

Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся болями в верхних отделах живота.

Доцент кафедры госпитальной хирургии ПМГМУ им. И.М. Сеченова  
Канадашвили Омари Владимирович

# Боль

- Боль – это субъективное ощущение, в формировании которого участвуют механические, физиологические и химические механизмы.
- Различают рецепторы боли, проводники и центральные механизмы интеграции боли.

# Боль

- Периферические болевые (ноницептивные) рецепторы воспринимают раздражения, которые в ретикулярной формации и таламусе мозга трансформируются в болевые ощущения.
- В коре головного мозга они принимают специфический характер и проецируются на области, откуда поступило раздражение, в том числе на животе.

# Боль

- В регуляции болевой чувствительности принимают участие опиатный, дофаминергический и серотонинергический механизмы эндогенной противоболевой (антиноцицептивной) системы.
- Влияние механизмов противоболевой системы на болевые ощущения можно наблюдать при перфорации язвы, когда возникает период мнимого благополучия.
- Уменьшение интенсивности болей связана с активацией антиноцицептивных механизмов. Несмотря на прогрессирование перитонита.

# Боль

- Различают:
  - Висцеральную
  - Соматическую
  - Висцеросоматическую

# Висцеральная боль

- Висцеральная боль исходит из органов брюшной полости, иннервируемых ветвями вегетативной нервной системы.
- Возникают при растяжение полых органов пищеварительного тракта, мочевой системы, оболочек паренхиматозных органов.
- Висцеральные боли воспринимается как диффузные, распространяющихся в стороны от средней линии живота.

# Висцеральная боль

- По характеру висцеральные боли могут быть:
  - Жжение – при воспалительных изменениях слизистой оболочки органов.
  - Спастические – при спазме мышц полого органа.
  - Схваткообразные (колики) – при усилении сокращений гладкой мускулатуры полого органа.

# Висцеральная боль

- Во время приступа живот напряжен, между приступами – мягкий.
- При пальпации болезненность неясно локализована, выраженная незначительно.

# Соматическая боль

- Соматические боли возникают при раздражение чувствительных волокон межреберных и диафрагмальных нервов, иннервирующих париетальную брюшину, брыжейки, малый сальник и диафрагмальную брюшину.
- Локализация соматических болей соответствует месту раздражения париетальной брюшины.

# Соматическая боль

- По характеру бывают – режущими, жгучими, постоянными.
- При перфорации полого органа и тромбоэмболии сосудов брюшной полости очень интенсивными.
- Больной избегает движений.
- При пальпации определяют зону болезненности, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины.

Заболевания вызывающие боли в верхней половине живота можно условно разделить на 3 группы:

1. Острые заболевания требующие экстренной операции;
2. Острые заболевания не требующие экстренной операции;
3. Нехирургические заболевания, протекающие под маской острого живота;

# Острые заболевания требующие экстренной операции

- Перфоративная язва желудка и 12п.к.;
- Острая кишечная непроходимость;
- Острый аппендицит;
- Механическая желтуха сопровождающееся холангитом;
- Тромбоз и эмболия сосудов брыжейки;
- Расслаивающаяся аневризма аорты;

# Острые заболевания не требующие экстренной операции

- Острый холецистит;
- Острый панкреатит;
- Острый мезентериальный лимфаденит:

## Нехирургические заболевания, протекающие под маской острого живота

- Почечная колика;
- Инфаркт миокарда;
- Плеврит и пневмония;
- Спонтанный пневмоторакс;
- Иерсиниоз;
- Печеночная порфирия;
- Сахарный диабет;
- Геморрагический васкулит;

# Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

- Перфорация язвы – возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или 12п.к. С выходом содержимого в свободную брюшную полость
- Частота перфорации - 3-30% по отношению ко всем больным ЯБ. Преимущественно наблюдается у мужчин и лишь у 1-3% женщин. Чаще осложняются язвы 12п.к. (70-75%).
- Перфорации чаще встречаются в осенне-весенний период.

# Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

## Классификация

1. Открытая перфорация в свободную брюшную полость ( до 90%)
2. Прикрытая перфорация, когда перфоративное отверстие прикрывается сальником, печенью, изнутри складкой слизистой или кусочком пищи (9%)
3. Атипичные формы перфорации в забрюшинную клетчатку, сальниковую сумку, малый сальник и т.д.

# Клиническая картина

- В клинической картине перфорации выделяют три фазы:
  1. Абдоминальный шок – длится 3-6 часов от момента перфорации;
  2. Период мнимого благополучия – через 6-8 часов
  3. Период диффузного перитонита – через 8-12 часов

# Клиническая картина период абдоминального шока

Основные признаки перфоративной язвы  
( триада Мондора ):

- Боль
- Мышечное напряжение
- Язвенный анамнез

## Клиническая картина период абдоминального шока

- Боль – чрезвычайно резкая постоянная «кинжальная», возникающая в эпигастральной области и в право подреберье.
- Излившееся содержимое желудка перемещается по правому латеральному каналу в правую подвздошную область, развивается диффузный перитонит.

# Клиническая картина период абдоминального шока

- Осмотр пациента:
- лицо бледное, выражает испуг, покрытое холодным потом
- положение вынужденное – лежа на спине или на правом боку с приведенными к животу ногами;
- Температура – нормальная;
- ЧСС -50-80 уд.в мин. АД – снижено;
- Дыхание грудное, поверхностное, учащенное;

# Клиническая картина период абдоминального шока

- Живот втянут, имеет ладьевидную форму из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки. Этот симптом наблюдается у 90-95% больных;
- Перкуторно и пальпаторно живот резко болезненный особенно в эпигастральной области. Пальпаторно -резко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки («доскообразный живот»), положителен симптом Щеткина –Блумберга . Положителен симптом Спигарного – исчезновение печеночной тупости над печенью, определяется тимпанит.

## Клиническая картина период абдоминального шока

- При аускультации перистальтические шумы отчетливо выслушиваются или несколько ослаблены;
- При пальцевом исследовании прямой кишки при затекании жидкости в малый таз выявляется болезненность тазовой брюшины;

# Клиническая картина период мнимого благополучия

- Этот период наступает через 6 часов от начала заболевания.
- Осмотр пациента:
- Лицо имеет обычную окраску, нередко эйфоричен, отмечает улучшение самочувствия, уменьшение болей в животе;
- Однако начинают нарастать клинические признаки развивающегося перитонита, признаки ССРВ:
- Т – субфебрильная;
- ЧСС умеренно учащена (80-90 м мин), АД нормальное. Дыхание учащено. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Нарастают явления пареза кишечника. Лейкоцитоз, возможен сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

# Клиническая картина период диффузного перитонита

Период диффузного перитонита наступает через –12 часов.

Проявляются все признаки ССРВ.

- Состояние больного тяжелое. Вследствие обезвоживания и интоксикации *Facies Hurocratica* как симптом перитонита.
- Т – 38-40 С., а иногда понижена;
- Пульс – 110-120 в мин, слабого наполнения, АД снижено;
- Дыхание частое, поверхностное;

# Клиническая картина период диффузного перитонита

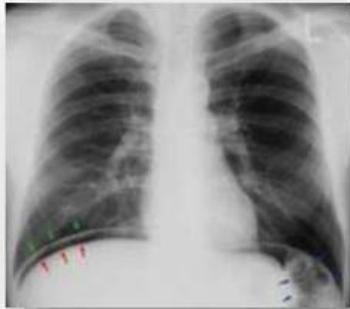
- Кожные покровы и язык и слизистые оболочки ротовой полости сухие:
- Живот вздут, болезненный при перкуссии и пальпации, перитониальные симптомы резко положительны, перистальтика не выслушивается, свободная жидкость в брюшной полости;
- Паралитическая непроходимость;
- Многократная рвота;

# Клиническая картина период диффузного перитонита

- Снижение диуреза (олигурия, анурия т.е. преренальная почечная недостаточность) вследствие обезвоживания, снижения ОЦК;
- Лабораторные исследования:
  - ✓ Высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение показателей Нв, Нст.
  - ✓ Биохимический анализ крови – повышение показателей креатинина и мочевины, гиперкалиемия, метаболический ацидоз.

# Диагностика Рентгенография

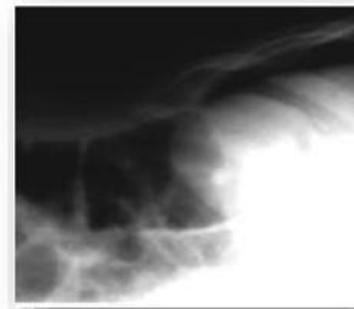
свободный газ в брюшной полости.  
диагностическая точность до 80%.



В положении стоя



В положении лежа на  
спине определяется  
только при большом  
скоплении газа



В положении  
латеропозиции

# Диагностика

## Компьютерная томография

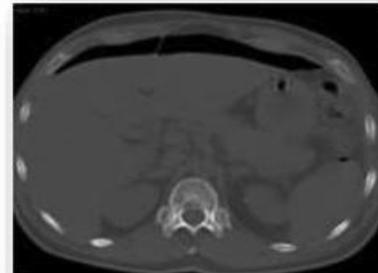
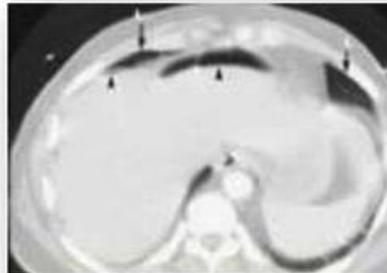
### Компьютерная томография

свободный газ в брюшной полости

жидкость в брюшной полости

дефект стенки полого органа

диф.диагноз с другими острыми заболеваниями

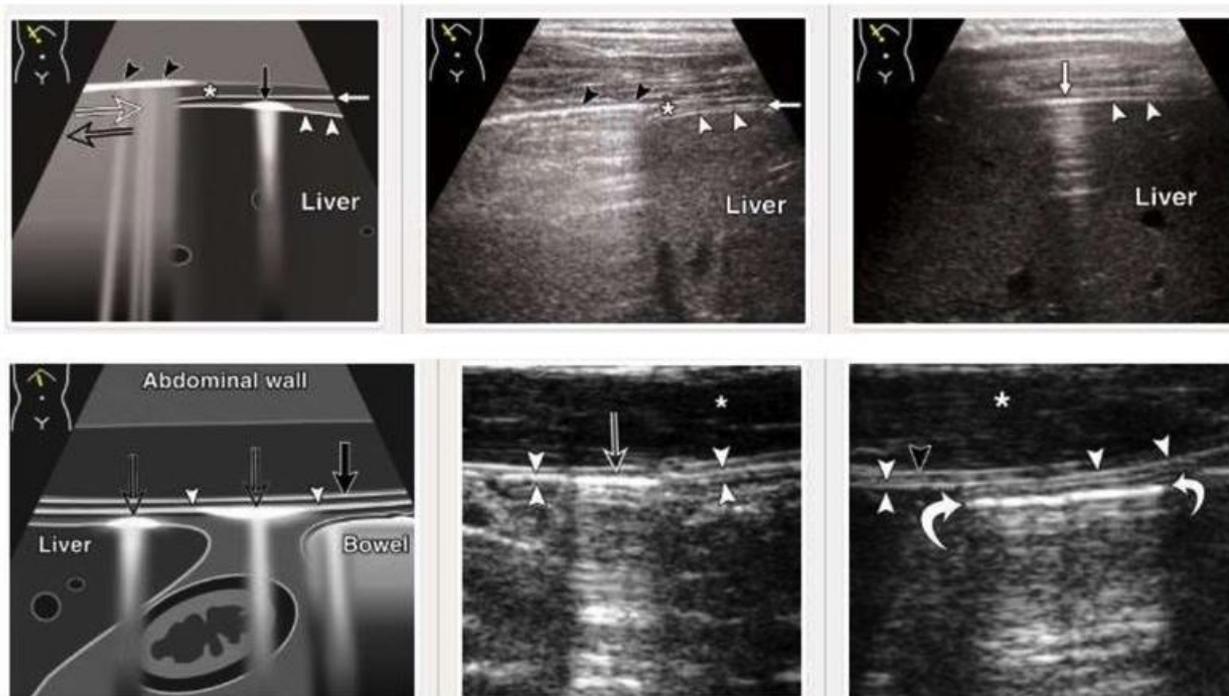


диагностическая точность до 98%.

# Диагностика УЗИ

## УЗИ

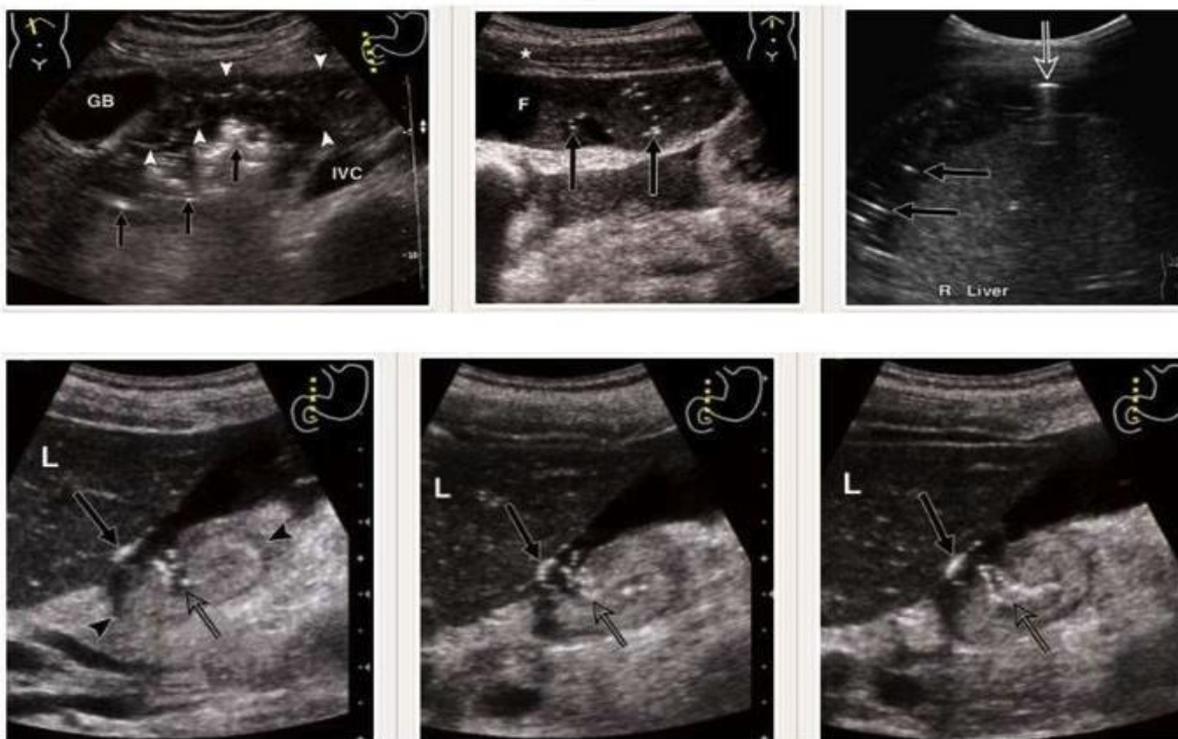
Свободный газ 75%



# Диагностика УЗИ

## УЗИ

Свободная жидкость 95%



# Диагностика ЭГДС

## ЭГДС

Позволяет установить наличие прободной язвы в 90% случаев.

Показана при отсутствии симптомов перитонита и при подозрении на прикрытую перфорацию.

