (сальпингит, дисменорея, боли внизу живота в середине менструального цикла);

почечные (почечная колика, пиелонефрит, инфаркт почки, паранефрит, острый гидронефроз).

. Экстраабдоминальные (внебрюшинные) заболевания:

сердечно-сосудистые (инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, перикардит, застойная печень, angina abdominalis, или брюшная жаба);

плевролегочные (пневмония, плеврит, эмболия легочной артерии);

урогенитальные (острая задержка мочи, заворот яичника);

неврологические (грыжа Шморля, или межпозвонкового диска);

поперечные параличи вследствие повреждения спинного мозга (миелит, травма), истерия;

повреждения опорно-двигательного аппарата (переломы позвонков, ребер);

прочие (диабетическая и уремическая комы, гемолитические и лейкемические кризы, геморрагическая пурпура Шенлейна-Геноха, болезнь Верльгофа, острая порфирия, интоксикация при отравлении свинцом, мышьяком, коллагенозы и др.).

В первичное обследование больного входят следующие методы выявления симптомов острого живота. 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. При сборе гинекологического анамнеза следует обратить внимание на перенесенные гинекологические заболевания, менструальный цикл, время последней менструации. Причиной появления боли в животе в середине менструального цикла может быть апоплексия яичника, при задержке менструации следует исключить внематочную беременность.

Осмотр. Обращают внимание на вынужденное положение больного, беспокойство, частое изменение позы, адинамию, заторможенность, признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость видимых слизистых оболочек, бледность, желтушность кожных покровов), выделения (характер рвотных масс и стула, примесь крови). Медленное расправление кожи, взятой в складку, может расцениваться как признак снижения тургора кожи в связи с обезвоживанием организма.

Температура определяется чаще в подмышечной ямке или в прямой кишке, где она обычно выше.

Пульс, артериальное давление необходимо измерять повторно. Также обязательны исследование сердца, легких (перкуссия, аускультация).

При кровотечении, обезвоживании для определения дефицита объема жидкости, циркулирующей в сосудистом русле, можно ориентироваться на показатель индекса шока (I) по Алговеру (частоту сердечных сокращений делят на величину систолического артериального давления). Нормальный показатель индекса равен 0,5, показатель угрожающего шока - 1, 0, показатель шока - 1 , 5.

При индексе шока, равном 1, объем циркулирующей жидкости ориентировочно уменьшен на 30%; при индексе до 1 , 5 потеря достигает 50%, а при индексе 2, когда частота сердечных сокращений достигает 140 в 1 мин, систолическое АД равно 70 мм рт. ст., объем циркулирующей жидкости уменьшается на 70%[3].

. Синдром острого живота при острых инфекционных заболеваниях

Распознавание синдрома острого живота при острых инфекционных заболеваниях - недавно определившийся раздел неотложной диагностики. Как известно, острые инфекционные заболевания, в отличие от нозологических форм, объединяемых синдромом острого живота, представляют собой специфические моноинфекции со свойственным каждому из них циклическим течением. Ещё не так давно, лет 15-20 назад, дежурный хирург приемного покоя, осмотрев больного с жалобами на боли в животе и обнаружив у него убедительные признаки кишечной инфекции (частый жидкий стул с примесью слизи и крови, лихорадку, рвоту), руководствовался отработанным алгоритмом: связывался по телефону с местным эпидемиологическим центром, получал эпидномер и переправлял пациента в инфекционную больницу.

Положение стало меняться в последние десятилетия. В нашей стране изначально этому способствовало в 30-50-е годы развитие здравоохранения в среднеазиатских республиках, обнажившее проблему брюшнотифозных перфораций кишечника. Ранее такие больные погибали без оказания хирургической помощи. Затем, с 60-70-х годов стали появляться сообщения о причастности псевдотуберкулеза, иерсиниоза, сальмонеллеза и дизентерии к этиологии острого аппендицита, включая и деструктивные его формы.

