



Острый живот.

Хирургическое отделение

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ» -

клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь.

Наиболее важные симптомы раздражения брюшины (симптомы, возникающие при воспалении париетальной брюшины)

- Болезненность при пальпации передней брюшной стенки
- Напряжение мышц передней брюшной стенки
- Положительный симптом Щеткина-Блюмберга

Причины острого живота

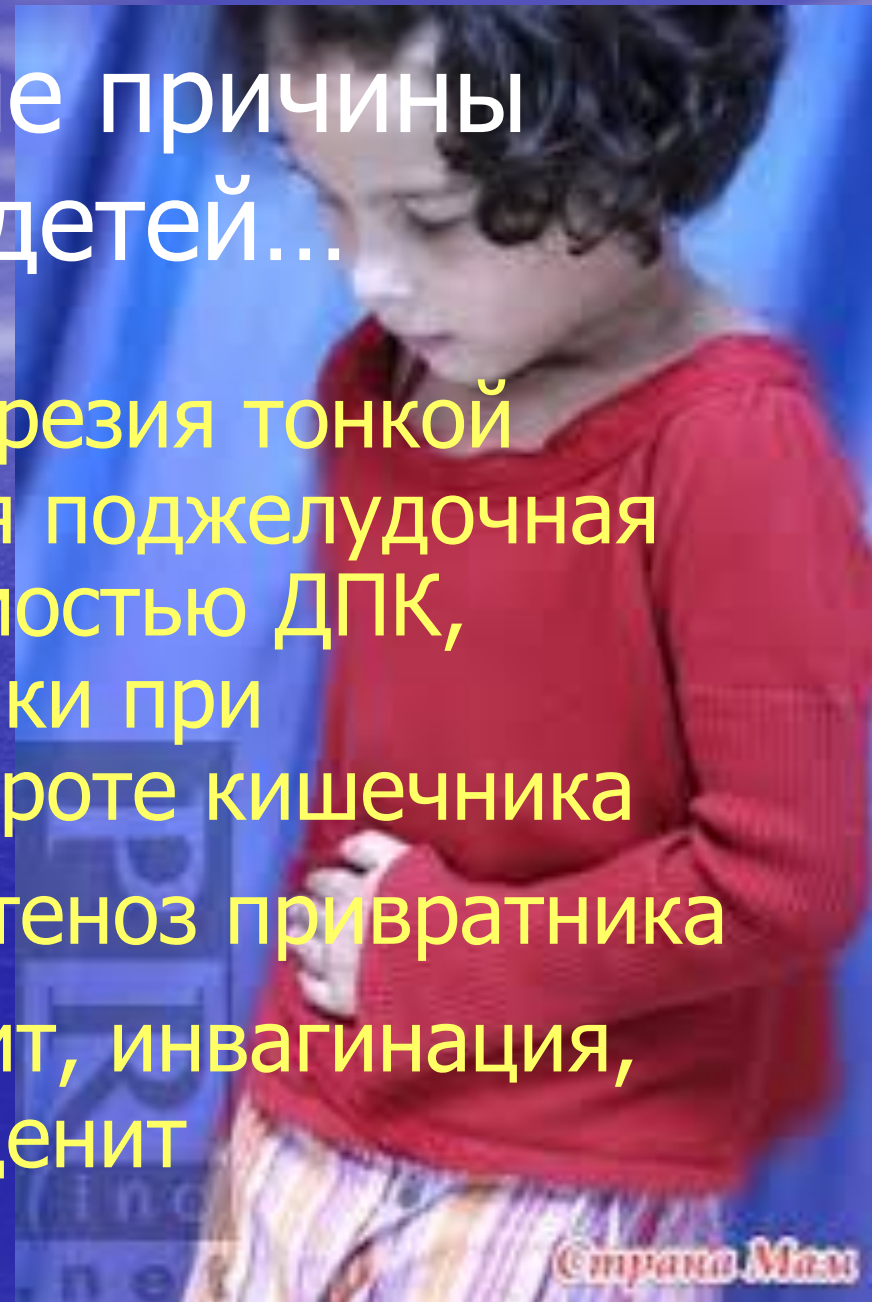
- Повреждения органов брюшной полости.
- Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит и др.), в том числе и перитонит.
- Перфорация полого органа (перфорация язвы и др.).
- Механическая кишечная непроходимость в т.ч. при ущемленной грыже.
- кишечной непроходимостью.
- Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в полость брюшины.

Наиболее важные данные в дифференциальной диагностике острого живота

- Возраст больного
- Локализация и продолжительность боли
- Заболевания, травмы, операции в анамнезе

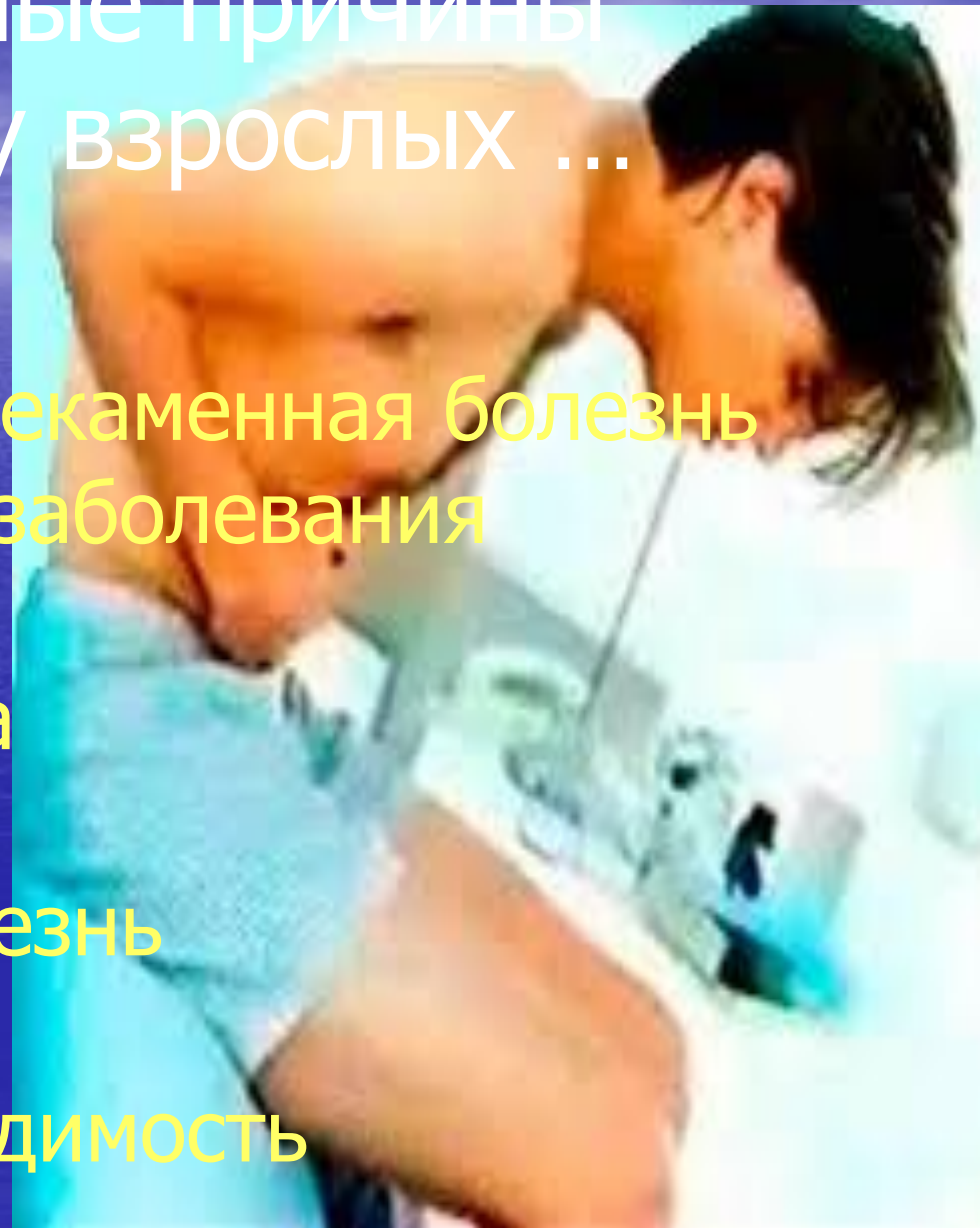
Преимущественные причины острого живота у детей...

