

Тема: «Хирургические заболевания органов грудной полости».

План лекции:

1. Методы исследования грудной клетки и ее органов.
2. Пороки развития легких и пищевода.
3. Повреждения грудной клетки.
4. Воспалительные заболевания легких.
5. Заболевания молочной железы.
6. Уход за пациентами при хирургических заболеваниях органов грудной клетки.

При повреждениях и заболеваниях грудной клетки и органов грудной полости используют следующие методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация, а также инструментальные методы.

Осмотр. Тщательный осмотр грудной клетки дает много информации для постановки диагноза. Обращают внимание на деформацию грудной клетки, что встречается при переломах ребер и ключицы, грудины. Активные движения при вдохе и выдохе позволяют выявить отстаивание одной из половин грудной клетки, что связано с переломом ребер или экссудативным плевритом.

Пальпация дает возможность установить патологическую подвижность отломков ключицы, ребер, болезненность в месте перелома ребер, загрудинную пульсацию аорты, систолическое и диастолическое дрожание на верхушке сердца. При пальпации молочной железы устанавливают местную температуру, величину, болезненную чувствительность, консистенцию опухоли.

Перкуссия и аускультация позволяют выявить состояние легочной ткани, наличие в ней уплотнения (пневмония), жидкости в плевральной полости, характер дыхания в легких, тоны и шумы сердца, шум трения перикарда.

Инструментальные методы исследования. Рентгенологические методы являются основными в диагностике заболеваний грудной клетки. К ним относятся рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография в двух или трех проекциях, томография, бронхография. В диагностике заболеваний сердца и легких широко используют **электрокардиографию и фонокардиографию**; пункцию плевральной полости с исследованием содержимого; **торакоскопию** – осмотр плевральной полости через специальный оптический прибор; **бронхоскопию** – осмотр слизистой оболочки бронхов и трахеи через бронхоскоп. Применяют **ультразвуковую и компьютерную томографию** сердца и легких, а также **зондирование** крупных сосудов и полостей сердца.

Пороки развития легких и пищевода.

Агнезия легкого – отсутствие всех структурных единиц легкого. Дети с таким пороком нежизнеспособны.

Гипоплазия легкого – недоразвитие всех структурных единиц легкого. У детей с раннего возраста отмечают частые пневмонии и бронхиты, постоянно беспокоит влажный кашель, дети отстают в физическом развитии. При нормальном легком с другой стороны проводится удаление измененного легкого.

Врожденные кисты легкого – воздушные или заполненные жидкостью полостные образования. Чаще всего кисты диагностируются при профилактическом рентгенологическом исследовании. После перенесенных инфекционных заболеваний или гриппа киста может осложниться нагноением. На рентгеновском снимке киста имеет четкие контуры и стабильные размеры. Лечение является только оперативное удаление, так как исчезновения кист не наблюдается и рано или поздно она осложняется.

Атрезия пищевода – порок развития, при котором пищевод заканчивается слепо или с помощью свищей соединяется с трахеей. В первые часы после рождения у ребенка отмечаются пенистые выделения изо рта и носовых ходов, покашливания, одышка, цианоз. Очень скоро появляется дыхательная недостаточность, обусловленная аспирационной пневмонией. Наиболее простым диагностическим приемом является проведение катетера в пищевод через нос. При атрезии катетер сворачивается в слепом отделе пищевода и выходит изо рта. Для более точной диагностики используют рентгенологический метод исследования с контрастным веществом. Лечение этого порока только оперативное.

Повреждения грудной клетки.

Повреждения грудной клетки могут быть **закрытыми и открытыми**. **Закрытые** - это повреждения без нарушения целостности кожи, а **открытые** - с её нарушением. К закрытым повреждениям относятся: **ушиб, закрытые переломы ребер и ключицы**. Эти травмы могут быть с повреждением внутренних органов и без их повреждения. **Открытые** повреждения делятся на **непроникающие** в грудную полость и **проникающие**. **Непроникающие** – это ранения без повреждения плевры, а **проникающие** – с её повреждением. В свою очередь проникающие травмы делятся на ранения с повреждением внутренних органов и без их повреждения.

Закрытые повреждения грудной клетки.

Ушиб грудной клетки. Это повреждение мягких тканей грудной стенки: кожи, подкожной клетчатки, мышц. В месте травмы возникают гематома, локальная боль, которая усиливается при дыхании и движении. Больные с ушибом, как правило, не нуждаются в госпитализации, их лечат болеутоляющими средствами, назначают холод, а затем физиотерапию.

Переломы ребер. До 15 лет переломы ребер встречаются крайне редко благодаря их возрастной гибкости («зеленая веточка»). Наиболее часто встречаются переломы после 40 лет. Переломы ребер могут **быть закрытыми и открытыми, одиночными и множественными, осложненные разрывом легкого, плевры, бронхов и перикарда, а также кровотечением**.

Клиническая картина. Возникает острая боль в месте травмы, боль при дыхании. Больной падает при дыхании соответствующую сторону грудной клетки. При множественных переломах состояние может быть очень тяжелым. Отмечаются одышка, цианоз слизистых оболочек и кожных покровов, тахикардия. Больной старается принять сидячее положение. Движения даже в постели ограничены. На шее, лице – подкожная эмфизема, которая постепенно увеличивается. Пальпаторно определяют болезненность в зоне перелома, иногда крепитацию. При переломе

нижних пар ребер (X-XII) возможны сопутствующие повреждения печени, селезенки, с возникновением внутрибрюшного кровотечения. Поэтому необходимо обследовать также брюшную полость. Диагноз уточняют при рентгенологическом обследовании в 2-х проекциях. По рентгенограмме определяют места перелома ребер, смещение сердца, скопление крови или воздуха в плевральных полостях.

Лечение. Проводят обезболивание места перелома 1% раствором новокаина (вводят в точку наибольшей болезненности, продвигая иглу до кости, при множественных переломах, межрёберная блокада). Для уменьшения боли дают анальгетики. В тяжелых случаях сердечные средства, антибиотики. Для фиксации подвижных отломков **накладывают лейкопластырную повязку** на стороне повреждения от грудины до позвоночника. Пациенту придается полусидячее положение. Специальные виды вытяжения или фиксации реберных отломков применяют только при множественных переломах с образованием подвижного участка грудной стенки.