Важным этапом устойчивой фиксации внимания к сопряженности вопросов диагностики и лечения острых инфекционных болезней и деструктивно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости стала локальная война в Афганистане 1979-1989 гг. Когда в начальном периоде войны распространение среди воинского контингента советских войск сальмонеллеза, бактериальной дизентерии, амебиаза, малярии в отдельных гарнизонах приняло эпидемический характер, стали проявляться некоторые факторы этиопатогенеза, определившие необходимость серьезных организационных решений. Прежде всего, обратило на себя внимание нарушение цикличности брюшного тифа. Согласно классической схеме патогенеза этой моноинфекции, перфорации тонкой кишки, если они возникают, становятся следствием некроза поврежденных сальмонеллами пейеровых бляшек, расположенных, как известно, в нижних отделах подвздошной кишки. И происходит это, как правило, на третьей неделе болезни. Однако в реальных условиях военных действий в условиях жаркого климата и горно-пустынной местности события развивались иначе.

Признаки перфорации кишечника наблюдались, начиная с первой недели болезни и после третьей недели. Располагались перфорации на любом уровне подвздошной кишки, а иногда - в верхних отделах тощей кишки. Хирургическое устранение перфораций не исключало неоднократного возникновения новых язв и их перфорации. В отдельных случаях релапаротомии по поводу прободения язв производились дважды и даже трижды, что, к слову, не исключало благоприятного окончательного исхода. Следует заметить, что специфическая инфекция имела отношение только к формированию патоморфологического субстрата. Из перитонеального экссудата всегда высевалась только кишечная микрофлора.

Характерно, что наиболее часто такие нарушения цикличности болезни наблюдались у военнослужащих, получивших ранения в латентном её периоде. Большинству из них выполнялись операции по поводу ранений и проводилась интенсивная антибиотикотерапия. Подобные наблюдения, а также опыт диагностики и лечения больных с перфорацией язв при дизентерии Флекснера, с гнойными абсцессами при амебиазе печени, с разрывами увеличенной селезенки у больных малярией показали необходимость участия хирургов в диагностике и лечении инфекционных больных. При этом сохраняются все классические признаки диагностики острого живота, но распознаются они и получают практическую реализацию лишь в том случае, если диагностику осуществляет хирург в процессе совместной работы с инфекционистом. Только хирург имеет право и обязанность поставить диагноз, требующий неотложной операции, определить к ней показания и выполнить эту операцию. Это должно быть организационно оформлено. Во время афганской войны с этой целью создавались хирургические отделения в инфекционных полевых госпиталях.

Полученный опыт частично получил отражение в монографии К.М. Лисицына и А.К. Ревского «Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных заболеваниях», вышедшей в 1988 году. Обобщенные данные представлены во втором томе трехтомного издания «Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане в 1979-1989 г.г.», вышедшем в 2003 г. (ред.тома И.А. Ерюхин и В.И. Хрупкий).

Данные, полученные военными хирургами, получили развитие в мирное время. Анализ неблагоприятных исходов перитонитов, обусловленных острыми инфекционными болезнями в Ленинграде (Санкт-Петербурге), и неудовлетворенность результатами лечения этих перитонитов послужили основанием для открытия в конце 80-х годов пока единственного в стране инфекционно-хирургического отделения при городской инфекционной больнице № 30 им. СП. Боткина. Опыт работы этого отделения убедительно подтверждает два важных обстоятельства. Во-первых, созданное инфекционно-хирургическое отделение органично вписалось в систему оказания неотложной хирургической помощи населению города. Во-вторых, диагностическая работа хирургов данного отделения строится, исходя из основных принципов диагностики острого живота, представленных в настоящей главе. При этом главный смысл работы хирургов состоит не только в ранней диагностике опасных осложнений инфекционных заболеваний, но также в создании на базе отделения методологического центра по совершенствованию диагностики синдрома острого живота, развивающегося у больных, имеющих неоспоримые признаки кишечных инфекций или других инфекционных болезней[2].

