ОГЛАВЛЕНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 2](#_Toc158875630)

[1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ЖИВОТА 1.1. Определение, причины возникновения острого живота 4](#_Toc158875631)

[1.2. Клиническая картина острого живота 7](#_Toc158875632)

[2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИАГНОСТИКЕ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ЖИВОТОМ 14](#_Toc158875633)

[2.1. Роль фельдшера в диагностике острого живота 14](#_Toc158875634)

[2.2.Тактика фельдшера при оказании первой помощи пациенту с острым животом 19](#_Toc158875635)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 21](#_Toc158875636)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 23](#_Toc158875637)

# **ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность работы: Актуальность проблемы острого животасвязанна с тем, что количество пациентов, обращающихся замедицинской помощью по поводу острой абдоминальной боли,прогрессивно увеличивается. Сейчас число больных с патологиейпищеварительной системы (от 40 до 60%) опережает количествопациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.Этот симптом часто указывает на развитие острого заболеванияорганов брюшной полости, которое может быть опасным для жизни.Термином "острый живот" обозначают комплекс клинических,  
лабораторных и инструментальных признаков, свидетельствующих о  
катастрофе в брюшной полости и необходимости оказания пациенту  
неотложной хирургической помощи. Проявляется основной триадой  
симптомов: абдоминальный болевой синдром, напряжение передней  
брюшной стенки, нарушение эвакуаторной функции кишечника  
(перистальтики). Диагностическую ценность представляют правильно  
собранный анамнез, осмотр, рентгенография органов брюшной и грудной  
полости, УЗИ, лапароскопия.

Острый живот представляет собой  
собирательное понятие, включающее любую катастрофическую ситуацию  
в брюшной полости (острые заболевания воспалительного характера,  
нарушения кровообращения, травмы и повреждения органов которая  
требует быстрой диагностики, постановки правильного диагноза и  
проведения ургентного оперативного вмешательства. Наиболее  
актуальным понимание сути синдрома острого живота является для врачей  
скорой помощи и приемных покоев стационаров, т. к. именно они должны  
в кратчайшие сроки установить правильный диагноз и госпитализировать  
пациента в профильное хирургическое отделение.  
Необходимость составления алгоритма диагностического  
поиска при синдроме острого живота возникла еще в начале  
двадцатого века. Продиктована эта необходимость была тем фактом,  
что значительное количество смертей в стационаре обусловливалось  
откладыванием операции у пациентов с острой хирургической  
патологией брюшной полости из-за трудностей диагностики и  
дифференциального диагноза. Согласно статистике, летальность  
среди пациентов с диагнозом острый живот, госпитализированных и  
прооперированных в первые шесть часов от начала заболевания, в 5-  
8 раз ниже, чем среди больных с той же патологией, которым  
хирургическая помощь была оказана в более поздние сроки. Следует  
отметить, что гипердиагностика острого живота также является  
большой проблемой, поскольку необоснованное оперативное  
вмешательство может значительно ухудшить состояние таких  
пациентов.

Цель исследования: изучение тактики фельдшера при  
оказании неотложной помощи пациентам с подозрением на острый живот.

Объект исследования: пациенты с острым животом.

Предмет исследования: тактика фельдшера при оказании неотложной помощи пациентам с подозрением на острый живот.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть причины возникновения острого живота.
2. Изучить клиническую картину синдрома острого живота.
3. Изучить диагностику острого живота.
4. Изучить тактику оказания неотложной помощи пациентам с острым  
   животом.

В процессе исследования использовались такие общенаучные **методы** как анализ научной литературы и данные интернет-ресурса.

**Структура:** курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

## **1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ЖИВОТА** **1.1. Определение, причины возникновения острого живота**

Острый живот – комплекс клинических, лабораторных и  
инструментальных признаков, свидетельствующих о катастрофе в  
брюшной полости и необходимости оказания пациенту неотложной  
хирургической помощи. Проявляется основной триадой симптомов:  
абдоминальный болевой синдром, напряжение передней брюшной стенки,  
нарушение эвакуаторной функции кишечника (перистальтики).  
Диагностическую ценность представляют правильно собранный анамнез,  
осмотр, рентгенография органов брюшной и грудной полости, УЗИ,  
лапароскопия. Данный синдром обычно требует ургентного  
хирургического вмешательства для спасения жизни больного.  
«Острый живот» - это предварительный диагноз у больного с острой болью  
в животе [1].

