

УДК 617.55.58-001-07-083.98.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Зарицкая Л.Л., Номикосов Н.В., Квасницкая О.Б.
ГЗ Дорожная больница «ГП Одесская железная дорога»
КУ Городская клиническая больница №1

Обсуждается проблема оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе в случае «брюшной катастрофы». Дана характеристика наиболее часто встречающейся абдоминальной патологии, требующей неотложного вмешательства специалистов, при которой наблюдаются неблагоприятные исходы и возникают конфликтные ситуации со стороны родственников по качеству оказания медицинской помощи.

Приведены отдельные примеры заключений по материалам Одесских патологоанатомических и клинических отделений Государственного заведения Дорожной больницы «Государственное предприятие Одесская железная дорога» и Коммунального учреждения «Городская клиническая больница №1».

Ключевые слова: *медицина транспорта, острый живот, неотложная помощь.*

В современных условиях *актуальным* является вопрос экстренной диагностики, неотложной помощи и быстрой доставки тяжелых больных с клиникой острого живота в лечебные учреждения. Установление диагноза при таких состояниях проводится в сжатые сроки и неотложная помощь одна из трудных задач, когда успех во многом зависит от правильного ведения пострадавшего в момент действия причинного фактора.

Сравнительно недавно для характеристики заболеваний органов полости брюшины с клиникой «острого живота» стало использоваться понятие «абдоминальный синдром» [2, 11].

Общепринятая систематизация заболеваний, входящих в это понятие включает:

1. Острые воспалительные процессы полости брюшины и прободения ее полых органов: острый аппендицит, перфорация язвы желудка или 12-перстной кишки, острый холецистит, острый панкреатит и др.

2. Различные формы непроходимости желудочно-кишечного тракта и ущемление внутренних грыж.

3. Внутренние кровотечения и излияния в брюшную полость.

На догоспитальном этапе, когда не удастся точно распознать основное заболевание правомерно применение понятия «острый живот».

Общие симптомы острого живота

«Брюшная катастрофа» обычно возникает внезапно и развивается в течение нескольких часов. Острые боли в животе, носящие постоянный или схваткообразный характер сопровождаются тошнотой, рвотой и усиливаются при пальпации. Часто этим явлениям сопутствуют задержка стула и прекращение отхождения газов. В этих случаях необходимо исключить отраженные боли в верхней половине живота при инфаркте миокарда и сделать электрокардиограмму.

Чрезвычайно важно быстро дифференцировать острый панкреатит и те абдоминальные заболевания, которые требуют неотложного хирургического вмешательства: острый аппендицит, перфорация кишки вследствие периодического вытекания содержимого (прикрытая прободная язва желудка или 12-типерстной кишки), высокий заворот кишечника, ущемление грыжи.

Осложнения перитонитом и кровотечения требуют срочного оперативного вмешательства (при этом могут быть резкие, но быстро ослабевающие, а затем периодически усиливающиеся боли в животе).

Пример. Б-я С. Доставлена в КУ ГКБ № 1 30.06.12 г. по диагнозу: *Острый живот*.

Клинический диагноз: Перфоративная язва — рак желудка. Разлитой перитонит.

В день поступления (за 2 дня до смерти) была произведена операция: диагностическая лапаротомия, ушивание перфоративной язвы — рака желудка, санация, дренирование брюшной полости.

Заключительный клинический диагноз: Перфоративная язва — рак желудка. Разлитой перитонит. Отек ткани головного мозга. Отек легких. Ишемическая болезнь сердца. АСКС. Сахарный диабет, тип 2. Диабетическая ангиопатия. ХПН.

По лабораторным данным: анемия (гемоглобин -90 г/л; эритроц.-3,Т/л);

азотемия (мочевина 18,4, азот мочевины 9,0, креатинин 342,4; глюкоза крови до 14,8 ммоль/л.).

Причина смерти:

- А) Разлитой перитонит
- Б) Перфорация опухоли
- В) Рак пилорического отдела желудка.

Клинико-патологоанатомический эпикриз

Заболевание (длительность не установлена) рак препилорического отдела желудка (гистология — подтверждена малодифференцированная аденокарцинома) осложнилось некрозом ткани опухоли, перфорацией опухолью стенки желудка, разлитым фибринозно-гнойным перитонитом. Операция: лапаротомия, ушивание перфоративной язвы — рака желудка, санация, дренирование брюшной полости, произведенная в день поступления. Нарастающие симптомы пе-

ритонеальной интоксикации приведшего к смерти через два дня после поступления в больницу. Тяжесть состояния усугублялась наличием у больной конкурирующего заболевания — инсулинонезависимого сахарного диабета.

