**Закрытые повреждения органов брюшной полости**

**Закрытые повреждения** возникают при тупом насилии (удар палкой, ногой, падение с большой высоты). При этом могут повреждаться паренхиматозные или полые органы.

Полые органы (желудок, толстый и тонкий кишечник) чаще повреждаются, когда наполнены, часть содержимого попадает в брюшную полость и развивается перитонит.

Клиника: первоначально могут возникнуть признаки шока, острые боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов. Брюшная стенка не участвует в акте дыхания, ее мышцы напряжены, болезненны при пальпации, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, исчезновение печеночной тупости. В дальнейшем развивается клиника перитонита: нарастающие боли в животе, доскообразное его напряжение, прекращение перистальтики, грудной тип дыхания, прогрессирующая интоксикация.

Из паренхиматозных органов чаще повреждаются печень и селезенка.

Клиника: появляются симптомы нарастающего малокровия (головокружение помрачение сознания, слабость, жажда, бледность кожных покровов, ослабление и учащение пульса, падение АД, наличие в отлогих местах брюшной полости жидкости, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки).

ПМП:

-Транспортировка в горизонтальном положении;

-холод на живот;

-обезболивать, промывать, кормить запрещено;

- при давлении ниже 80 мм рт. ст. начинают инфузионную терапию;

- при подозрении на внутреннее кровотечение вводят 10% - 10 хлористого кальция, дицинон в/в.

**Открытые повреждения живота**

Открытые повреждения или раны живота возникают при ранениях острыми предметами или огнестрельным оружием. Они могут быть проникающими и непроникающими. Наибольшую опасность представляют проникающие ранения, так как они возникают при повреждении париетального листка брюшины. Как правило, такие повреждения сопровождаются ранением внутренних органов брюшной полости или их выпадением.

Выхождение внутренних органов через патологические отверстия, не покрытые париетальным листком брюшины, называются **эвентрацией.**

Клиника: ранения сопровождаются шоком, симптомами внутреннего кровотечения, перитонита. Безусловным признаком проникающего ранения является выпадение в рану петли кишки, сальника, выхождение газов, желчи, кишечного содержимого.

ПМП:

-горизонтальное положение с валиком под коленями;

-обработка краев раны антисептиком;

-выпавшие петли сальника или кишечника не вправляют. Вокруг накладывается ватно-марлевая баранка;

-на выпавшие органы накладывают салфетки, смоченные теплым физраствором, по верх их асептическая повязка и прибинтовывается;

-обезболивание;

- не поить;

-симптоматическая терапия;

- транспортировка в ЛПУ.

В лечебном учреждении после проведения минимального обследования больного направляют на экстренную операцию.

**«Острый живот»**

Каждое из острых заболеваний органов брюшной полости отличается своеобразными симптомами. Но все они и так же повреждения характеризуются рядом важных общих признаков. Это дало основание все эти заболевания под общим названием « **острый живот**». Этот термин употребляется в тех случаях, когда не удается точно распознать основного заболевания. Этот синдром имеет общие признаки:

* Внезапное появление постоянных или схваткообразных болей в животе или в каком-либо из его отделов;
* Тошнота и рвота;
* Задержка стула и прекращение отхождения кишечных газов;
* Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

«Острый живот» - это сигнал о наступившей катастрофе в брюшной полости. Больного необходимо срочно госпитализировать в хирургический стационар.

ПМП:

* Не обезболивать;
* Не промывать желудок;
* Горизонтальное положение больного;
* Холод на живот;
* Не ставить клизм.

**Острый аппендицит**

Аппендикс (червеобразный отросток)- отходит от слепой кишки вблизи места впадения тонкой кишки. Длина отростка 8-10 см. отросток имеет большую анатомическую вариабельность. Он может располагаться ретроцекально, в правом подреберье, но чаще и имеет нисходящее и тазовое расположение, что усложняет диагностику. Аппендицит встречается в любом возрасте, но чаще 20-30 лет. До 5лет и старше 60 встречается реже.

В зависимости от распространения инфекционного процесса выделяют следующие формы аппендицита:

* Катаральный,
* Флегмонозный,
* Гангренозный.

Клиника: заболевание начинается внезапно, чаще всего с болей. Боли чаще локализуются в правой подвздошной области, но бывает, начинаются в эпигастрии (симптом **Кохера**). Боли постоянные нарастающие. При нетипичной локализации боль может иррадиировать в правую лопатку, поясничную область.

