

№ОРД-СМП-19
№ОРД-ТЕР-20



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Пособие для самоподготовки для
клинических ординаторов и слушателей
системы послевузовского образования,
обучающихся по специальности
«Терапия» «Скорая медицинская
помощь» «Общая врачебная практика»
«Гастроэнтерология»
на тему:**

**"Острый живот в
практике терапевта"**

Утверждено ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г.)

Тема занятия: «**ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА**».

Продолжительность занятия: 4 часа (2 часа семинар)

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Мотивация.

Синдром «острого живота» является собирательным понятием, который может возникнуть в результате самых разных причин. Очень сложная диагностика «острого живота» бывает, когда нужно решить вопрос этиологический, то есть это хирургическое состояние или имитация клиники «острого живота» каким-то терапевтическим заболеванием, не требующим оперативного вмешательства. Данные литературы свидетельствуют о том, что наибольшее количество ошибок врачи допускают именно на стыке двух этих дисциплин. Основные причины ошибок по данным Петрова Н.Н. заключаются в следующем: 1) 19% ошибок от недостатка знаний; 2) 50% ошибок от несоблюдения правил клинического исследования; 3) 30% ошибок обусловлены тяжестью состояния больных.

Отсутствие четкого представления терапевтов и хирургов о клинических проявлениях заболеваний, дающих «острый живот», в противоположных дисциплинах требует уделения специального внимания при изучении этой темы, то есть терапевты и хирурги должны быть одинаково компетентны в пограничной патологии, условно обозначенной термином «острый живот», причем должны иметь четкое представление не только по вопросам диагностики, но также тактики и лечения. Кроме того, не последнюю роль в возникновении диагностических ошибок имеет недостаточное количество литературы, посвященной синдрому «острого живота» в практике терапевтов.

Порядок самостоятельной работы интерна (клинического ординатора, слушателя) по самоподготовке к практическому и семинарскому занятию:

1. Ознакомление с целями и содержанием семинарского и практического занятия.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ориентировочной основы деятельности (ООД).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на практическом и семинарском занятии.

Задание 1

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЦЕЛЬЮ И СОДЕРЖАНИЕМ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: повысить качество диагностики «острого живота» и оказания квалифицированной помощи при пограничных состояниях. Для этого необходимо освоить особенности клинических проявлений симптомокомплекса «острый живот» при панкреатите, острой интестинальной ишемии, абдоминальной форме инфаркта миокарда, остром холецистите, геморрагическом васкулите, дифференциальный диагноз и тактику врача при них.

Оснащение занятия:

Технические средства: мультимедийный аппарат; негатоскоп;

Демонстрационный материал: тематические больные; истории болезни; методические пособия; журнальные статьи; слайды; таблицы; эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ, рентгенограммы; наборы анализов.

План и организационная структура занятия «Острый живот в практике терапевта»

Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
Организационные мероприятия	10	-	уч. комната	Журнал
Контроль исходного уровня знаний слушателей	25	II	уч. комната	Контрольные вопросы и задачи
Клинический разбор больных (2-3 человека)	80	II	палата	Больные, истории болезни
Анализ полученных данных, характерных симптомов, выделение заболеваний для диф. диагноза	20	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Дифференциальный диагноз	45	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Предварительный диагноз	15	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	35	III	уч. комната	Истории болезни, анализы
Клинический диагноз по современной классификации	15	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
Тактика врача при «остром животе»	25	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
Прогноз, экспертиза трудоспособности	15	III	уч. комната	Истории болезни
Контроль конечного уровня усвоения материала	15	-	уч. комната	Тесты-задачи
Задание на дом	10	-	уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные

В соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Терапия»

<p>Обучающийся должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления и неотложную диагностику синдрома «острый живот»; 2. Клинику синдрома «острый живот» при заболеваниях, дающих истинную картину этого симптомокомплекса (хирургические, гинекологические причины); 3. Клинику синдрома «острый живот» 	<p>Рекомендуемая литература</p> <p>Основная</p> <p>Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н. Желудочная и кишечная диспепсия. М.: «Практическая медицина», 2007.- 176 с.</p> <p>Гастроэнтерология + СД. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: Гэотар-Медиа, 2008.- 704 с.</p> <p>Луканов В.В., Фомина И.Г. Трудности дифференциальной диагностики болей в животе. // Клиническая медицина.- 2002.-</p>
--	---

