

Преподаватель (фамилия, инициалы) **Пуршега А.Д.**

Специальность **34.02.01 «Сестринское дело»**

Наименование дисциплины /МДК **МДК.02.01 Р.4 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях (хирургия)**

Курс **3** Группа **31 Моз** № подгруппы **лекция**

Дата (в соответствии с расписанием) **06.05.2020 г. и 08.05.2020г.**

Тема учебного занятия в соответствии с рабочей программой дисциплины/МДК  
**Сестринский уход при заболеваниях брюшной стенки и брюшной полости**

Письменная инструкция для обучающихся в дистанционном режиме по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы (в соответствии с КТП):

1. Учебник Н.В. Барыкина С/у в хирургии стр. 313-359
2. Составить краткий конспект по предложенному материалу:

Синдром «острого живота» - симптомокомплекс проявляющийся при повреждениях и воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, а так же осложнений этих заболеваний.

**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ** – воспаление червеобразного отростка, вызванное гнойной микрофлорой.

*Клинические проявления.* Различают четыре фазы клинического течения: эпигастральная, локальных симптомов, затихания, осложнений.

Заболевание начинается болью в животе в правой подвздошной области, боль умеренно выражена. У 70% больных боль возникает в эпигастральной области (1 фаза). Через 2-4 час она перемещается в область расположения отростка (симптом Кохера-Волковича). При покашливании боль усиливается в правой подвздошной области. Боль может сопровождаться тошнотой, рвотой. Пульс ускоренный. Температура тела субфебрильная. При осмотре можно отметить, что правая половина живота отстает в акте дыхания, больной старается лежать на правом бок с подогнутой ногой.

Основным проявлением острого аппендицита при обследовании считается болезненность при пальпации в правой подвздошной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, при деструктивных формах положительные симптомы раздражения брюшины.

**Симптом Щоткина-Блюмберга:** после постепенного надавливания пальцами на переднюю брюшную стенку на место боли быстро, но не резко, забирают руку, при этом боль усиливается в том же месте.

**Симптом Воскресенского.** Левой рукой натягивают рубашку больного вниз и фиксируют ее на лобке. Кончиками 2-4 пальцев правой руки надавливают в эпигастральной области и во время выдоха пациента быстро и равномерно скользят в направлении правой подвздошной области, не отрывая руки. При этом возникает резкое усиление боли.

**Симптом Ситковского.** У больного, который поворачивается на левый бок, боль усиливается в правой подвздошной области.

**ПРОБОДНАЯ (ПЕРФОРАТИВНАЯ) ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА.** Прободение происходит в результате прогрессирования язвенного процесса, сопровождается разрушением всех слоев стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с излитием содержимого желудка в полость брюшины.

Осложнение развивается у 3-6% больных язвенной болезнью. У мужчин оно встречается в 10-15 раз чаще, чем у женщин. Несмотря на достижения современной медицины, летальность достигает 2-8%.

Прободение язвы развивается на фоне ее обострения. В 10-15% случаев заболевания встречаются «немые» язвы, первым клиническим симптомом которых является прободение.

По локализации встречаются язвы желудка (малой кривизны, передней и задней стенки, кардиальные, пилорические) и 12-перстной кишки (бульбарные, постбульбарные). Прободение может быть типичным – в свободную брюшную полость или атипичным – прикрытым, в сальниковую сумку, в забрюшинную клетчатку.

*Клиническая картина* перфорации очень характерна и зависит от распространения воспалительного процесса и инфицированности брюшной полости.

В клиническом течении перфорации различают три фазы: шок, „мнимое благополучие” и перитонит (триада Мондора).

Для **фазы шока** (длится приблизительно 6 часов) является характерной очень резкая боль в эпигастрии (ее сравнивают с болью от удара кинжалом) с иррадиацией в правое плечо и ключицу; лицо бледное, с выражением страха, черты заостряются, холодный пот орошает кожные покровы. Пульс сначала замедленный, а потом становится частым.

