**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Реферат

на тему:

**«Боль в животе у взрослых»**

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Острый живот
2. Острый аппендицит
3. Острый аппендицит у беременных

Литература

**Введение**

Боль в животе может возникнуть при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, половых органов, позвоночника, мышц брюшной стенки, нервной системы или иррадиировать в живот при заболеваниях органов грудной клетки (например, правосторонний плеврит, инфаркт миокарда и перикардит могут протекать с болью в правом или левом подреберье, эпигастрии). Боль при заболеваниях внутренних органов может быть обусловлена нарушением кровотока, спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов, растяжением стенок полых органов, воспалительными изменениями в органах и тканях. Распространение воспалительного процесса или опухоли с вовлечением интеркостальных или чревных нервов может вызвать отраженную боль.

Боль в нижней части живота справа может быть обусловлена поражением аппендикса, нижнего отрезка подвздошной кишки, слепой и восходящего отдела ободочной кишки, правой почки и половых органов. В нижней части живота слева боль может быть вызвана поражением поперечной ободочной и сигмовидной кишок, левой почки, а также заболеваниями половых органов.

Спастическая боль в животе отмечается при интоксикации свинцом, в прекоматозной стадии при сахарном диабете, а также при гипогликемических состояниях, при порфирии.

Локализация боли не всегда соответствует расположению пораженного органа. Иногда в первые часы заболевания боль не локализуется четко и лишь позже концентрируется в определенной зоне. В дальнейшем (например, при генерализации перитонита) боль вновь может стать диффузной. При аппендиците боль первоначально может возникать в подложечной или пупочной области, а при прикрытой прободной гастродуоденальной язве к моменту осмотра может сохраняться только в правой подвздошной области (при затекании в эту область желудочного содержимого). Кроме того, жалобы на боль в животе могут иметь место и при ряде внебрюшинных заболеваний.

Внезапное появление боли по типу «кинжального удара» свидетельствует о внутрибрюшинной катастрофе (прорыве полого органа, гнойника или эхинококковой кисты, внутрибрюшинное кровотечение, эмболия сосудов брыжейки, селезенки, почки). Такое же начало характерно и для почечной колики.

Поведение больного во время болевых приступов имеет диагностическое значение. Больной с приступом почечной или печеночной колики мечется, принимает различные позы, чего не наблюдается при поясничном радикулите, имеющем сходную локализацию боли. При нарушениях психики возможно безболевое течение тяжелых патологических процессов (прободная язва и др.).

**1. Острый живот**

ОСТРЫЙ ЖИВОТ – клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удается установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного.

Клиническую картину острого живота могут обусловить повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, воспалительные заболевания, в том числе перитонит (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), прободение органов брюшной полости, внутренние кровотечения в брюшную полость, забрюшинное пространство (нарушение внематочной беременности, кровотечение из яичника), непроходимость кишечника, заболевания половых органов (воспалительные процессы в придатках матки, перекрут ножки кисты или опухоли яичника) и некоторые другие заболевания.

Ведущий признак острого живота – внезапное появление постоянной или схваткообразной боли, локализованной или распространенной по всему животу. Боль может быть резко выраженной и сопровождаться развитием шока. Частый симптом – тошнота и рвота, которые могут возникнуть в первые часы, и даже минуты заболевания. Иногда наблюдается упорная мучительная икота.

Задержка стула и прекращение отхождения кишечных газов обычно связаны с механической или динамической непроходимостью кишечника. Реже бывает жидкий стул (например, при инвагинации кишки).

Существенную роль играют изучение анамнеза заболевания и его осложнений, тщательный осмотр и наблюдение за поведением больного. При пальпации часто выявляются болезненность, ограниченное или распространенное напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуссия брюшной стенки позволяет обнаружить сближение границ печеночной тупости или ее исчезновение, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости (пневмоперитонеум) при перфорации полого органа. При аускультации оценивают характер перистальтики кишечника.

При поступлении больного в стационар проводят дополнительные диагностические мероприятия: рентгенологическое исследование (обзорная рентгеноскопия грудной и областной полости, рентгенография брюшной полости в вертикальном и горизонтальном положении больного и латеропозиции и др.), а также применяют весьма ценные в диагностике ряда заболеваний, являющихся причиной острого живота, эндоскопические методы исследования (особое место среди них принадлежит лапароскопии).

