



Боль в нижнем отделе живота

А.В. Яковченко



Определение

- Боль – это вид чувствительности, формирующейся при воздействии повреждающих факторов, имеющих ярко выраженный субъективный компонент и сопровождается поведенческими и вегетативными реакциями

Международный классификатор болезней 10

- R10.1 – боль в верхнем отделе живота
- R10.2 - боль в области таза и промежности
- R10.3 – боли, локализованные в других областях нижней части живота
- R10.4 - другие и неуточненные боли в области живота

Заболеваемость

- 2300 на 100 тыс. населения.
- М:Ж = 1:2,3
- В 5 крупных странах Европы около 50 млн страдает от боли 11.2 млн – от боли высокой интенсивности, что составляет 19% населения.
- Б. приводит к снижению качества жизни, снижению трудоспособности, значительными затратами общества на диагностику и лечение больных.
- Затраты на диагностику и лечение различной локализации в Европе – 200 млрд евро в год, в США – 150 млрд дол. в год.

Классификации Б. в нижнем отделе живота

- По продолжительности:

Острая (1-2 час до 2-3 сут), подострая (2-3 сут до 6 мес) и хроническая (более 6 мес)

- По этиологии

Интраабдоминальные и
экстраабдоминальные

- По механизму возникновения

Висцеральная, париетальная,
иррадиирующая и психогенная

Классификации Б. по механизму ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Висцеральная боль чаще схваткообразная, обычно протекает с выраженными вегетативными реакциями: слабостью, потливостью, тошнотой, рвотой, кожными реакциями, - сердечно - сосудистыми реакциями: повышением или снижением АД, лабильностью пульса; «беспокойством» - пациент постоянно меняет положение.

Классификации Б. по механизму ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Париетальная (соматическая) боль - следствие раздражения париетальной брюшины и локализована соответственно анатомическому расположению органа. Париетальным болям свойственна иррадиация. Иррадиирующая боль может оказаться сильнее, чем «основная». Пациенты «затаиваются», избегают резких движений, плохо переносят транспортировку.

Классификации Б. по механизму ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Иррадиирующая (отраженная) боль локализуется в различных областях живота, удалена от патологического очага. И.Б. передается на участки поверхности тела пациента, имеющие общую корешковую иннервацию с пораженным органом. В раннем периоде формирования таких болей создается наиболее сложная клиническая ситуация.

Боль в животе + с нарастающей анемией

- Разрыв аневризмы аорты
- Разрыв маточной трубы
- Перфорация язвы + кровотечение
- Апоплексия яичника

Боль в животе + снижение АД

- Расслоение аневризмы аорты
- Тромбоз брыжеечных сосудов
- Острая надпочечниковая недостаточность (бронзовость кожи, нарастающая гиповолемия, содержание 11 и 17 ОКС, терапия - глюкокортикостероиды).

Боль в животе + снижение АД

- ЯБЖ и ДПК
- О. панкреатит
- **ИМ – абдоминальная форма** (на фоне правожелудочковой недостаточности, увеличения печени, эрозии в желудке, рвота «кофейной гущей»). Обычно это наблюдается при ИМ задней стенки (изменения ЭКГ минимальны)

Боль в животе + лихорадка

- Опоясывающий лишай
- О. перикардит
- Периодическая болезнь
- О. аппендицит
- Геморрагический васкулит
- О. аднексит
- О. пиелонефрит
- О. брыжеечный лимфаденит на фоне поражения верхних дыхательных путей

Боль в животе + запор

- Острая кишечная непроходимость
- Свинцовая колика (проф. ангилез, АД , свинцовая кайма на деснах, анемия, ретикулез)
- Гипотиреоз
- Надпочечниковая недостаточность
- Сахарный диабет

Боль в животе

- О. перемежающаяся порфирия
- О. надпочечниковая недостаточность
- О. и хр. сердечная недостаточность – б. в правом подреберье, гепатомегалия, умеренная желтуха и гиперферментемия (при УЗИ бр. полости – увлечение НПВ).