Тошнота и рвота наблюдаются в первые часы, чаще однократная.

Повышение температуры не выше 38 градусов.

Общее состояние больных страдает мало. Они спокойно лежат на спине или правом боку. При повороте на левый бок отмечается усиление болей (симптом **Ситковского**).

При объективном осмотре отмечают:

* Тахикардию не соответствующую температуре;
* Сухость языка;
* живот болезненный при пальпации ;
* отмечается защитное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области.

Затем необходимо проверить характерные для данного заболевания симптомы, такие как

* Симптом **Ситковского;**
* **Кашлевого толчка;**
* **Щеткина-Блюмберга**;
* **Ровзинга** (усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразных движениях слева);
* **Воскресенского** (усиление болей в правой подвздошной области при движениях ребром ладони от эпигастральной области вниз влево и право);
* И т.д.

При подозрении на аппендицит ПМП как при « остром животе». После доставки больного в стационар, для подтверждения диагноза проводят осмотр, лабораторные исследования (лейкоцитоз, ускорение СОЭ). Больного готовят к экстренной операции.

Операция аппендэктомия проводится под местным или общим обезболиванием. После операции холод на рану на 2 часа, первая перевязка на следующий день. Больных ведут активно, на следующий день подъем , ранняя активизация. При деструктивных формах антибиотикотерапия. Швы снимают на 6-7 сутки. Выписывают на 7-8 сутки на амбулаторное лечение.

При беременности возникают трудности при диагностике, так как червеобразный отросток смещен кверху, что приводит к смещению болей.

**Острый холецистит**

Острый холецистит- это воспаление желчного пузыря. В развитии холецистита ведущую роль играет застой желчи, затем присоединяется инфекция. Застой желчи возникает из-за закупорки выводного протока камнем или атонии самого пузыря.

Преимущественно болеют женщины среднего и пожилого возраста. Большинство холециститов протекает на фоне желчекаменной болезни, такое состояние называется калькулезным холециститом. По степени воспалительных изменений в желчном пузыре выделяют:

* Катаральный
* Флегмонозный
* Гангренозный
* Прободной холецистит.

Клиника: заболевание начинается остро. Обычно после погрешностей в диете (обильная жареная, острая, жирная пища, алкоголя, кремов и т.д.).

Характерно появление боли в правом подреберье, обычно она сильная с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, ключицу.

У больных появляется тошнота и многократная, не приносящая облегчения рвота, с начала съеденной пищей, а затем желчью.

С самого начала заболевания проявляются признаки инфекции и интоксикации.

Повышается температура тела до 39 градусов и выше.

При осмотре болезненность в правом подреберье и эпигастральной области, а так же различной степени выраженности напряжение мышц передней брюшной стенки. При легком напряжении на 2-3 день приступа удается пропальпировать увеличенный, болезненный и напряженный желчный пузырь. Как правило, бывают резко положительными:

**симптом Ортнера** (болезненность при поколачивании по краю реберной дуги),

**Мерфи** (усиление болей в области правого подреберья при надавливании на переднюю брюшную стенку в проекции желчного пузыря во время глубокого вдоха),

**Кера** (возникновение или усиление болей во время вдоха при пальпации в точке желчного пузыря),

**Георгиевского - Мюсси** (френикус-симптом - резкая болезненность при давлении между ножками правой грудино-ключичной - сосцевидной мышцы) и т.д.

Через несколько дней, из-за нарушения оттока желчи, развивается желтуха, сопровождаемая зудом.

ПМП как при остром животе.

После поступления в стационар, с целью подтверждения диагноза проводят клинические и биохимические (билирубин, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза) исследования, УЗИ печени и желчевыводящих путей. Выявляются лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, билирубинемия.

Лечебная тактика разнообразна и зависит от течения заболевания и развившихся осложнений. Обычно начинают консервативную терапию, включающую постельный режим, голод, антибиотики, анальгетики( анальгин, баралгин), спазмолитики ( папаверин, атропин, эуфиллин, но-шпу), индузии. После стихания воспалительных процессов больному рекомендуют плановую операцию- холецистэктомию.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии операцию могут провести и по экстренным показаниям.

Особенности ведения больных в послеоперационном периоде после холецистэктомии:

* Голод в первые 24-48 часов.
* Наблюдение за раной.
* Удаление дренажа на 2-3 сутки.
* Снятие швов на 10 день.
* Ранний подъем и активация больных с целью профилактики осложнений (пневмонии, тромбозов).