Переломы ключицы. Переломы ключицы довольно частое повреждение в любом возрасте. Причина повреждения – прямой удар или падение на руку. **Клиническая картина** зависит от характера повреждения. При неосложненном переломе возникает боль в месте перелома и в руке, отек мягких тканей и гематома в месте перелома, нарушение функции конечности, деформация ключицы («симптом клавиши»). При повреждении сосудисто-нервного пучка на стороне повреждения будет наблюдаться травматический плексит, а также кровотечение из подключичной артерии и ярёмной вены. При оказании первой медицинской помощи необходимо провести **временный гемостаз, наложить косыночную повязку** на верхнюю конечность или повязку Дезо, обезболить и провести госпитализацию в травматологическое отделение в положение больного полусидя. Для уточнения диагноза проводится **рентгенологическое исследование.**

В стационаре для фиксации костных обломков используются ватно-марлевые кольца Дельбе, мягкая бинтовая или гипсовая **повязка Дезо.** Длительность иммобилизации до 4 недель. Также проводится обезболивание, дыхательная гимнастика, физиотерапевтические процедуры. При расхождении костных отломков со смещением проводится операция – открытая репозиция костных отломков, проведение спицы, проволока, пластины, шурупы.

Открытые повреждения грудной клетки.

Проникающие.

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости .Существуют 4 вида пневмоторакса: открытый, закрытый, клапанный (напряжённый и спонтанный).

При **закрытом пневмотораксе** воздух поступает в плевральную полость после травмы и остается в ней. Количество воздуха обычно невелико. Состояние при этом средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов, одышка. При аускультации будет ослабление дыхания на стороне поражения, при перкуссии – коробочный звук в верхних отделах грудной клетки.

При **открытом пневмотораксе** через раневое отверстие в полость плевры входит и выходит воздух. При этом состояние пациента будет тяжелым, появляется бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, часто поверхностное дыхание,

кашель, боли в груди, подкожная эмфизема. Грудная клетка ассиметрична, на стороне поражения нет дыхательных движений. При аускультации дыхание здесь не прослушивается. При перкуссии – коробочный звук на всей стороне поражения. При наличии раневого отверстия, из него выделяется алая пенная кровь со свистящим выхождением воздуха. Рана «дышит».

При **клапанном пневмотораксе** воздух поступает в плевральную полость при каждом вдохе, при выдохе раневой канал спадается и воздух скапливается в плевральной полости, смещая средостение в здоровую сторону. При этом лёгкое спадается (коллабированное лёгкое). Все эти симптомы нарастают и если не оказать помощь наступает смерть больного от дыхательной недостаточности и нарушений гемодинамики. Состояние пациента крайне тяжелое. Отмечается тахикардия, снижение АД, подкожная эмфизема, поверхностное и частое дыхание, цианоз кожи и слизистых оболочек. Грудная клетка практически не принимает участия в акте дыхания, межреберные промежутки выбухают. При аускультации дыхание на стороне поражения не прослушивается, а на противоположной стороне резко ослаблено. При этом развивается **плевропульмональный шок**.

Спонтанный пневмоторакс развивается при разрыве кисты лёгкого, туберкулёзе лёгкого.

Первая помощь. Необходимо пострадавшего поместить в положение полусидя или лежа. Следует провести обезболивание, противошоковую терапию, при острой кровопотере ввести гемостатики и гемодинамические кровезаменители. **При закрытом пневмотораксе – асептическая повязка. При открытом – окклюзионную повязку. При напряженном клапанном пневмотораксе проводится пункция плевральной полости** во 2-3 межреберья по срединно-ключичной линии с удалением из нее воздуха, т.е. переводим клапанный пневмоторакс в открытый. Также вводятся сердечные препараты, проводится оксигенотерапия. Для подтверждения диагноза проводится рентгенография.

Лечение. Назначаются обезболивающие средства, сердечные препараты, кислород. Обязательно проводится первичная обработка раны. При проникающем ранении проводится торакотомия. В зависимости от характера повреждения проводят оперативное вмешательство: ушивание дефекта, наложение сосудистого шва. Операция заканчивается обязательным дренированием плевральной полости.

Гемоторакс – скопление крови в полости плевры в результате внутреннего кровотечения при ранении ткани легкого, повреждения межреберных артерий. Клиника гемоторакса зависит от количества излившейся крови. Небольшое количество крови вызывает боль в груди, кашель. По мере скопления крови возникает клиническая картина сдавления легкого: одышка, цианоз, вынужденное сидячее положение больного. Значительная кровопотеря сопровождается тахикардией, падением АД. При перкуссии на стороне поражения определяется притупление легочного звука, при аускультации не выслушивается везикулярное дыхание. Диагноз подтверждается рентгенографией грудной клетки: на рентгенограмме определяется затемнение на стороне поражения. При сомнениях в диагнозе производят плевральную пункцию. Быстрое нарастание гемоторакса может привести к смерти.

Лечение. Пострадавшего эвакуируют в больницу на носилках в полусидящем положении. Вводят обезболивающие средства. При нарастающей картине внутреннего кровотечения показана экстренная операция – торакотомия и окончательная остановка кровотечения. У больного с гемотораксом производят плевральные пункции, в 7-8 межреберья по аксилярной линии, начиная со 2 дня после травмы. Аспирируют максимально возможное количество крови, после чего в плевральную полость вводят антибиотики. Пункцию повторяют каждые 2 дня. Изменение цвета аспирируемой жидкости и снижении гемоглобина в ней свидетельствует о прекращении кровотечения.

Воспалительные заболевания легких.

Абсцесс легкого – это ограниченное очаговое гнойно-деструктивное воспаление легочной ткани. Абсцесс развивается при остром воспалении легочной ткани, нарушении проходимости бронхиального дерева и кровоснабжения легочной ткани. Заболевание начинается с подъема температуры тела до высоких цифр, болей в грудной клетке, сухого кашля. В ОАК отмечается лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Эта клиника соответствует **1 периоду – до вскрытия абсцесса**. Затем наступает **второй период – период после вскрытия абсцесса в один из бронхов**. Температура тела снижается, уменьшается интоксикация, при кашле выделяется зловонная гнойная мокрота. Происходит самоизлечение.

Лечение. Введение антибиотиков, дезинтоксикационная терапия. Проводится постоянная оксигенация. Питание больных калорийное. Лечебная и дыхательная гимнастика. При неэффективном лечении проводится дренирование абсцесса. При осложненном течении или переходе в хроническую стадию проводится удаление сегмента(сегментэктомия) или доли легкого (лобэктомия).

Гангрена легкого. Это тяжелое гнойно-деструктивное поражение легочной ткани. Заболевание сразу начинается с выраженной интоксикации, высокой температуры тела, влажного кашля с выделением кровянистой пенистой мокроты. При аускультации выслушиваются влажные хрипы, при перкуссии – участки притупления. На рентгенограмме – множество сливающихся затемненных полостей. Пациента обязательно надо госпитализировать в хирургический стационар. Консервативное лечение также, как и при абсцессе. При тяжелых случаях показана операция – лобэктомия или пульмонэктомия.

Заболевания молочной железы.

Гиперплазия молочной железы и гинекомастия.

