Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Реферат**

**на тему:**

**«Редкая острая патология ЖКТ»**

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

1. Заворот желудка
2. Острое расширение желудка
3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
4. Прободная язва кишечника

Литература

**1. ЗАВОРОТ ЖЕЛУДКА**

Наблюдается редко. Поворот желудка может происходить как вокруг продольной, так и вокруг поперечной оси. Предрасполагающим моментом является опущение желудка, удлинение его связок, иногда опухоль или диафрагмальная грыжа.

Заболевание начинается остро с резкой боли в подложечной области, иррадиирующей в спину, и появления рвоты. Через некоторое время отхождение рвотных масс становится невозможным из-за перекрытия просвета в перекрученном желудке, но сохраняются мучительные позывы на рвоту. Часто появляется дисфагия.

Диагноз. Клиническая картина заворота желудка напоминает ущемление диафрагмальной грыжи. Отличительным признаком является вздутие верхнелевого квадранта живота (при диафрагмальной грыже - западение в этом участке живота), где визуально может прослеживаться усиленная перистальтика желудка. Одной из частых причин заворота желудка является релаксация (расслабление) левой половины диафрагмы. Кроме того, возможен и заворот желудка, находящегося в диафрагмальной грыже. Попытка введения желудочного зонда обычно бывает безрезультатной из-за непроходимости пищеводно-желудочного перехода. Срочное рентгенологическое исследование в стационаре способствует уточнению диагноза.

Неотложная помощь и госпитализация. Больные нуждаются в срочной госпитализации в хирургический стационар для экстренного оперативного вмешательства - расправления заворота и опорожнения полости желудка через зонд.

**2. ОСТРОЕ РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛУДКА**

Остро возникающая атония желудка является следствием паралича нервномышечного аппарата стенки желудка в результате угнетения блуждающих нервов. Различают первичное и вторичное острое расширение. Первичное чаще всего возникает у лиц, склонных к перееданию, и, по-видимому, связано с алиментарным перерастяжением желудка. Вторичное может наблюдаться после разнообразных хирургических вмешательств на органах брюшной и грудной полости, позвоночнике, спинном мозге, молочной железе, конечностях, после травм, инфекционных заболеваний, интоксикаций, а также при наличии опухолей или рубцов в антральном отделе желудка, вызывающих стенозирование его. Растянутый до предела атоничный желудок занимает у таких больных почти всю брюшную полость, оттесняя вниз кишечные петли. При этом происходит натяжение брыжейки тонкой кишки вместе с проходящей в области ее корня верхней брыжеечной артерией. При натяжении этой артерии книзу пережимается между нею и аортой двенадцатиперстная кишка. Таким образом к острому расширению желудка присоединяется так называемая артериомезентериальная кишечная непроходимость: все содержимое двенадцатиперстной кишки (включая желчь и панкреатический сок) при этом поступает только в желудок, еще больше растягивая его.

Секреторная деятельность желудка сохраняется и может оставаться достаточно высокой, что ведет к быстрому перенаполнению и резкому увеличению объема желудка.

При первичном остром расширении желудка внезапно появляется быстро нарастающая боль по всему животу, газы не отходят. Вскоре присоединяется чрезвычайно обильная рвота сначала кислым желудочным содержимым, затем желчью. В дальнейшем из-за венозного стаза и диапедезного кровотечения в просвет желудка рвотные массы приобретают цвет кофейной гущи. Вначале больные возоуждены, пытаются найти более удооное положение. Некоторое облегчение им приносит коленно-локтевое положение или положение на правом боку с приведенными к животу ногами. Несколько позже развивается коллапс на фоне резкого обезвоживания, приводящего к олигурии и анурии. Иногда из-за большой потери электролитов с рвотными массами развиваются судороги. Весь живот (реже его верхняя часть) резко вздут, однако вздутие не распространяется на подвздошные области, что является достаточно характерным симптомом острого расширения желудка.

Обычно хорошо видна нижняя граница растянутого желудка. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют, но живот при пальпации тугой, как надутый мяч. При сотрясении больного и при поколачивании по передней брюшной стенке определяется шум песка.

Неотложная помощь. Если поставлен диагноз острого расширения желудка, необходимо максимально опорожнить перерастянутый желудок (при помощи желудочного зонда) еще до госпитализации бального. В желудок на большую глубину вводят постоянный зонд, по которому осуществляют активную аспирацию. Больного при этом укладывают на живот и приподнимают ножной конец кровати.