<p>при заболеваниях, симулирующих картину этого синдрома (метаболические расстройства, инфекционные причины, иррадирующая боль, иммунологические расстройства);</p> <p>4. Выделять ведущего синдрома «острый живот»;</p> <p>5. Методику дифференциального диагноза по ведущему синдрому «острый живот» и постановку предварительного диагноза;</p> <p>6. Объем дополнительных методов исследования, необходимых для уточнения основного диагноза, вызвавшего ложный «острый живот» (метаболические расстройства, инфекционные причины, иррадирующая боль, иммунологические расстройства);</p> <p>7. Тактику врача при синдроме «острый живот».</p>	<p>№10.- С.60-65.</p> <p>От симптома к диагнозу. Руководство для врачей. С.Стерн, А.Сайфу, Д.Олткорн. Перевод с англ. «ГЕОТАР-МЕДИА», Москва, 2008.</p> <p>Уроки дифференциального диагноза. Э.Р.Бек, Р.Д.Соухами, М.Г.Ханна, Д.Р.Холдрайт. Перевод с англ. ГЭОТАР-МЕДИА, Москва, 2008г.</p> <p>Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии. // Клиническая фармакология и терапия. 2002.- №11(1).- С.39-42.</p>
<p>Обучающийся должен уметь:</p> <p>1. Исследовать живот – осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация при «остром животе».</p> <p>2. Оценивать полученные при объективном обследовании больного данные.</p> <p>3. Владеть методом дифференциального диагноза по ведущему синдрому «острый живот».</p> <p>4. Составлять рациональную программу дополнительного обследования больного.</p> <p>5. Интерпретировать анализы крови, мочи, рвотных масс, ЭКГ, рентгеноскопии брюшной полости, результатов абдоминальной пункции при всех перечисленных заболеваниях, дающих синдром «острого живота».</p>	<p>Дополнительная литература:</p> <p>Белоусова Е.А. Абдоминальная боль в практике терапевта. // Врач. 2002.- №2.- С.16-20.</p> <p>Белоусова Е.А. Абдоминальная боль в практике терапевта. // Врач. 2002.- №2.- С.16-20.</p> <p>Вейн А.М., Данилова А.Б. Кардиалгии и абдоминалгии. // РМЖ.- 1999.- Том.7.- №9.- С.428-433.</p> <p>Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Коваленко Е.И. Ложный острый живот в клинической практике. // Клиническая медицина. 2003.- №2.- С.20-27.</p> <p>Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Коваленко Е.И. Ложный острый живот в клинической практике. // Клиническая медицина. 2003.- №2.- С.20-27.</p> <p>Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Коваленко Е.И. Ложный острый живот как маска некоторых эндокринных заболеваний. // Хирургия.- 2000.- №2.- С.65-71.</p> <p>Гастроэнтерология. Гепатология (серия «Внутренние болезни по Дэвидсону»). Под ред. В.Т. Ивашкина. Под общ. Ред. Н.А. Мухина. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 192 с.</p> <p>Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. М.: «Медицинское информационное агентство».- Москва.- 2003.- 480С.</p> <p>Губергриц Н.Б. Желчнокаменная болезнь: от классики к современности // Consilium medicum.- 2010.- №1.- С.83-95.</p> <p>Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др. Желчнокаменная болезнь. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 176 с.</p> <p>Дж. Вителло. Острый живот // Consilium</p>

- Medicum.- 2000.- Том.2.- №7.- С.299-304.
- Кешав С. Пер. с англ. С.В. Демичева. Под ред. В.Т. Ивашкина. Наглядная гастроэнтерология. М: Гэотар-Медиа, 2008.- 136 с.
- Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под ред. Ивашкина В.Т. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 208 с.
- Комаров Ф.И., Шептулин А.А. Боли в животе. // Клин. медицина. 2000.- №1.- С.46-50.
- Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология: руководство для врачей. СПб: Питер Паблишинг, 1997.- 512С.
- Литература:
- Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы. М.: Гэотар-медиа, 2009.- 736 с.
- Ройтберг Г.Е, Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. М.: МЕДпресс-информ, 2007.- 576 с.
- Стасева И.М. Тактика ведения больных со стрессовыми язвами // Consilium medicum.- 2009.- №1.- С.14-18.
- Фомин В.В., Бурневич Э.З. Внутренние болезни. Том 1. Серия «Клинические разборы». Под ред. Н.А. Мухина. М.: Литтерра, 2010.- 576 с.
- Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 416 с.
- Шифрин О.С., Сеченова И.М. Алгоритм лечения пациентов с болевой формой хронического панкреатита // Consilium medicum.- 2009.- №1.- С.18-21.
- Эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Под ред. С.А. Блашенцевой. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 520 с.
- Яковенко Э.Л., Яковенко А.В., Агафонова И.А. и др. Пептические язвы, патогенетические подходы к терапии // Фарматека. – 2008. – № 13. – с. 62–67.
- Fennerty M.B. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient: rationale for the therapeutic benefits of acid suppression. Crit Care Med 2002; 30(Suppl.): S351-S355.
- Forsmark C. E., Toskes P. P. Chronic pancreatitis. Current Opinion in Gastroenterology. 1995; 11 (5), 407-13.

Задание 2

Для того, чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше, Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы.

В процессе самоподготовки обратите внимание на следующие контрольные вопросы:

1. Понятие о синдроме «острый живот»?
2. Клиника симптомокомплекса «острый живот»?
3. Клинические признаки острого панкреатита; острого холецистита; прободной язвы желудка и ДПК; острой интестинальной ишемии; абдоминальной формы инфаркта миокарда; геморрагического васкулита.
4. Что мы уточняем в анамнезе?
5. Методика осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации живота?
6. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Мюсси, Боаса, Мерфи, Воскресенского, Мейо-Робсона, Кера, Ровзинга, поясничной мышцы, запирательной мышцы?
7. Объем дополнительных исследований и их трактовка при «остром животе»?
8. Изменения лабораторных показателей при «остром животе»?
9. Тактика врача при истинном «остром животе»?
10. Тактика врача при ложном «остром животе»?

**Соответствуют ли Ваши знания необходимым требованиям, Вы можете проверить по следующим контрольным тестовым заданиям
Выберите один или несколько правильных ответов**

1. **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ**
 - 1) с инфарктом миокарда, холециститом, аппендицитом
 - 2) с холециститом, аппендицитом, тромбозом сосудов брыжейки
 - 3) с острым холециститом, кишечной коликой, гепатитом
 - 4) с язвенной болезнью, инфарктом миокарда, аппендицитом
 - 5) с болезнью Крона, холециститом, стенокардией
2. **БОЛИ ПРИ ПРОБОДЕНИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НОСЯТ ХАРАКТЕР**
 - 1) схваткообразных
 - 2) «кинжальных»
 - 3) острых, с иррадиацией в область пупка
 - 4) ноющих
 - 5) постепенно нарастающих
3. **ПРИЧИНОЙ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ**
 - 1) обострение язвенной болезни
 - 2) нарушение ритма питания
 - 3) травма

- 4) желудочные кровотечения
- 5) повышение давления в желудке при напряжении, кашле

4. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ
- 1) Курвуазье
 - 2) Щеткина-Блюмберга
 - 3) Ровзинга
 - 4) Образцова
 - 5) Воскресенского
5. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
- 1) нарушение жирового обмена – тучные больные
 - 2) чрезмерное употребление алкоголя
 - 3) желчно-каменная болезнь
 - 4) гепатит
 - 5) алиментарные факторы
6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ ПРИСТУПА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ
- 1) Ортнера, Ровзинга, Образцова, «френикус-симптом»
 - 2) Воскресенского, Курвуазье, Мейо-Робсона, Мари
 - 3) Грекова, Кохера, Захарьина, Мари
 - 4) Мейо-Робсона, Образцова, Мерфи, Ортнера
7. ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПЕРКУТОРНО
- 1) не изменяется
 - 2) увеличивается
 - 3) исчезает
 - 4) исчезает и появляется в стадии перитонита
 - 5) смещается вниз на 1-2 поперечных пальца
8. ВЫРАЖЕННЫЕ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТА СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ, УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА, ЗАДЕРЖКА СТУЛА И ГАЗОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) прободной язвы желудка и ДПК
 - 2) острого холецистита
 - 3) острого панкреатита
 - 4) острого гепатита
 - 5) острой непроходимости кишечника
9. ЛОЖНО-АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИМПТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН
- 1) при закрытой травме груди и наличии «окончатого» перелома ребер
 - 2) при переломе ребер в области нижней зоны
 - 3) при переломе тела грудины
 - 4) при гематоме средостения

5) при переломе грудного отдела позвоночника

10. СИМПТОМ «ШУМ ПЛЕСКА» ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о скоплении жидкости и газа в приводящих петлях кишечника
- 2) о наличии жидкости в брюшной полости
- 3) о наличии воздуха (газа) в брюшной полости
- 4) о скоплении жидкости в отводящих петлях кишечника
- 5) о скоплении газа в отводящих петлях кишечника

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. 2).
2. 1).
3. 2), 3), 4), 5).
4. 1), 2), 3), 5).
5. 1).
6. 3).
7. 5).
8. 2).
9. 1).

Задание 3

Разберите основные положения по теме: «Острый живот в практике терапевта».

Понятие «острый живот» включает в себя остро возникшее, угрожающее жизни больного состояние, при котором манифестация клинической картины проявляется болями и основными симптомами, локализующимися в животе и требующими оказания неотложной медицинской помощи. Диагноз «острый живот» используют в клинической практике в качестве предварительного в связи с недостатком времени и диагностических возможностей для установления точной причины заболевания. В трудную задачу первичной дифференциальной диагностики входит распознавание описанной ситуации и определение показаний к срочному хирургическому вмешательству.

Острый живот клиническая картина катастрофы в брюшной полости при тяжелых деструктивных (то есть с распадом тканей) заболеваниях и травмах её органов характеризуется внезапными резкими болями в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки и раздражением брюшины. Боль при остром животе обычно сопровождается беспокойным поведением больного в постели, бледностью, холодным потом, рвотой и задержкой стула; пульс и дыхание учащены.

Необходимо перечислить все заболевания, симулирующие картину «острого живота».

Признаки острого панкреатита:

Абдоминальная боль в сочетании с увеличением сывороточной амилазы свыше 4-х норм являются основными диагностическими признаками острого панкреатита.

Тяжесть острого панкреатита определяется выраженностью болевого, диспептического синдромов (опоясывающие боли, рвота, диарея), независимо от механизма их развития.

При остром панкреатите возможны нарушения углеводного обмена, но диабетическая кома развивается крайне редко и она для панкреатита не является патогномоничной.

Признаки острого холецистита:

Лихорадка и постоянные боли в правом верхнем квадранте живота отличают острый холецистит от хронического.

Одной из причин развития заболевания является ущемление камня в пузырном протоке (обтурация протока).

Типичные боли при остром холецистите имеют место менее, чем у 50% больных.

Боль, возникающая вскоре после приема пищи и нарастающая по интенсивности в течение часа.

Лихорадка присоединяется к болевому синдрому обычно через 12 ч. от начала приступа и связана с бактериальным воспалением (инвазией) и в связи с этим боль становится постоянной.

Симптом Мерфи обычно положительный, но он не относится к специфическому тесту.

На рентгенограмме брюшной полости, выполненной в положении лежа, у части больных (в 15%) обнаруживаются кальцифицированные камни в желчном пузыре.

Признаки прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки:

Внезапное начало боли.

Временное улучшение иногда возникает через 3 часа от момента её возникновения, но оно ложное и может привести к потере бдительности больного, а иногда и врача.

У пожилых и больных, принимающих длительное время стероидные гормоны, боль и явления перитонита могут отсутствовать.

Живот не участвует в акте дыхания.

Кишечные шумы отсутствуют.

При R-исследовании у большинства больных под диафрагмой определяется газ, что имеет диагностическое значение, но его наличие не является обязательным. Иногда газ обнаруживается в других отделах брюшной полости, но этот симптом трудно интерпретировать и поэтому он не является типичным для перфорации.

Признаки острой интестинальной ишемии:

Сильные абдоминальные боли у больного, страдающего ИБС, артериальной гипертонией, с наличием в анамнезе застойной недостаточности, цереброваскулярной болезни или заболевания периферических сосудов;

Эмболия сосудов брыжейки часто ассоциирована с нестабильным сердечным ритмом (мерцательная аритмия):

Несоответствие тяжести общего состояния больного и абдоминальной симптоматики.

Наличие сосудистого шума в эпигастрии является основанием предположить диагноз острой интестинальной ишемии, но этот шум часто отсутствует.

Ректальные кровотечения или выделение слизи, окрашенной кровью, возникающие при абдоминальных болях.

Значительный нейтрофильный лейкоцитоз ($20-30 \cdot 10^9/\text{л}$) встречается часто, но иногда отсутствует. Допплеровское исследование может выявлять снижение тока крови через верхнюю брыжеечную артерию или через чревный ствол;

Признаки абдоминальной формы инфаркта миокарда:

Инфаркт миокарда может явиться причиной возникновения резкого болевого синдрома в эпигастральной области.

