ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав. Кафедры: ДМН., доцент Штегман О.А.

Преподаватель: Проф. Попова Е.А.

**РЕФЕРАТ**

Тема: «Острый живот. Диагностика острого аппендицита»

Выполнил: ординатор 1 год обучения

Специальность скорая медицинская помощь

Моисеев И.М

Красноярск 2023

Оглавление Определение......................................................................................................3 Классификация ....................................................................... 4

Факторы риска ................................................................................................... 6 Классификация................................................................................................... 8 Клиническая картина...................................................................................... 10 Диагностика ...................................................................................................... 11 Дифференциальный диагноз .......................................................................... 16 Оказание медицинской помощи на уровне скорой помощи...................... 18 Госпитализация................................................................................................ 23 Литература ........................................................................................................ 24

**Определение**

Клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

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.

Код по МКБ-10 Нозологическая форма

R10.0 Острый живот

**Классификация**

Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удаётся установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной доставки больного в стационар.

Клиническую картину острого живота могут обусловить:

1. Повреждения органов брюшной полости.

2. Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), в том числе перитонит.

3. Перфорация полого органа.

4. Механическая кишечная непроходимость.

5. Острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью.

6. Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в полость брюшины.

7. Острые воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты или опухоли яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичника.

Основные клинические признаки острого живота: боль в животе, тошнота, рвота, анемия и шок (септический, травматический, геморрагический).

· Висцеросоматическая боль при воспалении органа.

· Острая спазматическая боль при обтурации полого органа (кишечник, желчные протоки) .

· Анемия при кровотечении в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика.**

На догоспитальном этапе ведущее значение имеют:

· Анамнез: время и начало возникновения боли (внезапное, постепенное), локализация боли; диспепсические и дизурические явления; температура; перенесенные в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота.

· Объективный осмотр: вынужденное положение больного; беспокойство больного, меняет позу; адинамия, заторможенность; признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость слизистых оболочек полости рта); бледность, желтуха, выделения (рвота, стул, кровь).

· Температура: подмышечная и ректальная.

· Показатели гемодинамики: пульс, артериальное давление, аускультация сердца.

· Исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объем живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок) .

**Лечение и показания к доставке пациента в стационар.**

Для определения показаний к срочной доставке пациента в стационар достаточно установить, имеются ли признаки острого воспаления одного из органов брюшной полости, перитонита или кровотечения.

Нельзя вводить анальгетики, так как под их воздействием может измениться клиническая картина заболевания, что значительно затрудняет диагностику и может привести к задержке оперативного лечения.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого живота являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

При интенсивном болевом синдроме возможно внутримышечное введение спазмолитиков (раствор папаверина гидрохлорида 2% - 2 мл). При рвоте показана установка желудочного зонда.

При развитии септического или геморрагического шока начать проведение соответствующей интенсивной терапии

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

Всех больных, поступающих в СтОСМП с диагнозом острый живот, делят на две группы:

- пациенты с признаками одной или более органных дисфункций («тяжёлые» больные);

- пациенты без признаков органных дисфункций («нетяжёлые» больные)

«Тяжёлые» больные для дальнейшего обследования и лечения направляются в ОРИТ, минуя СтОСМП.

Протоколы обследования «нетяжёлой» группы больных в СтОСМП:

1. Сбор анамнеза, объективный осмотр.

2. Производится термометрия.

3. Лабораторные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, RW, коагулограмма, КЩС, ACT, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевина, средние молекулы, хемолюминисценция, глютатиопироксидаза и супероксиддисмутаза.

4. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости, обзорная рентгенография груди, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ФКС (по показаниям), ЭКГ.

5. Консультации специалистов по показаниям (врача-уролога, врача-акушер-гинеколога)

· В процессе обследования в СтОСМП или ОРИТ уточняется и формулируется предварительный диагноз пациента.

· Дальнейшая тактика ведения пациента определяется согласно протоколам оказания медицинской помощи при соответствующем диагнозе.

Рекомендации:

· Всем больным с подозрением на хирургические заболевания органов брюшной полости (острый живот), необходима ранняя консультация врача-хирурга для принятия решения об экстренном оперативном лечении.

· В случае острой хирургической патологии эффективность лечения может быть оценена только на стационарном этапе.

· При решении вопроса о проведении консервативной терапии необходимо проводить динамическое наблюдение включающее в себя: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (амилаза, щелочная фосфатаза при остром панкреатите), УЗИ брюшной полости, малого таза, почек.

· При невозможности исключить острой хирургическое заболевание брюшной полости, либо отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии должно приниматься решение в пользу оперативного лечения- лапароскопическая диагностика.

**Диагностика острого аппендицита**

Классическая клиническая картина (анемнез, типичные физикальные симптомы, лабораторные признаки) отсутствует в 20-33% случаев. При этом в других случаях ОА может "маскироваться" под другие заболевания, в связи с чем диагностика ОА может быть существенно затруднена, особенно у пожилых пациентов, беременных и женщин детородного возраста. Заболевания, с которыми в обязательном порядке необходимо проводить дифференциальную диагностику ОА.