Острые сосудистые поражения органов брюшной полости — «брюшная жаба» тяжелейшие заболевания с летальностью более 85 %. Острые формы имеют бурное течение при острой кишечной непроходимости, когда в результате тромбоза и эмболии наступает омертвление кишки на большом протяжении. Эмболия брыжеечных артерий может возникнуть у больных инфарктом миокарда, гипертонической болезнью.

Симптомы. Внезапное начало, острые приступы болей в животе, вначале схваткообразные, их невозможно купировать наркотиками, усиливаются при движении, кашле, тошнота, рвота желудочным содержимым (резкие боли в животе при мягкой брюшной стенке могут свидетельствовать о тромбозе сосудов).

При пальцевом исследовании прямой кишки можно обнаружить примесь темной крови. Пульс частый, слабого наполнения. Температура тела не повышена. Лицо бледное, покрыто холодным потом, черты лица заострены. На фоне перитонита: мышечное напряжение передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга, пальпируется болезненное опухолевидное образование, ограничено подвижное, перкуторный звук над ним тупой: симптом Г.Мондора. Его наличие связано с резким отеком пораженной кишки. Иногда наблюдается симптом «полной тишины» — полное отсутствие кишечных шумов с отчетливым выслушиванием сердечных тонов. Тяжесть состояния определяется шоком и нарушениями гемодинамики, дальнейшей интоксикацией.

Неотложная помощь (проводится в минимальном объеме):

- введение папаверина 1-2 мл 1-2 % раствора внутримышечно или дибазола 2- 5 мл 0,5 % раствора внутримышеч-

но;

- адекватное обезболивание: *морфин* 1 мл 1 % раствора или *промедол* 1 мл 2 % раствора в сочетании с антигистаминными препаратами: *димедрол* - 1 мл 1 % раствора или *пипольфен* (дипразин) 2 мл 2 % раствора;

- во избежание регургитации и асфиксии опорожнить желудок через зонд у больных со спутанным сознанием.

Противопоказано назначать клизмы, поскольку в связи с имеющимся парезом кишечника, задержкой газов и стула произойдет ухудшение кровоснабжения и наступит ускорение омертвления тканей кишечника.

При нестабильности показателей центральной гемодинамики и артериальной гипотензии лучше вместо вазопрессоров — *мезатон*, *норадреналин* — назначить *гидрокортизон* 100-200 мг внутривенно струйно или капельно (растворить перед применением в 5-10 мл воды для инъекций) или растворимую форму *дексаметазона* 0,1 % раствор 5 мл.

Острый аппендицит составляет около 50 % всех острых хирургических заболеваний и около 75 % всех прооперированных. Причины развития острого аппендицита до сих пор не изучены.

Выделяют *клинические формы острого аппендицита*:

- *катаральный* (простой) аппендицит: с клиническими признаками и слабыми местными, быстро проходящими проявлениями;

- *деструктивный* (флегмонозный, гангренозный, перфоративный) — при клинической картине заболевания средней тяжести или тяжелой с признаками местного перитонита;

- *осложненный*: аппендикулярным инфильтратом или гнойником, разлитым перитонитом и прочими осложнениями (сепсис и др.).

Симптоматика. Острый аппендицит всегда начинается с болей в животе. Больные избегают перемещений, лежат на спине, жалуются на тошноту, боли

(точно указывают зону их локализацию), перемещающиеся вначале в надчревную область, а затем в правую подвздошную. Если боли сохраняются в течение 24 часов от начала приступа, то это свидетельствует о значительных изменениях «червеобразного» отростка при остром аппендиците. Рвота однократная через 1-2 часа от начала приступа. Причиной многократной рвоты может быть перитонит: мышцы передней стенки живота напряжены (90 %) в правой подвздошной области (положительный симптом Щеткина-Блюмберга- резкая боль при быстром отнимании руки после мягкого ее «погружения» в брюшную стенку в области правого подреберья). Этот симптом имеет исключительно большое значение при любом воспалительном процессе в брюшной полости.

При перфорации отростка важным симптомом считается исчезновение болей в животе, значительное усиление болей в области мочевого пузыря и прямокишечного пространства, признаки перитонита.

Неотложная помощь: при любой диагностируемой форме аппендицита — покой и щадящая транспортировка в хирургический стационар.