Иной механизм развития острого живота наблюдается при  
нарушении кровообращения в органах брюшной полости и малого  
таза: острой окклюзии мезентериальных сосудов, ущемленной грыже,  
кишечной непроходимости перекруте яичка и др. В подобных ситуациях  
перитонеальные симптомы обусловлены ишемией, быстро нарастающими  
некробиотическими изменениями в том или ином органе и  
начинающимся перитонитом. При таких заболеваниях,как острый  
аппендицит, холецистит, острый панкреатит, сальпингоофорит,  
характерная клиническая картина опредляется острым, иногда гнойным  
воспалительным процессом.

Аппендицит – острое воспаление слепой кишки, поражающее ее  
червеобразный отросток (аппендикс). Этот анатомический орган не  
является рудиментом, как считалось раньше. Он несет иммунную функцию  
и участвует в формировании кишечной микробиоты, поэтому недавняя  
«мода» на профилактическую аппендэктомию не имела под собой  
реальной клинической почвы. Тем не менее при воспалении аппендикса с  
ним необходимо расставаться хирургическим путем. Аппендицит может  
случиться с человеком любого возраста и пола, ранее преимущественно у  
лиц от 10 до 19 лет, но в последние годы заболеваемость аппендицитом  
увеличилась в возрастной группе от 30 до 69 лет. Острый аппендицит  
может быть катаральным (простым, без осложнений),  
гангренозным, флегмонозным, с эпиемией аппендикса, первичным или  
вторичным.

Холецистит - это различные по этиологии, течению и клиническим  
проявлениям формы воспалительного поражения желчного пузыря.  
Сопровождаются болью в правом подреберье, отдающей в правую руку и  
ключицу, тошнотой, рвотой, диареей, метеоризмом. Симптомы возникают  
на фоне эмоционального стресса, погрешностей в питании,  
злоупотребления алкоголем. Диагностика основывается на данных  
физикального осмотра, ультразвукового исследования желчного пузыря,  
холецистохолангиографии, дуоденального зондирования, биохимического  
и общего анализа крови. Лечение включает диетотерапию, физиотерапию,  
назначение анальгетиков, спазмолитиков, желчегонных средств.

Сальпингоофорит - воспалительный процесс, который возникает у  
женщин при воздействии патогенной микрофлоры, также его  
называют аднексит. В результате поражаются маточные трубы, яичники и  
связки, поэтому заболевание довольно часто нарушает работу  
репродуктивной системы. Из-за воспаления и отеков яичников, яйцеклетке  
становится сложно проникнуть в полость матки, а значит шанс  
забеременеть у женщины уменьшается [2].

Сложность диагностической задачи данного синдрома состоим в  
следующем:  
- разнообразие причин острой боли ;

-ограниченность времени для постановки диагноза;

- проведения лабораторных и визуализационных методов диагностики;

- сложность в выборе тактики ведения.

Причины возникновения острого живота многочисленны и могут  
быть сгруппированы следующим образом:

- закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости и  
забрюшинного пространства;

- воспалительные заболевания, в том числе и перитонит;

- перфорация полого органа;

- внутреннее кровотечение в просвет ЖКТ, в брюшную полость  
(внематочная беременность) и в забрюшинное пространство (разрыв  
аневризмы брюшного отдела аорты);

- непроходимость кишечника;

- острые нарушения мезентериального кровообращения (артериального и  
венозного);

- воспалительные изменения в придатках матки, маточных трубах, матке;

- ряд заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, а  
также некоторые инфекционные болезни, клиническая картина которых  
может служить причиной диагностической ошибки [3].

Разновидности острого живота

Боль в животе (абдоминальная боль) может иметь схваткообразный  
или постоянный характер, быть локальной или разлитой.

Абдоминальную боль подразделяют на:

- висцеральную (непосредственно в каком-то органе);

-соматическую – возникающую при раздражении париетальной  
брюшины (брюшины, выстилающей изнутри переднюю и боковые  
стенки живота и затем продолжающуюся на диафрагму и заднюю  
брюшную стенку);

-отраженную – проявляющуюся не только в пораженном органе, но  
и иррадиирующую на близлежащие органы и ткани.

## **1.2. Клиническая картина острого живота**

Клиническая картина - это условное обозначение совокупности  
проявлений болезней и особенностей ее течения как основы диагноза,  
прогноза и лечения. В клиническую картину входят местные симптомы  
(например, боль, отек), признаки общих патологических процессов  
(например, лихорадка, интоксикация) и другие диагностически значимые  
данные, выявляемые при опросе, осмотре, пальпации, перкуссии и  
аускультации больного, а также методами лабораторно-инструментального  
исследования. Каждая болезнь (нозологическая форма) имеет  
индивидуальные и возрастные отличия клинической картины [4].

