

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Реферат

Причина смерти больных с  
острой хирургической  
патологией брюшной полости.

Выполнила студентка  
4 курса 3 группы  
педиатрического факультета  
Бочарова М. А.

*Проверил:*  
*Куртченко Ю.В.*  
*и Кор. Серг*

## Содержание

1. Введение.....	3
2. Острые хирургические заболевания брюшной полости.....	3
3. Структура смертности больных с острой хирургической патологией брюшной полости.....	4
4. Краткая характеристика заболеваний брюшной полости.....	7
5. Заключение.....	12
6. Список использованной литературы.....	14

## 1. Введение

Ранения брюшной полости всегда представляли собой серьёзную проблему и до появления эффективных антибиотиков и антисептиков в большинстве случаев заканчивались смертью больного от сепсиса. Однако врачи, несмотря на это, продолжали совершенствовать методы оказания хирургической помощи. Об операциях на брюшной стенке упоминается в трудах Гиппократ, Галена, множестве средневековых и более современных медицинских трактатов.

Современная абдоминальная хирургия направлена на минимизацию операционной травмы, нанесенной больному в ходе лечения. Для этого всё более активно используются эндоскопические методы оперативного вмешательства.

## 2. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости

Острые заболевания органов брюшной полости характеризуются внезапным началом, прогрессивно нарастающим течением, быстрым развитием опасных для жизни осложнений, устранение которых в большинстве случаев требует хирургического вмешательства. Больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости подлежат экстренной госпитализации в хирургическое отделение. В зависимости от причины возникновения, механизмов развития и преобладающих в клинической картине симптомов острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости подразделяются на следующие группы:

- воспалительные заболевания (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перитонит);
- перфорации полых органов (прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перфорации язв кишечника);
- острая кишечная непроходимость (непроходимость кишечника, ущемленная грыжа);
- внутреннее кровотечение (желудочно-кишечные кровотечения, нарушенная трубная беременность);
- закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости (разрыв печени, селезенки, травмы полых органов).

Каждому из перечисленных заболеваний соответствуют определенная клиническая картина и ряд специфических функциональных изменений, анализ которых позволяет определить анатомическую локализацию и характер болезни.

Несмотря на многообразие клинических проявлений острой хирургической патологии органов брюшной полости, в этой группе заболеваний все же существует единый симптомокомплекс, обозначаемый термином “острый живот”, присущий каждой отдельной болезни. К нему относят:

- внезапные или возникшие постепенно, но усиливающиеся постоянные, либо схваткообразные боли в животе;
- появление тошноты, рвоты съеденной пищей, желчью, “кофейной гущей”, кишечным содержимым;
- вздутие живота, задержка стула, неотхождение газов;
- появление “доскообразного” живота (напряжение мышц передней брюшной стенки или ее отделов);
- выявление симптомов раздражения брюшины;
- потеря сознания.

Выявление описанных симптомов (отдельно или в сочетании друг с другом) не дает точной топической диагностики, но диктует необходимость экстренной госпитализации больного в хирургический стационар и неотложного решения диагностических и лечебных вопросов.

Следует помнить, что любые неверные действия, направленные на “улучшение состояния”, “снятие болей” и др. (например, необоснованное введение сильнодействующих препаратов при оказании помощи), могут “смазать” клиническую картину заболевания, дезориентировать врача и вызвать неоправданную задержку хирургического вмешательства.

Больным с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости до осмотра врачом запрещается:

- введение обезболивающих и наркотических средств;
- назначение антибиотиков, а также веществ, ускоряющих или замедляющих перистальтику кишечника;
- промывание желудка;
- применение очистительных клизм;
- согревание живота грелкой, “сухим” теплом, прием горячей ванны.

Ухудшение самочувствия больного, нарастание боли в животе, появление описанных выше симптомов требуют незамедлительной консультации хирурга для определения диагностической и лечебной тактики.