Гиперплазия молочной железы – это дисгормональное заболевание молочной железы у девочек и женщин.

Гинекомастия – это дисгормональное заболевание мальчиков и мужчин.

В обоих случаях происходит увеличение молочной железы.

Заболевания могут развиваться в период новорожденности, в период полового созревания, иногда и во взрослом состоянии. У детей клинически проявляется незначительным ростом молочной железы, ее уплотнением и болезненностью в области соска. Проводится наблюдение за пациентом в течение 6 месяцев. Дальнейшее лечение проводит эндокринолог. У взрослых людей заболевание

проявляется увеличением молочной железы до разных размеров. Пациенты обычно никаких жалоб не предъявляют, их беспокоят лишь косметические неудобства. Из косметических соображений показано оперативное лечение.

Трещины сосков. Проявляется у женщин в первые 2-3 дня после родов. Трещина появляется на верхушке или у основания соска. Они бывают в виде плоских язв, поверхностных или глубоких эрозий. **Клиническим симптомом** является мучительная боль во время кормления ребенка грудью. Трещина может осложняться маститом.

Лечение предусматривает тщательное обмывание молочных желез до, и после кормления ребенка теплой водой с мылом и слабыми антисептиками, применение воздушных и кварцевых ванн. Хороший эффект оказывают мазевые повязки с метилурациловой мазью, маслом шиповника и облепихи.

Острый мастит. Это гнойное воспаление молочной железы. Мастит возникает у кормящих грудью женщин как в первые дни после родов, так и в более поздние сроки (до 4 мес.). В этиологии маститов основная роль принадлежит проникновению инфекции через трещины в области соска, а также нарушении оттока молока. По течению различают **абсцедирующие, флегмонозные, гангренозные маститы**. При **абсцедирующем** мастите образуется гнойная полость. Гной может прорваться через кожные покровы или вскрыться в млечные протоки и выделиться с молоком. При образовании множественных полостей, сообщающихся друг с другом, возникает **флегмонозный** мастит, для которого характерно тяжелое течение с поражением большей части ткани железы. При **гангренозном** мастите происходит обширный некроз участков молочной железы с отторжением тканей; больные умирают от интоксикации.

Клиника. Заболевание начинается остро. Формирование гнойника сопровождается высокой температурой, болью в железе, нарушением оттока молока, гиперемией кожных покровов, увеличением подмышечных и лимфатических узлов. При пальпации в молочной железе выявляется участок уплотнения иногда с размягчением в центре. В запущенных случаях поражается вся железа – панмастит. Из гноя высевают стафилококк, стрептококк или смешанную флору.

Лечение. Зависти от стадии мастита. **В стадии инфильтрата** применяют консервативную терапию: отсасывание или сцеживание молока, ФТО, введение антибиотиков внутримышечно. При размягчении инфильтрата и появлении **флюктуации**, гнойник вскрывают, делая радиальные разрезы, промывают полость антисептическими растворами, дренируют рану. В тяжелых случаях показана дезинтоксикационная терапия, введение препаратов крови.

Уход за пациентами при хирургических заболеваниях органов грудной клетки.

Уход за пациентом с повреждением грудной клетки и ее органов.

Пациенту с травмой груди создают в постели положение полусидя. Большое внимание уделяется профилактике легочных осложнений. Медсестра должна уметь проводить ингаляции увлажненным кислородом через носовой катетер. С целью профилактики застойной пневмонии необходимо менять положение пациента в

кровати, проводить дыхательную гимнастику, периодически отсасывать мокроту с помощью катетера и электроотсоса из дыхательных путей. При дренировании плевральной полости необходимо следить за дренажной системой: ее проходимость, герметичностью, регистрировать количество и характер выделенной жидкости из плевральной полости, контролировать отхождение воздуха. Аппарат Боброва, с помощью которого проводится дренирование, должен находиться ниже уровня кровати. При смене банок или транспортировки больного необходимо наложить зажим на дренажную трубку. При наличии осложнений медсестра срочно вызывает врача для осмотра пациента. перевязки проводятся ежедневно с соблюдением асептики. Медсестра следит за пульсом, АД, частотой, ритмом и глубиной дыхания.

Тема: «Хирургические заболевания и травмы брюшной стенки и органов брюшной полости».

План лекции:

1. Методы исследования больного с хирургическими заболеваниями и травмами живота.
2. Закрытые и открытые повреждения брюшной стенки и органов брюшной полости.
3. Острый живот:
 - Методика обследования пациентов;
 - Симптомы;
 - Первая помощь;
4. Перитонит.
5. Уход за пациентами с заболеваниями и травмами живота.

При осмотре обращают внимание на форму живота. При наличии свободной жидкости в брюшной полости (асцит) в положении больного на спине передняя брюшная стенка уплощается посередине и расширяется по бокам («лягушачий живот»). Необходимо тщательно осмотреть среднюю линию живота, область пупка, паховые области для выявления грыжевых выпячиваний. Нарушение кровообращения в печени (портальная гипертензия) приводит к расширению вен передней брюшной стенки, по которым происходит отток крови из портальной системы в систему верхней или нижней полой вены. Расширение вен в области пупка носит название «голова медузы».

Пальпация дает важную информацию о состоянии органов брюшной полости. Напряжение мышц может быть локальным (местным) при остром аппендиците, холецистите или разлитым при перитоните. Напряжение мышц живота может быть невыраженным при запущенном перитоните, глубоко расположенном гнойнике. Пальпация позволяет определить нижние границы печени, увеличение желчного пузыря при остром холецистите, увеличение селезенки (спленомегалия). Пальпаторно определяются симптомы, характерные для заболевания органов брюшной полости. Наибольшее значение имеет симптом Щеткина-Блюмберга. Этот симптом связан с сотрясением пристеночной брюшины при быстром отнятии руки, при этом болевые ощущения оказываются более выраженными, чем при надавливании. Симптом характерен для любого заболевания, вызывающего перитонит.

Перкуссия позволяет отличить нормальный тимпанический звук от высокого при кишечной непроходимости. Важное значение имеет определение границ печеночной тупости. Уменьшение печеночной тупости наблюдается при выраженном метеоризме, когда раздутые петли кишечника прилежат к краю печени. Полное исчезновение печеночной тупости происходит при поступлении в брюшную полость воздуха в результате перфорации стенки желудка, кишки (пневмоперитонеум). Перкуссия также помогает выявить участки болезненных ощущений: при остром аппендиците – в правой

подвздошной области, при прободной язве – в эпигастральной области, при воспалении желчного пузыря – в правом подреберье.

Аускультация позволяет определить наличие перистальтики, усиление или её отсутствие

Дополнительные методы обследования. Рентгенологические – наличие серпа воздуха над печенью при прободной язве желудка, чаши Клойберга при кишечной непроходимости. Лапароскопия. УЗИ. Компьютерная томография.