острый живот боль догоспитальный

4. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Первая помощь при остром животе.

При подозрении на острый живот необходимо немедленно вызвать «скорую помощь».

До прибытия врача больному требуется:

· -горизонтальное положение и покой;

· -холод на область живота;

· -голод.

При шоке проводятся противошоковые мероприятия.

При подозрении на острый живот нельзя:

· -кормить и поить больного;

· -давать обезболивающие лекарства и алкоголь;

· -греть область живота;

· -делать клизму и вызывать рвоту;

· -медлить с обращением к врачу[4].

Особенностью ОХЗ (острых хирургических заболеваний) при всем различии причин их возникновения и патогенетических механизмов является то, что все они представляют непосредственную угрозу для жизни больного и не только вследствие деструкции того или иного внутреннего органа или развития перитонита, лечение которых возможно лишь в условиях хирургического стационара и, естественно, не входит в задачи догоспитальной помощи. Динамика ОХЗ во многих случаях приводит к развивающемуся в течение очень короткого времени фатальному нарушению жизненно важных функций организма; при этом появляются четкие показания для проведения экстренной операции, что уменьшает на догоспитальном этапе потребность в точном топическом диагнозе.

Таким образом, в задачи врачей, оказывающих медицинскую помощь при ОХЗ на догоспитальном этапе, входит не столько точная диагностика заболевания, сколько проведение следующих мероприятий:

· оценка симптомов заболевания и квалификации пациента как больного с ОХЗ органов брюшной полости;

· выявление и оценка угрожающих жизни клинических синдромов;

· профессиональное поддержание жизнедеятельности организма больного в течение всего времени, необходимого для транспортировки пациента в стационар;

· как можно более спешная и целенаправленная транспортировка пациента в стационар.

Определение причины острой боли в животе - одна из наиболее сложных задач, которую приходится решать врачу. Наверное, не покажется преувеличением утверждение, что ни в одной другой клинической ситуации ответственность и мастерство врача СМП не влияют столь сильно на судьбу или жизнь пациента. Происходит это потому, что катастрофические для человека последствия должны быть спрогнозированы в результате тщательно проведенного опроса и осмотра на основании часто едва заметных симптомов и признаков болезни. Следует иметь в виду, что острая боль в животе может быть связана с метаболическими расстройствами при эндогенных интоксикациях: диабетическом кетоацидозе, надпочечниковой недостаточности, порфирии, уремии. ОАБ могут возникнуть и под влиянием ряда экзогенных факторов: хронической интоксикации свинцом, укусе ядовитого насекомого.

Нередко причиной острой боли в животе являются заболевания органов, находящихся вне полости живота: болезни органов малого таза, пневмония, плеврит, инфаркт миокарда, пиелонефрит и паранефрит и т. д.

ОАБ может развиваться при заболеваниях нервной системы, приводящих к поражению чувствительных нервов: при сухотке спинного мозга, опоясывающем лишае, каузалгии, а также иметь психогенный характер.

При опросе больных необходимо, насколько это возможно, выяснить точное время (час и минуту) появления боли, а также обстоятельства, при которых она возникла. Внезапная боль возникает практически мгновенно (в течение секунд или минут) и, как правило, носит выраженный характер. Такое начало заболевания характерно для перфорации внутреннего органа, разрыва аневризмы аорты, перекрута яичника, спонтанного пневмоторакса, деструкции межпозвонкового диска. Постепенное начало боли (в течение десятков минут, часов или дней) сопровождается ее неуклонным нарастанием. Такое начало болезни характерно для острого холецистита, аппендицита, дивертикулита, непроходимости тонкой кишки, острой мезентериальной ишемии, острой задержки мочи и т. д. Медленное развитие боли (в течение нескольких дней или недель) характерно для злокачественных новообразований, например при развитии кишечной непроходимости в случае обтурирующей опухоли толстой кишки. Особую группу образуют пациенты, недавно перенесшие закрытую травму живота (автомобильную травму, избиение и т. д.). В этих случаях выявление временной связи между эпизодом травмы и развитием ОАБ позволяет заподозрить разрыв того или иного органа брюшной полости. Необходимо помнить, что острая боль в животе может возникать как при новом патологическом процессе (кишечной непроходимости, остром аппендиците), так и при внезапном обострении хронического заболевания (перфорации пептической язвы). И в том и в другом случае ОАБ могут предшествовать «продромальные» симптомы: снижение артериального давления при нарушенной внематочной беременности, ускорение перистальтики кишечника и понос при остром мезентериальном тромбозе, интенсивная кислотозависимая боль при пептической язве.