При инфаркте миокарда боли бывают интенсивными и сопровождаются иногда рефлекторной рвотой, как это бывает при остром заболевании желудка и др.

В подобных случаях тщательное обследование больного (например, обнаружение ритма галопа, раздвоения тона и др.) в сочетании с ЭКГ данными, лабораторными изменениями, особенно при наблюдении в динамике, а также учет динамики кровяного давления (выраженное его снижение в случае инфаркта миокарда), наличие инициального лейкоцитоза при нормальной СОЭ, а в дальнейшем «перекрест», заключающийся в ускорении СОЭ и нормализации содержания лейкоцитов, дают возможность отдифференцировать status gastralgicus при инфаркте миокарда от гастралгий иного происхождения.

С другой стороны, не следует забывать о возможности возникновения болей в области сердца, подчас довольно интенсивных, при заболеваниях органов брюшной полости вообще и желудка в частности.

Признаки геморагического васкулита:

Боли в животе у таких больных чаще всего схваткообразные, причем новые приступы отличаются меняющейся локализацией боли. Напряжение мышц передней брюшной стенки менее выражено, чем при истинном «остром животе», хотя бывает значительным. Появление болей объясняется кровоизлияниями на париетальной брюшине, брыжейке и серозной оболочке желудочно-кишечного тракта, что приводит к спазму кишки, а иногда и появлению участков некроза.

На ограниченных участках тела, главным образом на нижних конечностях и вблизи суставов, удается найти характерные мелкие папулы и геморагические высыпания (петехии). Иногда выявляются изменения в анализах мочи (белок, эритроциты, цилиндры). Абдоминальный синдром при геморагическом васкулите включает не только болевой компонент, но и появляющиеся вслед за периодом задержки стула дегтеобразные или слизисто-кровянистые испражнения с тенезмами. Боли бывают настолько выраженными, что больных иногда ошибочно оперируют по поводу предполагаемого аппендицита, перфоративной язвы или кишечной непроходимости. С другой стороны, течение абдоминальной пурпуры действительно может осложниться острой хирургической патологией – инвагинацией или перфорацией кишечника с последующим перитонитом.

Анамнез должен дать ответы на следующие вопросы:

А. Локализация боли. Заболевания некоторых внутренних органов сопровождаются болью вполне определенной локализации. Возникновение боли в проекции пораженного органа обусловлено раздражением париетальной брюшины (например, при остром холецистите и аппендиците). Поэтому, в первую очередь следует предположить заболевание тех органов, которые расположены в непосредственной близости от очага боли. Заболевания органов забрюшинного пространства (почек, поджелудочной железы) обычно сопровождаются болью в спине или в боку, но нередко вызывают и острую боль в животе, сбивая врача с толку. Заболевания органов, не контактирующих с париетальной брюшиной, а также невоспалительные заболевания органов брюшной полости (например, начальная стадия механической тонкокишечной непроходимости) сопровождаются разлитой болью без четкой локализации. Заболевания органов, расположенных в непосредственной близости друг от друга, часто дают настолько сходную клиническую картину, что дифференциальный диагноз сложен и для опытного врача.

Б. Иррадиация боли – важный диагностический признак, дополняющий клиническую картину. При поражении органов поддиафрагмального пространства (разрыв селезенки, гемоперитонеум, абсцесс) боль иррадирует в надплечье и боковую поверхность шеи на стороне поражения, поскольку диафрагма иннервируется IV шейным спинномозговым нервом. При желчной колике боль, как правило, охватывает правое подреберье и иррадирует в правое плечо и под правую лопатку. Боль при панкреатите обычно иррадирует в спину, её часто называют опоясывающей. Боль при почечной колике, как правило начинается в боку, иррадирует в пах по ходу мочеточника и сопровождается учащенным и болезненным мочеиспусканием.

В. Характер боли. Боль в животе может быть постоянной или схваткообразной (колика). Постоянная боль может усиливаться и ослабевать, но не проходит полностью и не возникает в виде приступов. Постоянная боль характерна для воспалительных и опухолевых заболеваний внутренних органов. Боль, возникающую при остром холецистите, многие отождествляют с желчной коликой. Это неверно – при остром холецистите боль постоянная и неослабевающая.

Схваткообразная боль обычно возникает при обструкции полого органа (кишечная непроходимость, мочекаменная болезнь) или при повышении давления в просвете органа вследствие других причин (усиленная перистальтика после разрешения паралитической кишечной непроходимости, гастроэнтерит). Следует помнить, что некоторые заболевания начинаются со схваткообразной боли, которая затем становится постоянной (кишечная непроходимость, осложнившаяся инфарктом кишечника).

Г. Продолжительность боли. Эпизодические кратковременные боли, не сопровождающиеся другими клиническими симптомами и изменениями лабораторных показателей, редко бывают следствием серьезного заболевания. Напротив, продолжительные постоянные или приступообразные боли почти всегда свидетельствуют о патологическом процессе. При большинстве хирургических заболеваний боль продолжается от нескольких часов до нескольких суток. Боли, длящиеся месяцами, обычно не опасны. Срочная госпитализация требуется только в том случае, если на их фоне произошло резкое ухудшение состояния (классический пример – прободение язвы двенадцатиперстной кишки). Если больной предъявляет жалобы на боли в животе, продолжающиеся годами, следует заподозрить симуляцию или психическое расстройство, оценить социально-бытовые условия жизни больного.

Д. Интенсивность боли. Как правило, чем тяжелее хирургическое заболевание, тем сильнее боль, которой оно сопровождается. Боль, возникающая при попадании содержимого ЖКТ в брюшную полость, бывает настолько сильной, что заставляет обращаться к врачу даже самых терпеливых больных. Почти все больные интуитивно верно оценивают собственное состояние и интенсивность боли. Поэтому не следует игнорировать жалобы на вновь появившиеся болезненные ощущения в животе даже у внешне здорового человека.