При осмотре – живот втянут, не принимает участие в акте дыхания. При пальпации – „досковидный живот”, особенно в верхнем отделе, где, обычно, наблюдается наибольшая болезненность. Положительный симптом Щоткина-Блюмберга. При перкуссии исчезает печеночная тупость.

Фаза шока сменяется **фазой „мнимого благополучия”**, когда рефлекторные явления снижаются: общее состояние больного субъективно улучшается, пульс выравнивается, артериальное давление повышается, боль в животе частично уменьшается. Однако напряжение мышц передней брюшной стенки сохраняется, положительные симптомы Щоткина-Блюмберга, Воскресенского.

Фаза „мнимого благополучия” через 6-12 часов с момента перфорации сменяется **фазой перитонита**: пульс частый, живот вздувается из-за нарастающего метеоризма, кишечные шумы не прослушиваются, в отлогих местах брюшной полости при перкуссии определяют большое количество содержимого; лицо приобретает характер „лица Гиппократова” – глаза западают, губы синеют, нос заостряется, язык становится сухим и обложенным, дыхание поверхностное и частое, повышается температура тела.

*методы диагностики* обзорная рентгенограмма органов брюшной полости – выявляется серп воздуха под диафрагмой, ФГДС – обнаруживают прободное отверстие, лапароскопия.

*дифф. диагн.* Следует дифференцировать от легочных кровотечений (при раке легкого, бронхоэктатической болезни, туберкулезе), которые отличаются выделением пенистой, нередко алой крови, сопровождаются кашлем, одышкой, цианозом.

*неотложная помощь*. 1. Больного уложить на щит и носилки с поднятым головным концом и согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах. 2. Холод на живот. 3. При явлениях шока – в/в введение полиглюкина, декстрана/натрия хлорида, 10% раствор гидроксикрахмала, физ. раствор, 5% раствор глюкозы со скоростью, достаточной для удержания АД выше 80 мм рт. ст. 4. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

## КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Кровотечение возникает у 4-11% больных язвенной болезнью, что составляет 30-40% всех осложнений этого заболевания. Из гастродуоденальных кровотечений на долю язвенной этиологии приходится 60-70%. Летальность достигает 2-8%.

В основе возникновения кровотечения из язвы лежит прогрессирование (обострение) процесса, сопровождающееся дистрофическими процессами в язвенном кратере, образованием очагов некроза, которые подвергаются ферментации высокоактивным желудочным соком. Последнее приводит к повреждению (аррозии) сосудов различного диаметра.

*Клиническая картина*: кровотечения складывается из симптомов выделения крови из желудка и кишечника и из вторичных признаков кровотечения и анемии. Это возникает на

фоне обострения язвенной болезни. Кровотечение чаще возникает неожиданно, преимущественно ночью. Первым проявлением может быть обморочное состояние (ортостатический коллапс), позывы на дефекацию, рвота кровью.

Постоянным симптомом язвенных кровотечений являются черные испражнения дегтеподобного характера, с неприятным запахом (мелена), что может наблюдаться до нескольких раз в сутки. Если до этого была боль в верхних отделах живота, то при кровотечении она стихает. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление, преимущественно, сниженное, кожные покровы бледные, „холодный пот”. Живот иногда умеренно вздут, но чаще втянут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Выделение крови из желудка и кишечника проявляется кровавой рвотой и дегтеобразным стулом (мелена). При обильном кровотечении рвотные массы содержат алую кровь. Особенно опасно кровотечение, сопровождающееся повторной обильной рвотой неизменной кровью и коллапсом. Иногда рвотное содержимое имеет цвет кофейной гущи. Это говорит о том, что кровотечение не столь обильно и интенсивно. Вторичные признаки кровотечения проявляются слабостью, головокружением, обморочным состоянием, коллапсом, изменением цвета кожных покровов, показателем сердечной деятельности и дыхания. Наличие обморочных состояний и особенно коллапса всегда свидетельствует об обильном и интенсивном кровотечении. При кровотечении кожные покровы становятся бледными, а при обильной кровопотере приобретают цвет воска.