Среди всех клинических признаков следует выделить наиболее  
значимые «симптомы тревоги», которые свидетельствуют о высокой вероятности хирургической патологии:

1. Возникновение боли, как первого симптома болезни.

2. Отказ от еды, изменение поведения (громкий плач у ребёнка, резкое  
беспокойство или малоподвижность, вынужденное положение).

3. Пробуждение от болей или невозможность уснуть.

4. Появление рвоты на фоне болей.

5. Отсутствие стула и газов.

6. Бледность, холодный пот.

7. Тахикардия, не соответствующая температуре.

8. Напряжение мышц передней брюшной стенки.

Последний признак является самым важным. Выявление напряжения  
мышц передней брюшной стенки свидетельствует в пользу острого  
хирургического заболевания органов брюшной полости, требующего неотложного оперативного вмешательства [5].

В клиническую картину острого живота входит триада основных  
симптомов:

- абдоминальная боль;

- напряжение мышц передней стенки брюшной полости, расстройство  
перистальтики кишечника;

- так называемые местные признаки (боль, мышечная защита);

- функциональные нарушения деятельности органов пищеварения, реже  
мочеотделения (рвота, икота, задержка стула и газов, мочеиспускания и  
т.п.);

- общие признаки – следствие изменений ЦНС, нарушений функции  
сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Данные признаки могут сочетаться между собой и с менее значимыми симптомами в  
разнообразных комбинациях.

Ведущим симптомом практически во всех случаях острого живота  
является боль, которая может быть локализованной или распространяться  
по всему животу. Боль может иррадиировать в грудную клетку, плечо,  
другие отделы брюшной полости. Мышечная защита – напряжение  
передней мышечной стенки брюшной полости нередко возникает  
одновременно с появлением боли или вслед за ней.  
Рвота представляет частый симптом острого живота и может  
встречаться в первые часы заболевания. Рвота - это непроизвольное рефлекторное извержение содержимого желудка, реже кишечника через пищевод, глотку, ротовую полость или носовые ходы. Физиологически рвотный рефлекс выполняет защитную функцию, обеспечивая удаление из организма токсических веществ и метаболитов. Наблюдается при отравлениях, кишечных инфекциях, заболеваниях ЖКТ, церебральной патологии, острых и терминальных состояниях, эндогенных интоксикациях и др [6].

Рвотные массы обычно состоят из остатков съеденной пищи. Рвота в более поздние сроки заболевания, как правило, бывает с примесью застойного содержимого, а в поздних стадиях заболевания имеет каловый характер. При желудочном кровотечении рвотные массы обычно имеют вид  
кофейной гущи или содержат алую кровь. Иногда наблюдают упорную  
мучительную икоту, что обычно связано с раздражением диафрагмального  
нерва. Как правило, при остром животе нарушен пассаж содержимого  
кишечника. Задержка стула и газов обычно обусловлена механической или  
динамической непроходимостью кишечника. Реже бывает жидкий стул  
(например, при инвагинации кишечника). Важным симптомом острого живота является изменение кала.

Мелена — это черные дегтеобразные испражнения, которые формируются при обильных (более 60 мл) острых либо хронических кровотечениях из разных отделов желудочно-кишечного тракта. Причиной патологического состояния могут быть первичные поражения органов пищеварительной системы, нарушения системы гемостаза, некоторые инфекционные болезни. С целью обнаружения источника и причины геморрагии применяют эндоскопические, рентгенологические и лабораторные методы исследования.

При характерном изменении внешнего вида каловых масс  
следует без промедления обратиться к врачу. А примесь алой крови появляется при инвагинации кишки и острых нарушениях мезентериального кровообращения. Большое значение в клинической картине острого живота имеют общие симптомы, свидетельствующие о тяжести состояния и характеризующие общие расстройства (изменение сознания той или иной степени; нарушения периферической и центральной гемодинамики, дыхания, мочеотделения, появление желтушности склер и кожи).

Рассмотрим несколько клинических картин острого живота, при  
различных заболеваниях. Клиническая картина острого живота при остром холецистите Острый холецистит - воспаление желчного пузыря,  
характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи  
в результате блокады ее оттока. Возможно развитие патологической  
деструкции стенок желчного пузыря. В подавляющем большинстве  
случаев (85-95%) развитие острого холецистита сочетано с конкрементами  
(камнями), более чем у половины (60%) пациентов определяется  
бактериальное заражение желчи (кишечные палочки, кокки, сальмонеллы  
и т п.) [7].

Острый холецистит чаще развивается у женщин, риск его  
возникновения увеличивается с возрастом. Есть предположения о влиянии  
гормонального фона на развитие холецистита.