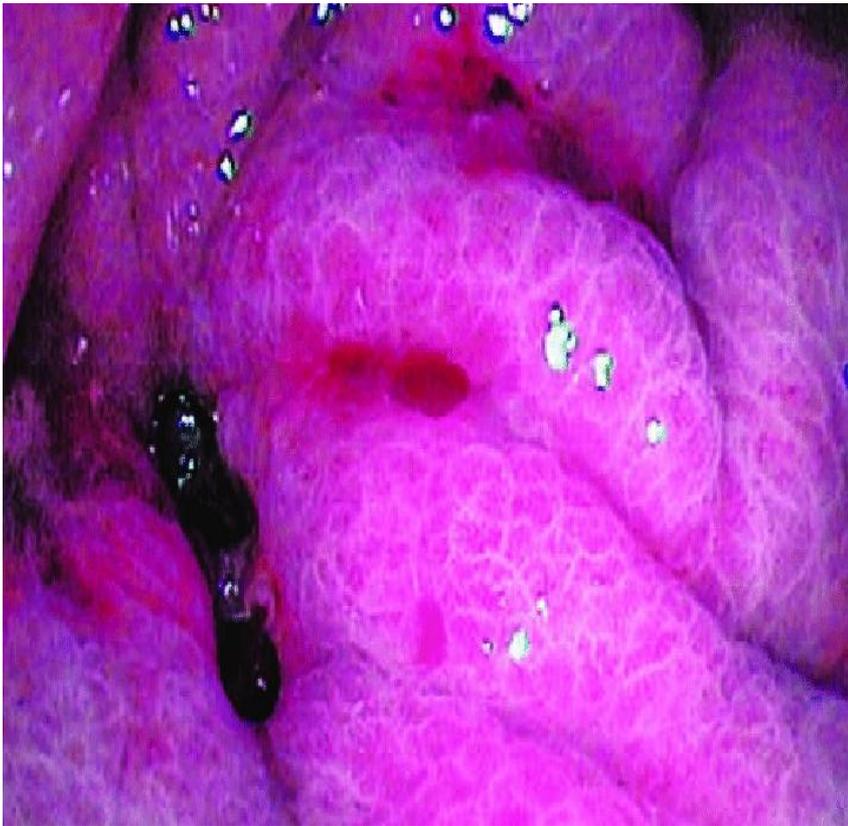
ЭГДС после проведения рентгенографии, УЗИ, КТ

# Диагностика ЭГДС

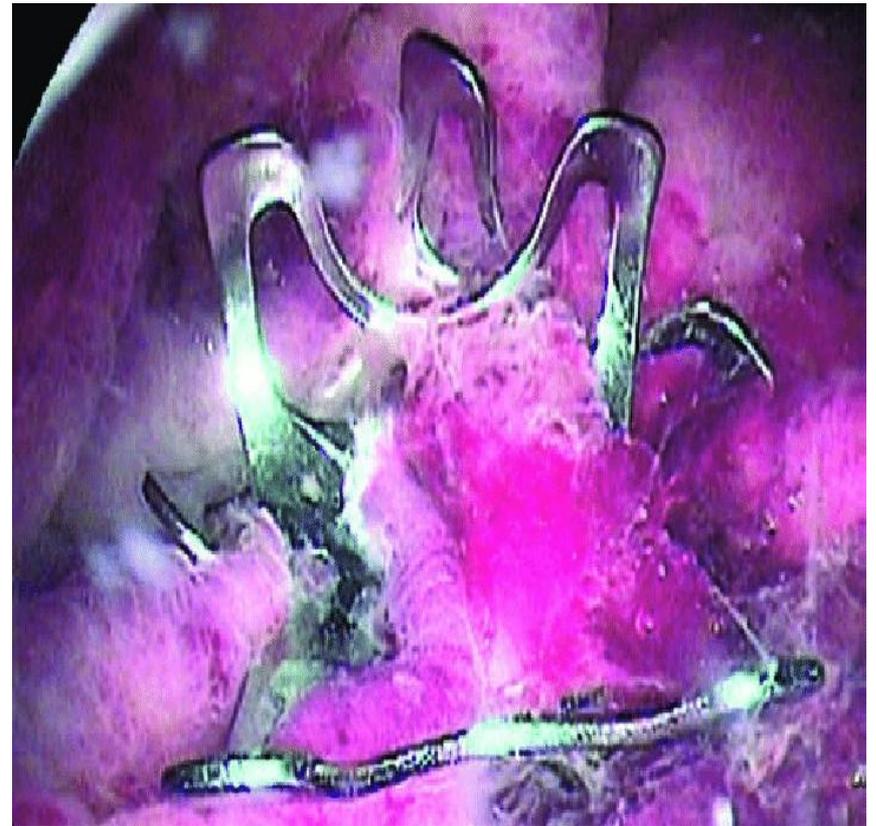


# Диагностика ЭГДС

Перфорация на задней стенке  
тела желудка



Два зажима закрывают место  
перфорации



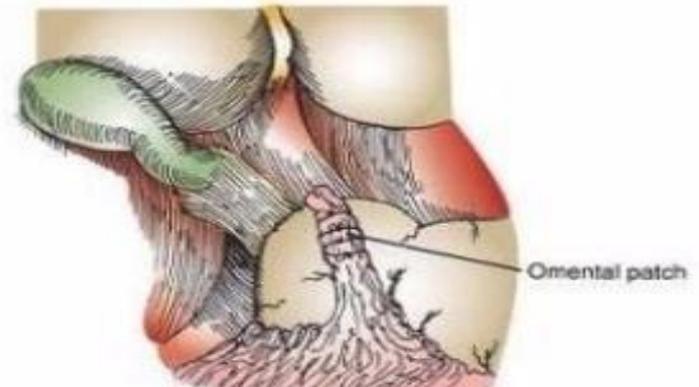
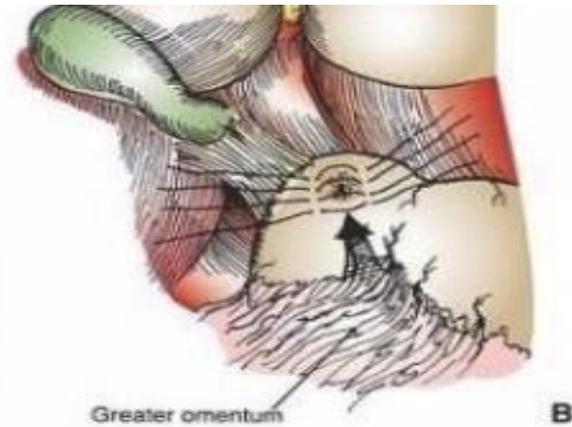
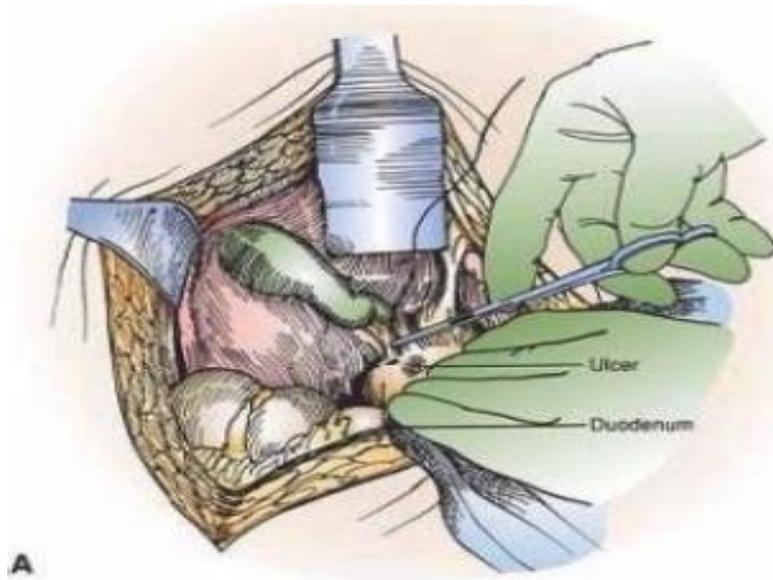
# Лечение

- Перфорация язвы – абсолютное показание к экстренной операции.
- Виды хирургических вмешательств:
  1. Ушивание язвы ( ульцерорафия );
  2. Ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой;
  3. Дистальная экономная ( антрумэктомия ) резекция желудка со стволовой ваготомией;
  4. Консервативное лечение по Тейлору;

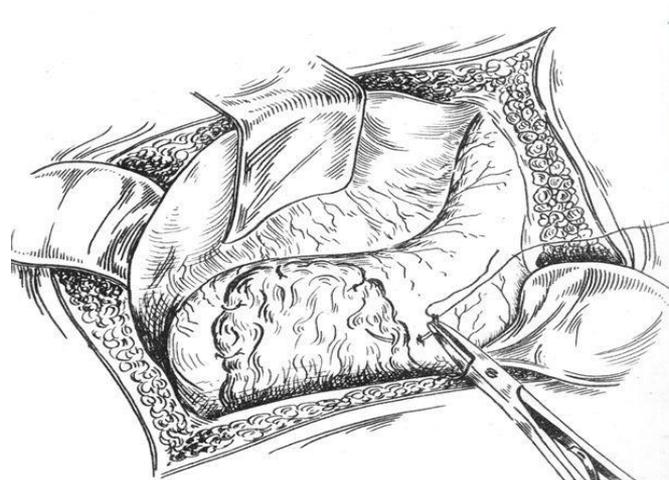
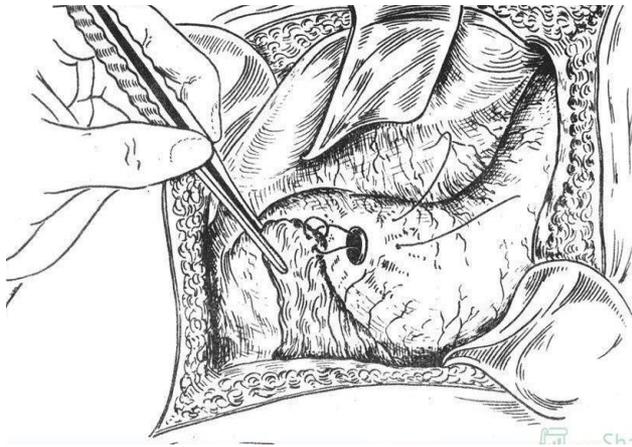
# Лечение

- Ушивание язвы выполняется:
  - при распространенном перитоните, высоком операционном риске (возраст, тяжелые сопутствующие заболевания);
  - При перфорации стрессовых и лекарственных язв.
  - При ушивании хронических язв - до 70% пациентов наступает рецидив заболевания. Именно поэтому целесообразнее выполнять ваготомию или резекцию желудка. Однако эти более продолжительные операции следует проводить соответствующем состоянии больного и квалификации хирурга;

# Ушивание перфоративной язвы



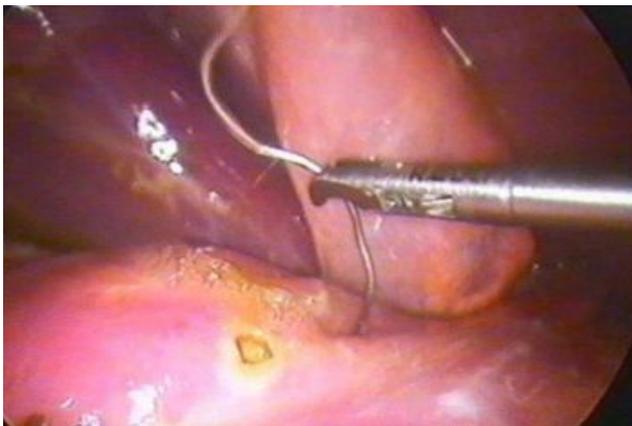
# Ушивание по Оппелю-Поликарпову



# Лапароскопическое ушивание

## Показания:

1. Локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.
2. Небольшие размеры язвенного дефекта.



# Лапароскопическое ушивание

Противопоказания:

1. Труднодоступная локализация язвы.
2. Большой диаметр прободного отверстия.
3. Подозрение на малигнизацию язвы.
4. Каллезная язва.
5. Перифокальное воспаление стенки органа до 10 мм.
6. Вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис.
7. Наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума .

# Лечение

- Ваготомия с дренирующей желудок операцией – малотравматичная операция с адекватно снижающая желудочную секрецию. Излечение 90% и более;
- Отдают предпочтение СВ с иссечением язвы и пилоропластикой ( Гейнеке-Микуличу);
- Ее выполняют при локализации язвы на передней стенке луковицы 12п.к. и пилорического отдела желудка;
- При отсутствии большого инфильтрата и грубой рубцовой деформации выходного отдела желудка;

# Лечение

- Дистальная резекция желудка (антрумэктомия) со СВ показана:
- при перфорации хронической язвы желудка при отсутствии перитонита и повышенного операционного риска.
- При язвенной болезни желудка II типа (по Джонсону)

# Консервативное лечение по Тейлору

- Консервативное лечение проводится в крайних случаях, когда нет условий для проведения операции.
- В желудок вводится зонд и каждые 15-30 мин или постоянно производят аспирацию, проводят антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия, голод.
- Процент неудач – высок.

# Острая механическая кишечная непроходимость.

## Клиническая картина

- Ведущими симптомами острой механической кишечной непроходимости являются:
- Схваткообразные боли
- Рвота
- Усиление перистальтики
- Задержка стула и газов

# БОЛЬ

- Начинается внезапно, часто без видимых причин. При обтурационной непроходимости боли носят схваткообразный характер. Между периодами схваток они утихают и на короткое время (2-3мин) могут полностью исчезнуть. При странгуляционной непроходимости боли бывают чрезвычайно интенсивные, носят постоянный острый характер, усиливаясь до нестерпимых в период бурной перистальтики.

# РВОТА

- Рвота возникает у большинства больных у 70%.
- При высокой непроходимости она бывает многократной и не приносит облегчения.
- При низкой – редкая и в раннем периоде может отсутствовать.
- При прогрессировании заболевания рвотные массы имеют каловый запах вследствие гнилостного разложения в приводящей петле кишечника.

# Задержка стула и газов

- Важный, но не абсолютно достоверный симптом непроходимости.

При низкой кишечной непроходимости стула обычно не бывает.

При высокой непроходимости в первые часы стул может быть самостоятельным и газы могут частично отходить.



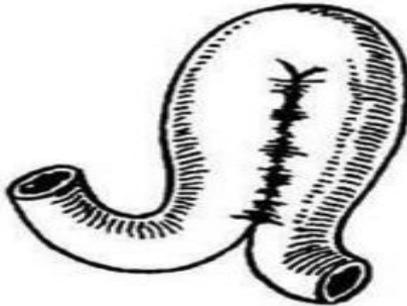
1. Обтурация опухолью



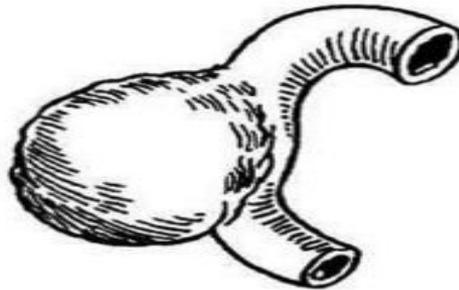
2. Обтурация клубком аскарид



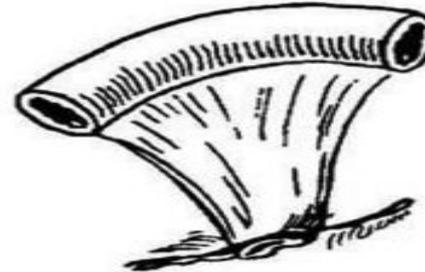
3. Обтурация желчным камнем



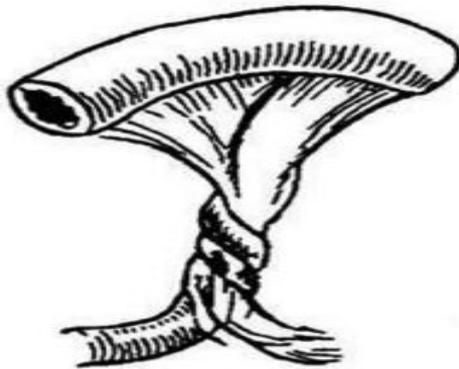
4. Перегиб кишки спайками в виде двустоволки



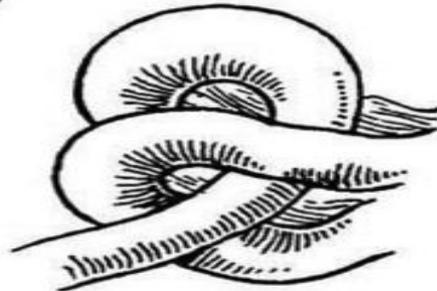
5. Сдавление и перегиб кишки воспалительным очагом (гнойником)



6. «Удавка» брыжейки кишки спайками



7. Заворот кишки и брыжейки



8. Кишечный узел



9. Инвагинация кишки

# Осмотр больного

Общее состояние у большинства больных тяжелое. Они беспокойны.

Температура тела в начале заболевания нормальная. При осложнении перитонитом температура повышается до 38-40 С и сопровождается тахикардией и гипотонией.

Язык чаще сухой, покрыт желтым налетом.

# ЖИВОТ

- Вздутие живота – один из частых признаков острой кишечной непроходимости.