Е. Возникновение боли. При некоторых хирургических заболеваниях (перфорация полого органа, тромбоз артерии, перекут хорошо кровоснабжаемого органа) острая боль в животе появляется внезапно, часто на фоне хорошего самочувствия. Состояние ухудшается стремительно. Больной охотно и детально описывает обстоятельства возникновения боли. При других заболеваниях – аппендиците, дивертикулите, механической кишечной непроходимости – болевые ощущения развиваются не так быстро, однако через несколько часов боль может стать очень сильной.

Ж. Рвота. Некоторые заболевания всегда сопровождаются упорной рвотой, при других она бывает редко или отсутствует. Частая рвота характерна для начальной стадии острого панкреатита и острого холецистита. При механической кишечной непроходимости частота и интенсивность рвоты зависят от локализации обструкции: чем она выше, тем чаще рвота. Рвота с каловым запахом указывает на толстокишечную непроходимость или желудочно-ободочный свищ. Отсутствие в рвотных массах желчи означает обструкцию ЖКТ проксимальнее фатерова соска.

3. Другие данные.

Возраст и пол больного имеют существенное значение для диагноза, поскольку некоторые заболевания встречаются в определенном возрасте. Например, инвагинация кишечника обычно встречается у детей до 2 лет; аппендицит – у больных не старше 50 лет. Холециститом чаще болеют молодые женщины. В тоже время нельзя забывать о возможных исключениях из этих правил.

Лекарственный анамнез

а. Некоторые лекарственные и наркотические средства могут провоцировать обострение хирургических заболеваний органов брюшной полости. При острой боли в животе, возникшей на фоне приема кортикостероидов или НПВС, следует заподозрить прободную язву. Алкоголь, тиазидные диуретики, пентамидин и азатиоприн иногда способствуют развитию панкреатита. Сульфаниламиды и барбитураты могут вызвать приступ острой перемежающейся порфирии.

Лекарственные средства, облегчающие боль. При язвенной болезни и рефлюкс-эзофагите прием антацидных средств снижает интенсивность боли. При перитоните уменьшить боль препаратами из «домашней аптечки» практически невозможно.

Перенесенные заболевания. Для дифференциального диагноза важно выяснить, является ли данный болевой приступ повторным или возник впервые. Например, для желчнокаменной болезни и хронического панкреатита характерны повторяющиеся болевые приступы. При частых госпитализациях по поводу однотипных болей без видимой причины следует заподозрить симуляцию. Обязательно выясняют, какие операции перенес больной. Существенное значение имеет гинекологический анамнез. Воспалительные заболевания матки и придатков часто носят рецидивирующий характер. У женщин, перенесших внематочную беременность, высок риск её повторения. Во время экстирпации матки могла быть проведена аппендэктомия.

Исследование живота проводят в определенной последовательности:

1. Начинают с осмотра. Оценивают общее состояние и позу больного. При осмотре живота обращают внимание на следующие признаки:

Рубцы и их локализация. При обнаружении послеоперационных рубцов у больного со схваткообразной болью в животе следует заподозрить спаечную кишечную непроходимость. По расположению рубца можно сделать заключение о характере перенесенной операции и тем самым ускорить дифференциальный диагноз.

Вздутие живота. Оценивают степень вздутия: как правило, чем дистальнее обструкция кишечника, тем сильнее вздут живот. При высокой кишечной непроходимости живот может быть вздутым, ладьевидным. Локальное выпячивание живота часто бывает обусловлено объемным образованием. Наконец, следует выяснить, чем вызвано вздутие живота – скоплением жидкости (асцит) или газа.

2. Следующий этап – аускультация. Фонендоскоп должен быть теплым. Определяют характер кишечных шумов.

Ослабленные кишечные шумы или их отсутствие в течение нескольких минут свидетельствует о перитоните или паралитической кишечной непроходимости. При местном перитоните, осложняющем аппендицит, дивертикулит и т.п., кишечные шумы бывают нормальными.

Усиленные, звонкие кишечные шумы на фоне схваткообразной боли в животе характерны для механической кишечной непроходимости.

Сосудистые шумы, обусловленные турбулентностью кровотока, встречаются при аневризме брюшной аорты, стенозе почечных и брыжеечных артерий.

3. Перкуссия всегда проводят после аускультации, поскольку она (так же как и пальпация) стимулирует перистальтику. Различают следующие перкуторные звуки:

Тупой звук дают объемные образования, свободная жидкость в брюшной полости (асцит), заполненные жидкостью петли кишечника.

Тимпанический звук получается при наличии свободного газа в брюшной полости, скоплении газов в кишечнике.

Смещение тупого звука при изменении положения тела характерно для свободной жидкости, то есть для асцита.

Исчезновение печеночной тупости. Обычно перкуторный звук над печенью притуплен.

Он становится звонким при скоплении свободного газа между брюшной стенкой и печенью и свидетельствует о перфорации полого органа.

С помощью перкуссии можно диагностировать перитонит, не прибегая к глубокой пальпации. Если перкуссия живота вызывает боль, перитонит весьма вероятен. Больные с перитонитом очень чувствительны к малейшим сотрясениям. Если незаметно или «случайно» толкнуть кровать, больной немедленно пожалуется на боль. По пути в рентгенологическое отделение следует обратить внимание на реакцию больного при переезде каталки через дверной порог или при ударе каталки о стену. Подобные методы скрытого наблюдения значат для диагностики перитонита гораздо больше, чем глубокая пальпация и симптом Щеткина-Блюмберга, которые часто дают ложноположительные результаты.