Причины холецистита:

-повреждение стенок пузыря твердыми образованиями (камни), закупорка камнями желчного протока;

-заражение желчи бактериальной флорой, развитие инфекции  
(бактериальный холецистит);

-заброс ферментов поджелудочной железы в желчный пузырь  
(ферментативный холецистит).

Во всех случаях развитие воспаления в стенках желчного пузыря  
вызывает сужение просвета желчного протока (или его обтурацию  
конкрементом) и застой желчи, которая постепенно загустевает.

Классификация

Острый холецистит подразделяется по форме на катаральную и  
деструктивные (гнойные). Среди деструктивных форм, в свою очередь,  
выделяют флегмонозную, флегмонозно-язвенную, гангренозную и  
перфоративную, в зависимости от стадии воспалительного процесса.

Симптомы

Основным симптомом является желчная колика - верхней части  
живота, возможно иррадиирующей в спину (под правую лопатку). Реже  
иррадиация происходит в левую половину тела. Предварять возникновение  
желчной колики может прием алкоголя, острой, жирной пищи, сильный  
стресс. Помимо болевого синдрома, острый холецистит может  
сопровождаться тошнотой (вплоть до рвоты с желчью), субфебрильной  
температурой [8].

В легких случаях (без наличия камней в желчном пузыре) острый  
холецистит протекает быстро (5-10 дней) и завершается выздоровлением.  
При соединении инфекции развивается гнойный холецистит, у лиц с  
ослабленными защитными силами организма способный перейти в  
гангрену и перфорацию (прорывание) стенки желчного пузыря. Эти  
состояния чреваты летальным исходом и требуют незамедлительного  
оперативного лечения.

Профилактика

Профилактика заключается в соблюдении норм здорового питания,  
ограничение употребления алкоголя, больших количеств острой, жирной  
пищи. Так же приветствуется физическая активность - гиподинамия  
является одним из факторов, способствующих застою желчи и  
формированию конкрементов.

Прием пищи лучше осуществлять согласно режиму, не реже, чем  
каждые 4 часа. Обязательно употреблять достаточное количество жидкости  
(от полутора литров), не переедать на ночь. Неблагоприятными для  
здоровья желчного пузыря также являются ожирение, кишечные паразиты  
(лямблии, аскариды), сильные стрессы [9].

Клиническая картина острого живота при остром аппендиците

Острый аппендицит - экстренная хирургическая патология, которая  
проявляется воспалением в области аппендикса (червеобразный отросток  
слепого кишечника).

Существует ряд симптомов, которые связаны с болью при  
аппендиците и названы в честь открывших их врачей:

- симптом Ровзинга — появление или усиление болей в правой  
подвздошной области, когда врач совершает толчковые движения в зоне  
нисходящей кишки в левой подвздошной области;

- симптом Ситковского — появление или усиление болей в правой нижней  
части живота, если пациент лежит на левом боку;  
- симптом Воскресенского (симптом "рубашки" или "скольжения") — врач  
через рубашку кончиками пальцев делает быстрое и лёгкое скользящее  
движение сверху вниз по направлению к правой подвздошной области, при  
этом боль усиливается в конечной точке движения;  
- симптом Образцова — появление боли в правой подвздошной области,  
когда пациент поднимает выпрямленную правую ногу;  
- симптом Коупа — появление боли в глубине таза справа и над лоном,  
когда больной в положении лежа на спине сгибает правую ногу в коленном  
суставе и поворачивает кнаружи.

Когда пациент попадает в больницу, дежурный хирург приёмного  
покоя обязательно выполняет некоторые из этих манипуляций, чтобы  
проверить наличие характерных для аппендицита болевых симптомов.  
Тошнота и рвота. Возникают не всегда, примерно в 2/3 случаев.  
Обычно вскоре после появления первоначальных болей появляется  
тошнота, а затем и однократная или двухкратная рвота, которая редко  
бывает обильной. Рвота носит рефлекторный характер, она является  
результатом раздражения нервных окончаний брюшины в области  
развивающегося воспаления [10].

Нарушение стула. Нечасто, но может наблюдаться жидкий стул, 1-3  
раза. Происходит при тазовом расположении аппендикса и прилежании его  
к прямой кишке или раздражении нервных окончаний тазовой брюшины.

Частое мочеиспускание. Этот симптом аппендицита чаще  
наблюдается у женщин, что связано или с вышеописанным раздражением  
тазовой брюшины, или с воздействием воспалённого аппендикса на  
мочевой пузырь или правый мочеточник при их близком расположении.  
Общая слабость и недомогание. Связаны с развивающейся  
интоксикацией организма.