Однако при высокой кишечной непроходимости вздутие живота может отсутствовать.

При непроходимости нижних отделов тонкой кишки отмечают симметричное вздутие живота. Асимметрия живота наблюдается при толстокишечной непроходимости.

- При поверхностной пальпации живот обычно не напряжен. В поздние сроки при сильном растяжении кишечника определяется резистентность, а при развитии перитонита напряжение передней брюшной стенки.
- При глубокой пальпации отмечается болезненность в месте расположения кишечных петель повергшихся странгуляции.
- **Симптом Валя** – пальпирование фиксированной и растянутой в виде баллона петли кишки. При перкуссии над которой слышен тимпанический звук с металлическим оттенком – **симптом Кивуля**.

- В первые часы заболевания при аускультации определяется усиление перистальтических шумов.

**Симптом Склярова** – шум плеска при незначительном сотрясении брюшной стенки.

При прогрессировании заболевания (странгуляционная непроходимость) вследствие некроза кишки и перитонита шумы ослабевают и исчезают – **симптом «гробовой тишины»**.

**Симптом Обуховской больницы** – ослабление тонуса сфинктера прямой кишки, зияние заднего прохода и баллонообразное расширение ампулы прямой кишки. Данный симптом встречается при низкой толстокишечной непроходимости.

# Инструментальные методы обследования

- Обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости
- Компьютерная томография с двойным контрастированием
- Колоноскопия при отсутствии признаков странгуляции и перитонита.
- Интенстинография
- Ирригоскопия

# Рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости

- Скопление газа над горизонтальным уровнем жидкости имеют характерный вид перевернутых чаш – симптом чаши Клойбера.
- Дугообразно или вертикально расположенные петли тонкой кишки раздутые газом – симптом органных труб.

- В случае тонкокишечной непроходимости чаши Клойбера имеют небольшие размеры, горизонтальные уровни жидкости ровные, на фоне газа видны круговые складки слизистой оболочки в виде растянутой спирали ( складки Керкрина).
- При толстокишечной непроходимости вертикальные размеры чаш Клойбера преобладают над горизонтальными. На фоне газа видны циркулярные выпячивания стенки ободочной кишки – гаустры, уровни жидкости из-за содержимого толстой кишки не имеют ровной поверхности.

# Симптом Кейси



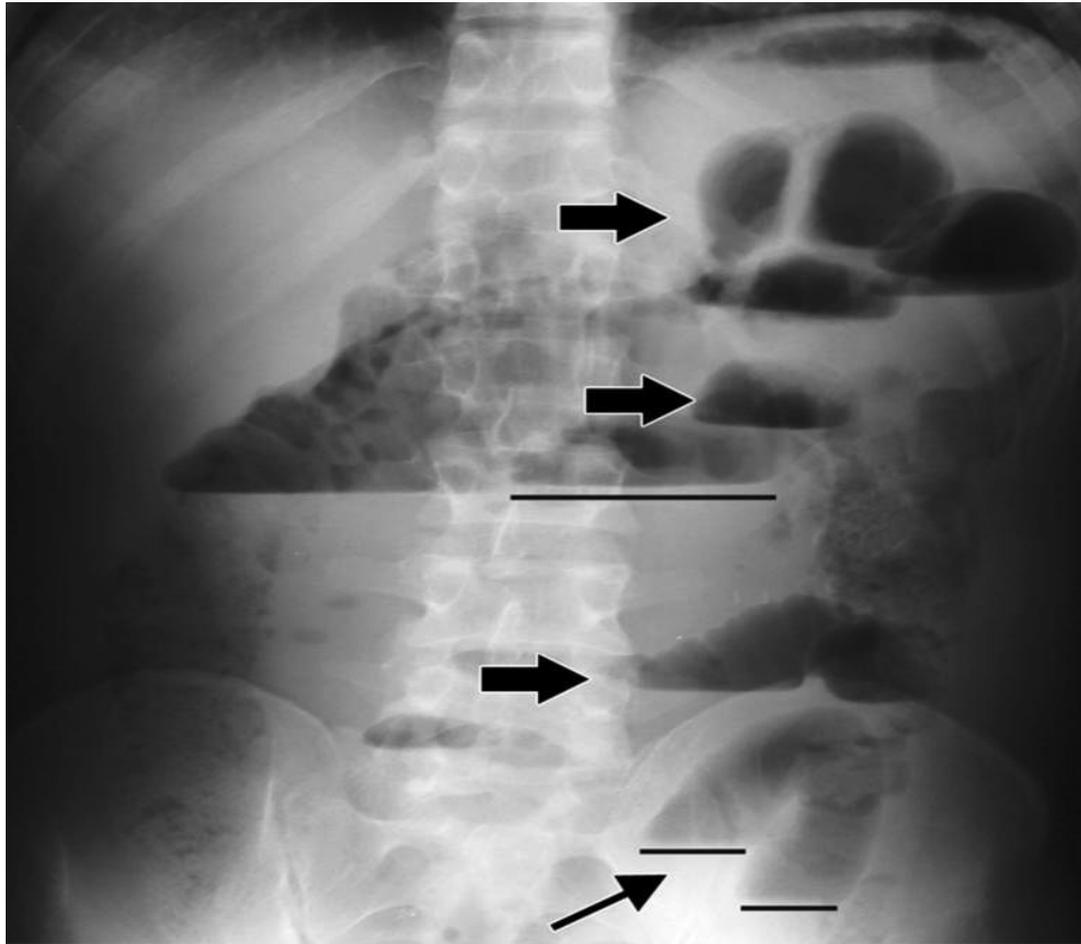
# Тонкокишечная непроходимость



# Толстокишечная непроходимость



# Толстокишечная непроходимость



# Интенстинография



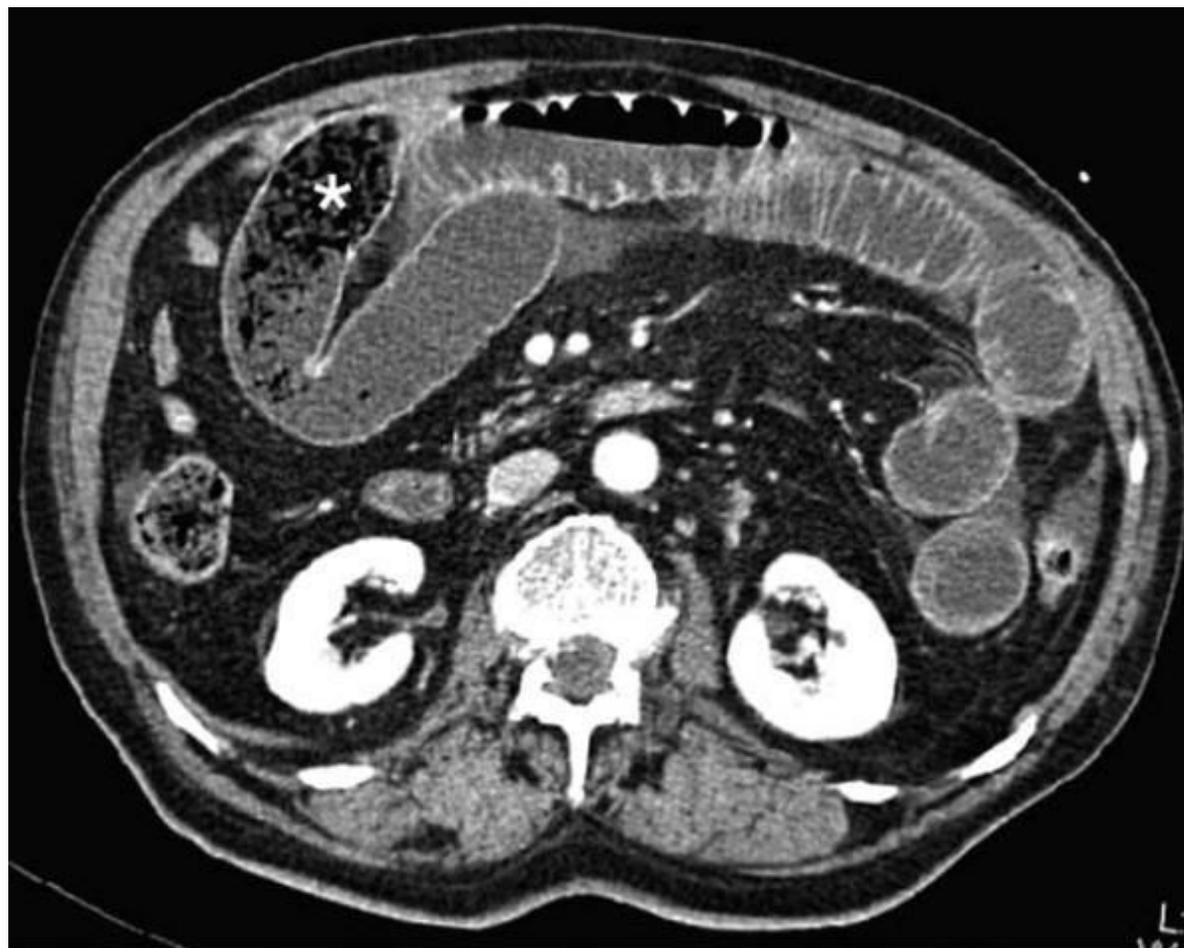
# Спаечная тонкокишечная непроходимость



# Спаечная тонкокишечная непроходимость



# Обструкция просвета фитобезоаром



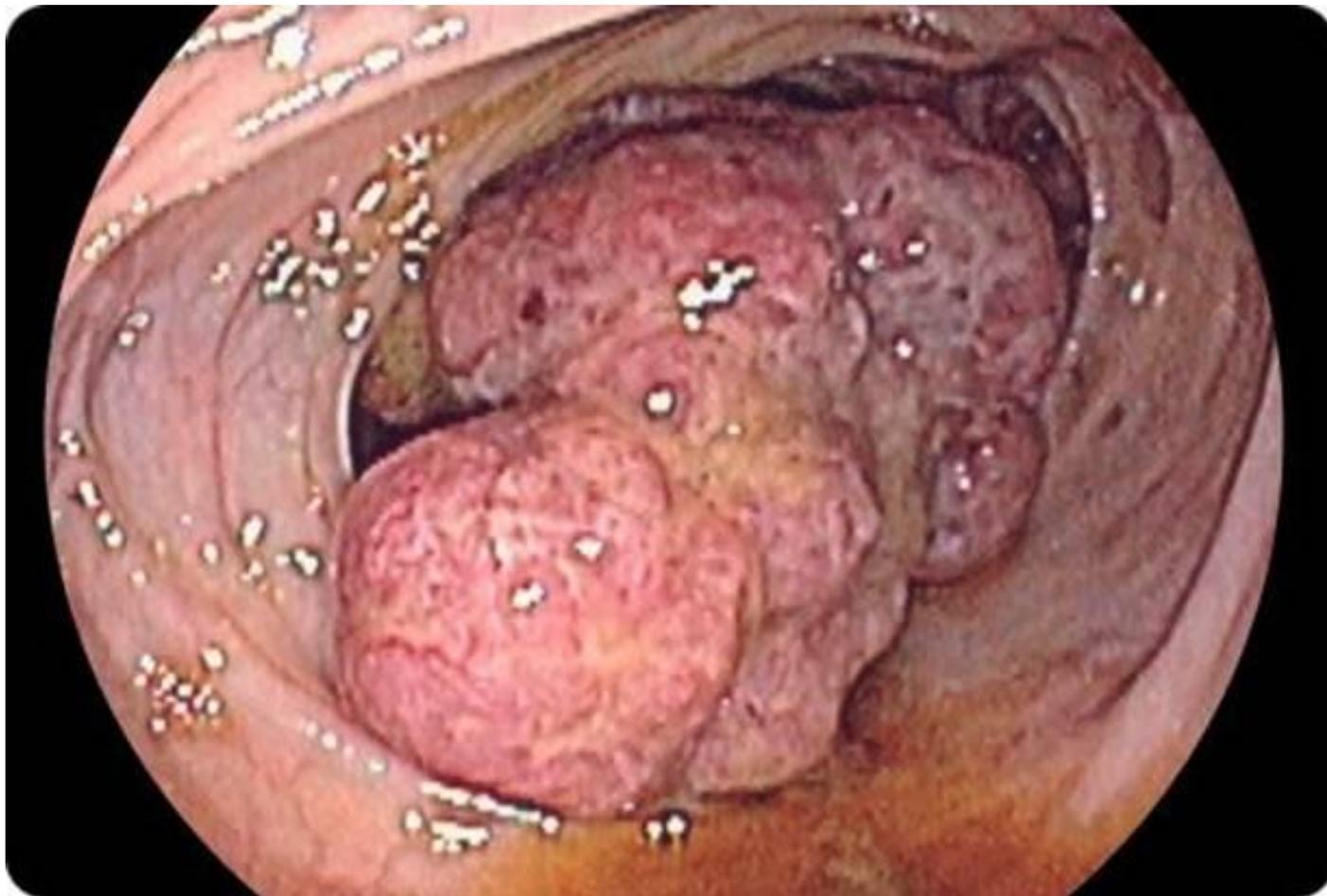
Пример странгуляционной непроходимости с  
характерным изменением в брыжейке,  
утолщение стенок кишки и нарушение  
контрастного усиления



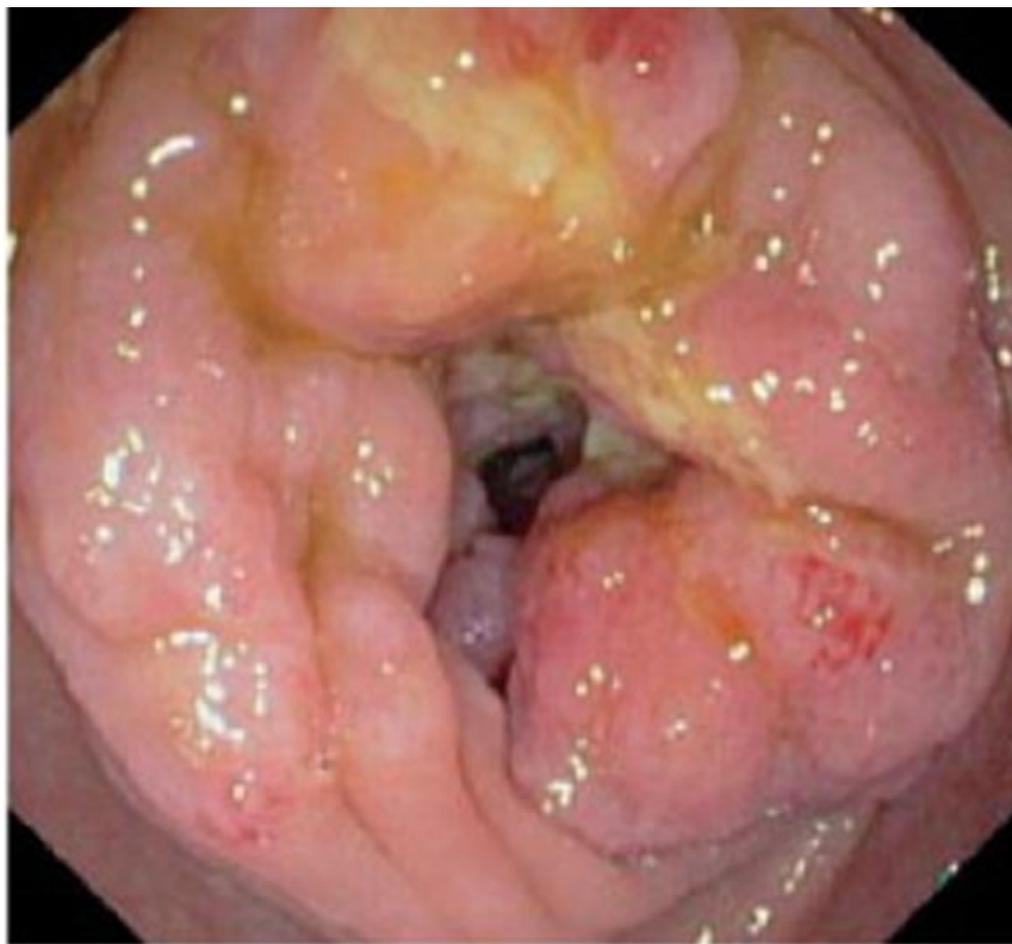
# Закручивание сосуда при завороте.