Противопоказаны: тепловые процедуры; грелки на живот, наркотические средства, слабительные.

Острая кишечная непроходимость. Развитию острой кишечной непроходимости способствуют: различные врожденные аномалии развития; заболевания кишечника; пищевая интоксикация; нарушения режима питания. По локализации выделяют тонкокишечную и толстокишечную непроходимость.

Симптомы обтурационной непроходимости: сильные, схваткообразные боли в животе с иррадиацией в солнечное сплетение, многократная рвота, которая облегчения не приносит. Больной резко беспокоен, бледен, покрыт холодным потом. Пульс слабый, учащенный. Температура тела нормальная. Живот ассиметрично вздут. Громкие звучные кишечные

шумы при аускультации; многократная рвота съеденной пищей. Стула нет, газы не отходят. При низкой локализации непроходимости выявляется уплотнение, препятствие к продвижению пальца.

Странгуляционная непроходимость развивается при нарушении кровообращения в брыжейке и стенке кишки и имеет бурное клиническое течение: схваткообразные боли в животе, рвота, проявления шока, развитие перитонита вследствие некроза кишки. Быстро наступает интоксикация и обезвоживание.

При тонкокишечной непроходимости: нарастающее постепенное ухудшение общего состояния в течение 1-3 суток; больной бледен с землистым оттенком лица; резкие боли, больной мечется в поисках облегчающего положения; живот ассиметрично вздут. На передней брюшной стенке определяются косо или поперечно располагающиеся раздутые петли кишок в виде двух-трех «валов». При завороте кишки одним из признаков является коллапс.

Неотложные мероприятия при подозрении на острую кишечную непроходимость:

- в положении лежа экстренная транспортировка в стационар;

- внутривенное введение 5 % раствора *глюкозы* 500 мл + 8 ЕД *инсулина* + 10 мл 10 % раствора *калия хлорида*, изотонический раствор *натрия хлорида* - 500 мл.

Пример. Больная Л. Направлена в КУ ГKB №1 26.04.12 г. по диагнозу: Острая кишечная непроходимость.

Больная предъявляла жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту. В отделении был выставлен *клинический диагноз:* Распространенный атеросклероз с преимущественным поражением сосудов тонкого кишечника. Сегментарный тромбоз сосудов тонкого кишечника. Перфорация тонкой кишки. Разлитой перитонит. Ишемическая болезнь сердца.

Патологоанатомический диагноз:

1. Генерализованный атеросклероз с

преимущественным поражением сосудов брыжейки тонкой кишки. Операция диагностическая лапароскопия, произведенная в момент поступления в больницу и за 2 дня до смерти.

2. Тромбоз пристеночных сосудов тощей кишки; геморрагическая гангрена участка тощей кишки. Разлитой фибринозно- гнойный перитонит.

3. Ишемическая болезнь сердца; выраженный атеросклероз аорты и коронарных артерий сердца. Азотемия (креатинин крови 720 мкм/л), анемия (Hb 72 г/л, ЭР.2,2 Т/л). Отек легких, отек ткани головного мозга.

Другое наблюдение по больной Б., поступившей urgently во ИИ-е хирургическое отделение Дорожной больницы по диагнозу: Острая кишечная непроходимость.

В отделении был выставлен клинический диагноз: ущемленная послеоперационная вентральная грыжа. Гангрена ущемленного участка подвздошной кишки. Фоновое заболевание: Сахарный диабет ИЙ тип (глюкоза крови 22 ммоль/л).

По жизненным показаниям в тот же день (19.07.11 г.) больной была произведена операция — герниолапаротомия, устранение ущемления, резекция терминального отдела подвздошной кишки (гангрена ущемленного участка подвздошной кишки) с наложением илеотрансверзоанастомоза «бок в бок», санация и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал тяжело: уремия (мочевина 27 ммоль/л; креатинин 48,1 ммоль/л), анемия (Hb-88 Г/л; Эр.-2,6 Т/л по лабораторным данным). На третьи сутки наступила фибрилляция желудочков, приведшая к летальному исходу.

Анализ данной истории болезни и патологоанатомических исследований свидетельствуют о том, что больная не состояла на диспансерном наблюдении у семейного врача и в хирургическое отделение поступила urgently. При ак-

тивной диспансеризации, своевременном обследовании, применении всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий, есть доля вероятности, что ущемление грыжи живота можно было бы избежать.