Неотложная помощь и госпитализация. При клинической картине острого живота больной должен быть немедленно госпитализирован в профильное учреждение. До момента госпитализации запрещается применять болеутоляющие и наркотические средства, антибиотики, назначать слабительные, ставить клизму. Не следует также терять время на уточнение диагноза до госпитализации. В ряде случаев во время транспортировки необходимо введение больным желудочного зонда при многократной рвоте на почве кишечной непроходимости, внутривенное вливание кровезамещающих растворов при снижении АД, обусловленном кровопотерей, сердечных препаратов, и т.д.

В большинстве случаев (при перитоните, перфорации полых органов, механической кишечной непроходимости, внутренних кровотечениях и др.) необходимо оперативное лечение. При тяжелом состоянии требуется интенсивная предоперационная подготовка в течение 2–3 и с целью коррекции возникающих нарушений. В некоторых случаях (например, при массивном кровотечении) операцию производят сразу же после поступления больного, параллельно выполняя реанимационные мероприятия.

Боль в животе при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства

**2. Острый аппендицит**

Непосредственной причиной воспаления червеобразного отростка слепой кишки является развитие инфекции в стенке отростка.

Выделяют простую и деструктивную формы (флегмонозный, гангренозный, перфоративный) аппендицита. По клинической картине нельзя судить о морфологических изменениях в червеобразном отростке.

Симптомы. Заболевание начинается остро с боли иногда сразу в правой подвздошной области, нередко сначала в эпигастральной области. Интенсивность боли различна, чаще она умеренно выражена, постоянна, без иррадиации. Особенно сильная боль характерна для деструктивных форм аппендицита, но она не достигает такой интенсивности, как при прободной язве двенадцатиперстной кишки или желудка, остром панкреатите, тромбозе брыжеечных сосудов. Схваткообразный характер боли не исключает диагноза острого аппендицита. Длительность болевого приступа может колебаться от нескольких минут до нескольких дней. Чаще всего боль, сохраняющаяся в течение суток и более, свидетельствует о значительных воспалительных изменениях в аппендиксе. Боль в ряде случаев по мере развития деструкции может ослабевать вплоть до полного исчезновения на некоторое время (омертвение зоны рецепторов). Затем через какой-то промежуток времени боль снова усиливается, часто приобретая разлитой характер. Появляются тошнота и рвота. Рвота, обычно однократная, возникает в самом начале заболевания.

При развитии перитонита рвота может повторяться многократно.

Стул чаще всего нормальный, но иногда бывает его задержка, редко отмечается понос. В некоторых случаях, чаще при тазовом расположении отростка, у больных возникает ощущение, что опорожнение кишечника избавило бы их от боли. Но после клизмы (чего не следует делать!), наоборот, боль усиливается. В случае предлежания воспаленного отростка к стенке мочевого пузыря возникает дизурия вследствие появления содружественного цистита. Самочувствие больных заметно нарушается при деструктивном аппендиците, повышается температура, достигая 38 ˚С и редко превышая 39 ˚С. Чем тяжелее интоксикация, тем чаще больные отмечают озноб. При деструктивном, особенно гангренозном, аппендиците степень учащения пульса опережает выраженность температурной реакции. Общее состояние больного даже при тяжелом аппендиците (до фазы диффузного перитонита или развития гнойника в брюшной полости) может оставаться удовлетворительным.

Диагноз. Значение анамнеза велико и его недооценка часто приводит к диагностическим ошибкам. Внешний осмотр не позволяет выявить каких-либо характерных для аппендицита симптомов. Больной чаще всего спокойно лежит в постели, в редких случаях отмечаются беспокойство, тщетные попытки найти удобное положение, при котором бы боль утихла. Язык вначале слегка обложен и влажен, но вскоре становится сухим.

Решающее значение имеет исследование живота. При пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области. Интенсивность ее может быть различной – от весьма незначительной до резкой. Место наибольшей болезненности и ее выраженность в известной степени зависит от локализации отростка. При перитоните аппендикулярного происхождения наибольшая болезненность длительно сохраняется именно в правой подвздошной области.

При запущенном аппендиците в правой подвздошной области может пальпироваться инфильтрат. Резкая болезненность при пальпации в правой подвздошной области обычно сочетается с защитным напряжением мышц на ограниченном участке, которое особенно заметно проявляется при мягкой брюшной стенке в остальных отделах живота. При диффузном перитоните напряженным становится весь живот. У стариков и ослабленных больных, у больных с дряблой брюшной стенкой, при редкой интоксикации, в поздних стадиях перитонита напряжение мышц может отсутствовать. Симптом Щеткина-Блюмберга является чрезвычайно важным диагностическим признаком при аппендиците. В начальных стадиях симптом отмечается в правой подвздошной области, а при появлении выпота и развитии перитонита обнаруживается и слева, и в верхней половине живота. При ретроцекальном расположении отростка этот симптом может отсутствовать даже при деструктивных формах. Симптом Ровзинга – появление боли в правой подвздошной области при аппендиците, и, как правило, свидетельствует о достаточно выраженном воспалительном процессе. Симптом Ситковского – усиление боли в правой подвздошной области в положении больного на левом боку – зависит от появляющегося при этом натяжения брыжейки аппендикса и воспаленной брюшины в области слепой кишки.