Кровотечение всегда сопровождается изменением сердечной деятельности. Это проявляется учащением сердечных сокращений, снижением систолического и пульсового АД, ощущением сердцебиения, перебоями в работе сердца. За счет уменьшения объема циркулирующей крови снижается ЦВД, тоны сердца приобретают более громкий оттенок. На ЭКГ – признаки диффузной ишемии миокарда, явления аритмии. Дыхание становится учащенным и поверхностным. Обильная кровопотеря приводит к возникновению дыхания по типу «рыбьего».

Приблизительная величина кровопотери определяется по «шоковому» индексу Альговера, равному частному от деления частоты пульса на величину систолического АД. При потере 20-30% ОЦК индекс Альговера соответствует 1,0, при потере более 30% - 1,5 и при потере 50% - 2,0.

**Диагностика.** Следует помнить, что с возникновением кровотечения спонтанная, типичная для язвенной болезни боль ослабевает или полностью исчезает.

В общем анализе крови количество эритроцитов, гемоглобина и гематокрита снижено. Со стороны белой крови выявляется лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

ФГДС: определяется место локализации язвы, наличие кровотечения и степень гемостаза.

Рентгенологическое исследование желудка. В 50-60% случаев позволяет выявить источник кровотечения (язва, опухоль, инородное тело).

**Дифференциальная диагностика.** 1) Кровотечение из носа, рта, носоглотки, гортани, трахеи, легких.

2) Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка при портальной гипертензии, заболеваниях селезенки.

3) Прием некоторых лекарств (антикоагулянты, салицилаты, гормоны).

4) Гемофилия и болезнь Верльгофа (тромбоцитопения).

5) Заболевания самого желудка: рак желудка, доброкачественные опухоли, синдром Маллори-Вейса, эрозивный гастрит.

**Неотложная помощь.**

Строгий носилочный режим, при коллапсе – транспортировка в положении Тренделенбурга, запрещается прием пищи и воды.

Холод на живот.

Возмещение ОЦК в/в струйное вливание плазмозамещающих растворов (полиглюкин, 10% гидроксипропилкрахмала, декстран/натрия хлорида) 30-50 мл/кг в

час, скорость инфузии должна быть такой, чтобы поддерживать уровень АД 80-90 мм рт ст. При продолжающемся кровотечении АД выше 90 мм рт ст поднимать нельзя.

При критической гиповолемии: 1 мл 1% раствора фенилэфрина в 800 мл 5% глюкозы капельно на фоне продолжающейся инфузии плазмозамещающих растворов.

Введение этамзилата натрия 2-4 мл 12,5% раствора.

Оксигенотерапия.

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

**ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ** – острое воспаление желчного пузыря.

*Клинические проявления.* Болевой синдром – сильная распирающая боль в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в правую надключичную область и правое плечо. Если болевой синдром имеет сильно выраженный приступообразный характер, его называют печеночной коликой.

Диспепсический синдром – тошнота, рвота многоцветная, сначала желудочным содержимым, а позже – с примесью желчи. Со временем к ним присоединяется чувство вздутия живота, задержка стула и газов.

Почти у всех пациентов наблюдается субиктеричность склер. Язык обложен налетом бедно-серого цвета. Больные жалуются на сухость во рту. Температура тела субфебрильная. Тахикардия. При пальпации болезненность в правой подреберной области.

**ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ** – дегенеративно-воспалительные процессы поджелудочной железы.

*Клинические проявления.* Заболевание начинается внезапно, чаще после чрезмерного употребления жирной и острой пищи и алкоголя. Самым характерным признаком острого панкреатита считают боль, рвоту и явления динамической кишечной непроходимости.

Боль при остром панкреатите постоянная и настолько сильная, что может привести к шоку. Наиболее часто она локализуется в эпигастральной области и левом подреберье, иррадиация в спину, поясницу, надплечье или за грудину.