- Новорожденные – атрезия тонкой кишки, кольцевидная поджелудочная железа с непроходимостью ДПК, заворот средней кишки при незавершенном повороте кишечника
- Первые 2 месяца – стеноз привратника
- 1-2 года – аппендицит, инвагинация, брыжеечный лимфаденит



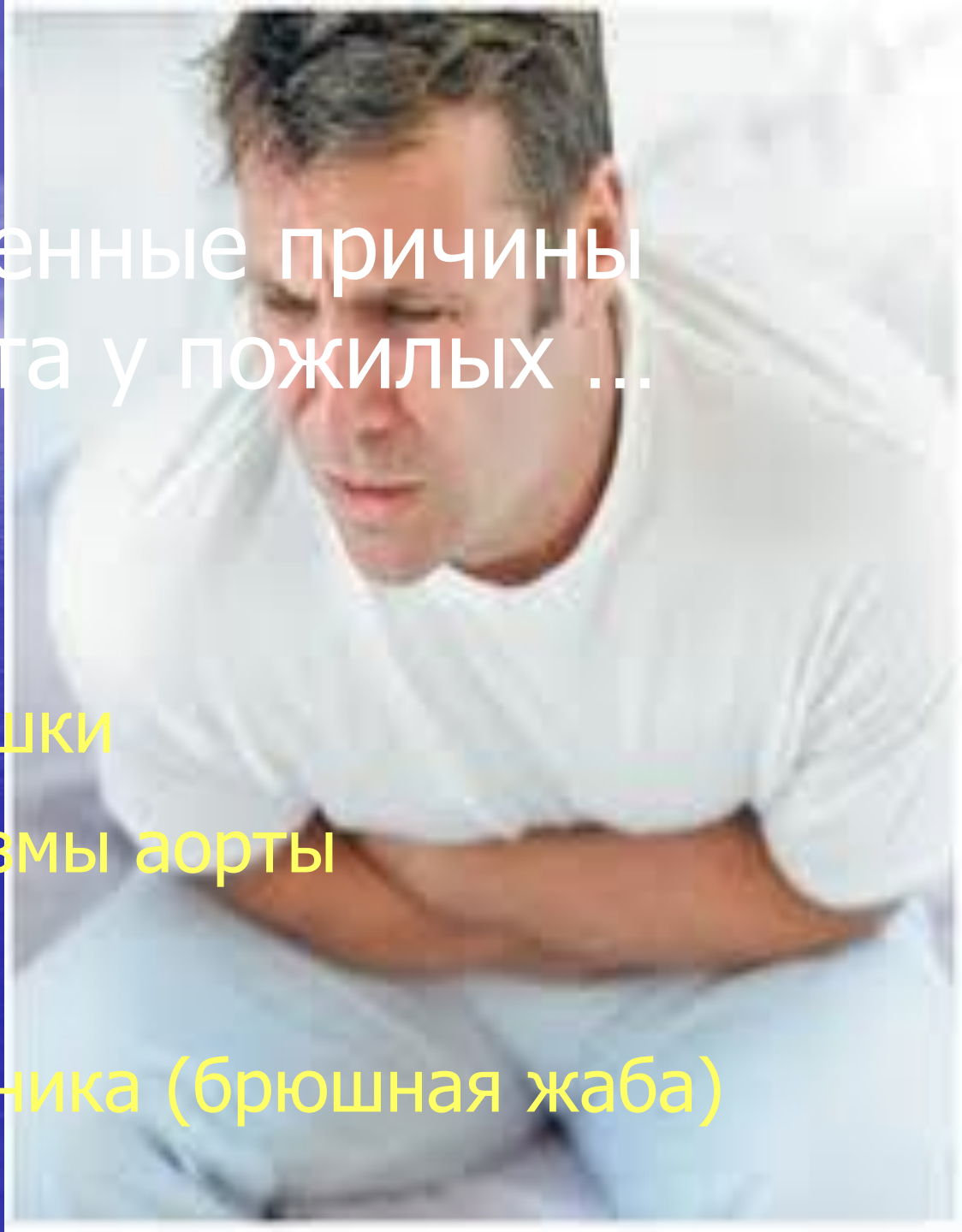
Преимущественные причины острого живота у взрослых ...

- Аппендицит
- Холецистит и желчекаменная болезнь
- Гинекологические заболевания
- Язвенная болезнь
- Ущемленная грыжа
- Разрыв селезенки
- Мочекаменная болезнь
- Панкреатит
- Кишечная непроходимость



Преимущественные причины острого живота у пожилых ...

- Аппендицит
- Дивертикулит
- Рак толстой кишки
- Разрыв аневризмы аорты
- Заворот кишок
- Ишемия кишечника (брюшная жаба)



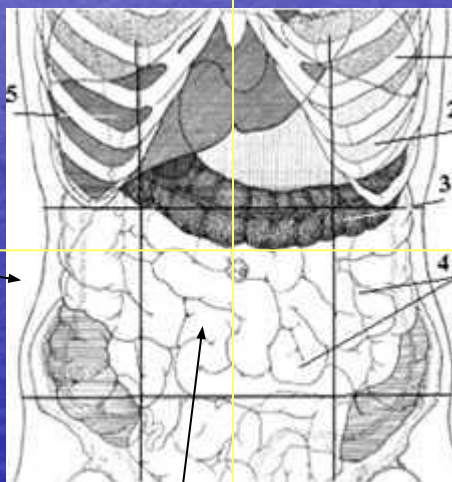
Топическая диагностика при болях в животе

Заболевания
желчных путей,
язвенная болезнь

Гепатит,
пиелонефрит

Аппендицит,
внематочная
беременность,
ущемленная
грыжа, перекрут
яичника,
дивертикулит
Меккеля

Панкреатит,
язвенная болезнь



Непроходимость
толстой кишки,
инфаркт
брыжейки,
заворот тонкой
кишки

Дивертикулит,
ущемленная
грыжа, перекрут
яичника,
перфорация рака
толстой и прямой
кишок

Дифференциальное значение продолжительности болей

- Внезапная – перфорация язвы желудка и ДПК, меккелева дивертикула
- Преходящая – механическая кишечная непроходимость
- Усиливающаяся – аппендицит, пиелонефрит