Обязательно производят пальцевое исследование прямой кишки (для определения возможной болезненности, которая появляется при распространении воспалительного процесса в малый таз). При исследование крови обнаруживается умеренный лейкоцитоз – в пределах 8–10х10 /л, но не исключено и повышение его до 15–20х10 /л и более. Сдвиг в формуле влево еще более, чем лейкоцитоз, характерен для нагноительного процесса в аппендиксе.

Признаки интоксикации при типичной клинической картине острого аппендицита, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, повышение температуры, лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево свидетельствуют о выраженных воспалительных изменениях аппендикса.

Исследование мочи имеет значение для дифференцирования аппендицита от урологических заболеваний. Следует помнить, что тяжелая интоксикация при деструктивном аппендиците может вызвать появление в моче умеренного количества эритроцитов, гиалиновых и зернистых цилиндров. Клинические проявления цистита с характерными изменениями мочи возникают при контакте воспаленного аппендикса с мочевым пузырем. Такие же изменения в моче могут появиться при ретроцекальном расположении отростка.

Ретроцекальный аппендицит. При забрюшинном расположении отростка, особенно если он замурован в сращениях позади слепой кишки, воспаление протекает своеобразно. Заболевание при этом часто начинается с разлитой боли в животе. Нередко в самом начале бывает рвота. Часто боль иррадиирует в поясничную область, правое бедро, наружные половые органы. При пальпации в правой подвздошной области отмечается умеренная болезненность, нарастающая по мере смещения руки обследующего к поясничной области. Напряжение мышц в правой подвздошной области и симптом Щеткина-Блюмберга отсутствует даже при выраженной интоксикации, свидетельствующей о гнойном процессе. Симптом Пастернацкого, напротив, оказывается положительным. Запущенный ретроцекальный аппендицит может привести к развитию забрюшинной флегмоны или абсцесса.

Тазовый аппендицит характеризуется присоединением симптомов содружественного воспаления органов, с которыми соприкасается отросток. Клиника аппендицита в этом случае может сочетаться с явлениями цистита, проктита, параметрита, аднексита.

Атипичные формы аппендицита чаще всего обусловлены необычным расположением отростка. В виде редких исключений аппендицит может развиваться в левой подвзошной области, левом подреберье, паховой грыже и даже в плевральной полости при врожденной левосторонней диафрагмальной грыже.

**3. Острый аппендицит у беременных**

Чаще (в 75% случаев) аппендицит возникает в первой половине беременности. Клиническая картина его при этом такая же, как и при отсутствии беременности, однако значительные диагностические трудности может создавать обилие жалоб, характерных для беременных (тошнота, рвота, разнообразные болевые ощущения в животе).

Аппендицит в старческом возрасте встречается значительно реже, чем в молодом, но вместе с тем у стариков он почти в 95% случаев оказывается деструктивным. В старческом возрасте как местные, так и общие симптомы аппендицита могут быть стертыми. Даже деструктивный аппендицит нередко протекает с умеренной болезненностью в правой подвздошной области без напряжения мышц и без симптомов Щеткина-Блюмберга. Признаки общей интоксикации могут отсутствовать.

Неотложная помощь и госпитализация. При диагностированном остром аппендиците или с подозрением на него все больные должны быть немедленно направлены в хирургическое отделение. Этим больным нельзя назначать наркотики и клизму. Больным с установленным диагнозом «острый аппендицит», независимо от сроков заболевания показана экстренная операция. В сомнительных случаях, при неясных признаках болезни, в начальных стадиях, допустимо некоторое выжидание и динамическое наблюдение обязательно в условиях стационара. Если остаются сомнения, предпочтительнее все же оперировать больных. Исключением являются резко ограниченные плотные аппендикулярные инфильтраты, при наличии которых проводят активную противовоспалительную терапию, а операцию выполняют в плановом порядке после рассасывания инфильтрата. При клинической картине, указывающей на абсцедирование инфильтрата, показана срочная операция.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год