Закрытые и открытые повреждения брюшной стенки и органов брюшной полости.

Закрытые и открытые повреждения брюшной стенки.

Закрытые повреждения передней брюшной стенки возникают при прямой травме – ударе по передней брюшной стенке. **Различают ушибы** передней брюшной стенки и **разрывы мышц живота**.

При **ушибе** отмечается болезненность в месте травмы, пальпируется гематома. При значительной травме наблюдаются симптомы раздражения брюшины рефлекторного характера. Общее состояние больного не страдает, пульс хорошего наполнения.

Разрыв мышц передней брюшной стенки может быть с полным или частичным расхождением краев. При обследовании пострадавшего под кожей определяется дефект в мышцах. Кровотечение из поврежденных сосудов приводит к образованию обширной гематомы, при которой наблюдаются симптомы раздражения брюшины, в области поврежденной мышцы отмечаются болезненность, рефлекторно возникают парез кишечника, задержка газов и мочи.

Диагноз разрыва и гематомы мышц нетруден, точную диагностику обеспечивает ультразвуковое исследование. При подозрении на повреждение внутренних органов показана лапароскопия.

Лечение консервативное: покой, холод. При больших гематомах лечение хирургическое: вскрывают полость, удаляют сгустки, останавливают кровотечение, сшивают поврежденные мышцы. Операция показана также при замедленном рассасывании гематомы или её нагноении.

Открытые повреждения брюшной стенки (раны). Их наносят холодным или огнестрельным оружием. Ранения могут быть **непроникающими** и **проникающими** в брюшную полость, **с повреждением** или **без повреждения органов** брюшной полости. При **непроникающих ранениях** повреждается брюшная стенка без нарушения целостности брюшины. Клинически определяется болезненность и припухлость только в месте ранения. Симптомов раздражения брюшины нет. Окончательный диагноз устанавливают во время первичной обработки и ревизии раны. Обработку заканчивают наложением швов на кожу.

Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости.

Закрытые повреждения происходят при транспортной травме, падении с высоты. При **разрыве паренхиматозных органов** (печени, селезенки), отрыве брыжейки кишки возникает **картина внутреннего кровотечения**.

Пострадавший бледен, заторможен, жалуется на боли в животе. Пульс слабого наполнения, частый, АД постепенно снижается. При пальпации определяется болезненность, напряжение мышц брюшной стенки, симптом «волны» при пальпации, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, где скапливается кровь. В случаях подкапсульного разрыва состояние больного ухудшается постепенно. После травмы отмечается светлый промежуток. Затем при разрыве гематомы состояние больного резко ухудшается.

При разрыве полого органа – желудка, кишки – выявляются разлитая болезненность и напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга; при перкуссии **печеночная тупость не определяется**. Отмечается тимпанит над всей брюшной полостью. Перистальтика ослаблена. У больного признаки тяжелой интоксикации: заостренные черты лица, тахикардия, сухой язык, спутанное сознание.

Прогноз при повреждении паренхиматозных и полых органов всегда серьезен. Значительные разрывы печени и селезенки могут привести к профузному кровотечению и быстрой смерти.

Диагноз ставится на основании клинических данных, рентгенологического исследования (на рентгенограмме брюшной полости обнаруживают свободный газ под куполом диафрагмы), лапароскопии (выявляют характер содержимого в брюшной полости), ультразвукового исследования (позволяет обнаружить до 100 мл крови или жидкости).

Лечение. При подозрении на повреждение внутренних органов брюшной полости пострадавшего немедленно доставляют в хирургическое отделение. На живот накладывают пузырь со льдом. При транспортировке укладывают пострадавшего на носилки горизонтально с валиком под колени. До установления диагноза нельзя вводить наркотические анальгетики, т.к. картина перитонита или кровотечения может быть затуманена. При травме органов живота показана **экстренная операция**.

Проникающие раны живота.

При ранении **паренхиматозных органов** наблюдается картина **внутреннего кровотечения**, при повреждении **полого органа** – **перитонит**. Диагноз облегчается при истечении из раны крови или кишечного содержимого. Выпадение из раны сальника, петель кишечника свидетельствует о проникающем ранении брюшной полости. В этом единственном случае разрешено обезболить больного даже наркотическими анальгетиками, т.к. диагноз ясен.

Первая помощь заключается в наложении асептической повязки, введении наркотических анальгетиков. Раненых госпитализируют в хирургическое отделение. При подозрении на повреждение органов брюшной полости показана экстренная операция. До операции пострадавшим с подозрением на ранение желудка и кишечника нельзя давать воду и пищу. **Лечение оперативное.** При обширных повреждениях показаны удаление органа – спленэктомия, резекция участка кишечника, ушивание дефектов при незначительных ранах. При любых ранениях брюшной стенки вводят противостолбнячную сыворотку – 3000 ЕД и анатоксин – 1 мл. п/к. **В**

послеоперационном периоде необходимы дезинтоксикационная терапия, переливание кровезаменителей, введение антибиотиков, тщательный контроль за АД и пульсом. Кормить больного начинают со 2 суток.

Острый живот.

Острый живот – собирательный термин, обозначающий сильную боль в животе длительностью несколько часов или более. В понятия «острого живота» входят такие заболевания, как острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перитонит, острая кишечная непроходимость. При подозрении на острый живот очень важно собрать правильный анамнез. Расспросить больного, имеются ли в анамнезе операции. Спаечный процесс в брюшной полости может возникнуть после перенесенных операций и привести к непроходимости кишечника.

Поведение больного, испытывающего боль, помогает диагностике:

- Больной с острым перитонитом старается сохранить неподвижное состояние, любое движение усиливает боль;
- Больной с камнем желчного протока или мочеточника беспокоен, не может найти удобное положение;
- Боль от острой пептической язвы может уменьшаться с приемом пищи, антацидов, в то время как боль при остром холецистите и остром панкреатите усиливается при приеме пищи.

Сведения о перенесенных ранее заболеваниях помогают в диагностике. Следует оценить жалобы на дизурию, гематурию, количество мочи. У женщин следует узнать о работе репродуктивных органов: имеются ли расстройства менструального цикла, воспалительные заболевания органов малого таза.

Методика обследования пациента.

Объективное исследование. Особое внимание необходимо обращать на изменения жизненно важных функций, особенно лихорадку, тахипноэ, желтуху, зловонное дыхание, нарушения сознания и дыхания. Полное физикальное исследование должно быть проведено для обнаружения абдоминальной и исключения другой патологии.

Осмотр живота. Увеличение живота с видимой на глаз перистальтикой свидетельствует о непроходимости кишечника. Напряжение мышц, особенно локальное, указывает на воспалительный процесс в брюшной полости.