Ключевые моменты в анамнезе

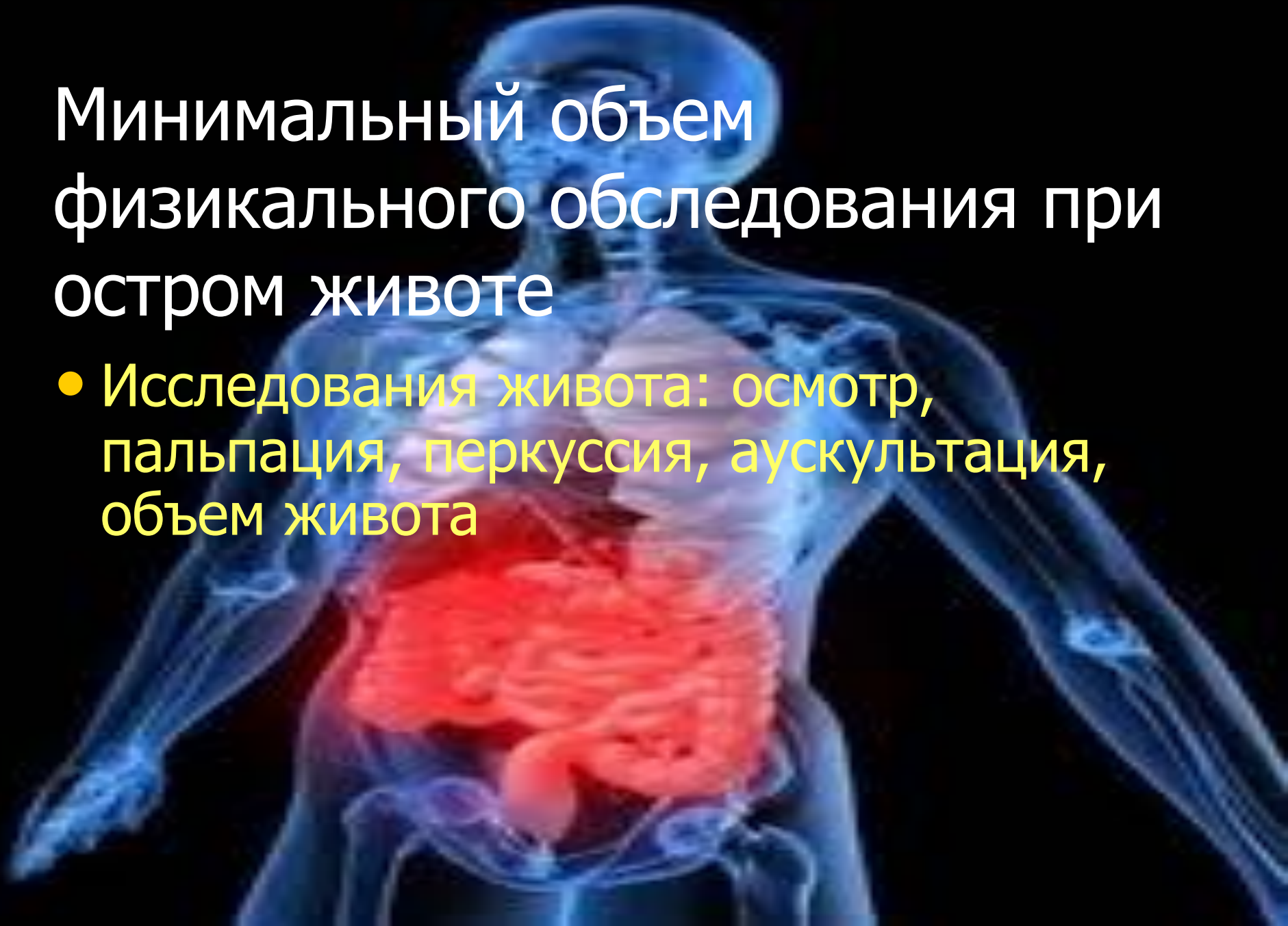
- время и начало возникновения боли (внезапное, постепенное), локализация боли; диспепсические и дизурические явления; температура; перенесенные в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота.

Ключевые моменты при осмотре

- 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).

Минимальный объем физикального обследования при остром животе

- Исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объем живота



Инструментальные исследования при остром животе

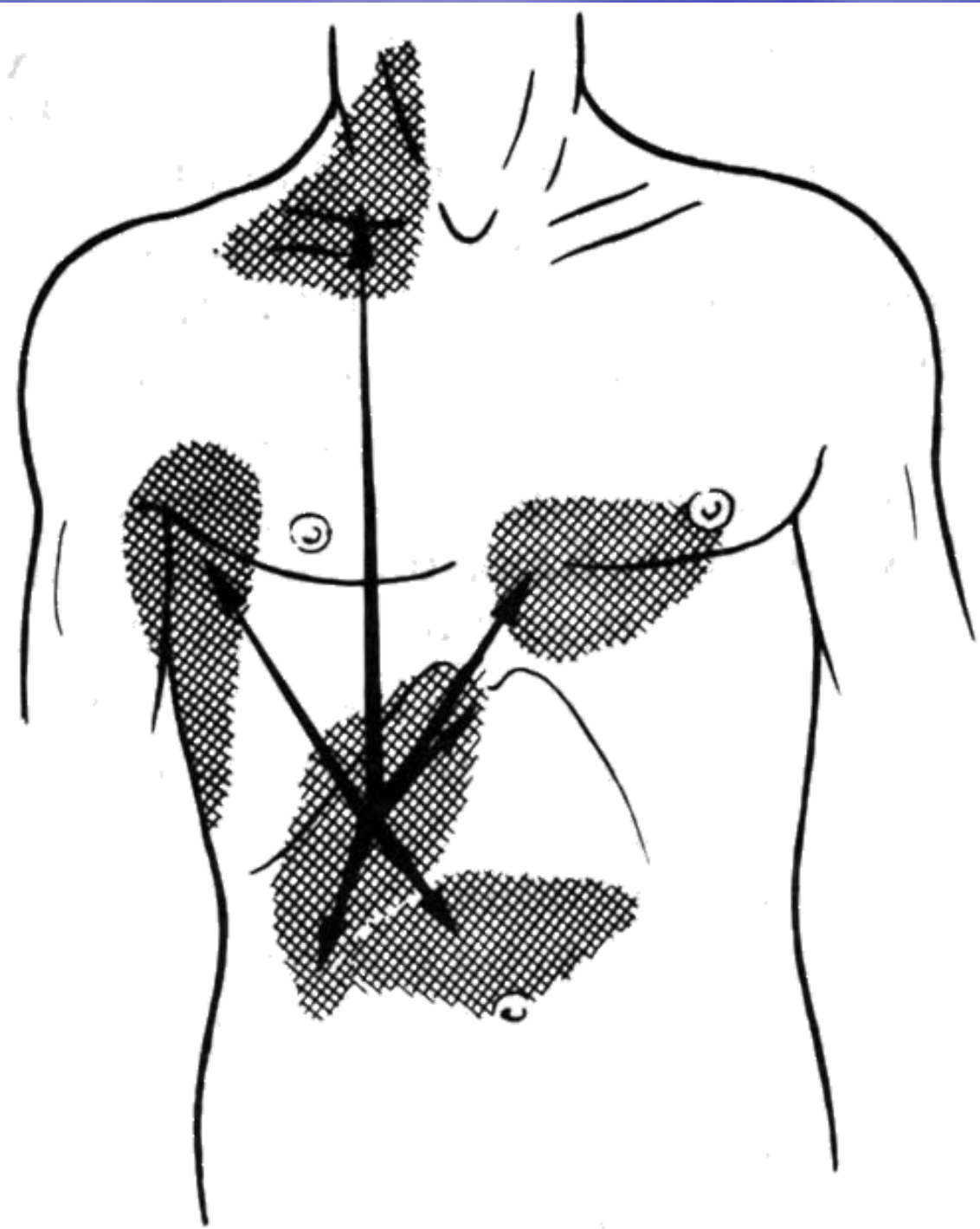
- **УЗИ** позволяет выявить жидкость в брюшной полости разного характера, раздутые петли кишки, острые воспаления желчных путей и поджелудочной железы, патология органов малого таза, аневризма аорты и др.
- **Рентгенография** грудной клетки (стоя) позволяет выявить свободный газ под правым куполом диафрагмы
- **Рентгенография** брюшной полости (стоя, или лежа на левом боку) – чаши Клойбера.
- Лапароскопия, лапароцентез ...

Клиническая классификация острого холецистита

- 1. Острый простой холецистит.
- 2. Острый деструктивный неосложненный с местным неотграниченным перитонитом.
- 3. Острый деструктивный осложненный холецистит:
 - а) желчным перитонитом (без видимой перфорации);
 - б) перфоративным желчным перитонитом;
 - в) паравезикальным инфильтратом;
 - г) паравезикальным абсцессом;
 - д) механической желтухой;
 - е) септическим холангитом;
 - є) острым панкреатитом.
- Много хирургов острый деструктивный калькулезный холецистит классифицируют как острый_обструктивный холецистит

Патанатомическая класификация острого холецистита

- 1. Катаральный
- 2. Флегмонозный (острая эмпиема желчного пузыря)
- 3. Гангренозный:
 - А) без перфорации;
 - Б) перфоративный с разлитым желчным перитонитом;
 - В) перфоративный с околопузырным абсцессом.