Острый холецистит. «Бескаменный холецистит» — встречается в 15 % случаев, чаще у лиц молодого возраста [1, 5, 12]. Заболевание начинается внезапно с выраженным болевым синдромом в правом подреберье или эпигастральной области. Боли сопровождаются рвотой, обычно с примесью желчи, ознобом, желтухой (обострение заболевания чаще связано с приемом обильной и жирной пищи).

Появление озноба с температурой тела до 37,7-38,0 °C свидетельствует о развитии осложнений острого холецистита: перфорации, гнойного холангита, околопузырного гнояника. При осмотре — язык обложен, при пальпации живота определяется напряжение мышц брюшной стенки, болезненность правого подреберья. Выявляются положительные симптомы:

- Ортнера (положительный приблизительно в 80 % случаев)- болезненность при поколачивании боковой поверхностью кисти по правой реберной дуге;

- Мюсси (симптом положительный в приблизительно в 31 % случаев)- болезненность над ключицей справа между ножками грудинно-сосцевидной мышцы. При покашливании усиливается боль в правом подреберье;

- Образцова, когда кисть пальпирующего расположена в области правого подреберья, там при глубоком вдохе у больного возникает резкая боль.

Неотложная помощь. При транспортировке в стационар назначают: *нитроглицерин* 1-2 капли или одну таблетку под язык; *но-шпу* по 2-4 мл и *платифиллин* 1-2 мл внутримышечно или внутривенно медленно, *спазган* 5 мл (баралгин не применять!); холод на область правого подреберья.

Противопоказано применение наркотических анальгетиков и антибиотиков.

Острый панкреатит по частоте занимает третье место после аппендицита и холецистита [9, 12]. Заболевание у мужчин встречается реже, чем у женщин (1:3-1:5) в возрасте от 30 лет и возникает при приеме обильной жирной пищи и алкоголя, при наличии конкрементов в желчных путях или после операции по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Выделяют три основные формы острого панкреатита: острый отек поджелудочной железы, острый геморрагический некроз и острый гнойный и гангренозный панкреатит.

Тучные люди тяжелее переносят заболевание и составляют группу повышенного риска по летальному исходу.

Симптомы: острые боли опоясывающего характера. Сознание больного ясное. При панкреатической колике больные почти не двигаются. Тошнота и многократная рвота, не приносят облегчения и усиливают боли в животе. Задержка стула и газов. Появляются признаки эндотоксикации: кожные покровы бледные, могут стать «мраморными», покрытыми липким потом. Через 4-6 часов от начала заболевания живот во всех отделах становится вздутым, при перкуссии определяется тимпанит, при аускультации — резкое ослабление перистальтики, иногда выслушивается «шум падающей капли». Тяжелая одышка, в фазе альвеолярного отека легких появляется клокочущее учащенное дыхание с участием вспомогательных мышц и выраженный цианоз. Возникновение в легких феномена «голосового дрожания» и появление мелкопузырчатых хрипов при выслушивании свидетельствует о присоединении грозного осложнения — респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ) — разновидность отека легких (синонимы: «шоковое легкое», «мокрое легкое»).

При гнойно-некротическом панкреатите тяжелое состояние больного не

улучшается: на фоне общей слабости и адинамии возникает устойчивая лихорадка, пульс слабый, частый (явления коллапса). В области пупка возникают багровые пятна (симптом Грея-Тернера). При пальпации: острая локальная болезненность в эпигастральной области в виде поперечной полосы (симптом Керте) при отсутствии напряжения мышц; болезненность в левом реберно-поясничном углу (симптом Мейо-Робсона); боль в точке на коже между ножками правой грудинно-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси).

Неотложная помощь: срочная госпитализация в хирургическое отделение при шадящей транспортировке на носилках; голод; холод (пузырь со льдом на эпигастральную область); *нитроглицерин* 1-2 капли под язык; 2 % раствор *но-шпы* 2 мл внутримышечно; для уменьшения секреторной деятельности поджелудочной железы — 1 мл 0,1 % раствора *атропина* подкожно; антигистаминные препараты: димедрол, супрастин, дипразин.

При стабильной гемодинамике введение: 0,25 % раствора *новокаина* 100-150 мл внутривенно, поскольку препарат обладает неспецифической антиферментной активностью; 5 % раствор *глюкозы*, гемодез, реополиглюкин или изотонический раствор хлорида натрия. При коллапсе ввести одновременно 1 мл 5 % раствора *эфедрина* или 1 мл 1 % раствора *мезатона* и 250 мг *гидрокортизона* или 60 мг преднизолона.

Прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки встречается преимущественно у мужчин в возрасте от 30 до 50 лет (в 10 раз чаще, чем у женщин) и способствуют этому алкоголь, психическое и физическое переутомление, перенапряжение [3, 4, 5, 10]. Обычно больные не состоят на диспансерном наблюдении. На фоне предшествующего обострения язвенной болезни прободение язвы происходит в брюшную полость, в забрюшинное пространство или малый сальник. Диагноз затруднен при алкогольном опьянении и позднее — в периоде раз-

вития перитонита. Частыми причинами являются опухоли желудка, эрозивный геморрагический гастрит, кровоточащий геморрой и др.

Острые желудочно-кишечные кровотечения возникают чаще у мужчин, чем у женщин (соотношение 5:1).

Как правило, диагностируются лишь массивные (профузные) кровотечения с кровавой рвотой и меленой: «чёрный» жидкий кал. Около 90 % кровотечений проявляются только меленой.

Симптомы профузного желудочно-кишечного кровотечения из варикозных вен пищевода: внезапная обильная кровавая рвота «полным ртом» или «фонтаном»; возникновение продольных разрывов слизистой оболочки желудка с локализацией в области пищеводно-желудочного соединения (синдром Меллори-Вейса), в основном у молодых мужчин в состоянии алкогольной интоксикации и сопровождающихся мучительной многократной рвотой алой кровью.

Симптомы скрытого периода при большой потере крови: слабость, головокружение, чувством дурноты, тошноты, потливость, иногда обморок. Этот период продолжается кратковременно, несколько часов или суток. Больной бледен, кожные покровы влажные (холодный, липкий пот), пульс учащенный и малый, систолическое артериальное давление снижается, появляется осиплость голоса, жажда, адинамия.

Для желудочно-кишечных кровотечений, вызванных опухолями желудка, характерен синдром малых признаков: ощущение наполнения желудка после небольшого приема пищи. Снижение аппетита, отвращение к мясу, похудание. У части больных при пальпации определяются болезненность в надчревной области, иногда пальпируется опухоль.

Как правило, диагностируются лишь массивные (профузные) кровотечения с кровавой рвотой и меленой — «чёрный» жидкий кал (около 90 % кровотечений проявляются только меленой).

Неотложная помощь: срочная госпитализация в хирургическое отделение при шадящей транспортировке на носилках. Перекладывание больного с постели на носилки произвести в строго горизонтальном положении из-за опасности ортостатического коллапса на фоне кровопотери, при резком падении артериального давления; лед на живот; полное запрещение приема воды и пищи; ингаляция 30-40-50 % кислородом 2-4 л/мин через маску или носовой катетер; вливание 10 мл 10 % раствора *глюконата кальция* внутривенно медленно + 4 мл 1 % раствора *викасола* + 100 мл 6 % раствора *эпсилон-аминокапроновой кислоты* и дополнительно ее прием внутрь 50-60 мл 5 % раствора глотками раствора по 1 столовой ложке каждые 10-15 мин или 250 ЕД *тромбина* в 50 мл воды, пить глотками в течение 10-20 мин.

При профузном кровотечении внутривенное введение 2-4 мл 12,5 % раствора *дицинона*. Гемостатическое действие наступает через 5-15 мин, максимальный эффект — через 1-2 часа. Содержимое первой ампулы *дицинона* вводится медленно в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида, вторая ампула добавляется во флакон с плазмозамещающим раствором для внутривенного капельного введения (не следует смешивать препарат в одном шприце с другими препаратами).

При критической гиповолемии с частотой пульса выше 120 уд. в 1 мин., систолическое артериальное давление ниже 70 мм рт.ст. показано внутривенное капельное введение *норадреналина* 0,5-1 мл 0,2 % раствора или 0,5 мл 1 % раствора *мезатона* на 500 мл 5 % раствора глюкозы.

При невозможности проведения инфузионной терапии использовать внутривенное введение *допамина* — 200 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы со скоростью 8-10 капель/мин. плюс капельное внутривенное введение *норадреналина*.

Остановить внутреннее кровотечение возможно только при экстренной

госпитализации с готовностью к обеспечению хирургической остановки кровотечения на фоне интенсивного восполнения кровопотери.

Заключение

До настоящего времени остается высокой летальность при абдоминальном синдроме и это требует интенсивного поиска путей ее снижения.