Пальпация живота. Живот должен быть осмотрен с целью обнаружения участков с наибольшей болезненностью. Боль при отдергивании руки говорит о раздражении брюшины – симптом Щеткина-Блюмберга.

Обнаружение напряжения и болезненности позволяет предположить определенный диагноз:

- **Правый верхний квадрант** – острый холецистит или его осложнения;
- **Левый нижний квадрант** – острый дивертикул;
- **Правый нижний квадрант** – острый аппендицит или аппендикулярный абсцесс;

- **Левый верхний квадрант** – осложнение опухолевого поражения желудка или толстой кишки, заболевания селезенки;
- **Эпигастральная область живота** – абсцесс, опухоль поджелудочной железы, панкреатит, перфорация язвы.

Перкуссия живота помогает определить места наибольшей болезненности. **Тимпанит** указывает на внутрибрюшное содержание газа, перфорацию полого органа или свидетельствует о наличии газа в кишечнике.

Аускультация живота. «Молчащий живот» указывает на отсутствие перистальтики, что свидетельствует о запущенном перитоните, тромбозе сосудов брыжейки с развитием гангрены кишечника, длительной непроходимости кишечника (более 3 суток).

Ректальное исследование. Необходимо выполнять всем больным с болью в животе. Ректальная пальпация может выявить болезненность при тазовой локализации червеобразного отростка. Примесь крови в кале предполагает опухоль, геморрой или острое воспаление в желудочно-кишечном тракте.

Гинекологическое обследование. Выполняют всем женщинам с острой болью в брюшной полости. Цервикальная или околоматочная болезненность говорит о воспалении органов малого таза. Объемные образования в матке, яичниках, малом тазе предполагают: маточную беременность, внематочную беременность с разрывом и кровотечением, воспаление малого таза.

Лабораторные исследования. **Анализ крови:** лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия. **Анализ мочи** позволяет определить инфекцию мочевого тракта или мочекаменную болезнь. Амилаза сыворотки должна контролироваться у всех пациентов с болями в животе. Высокий уровень ее указывает на панкреатит. **При рентгенографии брюшной полости** можно выявить газ под диафрагмой – признак перфорации полого органа. При скоплении воздуха в просвете кишечника следует предположить непроходимость кишечника.

Ультразвуковое исследование брюшной полости имеет важное диагностическое значение у больных с острой болью при подозрении на острый холецистит, панкреатит, при абсцессах, а также при кишечной непроходимости. **Лапароскопия** позволяет получить важную информацию о состоянии брюшной полости при перитонитах, холецистите, панкреатите и другой патологии.

Симптомы острого живота.

Неспецифические симптомы.

Боль:

Боль в эпигастральной области с переходом на правую подвздошную область указывает на раздражение висцеральной брюшины при аппендиците и др. воспалительных заболеваниях;

- Сильная, резкая боль указывает на перфорацию полого органа (кинжальная боль).

- Прогрессирующая, сильная боль, характерная для ишемического некроза кишечника;
- Схваткообразная боль указывает на непроходимость кишечного тракта.

Первая помощь.

При подозрении на заболевание больного укладывают на носилки горизонтально с валиком под колени. Накладывают пузырь со льдом на живот и госпитализируют в хирургическое отделение. Противопоказано применение грелок, клизм, слабительных, промывание желудка, **обезболивание**. Пить нельзя!

Перитонит.

Перитонит – это воспаление брюшины. Он может быть ограниченным или местным и разлитым или общим, если инфекция распространяется по всей брюшной полости.

Местный перитонит возникает при отграничении участка воспаления спайками, петлями кишечника; локализуется вблизи источника воспаления. Местный перитонит протекает с менее выраженной интоксикацией и общей реакцией организма. Тахикардия умеренная, при пальпации живота отмечается ограниченный участок напряжения и болезненности, пальпируется инфильтрат, определяются симптомы раздражения брюшины. Течение местного перитонита более благоприятно, чем общего. Под влиянием лечения инфильтрат может рассосаться, наступает выздоровление. При абсцедировании инфильтрата может произойти прорыв гноя в свободную брюшную полость с развитием **общего перитонита**, при этом состояние больных ухудшается, быстро нарастают явления интоксикации.

Течение разлитого гнойного перитонита можно разделить на 3 фазы:

I. Начальная фаза заболевания. Больной жалуется на сильные боли в животе, при обследовании разлитая болезненность передней брюшной стенки, напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При ректальном исследовании отмечается резкая болезненность передней стенки прямой кишки. Язык сухой, обложен белым налетом, тахикардия. Температура тела повышена, в крови лейкоцитоз.

II. Фаза нарастания интоксикации. Общее состояние ухудшается. Язык сухой, обложен белым налетом, пульс учащается до 120 ударов в минуту. Возникает рвота кишечным содержимым, имеющим неприятный, каловый запах. Живот вздут из-за динамической непроходимости. При аускультации перистальтика кишечника не определяется. При пальпации разлитая болезненность. В этой стадии страдает функция печени, почек. Появляется желтушная окраска кожи, уменьшается количество мочи (олигурия). В крови лейкоцитоз, в моче белок, цилиндры, эритроциты.

III. Терминальная фаза (3 – 4 день болезни). Период ложного улучшения. Больной в состоянии эйфории, перестает жаловаться на боль в животе, однако общее состояние резко ухудшается. Черты лица заостряются, глаза запавающие, выражение лица страдальческое (лицо Гиппократово), наблюдается рвота, срыгивание застойным желудочным содержимым с неприятным

запахом. Язык сухой, покрыт бурым налетом. Живот вздут, безболезнен при пальпации. Пульс слабого наполнения, частый, дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 мин. АД падает. При перкуссии живота в отлогих местах определяется притупление за счет скопления экссудата. Больной бредит, беспокоен.

Прогноз при разлитом перитоните зависит от сроков начала лечения и характера инфекции: если больной попадает в хирургический стационар спустя 24 часа от начала заболевания прогноз неблагоприятный.

Лечение оперативное. Вмешательство производят после кратковременной подготовки, включающей опорожнение желудка через зонд, введение внутривенно кристаллоидов (5% раствора глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, хлосоль, дисоль) и сердечнососудистых средств (кордиамин, сердечные гликозиды). Необходимо поднять АД и улучшить работу почек (контроль за выделением мочи по катетеру).

Операцию выполняют под наркозом. Устраняют источник перитонита (удаляют орган, часть кишки, ушивают дефект). Тщательно промывают брюшную полость раствором фурациллина с антибиотиками, дренирование в 4-х местах.

Ведение больного в п\о периоде.

. Больного помещают в ОРИТ. **Продолжается интенсивная инфузионная терапия, на менее 3-5 л. в сутки.**

Используют большие дозы антибиотиков: внутримышечно, внутривенно, для орошения брюшной полости. Для предупреждения кандидамикоза назначают нистатин или леворин.