Госпитализация. После опорожнения желудка больного госпитализируют в хирургический стационар, где проводят постоянную активную аспирацию из желудка в течение 2-3 сут, медикаментозное воздействие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, обильное парентеральное введение жидкостей.

1. **ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Это тяжелое осложнение острой либо хронической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, которое развивается в результате возникновения в стенке органа сквозного дефекта, открывающегося, как правило, в свободную брюшную полость или в забрюшинное пространство. Перфорация язвы чаще встречается у мужчин. Наибольшее число прободений гастродуоденальных язв приходится на возраст 20-40 лет, но прободение язвы возможно практически в любом возрасте.

Трудности диагностики чаще возникают при прикрытой перфорации и при перфорации в область сальниковой сумки. Маскировать клинические симптомы может также резкое алкогольное опьянение. Очень трудной диагностика иногда бывает у ослабленных пациентов и у лиц преклонного возраста. В большинстве случаев прободение язвы наступает у больных с длительным язвенным анамнезом. В 10-15% случаев возникает прободение "немой" язвы, что более характерно для лиц молодого возраста, а также для стариков. Нужно помнить о возможности прободения острой язвы при лечении кортикостероидами. Прободение может развиваться на фоне язвенного кровотечения, что отвлекает внимание врача от симптомов перфорации, которые у больного с острой анемией могут быть не очень яркими. Прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки приводит к постоянному истечению в свободную брюшную полость гастродуоденального содержимого, действующего на брюшной покров как химический, физический, а затем и бактериальный раздражитель.

Различают три стадии в течении прободной язвы.

Стадия I (первые 6 ч) - стади шока - характеризуется резкой болью в эпигастральной области, возникшей внезапно по типу "удара кинжалом". В начале заболевания возможна рвота. Больной неподвижен. Ноги нередко приведены к животу. Выражение лица страдальческое. Бледность кожных покровов с небольшим цианозом губ. Холодный пот. Дыхание поверхностное (глубокий вдох невозможен из-за боли), часто сопровождается стоном. В этой стадии пульс норнмальной частоты или даже замедлен. АД снижено. Температура и перкуссия живота резко болезненны. При ощупывании отмечается напряжение мышц, причем живот становится твердым, как доска. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии часто отмечается уменьшение (с последующим исчезновением) печеночной тупости за счет пневмоперитонеума при выходе воздуха из желудка через прободное отверстие, а также притупление по ходу правого бокового канала и в правой подвздошной области (затекание желудочного содержимого). При ректальном исследовании отмечается боль при надавливании на переднюю стенку прямой кишки. Лейкоцитоз в стадии шока не выражен.

Стадия II - стадия мнимого улучшения - наступает через 5-6 и и характеризуется уменьшением боли и напряжения мышц живота, улучшением самочувствия больного. Необходимо обращать внимание на симптомы развивающегося перитонита: возможны явления эйфории, тахикардии, повышение температуры, сухость языка, нарастающее вздутие живота, возможна задержка газа и стула за счет пареза кишечника, перкуторно может определяться наличие газа в верхних отделах и жидкости в отлогих местах живота, перистальтика вялая. Более или менее выраженное напряжение мышц, исчезновение печеночной тупости и симптом Щеткина-Блюмберга обычно сохраняются и в этом периоде. Лейкоцитоз прогрессивно нарастает. В этой стадии иногда наибольшая болезненность при пальпации отмечается в правой подвздошной области, что может приводить к ошибочному диагнозу острого аппендицита.

При рентгенологическом исследовании брюшной полости может определяться наличие воздушной прослойки в виде серпа под куполом диафрагмы.

Стадия III развивается через 10-12 ч и соответствует выраженной клинической картине диффузного перитонита. В этой стадии установить первоначальную причину заболевания сложно. Решающую роль при этом играет тщательно собранный анамнез.

Прикрытая прободная язва. Особенность течения заключается в том, что после возникновения характерной клинической картины прободения в течение ближайшего времени симптомы почти полностью исчезают. Перденяя брюшная стенка бывает умеренно напряженной и болезненной в эпигастральной области справа или правой подвздошной области, в остальных отделах она мягкая, безболезненная. Симптомы роздрахения брюшины могут быть не выражены. В дальнейшем даже при прикрытой прободной язве может развиться картина перитонита.

Перфорация язвы в сальниковую сумку вначале протекает как обычное прободение, но в последующем вместо диффузного перитонита может развиться (при заращении отверстия Виислоу) гнойник, располагающийся позади желудка.