Назрела необходимость в улучшении материально-технического обеспечения бригад скорой помощи, поскольку отсутствие необходимых средств диагностики и лечения на первом этапе оказания неотложной помощи делают даже квалифицированных специалистов беспомощными перед пострадавшим. При недостатках оказания медицинской помощи, профессиональных неудачах эта проблема требует специального подхода и обобщения, особенно в случаях необходимости объективно решать вопросы следствия, когда врачу приходится давать ответы родственникам, страховым компаниям, адвокатским конторам, судебным структурам [6, 7].

Проблема снижения неблагоприятных исходов при абдоминальном синдроме может быть решена лишь при достаточно высоком уровне проведения неотложных мероприятий на догоспитальном этапе.

Мы надеемся, что приведенные данные и анализ литературы окажутся полезными как клиницистам, так и морфологам и будут способствовать улучшению диагностики абдоминального синдрома, правильной трактовке каждого конкретного наблюдения, что, несомненно, приведет к улучшению лечебной помощи больным и снижению летальности.

Литература

1. Беляев А.В., Бондарь М.В., Дубов А.М. и др. Руководство по интенсивной терапии /Под ред. проф. А.И.Трещинского, проф. Ф.С.Глумчера. — К.: Вища школа.-2004.-582с.
2. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Венозный тромбоземболизм и ТЭЛА.-М.:

МИА;2005.

3. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.-М.: Медицина,1981.-340 с.
4. Интенсивная терапия угрожающих состояний /Под. ред. Корячкина, В.И.Страшнова.- СПб.-2002.-288.
5. Крылов А.И., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология// СПб.-1997.-512 с.
6. Пашинян Г.А., Жаров В.В., Ромодановский П.О.Правовые основы деятельности врача в современных социально-экономических условиях(VIII Российский национальный Конгресс «Человек и лекарство»// Ж-л Судебно-мед. экспертиза.-2002.-№3.-с.47-48.
7. Смирнов С.А. Судебная экспертиза на рубеже XXI века. Состояние, развитие, проблемы.-СПб.,2004.-С.61-63.
8. Сумин С.А.Неотложные состояния/ 5-е изд.- М.: ООО» МИА».-2005.-752с.
9. Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы.- М. «Медицина».-1986.-С.92-134.
10. Тимчасові стандарти надання медичної допомоги при невідкладних станах. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних станів».Наказ Міністерства охорони здоров'я України №24 від 17.01.2005р.- Київ, 2005.-59с.
11. Шаповольянец С.Г., Ларичев С.Е., Жемухова З.А., Солдатова Н.А., Смирнов И.А. Прогнозирование эффективности консервативной терапии при острой спаечной тонкокишечной непроходимости.// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2011.-№1.- с.57-61.
12. Шерлок Ш., Джули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. Рук.:Пер. с англ./ Под ред. З.Г.Апросиной, Н.А.Мухина.-М.: ГЭОТАР-МЕД.-2002.-864.

Резюме

АБДОМІНАЛЬНИЙ СИНДРОМ: МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА МЕДИЧНА ДОПОМОГА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

*Зарицька Л.Л., Номікосов Н.В.,
Квасницька О.Б.*

Обговорюється проблема надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі у разі «черевної катастрофи». Дана характеристика найбільш поширеної абдомінальної патології, що вимагає невідкладного втручання фахівців, при якій спостерігаються несприятливі результати і виникають конфліктні ситуації з боку родичів за якістю надання медичної допомоги.

Наведено окремі приклади висновків з матеріалів Одеських патологоанатомічних і клінічних відділень Державного закладу Дорожньої лікарні «Державне підприємство Одеська залізниця» та Комунального закладу «Міська клінічна лікарня № 1».

Ключові слова: медицина транспорту, гострий живіт, невідкладна допомога.

Summary

ABDOMINAL SYNDROME: OPPORTUNITIES FOR IDENTIFYING AND ITS PREHOSPITAL CARE

*Zaritskaya L.L., Nomikosov N.V.,
Kvasnitskaya O.B.*

The problem of emergency pre-hospital care in the case of "abdominal catastrophe" is considered. The most common abdominal pathology that requires emergency care of specialists is described. Cases where there are conflicts with the quality of care are considered.

Selected examples of conclusions are based on the Odessa pathology and clinical departments of the State institutions Road Hospital "State enterprise Odessa railway" and the Public Institution "City Clinical Hospital № 1" are presented.

Keywords: medical transport, acute abdomen, acute care.

*Впервые поступила в редакцию 02.08.2012 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*