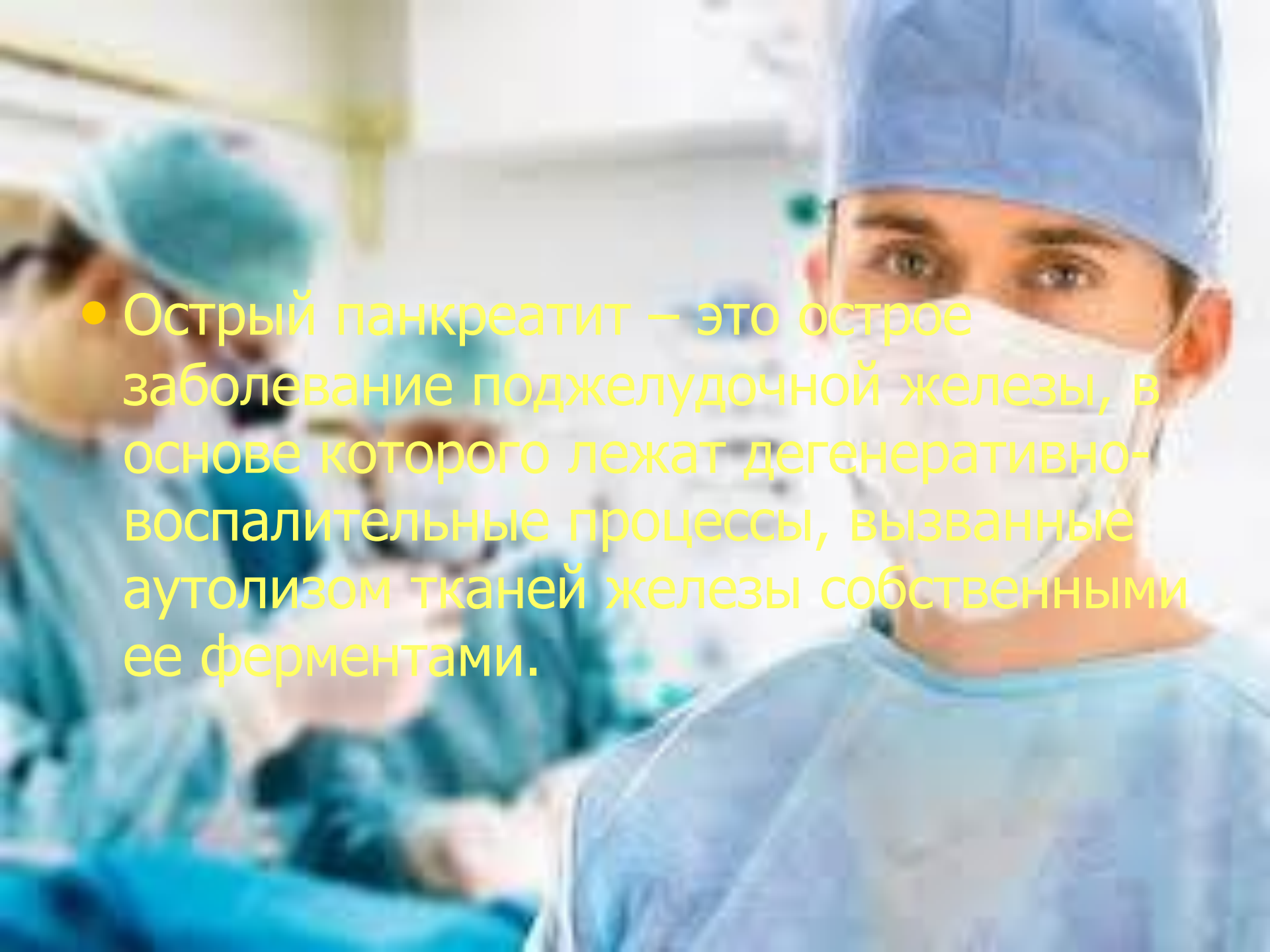
Возможная иррадиация боли при остром холецистите.

Объективные признаки

1. Субиктеричность склер, кожи.
2. Температура – 38 °С.
3. Тахикардия.
4. Напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье.
5. Болезненность в точке Кера при пальпации.
6. Пальпаторно – увеличенный, болезненный, напряженный желчный пузырь.

СИМПТОМЫ

- **симптом Мерфи** — глубокая пальпация в проекции желчного пузыря вызывает сильную боль при вдохе, которая нередко не дает больному возможности сделать из-за этого глубокий вдох;
- **симптом Кера** — болезненность при пальпации в правом подреберье в точке Кера, резко усиливающаяся на вдохе;
- **симптом Орнера** — боль при покалывании внутренним краем кисти по реберной дуге;
- **симптом Мюсси** — болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между проекциями на кожу ножек правой грудино-сосцевидной мышцы);
- **локальный симптом Щеткина-Блюмберга** — резкое усиление боли в правом подреберье при быстром отнятии пальпируемой руки с брюшной стенки после надавливания.

- 
- A close-up photograph of a surgeon in a blue surgical cap and white face mask, looking directly at the camera. The background is a blurred operating room with other medical staff in blue scrubs.
- Острый панкреатит – это острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами.

Этиология Основной фактор - аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов. Предрасполагающие факторы: Повышение давления в желчевыводящих путях – желчная гипертензия, билиарный рефлюкс. Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта. Нарушения обмена, особенно жирового; алиментарный фактор. Расстройства кровообращения в железе. Пищевые и химические отравления. Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости. Травмы поджелудочной железы. Аутоиммунный фактор.

Классификация панкреатита

- Панкреатит отечный (интерстициальный).
Панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный: по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный; по распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый; по локализации: с поражением головки, тела, хвоста, всех отделов ПЖ. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный.

Клиника панкреатита

- Боль.Рвота.Задержка в отхождении газов и кала, вздутие живота (в результате паралитической непроходимости).Бледность или желтушность кожных покровов (механическая желтуха).Цианоз: цианоз лица – симптом Мондора, пупка – симптом Кулена, боковых отделов живота – Грей-Тернера (в результате действия протеолитических ферментов на сосудистую стенку и легочной недостаточности).Язык обложен, сух.Запах ацетона изо рта.Температура тела нормальная или субфебрильная.АД сначала нормальное, в тяжелых случаях пониженное, вплоть до коллапса.Пульс – сначала брадикардия, затем тахикардия, слабое наполнение.Снижение диуреза, вплоть до ОПН.


- Объективные данные вздутие, больше в эпигастрии – раздутая поперечная ободочная кишка (симптом Бонде); цианоз области пупка – симптом Кулена, боковых отделов – симптом Грей-Тернера; пальпация болезненна в проекции ПЖ, напряжение мышц незначительно или отсутствует (забрюшинное расположение); симптом Каменчик, симптом Кёртэ, симптом Мейо-Робсона I-II; перитонеальные явления вначале отсутствуют, при выходе процесса за пределы сальниковой сумки – положительны по всему животу, притупление в боковых отделах живота; исчезновение перистальтических шумов – «молчащий живот».



- Лечение Цели: Купирование боли, устранение нервно-рефлекторных расстройств. Предупреждение и ликвидация желчной и панкреатической протоковой гипертензии. Блокада экскреторной функции ПЖ. Коррекция витальных расстройств. Предупреждение развития декомпенсации функций органов и систем.

- Острая кишечная непроходимость – заболевание которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по желудочно - кишечному тракту

Классификация острой кишечной непроходимости

A photograph of surgeons in an operating room, wearing blue scrubs and caps, performing a surgical procedure. The scene is brightly lit, and the focus is on the surgical team's hands and instruments.