**Острый панкреатит**

Острый панкреатит- это воспаление поджелудочной железы.

Причин приводящих к развитию этого тяжелого заболевания много, но отмечено, что предрасполагающими факторами у женщин являются ЖКБ, а у мужчин алкоголизм.

Клиника: заболевание начинается после обильной еды или злоупотребления алкоголем. Боль в животе наиболее постоянный признак. Она очень сильная постоянная, тупая или режущая, может привести к шоку. локализуется в эпигастральной области и носит опоясывающий характер, может иррадиировать в левую половину грудной клетки. Рвота повторная и неукротимая, не приносит облегчения, в рвотных массах желчь или даже кровь.

Кожа бледная с цианозом и, тяжелых случаях с геморрагиями. Язык становится сухим. Температура тела в начале нормальная, повышается. Пульс учащается и опережает температуру. АД снижается. Живот вздут, перистальтические шумы прослушиваются плохо. Выраженная болезненность в эпигастральной области, может быть умеренное напряжение мышц.

Характерными считаются симптомы:

**Керте -** болезненность и напряжение мышц в проекции поджелудочной железы.

**Воскресенского** – ослабление пульсации брюшной аорты.

**Мейо-Робсона** - болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

При прогрессировании заболевания развиваются повреждения различных органов и систем. Могут быть отек легких, пневмония, гепатит, инфаркт миокарда и т.д.

ПМП кА при остром животе.

После доставки в больницу для подтверждения диагноза проводят клинические и биохимические (амилаза, диастаза, АЛАТ, АСАТ, щелочная фосфатаза) исследования, УЗИ печени и поджелудочной железы. Выявляются лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, увеличение амилазы и диастазы.

Лечение проводится только в хирургическом стационаре.

Голод.

Спазмолитики и анальгетики вводят парентерально.

Новокаиновые блокады.

Дезинтоксикационная терапия.

Антиферментные препараты (контрикал, гордокс, трасилол).

Хирургическое лечение при развитии панкреонекроза.

**Перитонит**

**Перитонит** – это воспаление брюшины. Это заболевание чаще вторичное и возникает как осложнение гнойных процессов в брюшной полости. По распространенности выделяют местный (ограниченный и неограниченный) и распространенный ( диффузный и разлитой).

Местный ограниченный перитонит- это процесс четко отграничен в брюшной полости и имеет локализацию только в одной анатомической области. Местный неограниченный перитонит локализуется в двух анатомических областях и не имеет четкого отграничения от других областей.

Диффузным считается перитонит при распространении экссудата не менее чем в 2 и не более чем в 5 областях. При вовлечении в процесс более 5 областей или более60% брюшинного покрова перитонит называется разлитым.

Независимо от причин перитонит в своем развитии проходит следующие стадии: реактивную, токсическую и терминальную.

**Реактивная стадия** – это первые 24 часа заболевания, характеризующаяся местными выраженными проявлениями. К ним относится боль, рвота, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, двигательное возбуждение, учащается пульс, дыхание, повышается температура тела до 38є, в крови сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Для **токсической стадии** характерно стихание местных явлений и нарастание общей реакции организма, типичной для интоксикации: больной бледен, адинамичен, тахикардия более120 ударов в минуту, температура тела с гектическими размахами, нарастание вздутия живота, вызванного динамической кишечной непроходимостью и уменьшения защитного напряжения мышц.

В **терминальной стадии** преобладает интоксикация, наблюдается лицо Гиппократа, прострация, рвота, снижение температуры тела, расстройства дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Существует определенная зависимость между источником перитонита, его распространенностью и тяжестью течения. При остром аппендиците у большинства больных наблюдался местный ограниченный перитонит (аппендикулярный абсцесс), а при остром холецистите с перфорацией, прободением кишки перитонит носит распространенный характер- он или диффузный или разлитой.

**Лечение** этого заболевания сложная проблема. Оно обязательно комплексное и включает хирургическое вмешательство, дренирование брюшной полости, дезинтоксикационную и антибактериальную терапию.

**Кишечная непроходимость**

**Кишечная непроходимость** – это нарушение продвижения кишечного содержимого. Существует множество причин приводящих к этому состоянию. В зависимости от причин выделяют динамическую и механическую непроходимость.