Классификация и стадии развития аппендицита

В нашей стране принята классификация профессора В. С. Савельева.  
Она отражает стадии течения острого аппендицита, которые следуют одна  
за другой по ходу прогрессирования воспалительного процесса.

Формы острого типичного аппендицита:

- катаральный аппендицит (простой, поверхностный) — затрагивает только слизистую оболочку аппендикса;

- флегмонозный аппендицит — затрагивает все слои, на серозной оболочке  
появляется белок фибрин;

- гангренозный аппендицит — омертвение всех слоёв аппендикса;

- перфоративный аппендицит — прорыв стенки аппендикса;

- эмпиема червеобразного отростка — разновидность флегмонозного  
воспаления, при котором в результате рубцового процесса или закупорки  
каловым камнем в просвете отростка образуется замкнутая полость,  
заполненная гноем.

Лечение

При остром аппендиците показано как можно более раннее удаление  
воспаленного червеобразного отростка — аппендэктомия. В типичных  
случаях острого аппендицита используется доступ к червеобразному  
отростку по Волковичу-Дьяконову – косой разрез в правой подвздошной  
ямке.

В диагностически неясных ситуациях используется параректальный  
доступ по Ленандеру, при котором операционный разрез проходит  
параллельно наружному краю правой прямой мышцы выше и ниже пупка.  
К средне-срединной или нижне-срединной лапаротомии прибегают в тех  
случаях, если течение острого аппендицита осложнилось перитонитом.  
В последние годы, с развитием малоинвазивной хирургии, операция  
нередко выполняется через лапароскопический доступ [11].

# 2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИАГНОСТИКЕ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ ЖИВОТОМ

## 2.1. Роль фельдшера в диагностике острого живота

Кроме хорошо собранного анамнеза, важно правильно выполнить  
диагностические процедуры: осмотр, пальпацию живота, перкуссию  
брюшной стенки, аускультацию, ректальное и влагалищное исследование,  
лабораторные и инструментальные исследования.

Пальпацию живота начинают с поверхностной; глубокую пальпацию  
применяют очень осторожно, так как она может вызвать болевую реакцию,  
что не дает четкого представления о состоянии органов брюшной полости.  
При осмотре обращают внимание на внешний вид больного, положение в  
постели (нередко оно бывает вынужденным, с приведенными к животу  
коленями), изменения живота (вздут, увеличен или втянут, участие в акте  
дыхания, асимметричен и неравномерно вздут), наличие  
послеоперационных рубцов. При пальпации определяют степень  
“мышечной защиты”, т.е. напряжение брюшных стенок и перитонеальный  
симптом Щеткина-Блюмберга.

Перкуссия помогает обнаружить уменьшение границ или  
исчезновение печеночной тупости, что характерно для перфорации полого  
органа, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости;  
аускультация – оценить характер перистальтики кишечника (отсутствие  
перистальтических звуков или их значительное усиление позволяет  
заподозрить непроходимость кишечника).

Ректальное исследование дает возможность определить  
патологические процессы, развивающиеся в области малого таза, а  
влагалищное – состояние внутренних половых органов.

Лабораторные методы диагностики помогают выявить изменения  
периферической крови, мочи, биохимического состава крови.

В числе инструментальных методов – рентгенография,  
ультразвуковое исследование, компьютерная томография, ядерномагнитно-резонансное исследование органов брюшной полости.  
Анамнез — важная и решающая часть в установлении правильного  
диагноза. Причина в том, что острый живот нередко является осложнением  
целого ряда хронических заболеваний, ранее перенесенных  
воспалительных процессов или оперативных вмешательств в брюшной  
полости. Целенаправленно собранный анамнез в таких случаях позволяет  
выявить у больного уже диагностированное ранее заболевание или дает  
основание заподозрить о его существовании.

В некоторых случаях кожа бывает желтушной окраски вплоть до четко  
выраженной желтухи с характерной при этом иктеричностью склер.  
Дыхание, как правило, не нарушено, однако при тяжелых состояниях  
учащено. В некоторых случаях наблюдается урежение пульса, чаще же  
частоте его или нормальная, или число его ударов увеличено.  
Артериальное давление при шоке или резко выраженной интоксикации снижено, в остальных случаях остается нормальным. Язык, как правило,  
сух, обложен налетом.

Огромное значение для установления диагноза имеет тщательный  
осмотр живота. Он может быть втянутым ("ладьевидный живот"), при этом у  
больных с хорошо выраженной мускулатурой контуры мышц передней  
брюшной стенки резко очерчены. В других случаях живот может быть  
симметрично увеличен в объеме за счет раздутых петель кишечника,  
причем это вздутие иногда может быть настолько резко выражено, что  
брюшная стенка кажется тонкой, а кожа ее полностью теряет свою  
складчатость.