- I. По происхождению выделяют: а) врожденная, б) приобретенная II. По морфофункциональной природе: 1. Динамическая кишечная непроходимость: а) паралитическая, б) спастическая. 2. Механическая кишечная непроходимость: а) странгуляционная (узлообразование, заворот, ущемление внутренних и наружных грыж), б) обтурационная (копростаз, опухоли, инородные тела, желчные камни, аскариды, рубцовый стеноз, сдавление)

- извне опухолями брыжейки, матки, яичников артерио-мезентериальная кишечная непроходимость); в) смешанная форма (спаечная кишечная непроходимость, инвагинация) . III. По уровню непроходимости: а) высокая, б) низкая. IV. По клиническому течению: а) острая и хроническая; б) полная и частичная.

Клиника и диагностика острой кишечной непроходимости

- 1. Кардиальные симптомы – отсутствие стула и неотхождение газов. 2. Болевой синдром – начинается внезапно, часто без видимых причин, различный по характеру и интенсивности в зависимости от вида кишечной непроходимости – чаще схваткообразный. 3. Вздутие живота - нередко носит ассиметричный характер.

- 4. Видимая усиленная перистальтика кишок. 5. Рвота – ранняя при высокой кишечной непроходимости, не приносящая облегчения; более поздняя, с каловым запахом – при низкой кишечной непроходимости. 6. Боль при пальпации живота, наличие болезненного опухолевого образования, инвагината. 7. Симптомы, характерные для кишечной непроходимости:

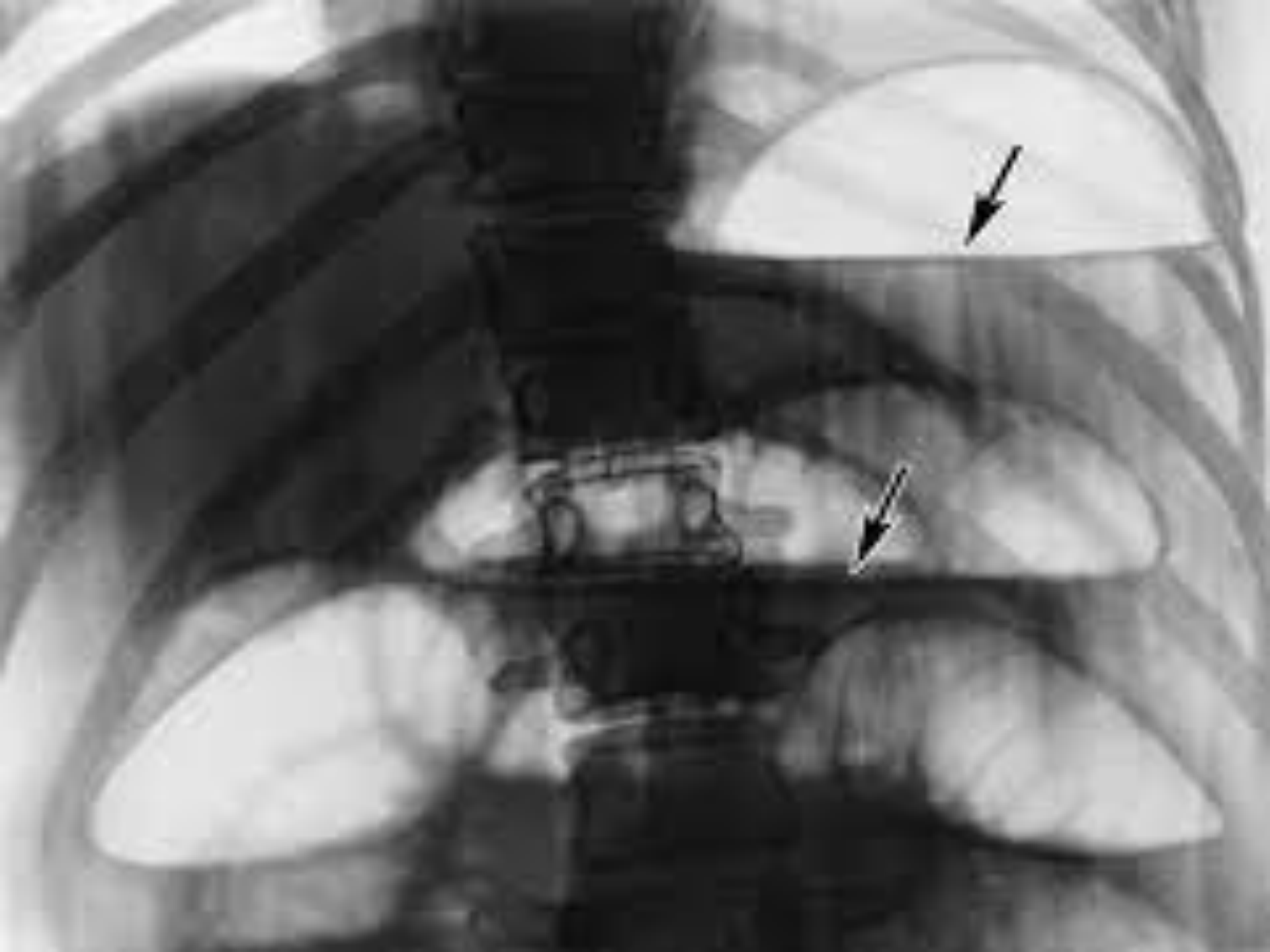
- . Рентгенологические данные: обзорная рентгенограмма органов брюшной полости – чаши Клойбера, кишечные аркады, раздутые газом кишечные петли. - контрастное рентгеновское исследование – задержка пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту при оральном его применении, наличие «клюва» (заворот), «полулуния», «двузубца», «тризубца» (илеоцекальная инвагинация) при ирригоскопии.



Горизонтальные уровни жидкости при непроходимости тонкой кишки (схема).



Горизонтальные уровни жидкости со спиралевидными складками слизистой оболочки при непроходимости тонкой кишки.



- **Прободная язва** (перфоративная) — это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или
- двенадцатиперстной кишки и вытекание содержимого в брюшную полость.