Интенсивность боли. Эту характеристику ОАБ трудно оценить объективно, поскольку восприятие боли в животе очень индивидуально и эмоционально окрашено. Больного можно попросить сравнить его боль с более или менее характерными зубной, родовой, ожоговой и т. д. или охарактеризовать ее как легкую, умеренно выраженную или сильную. Впрочем, поведение и внешний вид пациента во многих случаях могут достоверно свидетельствовать о степени интенсивности боли.

Динамика боли. Прогрессирование или стихание от момента ее начала, а также изменение характера боли - это ключевые факторы в диагностике ОАБ. Именно эти параметры характеризуют понятие «острый живот», которое часто используют для определения боли при ОХЗ органов брюшной полости. Ведущим симптомом «острого живота» является сильная, внезапно начавшаяся и быстро нарастающая до максимальной интенсивности боль в брюшной полости. Как правило, позднее боль приобретает устойчивый характер: становится продолжительной, тупой, не очень интенсивной в покое и усиливающейся при любом физическом напряжении или движении больного, что свидетельствует о раздражении брюшины. Такой «сценарий» развития ОАБ наиболее характерен для перфорации любого из полых органов живота с последующим развитием более или менее разлитого перитонита. Это состояние возможно при прободной пептической язве, деструктивном холецистите или аппендиците, перфорации кишечника при ущемленной грыже или кишечной непроходимости, разрыве фаллопиевых труб, панкреонекрозе. Интенсивность этого типа боли зависит от количества и биохимических свойств вещества, воздействующего на париетальную брюшину. Наибольшее раздражение вызывает желудочный или панкреатический сок, в то время как попадание нейтрального, хотя и инфицированного содержимого толстой кишки вызовет боль меньшей силы. Скорость, с которой секреты достигают контакта с брюшиной, также влияет на интенсивность и динамику острой боли. Например, случаи прободной пептической язвы могут иметь различную клиническую картину, поскольку перфоративная язва может быть частично или полностью прикрыта сальником, что замедляет попадание желудочного сока в полость брюшины. Уменьшение интенсивности ОАБ далеко не всегда отражает регрессию основного заболевания. Так, при аппендиците боль в животе может уменьшаться в случае перфорации червеобразного отростка, что вызывает его декомпрессию и одновременно приводит к развитию перитонита с изменением картины ОАБ.

Характер ОАБ. Существует множество способов описания характера острой боли в животе. Пациенты могут определять ее как грызущую, тянущую, колющую, ноющую и т. д. Тем не менее из этого множества эмоциональных характеристик врач должен выбрать те, которые позволят установить характер боли: постоянная или перемежающаяся (коликообразная). Примером постоянной ОАБ может служить типичная картина «острого живота», о которой мы говорили выше.

Приступообразную или интенсивную схваткообразную боль, возникающую при обструкции полых внутренних органов, часто называют коликой. Эта боль развивается в результате сокращений гладких мышц полых органов и протоков при их интенсивном растяжении, возникновении препятствия на пути их опорожнения (желчная, мочевая или кишечная колика, кишечная непроходимость). Приступы боли в данном случае могут чередоваться относительно спокойными промежутками различной длительности, которых, впрочем, может и не быть. Так, внезапное расширение желчевыводящих путей и панкреатического протока приводит к развитию острой, сильной и постоянной боли, которая часто усиливается в постели и несколько облегчается в вертикальном положении. Приступообразная боль часто сопровождается сильным чувством страха и возбужденным состоянием.