**Динамическая** непроходимость вызвана нарушением нервной регуляции стенки кишечника. При отравлениями опиатами, солями тяжелых металлов развивается спастическая кишечная непроходимость. При перитоните - паралитическая.

Более разнообразна **механическая** непроходимость, она делится на:

* **Обтурационную** (вызвана наличием препятствия внутри кишечника- опухоль, гельминты, инородные тела);
* **Странгуляционную** (вызвана наличием спаек в брюшной полости или узлообразованием);
* **Инвагинационную** (вхождением кишки в кишку).

Несмотря на различные причины клиника непроходимости однообразна. Для данного заболевания характерны:

* **схваткообразная боль в животе**;
* **рвота** ( она зависит от уровня локализации препятствия, чем раньше появляется рвота, тем выше уровень.);
* **задержка газов и стула.**

Для данного заболевания характерны следующие симптомы:

* **Валя** (через брюшную стенку контурируется растянутая кишечная петля);
* **Скляров**а (шум плеска при толчкообразном надавливании на брюшную стенку);
* **Кивуля** (при постукивании пальцем по раздутому месту брюшной стенки и одновременном выслушивании фонендоскопом получают металлический звук).

Для подтверждения диагноза в больнице проводят обзорную рентгенографию кишечника, при этом выявляются горизонтальные уровни - **чаши Клойбера.**

Лечение механической кишечной непроходимости хирургическое.

**Грыжи живота**

Грыжа- это выхождение органов брюшной полости через естественные или патологические отверстия, покрытое париетальным листком брюшины. В грыже живота выделяют:

* **Грыжевое содержимое;**
* **Грыжевые ворота;**
* **Грыжевой мешок.**

**Классификация:**

По локализации грыжи живота делят на наружные и внутренние (диафрагмальная).

По времени возникновения: врожденные и приобретенные.

По перемещению грыжевого содержимого: на вправимую, невправимую.

По осложнениям: неосложненные и осложненные самым опасным осложнением грыжи является **ущемление.**

Ущемление может быть

* Эластическим,
* Каловым,
* Ретроградным,
* Пристеночным и
* смешанным.

Неосложненная грыжа обычно мало беспокоит больного. Он жалуется на наличие грыжевого выпячивания, дискомфорт, вздутие живота. При пальпации грыжевое выпячивание мягкое, безболезненное, положительный симптом кашлевого толчка.

При ущемлении появляются боли в животе, обычно локализующиеся в проекции грыжи, тошнота, рвота, грыжевое выпячивание плотное, невправимое, отрицательный симптом кашлевого толчка.

**ПМП**: не вправлять, не делать спазмолитики и анальгетики, холод, голод и скорейшая транспортировка в ЛПУ.

**Лечение:** при неущемленной – плановая операция, при ущемленной -экстренная операция.

**Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Среди гастроэнтерологических заболеваний, требующих неотложной помощи первое место принадлежит язвенной болезни желудка и 12перстной кишки. Наиболее частыми причинами обращения больных в хирургический стационар являются:

* Кровотечение;
* Перфорация;
* Пенетрация;
* Стеноз пилородуоденальной зоны;
* Малигнизация.

**Желудочное кровотечение**

Желудочно-кишечные кровотечения могут быть малыми(скрытыми) и явными (массивными).при большой кровопотере признаки острого малокровия:

* Головокружение, шум в ушах;
* Общая слабость;
* Жажда;
* Бледность конных покровов;
* Учащение и ослабление пульса;
* Падение АД.

Затем появляется кровавая рвота. Кровь, выделяющаяся с рвотными массами, может быть алой или темной - цвета « кофейной гущи». Через несколько часов после кровопотери может появиться мелена (дегтеобразный стул). В первые часы после кровотечения изменений со стороны крови не отмечается, затем наблюдается снижение количества эритроцитов, гемоглобина и цветного показателя.

**ПМП:** немедленная госпитализация; холод на живот, в/в 10% кальция хлорид, дицинон, возмещение ОЦК.

**После доставки в стационар**: промывание желудка ледяной водой с добавлением адреналина, проведение ФГС.

**Лечение:** в начале консервативное, при продолжающемся кровотечении - операция.

После остановки кровотечения консервативными методами больной должен в течение 5 дней быть на строгом постельном режиме; употреблять холодную протертую пищу.

**Прободная (перфоративная) язва**

Встречается чаще у мужчин, имеющим длительный язвенный анамнез. Провоцирующими факторами являются переедание, физическое перенапряжение, употребление алкоголя.