Перфорация гастродуоденальной язвы у стариков чаще протекает типично, но в ряде случаев заболевание начинается не внезапно, а все симптомы, включая, мышечное напряжение, могут быть нечеткими" иногда локализация боли не соответствует расположению пораженного органа.

Перфорация гастродуоденальной язвы у детей также возможна. Клиническая картина перфорации соответствует картине диффузного прободного перитонита с внезапным началом заболевания. Спасти жизнь ребенку может только очень ранняя операция.

Дифференциальный диагноз. Прободную язву приходится дифференцировать от острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита, острой кишечной непроходимости, эмболии брыжеечных сосудов, печеночной колики, свинцовой колики. Симулировать прободную язву желудка может также ряд внебрюшных заболеваний: нижнедолевая пневмония, базальный плеврит, инфаркт задней стенки левого желудочка сердца, табетические кризы.

Неотложная помощь и госпитализация. Как при несомненно установленном диагнозе, так и при подозрении на прободную язву (в том числе прикрытую) желудка и двенадцатиперстной кишки больной нуждается в экстренной госпитализации в хирургическое отделение. Транспортировка - на носилках. В догоспитальный период при тяжелом состоянии больного производят инъекции сердечно-сосудистых средств, дают кислород. Категорически противопоказано введение наркотиков.

Наличие диагяостированиой прободаой гастродуоденальной язвы в свободную брюшную полость мивется абсаяютным показанием к срочной операции.

При прикрытом прободении лечебная тактика может быть различной. По истечении 2 сут с момента прикрытия прободения при удовлетворительном общем состоянии бояыюго и исчезновении всех местных явлений можно рассчитывать на надежное отграничение и окончательное прикрытие места прободения.

Консервативное лечение приходится проводить и в тех крайне редких случаях, когда больной категорически отказывается от операции. Это лечение основано на постоянной аспирации желудочного содержимого через трансназально проведенный зонд и одновременно назначении больших доз антибиотиков.

**4. ПРОБОДНЫЕ ЯЗВЫ КИШЕЧНИКА**

Прободение брюшнотифозной язвы кишечника - осложнение брюшного тифа, развивается чаще на 2-4-й неделе болезни и наблюдается у 2-3ё/в больных брюшным тифом в период развития язвенно-векротического процесса в кишечнике. Перфорация обычно локализуется в терминальном отделе подвздошной кишки, реже в более высоких отделах или в слепой кишке. Прободные отверстия могут быть единичными (чаще) или множественными.

Симптомы. Прободению брюшнотифозных язв могут предшествовать метеоризм, профузный понос и кишечное кровотечение. Перфорация сопровождается резкой болью в животе и приводит к развитию симптомов перитонита. Однако если прободение происходит на фоне тяжелой интоксикации, связанной с тифом, признаки перитонита могут быть стертыми. Подозревать перфорацию поамляют резкое ухудшение состояния больною, умеренное напряжение мышц живота и небольшая болезненность при пальпации.

Неотложная помощь и госпитализация. Показана срочная госпитализация (или перевод) в хирургическое оеделение. Необходима экстренная операция.

Прободение тодстокишечной язвы при иеспецифическом язвенном колите.

Неспецифический язвенный колит характеризуется распространенным изъязвлением слизистой оболочки толстой кишки, диареей с примесью крови и слизи, интоксикацией. Часто развивается вторичная гипохромная анемия. Течение заболевания может быть молниеносным, острым, подострим и хроническим (непрерывным или рецидивирующим). Как прободение толстопопечной язм, так и развитие токсической дидатации толстой кишки чаще возникает у больных с тяжелой формой заболевания в остром периоде или же в момент обострения хронического рещедивирующего неспецифичесвого язвеиного кодита.

Симптомы. При перфорации язв (иди вескадьких язв) развивается картина перитонита, которую легко просмотреть у истощенных больных с тяжелой интоксикацией. Токсическая дидатация толстой кишки проявляется сильной болью в животе, вздутием живота (часто асимметричным) и симптомами перитонита.

Неотложная помощь и госпитализация. Как и в случае перфорации язв при колите, так и в случае развития экстренной дилатации толстой кишки больного может спасти только экстренная операция, поэтому больные с указанными осложнениями подлежат срочной госпитализации в хирургическое отделение. Операции по поводу перфорации язв при неспецифическом колите заключаются в проведении кояэктомии. Ни в коем случае нельзя охроничиваться ушиванием язв.

**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