Проводят парентеральное питание - переливают жировые эмульсии, белковые препараты, концентрированные растворы глюкозы. Проводят **комплексную витаминотерапию.**

С целью профилактики тромбозомболических осложнений под контролем показателей свертывания крови назначают антикоагулянты прямого действия (**гепарин, фраксипарин**), в сочетании с введением реополиглюкина.

Обезболивание во время перевязок сочетается с введением наркотических анальгетиков.

Ведётся **борьба с парезом кишечника** (антипаретический комплекс, перидуральный блок, паранефральные блокады, введение новокаина в брыжейку).

Проводится профилактика п/о лёгочных осложнений и пролежней.

Уход за пациентами с заболеваниями и травмами живота.

Уход за пациентом при травме живота. При повреждении живота пациент находится на строгом постельном режиме. Перед операцией в период наблюдения за пациентом пострадавшему нельзя вводить обезболивающие препараты, пить и есть. Перед операцией проводится интенсивная инфузионная терапия, измерение АД, температуры тела, пульса, исследование ОАК и ОАМ. После операции пациента помещают в ОРИТ. После выхода из

наркоза пациенту придают в постели положение полусидя. Проводится уход за дренажами, учитывается количество выделяемой жидкости по дренажам, суточный диурез. Следят за частотой пульса, АД, повязкой в области послеоперационной раны. Проводится профилактика послеоперационной тромбоэмболии и легочных осложнений. Через сутки пациенту разрешается поворачиваться в постели, заниматься дыхательной зарядкой. Первые сутки у больного введен зонд в желудок. Сначала проводится парентеральное питание и на вторые сутки разрешается пить дробными порциями, есть жидкую пищу можно только с 3-4 дня при восстановлении моторики кишечника.

ЛЕКЦИЯ № 11.

Тема: «Грыжи живота».

План лекции:

1. Понятие о грыжах живота.
2. Основные симптомы грыж.
3. Виды грыж.
4. Общее лечение грыж.
5. Уход за пациентами с грыжей.

Под грыжей понимают выпячивание органов, покрытых париетальной брюшиной, через существующие или приобретенные дефекты брюшной стенки.

Причины образования грыж. **Предрасполагающим фактором** являются врожденная слабость соединительной ткани, недостаточное развитие апоневроза и мышц. **Ведущий фактор** – длительное и частое повышение внутрибрюшного давления в результате кашля, запоров, подъема тяжестей. Иногда грыжа развивается сразу вслед за значительной физической нагрузкой, например, после подъема тяжестей. Слабая подготовка у лиц, которым приходится выполнять значительную физическую работу, также является причиной развития грыж. Грыжи значительно чаще наблюдаются у мужчин, чем у женщин.

Грыжи состоят из грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого.

Грыжевые ворота – врожденное или приобретенное отверстие в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которое выходит грыжевое выпячивание. Грыжевые ворота расположены там, где сосуды, нервы, семенной канатик проходят через брюшную стенку. Возникают грыжевые ворота также в результате травмы, например разрыва купола диафрагмы, ранения, хирургической операции. Размеры грыжевых ворот различны и зависят от величины дефекта.

Грыжевой мешок. Образован париетальной брюшиной, выпячивающейся через грыжевые ворота. Он состоит из **устья, шейки, тела и дна**. Размеры мешка зависят от локализации грыжи и длительности ее существования. При длительном ношении бандажа, воспалении в области грыжи стенки мешка утолщаются, образуются рубцы, сращения с окружающими тканями. Грыжевой мешок окружен предбрюшинной клетчаткой, фасцией, мышечными волокнами. Содержимым мешка чаще всего являются петли тонкой кишки и сальник. Если содержимое грыжевого мешка легко вправляется в брюшную полость, говорят о **свободной, или вправимой, грыже**. При образовании спаек между стенками мешка и его содержимым **возникает невправимая грыжа**.

Основные симптомы грыж.

Первый признак грыжи – **боль**, возникающая при ходьбе, кашле, работе, физической нагрузке. Боль сильнее в начальном периоде заболевания; с увеличением грыжи болевые ощущения уменьшаются. Одновременно появляется выпячивание, которое больной определяет сам и которое может быть вправлено в брюшную полость. При попадании в грыжевой мешок петель толстой кишки наблюдается клиническая картина хронической кишечной непроходимости: боль в животе, отрыжка, рвота, тошнота, запор. Если в грыжевой мешок опускается мочевой пузырь – возникают расстройства мочеиспускания.

Обследование производят в положении больного лежа и стоя. При этом обнаруживают расширенное наружное грыжевое кольцо. При натуживании в положении стоя определяют грыжевое выпячивание. Пальпация и перкуссия позволяют выяснить характер грыжевого содержимого. Если в грыжевом мешке содержатся петли кишки, при перкуссии определяют тимпанит, при аускультации выслушивается кишечный шум, обусловленный перистальтикой.

В начальных стадиях образования грыжи диагностическое значение имеет симптом кашлевого толчка, при котором в грыжевой мешок выталкивается содержимое брюшной полости. Исследующий пальцем определяет толчок грыжевого мешка в паховом канале, пупочном кольце.

Основные виды грыж.

Паховая грыжа.

Паховыми называются грыжи, которые образуются в паховой области и проходят через паховый канал. Они могут быть **прямыми, косыми и пахово-мошоночными**. **Прямые паховые грыжи** имеют шарообразную форму и расположены выше паховой складки, **косые** – имеют овальную форму и идут по паховой складке. **Пахово-мошоночные грыжи** выходят в мошонку и дифференцируются с водянкой мошонки. В своем развитии паховые грыжи проходят несколько стадий: начальную, при которой определяется только кашлевой толчок в паховом канале; затем формируется канальцевая грыжа, при которой мешок заполняет весь паховый канал, и, наконец, полная паховая грыжа, когда грыжевой мешок выходит из наружного отверстия пахового канала.

Клиническая картина. Больные жалуются на боли в паховой области, чувство тяжести и давления. При пахово-мошоночной грыже, постепенно увеличивается соответствующая половина мошонки. Боли и неприятные ощущения усиливаются при физической работе, ходьбе. В положении стоя грыжевое выпячивание в паховой области видно на глаз, может быть увеличена мошонка. В положении лежа грыжа вправляется с характерным урчанием, если содержимым является кишечник.

Лечение. Только хирургическое. Ношение бандажа рекомендуется в исключительных случаях, когда невозможна операция. При операции удаляют

грыжевой мешок и производят различные реконструктивные операции, направленные на укрепление передней или задней стенки пахового канала.

Бедренная грыжа.