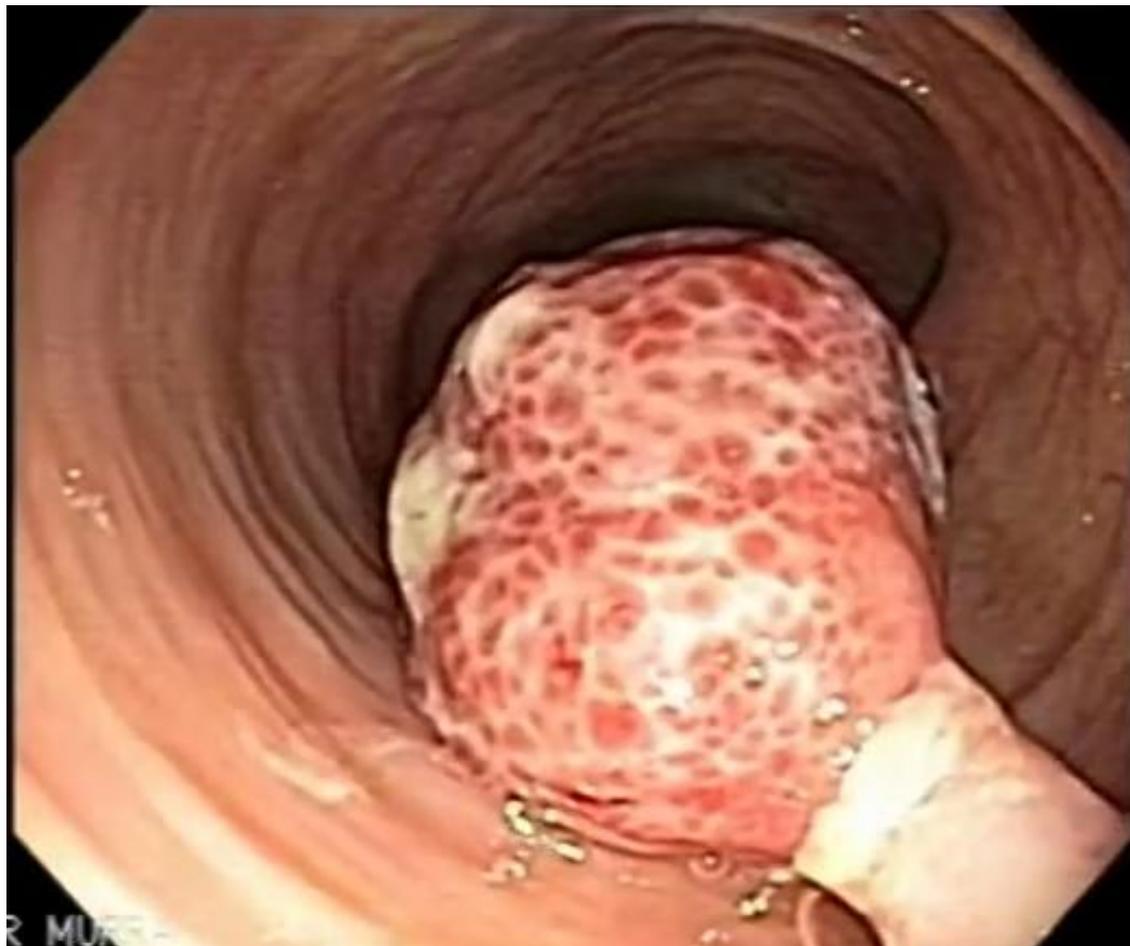
# Колоноскопия. Опухоль толстой кишки.



# Опухоль толстой кишки



# Опухоль толстой кишки



# Лечение

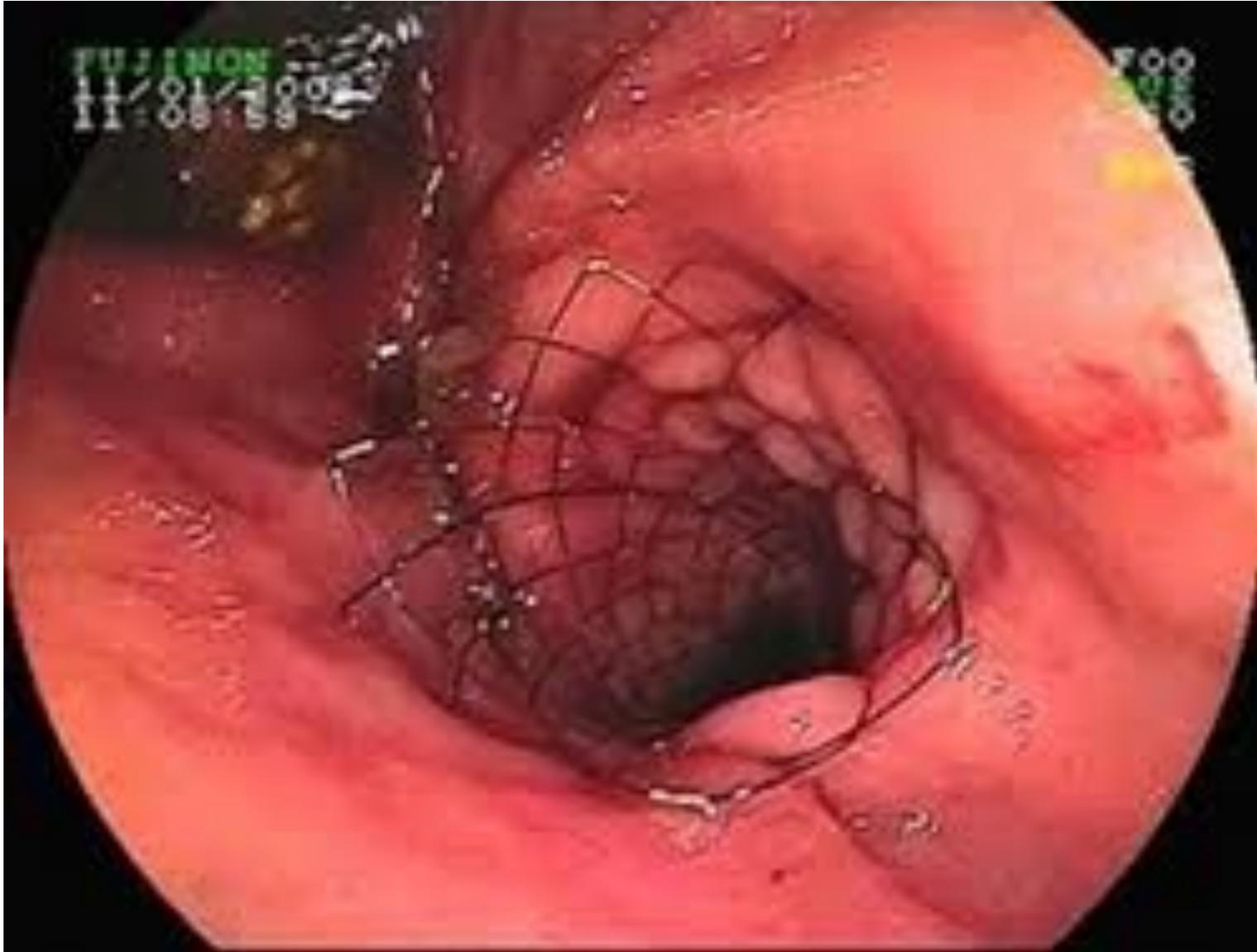
- Показанием к экстренной операции является странгуляционная кишечная непроходимость, перитонит. Вмешательство проводится в течении 2-х часов от момента поступления в стационар.
- При запущенной стадии ОКН с тяжелыми водно-электролитными нарушениями и большими сроками от начала заболевания (более 36 часов), целесообразно экстренное оперативное вмешательство, с проведением предоперационной подготовки не более 4 часов.

## Предоперационная подготовка

- Тотчас при поступлении больного устанавливают: желудочный зонд, катетер в центральную вену и в мочевого пузырь.
- Инфузионная терапия направленная на коррекцию водно-электролитного, кислотно-щелочного баланса.
- В процессе подготовки к операции необходимо введение антибиотиков широкого спектра действия.

# Консервативное лечение

- При низкой обтурационной кишечной непроходимости, на ранних стадиях можно использовать консервативное лечение не более 2 часов:
- Постоянная аспирация желудочного и кишечного содержимого
- Сифонная клизма
- Колоноскопия



# Хирургическое лечение

- Под комбинированным эндотрахиальным наркозом выполняют широкую срединную лапаротомию.
- Место препятствия в кишке определяют по состоянию кишечных петель: выше места непроходимости кишка раздута, а ниже в спавшемся состоянии. Для облегчения ревизии выполняют декомпрессию кишечника двухпросветным назоинтестинальным зондом.

# Разновидности хирургического вмешательства.

- Рассечение рубцовых тяжей (спаек), которые сдавили или ущемили кишку.
- Резекция кишки при опухолевом ее поражении.
- Расправление заворота или узла при странгуляции.
- Энтеротомия при инородных телах в просвете.
- Дезинвагинацию
- Колостомию или наложение противоестественного заднего прохода при неоперабельных опухолях.
- Обходные межкишечные анастомозы.

# Правило выполнения резекции кишки.

- Резекцию обязательно проводят в пределах здоровых тканей: линия пересечения кишки в проксимальном направлении должна быть проведена не менее 40-60см от места препятствия, а дистальном – на расстоянии 10-15см от него. После резекции тонкой кишки операцию заканчивают наложением межкишечного анастомоза.

- Это правило не относится к толстой кишке.
- Только при правосторонней локализации опухоли, у молодых больных при незапущенной ОКН допустима правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза.
- В остальных случаях целесообразны двухмоментные операции – резекция кишки несущей опухоль, с формированием колостомы, второй этап – наложение анастомоза между приводящей и отводящей петлями.

# Острый аппендицит

## Клиническая картина и диагностика.

- Для острого аппендицита характерна определенная последовательность в появлении симптомов:
- боль в эпигастрии или околопупочной области
- анорексия, тошнота, рвота
- локальная болезненность и защитное напряжение мышц при пальпации в правой подвздошной области
- повышение температуры тела

# Объективное обследование

## Симптомы

- Ситковского – появление или усиление боли в правом нижнем квадранте при повороте на левый бок
- Раздольского – перкуссия в правом нижнем квадранте вызывает резкую болезненность
- Воскресенского – при скольжении рукой по брюшной стенке через рубашку в направлении от эпигастрия к лонной области выявляется кожная гиперестезия в правой подвздошной области.
- Кушнеренко – при кашле появление или усиление боли в правой подвздошной области
- Симптомы Ровзинга, Бартомье, Образцова, Щеткина-Блюмберга.

# Лабораторные и инструментальные исследования

- Лейкоцитоз более  $10 \times 10^9 / \text{л}$
- Сдвиг лейкоцитарной формулы влево  
нейтрофилия более 75%
- Рентгеноскопия брюшной полости –  
косвенный признак симптом  
«сторожащей петли», при перфорации  
иногда обнаруживается газ в свободной  
брюшной полости.

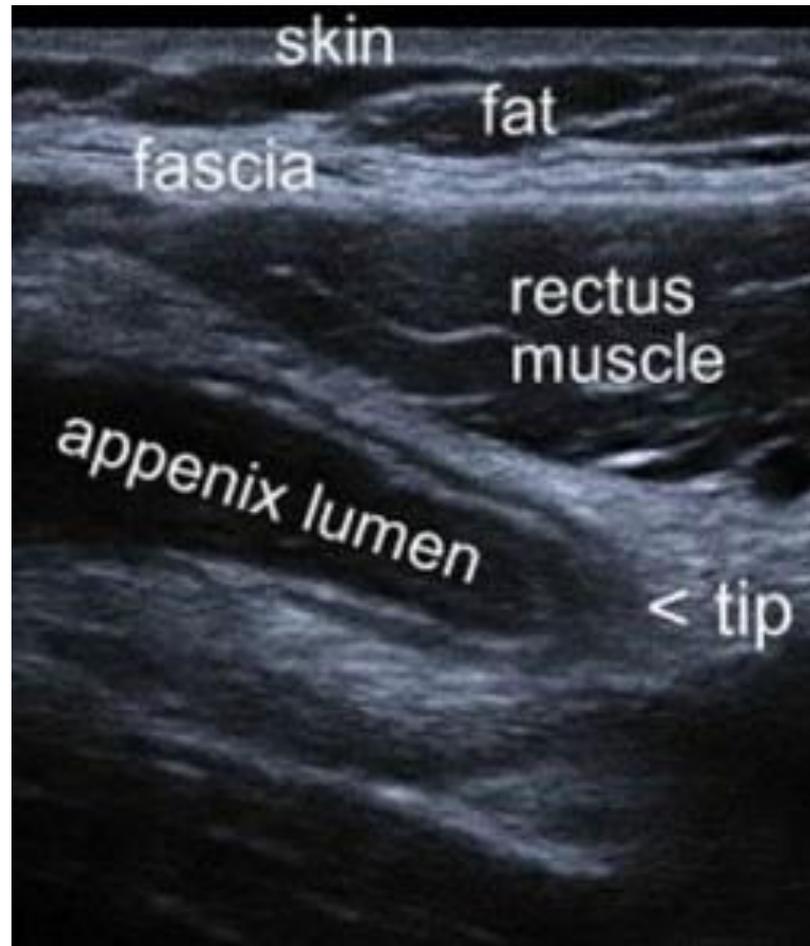
# Рентгенография брюшной полости



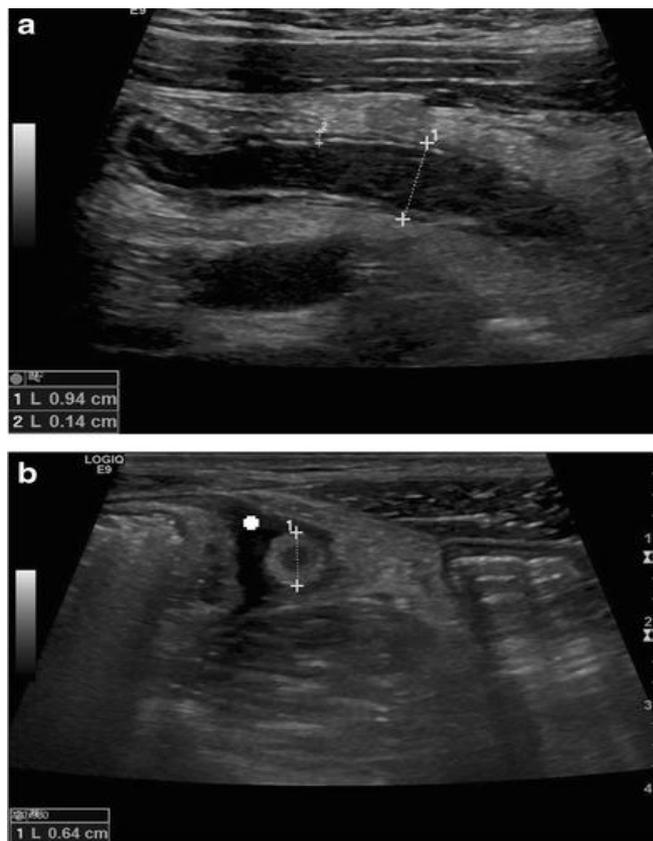
# УЗИ

- Более чем у 90% больных идентифицируется острый аппендицит.
- Прямые признаки: увеличение диаметра до 8-10мм и более ( в норме-4-6мм )
- Утолщением стенок до 4-6мм и более ( в норме 2мм ), что в поперечном сечении дает характерный симптом «мишени» («кокарды»)
- Косвенные признаки: ригидность подвижности отростка, изменение его формы (крючковидная, S-образная), наличие феколитов в полости, нарушение слоистости стенки, инфильтрация брыжейки, скопление жидкости в брюшной полости

# УЗИ



Продольное (а) и поперечное (б) УЗИ в реальном времени острого аппендицита с утолщением стенки (кресты 2), мишенью-знаком, диаметром > 6 мм (кресты 1) и свободной жидкостью, окружающей аппендикс (+)



# Лапароскопические признаки

- Прямые признаки: видимые изменения отростка, ригидность стенок, гиперемия висцеральной брюшины, мелкоточечные кровоизлияния на серозном покрове, наложения фибрина, инфильтрация брыжейки.
- Непрямые признаки: мутный выпот в брюшной полости, гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация стенки слепой кишки.