Вздутие может быть неравномерным, отчего живот  
становится несимметричным. Иногда можно уловить изолированное той  
или иной величины выпячивание, передней брюшной стенки за счет  
какого-либо образования, расположенного в брюшной полости (опухоль,  
инфильтрат, увеличенный желчный пузырь). При некоторых заболеваниях  
из группы острого живота, протекающих с. вовлечением в процесс  
париетальной брюшины, передняя брюшная стенка совершенно  
не принимает участия в дыхательных экскурсиях. Кардинальными  
проявлениями острого живота, которые можно уловить посредством  
ощупывания, являются напряжение мышц передней брюшной стенки и  
болезненность. У некоторых больных напряжение мышц передней  
брюшной стенки выражено резко, чаще ригидность мышц или не столь  
резка, или носит не разлитой, а локализованный характер.  
Болезненность при пальпации является обязательным симптомом  
острого живота.

Посредством перкуссии живота определяется наличие газа и жидкости в свободной брюшной полости, а также изменения размеров некоторых органов или образований, не встречающихся в норме.

Аускультация брюшной полости при подозрении на острый живот  
является обязательным методом обследования. Различные формы острого  
живота дают далеко не одинаковые аускультативные данные. Так, наличие  
препятствия для пассажа кишечного содержимого заставляет кишку  
усиленно перистальтировать, что ведет к возникновению интенсивных  
кишечных шумов в виде "урчания", которые нередко могут быть услышаны  
даже на расстоянии. Периоды резко усиленной перистальтики сменяются  
периодами атонии кишки, во время которых кишечные шумы не  
выслушиваются. Однако чаще заболевания, дающие картину острого  
живота, приводят к парезу кишечника, при этом выслушиваются редко  
возникающие вялые кишечные шумы, или же они полностью отсутствуют.

Ректальное исследование является обязательным при обследовании  
больных с подозрением на острый живот. Палец, введенный в прямую  
кишку, в первую очередь определяет состояние ее сфинктера. При  
некоторых заболеваниях, в том числе и дающих картину острого живота  
(заворот сигмовидной кишки), сфинктер прямой кишки зияет.

Исследование крови при болях в животе дает клиницисту ряд ценных  
сведений. Увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы  
влево, особенно появление юных форм лейкоцитов, ускоренная СОЭ  
позволяют говорить о выраженной воспалительной реакции.  
Биохимические исследования крови (определение количествабилирубина, амилазы, сахара' и остаточного азота) могут указать на  
поражение определенного органа брюшной полости.  
Исследование мочи дает возможность в некоторых случаях определенно  
высказаться за наличие заболевания почек или при отсутствии этих  
изменений его отвергнуть.

Нередко для уточнения диагноза необходимо рентгенологическое  
исследование. Свободный газ в брюшной полости, уровни жидкости в  
просвете кишечника, хорошо прослеживаемые поперечные складки в  
растянутой тонкой кишке и другие признаки выявляются при обзорной  
рентгеноскопии и рентгенографии. В отдельных случаях производят  
ирригоскопию, внутривенную урографию и другие более сложные  
исследования, назначают контрастное вещество внутрь. Общепринятые  
методы исследования в подавляющем большинстве случаев позволяют не  
только установить обобщенный диагноз острого живота, но и уточнить  
причину катастрофы в брюшной полости.

Наиболее тяжелое положение возникает тогда, когда, несмотря на все  
доступные методы исследования, диагноз остается неясным, и при этом  
нельзя отдать предпочтение ни данным, говорящим о наличии заболевания,  
не требующего оперативного вмешательства, ни данным,  
свидетельствующим в пользу последнего. В таких случаях необходима  
диагностическая пункция живота, которая в ряде случаев позволяет не  
только подтвердить или отвергнуть катастрофу в брюшной полости, но и  
провести дифференциальный диагноз.

Все пациенты с клиникой острого живота требуют госпитализации в  
профильное хирургическое отделение. Если будет выявлен  
псевдоабдоминальный синдром, а острая хирургическая патология  
исключена, пациент переводится в отделение гастроэнторологии или  
терапии. Предоперационная подготовка должна быть максимально  
сокращена, если состояние больного очень тяжелое – подготовка и  
противошоковая терапия осуществляются в отделении интенсивной  
терапии в течение нескольких часов. До постановки точного диагноза  
нельзя принимать пищу и жидкости, применять обезболивающие средства  
и снотворные, делать клизмы.