Бедренные грыжи располагаются на бедре, ниже паховой складки. Они встречаются значительно реже паховых, чаще у женщин. При обследовании обнаруживают небольшую припухлость ниже пупартовой связки. Грыжа сопровождается болями в паху при физическом напряжении.

Лечение. Оперативное.

Пупочная грыжа.

Возникает при выпячивании содержимого брюшной полости через пупочное кольцо. Пупочные грыжи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденная грыжа обнаруживается сразу после рождения. Она имеет характерный вид: шаровидное выпячивание с широким основанием, в области пупка переходящее в пупочный канатик. При плаче ребенка грыжевое выпячивание увеличивается. Приобретенная пупочная грыжа чаще развивается у женщин старше 40 лет, часто рожавших, тучных. В области пупка определяется грыжевое выпячивание, иногда значительных размеров. Пупочные грыжи часто бывают невправимыми и легко ущемляются.

Лечение. Хирургическое. Врожденные грыжи оперируют в первые часы после рождения ребенка. Грыжи детского возраста лечат консервативно. Для закрытия отверстия накладывают лейкопластырную повязку с последующим бинтованием живота полотняным бинтом. У взрослых грыжи небольших размеров, не склонные к ущемлению - не оперируют. Большие невправимые, часто ущемляющиеся грыжи, подлежат хирургическому лечению.

Грыжа белой линии живота.

Грыжи белой линии живота расположены по средней линии живота, чаще между пупком и мечевидным отростком. Такие грыжи редко достигают значительных размеров и редко ущемляются. **Лечение хирургическое.**

Послеоперационная грыжа.

Появляется в результате нагноения операционной раны, дренирования брюшной полости, атрофии мышечной ткани. Они могут достигать больших размеров и также ущемляться. **Лечение хирургическое.**

Ущемленная грыжа.

Сдавление содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах называется **ущемлением**. Ущемление чаще наступает при узких грыжевых воротах и внезапном повышении давления в брюшной полости, которое вызывает быстрое продвижение петель кишечника в грыжевой мешок.

Клиническая картина зависит от ущемленного органа. При ущемлении петель кишечника возникает картина острой кишечной непроходимости; внезапно возникает боль в области грыжи или в животе, увеличивается грыжевое выпячивание, которое в брюшную полость не вправляется. Ущемление петель тонкой кишки может сопровождаться шоковым состоянием. Постепенно развивается картина кишечной

непроходимости с характерными симптомами: болью в животе, вздутием кишечника, рвотой, приобретающей характер каловой, задержки кала и газов. При ущемлении сальника наблюдается только рвота рефлексорного происхождения. В случае ущемления мочевого пузыря появляются частые позывы на мочеиспускание с отделением небольшого количества мочи. При длительном ущемлении кишечных петель четко выявляются признаки тяжелой интоксикации организма. Вначале напряженный, а затем вздутый, резко болезненный живот, положительный синдром Щеткина-Блюмберга, тахикардия.

Лечение. Срочная операция. Дальнейшая тактика зависит от времени, прошедшего от момента ущемления кишки и её жизнеспособности. Чем больше времени прошло с момента ущемления, тем меньшая вероятность её жизнеспособности. Во время операции, после вскрытия грыжевого мешка на изменённый участок кишки (багровая окраска, отсутствие перистальтики) помещают салфетку с тёплым физ.раствором на 5-10 мин. Если петля кишки порозовела и появилась перистальтика, значит она жизнеспособна и её можно не удалять, а погружать в брюшную полость. Если окраска кишки не изменяется или, что ещё хуже она почернела и отсутствует перистальтика, значит кишка нежизнеспособна, т.е. наступил её некроз. Естественно, такую кишку нельзя помещать в брюшную полость, а нужно её резецировать.

Общее лечение грыж.

Радикальное излечение грыжи возможно только при помощи операции, во время которой производят вправление внутренностей в брюшную полость, иссечение грыжевого мешка и наложение лигатуры на его шейку, пластическое закрытие грыжевых ворот апоневрозом и мышцами. При плановых операциях практически не наблюдается летальных исходов. Смертельные случаи могут быть у больных пожилого или старческого возраста от сопутствующих заболеваний.

Противопоказанием к операции являются старческий возраст, свежий инфаркт миокарда, активный туберкулез, декомпенсация кровообращения 3 степени, неоперабельные злокачественные опухоли.

Консервативное лечение заключается в ношении бандажа. При этом могут развиваться грубые рубцовые процессы в области грыжевого мешка, а при плохой подгонке бандажа возможно ущемление грыжи.

Уход за пациентами с грыжей.

Перед плановой операцией пациенту проводится амбулаторное обследование. В стационаре накануне операции вечером и утром делается очистительная клизма. Операция проводится под местной анестезией. При обширных грыжах перед операцией в течение 2 недель проводят тугое бинтование живота для профилактики резкого повышения внутрибрюшного давления, лечебную физкультуру и обучение грудному дыханию.

При ущемленной грыже пациента срочно госпитализируют в хирургическое отделение для экстренной операции. Введение обезболивающих и спазмолитиков недопустимо, т.к. может произойти самовправление. Подготовка к операции проводится не более 1,5 часов. Начинают операцию под м/а.

После операции (грыжесечение) пациенту назначают постельный режим на 2 дня. Через 2 часа после операции, прошедшей без осложнения разрешают пить и принимать жидкую пищу. На 2 день переводят на общий стол. После подъема с постели рекомендуют пациенту носить плотный пояс вокруг живота в течение 1-2 недель и ограничить физическую нагрузку на 3-4 недели.

ЛЕКЦИЯ № 12.

Тема: «Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки».

План лекции:

1. Основные проявления рубцовых деформаций и стеноза.
2. Прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки, пенетрация язвы.
3. Желудочно-кишечное кровотечение.
4. Лечебная тактика при желудочно-кишечном кровотечении.
5. Уход за пациентом после резекции желудка.

Рубцо-язвенная деформации и стеноз привратника.

Возникает вследствие заживления язв с образованием рубца или в результате разрастания соединительной ткани вокруг язвы.

Различают компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный стеноз.

Клинически пациент отмечает появление неприятной тяжести в животе и тупые давящие боли после еды, отрыжку пищей, вздутие верхней половины живота, громкое урчание и схваткообразные боли. Часто после еды появляется рвота с примесью пищи, съеденной накануне. После рвоты больному всегда становится легче.

При осмотре: пациент пониженного питания, язык обложен беловатым налетом, изо рта неприятный запах. Живот вздут в эпигастрии. При перкуссии отмечается высокий тимпанит в эпигастральной области и после еды «шум плеска» натошак. Для подтверждения диагноза проводится **рентгенологическое исследование с контрастным веществом**, при этом отмечается задержка бария в желудке на 24-48 часов. Подтверждает диагноз и **данные фиброгастроскопии.**

Лечение проводится оперативное. Производят **резекцию желудка**, в тяжёлых случаях накладывают **гастроэнтероанастомоз.**

Прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки.