Рвота частая, не приносит облегчения. Рвотные массы содержат желчь, а при тяжелых формах носят характер „кофейной гущи”.

Кожные покровы бледные, часто субиктеричны, покрыты липким потом, у некоторых больных они с мраморным рисунком.

Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, в обеих подреберьях; цианоз кожи, возле пупка кожа может быть желтого цвета.

**Этиология:** Травма. Заболевания желчных путей. Заболевания желудка и 12-перстной кишки (пенетрация). Погрешности питания. Алкоголь.

**Классификация по морфологическим признакам:** отек поджелудочной железы. Геморрагический панкреонекроз Жировой панкреонекроз Смешанный панкреонекроз. Гнойный панкреатит.

**По клиническому течению:** Простой (не деструктивный). Деструктивный а) панкреатит б) холецистопанкреатит

**По стадиям развития:** Стадия панкреатогенного шока (1-24 часа). Стадия ферментной токсемии (2-3 суток). Стадия постнекротического инфильтрата (3-12 суток) Стадия гнойных осложнений и интоксикации.

**По течению заболевания:** легкая форма, средней тяжести, тяжелая форма.

**КЛИНИКА.**

**БОЛЕВОЙ СИНДРОМ** в начале заболевания носит выраженный характер. Боли чаще всего опоясывающего характера, иррадиируют в левую поясничную область и в область сердца. Боли очень интенсивные, постоянного характера, часто больной стонет или

кричит от болей в животе.

**ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** проявляется многократной, мучительной, не приносящей облегчения, рвотой. Характерна задержка стула и газов. Если при панкреатите имеет место диарея – это очень плохой прогностический признак.

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ** выраженный. Увеличение лейкоцитов с нейтрофильным «сдвигом влево», ускорением СОЭ и повышением температуры тела.

**ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ** развивается поздно или рано. Перитонит вначале заболевания носит асептический характер, при развитии энтеральной недостаточности он приобретает гнойный характер.

**СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ** характеризуется многоорганность поражения. Проявляется печеночной, почечной, церебральной, надпочечниковой, энтеральной недостаточностью, респираторным дистресс-синдромом взрослых.

**СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** Мейо-Робсона, Воскресенского, Кертэ, Грюнвальда, Мондора, Лагерлефа.

**ДИАГНОСТИКА** основывается на: 1. клинических данных. 2. лабораторных признаках 3. фиброгастроскопии. 4. УЗИ. 5. КТ. 6. Сцинтиграфии. 7. Лапароскопии.

**ДИФ ДИАГНОСТИКА:** о. холецистит, прободная язва желудка, ОКН, аппендицит, пневмония, плеврит, шок другой этиологии.

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ:** запрещается прием пищи и воды, «холод» на эпигастральную область, спазмолитики: нитроглицерин под язык, 2% но-шпа 2 мл, или 2% папаверин 2-4 мл, 0,2% платифиллин по 1-2 мл в/в на 500 мл 0,9% натрия хлорид или 5% глюкозы. Атропин 1 мл 0,1% раствора, антигистаминные препараты: дифенгидрамин 1% 1 мл или клемастин 2 мл. Кортикостероидные гормоны (преднизолон 90-120 мг в/в) при снижении АД. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

**УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ** – под этим термином понимают внезапное передавливание грыжевого содержимого в грыжевых воротах.

*Клинические проявления.* Боль у области грыжи, которая иногда бывает настолько сильной, что вызывает болевой шок. При нарастании явлений кишечной непроходимости доминирующей становится приступообразная боль в животе, которая при возникновении перитонита становится постоянной. Грыжевое содержимое не вправляется, болезненное. Ущемление грыжи помимо всего сопровождается симптоматикой острой кишечной непроходимости.

*Неотложная помощь:* запрещается прием пищи и воды, «холод» на область живота, спазмолитики под язык, . Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

**ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ** – полное или частичное нарушение проходимости кишечного содержимого по кишечному тракту.