**Жалобы и анамнез**

Локализация боли зависит от анатомических особенностей расположения аппендикса (восходящее, медиальное, тазовое, ретроцекальное или ретроперитонеальное, левостороннее). При восходящем расположении боль локализуется в правом подреберье и может симулировать клинику желчной колики или язвенной болезни, чаще по сравнению с типичными формами сопровождается рвотой за счет раздражения двенадцатиперстной кишки. Расположение отростка вблизи внепеченочных желчных ходов может вызвать транзиторную желтуху.

При медиальном расположении отросток смещен к срединной линии и располагался близко к корню или на корне брыжейки тонкой кишки, что обусловливало особенности клинической картины медиального аппендицита. Появление болевого синдрома с самого начала сопровождается многократной рвотой, что связано с рефлекторным раздражением корня брыжейки. Боль локализовалась близко к пупку. При тазовом положении воспаленный отросток может контактировать со стенкой мочевого пузыря, что проявляется дизурией и более низкой локализацией боли. При ретроцекальном или ретроперитонеальном положении симптоматика нарастает медленнее, что часто приводит к поздней госпитализации. Чаще возникает иррадиация в правое бедро и даже в правый тазобедренный сустав. Левостороннее расположение червеобразного отростка наблюдается крайне редко (0,1% наблюдений). Чаше всего эта форма встречается при обратном расположении внутренних органов, реже при избыточной подвижности правой половины толстой кишки, когда отросток или свободно, или фиксированно оказывается в левой половине брюшной полости. Клинические проявления заболевания отличаются только локализацией процесса, так как все местные признаки его обнаруживаются в левой подвздошной области. Также особенность локализации боли может быть связана с беременностью, особенно во второй половине, когда увеличивающаяся матка смещает вверх и латерально илеоцекальный угол, соответственно боли будут локализоваться в правой боковой области или в правом подреберье.

**Физикальное обследование**

Пациенты обычно находятся в позе эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями) . При осмотре форма живота обычно не изменена. В начале заболевания передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, по мере распространения воспалительного процесса становится заметным отставание в дыхании ее правой половины.

Симптом Мак-Берни - признак острого аппендицита: болезненная при пальпации точка, находящаяся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа. При пальпации рекомендовано провести оценку перитонеальных симптомов:

o Симптом Щеткина-Блюмберга;

o Симптом Воскресенского;

o Симптом Ровзинга;

o Псоас-синдром;

o Ослабление перистальтических шумов в правой половине живота по сравнению с левой

Симптом Щеткина-Блюмберга: врач плавно надавливает всей ладонной поверхностью 2-4 пальцев руки на живот, задерживает в этом положении в течение нескольких секунд, затем без дополнительного надавливания оттдергивает руку. Положительный симптом – появление или усиление боли после оттергивания руки. Симптом Воскресенского: на животе пациента врач левой рукой натягивает рубашку больного за нижний край. Больной делает вдох, а в это время врач кончиками пальцев делает скользящее движение сверху вниз по направлению к правой подвздошной области. При окончании скользящего движения резко усиливается болезненность. Симптом Ровзинга (Rovsing): при надавливании в левой половине живота появляется боль в правом нижнем квадранте. Псоас-синдром: при поднятии разогнутой правой нижней конечности на левом боку вызывает боль в правом нижнем квадранте. Классическая клиническая картина может отсутствовать при атипичном течении ОА.

**Лабораторная диагностика**

Рекомендовано выполнить общий анализ крови - лейкоцитоз, увеличение числа полиморфноядерных нейтрофилов (>75%), увеличение СОЭ имеют диагностическое значение при соотвествии с клинической картиной.

После хирургического вмешательства рекомендовано выполнить гистологическое исследование препарата червеобразного отростка для подтверждения и детализации интраоперационного диагноза.

**Инструментальная диагностика**

Однозначно рекомендована визуализация брюшной полости только у пациентов с низкой вероятности ОА при отсутсвии клинических улучшений после госпитализации в стационар, в случае средней или высокой вероятности ОА рекомендовано решение о проведение визуализации брюшной полости принимать индивидуально, с учетом особенностей клинического случая.

В качестве метода визуализации брюшной полости рекомендована компьютерная томография.

**Иная диагностика**

Рекомендована консультация врача-акушер-гинеколога в целях дифференциальной диагностики при подозрении на нарушенную внематочную беременность, апоплексию яичника, альгодисменоррею.

Рекомендована консультация врача-уролога в целях дифференциальной диагностики при подозрении на обструкцию или инфекции мочевыводящих путей.

**Литература**

1. Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при остром животе. А.А. Захаренко

2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.II – С. 103 – 141

3. Борисов А.Е., Федоров A.B., Земляной В.П. и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. СПб.: Предприятие ЭФА, 2000. - 164 с.