Прободная язва желудка или перфорация – это образование сквозного дефекта в стенке желудка. Язва желудка и 12-ти перстной кишки осложняется

прободением приблизительно у 15 % больных. Это осложнение чаще возникает в период обострения язвенной болезни, при стрессовых ситуациях, физическом напряжении, переедании, приеме алкоголя.

Клиника. Боль возникает в эпигастриальной области внезапно по типу «удара кинжалом» и сопровождается коллапсом. Больной бледен, кожа покрыта холодным потом, пульс слабый, АД снижено. Боль может иррадиировать в надплечье. Выражение лица страдальческое, испуганное, больной принимает вынужденное положение, поджимает ноги к животу, старается менять позу.

Язык влажный, живот напряжен, **доскообразный**, при пальпации боли усиливаются. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии печеночная тупость не определяется, а в правой подвздошной области в результате затекания содержимого желудка определяется притупление. При позднем поступлении больного с перфоративной язвой наблюдается картина разлитого перитонита. **На обзорной рентгенограмме** брюшной полости определяется уровень газа под куполом диафрагмы, **«серп воздуха»**

При лапароскопии в свободной брюшной полости обнаруживается **содержимое желудка**, в некоторых случаях **находят перфоративное отверстие**.

При подозрении на прободную язву больного немедленно госпитализируют в хирургическое отделение. **Вводить наркотические анальгетики до установления диагноза категорически запрещается.**

Лечение. Больные с прободной язвой подлежат экстренному хирургическому лечению.

В первые часы после перфорации производят **лапаротомию** и резекцию желудка с унесением язвы и стеноза. Если с момента перфорации прошло достаточно времени и появились симптомы перитонита, то в этих условиях производить резекцию желудка нельзя и перфоративное отверстие **ушивают двухрядными швами**, подшивают к этому месту сальник и брюшную полость дренируют в 4-х местах.

Пенетрация.

Пенетрация язвы – это проникновение язвы в соседние органы. Язвы обычно пенетрируют в поджелудочную железу, печень, поперечно-ободочную кишку, переднюю брюшную стенку.

Основным клиническим признаком является значительное усиление болей. Боли носят приступообразный характер с иррадиацией в пенетрирующий орган, очень интенсивны, не прекращаются после рвоты. В рвотных массах иногда может быть примесь желчи. Локализация боли зависит от того, в какой орган пенетрирует язва. К этим симптомам еще могут присоединиться симптомы воспаления того органа, куда пенетрировала язва.

Для диагностики заболевания **проводится рентгенологическое исследование и фиброгастроскопия.**

Желудочно-кишечное кровотечение.

Гастродуоденальное (профузное) кровотечение возникает внезапно среди полного здоровья. Началу кровотечения могут предшествовать слабость, сердцебиение. Тяжесть состояния больного зависит от массивности и быстроты кровопотери. При разрыве варикозной расширенной вены пищевода, повреждении крупной артериальной ветви профузное кровотечение может привести к смертельному исходу за короткий промежуток времени.

Основным признаком гастродуоденального кровотечения **является кровавая рвота (гематомезис)**. Цвет рвотных масс зависит от уровня и темпа кровотечения. Так, кровотечения из пищевода и верхней трети желудка сопровождаются рвотой **неизменной кровью**. При медленном темпе кровотечения из средней и нижней трети желудка рвота носит характер **«кофейной гущи»**, при которой рвотные массы имеют черно-коричневый цвет. Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки редко сопровождается кровавой рвотой.

Вторым симптомом является наличие у больного **дегтеобразного стула (мелена)**. При профузных кровотечениях из язвы 12-ти перстной кишки кровь не успевает изменить цвет и в каловых массах может присутствовать **свежая кровь**.

Ранними признаками кровотечения являются общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия. При массивной кровопотере отмечается коллапс с потерей сознания.

Лечение желудочно-кишечного кровотечения.

При легкой степени лечение консервативное: холод на живот, диета. Гемостатические препараты (викасол, аминокaproновая кислота, хлористый кальций, дицинон, этамзилат натрия), переливают свежесзамороженную плазму.

При средней степени восполняют дефицит ОЦК кристаллоидами, переливают также белковые препараты и аминокислоты, вводят витамины группы В, препараты железа.

Эндоскопические методы остановки кровотечения.

Широко применяют при кровотечениях, вызванных эрозией и язвой. При помощи эндоскопа поверхность язвы орошают 5% раствором аминокaproновой кислоты, выполняют электрокоагуляцию кровоточащих сосудов или язвенных дефектов. Для прикрытия язвенной поверхности наносят пленкообразующие вещества: «Липофузол», «Статизоль», клей МК 6, 8.

Если кровотечение продолжается и консервативная терапия неэффективна – необходима операция. Основной операцией является резекция $\frac{3}{4}$ желудка вместе с кровоточащей язвой. Во время операции необходимо продолжать инфузионную терапию.

Лечебная тактика после остановки кровотечения.

После остановки кровотечения рекомендуют соблюдать постельный режим в течение 10 дней. Важное значение имеет рациональное питание. В первые сутки больному дают пить охлажденные смеси антацидов. К ним относятся

альмагель, раствор соды. Если нет показаний к экстренной операции, больного начинают кормить и поить с первого дня, используя щадящую диету Мейленграхта. В ее состав входят манная, протертая рисовая каши, яйца, овощные пюре, провёрнутое мясо, кисели, желе, масло, сахар. Пищу принимают по 100-150 мл каждые 3 часа.

Уход за пациентом после резекции желудка.

Большое влияние на исход операции оказывает проводимое лечение и обеспечение хорошего ухода за больным. Первые 2 дня пациент находится в реанимационном отделении, потом его переводят в палату интенсивной терапии. В день после операции осуществляется выведение пациента из наркоза и постоянное наблюдение за пульсом, АД, дыханием, диурезом. Проводится инфузионная терапия, адекватное обезболивание, парентеральное питание. Надо строго учитывать количество принятой за сутки жидкости и количество выделенной мочи.

Медсестре необходимо следить за выделениями по дренажам из брюшной полости и по зонду, введенному в желудок. При наличии геморрагических выделений необходимо срочно сообщать врачу. Со 2 дня разрешают жидкую протертую пищу. С первого дня после операции проводится лечебная и дыхательная гимнастика.

При гладком течение послеоперационного периода больные со 2-3 дня начинают ходить, разрешают диету № 1а. Через 7-8 дней снимают швы, выполняются контрольные исследования и пациент выписывается на амбулаторное наблюдение.

Малигнизация язвы – перерождение её в рак.