Различают **механическую** кишечную непроходимость и **динамическую** кишечную непроходимость. Основными причинами механической кишечной непроходимости могут быть спайки брюшной полости после травм, ранений, перенесенных операций и воспалительных заболеваний органов брюшной полости и таза; заворот брыжейки; опухоли кишок, инородные тела, глистные инвазии, ущемления грыж, инвагинации кишечника.

Динамическая кишечная непроходимость подразделяется на спастическую и паретическую, которые развиваются по причине нарушения иннервации кишечной стенки или нарушения кровообращения в брыжеечных сосудах.

*Клинические проявления.* Начало кишечной непроходимости внезапное – через 1-2 часа после приема пищи. Боль в животе носит перемежающийся характер и встречается при всех формах кишечной непроходимости. Тошнота, рвота, жажда. Чем выше непроходимость, тем чаще рвота и жажда. Вздутие живота, задержка стула и газов. Живот вздутый, можно увидеть колбасовидное образование, эластичное при пальпации (симптом

Валя), шум кишечного содержимого (симптом Склярова), металлический звук при перкуссии над раздутой кишкой (симптом Кивуля).

*Неотложная помощь:* запрещается прием пищи и воды, «холод» на область живота, спазмолитики под язык, . Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

Для закрепления знаний изучите материал учебника:

1- Н.В.Барыкиной, В.Г. Зарянской «Сестринское дело в хирургии». Издательство «Феникс» Ростов на Дону 2012г.

2- Н.В.Барыкиной, О.В.Черновой «Сестринское дело в хирургии» практикум. Издательство «Феникс» Ростов на Дону 2012г.

3- Материал таблицы:

Повреждения живота -	могут быть закрытые и открытые.
Закрытые повреждения –	повреждения брюшной стенки и внутренних органов. Являются одним из наиболее тяжелых видов травм. Механизм - падение, автотравма.
Открытые повреждения -	делятся на непроникающие и проникающие ранения живота.
Повреждения брюшной стенки -	сопровождаются ушибом, разрывом мышц, апоневроза, кровеносных сосудов. Проявление – боль, гематома.
Повреждения внутренних органов:	может быть, разрыв паренхиматозных или полых органов, отрыв брыжейки кишечника.
При повреждении паренхиматозных органов	клиническая картина острой кровопотери: пациент бледен, тахикардия, снижение АД, нарастающая боль в животе.
Разрыв полых органов -	наблюдаются симптомы острого перитонита.
Проникающие ранения живота	сопровождаются ранением полых или паренхиматозных органов, эвентрацией органов (выпадение органов наружу).
Уход за пациентом при травме живота:	Госпитализация! строгий постельный режим; в период наблюдения нельзя вводить обезболивающие препараты, пить, есть; перед операцией – АД ЧД, Т, анализ крови и мочи; после операции в реанимационное отделение; после наркоза положение в постели полусидя; уход за дренажами; контроль за гемостазом (калий, натрий, общий белок, остаточный азот, мочевины, гематокрит, ОЦК)
Грыжи живота - это	выпячивание органов, покрытых пристеночной брюшиной, через естественные или приобретенные дефекты брюшной стенки.
Наружные грыжи -	паховая, бедренная, пупочная, белой линии живота, боковые, мечевидного отростка, поясничные, промежностные и др.
Грыжа состоит из	грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого.
Размеры грыжевых ворот	зависят от величины дефекта.
Грыжевой мешок	образован париетальной брюшиной, вышедшей через грыжевые ворота.
Вправимая грыжа -	если грыжевое выпячивание самостоятельно исчезает в покое, в горизонтальном положении или при легком надавливании рукой на него.
При невправимой грыже	грыжевое выпячивание не меняет величины и формы.