4. Пальпация – завершающий этап исследования живота. Руки врача должны быть теплыми. Это особенно важно при осмотре детей, в противном случае ребенок будет сопротивляться прикосновению.

Чтобы не причинить сильной боли в самом начале исследования, пальпацию начинают с наименее болезненного участка. Это позволяет избежать произвольного напряжения мышц брюшной стенки и сохранить контакт с больным. Самую болезненную область исследуют в последнюю очередь.

Сначала проводят поверхностную ориентировочную пальпацию. Определяют зоны наибольшей болезненности.

Одностороннее напряжение прямой мышцы живота – симптом перитонита. Его легче всего выявить, пальпируя живот двумя руками, расположенными симметрично относительно белой линии.

Исследование живота завершают глубокой пальпацией. Если диагноз разлитого перитонита к этому времени уже установлен – глубокая пальпация бесполезна и негуманна. С помощью глубокой пальпации методически исследуют все органы брюшной

полости; оценивают болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, выявляют объемные образования и определяют размеры органов.

«Доскообразный» живот – классический признак прободной язвы желудка. Действие соляной кислоты на брюшину вызывает сильную боль и мышечный спазм. Иногда бывает трудно отличить истинную ригидность мышц передней брюшной стенки от произвольной защитной реакции. В таких случаях просят согнуть ноги в коленях и прижать их к животу – это помогает ему расслабиться. В некоторых случаях отличить истинную ригидность от произвольной мышечной реакции позволяет введение небольшой дозы морфина.

Симптом Мерфи – сильная болезненность на высоте вдоха при глубокой пальпации правого подреберья. Симптом часто бывает положительным при остром холецистите, но не является патогномичным для этого заболевания.

Симптом Ровзинга – появление боли в правой подвздошной области при глубокой пальпации (или перкуссии) левой подвздошной области. Положительный симптом характерен для аппендицита, но может наблюдаться и при других заболеваниях.

Симптом Кера – боль в плече при пальпации нижних отделов живота, особенно в положении Тренделенбурга. Симптом был впервые описан при повреждении селезенки. Боль, вызванная скоплением жидкости в поддиафрагмальном пространстве, иррадирует в плечо и шею.

Симптом Щеткина-Блюмберга – усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с брюшной стенки после легкого надавливания.

Симптом Боаса – болезненность при поколачивании по остистым отросткам позвонков (VII-X – при язве малой кривизны, X-XII – при язвах пилородуоденальной зоны).

Симптом Воскресенского – при быстром проведении кончиками пальцев от реберной дуги до паховой складки в правой подвздошной области появляется резкая боль.

Симптом Ортнера – боль при поколачивании по правой реберной дуге.

Симптом Мюсси или френикус-симптом – при симметричном надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидных мышц отмечается боль с правой стороны.

Симптом Мейо-Робсона – внезапные сильные боли в левом реберно-позвоночном углу.

Симптом поясничной мышцы – больной лежит на левом боку, при разгибании правой ноги возникает боль в пояснице. Наблюдается при аппендиците и других воспалительных заболеваниях, затрагивающих поясничные мышцы, - при паранефрите, псоас-абсцессе, забрюшинной гематоме, прободении задней стенки слепой кишки злокачественной опухолью. Тот же симптом, наблюдаемый при разгибании левой ноги, характерен для паранефрита, прободения дивертикула и рака сигмовидной кишки.

Симптом запирающей мышцы – больной лежит на спине с согнутыми под прямым углом ногами; поворот голени внутрь или наружу вызывает боль. Возникновение боли обусловлено воспалительным процессом, вовлекающим внутреннюю запирающую мышцу либо локализованным рядом с ней (тазовый абсцесс, аппендицит, сальпингит).

При боли в животе мужчинам и женщинам обязательно проводят:

Мужчинам – осмотр наружных половых органов, осмотр паховой области и внутренней поверхности бедер, пальцевое ректальное исследование.

Женщинам – бимануальное исследование матки, маточных труб, яичников; ректовагинальное исследование; осмотр шейки матки в зеркалах; осмотр паховой области и внутренней поверхности бедер; пальцевое ректальное исследование.

Лабораторные исследования: общий анализ крови, анализ мочи, активность амилазы и липазы сыворотки.

Инструментальные исследования: рентгенологические исследования, специальные методы исследования – компьютерная томография, холецистография, ангиография, УЗИ, перитонеальный лаваж, диагностическая лапароскопия.

Лабораторные исследования могут оказать существенную помощь в дифференциальной диагностике острого живота.

Анализ мочи – доступный и недорогой метод выявления заболеваний почек и мочевых путей. Гематурия сопровождает мочекаменную болезнь, онкозаболевания почек, гломерулонефрит. Лейкоцитурия и бактериурия указывают на инфекцию мочевых путей. Протеинурия – неспецифический признак. Удельный вес мочи позволяет оценить водный баланс.

Общий анализ крови. Подсчет лейкоцитов в крови помогает установить, связана ли боль в животе с воспалительным процессом. Для воспаления характерен лейкоцитоз, хотя существует много исключений. Так, при аппендиците количество лейкоцитов в крови может быть нормальным. Поэтому следует определить лейкоцитарную формулу, особенно в тех случаях, когда общее количество лейкоцитов нормальное или слегка повышено. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево – более важный диагностический признак, чем лейкоцитоз. Общий анализ крови позволяет выявить не только анемию (по снижению абсолютного числа гемоглобина и гематокрита), но и установить её тип (по морфологии эритроцитов).

Активность амилазы и липазы сыворотки. Диагноз острого панкреатита всегда является клиническим. Повышение активности амилазы и липазы подтверждает диагноз. Однако следует помнить, что повышение активности амилазы – неспецифический признак, который наблюдается при многих заболеваниях (механическая кишечная непроходимость, инфаркт кишечника, прободная язва, внематочная беременность). Поскольку амилаза выводится почками, при почечной недостаточности её содержание в сыворотке тоже повышается. При остром панкреатите активность амилазы достигает максимума через сутки и нормализуется к концу 2-3-х суток. Поэтому для подтверждения диагноза целесообразно определять также активность липазы.