# Острый катаральный

аппендицит



# Острый флегмонозный

аппендицит



# Острый гангренозный аппендицит



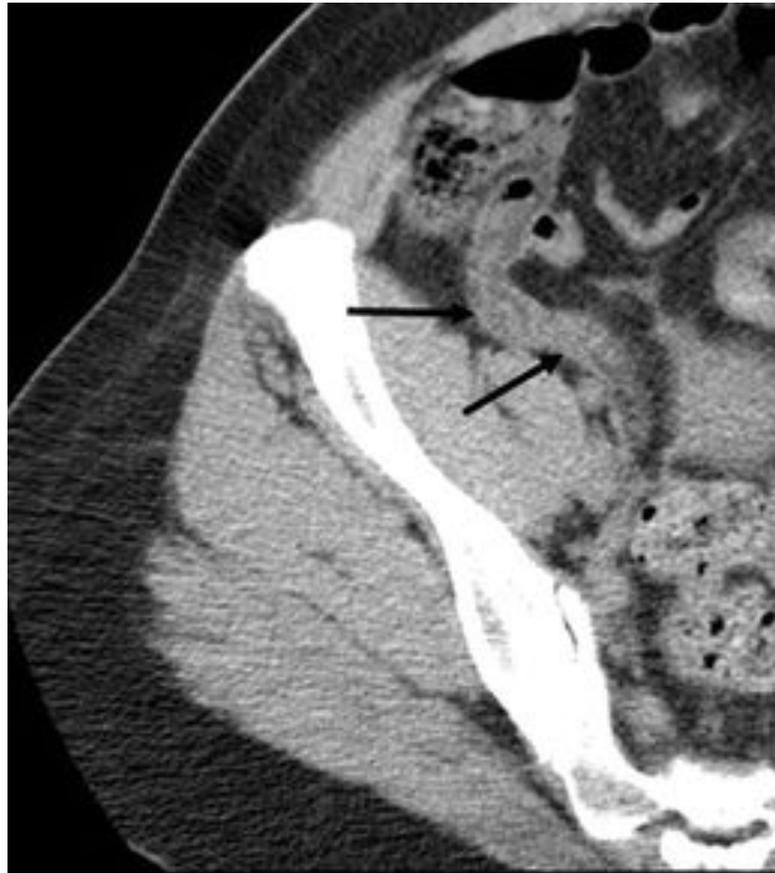
# КТ

- КТ обладает высокой разрешающей способностью не только в диагностике острого аппендицита, но и других заболеваниях, сопровождаемых синдромом острого живота.
- К КТ прибегают при осложненном аппендиците с целью дифф. диагностики аппендикулярного инфильтрата и опухоли слепой кишки, поиска абсцессов.
- Но имеет более высокую стоимость(чем УЗИ), сопряжена с высокой лучевой нагрузкой (противопоказано беременным), возможно развитие аллергической реакции при в/в введение контраста.

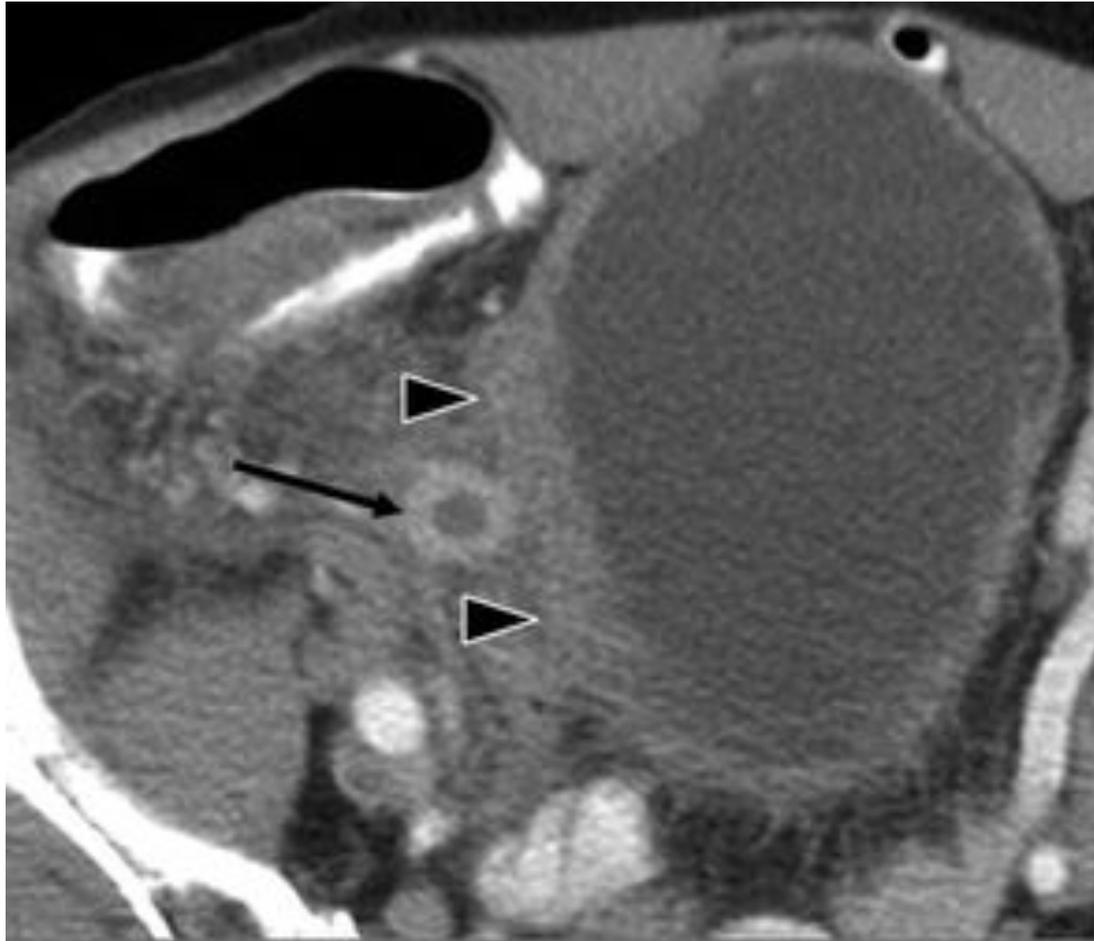
КТ после перорального введения контраста у 32-летней женщины с нормальным аппендиксом. Обратите внимание на нормальное приложение с внутрипросветным энтеросолюбильным контрастным веществом и газом (стрелки). Стенка аппендикса почти незаметна.



38-летний мужчина с ранним, острым аппендицитом. Усовершенствованная компьютерная томография показывает воспаленный отросток размером 10 мм в поперечном диаметре (стрелки). Обратите внимание на низкий затухающий отек в подслизистом слое червеобразного отростка. Никаких аппендиколитов, свободного воздуха, смежного сбора жидкости или жировых отложений не видно. Операция подтвердила ранний, неперфорированный аппендицит.



27-летняя женщина с острым аппендицитом. На осевом КТ-изображении после в/в и перорального введения контраста показана утолщенная стенка червеобразного отростка с усилением стенки (стрелка) . Обратите внимание на утолщение прилегающей стенки мочевого пузыря (наконечники стрел), вызванное воспалительным процессом.



# ШКАЛА АЛЬВАРАДО

<b>ПРИЗНАКИ</b>	
Болезненность в правой подвздошной области	+2
Повышение температуры >37,3	+1
Симптом Щеткина –Блумберга или напряжение мышц в правой подвздошной области	+1
<b>СИМПТОМЫ</b>	
Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	+1
Потеря аппетита	+1
Тошнота/рвота	+1
<b>ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ</b>	
Лейкоцитоз > 10x10 <sup>9</sup> /л	+2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов >75%)	+1
<b>ВСЕГО</b>	<b>10</b>

# Оценка данных

0-4 баллов	Острый аппендицит мало вероятен
5-6 баллов	Острый аппендицит сомнительный, но нуждается в наблюдении
7-8 баллов	острый аппендицит вероятен
9-10 баллов	Острый аппендицит весьма вероятен

# Сопоставление шкал оценки вероятности острого аппендицита

Критерий	Шкала AIK	Шкала PIRASA	Шкала AAS
Рвота	1		
Тошнота и Рвота		1	
Анорексия		1	
Боль в правой подвздошной области	1	0,5	2
Миграция боли в правую подвздошную область		0,5	2
Симптом Ровзинга		2	
Болезненность правой подвздошной области			

Критерий	Шкала АК	Шкала PIRASA	Шкала AAS
$\geq 10.9$ and $< 14.0$ $\times 10^9/\text{л}$			2
$\geq 14.0 \times 10^9/\text{л}$			3
Лейкоцитарный сдвиг			
Процент полиморфноядер ных лейкоцитов			
70–84 %	1		
$\geq 75$ %			
$\geq 85$ %	2		
$\geq 62$ % and $< 75$ %			2
$\geq 75$ % and $< 83$ %			3
$\geq 83$ %			4

Критерий	Шкала AIK	Шкала PIRASA	Шкала AAS
Пол			
Мужской		1	
Женский		0,5	
Возраст			
Менее 40 лет		1	
40лет и старше		0,5	
Прод. симптомов			
Менее 48часов		1	
Более 48 часов		),5	
Отриц. анализ мочи			
Итоговые баллы	12	16,5	23

# Оценка результатов

## **По шкале AIR:**

сумма 0-4 = низкая вероятность аппендицита,

сумма 5-8 = неопределенная вероятность аппендицита,

сумма 9-12 = высокая вероятность аппендицита

## **По шкале PIRASA:**

сумма 0-5 = крайне низкая вероятность аппендицита,

сумма 5-7 = низкая вероятность аппендицита,

сумма 7,5-11,5 = средняя вероятность аппендицита,

Сумма от 12 = высокая вероятность аппендицита

## **По шкале AAS:**

Сумма 0-10 = низкая вероятность аппендицита,

Сумма 11-15 = средняя вероятность аппендицита,

Сумма от 16 = высокая вероятность аппендицита

# Атипичные формы острого аппендицита

- Ретроцекальное расположение
- Тазовое
- Медиальное
- Подпеченочное
- Левосторонний острый аппендицит
- Острый аппендицит у детей
- Аппендицит у пожилых
- Острый аппендицит у беременных
- У ВИЧ-инфицированных

# Осложнения

- Аппендикулярный инфильтрат
- Абсцесс брюшной полости
- Распространенный гнойный перитонит
- Пилефлебит

# Лечение

- При диагнозе «острый аппендицит» показано выполнение экстренной операции всем больным, поскольку летальность и осложнения напрямую зависят от времени, прошедшего от начала заболевания до операции.
- Общая летальность 0,1-0,25%.
- При поступлении больного в сроки до 24ч летальность составляет 0,07-0,1 %
- > 24ч – летальность 0,6-0,8%
- При перфоративном аппендиците летальность увеличивается до 4-6%.
- При диффузном перитоните – летальность 5-10%
- При диффузном распространенном перитоните достигает 25-30%

# Механическая желтуха сопровождающееся холангитом

## Причины механической желтухи

1. Опухоли головки поджелудочной железы или БСДПК
2. Ятрогенная перевязка желчных протоков
3. Камни протоков
4. Опухоли ворот печени (опухоль Клацкина, рак желчного пузыря)

# Клинические проявления механической желтухи

Желтушность кожного покрова

Кожный зуд

Потемнение мочи и обесцвечивание кала

Боль чаще отсутствует

Иногда отмечаются признаки опухолевого роста: потеря массы тела, отсутствие аппетита, слабость



# Клинические проявления холангита

## 1. Триада Шарко (Charcot)

(встречается у 50–100% больных):

- ознобы и лихорадка (90%),
- желтуха (60–70%),
- боль в правом подреберье (59%).

## 2. Пентада Рейнольдса (Reynolds) (14%):

- триада Charcot  
+
- нарушение сознания (10–20%)
- гипотензия (30%).

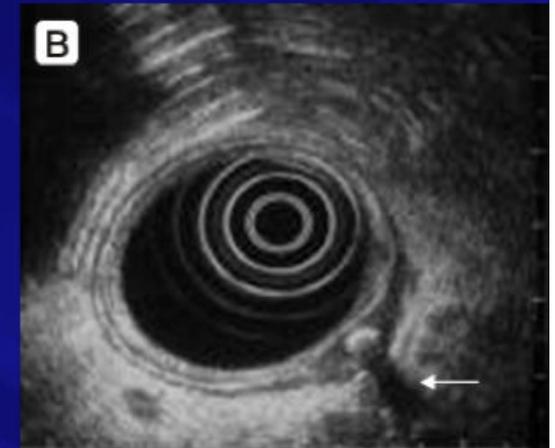
# УЗИ



а – УЗИ: расширение холедоха и камень (стрелка).



б – УЗИ: камень в просвете холедоха (стрелка).



в – эндоУЗИ: виден мелкий камень (стрелка).

УЗИ – выявляет расширение протоков и уровень блока (а), холедохолитиаз (б). Чувствительность – 28–50%.

ЭндоУЗИ – выявляет камни в протоках (в). Чувствительность – 97–98%.

# ЭРХПГ



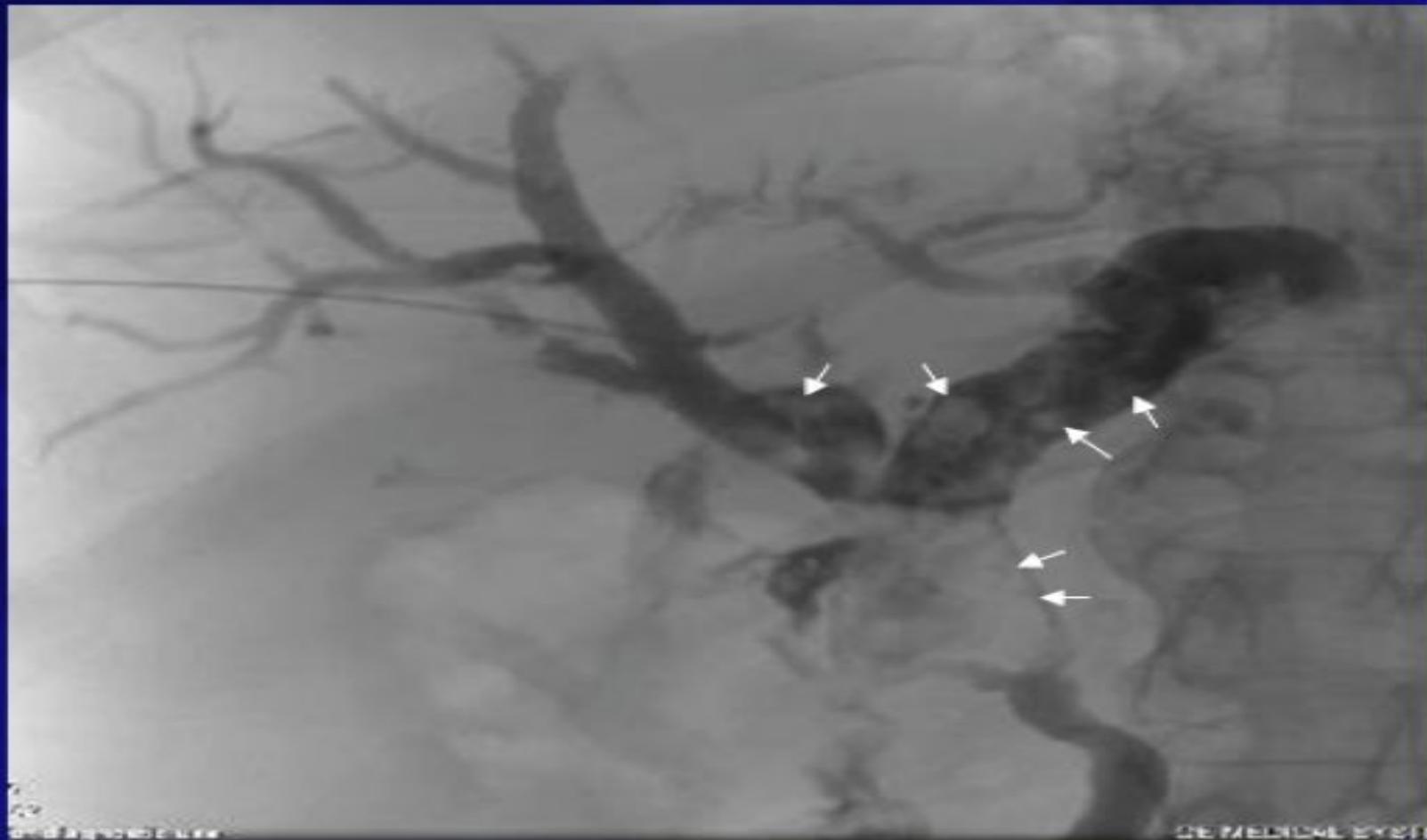
ЭРХПГ – выявляет камни (а, стрелка), повреждения желчных протоков после лапароскопической операции (б, стрелка).  
Чувствительность – 89–98%.