Симптом ущемленной грыжи -	внезапно возникающие боли в области грыжи, увеличение ее, невраправимость, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания, далее картина ОКН.
Паховые грыжи – прямые, косые и пахово-мошоночные.	прямые имеют шарообразную форму и расположены выше паховой складки; Косые имеют овальную форму и идут по паховой складке.
Скользящие грыжи -	стенку грыжевого мешка составляет орган, частично покрытый брюшиной (почки, мочевой пузырь, слепая кишка).
Метод лечения грыж	основной метод - оперативное, кроме лиц старческого возраста, при ОДН и ОССН, активном туберкулезе, опухолях.
Длительное ношение бандажа	способствует расширению грыжевых ворот и противопоказана тем, кто будет оперироваться.
Уход после операции	постельный режим 2 дня; через 2 часа можно пить, и есть жидкую пищу; 1-2 недели плотный пояс вокруг живота; ограничение физической нагрузки на 3-4 недели.
“Острый живот” - это	собираемый термин острых воспалительных заболеваний брюшной полости.
Пациента с острым животом необходимо:	экстренно госпитализировать в хирургию; не вводить анальгетики и наркотические препараты; запрещается прием пищи, жидкости, слабительных, промывание желудка и клизмы.
Острый аппендицит -	это воспаление аппендикулярного отростка.
Может быть	простым или катаральным и деструктивным (флегмонозный, гангренозный, перфоративный), осложненный перитонитом, сепсисом, инфильтратом, абсцессом.
Причинами может быть	глистная инвазия, хронические воспалительные процессы, застойные явления в слепой кишке, ангионевроз.
Аппендикулярный инфильтрат	является осложнением острого аппендицита, клиника начинается на 2-3 день после приступа о. аппендицита.
Проявление -	пальпируется уплотнение с четкими границами.
Лечение -	консервативное – холод, антибиотики, жидкая пища.
Уход после аппендэктомии-	через 2 часа после операции можно пить; на другой день можно ходить – профилактика спаек; 5 дней щадящая диета с исключением клетчатки, молока. ежедневно лечебная физкультура; перевязки по показаниям; швы снимают на 5-7 день; подъем пациента через боковое положение как главный принцип предупреждения вентральной грыжи.
Острый холецистит -	воспаление желчного пузыря.
Острый холецистит может быть	калькулезным, катаральным, флегмонозным, гангренозным, перфоративным холециститом.
Осложнения острого холецистита – это	панкреатит, механическая желтуха, гепатит, холангит, инфильтрат, абсцесс, эмпиема, перитонит.
Провоцирующие моменты - это	переутомление, стресс, переедание, инфекционные заболевания, т.е. отрицательные воздействия, ослабляющие организм.
В неосложненной форме лечение	консервативное. Это постельный режим с приподнятым головным концом, холод на область правого подреберья, парентеральное питание, антибиотикотерапия,

	дезинтоксикация.
Малигнизация язвы -	это образование рака из язвы желудка.
Перфорация - это	образование сквозного дефекта в стенке желудка.
Пенетрация - это	проникновения язвы желудка в соседние органы.
Перитонит - это	воспаление брюшины.
Может быть:	острый и хронический перитонит; по распространению - местный, разлитой и тотальный; по этиологии простой, травматический, ферментативный, послеоперационный, прободной.
Прободной перитонит	может быть желудочный, кишечный, желчный, Аппендикулярный, каловый и мочевоы.
Причина перитонита -	инфекция, проникающая в полость брюшины.
Классический симптом перитонита - это	постепенно нарастающая боль в животе, начало ее в области источника перитонита, затем распространяется по всему животу, интоксикация, тошнота, рвота, лицо бледное, черты заострены.
При операции по поводу перитонита	лапаротомия с устранением причины, туалет брюшной полости, множественное дренирование для эвакуации содержимого.
Состав диализирующего р-ра	раствор Рингер+5% р-р глюкозы +1%р-р гидрокарбоната + антибиотики. Количество 500 мл на 1 кг веса пациента.
Острый панкреатит -	своеобразный патологический процесс, включающий в себя отек, воспаление, геморрагическое пропитывание и некроз ткани.
Острый панкреатит бывает	в виде интерстициального отека, геморрагического, некротического и гнойного поражения железы.
Осложнения -	панкреонекроз, абсцесс, флегмона, киста, холецистит, перитонит.
Причины панкреатита	особенности анатомии, заболевания ЖКТ, алкоголь, аллергия.
По клиническому течению различают	легкие, средние, тяжелые и молниеносные формы острого панкреатита.
Самый постоянный симптом	сильные, режущие боли в эпигастрии и в левом подреберье, приобретающие характер опоясывающих болей.
Клиника –	неукротимая рвота, не приносящая облегчения, бледное лицо с фиолетовыми кругами под глазами, живо вздут, не принимает участия в дыхании, уменьшение диуреза, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение амилазы, липазы, белок и лейкоциты в моче. Для диагноза применяем УЗИ, диагностическую лапароскопия.
Основной метод лечения -	консервативный метод. Покой, фолеровское положение в постели, голод 4-5 дней с введением парентерального питания, холод на область поджелудочной железы, борьба с болью, устранение ферментативной токсемии путем введения тразилола или контрикала, введение антиферментных препаратов (плазма, альбумин), дезинтоксикация и антибиотикотерапия. Операция при безуспешности консервативного лечения.
Уход за пациентом после операции уход как после холецистэктомии.	теплая постель, покой, положение Фовлера, тонкий зонд в желудке, удаление содержимого желудка, промывание его холодной щелочной водой. После прекращения голода (405 дней) щелочная минеральная вода, некрепкий чай, диета №1п, через 4-8 дней стол №2п и №5.