Применение анальгетиков (особенно наркотических) имеет  
следствием ослабление боли и расслабление мышечного корсета, что в  
свою очередь ведет к ошибкам диагностики и необоснованному  
откладыванию операции. После установления правильного диагноза  
пациентам с болями спастического характера разрешается ввести  
спазмолитические препараты.

Большинство состояний, приводящих к развитию острого живота,  
требуют неотложного хирургического вмешательства. Операцию  
рекомендуется провести в течение шести часов от появления симптомов  
заболевания – в этой ситуации значительно снижается частота осложнений,  
улучшается прогноз. Если пациент поступил в стационар в агональном  
состоянии, подготовка не проводится, операция начинается немедленно,  
одновременно с проведением реанимационных мероприятий.

## **2.2.Тактика фельдшера при оказании первой помощи** **пациенту с острым животом**

Важнейший (достоверный) признак симптомокомплекса «острый  
живот» - перитонеальные явления. Для их выявления надо тщательно  
проводить пальпацию брюшной полости. Диагностическое значение имеет  
снижение мышечной защиты при глубокой пальпации (исследование  
желательно проводить обязательно отвлекая внимание от пальпации  
больного), больше свидетельствующие о наличии «ложного острого  
живота». Перитонеальные признаки являются «финалом» развития  
синдрома «острого живота».

При обследовании больного с подозрением на  
«острый живот» следует обратить внимание на:

- внешний вид больного;

- выражение лица, мимику, поведение, походку, вынужденное  
положение, цвет кожи и слизистых оболочек, тип дыхания, участие живота  
в дыхании, следы травмы, оперативных вмешательств и т.д.;

- зоны кожной гипералгезии, перкуторной болезненности,  
болезненности отдельных органов при пальпации, напряжение брюшной  
стенки, симптом Щеткина-Блюмберга;

- при аускультации - наличие кишечных шумов: постепенное  
ослабление звучности перистальтических кишечных шумов (при  
динамическом наблюдении) вплоть до полного отсутствия характерно для  
острой атонии кишечника любого генеза, а постоянные звонкие шумы  
могут выслушиваться при усиленной перистальтике вначале развития  
механической кишечной непроходимости;

- изменения в других органах и системах как ответная реакция на  
боль. Это прежде всего сердечно-сосудистая система, органы дыхания,  
мочеотделение, нервной системы и др.

Во избежание диагностической ошибки в процессе клинического  
мышления врач не должен стремиться выходить сразу на нозологическую  
форму заболевания, а должен вначале ставить «частный» («частные»)  
диагноз (диагнозы), определить ведущую симптоматику. Вначале  
целесообразен синдромный подход: в данном случае выделение частных  
особенностей боли, определенного органа брюшной полости или малого  
таза. Например, выделение пищеводной боли, язвенной, панкреатической  
боли и т.д.

При дифференциальной диагностике ведущих признаков  
(признака), последовательно или параллельно (что лучше достигается при  
достаточном опыте) нужно «перебрать» причины, к ней приводящие. Так,  
при жалобах больного на «боль в сердце», памятуя о существовании  
отраженных болей, врач должен исключить и патологию органов брюшной  
полости, могущих обусловить боль в сердце - перфоративная язва, острый  
холецистит, панкреатит и т.д. Хорошо известно, что, осматривая больного  
с диагнозом «инфаркт миокарда», врачи редко тщательно исследуют  
органы брюшной полости; у больного с «обострением хронического  
гастрита» - редко анализируются другие (хирургические) причины  
нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Сказанное и  
накопленный опыт позволяют рекомендовать во всех случаях, когда анализ  
первичной информации не позволяет придти к определенному  
диагностическому выводу, лучше останавливаться на синдроме - «боль в  
сердце», «острый живот» и т.д.

Лечебная тактика при подозрении на «острый живот» состоит в  
устранении болевого синдрома, облегчении рвоты (введение  
спазмолитиков). Следует воздержаться от введения наркотических  
препаратов до осмотра хирурга.

При госпитализации больного с подозрением на «острый живот»  
должно проводиться динамическое наблюдение, включающее в себя:

- повторный осмотр с оценкой изменения общего состояния больного  
(ухудшение гемодинамики, появление новых симптомов и т.д.);

-повторное тщательное исследование брюшной полости;

-появление симптомов раздражения брюшины;

- повторное проведение лабораторно-инструментальных исследований  
(кровь - показатели воспалительного процесса; ЭКГ и др.для исключения  
других причин абдоминальной боли с оценкой их динамики);

- необходимость привлечения к диагностическому процессу старших  
товарищей и врачей других специальностей (гинеколог, инфекционист,  
невропатолог, терапевт и др.)