Диагноз острый живот – это показание к немедленной, под контролем врача, госпитализации больного в хирургический стационар, до которой запрещается применять любые болеутоляющие или наркотические средства, антибиотики, слабительные, ставить клизму. Больному нельзя есть и пить. Допустимо применение холода на живот.

В тех случаях, когда клиническая картина, напоминающая острый живот, обусловлена рефлекторной реакцией, сопровождающей почечную колику, пневмонию, инфаркт миокарда и др., в стационаре назначают антиспастическую терапию, новокаиновые блокады, разгрузку кишечника и т.д.; в большинстве случаев при остром животе показано срочное оперативное вмешательство.

Задание 4

Проверить усвоение знаний и умений необходимо при решении следующих клинических задач.

Задача №1

Больной 48 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхней половине живота, боли постоянные, мучительные. Больной беспокоен, частая рвота, не приносящая облегчения. Накануне утром употреблял алкоголь, плотно поел.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, тахикардия, 100 уд в мин, АД – 90/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен густо белым налетом. Живот вздут, мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области, положительный симптом Мейо-Робсона, Воскресенского.

В анализе крови: лейкоциты $10 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ – 28 мм/ч. Глюкоза крови – 6,0 ммоль/л. Билирубин крови – 30 ммоль/л. Диастаза мочи 512 ед по Вольгемуту.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Неотложные мероприятия?

Задача №2

Больная П., 71 лет, ела вечером рыбные консервы. Около 1 часа ночи проснулась от сильных болей в подложечной области, сопровождающихся повторной рвотой, холодным потом. Муж больной, употребивший те же консервы, остался здоровым. Врач заподозрил пищевую интоксикацию и срочно госпитализировал больную. В больнице сделали промывание желудка, после чего развилось удушье, появился кашель с пенистой мокротой. В легких влажные и сухие хрипы. После внутривенного введения строфантина и кровопускания состояние улучшилось. Но осталась резкая слабость и одышка. К утру, одышка стала нарастать, пульс стал нитевидным, едва прощупывался, АД 70/40 мм рт. ст., и при явлении сердечно-сосудистой недостаточности больная скончалась.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. В чем заключалась ошибка врача?
3. Какие изменения можно ожидать на ЭКГ?
4. Какова должна быть тактика врача «скорой помощи»?
5. Тактика врача стационара?

Задача №3

Доставлена больная 24 лет с жалобами на высокую температуру с ознобом, боли в правом подреберье, связанные с дыханием, кашель с небольшим количеством мокроты «рисового характера», рвоту, головную боль. Заболела остро. Вечером, придя с работы, чувствовала себя здоровой. Поужинала – хлеб с колбасой, маслом, пила чай. Через 2-3 часа после ужина почувствовала озноб, заболела голова, вырвало съеденной пищей. Затем рвота повторилась еще 3 раза, рвало желчью. Появились наряду с этим боли в правом боку, не может глубоко дышать из-за болей.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39°C . Держится рукой за правый бок, стонет от болей. Лицо гиперемировано, больше правая щека. Отмечается герпес на губах. Выражена желтушность склер и кожных покровов, язык влажен, умеренно обложен бурым налетом. При перкуссии притупление перкуторного звука от угла лопатки и ниже. В области притупления ослабленное дыхание с выраженным бронхиальным оттенком, выслушивается крепитация. Голосовое дрожание в этой области усилено, отмечается болезненность при надавливании на грудную клетку справа внизу. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области правого подреберья. Нижний край печени по реберной дуге, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эритроциты $4,3 \cdot 10^{10}/\text{л}$, гемоглобин 124 г/л, лейкоциты $17,5 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 16%, с/я – 72%, л. – 10%, м. – 2%, СОЭ – 24 мм/час.

Анализ мочи: темно-желтая, прозрачная, удельный вес 1020, белок – следы. Уробилин – (+++), желчные пигменты отрицательные, лейкоциты 5 в поле зрения.

Билирубин крови общий 20 мкмоль/л, прямой – 5,4 мкмоль/л, непрямой – 14,6 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Критерии диагностики.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Лечебная тактика врача.

Задача №4

Больная 58 лет, доставлена «скорой помощью» с жалобами на рвоту кровью, резкую слабость. Рвота возникла внезапно, после подъема тяжести. В течение последних 2 лет отмечала нарастающую слабость, исхудание, ухудшение аппетита, чувство тяжести в подложечной области после еды, увеличение живота, усиление одышки. В начале минувшего года была слабо выраженная желтуха. При осмотре рвотных масс плохо свернувшаяся темная кровь, около 800 мл. Больная исхудавшая, кожа сухая, на плечах, спине – гематомы в виде «паучков». На передней грудной стенке расширенные, спавшиеся вены. Печень пальпируется у края реберной дуги, плотная, с острым краем, безболезненная. При перкуссии живота определяется притупление во флангах. АД 70/50 мм рт.ст. Пульс нитевидный 100 ударов в минуту. В анализе крови: АЛТ 4,5, АСТ 2,8, тимоловая проба 7,8.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. План обследования.
4. Лечение.

Задача №5

Больной С., 48 лет, доставлен «скорой помощью» с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота. Боли постоянные, мучительные. Больной беспокоен, частая рвота, не приносящая облегчение. Накануне употребил алкоголь, плотно поел.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, тахикардия, ЧСС 100 уд. в мин. АД 90/60 мм рт.ст. язык сухой, густо обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области, в т. Дежардена (на середине линии, соединяющей пупок с серединой правой реберной дуги), положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в левом реберно-позвоночном углу), Кюлена (цианоз вокруг пупка), Воскресенского (отсутствие пульсации брюшной аорты).