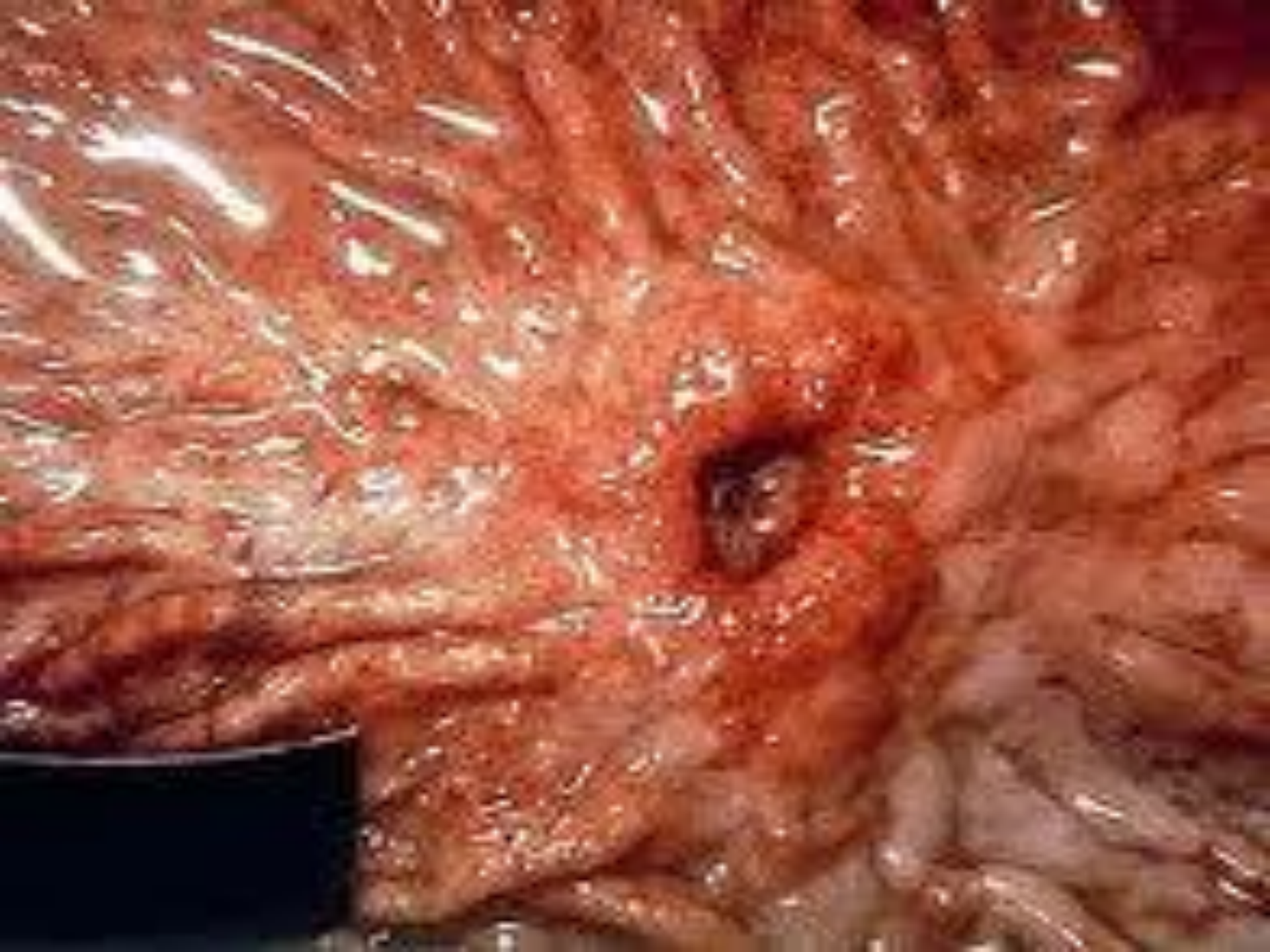
- Три стадии формирования язвы нервно-васкуляторной дистрофии. нервно-васкуляторной дистрофии. некробиоза. некробиоза. язвенной деструкции в результате протеолиза. язвенной деструкции в результате протеолиза.

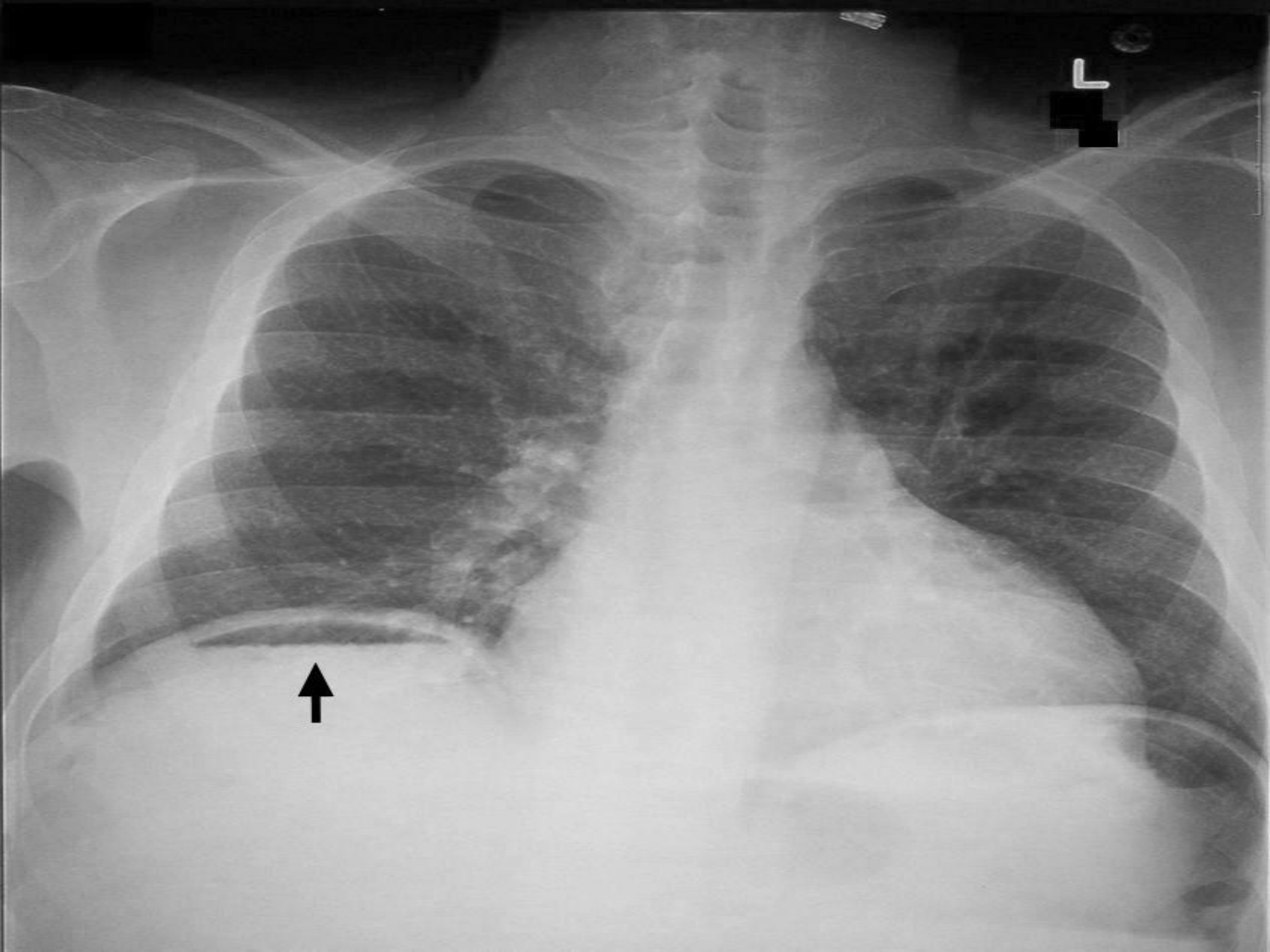
Классификация прободных язв

- По этиологии: По этиологии: Язвенные и лекарственные; По локализации: По локализации: Язвы желудка (пилорические, антральные, кардиальные, большой и малой кривизны, передней и задней стенки); язвы ДПК (передней, задней стенки) Прободение пептических язв анастомозов; Прободение пептических язв анастомозов; Перфорации, сочетающиеся с другими осложнениями язвенной болезни. Перфорации, сочетающиеся с другими осложнениями язвенной болезни.

- Клинические формы: Перфорация в свободную брюшную полость (типичная) - в 72%. Перфорация в свободную брюшную полость (типичная) - в 72%. Прикрытая перфорация, когда перфоративное отверстие прикрывается сальником, другими прилегающими по близости органами, комочком пищи или фибрином. Частота ~ 5-15%. Прикрытая перфорация, когда перфоративное отверстие прикрывается сальником, другими прилегающими по близости органами, комочком пищи или фибрином. Частота ~ 5-15%. Атипичные перфорации, когда перфорация язвы происходит не в свободную брюшную полость. Например, перфорация язвы задней стенки ДПК в забрюшинное пространство, перфорация кардиальной язвы между листками малого сальника (*pars nuda*). Встречается редко (3,7%). Атипичные перфорации, когда перфорация язвы происходит не в свободную брюшную полость. Например, перфорация язвы задней стенки ДПК в забрюшинное пространство, перфорация кардиальной язвы между листками малого сальника (*pars nuda*). Встречается редко (3,7%).

- Основные признаки перфоративной язвы (триада Мондора) Боль; Мышечное напряжение; Язвенный анамнез.
- Вспомогательные признаки: Рвота; Задержка стула и газов; Жажда.