В большинстве случаев больной может без затруднений указать глубину ОАБ. Эта характеристика помогает выявить те патологические процессы, которые прилежат или тесно связаны с передней брюшной стенкой или находятся вне полости брюшины (грыжи передней брюшной стенки, гематома влагалища прямой мышцы живота).

Зависимость и усиление боли от движения (при кашле, чихании, глубоком дыхании, натуживании), а также при физиологических отправлениях является патогномоничным симптомом перитонита при ОХЗ органов брюшной полости. Пациенты, страдающие от колики, а также ОХЗ вследствие ишемии внутренних органов, напротив, не могут находиться в покое, мечутся в постели из-за боли, которая не облегчается ни в каком положении. Глубокое дыхание приводит к усилению боли, связанной с раздражением диафрагмы, например при поддиафрагмальном абсцессе.

Важно установить, связана ли ОАБ с приемом пищи. Так, у больных с острым панкреатитом или холециститом боль в животе усиливается сразу после еды. У больных с острым аппендицитом прием пищи нередко вызывает усиление боли, появление тошноты и рвоты.

Локализация ОАБ. Острая боль в животе обычно бывает диффузной или локализованной над органом, в анатомической проекции которого она определяется. Устойчиво локализованная ОАБ является свидетельством воспаления париетальной брюшины. Однако необходимо помнить о возможном распространении и иррадиации боли за пределы пораженной области и о том, что связь между ОАБ и органом, в проекции которого она локализована, весьма относительна. После развития разлитого перитонита локализация и характер боли могут существенно измениться. Диффузная боль часто сопровождает непроходимость тонкой кишки, мезентериальную ишемию, почечную колику или, напротив, свидетельствует об интактности париетальной брюшины.

В эпигастральной области боль обычно локализуется при заболеваниях желудка, поджелудочной железы, желчных протоков и печени, а также если речь идет об отраженной боли при заболеваниях сердца, перикарда и плевры.

В средних отделах живота локализуется боль при заболеваниях тонкой кишки, брыжейки и брюшной аорты. Острая боль в околопупочной области часто встречается в начале аппендицита.

Существует много причин возникновения острой боли в нижних отделах живота. Чаще всего это аппендицит (правый нижний квадрант живота и точка McBurney), воспалительные заболевания органов малого таза, дивертикулит, острый пиелонефрит, толстокишечная непроходимость, острая задержка мочи. Тем не менее необходимо помнить, что часто боль в нижних отделах живота развивается вследствие перфорации полого органа, при попадании в полость брюшины содержимого желудочно-кишечного тракта, а также при стекании воспалительного экссудата из верхних отделов брюшной полости (например, при панкреонекрозе).

Миграция боли. Устойчивая локализация боли характерна для медленно развивающихся хирургических заболеваний органов живота: ущемленной грыжи, мезентериальной ишемии, воспалительных заболеваний половых органов и желчного пузыря. В большинстве случаев подобная боль встречается при заболеваниях брыжейки, хотя распространено мнение, что боль сосудистого, ишемического генеза возникает внезапно, носит диффузный, очень интенсивный характер и неизбежно приводит к фатальным последствиям. На практике боль при ишемии сосудов брыжейки постоянная, разлитая, не очень сильная и появляется за несколько дней до развития коллапса или перитонита. Кроме того, дебют заболевания сопровождается повышенной перистальтикой кишечника, диареей и метеоризмом, которые трансформируются в устойчивое вздутие кишечника. Изменение локализации боли относительно начала заболевания наиболее характерно для острых деструктивных заболеваний, течение которых сопровождается образованием перитонита. Так, при перфорации пептической язвы боль, возникающая в эпигастральной области, впоследствии смещается в правый нижний квадрант живота или малый таз, поскольку там же оказывается секрет желудка или двенадцатиперстной кишки. Миграция ОАБ очень характерна для острого аппендицита, при котором боль обычно начинается в средних отделах живота, а затем смещается в правый нижний квадрант живота (синдром Кохера). Различие между миграцией и иррадиацией боли в том, что острая первичная боль при миграции полностью исчезает, свидетельствуя о значимой динамике патологического процесса.