# МРХПГ



Позволяет получить изображение желчного пузыря, протоков и камней (стрелки) без контрастирования.  
Чувствительность – 85–88%.

# ЧЧХГ



Выявляет изменения во внутрипеченочных протоках  
Чувствительность – 90–100%.

# Острый гнойный холангит

- Наиболее распространенная форма при холедохолитиазе
- В 80% случаев приступ можно купировать консервативно (камень может изменить положение или отойти), однако в 20–25% может протекать быстро и тяжело
- Тяжесть состояния чаще обусловлена выраженностью СВР, чем желтухой

# Стадии острого гнойного холангита

1. Местная  
Единичные приступы с ознобами и лихорадкой
2. Септическая  
Регулярные приступы с лихорадкой  
и характерные изменения в анализах крови
3. Полиорганной недостаточности  
Признаки недостаточности двух или более  
органов и систем

# Критерии ССВР и сепсиса

- Температура тела  $> 38^{\circ}\text{C}$  или  $< 36^{\circ}\text{C}$
- ЧСС  $> 90$  в 1 мин
- Тахипноэ  $> 20$  в 1 мин или  $\text{PaCO}_2 < 32$  мм рт. ст.
- Лейцкоциты  $> 12\ 000$  или  $< 4000$
- ССВР = 2 критерия
- ССВР + инфекция = сепсис

# Клинические критерии определения органной дисфункции

ССС – гипотензия, требующая поддержки допамином

ЦНС – нарушение сознания

Респираторная – тахипноэ  $>20$  или  $PaCO_2 < 32$  мм рт. ст.

Почечная – креатинин крови  $> 2,0$

Печеночная – гипоальбуминемия,  
протромбиновый индекс ↓

Свертывающая система – тромбоциты  $< 100\ 000$

Крайняя степень системной дисфункции – ПОН

# Тяжесть острого холангита

(Tokyo Guidelines, 2007)

Критерий	Стадия острого холангита		
	легкая (I)	средняя (II)	тяжелая (III)
Дисфункция органов	Нет	Нет	Да
Ответ на медикаментозное лечение*	Да	Нет	Нет

\*Общая поддерживающая терапия и антибиотики

## Рекомендации (Tokyo Guidelines)

- При установлении диагноза важно оценить: тяжелый или нетяжелый холангит.
- При тяжелом (III стадия) остром холангите требуется неотложная билиарная декомпрессия.
- При нетяжелых стадиях важно определить ответ на медикаментозное лечение. При отсутствии ответа (средняя тяжесть, или II стадия) следует выполнить срочную билиарную декомпрессию.

# Лечение (n = 613)

Виды лечения	Консервативная терапия + традиционные операции (n = 157) (1972–1982 гг.)	Традиционные операции + эндоскопическое лечение (n = 94) (1983–1994 гг.)	Преимущественно эндоскопическое лечение (n = 362) (1995–2008 гг.)
Эффективное консервативное лечение (без операции)	84 (51%)		
Традиционные операции	67 (42,7%), из них 13 холецистостомий	44 (46,8%)	31 (8,5%)
Эндоскопическое лечение			
Успешная литоэкстракция		Из 74 – 52 (70%)	329 (90,8%)
Другие манипуляции		НБД	Стенты – 12, НБД
Осложнения		11 (11,5%)	20 (5,5%)
Летальность		4 (4,25%)	2 (0,55%)
Общая летальность	21 (13,4%)	16 (13,1%)	17 (4,6%)

# Эндоскопическая ретроградная холангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литэкстракция



Наиболее распространенный, эффективный и малотравматичный метод разрешения холедохолитиаза.

## Декомпрессия протоков при «неудалимых» камнях



Литотрипсия



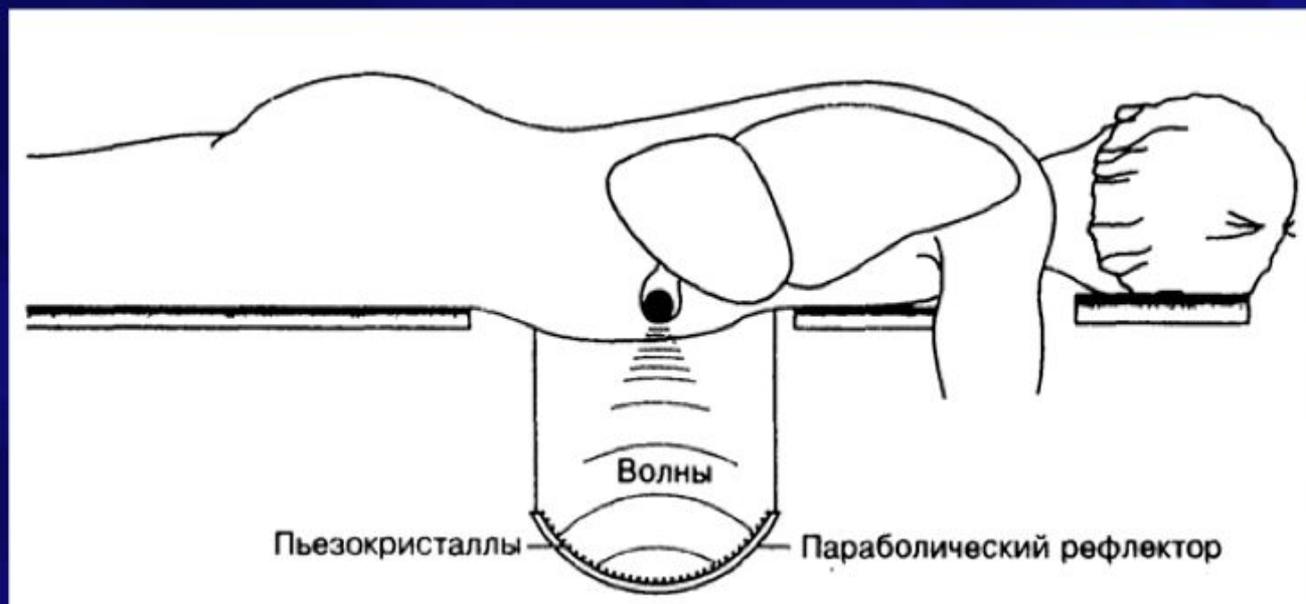
НБД



Стент

Если удалить камень не удастся, что еще можно попробовать перед тем, как решиться на открытую операцию?

# Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия



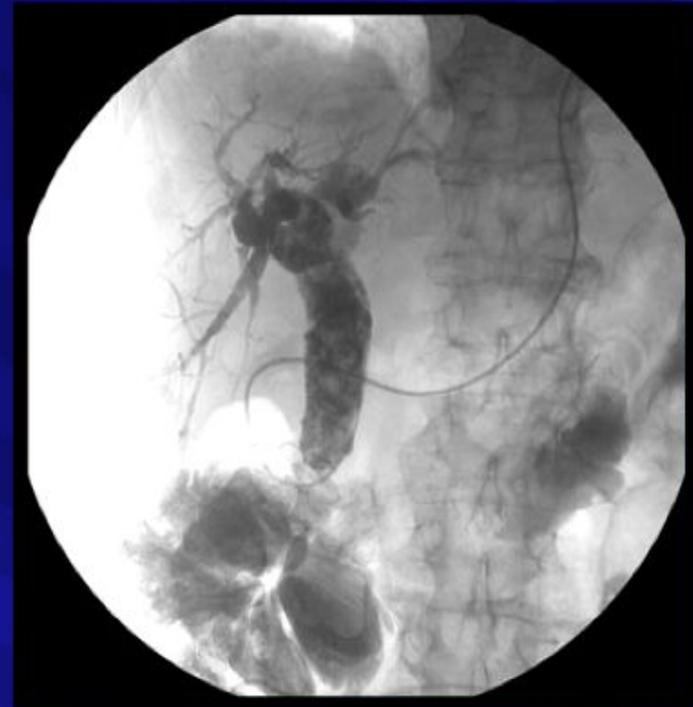
Позволяет разрушить 70–90% крупных камней общего желчного протока, после чего у большинства больных конкременты эвакуируются через сфинктеротомическое отверстие.

Летальность в первые 30 дней после процедуры > 1%.

# Результат литотрипсии крупных камней холедоха



До литотрипсии



После литотрипсии  
(видно фрагментирование  
крупных камней)

# Тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов

- Это острое нарушение кровообращения в брыжеечных сосудах:
  - в 90% поражается верхняя брыжеечная артерия;
  - В 10 % нижняя брыжеечная артерия;

# Клиническая картина и диагностика

- Внезапно возникшая интенсивная боль в животе, локализация которой зависит от уровня окклюзии сосуда;
- У 50% больных в первые часы возникает тошнота и рвота, которая впоследствии становится постоянной;
- У 20% больных отмечается частый жидкий стул, нередко с примесью неизменной крови;

# Клиническая картина и диагностика

- В начале заболевания живот мягкий, не вздут, малоболезненный;
- По мере прогрессирования заболевания развивается картина паралитической кишечной непроходимости;
- Выраженный лейкоцитоз  $20-30 \times 10^6 / \text{л}$ ;
- Повышение уровня Д-димеров ;

# Рентгенологическое исследование



- Рентгенологические признаки паралитической кишечной непроходимости.
- При наличии горизонтальных уровней жидкости, то они не перемещаются из одного колена кишки в другую при изменении положения тела.

# Селективная ангиография

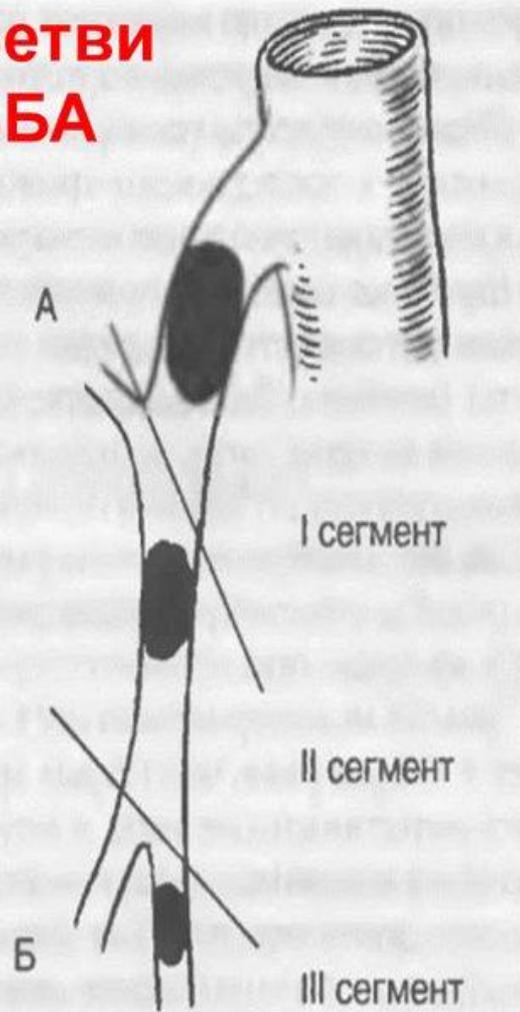


Селективная ангиограмма. Эмболия верхней брыжеечной артерии.

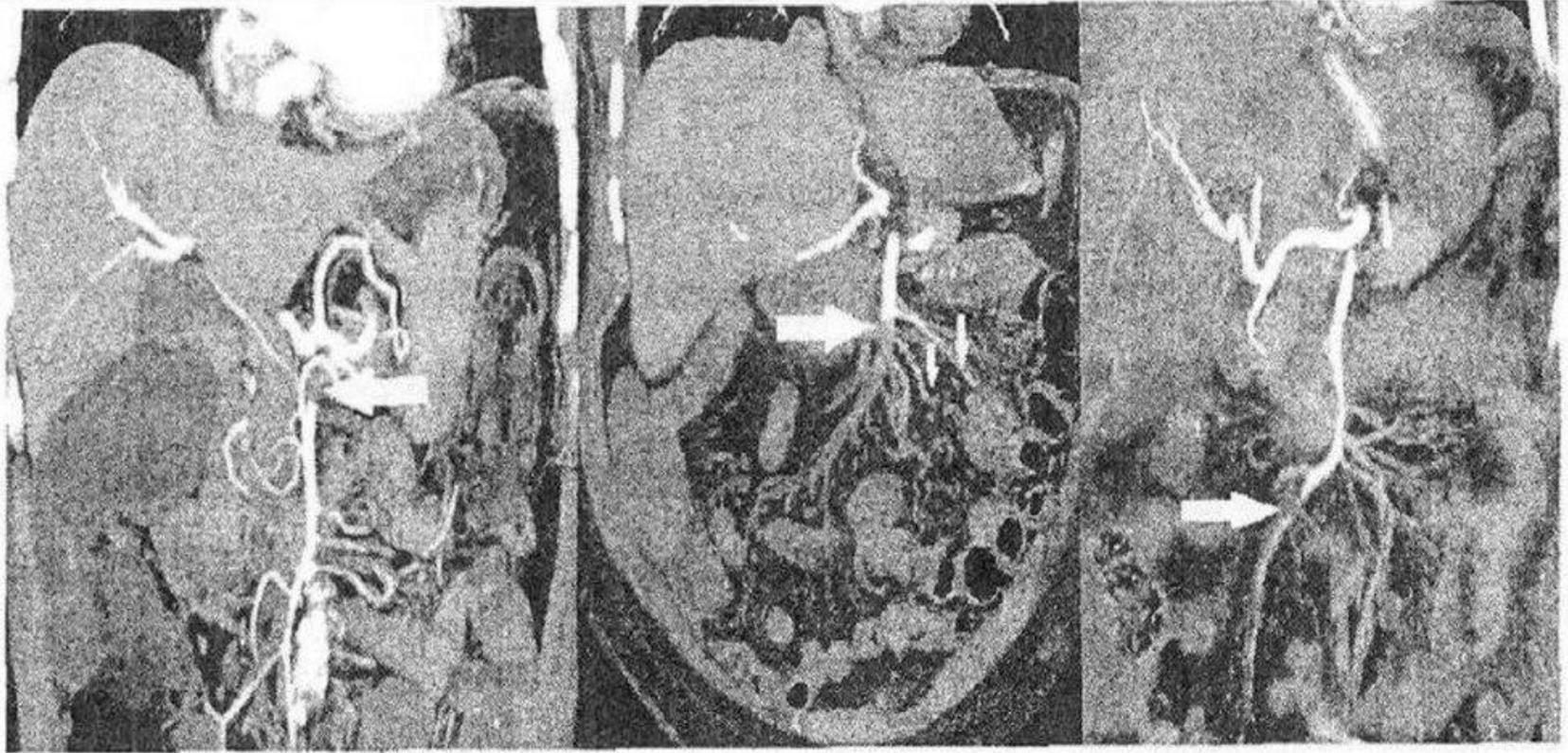
- Определяем дефекты контрастирования ВБА с отсутствием наполнения ее ствола или ветвей;
- Определяем локализацию, вид и протяженность нарушения кровообращения, а также состояние коллатерального кровотока.

Сегменты	Прогноз
I	Тотальное поражение ТНК + слепая + правая половина ОК Могут сохраниться проксимальный участок ТНК до 15 см + слепая + восходящая ОК
II	Некроз дистальной части ТНК, слепой и проксимальной части восходящей ОК. Из ТНК сохраняется проксимальные 1-2м
III	Некроз подвздошной кишки Возможна компенсация артериального кровотока во всей ТНК

## Ветви ВБА



**Рис. 50-1.** Типичные варианты эмболической окклюзии ствола верхней брыжеечной артерии: А — средняя ободочная артерия; Б — подвздошно-ободочная артерия.



а

б

в

Рисунок 1. КТ-картина поражение верхней брыжеечной артерии.