Перфорация имеет характерную клиническую картину. При прободении появляется острая « кинжальная» боль в эпигастральной области. Положение в постели вынужденное, с приведенными к животу ногами. Лицо бледное с цианотичным оттенком, испарина на лбу, конечности холодные. Дыхание поверхностное, тахикардия. Живот втянут, передняя рюшная стенка напряжена (доскообразный живот) при поколачивании, повороте, кашле боль усиливается. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости, исчезновение печеночной тупости. При пальпации положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При рентгенографии брюшной полости серповидна тень над печенью.

В течение прободной язвы выделяют **три периода**:

* **Период шока** до 3-6 часов**;**
* **Мнимого улучшения** 7-12 часов после перфорации**;**
* **Период развития перитонита** после 12 часов.

ПМП как при «остром животе».

Лечение: экстренная операция.

**Пенетрация язвы**

Образовавшийся сквозной дефект в стенке желудка или кишки прикрывается каким-либо соседним органом. Обычно это поджелудочная железа, сальник, печень. В окружении язвы возникают выраженные сращения и рубцы. Больной отмечает появление нетипичных болей в спине, они приобретают опоясывающий характер. При рентгеноскопии с барием выявляется глубокая ниша, и барий затекает за границы желудка.

Лечение: оперативное.

**Стеноз привратника**

При рубцевании язв в пилородуоденальной области формируется сужение, оно мешает нормальной эвакуации желудочного содержимого. Желудок растягивается. У больных появляется чувство полноты, распирания и тяжести в подложечной области, отрыжка кислым, боли в эпигастрии. характерны тошнота, затем рвота пищей съеденной накануне. Из-за потери жидкости, питательных веществ нарастает истощение, могут быть судороги. При рентгеноскопии виден растянутый желудок, в котором контрастное вещество задерживается на 24-72 часа.

Лечение оперативное.

**Малигнизация язвы**

Озлокачествлению чаще подвержены язвы малой кривизны желудка. Больных беспокоит слабость, снижение массы тела, изменение характера боли. Лечение оперативное.

**Патологические симптомы после резекции желудка**

К числу состояний, требующих интенсивной терапии, относятся проявления послеоперационных синдромов.

Наиболее часто встречается **Демпинг-синдром**. Его возникновение связывают с быстрым сбросом недостаточно переваренной пищи в отводящую петлю тонкой кишки. Это вызывает повышение уровня инсулина и других биологическиактивных веществ. У пациентов через несколько минут после еды, особенно углеводистой или молочной, наступает выраженная слабость, чувство жара, обильное потоотделение, артериальная гипотензия, сердцебиение, дрожь, страх. Продолжительность криза различна от нескольких минут до 2-3 часов.

Резкие колебания уровня сахара в крови могут вызвать состояние **гипогликемии.**

**Синдром приводящей петли** проявляется повторной рвотой желчью.

Рвоте предшествуют боли в правом подреберьи. Тяжесть в подложечной области, ассиметрия живота из-за выбухания в правом подреберьи.

Все эти синдромы приводят к нарушению обмена веществ в организме и истощению больного. Лечение повторная операция.

**Контрольные вопросы.**

1. Какие симптомы характерны для «острого живота»?
2. Какие мероприятия включает ПМП при данном синдроме?
3. Какие методы лечения острого холецистита вы знаете?
4. В каких случаях больные с язвенной болезнью желудка лечатся в хирургическом стационаре?

**Литература**

1.Богоявленский В.Ф., Богоявленский И.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях, СПб.: Гиппократ, 1995

2.Брукман М. С. , «Руководство по хирургии», Ленинград, «Медицина», 1975 г.

3.Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия, М.: Медицина, 1990

4.Колотилова И.А., Гуркина Л.А., Дмитриева З.В., Теплова А.М. Сборник тестовых задании по теме: Некоторые вопросы неотложной помощи хирургическим больным, СПб, 1995.

5.Кондена Р., Найхуса Л., «Клиническая хирургия», Москва, Практика, 1998 г.

6.3.Лопухина Ю. М., Савельева В. С., «Хирургия», Москва, ГЭОТАР, «Медицина», 1997 г

7.Первая доврачебная помощь (учебное пособие) / под ред. Величко В.М., Юмашева Г.С., М.: Медицина, 1990.

8.Стецюк В. Г., «Сестринское дело в хирургии», Москва, «АНМИ», 1999 г.