Классификация аппендицита

- Катаральный аппендицит (простой-поверхностный).
- Деструктивный аппендицит
 - флегмонозный
 - гангренозный
 - перфоративный
- Осложненный аппендицит
 - аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный и прогрессирующий)
 - аппендикулярный перитонит (отграниченный или разлитой)

Заболевания, не требующие хирургического вмешательства, симулирующие аппендицит

- Базальный плеврит, правосторонняя пневмония
- Инфаркт миокарда
- Острый гастроэнтерит и дизентерия
- Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха)
- Острый аднексит
- Мезаденит

Клиническая картина острого аппендицита зависит от:

- Формы заболевания
- Степени морфологических изменений в отростке
- Локализации отростка в брюшной полости
- Состояния реактивности больного
- Возникших осложнений

Боль в животе, возникшая на фоне полного здоровья, постоянного характера -

- обязательный и наиболее постоянный симптом острого аппендицита
- локализуется
 - в правой подвздошной области (у 80% больных)
 - У 50% больных характерен симптом Кохера (в начале боль локализуется в эпигастральной области, а спустя 2-3 часа по мере прогрессирования болезни, перемещается в правую подвздошную область)

Симтом Щеткина-Блюмберга



Боль при резком отнятии руки, пальпирующей брюшную полость, обусловленное сотрясением воспаленной брюшины.

Особенность симптома Щеткина-Блюмберга при остром аппендиците

- При отсутствии воспаления париетальной брюшины (начальные этапы развития аппендицита, ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение отростка) симптом может быть очень слабо выраженным или отсутствовать.

Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Симптом обусловлен раздражением брюшины, при котором поступающие постоянно болевые импульсы вызывают постоянное сокращение соответствующих мышц типа тетануса.

Симптом В.П.Образцова



Усиление болезненности в момент пальпации правой подвздошной области при поднятии вытянутой правой нижней конечности.



Симптом Воскресенского (симптом «скольжения», «рубашки»)

- Врач располагается недалеко от больного и левой рукой натягивает рубашку больного за нижний край. Кончики второго, третьего и четвертого пальцев правой руки врач устанавливает в подложечной области и во время выдоха больного при наиболее расслабленной передней брюшной стенке умеренно надавливает ими на живот, проделывая скользящее быстрое движение косо вниз к области слепой кишки. Там останавливает скользящую руку, не отрывая ее от живота. В момент окончания такого скольжения отмечается резкое усиление аппендикулярных болей
- Симптом обусловлен создаваемым врачом толчком крови в сосудах брыжейки. Симптом положителен в 97% случаев.

Симптом Воскресенского (симптом «скольжения», «рубашки»)



Симптом Ровзинга.

Появление боли в области слепой кишки при прижати толстой нисходящей кишки (при этом происходит газовый толчок в червеобразном отростке)



Симптом Ситковского и Бартомье-Михельсона

Перемещение тела больного – поворот со спины на левый бок вызывает боли в правой подвздошной области, что связано со смещением слепой кишки и червеобразного отростка, натяжением воспаленной брюшины. При пальпации в таком положении болезненность нарастает (симптом Бартомье-Михельсона)



Симптом Зоненбурга

При аппендиците боль – первичное явление, а рвота – вторичное. При гастроэнтерите – наоборот.

Симптом И.Я.Раздольского.



Отмечается перкуторная болезненность в виде овала в правой подвздошной области

Дифференциальная диагностика

- Перфоративная язва желудка и ДПК
- Кишечная непроходимость (илеоцекальная инвагинация)
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Острый мезентериальный лимфоаденит
- Острые гинекологические заболевания
 - Нарушенная внематочная беременность
 - Разрыв (апоплексия) яичника
 - Острый аднексит, сальпингоофорит
 - Перекрут кист яичника на ножке
- Правосторонняя почечная колика
- Плевропневмония

Перфоративная язва

- Схожие признаки
 - Смещение болей с эпигастрия вниз-вправо
 - При «немых» язвах – внезапность возникновения болей в животе
 - Развитие картины острого живота
- Дифференцирующие моменты
 - С самого начала боли носят интенсивный и приступообразно повторяющийся характер
 - Очень рано развивается доскообразное напряжение мышц живота
 - Признаки наличия свободного газа в брюшной полости
 - Симптом Щеткина-Блюмберга определяется на обширном участке
 - Учащение пульса и повышения температуры запаздывают за развитием местной симптоматики

Острый холецистит

- Затрудняющие моменты
 - Необходимость активной выжидательной тактики
 - Самостоятельное симптоматическое лечение «приступа» холецистита больными, что затушевывает картину заболевания
- Схожие признаки
 - Локализация болей в правом подреберье при подпеченочном расположении аппендикса
 - Схожее начало с болей, повышения температуры, признаков раздражения брюшины.
- Дифференцирующие моменты
 - Иррадиация болей в плечо, лопатку
 - Более высокая температура тела
 - Возможность пальпаторного выявления увеличенного и болезненного желчного пузыря или перипузырного инфильтрата
 - Ранние повторные рвоты

Острый панкреатит

- Затрудняющие моменты
 - Необходимость преимущественно консервативного и интенсивного ведения больного
- Схожие признаки
 - Локализация болей в эпигастральной области
 - Раннее наблюдение рвоты
 - Невыраженность признаков раздражения брюшины в начале заболевания
- Дифференцирующие моменты
 - Повышение амилазы крови и диастазы мочи
 - Раннее развитие вздутия в эпигастрии
 - Многократные рвоты, провоцируемые приемом пищи, воды и т.д.
 - Опоясывающий характер болей, более интенсивные боли
 - Положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в левом реберно-позвоночном углу), Воскресенского

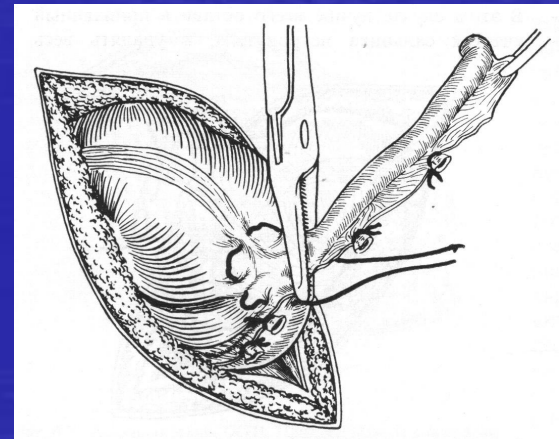
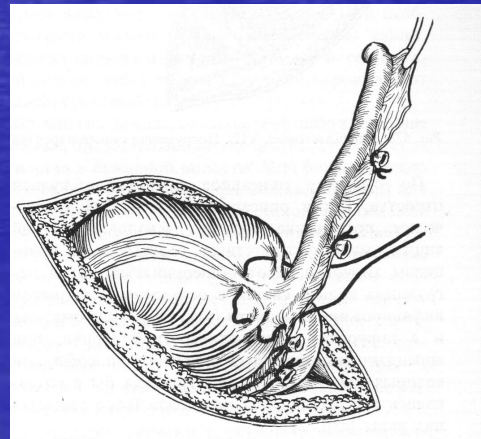
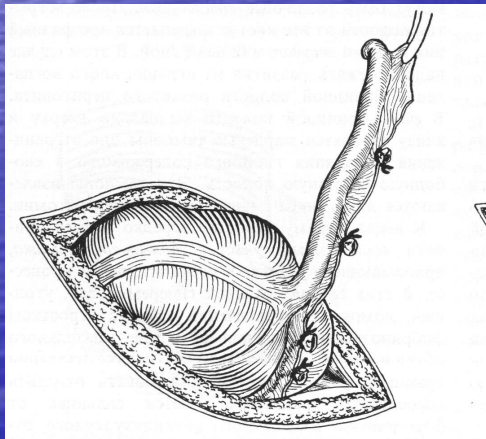
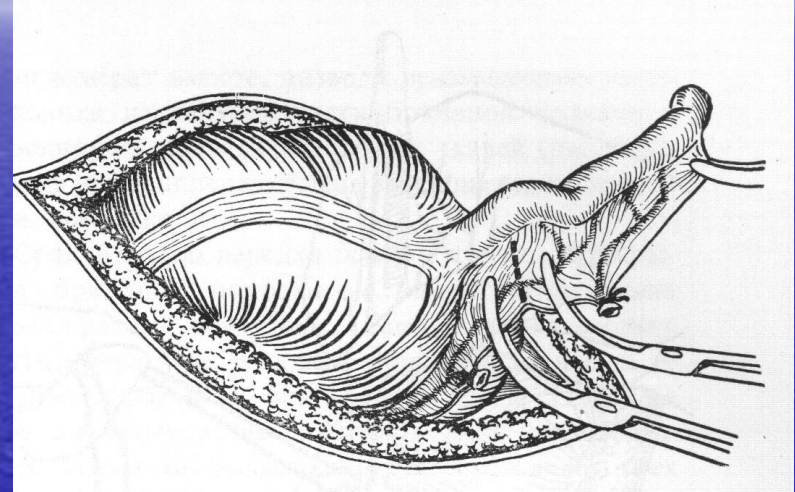
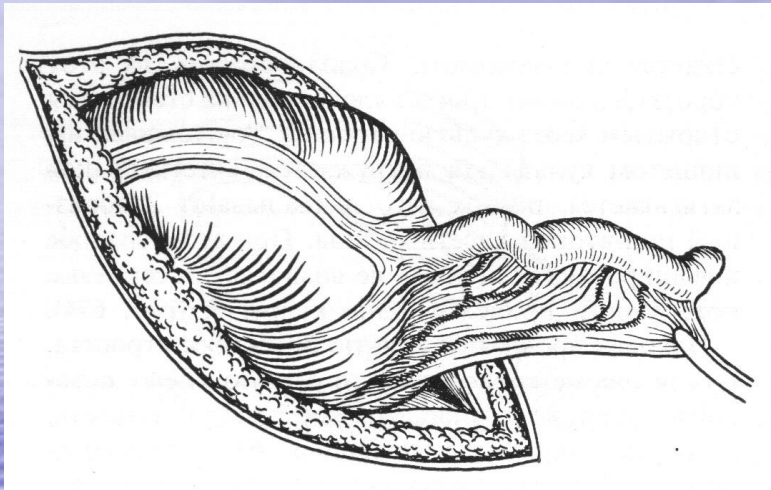
Тактика хирурга при сомнительном диагнозе острого аппендицита