### 3. Структура смертности больных с острой хирургической патологией брюшной полости

- ✓ Больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости наиболее тяжелый и сложный контингент больных, требующий быстрого решения диагностических и тактических вопросов. При поступлении больных с острым аппендицитом случай смерти редкое явление, но в каждом из них причиной смерти явились отягощающие сопутствующие заболевания. Так, например, у одного больного с тиреотоксическим кризом смерть может наступить на почве кардиомиопатии с неуправляемой тахикардией и фибрилляцией желудочков. У двух других больных с запущенным перитонитом (из-за поздней обращаемости) после операции наступила смерть от острого инфаркта миокарда и тромбоза мезентериальных сосудов. Таким образом, осложнения после аппендэктомии неизбежны и зависят от многих факторов, среди которых имеет большую значимость запущенность процесса в связи с поздней обращаемостью больного. Причинами осложнений после аппендэктомии являются поздняя обращаемость и, следовательно, запоздалое оперативное вмешательство, травматичность вмешательств.
- ✓ После операций по поводу ущемленных грыж летальные случаи происходят немного чаще. Между тем летальность при ущемленной грыже превышает таковую после плановых грыжесечений в несколько раз. Таким образом, диспансеризация и плановое оздоровление больных данной категории остается актуальным вопросом. В контингенте пожилых больных, на который приходится большой процент больных с грыжей, в экстренных случаях повышается степень операционного риска, увеличивается значение сопутствующих заболеваний.
- ✓ От перитонита при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки умирают еще чаще. В зависимости от сроков госпитализации и операции мы применяем первичную резекцию желудка, иссечение краев перфоративной язвы с пилоропластикой, ушивание перфоративного отверстия. При этом учитываем общее состояние и возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний, степень операционного риска. При тяжелом состоянии вследствие далеко зашедшего перитонита чаще больным выполняют ушивание перфоративного отверстия и дренирование брюшной полости.
- ✓ Ведение больных с острым панкреатитом соответствует общепринятым максимально консервативным, малотравматичным принципам. При панкреонекрозе мы выполняем дренирование сальниковой сумки, марсупилизацию, вводим в парапанкреатическую клетчатку раствор

новокаина с ингибиторами, по показаниям производим холецистэктомию с дренированием общего желчного протока или холецистостомию. Больные с данной патологией даже после успешно проведенной операции умирают, что обусловлено тяжестью состояния больных.

- ✓ Больные с язвенными гастродуоденальными кровотечениями также часто умирают даже после проведения экстренных оперативных вмешательств. Все больные доставляются в тяжелом состоянии, с явлениями постгеморрагического шока, а некоторые из них — в терминальном состоянии, что увеличивает риск смерти. Некоторые из-за прогрессивного ухудшения состояния умирают на операционном столе еще до операции. Все остальные больные оперированы, причем нередко долгое время отказываются от оперативного лечения, что ухудшает их состояние. Таким образом, все больные с гастродуоденальными кровотечениями поступают в тяжелом состоянии и поздно госпитализируются, нередко отказываются от обследования (ЭФГДС) и оперативного лечения, имеют массу сопутствующих заболеваний. Больные умерли от острой сердечно-сосудистой недостаточности и геморрагического шока.
- ✓ В больницы часто поступают больные с острым холециститом, еще чаще они поступают позже 24 часов от начала приступа. Это объясняет тяжесть состояния этих больных. Как правило, это люди пожилого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, длительное время страдающие желчнокаменной болезнью, с выраженными морфологическими и анатомическими изменениями в зоне поражения. Все это создает серьезные технические затруднения во время операции, сложности ведения послеоперационного периода. Все детали предоперационного ведения больных, обследования, особенностей выбора хирургической тактики и послеоперационного ведения отработаны достаточно детально. Часто больные отказываются от оперативного лечения, ссылаясь на предшествующие рекомендации терапевтов проводить консервативное лечение. Врачам смежных специальностей необходимо придерживаться единой точки зрения на показания к оперативному лечению данной категории больных.
- ✓ Цирроз печени с кровотечением часто является причиной смерти. У многих причиной смерти послужило рецидивирующее кровотечение, сопровождающееся гепатаргией. Тяжелое состояние больных не позволило применить оперативного лечения. Однако почти все больные в прошлом лечатся амбулаторно и стационарно и очень редко кому предлагают оперативное вмешательство. По-видимому, следует расширить показания к оперативному лечению данной категории больных на более ранних

этапах заболевания. Необходим тесный контакт хирургов с терапевтами с целью более своевременного обследования и лечения таких больных.