В анализах крови: эр. $4,8 \cdot 10^{10}/л$, лейкоц. – $10,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 28 мм/час.

Глюкоза крови 6,0 ммоль/л. Билирубин крови общий 30 мкмоль/л, прямой – 25,0 мкмоль/л, непрямой – 5,0 мкмоль/л, α -амилаза – 42 ед.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Обследование.
4. План дальнейшего лечения.
5. Какой механизм повышения билирубина крови у данного больного?

ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ

Задача №1

1. Острый панкреатит.
2. Голод, питье щелочных минеральных вод.
 Антибиотики: тиенам 1г 2 раза в/в кап.
 Ингибиторы ферментов: контрикал 20 тыс ЕД в/в кап, Е – аминокaproновая кислота 5%- 100,0 в/в кап.
 Борьба с болевым синдромом баралгин 5,0 в/в, глюкозо-новокаиновая смесь в/в кап, новокаиновая блокада, при неэффективности – промедол 2% 2 мл п/к.
 Антисекреторные препараты: квамател 5мл 2 раза в/в.
 Инфузионная терапия: глюкоза 5% - 400 мл в/в кап, раствор Рингера 400 мл в/в кап, реополиглюкин 400 мл в/в кап.

Задача №2

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда, заднедиафрагмальный. Гастралгический вариант. Отек легких. Кардиогенный шок.
2. Врач не учел объективные данные, сосредоточив внимание на том, что больная поела рыбные консервы, хотя муж остался здоровым, не снял ЭКГ. Промывание желудка вызвало острую левожелудочковую недостаточность.
3. ST выше изолинии, T отрицательный, Q глубокий в III стандартном, AVF, V₆ – V₈.
4. Купировать болевой синдром введением дроперидола 0,25% 2,0, промедола 1% - 1,0. после снятия болей госпитализировать на носилках.
5. Строгий постельный режим.
 - Борьба с болевым синдромом: промедол 1% - 1,0, дроперидол 0,25% - 2,0.
 - Антикоагулянтная терапия: гепарин 10 тыс. ЕД в/в, стрептокиназа 200000 ЕД в/в капельно.
 - Противошоковая терапия: норадrenalин 0,1% - 1,0 в/в, мезатон 0,1% 1,0 в/в, реополиглюкин 400,0 в/в кап.
 - Оксигенотерапия: кислород, пропущенный через 70% спирт.

Задача №3

1. Крупозная пневмония нижнедолевая правосторонняя, тяжелое течение.
2. токсический гепатит.
3. Признаки пневмонии:
 - а) ржавая мокрота,
 - б) боль в грудной клетке,
 - в) лихорадка,
 - г) одышка,
 - д) острое начало,
 - е) притупление перкуторного звука над легкими, бронхиальное дыхание, крепитация,
 - ж) рентгенологические данные: затемнение доли легкого.
 Признаки токсического гепатита:
 - а) боли в правом подреберье,
 - б) рвота после приема пищи,
 - в) увеличение печени,
 - г) анемия,
 - д) темный цвет мочи.
4. Диф. диагноз проводится с гепатитом А, хроническим холестатическим гепатитом, билиарным циррозом печени.
5. а) постельный режим,

- б) антибиотики.
- в) дезинтоксикационная терапия: 5% глюкоза, гемодез 400,0 в/в капельно,
- г) бронхолитики.
- д) отхаркивающие средства.
- ж) физиолечение.

Задача №4

1. Портальный цирроз печени, прогрессирующее течение, декомпенсированный. Портальная гипертензия III степени. Асцит. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Остановка кровотечения путем введения зонда в желудок. Назначается гемостатическая терапия – хлористый кальций в/в кап., аминокaproновая кислота в/в капельно, викасол в/м, дробное переливание крови, плазмы, заместительная терапия (полиглюкин, желатиноль).
3. а) клинический анализ крови и мочи,
б) Эзофагодуоденоскопия,
в) билирубин крови, протромбиновый индекс, гематокрит, фибриноген, тромбоэластограмма, мочевины, тимоловая проба, общий белок, белковые фракции, глюкоза крови, калий, натрий, хлориды.
г) рентгеноскопия желудка.
4. Строгий постельный режим, диета 5а.
Дезинтоксикационная терапия – глюкоза 5% или 10% в/в капельно 500,0, витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂), кокарбокxилаза, глютаминовая кислота, аскорбиновая кислота 5% - 5,0 в/в, гемодез 400 мл в/в капельно, белковые гидролизаты – казеин, гидролизин, нативная плазма. Коррекция электролитного обмена, симптоматическая терапия – сердечные гликозиды, мочегонные препараты – лазикс 80 мг в/в.

Задача №5

1. Острый панкреатит.
2. а) голод, питье щелочных минеральных вод.
б) холод на область живота
в) Антибиотики: тиенам 1г 2 раза в/в кап.
г) Ингибиторы ферментов: контрикал 20 тыс ЕД в/в кап, Е – аминокaproновая кислота 5%- 100,0 в/в кап.
д) Борьба с болевым синдромом баралгин 5,0 в/в, глюкозо-новокаиновая смесь в/в кап, новокаиновая блокада, при неэффективности – промедол 2% 2 мл п/к.
е) Антисекреторные препараты: квамател 5мл 2 раза в/в.
ж) Инфузионная терапия: глюкоза 5% - 400 мл в/в кап, раствор Рингера 400 мл в/в кап, реополиглюкин 400 мл в/в кап.
3. Клинический анализ крови и мочи, диастаза крови и мочи, глюкоза, мочевины крови, ЭКГ. Динамическое наблюдение за больным, при неэффективности консервативной терапии – хирургическое лечение.
4. Повышение билирубина в крови обусловлено механическим характером желтухи, вследствие сдавления протоков желчного пузыря.

Задание 5

Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения их на практическом занятии!