Иррадиация боли. Характер иррадиации ОАБ имеет очень большую диагностическую ценность. Наиболее часто боль иррадиирует в пределах зоны иннервации спинно-мозговых стволов, соответствующих пораженному органу). При этом боль часто распространяется на органы, расположенные близко к пораженному. Другой механизм иррадиации заключается в распространении острой боли в пределах круга нормальных функциональных связей между органами и системами, которые закладываются в процессе эмбриогенеза (типичная локализация боли при остром холецистите в правую лопатку и подлопаточную область) или формируются в течение жизни человека (индивидуальный паттерн иррадиации боли при остром аппендиците). Характерным примером является боль при раздражении диафрагмы, распространяющаяся по ходу диафрагмального нерва и часто локализующаяся между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (френикус-симптом). Так, диафрагмальный плеврит при пневмонии или инфаркте легкого, равно как и поддиафрагмальный абсцесс, может вызвать острую боль одновременно в подключичной области, шее и правом наружном квадранте живота. Поскольку острая боль, отраженная в брюшную полость из грудной клетки и позвоночника, может создать трудности в диагностике ОХЗ органов живота у любого больного с ОАБ, необходимо думать о возможной патологии органов грудной клетки.

Вероятно, функциональные нейросенсорные связи могут формироваться при устойчивом патологическом процессе в том или ином органе, что и приводит к иррадиации ОАБ в пораженную ранее зону. Так, например, у больного с верифицированным заболеванием желчного пузыря боль при остром инфаркте миокарда может распространяться в эпигастральную область или же у пациента с ИБС и стенокардией желчная колика может приводить к иррадиации острой боли в область сердца и левое плечо.

Фармакологический анамнез при ОАБ. Пациенты, страдающие от острой боли, особенно при ее постепенном развитии, нередко пытаются принимать лекарства самостоятельно. Наиболее часто при ОАБ принимают спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и аспирин. В ряде случаев это облегчает состояние больного, а иногда ухудшает его. Динамика боли под влиянием фармакотерапии является очень ценной информацией для диагностики ОХЗ органов брюшной полости. Так, прием НПВП не приводит к уменьшению боли при перитоните и коликах и значительно усиливает боль при пептической язве. Противокислотные средства, напротив, эффективны при пептической язве и патологии пищевода, но также бесполезны при перитоните и коликах. Желчную и почечную колику может облегчить введение метамизола натрия (спазгана, баралгина), оказывающего анальгетическое, жаропонижающее и слабое противовоспалительное действие. Введение миотропных спазмолитиков (но-шпы, дротаверина, дюспаталина) также способно облегчить приступообразную боль в животе. Однако необходимо помнить, что эти препараты, как и наркотические анальгетики ряда морфина, могут быть неэффективны и даже опасны при желчной колике, поскольку способны усиливать спазм сфинктера Одди. Известно, что выраженным спазмолитическим действием при желчной колике обладает принятый сублингвально нитроглицерин. Проблема адекватного врачебного обезболивания ОАБ является одной из наиболее спорных в практике СМП, однако этот вопрос нередко возникает в самом начале обследования пациента. Распространено мнение, что обезболивающие средства затушевывают клиническую картину и затрудняют получение точных данных, поскольку уменьшается острота восприятия жалоб пациентом. Таким образом, нежелательность назначения наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе очевидна и обусловлена недостаточно точной диагностикой. Однако все переносят боль по-разному, и в ряде случаев обезболивание - единственная возможность установления контакта с больным и проведения углубленного осмотра. Таким образом, вероятными показаниями к проведению аналгезии на догоспитальном этапе могут быть: интенсивная боль в животе, угрожающая развитием болевого шока; отсутствие контакта с больным вследствие выраженного болевого синдрома; выраженная абдоминальная боль при условии полной уверенности в правильности установленного диагноза.