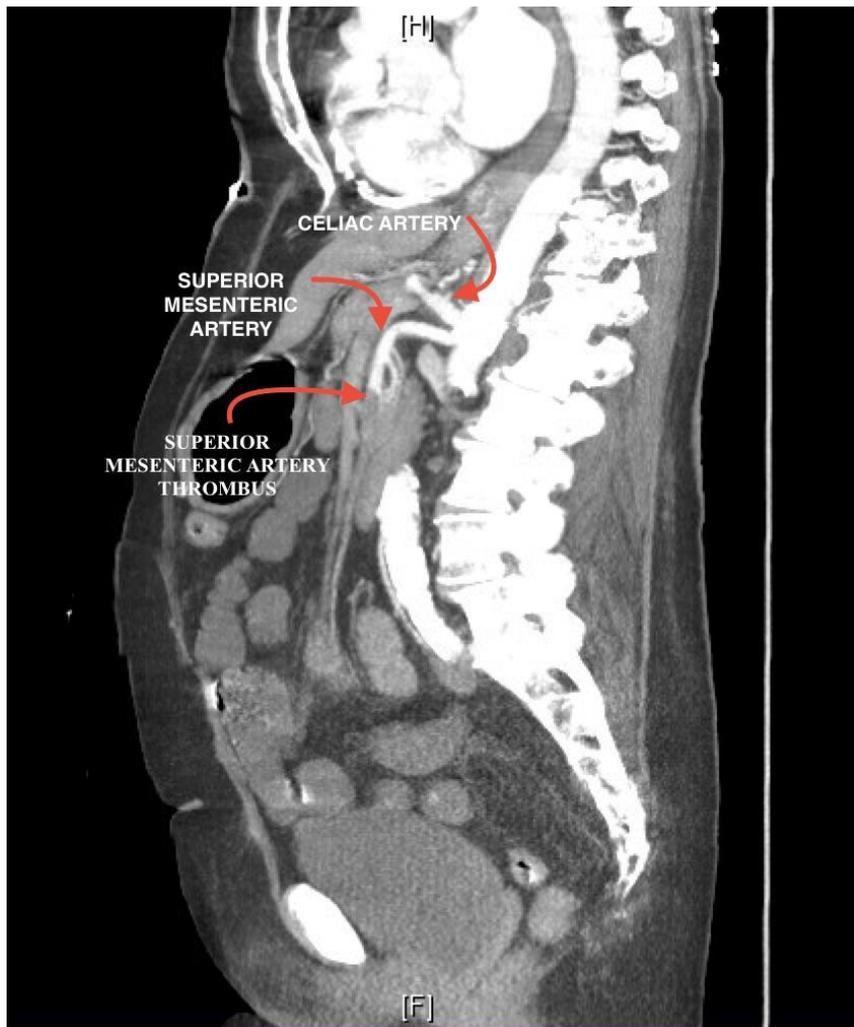
Больной С., 72 лет – окклюзия I сегмента верхней брыжеечной артерии (а);

Больная В., 76 лет, – окклюзия II сегмента верхней брыжеечной артерии (б);

Больная М, 66 лет, – окклюзия III сегмента верхней брыжеечной артерии (в)

Зона	Сегмент	Степень	Категория ишемии	Пораженные сегменты кишки
I	Проксимальнее первой крупной ветви (нижняя панкреато-дуоденальная а.)	I	Максимальная	Тощая, подвздошная, восходящая подвздошная кишка
II	Между нижней панкреато-дуоденальной и срединной ободочной артерией	II	Средняя	Крупный сегмент тонкой кишки и/или восходящей подвздошной кишки
III	Дистальнее срединной ободочной артерии	III	Минимальная	Небольшой сегмент тонкой кишки и/или восходящей подвздошной кишки
IV	Сегментарные ветви	IV	Отсутствие	Отсутствует ишемия кишки

# Компьютерная томография



# Лечение

- При отсутствии некроза кишечника:
  - Эмболэктомия
  - Тромбинтимэктомия
  - Обходное шунтирование
  - Реимплантация артерии в аорту
  - Стентирование брыжеечной артерии
- При некрозе кишечника резекция

# Расслаивающаяся аневризма аорты

- Наиболее частый исход – разрыв аневризмы с кровотечением:
  - В забрюшинное пространство;
  - В брюшную полость
  - В органы желудочно-кишечного тракта
  - В нижнюю полую вену

# Клиническая картина

- Внезапное появление интенсивной боли или усиление имеющихся болей в животе.
- Тошноту, рвоту, общую слабость.
- Развивается тяжелое шоковое состояние.
- Возможна рвота кровью и дегтеобразный стул.
- Чувство онемения и похолодания н/к., отсутствия пульса.

# Клиническая картина

- При смотре живот вздут;
- При прорыве в забрюшинное пространство – живот мягкий;
- При прорыве в брюшную полость – напряженный, положительны симптомы раздражения брюшины.
- При пальпации пальпируется болезненное, неподвижное, пульсирующее образование, над которым выслушивается систолический шум;

# Клиническая картина

- При прорыве в нижнюю полую вену быстро нарастает сердечная недостаточность по право желудочному типу;
- Над пальпируемым образование часто определяется систолическое дрожание «кошачье мурлыканье».
- Диагностические методы : УЗИ,КТ,МРТ.

# Лечение

- Резекция аневризмы с протезированием брюшной аорты;
- Эндоваскулярное протезирование;
- При аневризмах брюшной аорты прогноз неблагоприятный. Почти все пациенты погибают в течении первых 3 лет от разрыва аневризмы;

# Острый холецистит

## Клиническая картина холецистита

### □ Острый холецистит:

- болевой синдром (желчная колика), нередко – провокация приемом жирной или острой пищи;
- синдром эндогенной интоксикации (лихорадка, озноб, отсутствие аппетита, слабость).

### □ Хронический холецистит:

- болевой синдром – по типу желчных колик (схваткообразная боль в правом подреберье) или постоянные боли в правом подреберье, иррадиация в правое плечо или лопатку;
- неспецифические жалобы: тошнота, рвота, вздутие живота после приема пищи, боли и дискомфорт в правом верхнем квадранте живота.

# Особенности течения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

- Наличие фоновых терапевтических заболеваний.
- Деструктивные изменения стенки желчного пузыря (агрессивность инфекционного процесса, местное нарушение кровоснабжения на фоне атеросклеротического поражения артерий).
- Стремительное развитие заболевания при тромбозе пузырной артерии с ранним проявлением синдрома эндогенной интоксикации. Формирование воспалительного инфильтрата при этой форме – не характерно.
- Атипичное течение с минимальными болевыми ощущениями, с последующим поздним обращением за помощью при наличии околопузырного инфильтрата, нередко – перипузырного абсцесса и других осложнений.

# Диагностический алгоритм

- Стандартные методы:
  - УЗИ;
  - обзорная рентгенография органов брюшной полости.
  
- Дополнительные методы исследований:
  - КТ;
  - лапароскопия;
  - методы прямого контрастирования желчных протоков (ЭРХПГ, ЧЧХГ);
  - МРХПГ.

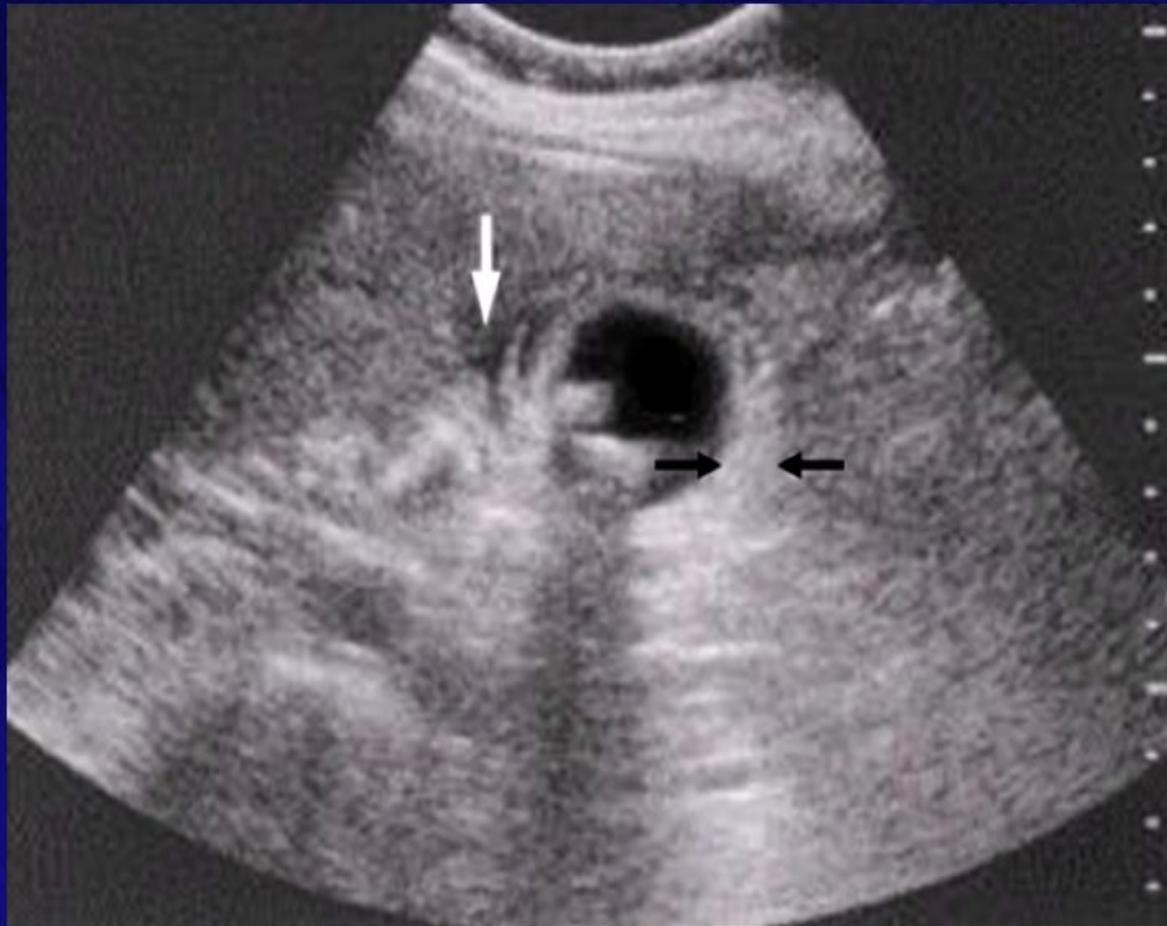
# Ультразвуковые признаки острого холецистита

- увеличение размеров желчного пузыря;
- изменение стенки желчного пузыря (увеличение толщины, различная эхогенность, появление двух или трех слоев, неровные или прерывистые контуры);
- изменение полости желчного пузыря (разнообразные включения, изменение консистенции содержимого);
- появление жидкости в перипузырном пространстве;
- положительный симптом Мерфи;
- изменение окружающих тканей (инфильтрация, отек, изменение анатомических взаимоотношений);
- выявление реакции лимфатической системы – обнаружение увеличенных, гипоэхогенных лимфатических узлов в области печеночно-двенадцатиперстной связки.

## Ультразвуковые признаки хронического холецистита

- Наличие камней в просвете желчного пузыря (эхопозитивные включения, дающие акустическую «тень»)
- Изменение стенки желчного пузыря (увеличение толщины, эхогенности)
- Деформация контура и уменьшение размеров желчного пузыря
- «Сморщенный» желчный пузырь (пузырь – в виде интенсивной тени небольшого размера)

## Ультразвуковые признаки острого холецистита



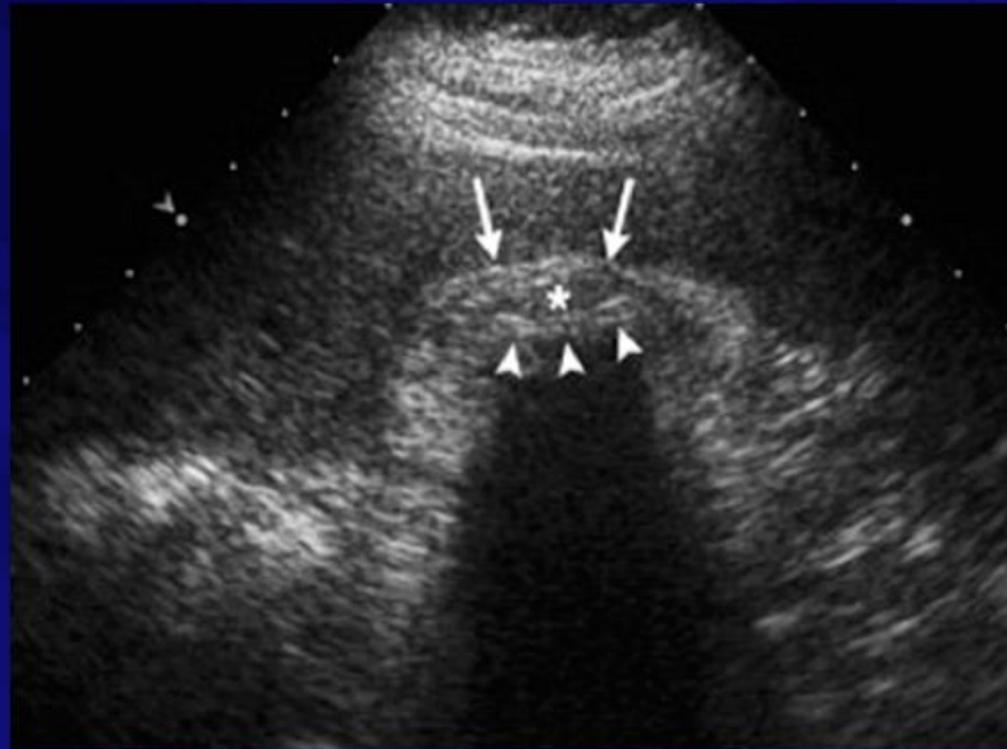
- Утолщение стенок (черные стрелки).
- Наличие жидкости в перипузырном пространстве (стрелка).
- Камни в просвете желчного пузыря.

## Ультразвуковые признаки острого гангренозного холецистита



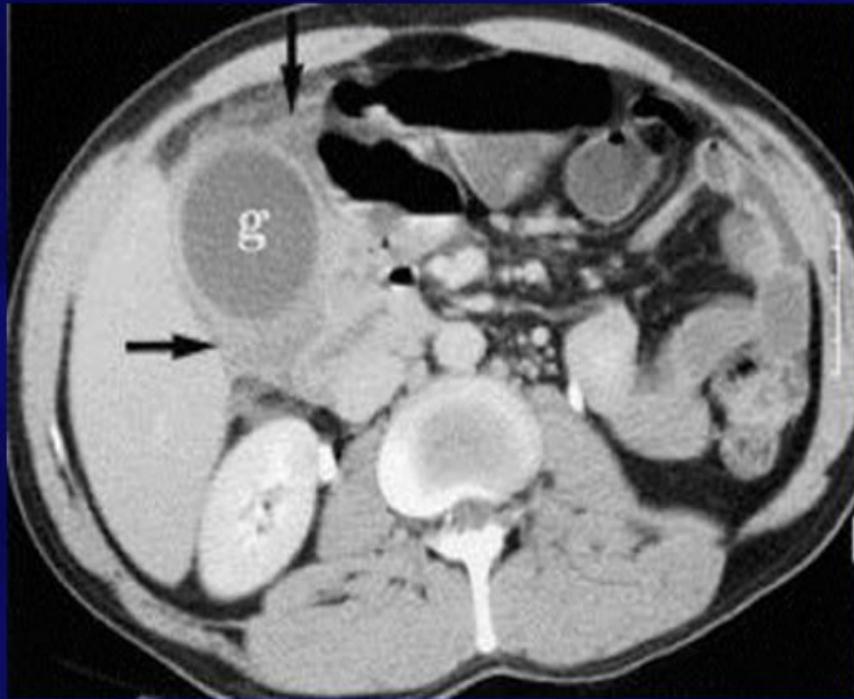
«Вколоченный» камень в шейке желчного пузыря (белая стрелка);  
наличие внутривисцеральных мембран – отслоение слизистой оболочки  
(черные головки стрелок)

# Ультразвуковые признаки хронического калькулезного холецистита



Эхопозитивные включения в просвете желчного пузыря – камни (головки стрелок);  
небольшое количество жидкости в просвете желчного пузыря (звездочка);  
утолщенная, плотная стенка (стрелки), желчный пузырь уменьшен в размере.