Непроходимость кишечника - это	нарушение и задержка пассажа и эвакуации содержимого ЖКТ. По механизму возникновения – механическая и динамическая.
Динамическая Н -	формы: паралитическая и спастическая КН.
Механическая Н -	странгуляционная, при которой происходит сдавление сосудов, обтурационная непроходимость с закупоркой просвета кишки и смешанная непроходимость.
По клиническому течению выделяют:	острую, хроническую, частичную и полную кишечную непроходимость.
Динамическая Н.	имеет нервно-рефлекторный характер.
Причина спастической	почечная колика, колит, мезаденит (воспаление лимфоузлов).
Клиника -	коликообразная боль в животе, вздутие живота, задержки стула и газов нет. Живот мягкий, незначительно болезнен.
Лечение -	спазмолитики, легкий массаж живота, тепло на область живота.
Причина паралитической Н. -	травма живота, перитонит, состояние после операции, септическое состояние, интоксикация.
Клиника – Лечение – прозерин, аминазин, устранение причины КН.	при парезе кишечника боли распирающего характера, вздутие живота, отсутствие газов и стула. Тяжелое состояние, + симптом Щеткина-Блюмберга, на рентгеновском снимке – “чаши Клойбера”.
Причины обтурационной КН -	рубцовый стеноз кишечника, опухоль, растущая внутри него, каловые камни, кисты и инородные тела.
Клиника -	развивается постепенно, сначала будет частичной, потом полной непроходимостью. Вначале задержка стула, нечастые схваткообразные боли, тошнота, через 1-2 дня полная непроходимость.
Консервативное лечение возможно	когда нет интоксикации и перитониальных явлений. Это сифонная клизма и активная аспирация кишечного содержимого, но не более 1-2 часов. Если нет эффекта - операция.
Причины механической странгуляционной КН	заворот кишечника, ущемленная грыжа, тромбоэмболия сосудов брыжейки, спайки кишечника, опухоли брюшной полости, сдавливающие кишечник извне.
Основной симптом -	сильные приступообразные боли в животе. Пациент бледен, мечется, принимает коленно-локтевое положение в постели. Рвота, задержка стула и газов, нарастающая интоксикация.
Лечение	экстренная госпитализация и операция.

**При подозрении и обнаружении признаков острых заболеваний органов брюшной полости необходимо запретить больному употреблять еду, воду, не давать обезболивающих средств и госпитализировать больного !!!**

Дата сдачи домашнего задания \_\_\_\_\_

Подпись преподавателя \_\_\_\_\_ Пуршега А.Д.

Подпись методиста \_\_\_\_\_/Макарова Т.П./