В любом случае вопрос о возможности назначения наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе требует всестороннего обсуждения с участием врачей СМП и хирургов и должен быть отрегулирован на уровне отраслевого стандарта.

Для купирования выраженной боли и профилактики болевого шока могут быть использованы наркотические анальгетики короткого действия: фентанил или морфин. При боли средней интенсивности, а также при заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы можно назначать ненаркотические анальгетики.

· Новиган. Комбинированный препарат из группы анальгетических и спазмолитических средств, в состав которого входит ибупрофен. Препарат обладает болеутоляющим, противовоспалительным и жаропонижающим действием, оказывает прямое расслабляющее и холинолитическое действие на гладкую мускулатуру внутренних органов. Противопоказан при эрозивно-язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта, аспиринозависимой астме, почечной и печеночной недостаточности, беременности.

· Кеторол. Относится к НПВП с выраженным анальгетическим и незначительным противовоспалительным и жаропонижающим действием, ингибирует синтез простагландинов, является анальгетиком периферического действия. Противопоказан при пептической язвенной болезни, а также больным с выраженными нарушениями функции почек.

· Парацетамол. Обладает анальгезирующим и жаропонижающим действием. Блокирует синтез простагландинов в центральной нервной системе, нарушает проведение болевых импульсов в афферентных путях, уменьшает пирогенное действие простагландинов на центр терморегуляции в гипоталамусе, усиливает теплоотдачу. Противопоказан при идиосинкразии, выраженном нарушении функции почек и печени, анемии, беременности[5].

Вывод

В ходе работы были рассмотрены: основные понятия и характеристика синдрома острого живота, его симптомы и догоспитальная помощь.

Исходя из теоретических результатов проведенной первичной научно-исследовательской работы касательно темы «Острого живота», можно подтвердить целесообразность и актуальность сохранения синдрома острого живота в качестве первичной ориентировочной диагностической категории. Она позволяет разрабатывать и совершенствовать принципы ранней дифференциальной диагностики и на их основе формировать суждения по дифференцированному подходу к лечебной тактике, начиная с догоспитального этапа.

Острый живот - не нозологический диагноз, а предварительная диагностическая категория, однако она может быть использована в направлении на госпитализацию в качестве диагноза в целях своевременного решения тактических задач.

Использованная Литература

1. Острый живот [Электронный ресурс]. - электрон. текстовые дан.- Режим доступа : <http://ru.wikipedia.org>.

. Острый живот [Электронный ресурс]. - электрон. текстовые дан.- Режим доступа : <http://www.eurolab.ua/diseases/2319/>

. Симптомы острого живота [Электронный ресурс]. - электрон. текстовые дан.- Режим доступа: http://www.astromeridian.ru/medicina/1107.html

. Острая боль в животе. Первая помощь[Электронный ресурс]. - электрон. текстовые дан.- Режим доступа: <http://www.03clinic.ru/medicinskii-likbez/spravochniki-zdorovya/pervaya-pomosh/ostraya-bol-v-jivote-pervaya-pomosh.html>

5. Брискин, Б.С. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости: острая абдоминальная боль[Электронный ресурс]/ Б. С. Брискин <http://www.lvrach.ru/author/4538307/> А. Л. Верткин <http://www.lvrach.ru/author/4537374/> Е. И. Вовк <http://www.lvrach.ru/author/4538309/> Р. К. Маматаев <http://www.lvrach.ru/author/4538311/>. - Электрон. Журн. - Режим доступа к журн.: <http://www.lvrach.ru/2002/06/4529524/>