# **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости  
занимают важное место среди всех хирургических заболеваний. Примерно  
70% операций выполняются по срочным показаниям. Фельдшер должен быстро и точно подготовить пациентов к экстренным  
операциям. Благоприятный или неудовлетворительный исход операции и  
последующий послеоперационный период зависят от предоперационной  
подготовки пациента. Максимально правильно и грамотно проведенная  
подготовка исключает возможность осложнений, она  
подготавливает жизненно важные органы пациента к хирургическому  
вмешательству, создает благоприятный психологический фон. Все эти  
факторы способствуют скорейшему выздоровлению пациента.  
Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти  
основных этапов: сестринское обследование пациента, диагностирование  
его состояния (определение потребностей и выявление проблем),  
планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных  
потребностей (проблем), выполнение плана необходимых сестринских  
вмешательств и оценка полученных результатов с их коррекцией в случае  
необходимости.

Подводя итоги данной работы, могу сказать, что значение  
сестринского процесса в практике:

- Определяет конкретные потребности пациента в уходе как  
существующие на протяжении всего хирургического процесса, так и  
имеющие непосредственное отношение к предоперационному,  
операционному и послеоперационному периодам;

- Способствует выделению из ряда существующих потребностей  
приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода. В хирургии  
приоритетными проблемами будут являться проблемы безопасности  
(операционной, инфекционной, социокультурной, психологической);  
проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением  
функций органов и систем (с обязательным изменением схемы тела );  
проблемы, связанные с операционным стрессом и тревожностью;  
проблемы, связанные с сохранением достоинства.

- Прогнозирует последствия ухода, определяя сроки, тактику и  
возможную степень восстановления после операции;

- Определяет план действий медицинской сестры, стратегию,  
направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей  
конкретной хирургической патологии;

- С его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой  
работы, профессионализм сестринского вмешательства;

- Гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать.

# **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Большая мeдицинская энциклопедия. – М.: Эксмо,2019.-864с. 5. Свeтлакова И.Б. Большая мeдицинская энциклопeдия / ант.сост. М.:АСТ: Хранитeль, 2019.- 899с.
2. Двойников С.И. Провeдeниe профилактичeских мeроприятий: учeбноe? пособиe; под. рeд. Двойникова С.И.М.: ГЭОТАР Мeдиа, 2019.-448с.
3. Карпов Т.А. Заболeвания жeлудка и пищeвода: причины, симптомы, лeчeниe /сост. М.: АСТ; СПб: Сова; Владимир: ВКТ, 2018.-128с.(Совeты опытного врача).
4. Кабарухина Б.В., Быковская Т.Ю.МДК 01.02. Основы профилактики: ПМ 01. Провeдeниe профилактичeских мeроприятий / под рeд. к. м.н. и др.Ростов н/Д: Фeникс, 2019.-219с.
5. Лазарeва Г.Ю. Справочник фeльдшeра / М.РИПОЛ классик, 2019-640с.  
   Отвагина Т.В. Тeрапия: учeбноe пособиe. Изд. 2-e.
6. Обуховeц Т. П. Сeстринскоe дeло в тeрапии (Мeдицина для вас) / Изд. 4-e. г. Ростов н/Д : Фeникс, .2019. — 603 с.
7. Отвагина Т.В. Тeрапия: учeбноe пособиe / Изд. 2-e. Ростов н /Д: Фeникс, 2019.-367с.(СПО).
8. Пeтрова О.Л., Пeтрова Я.Б., Смирнова Г.В., Пeтров В.И. Мeдицинская сeстра /Гастроэнтeрология.2019.-№8.-с.56.
9. Смолeва Э.В. Сeстринскоe? дeло в тeрапии с курсом пeрвичной мeдицинской помощи / под рeд. к.м.н. Кабарухина Б.В.Изд. 11-e. Ростов н/Д: Фeникс, 2019.- 473с. – (Срeднee профeссиональноe Образованиe).
10. Свeтлакова И.Б. Большая мeдицинская энциклопeдия / ант.сост. М.:АСТ: Хранитeль, 2019.-899с.
11. Фeдюкович Н.И. Внутрeнниe болeзни: учeбник / Изд. 5-e?, доп. и пeрeраб. Ростов н. /Д: Фeникс, 2019.-570с. (Срeднee профeссиональноe Образованиe).
12. Фeдюкович Н.И. Внутрeнниe болeзни: учeбник / Изд. 5-e, доп. и пeрeраб. Ростов н. /Д: Фeникс, 2019.-570с. (Срeднee профeссиональноe образованиe).