## КТ при остром холецистите



Признаки острого холецистита:

- увеличенный желчный пузырь (g)
- утолщение стенок;
- наличие жидкости в перипузырном пространстве (черные стрелки);
- увеличение плотности структуры паренхимы печени в перипузырной области (воспалительные изменения) (черный контур).

## КТ при остром холецистите

(больная 72 лет с болями в правом подреберье и лихорадкой)



- увеличенный желчный пузырь (g)
- дефект стенки желчного пузыря (стрелка)
- ограниченное скопление жидкости (a – абсцесса)

# Синдром Мириizzi



а – УЗИ: расширенный ОПП (с), камень в пузырном протоке (стрелка).



б – КТ: дилатация внутрипеченочных протоков (черная стрелка).



в – КТ: камень в пузырном протоке (стрелка).



г – ЭРХГ: сужение дистального отдела ОПП (черная стрелка), камни в пузырном протоке (контурная стрелка).

## Хирургическая тактика в лечении острого холецистита

- Большинство больных острым калькулезным холециститом подлежат оперативному лечению в первые 3–4 сут с момента развития заболевания.
- Больные пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (ASA 3–4) требуют индивидуальной тактики лечения.

# Тактические варианты лечения острого холецистита

- Выполнение «ранней» холецистэктомии ( в первые 3 сут после поступления в клинику) ;
- Выполнение холецистэктомии после стихания острых проявлений заболевания.

При сравнении 2 групп – «ранняя» ЛХЭ и ЛХЭ после стихания остроты воспаления с проведением операции через 6 нед – не было отмечено статистически достоверного различия по частоте конверсии и послеоперационных осложнений.

Длительность стационарного лечения и соответственно стоимость были значительно ниже в группе с «ранней» ЛХЭ.

# Холецистостомия в лечении острого холецистита

«За» и «против» холецистостомии:

- **за** – малый оперативный объем у больных старческого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при высоком операционном риске; возможность выполнения вмешательства под местной анестезией;
- **против** – нерадикальность лечения, сохранение очага инфекции, нередко – значительные потери желчи, при некорригированном желчеоттоке – последующие нарушения водно-электролитного и других видов обмена.

# Хирургическая тактика в лечении хронического холецистита

- Больные должны быть санированы в «холодном» периоде, до развития осложнений
- «Золотым стандартом» в лечении больного хроническим калькулезным холециститом является лапароскопическая холецистэктомия.

# Острый панкреатит

## Диагностика острого панкреатита

Наличие хотя бы 2 из следующих признаков позволяет поставить диагноз острого панкреатита (ОП):

- боль в эпигастральной области (может сопровождаться тошнотой, рвотой);
- повышение в 3 раза амилазы/липазы сыворотки;
- характерные КТ-признаки ОП (> размеров ПЖ, гетерогенность паренхимы, парапанкреатические изменения и жидкостные скопления — ЖС).

# Роль УЗИ

- Для выявления билиарной этиологии ОП
- Для выявления свободной жидкости в брюшной полости
- Для выявления особенностей ПЖ, характерных для ОП: диффузное увеличение ПЖ, снижение эхогенности, отек (чувствительность УЗИ меньше, чем КТ)

# КТ-признаки отечного интерстициального панкреатита

- Диффузное или очаговое увеличение ПЖ
- Гомогенное контрастирование паренхимы ПЖ
- Воспалительные изменения ретро- и парапанкреатического пространства отсутствуют или незначительные
- В парапанкреатическом жидкостном скоплении отсутствует тканевой компонент (маркер парапанкреатического некроза)



КТ(к). Жизнеспособная ПЖ (\*).

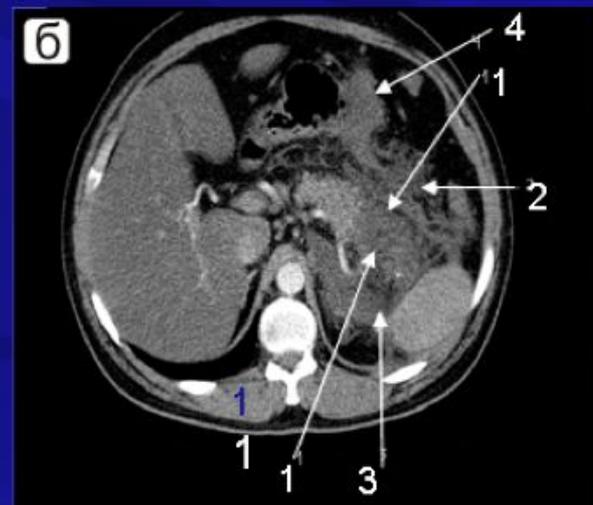
Парапанкреатические воспалительные изменения (стрелки)

## КТ- некрозы ПЖ, парапанкреатические воспалительные изменения

- Только КТ(к) позволяет диагностировать некрозы ПЖ
- КТ- некрозы – это диффузные или локальные участки нежизнеспособной паренхимы ПЖ, которые (в отличие от жизнеспособной паренхимы) не накапливают контрастное вещество (стрелка 1)
- Парапанкреатические воспалительные изменения (стрелки 2–4)



а – КТ(к) при интерстициальном ОП



б – КТ(к) при панкреонекрозе

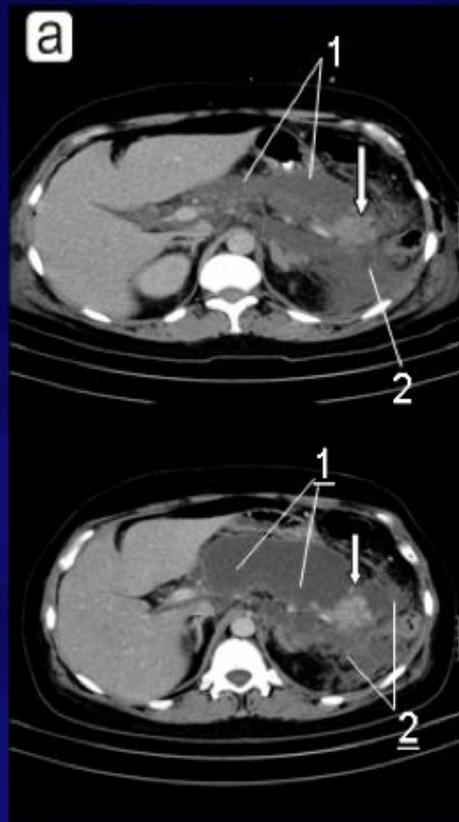
# Острый панкреатит

## Что дает КТ(к) для хирурга?

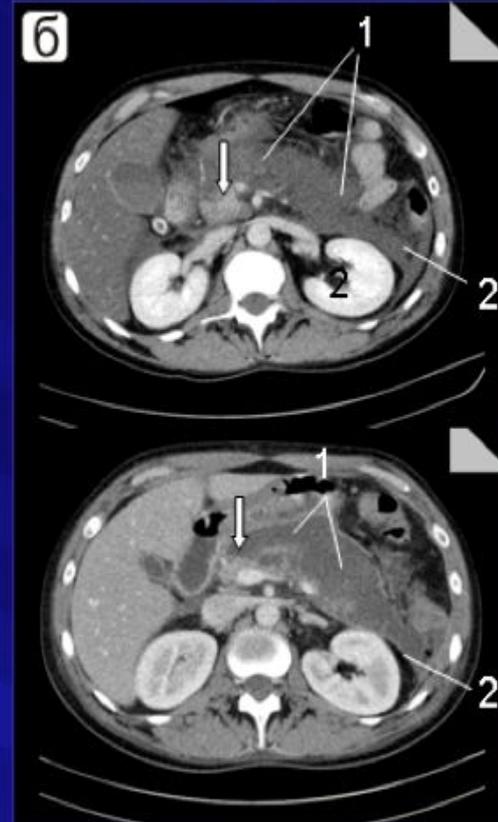
- Информацию о состоянии ПЖ (есть некроз или его нет)
- Информацию о выраженности парапанкреатита (наличие, характер, распространение: по правому, левому или центральному типам)

# КТ- некрозы ПЖ (продолжение).

## Локализация некроза в ПЖ и парапанкреатит



а – некроз ПЖ 70% (сохранена лишь часть хвоста, толстая стрелка)



б – некроз ПЖ 80%, (сохранена лишь часть головки, толстая стрелка)

1 – зона некроза ПЖ; 2 – экстрапанкреатические воспалительные изменения.

## Предварительное заключение по КТ-некрозам ПЖ

Важными характеристиками некроза ПЖ, которые могут определять развитие парапанкреатических осложнений, помимо объема некроза, являются:

- локализация некроза
- глубина некроза в ПЖ (определяет степень повреждения протоковой системы)
- объем функционально активной паренхимы, расположенной в ПЖ дистальнее некроза (определяет возможность формирования внутреннего панкреатического свища)

## Выявление ОЖС

- ОЖС - главный критерий парапанкреатических осложнений ОП в первые 4 недели от начала заболевания
- Их наличие характерно для ОП средней тяжести (стерильные ОЖС) и тяжелый ОП (инфицированные ОЖС)
- Могут быть маркером как отечного, так и некротического ОП, важны данные КТ(к)
- Не имеют оболочки из грануляционной или фиброзной ткани (это отличает ОЖС от псевдокист, определяет тенденцию к распространению жидкости в забрюшинном пространстве)
- Состав: воспалительный экссудат или панкреатический сок.

# Выявление инфицирования

- Клинические предпосылки (проявления гнойной интоксикации, ПОН)
- Тонкоигольная биопсия (микробиологическое исследование)
- Прокальцитонин
- Диагностика распространенности

# Задачи врача приемного отделения

1. Установить диагноз и причину ОП (алкогольный, билиарный, травма и др.)
2. Определить длительность заболевания (некрозы в ПЖ формируются в первые 2-4 дня !)
3. Определить тяжесть ОП ( наличие ССВР, гиповолемии, снижение АД, диуреза.)
4. Изучить наличие признаков ферментативного перитонита или свободной жидкости в брюшной полости

## Клинические признаки тяжелого ОП

- Заторможенность или возбуждение
- Гиперемия или мраморность кожных покровов
- Признаки ССВР: температура выше  $38^{\circ}\text{C}$  или ниже  $36^{\circ}\text{C}$ , ЧСС выше 90 ударов в 1 мин, ЧДД более 20 в 1 мин, количество лейкоцитов более  $12 \cdot 10^9/\text{л}$  или менее  $4 \cdot 10^9/\text{л}$
- Снижение АД менее 100 мм рт ст
- Повышение гемоглобина более 150 г/л
- Снижение диуреза менее 250 мл за последние 12 час
- Повышение глюкозы
- Наличие ферментативного перитонита

# Объем исследований у больных тяжелым ОП в приемном отделении

- Клинический осмотр
- УЗИ (наличие жидкости в брюшной полости, пневматоза, камней в желчном пузыре, гипертензии в желчных протоках, жидкости в плевральной полости, состояние ПЖ)
- Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости ( при подозрении на кишечную непроходимость)
- Анализ крови: гемоглобин, лейкоциты, глюкоза

## Объем исследований у больных ОП средней тяжести в приемном отделении (помимо указанных для тяжелого ОП)

- Рентгенологическое исследование грудной клетки
- ЭКГ
- Осмотр терапевта
- Общий анализ мочи
- ЭГДС с установкой назоинтестинального зонда

# Задачи врача хирургического отделения в 1-е сутки госпитализации больного

- Обеспечить проведение комплексной консервативной терапии в условиях хирургического отделения
- Обеспечить динамический контроль за состоянием больного каждые 3 часа (динамика жалоб, ЧСС, АД, ЧДД, появление признаков ферментативного перитонита).
- При улучшении состояния- продолжить консервативную терапию
- При отсутствии динамики или ухудшении состояния ответственный хирург (зав. отделением) и реаниматолог решают вопрос о целесообразности проведения лапароскопии или перевода в реанимационное отделение
- В истории болезни необходимо обозначить диагноз состояния (ОП средней тяжести, стабильное течение, прогрессирование в тяжелый ОП)

# Задачи врача, проводящего лапароскопию

- Определить количество выпота и его характер (серозный, геморрагический)
- Взять исследование на бактериальный состав и активность  $\alpha$ -амилазы
- Определить наличие и локализацию бляшек стеатонекроза
- Оценить состояние желчного пузыря, печени
- Описать состояние забрюшинной клетчатки в области правого и левого боковых каналов и брыжеечных синусов
- Осуществить санацию брюшной полости, правильную установку дренажей в местах максимального скопления жидкости
- Проинформировать ответственного хирурга о данных лапароскопии и решить с ним вопрос о целесообразности перехода на лапаротомию

# Лечебные мероприятия в ранней фазе тяжелого ОП (1-я неделя)

- Купирование проявлений ССВР;
- Профилактика и лечение ОН и ПОН;
- Профилактика распространения парапанкреатических осложнений;
- Профилактика инфицирования.

# Комплекс консервативной терапии у больных тяжелым ОП в отделении реанимации

- Адекватное обезболивание (эпидуральная анестезия)
- Заместительная терапия (адекватный объем инфузии, коррекция гипоксемии)
- Профилактика и лечение пареза кишечника
- Антисекреторная терапия (октреотид, сандостатин)
- Профилактика гастроудоденальных геморрагических осложнений ( $H_2$ -блокаторы, ингибиторы протонной помпы)

# Комплекс консервативной терапии у больных тяжелым ОП в отделении реанимации (продолжение)

- Нутриционная поддержка
- Антибактериальная терапия
- Использование методов экстракорпоральной детоксикации
- Коррекция нарушений гемостаза под контролем коагулограммы и тромбоэластограммы

# Комплекс консервативной терапии у больных ОП средней тяжести

- Голод, холод на живот
- Введение спазмолитиков, атропина, ненаркотич.аналгетиков
- Внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы, солевых и коллоидных (гидроэтилкрахмал) растворов (40 мл/кг)
- Струйное введение холодного физиологического раствора (1,5–2л) в назоинтестинальный зонд с последующей постановкой гипертонической клизмы
- Антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколений +метронидазол, фторхинолоны+метронидазол)
- Сандостатин (октреотид) 100 мкг 3 раза в день
- H<sub>2</sub>-блокаторы
- Фраксипарин 0,3 × 2 раза ( при наличии данных за гиперкоагуляцию)

## Как предупредить развитие распространенного парапанкреатита?

- Своевременная диагностика некроза ПЖ  
КТ с болюсным контрастированием на 2–3-й день  
от начала заболевания.
- Ежедневный УЗИ-контроль за ЖС.
- Тонкоигольная пункция (объем, активность  $\alpha$ -амилазы,  
микробиологическое исследование, темп накопления  
жидкости после пункции)

## Показания к интервенционным вмешательствам на стадии стерильного ОП

- Ферментативный перитонит – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости
- Наличие компартмент-синдрома с прогрессирующим повышением внутрибрюшного давления – фасциотомия, лапаростомия
- Наличие глубокого поперечного некроза ПЖ с жизнеспособной паренхимой железы за некрозом (риск развития синдрома повреждения ГПП) – эндоскопическая установка назопанкреатического дренажа
- Формирование и прогрессирование ОЖС (особенно, при наличии условий для формирования внутреннего панкреатического свища, см. слайды 9–11, 17) – пункции и дренирование ЖС

- Основными задачами диагностики ОП являются
  - определение тяжести заболевания на момент поступления
  - оценка состояния ПЖ (наличие некроза, его локализация и глубина)
  - прогнозирование развития распространенного парапанкреатита
  - своевременная диагностика инфицирования
  - топическая диагностика инфицированного поражения забрюшинной клетчатки

□ **Задачи лечения на стадии стерильного ОП (помимо комплексной консервативной терапии)**

- санация и дренирование брюшной полости при наличии выпота
- эндоскопическая реканализация ГПП при глубоком некрозе ГЖ с сохраненной жизнеспособной паренхимой за некрозом.
- пункции и дренирование (при наличии внутреннего панкреатического свища) ЖС

□ **Задачи лечения на стадии инфицированного ОП**

- своевременная санация гнойных очагов, предпочтительно из забрюшинных доступов

# Острый мезентериальный лимфаденит

- Наблюдается у лиц моложе 20 лет;
- Имеет весенне-осеннюю сезонность;
- Характеризуется приступом более в правой подвздошной области с распространением на околопупочную область;
- Гипертермия, тахикардия, лейкоцитоз со сдвигом влево;
- При пальпации живот мягкий, болезненный в проекции корня брыжейки тонкой кишки (симптом Штернберга).

**Спасибо за внимание!**