- ✓ Следует подчеркнуть, что в структуре летальности значительную роль играют сопутствующие заболевания. Подавляющее большинство умерших страдали различными, иногда несколькими сопутствующими заболеваниями. Зачастую именно они, а не основное заболевание служили причиной смерти больных.
- ✓ Полученные данные свидетельствуют о необходимости продолжения улучшения организационно-тактических и лечебно-диагностических вопросов в неотложной хирургии.

#### **4. Краткая характеристика заболеваний брюшной полости.**

Ряд неотложных состояний в медицинской практике, и в первую очередь острые хирургические заболевания брюшной полости, требуют от всех врачей минимум знаний для диагностики и немедленного применения определенных лечебных мероприятий т.к. это угрожает жизни больного. Диагностика этих заболеваний особенно на фоне сопутствующей патологии и применения обезболивающих препаратов становится крайне затруднительной даже для хирургов, осуществляющих динамическое наблюдение за пациентом в условиях стационара.

Необходимо помнить, что диагноз заболевания складывается в первую очередь из тщательно собранного и целенаправленного анамнеза и объективного обследования больного.

После установления внезапности заболевания наиболее частыми в анамнезе встречаются жалобы на боли в животе (субъективный симптом). При этом очень важно выяснить время возникновения болей и с какими обстоятельствами она имеет связь: приемом пищи, физическим напряжением, ударом в живот, падением, алкогольным опьянением и т.д.

Уточнить характер этих болей: схваткообразные, кинжальные, колющие, режущие, дергающие, постоянные или преходящие, иррадиация болей: отдают в поясницу, лопатку, мошонку или паховую область, ключицу, опоясывающие, за грудиной, давность болей: возникли впервые или имели место в прошлом, их частота, поведение больного при болях.

Вторым наиболее частым признаком в анамнезе выявляется рвота, тошнота. Нередко больные отмечают только тошноту. В первую очередь следует выяснить частоту рвоты: одно-двух-трехкратная или неукротимая, изнуряющая, характер рвоты: съеденной пищей, слизью, желчью, зеленью, с примесью крови

или цвета кофейной гущи, запах рвотных масс: тухлым яйцом, кишечным содержимым или без запаха, приносит рвота облегчение или нет.

Следующим анамнестическим признаком можно выявить задержку стула и газов. Здесь чрезвычайно важно установить, имела ли место патология со стороны толстого кишечника: хронические запоры, наличие в кале слизи с розовой окраской или кровью, сопровождается ли задержка газов и стула схваткообразными болями, урчанием кишечника, перекатами по кишечнику или периодическими вздутиями в отдельных местах живота, отрыжкой или повторяющимися рвотами. Следует также уточнить: указанные жалобы возникли впервые или аналогичные явления наблюдались и в прошлом, их аналогия по длительности и интенсивности.

В анамнезе также следует выявить повышалась ли температура тела, не имело ли место нарушение акта мочеиспускания или уменьшение количества мочи.

Чрезвычайно важно также установить какое лечение больной принимал по поводу возникшего заболевания в порядке самолечения или по назначению медработников (клизмы, грелки, обезболивающие, антибиотики и др.).

### *Острая кишечная непроходимость*

Клиника. Больные жалуются на сильные схваткообразные боли, тошноту, рвоту, задержку газов и стула, вздутие живота, усиление перистальтики, нередко слышимую у постели больного, во время которой усиливаются боли и вздутие живота. Стихание перистальтики сопровождается стиханием болей и уменьшением вздутия. У пожилых людей болевой симптом может быть менее выраженным. Рвота с примесью кишечного содержимого, зловонная, тем более выраженная, чем выше непроходимость, а при непроходимости толстого кишечника может отсутствовать в течение нескольких дней, локального вздутия живота при этом не наблюдается, он вздут равномерно.

Помогают в распознавании заболевания симптомы:

- Симптом Валя: при перкуссии живота определяется высокий тимпанит над раздутой петлей кишки выше места непроходимости.
- Симптом Склярова: при резком покачивании живота в месте вздутия определяется шум плеска (скопившихся жидкости и газа).



- Симптом Спасокукотского: при аускультации живота выслушивается шум падающей капли.
- Симптом Бейли: при аускультации живота слышны тоны сердечных сокращений.
- Симптом Обуховской больницы: при пальцевом исследовании прямой кишки обнаруживается баллонообразное вздутие ампулы прямой кишки, расслабление наружного сфинктера.