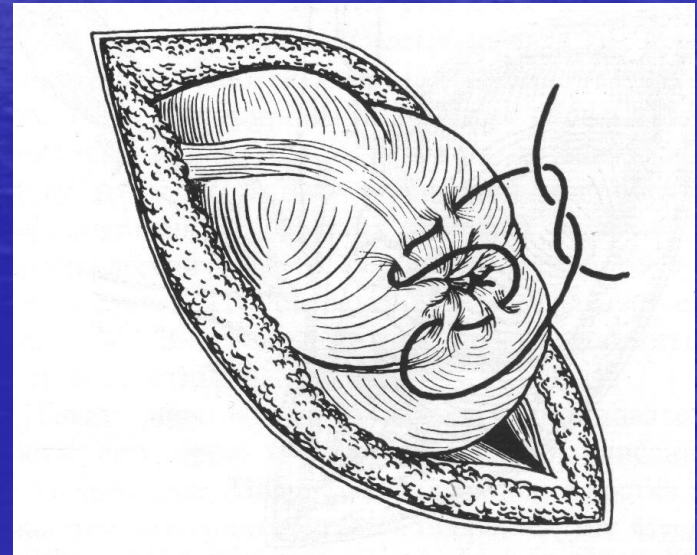
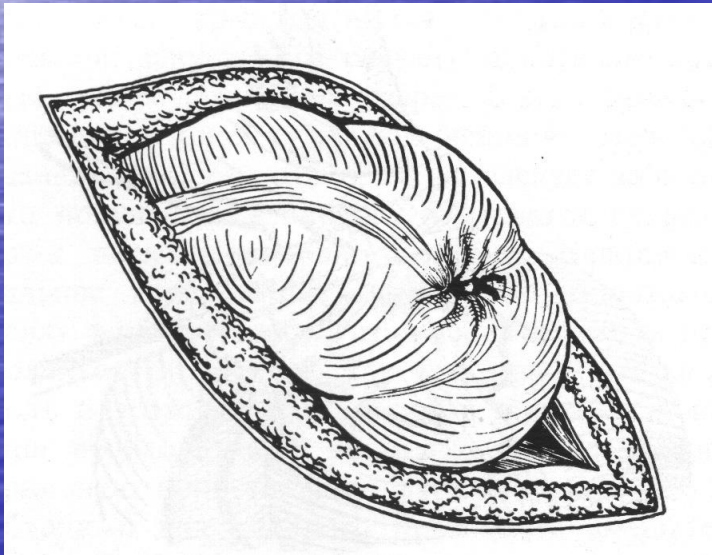
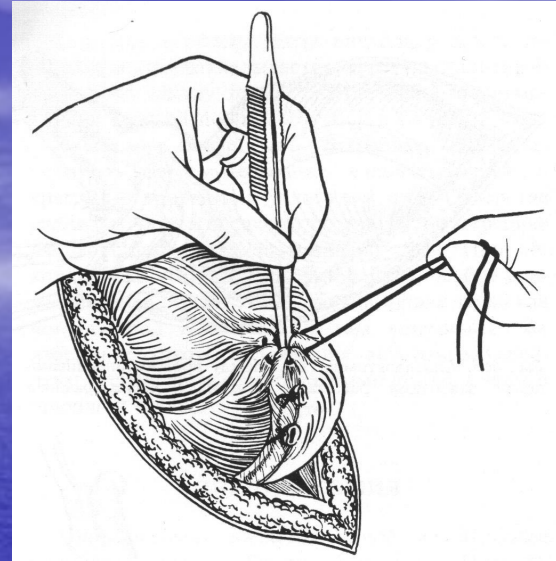
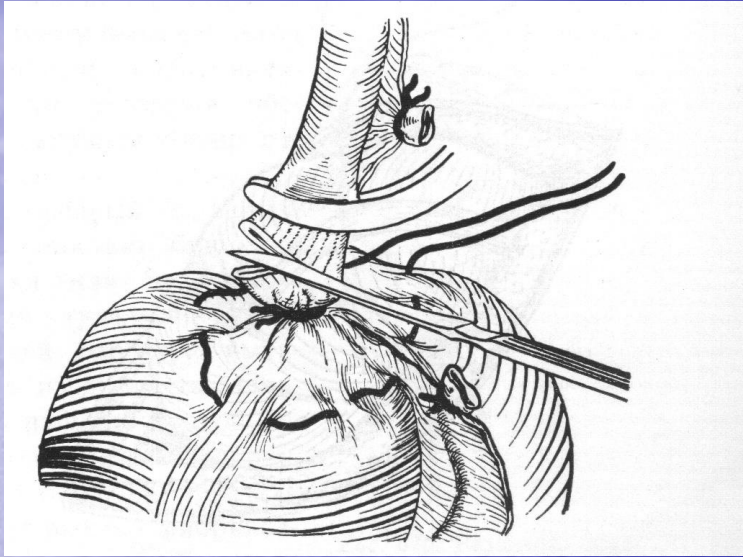
- Госпитализация в хирургический стационар и интенсивное наблюдение
- Обязательный осмотр пациентки гинекологом с проведением вагинального и(или) ректального исследований
- При дифференциации с заболеваниями, не требующими хирургического вмешательства, обязательное привлечение инструментальных исследований (УЗИ, лапароскопия, лапароцентез, пункция заднего свода влагалища).
- При невозможности исключить диагноз в течение ближайших 4-6 часов от госпитализации больной должен быть прооперирован (лечебно-диагностическая лапаротомия) – правило Коупса.

Аппендэктомия – единственный метод эффективного лечения аппендицита



Аппендэктомия – единственный метод эффективного лечения аппендицита





Ретроградная аппендэктомия



Спасибо за внимание!