### *Острый аппендицит*

Клиника. Боли выражены не постоянно, одинаковой интенсивности, могут начинаться с подложечной области с переходом через 2-4 часа в правую подвздошную область или сразу возникать в правой подвздошной области. Однако локализация болей может быть самой разнообразной, в зависимости от места расположения червеобразного отростка: у пупка, над лоном, в левой подвздошной области, в правой поясничной области и т.д. в том числе без определенной локализации. Боли постепенно могут нарастать и распространяться по всему животу (перитонит). В начале заболевания отмечаются тошнота, рвота желудочным содержимым. При расположении отростка в малом тазу может наблюдаться понос, а при ретроцекальном - симулировать приступ почечной колики.

Выявляются следующие симптомы:

- Симптом Блюмберга-Щеткина: в месте наибольшей болезненности производят давление на переднюю брюшную стенку пальцами кисти до появления болей, затем резко отнимают руку от передней брюшной стенки. При этом боли усиливаются.
- Симптом Воскресенского: если через натянутую рубашку быстро провести ладонью от правого реберного края до правой подвздошной области, то появляется болезненность под пальцами кисти в правой подвздошной области.
- Симптом Ситковского: в положении больного на левом боку возникает боль в правой подвздошной области.
- Симптом Бартомье-Михельсона: болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении на левом боку.

Клиника. Внезапные острые «кинжальные» боли в подложечной области, наступающие среди полного здоровья, в силу чего больной принимает вынужденное положение на спине, или неподвижность во время ходьбы и при выполнении работы. Боли быстро распространяются по всему животу, который прекращает участвовать в акте дыхания, становится резко болезненным при попытке пальпации, напряженным «доскообразный живот». Рвота однократная, рефлекторная после появления болей, или может отсутствовать. Всякое движение усиливает боли. Лицо страдальческое, руки приложены к животу в желании уменьшить нестерпимую боль, пульс в первые часы замедлен (брадикардия). Типичная картина прободения позволяет поставить диагноз сразу после внешнего осмотра.

В диагностике можно прибегнуть к помощи следующих симптомов:

- Симптом Элекера: боли из брюшной полости иррадиируют в область левой ключицы и лопатки (при прободении язвы желудка) или правой ключицы и лопатки (при прободении язвы 12перстной кишки).
- Симптом Спигарного: исчезновение печеночной тупости – высокий тимпанит над печенью.
- Симптом Куленкампа: при ректальном исследовании определяется болезненность дугласового пространства в силу скопления там желудочного содержимого.
- Симптом Блюмберга-Щеткина: резкий отрыв руки от передней брюшной стенки, после плавного давления до появления болей, резко усиливает боль до вскрикивания больного.

### *Ущемленная грыжа*

Клиника. Грыжа, которая раньше вправлялась в брюшную полость или не вправлялась, но была безболезненной, стала напряженной, невправимой болезненной. Со временем или в момент ущемления появляется рвота, в начале желудочным содержимым, а затем с примесью желчи, развивается клиника острой кишечной непроходимости. Если над грыжевым выпячиванием перкуторно определяется высокий тимпанит и шум плеска – надо думать об ущемлении петли кишки, если перкуторно определяется тупость и рвота не усиливается – можно думать об ущемлении сальника, мочевого пузыря или стенки слепой кишки. Наличие рвоты, повышенной температуры, покраснение кожи над грыжевым выпячиванием говорит о запущенной осложненной ущемленной грыже.

Для диагностики можно воспользоваться следующими симптомами:

- Симптом Гаушина-Ромберга: боль по ходу запирающего нерва (передняя и внутренняя поверхность бедра) с иррадиацией в переднюю брюшную стенку говорит об ущемлении грыжи запирающего канала.
- Симптом Хаушипа: режущая острая боль в ноге на стороне ущемленной бедренной грыжи.

### *Острый холецистит*

Клиника. Боль в правом подреберье с иррадиацией в лопатку, поясницу, правое плечо, надключичную область носит приступообразный острый характер – при остром калькулезном холецистите, постепенно нарастающий – при бескаменном холецистите. Чаще встречается тошнота, реже рвота, однако рвота может быть частой при холецистопанкреатите, когда боли иррадируют больше в спину и носят опоясывающий характер. Наличие желтухи вслед за острым приступом боли чаще говорит о калькулезном холецистите. Высокая температура характерна больше для бескаменного холецистита, осложненного эмпиемой пузыря, холангитом или абсцессом печени. При пальпации живота определяются боли в правом подреберье с мышечной защитой передней брюшной стенки.

Помогают в диагностике симптомы:

- Симптом Грекова-Ортнера: боль возникающая при поколачивании ребром кисти по правому подреберью или перкуссией в проекции желчного пузыря.
- Симптом Мерфи: кисть правой руки положить на правое подреберье так, чтобы большой палец находился ниже реберного края в проекции желчного пузыря, при глубоком вдохе возникает острая боль или усиление болей под большим пальцем и прерывается акт вдоха.
- Симптом Мюсси-Георгиевского: болезненность при пальцевом давлении над ключицей справа между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- Симптом Пекарского: болезненность при давлении на мечевидный отросток.

### *Острый панкреатит*

Клиника. Болезнь начинается остро, когда появляются сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, левое надплечье, левое подреберье, часто носят опоясывающий характер (живот как бы затянут поясом). Рвота бывает многократной, изнуряющей, не приносящей облегчения. Страдальческое выражение лица, иногда с наличием цианоза. Больные беспокойны в поисках положения для уменьшения болей. Отмечается повышение температуры до 380-390С, вздутие живота в эпигастрии, отсутствие перистальтики кишечника.

В распознавании диагноза могут помочь симптомы:

- Симптом Воскресенского: отсутствие пульсации брюшной аорты над пупком.
- Симптом Кёрте: поперечная резистентность и болезненность на 6-7 см. выше пупка.
- Симптом Мейо-Робсона: болезненность при пальцевом давлении в левом реберно-позвоночном углу.
- Симптом Халстеда: цианоз передней брюшной стенки.
- Симптом Блюмберга-Щеткина: описан выше.

#### *Желудочно-кишечные кровотечения*

Клиника. Клиническое течение характерно либо профузным внезапным кровотечением, иногда у больного появляется слабость, головокружение, затемнение сознания в силу острого падения артериального давления, а затем обильная рвота свежими сгустками крови, имеет тенденцию повторяться при продолжающемся кровотечении, либо исподволь возникшим чувством слабости, головокружением, желтыми кругами перед глазами, тошнотой, повторной необильной рвотой цвета кофейной гущи, черного цвета (дегтеобразным) оформленным или жидким стулом. При этом всегда отмечается повышение частоты пульса, бледность кожных покровов, падение артериального давления, потливость.

Для диагностики достаточно вышеописанной клинической картины.

### **5. Заключение**

Острая хирургическая патология брюшной полости встречается достаточно часто и больные с подозрением на ее наличие требуют самого внимательного к себе отношения. Лица, не имеющие специального медицинского образования,

но призванные, в силу обстоятельств оказывать первую помощь пациентам, должны быть обучены основам первичной диагностики и тактики неотложных состояний.

## 6.Список использованной литературы

Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирургические болезни" В 2-х тт. Том 2 [Текст] / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 600 с.: ил., цв. ил.- Библиогр. : С.398-399 .

Савельев В. С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- Т.2.- 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Абакумов М. М. Абдоминальная хирургическая инфекция (классификация, диагностика, антимикробная терапия): Рос. национальные рекомендации. [Текст] / Рос. общество хирургов, Рос. ассоц. специалистов по хирург. инфекциям, Федер. анестезиологов-реаниматологов [и др.]; кол. авт.: М. М. Абакумов, С. Ф. Багненко, В. Б. Белобородов [и др.]; отв. ред.: В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд.- М., 2011.- 98 с.

Бисенков Л. Н. Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей [Текст] / Л. Н. Бисенков, П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов и др.- СПб.: Гиппократ, 2002.- 512с.

## Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой  
производственной практики "Производственная клиническая практика  
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»  
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 3 группы  
Бочаровой М.А.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной  
клинической практике  
(помощник врача стационара,  
научно-исследовательская работа),  
доцент

Кухтенко Ю.В.