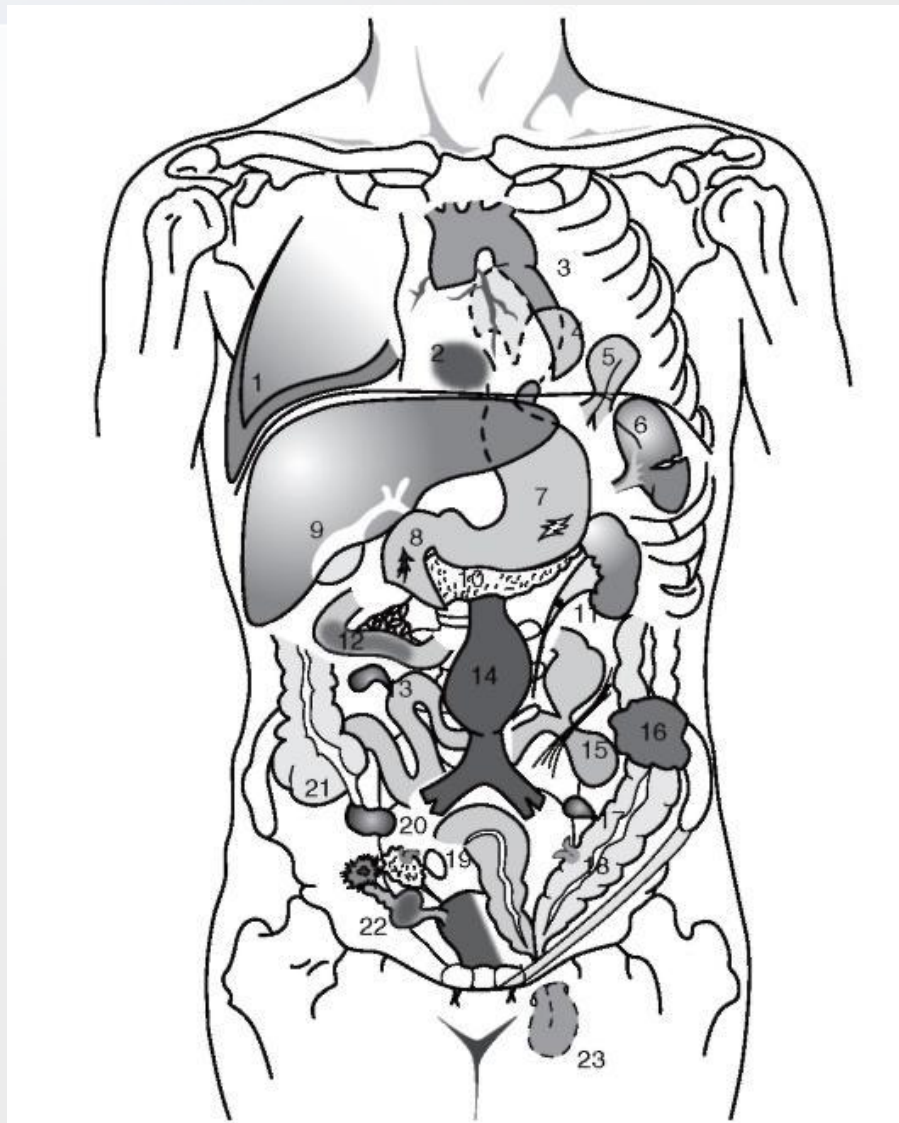
Боль в животе

- Диабетический кетоацидоз
- Диф. токсический зоб
- Дорсопатии, опоясывающий лишай
- Психические заболевания
- Третичный сифилис

Основные причины острой абдоминальной боли

- Хирургическая патология
- Экстраабдоминальная патология
- Гастроэнтерологическая патология

Основные причины боли в животе



Хирургическая патология

- О. аппендицит
- О. панкреатит
- О. кишечная непроходимость
- Перфорация гастродуоденальной язвы
- Ущемленная грыжа
- Тромбоз мезентериальных сосудов
- Перитонит
- О. мезаденит
- Разрыв овариальной кисты
- Внематочная беременность
- Опухоли брюшной полости
- Расслаивающаяся аневризма аорты

Экстраабдоминальная патология

- Инфаркт миокарда
- Опоясывающий лишай
- Острый пиелонефрит
- Дорсопатии грудного отдела позвоночника

Экстраабдоминальная патология (эндокринная)

- Тиреотоксический криз
- Диабетический кетоацидоз
- Острая надпочечниковая недостаточность

Экстраабдоминальная патология (другие причины)

- Семейная средиземноморская лихорадка (периодическая болезнь) – Код по МКБ-10 E.85.0.
- Уремия
- Лейкозы
- Системные васкулиты
- Острая и вторичная порфирия
- Поздний сифилис. Код по МКБ -10 A52.
- Отравление тяжелыми металлами (свинец, таллий)
- Наркотическая зависимость

Вероятный диагноз в зависимости от пальпации области передне-боковой стенки живота

Правый нижний квадрант

- О. аппендицит
- ЯБЖ и Д к-ки (исключить перфорацию)
- Внематочная беременность
- Перекрут или разрыв кисты правого яичника
- Рак слепой или восходящей ободочной к-ки
- Эндометриоз
- Дивертикул Меккеля
- Болезнь Крона
- МКБ правой почки
- Паховые или бедренные грыжи

Вероятный диагноз в зависимости от пальпации области передне-боковой стенки живота

Левый нижний квадрант

- Внематочная беременность
- Перекрут или разрыв кисты левого яичника
- Дивертикулит или перфорация дивертикула
- Рак нисходящей или сигмовидной к-ки
- МКБ левой почки
- Аневризма брюшного отдела аорты
- Паховые или бедренные грыжи

Боль в груди (глубокая)

- ИБС
- Пневмония
- Закрытая травма груди
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Перфоративная язва желудка
- Острый панкреатит
- Острый холецистит
- Сифилитический мезоаортит

Острый коронарный синдром

Острый коронарный синдром – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать

- острый инфаркт миокарда
- нестабильную стенокардию

Острый коронарный синдром включает в себя

- острый ИМ с подъемом сегмента ST,
- ИМ без подъема сегмента ST,
- ИМ, диагностированный по изменениям ферментов и биомаркеров,
- нестабильную стенокардию.

ЭКГ - диагностика при стенокардии

- Разнообразные изменения зубца Т (отрицательный симметричный заостренной формы, возможно наличие двухфазного Т)
- Смещение сегмента RS-T ниже изолинии
- Патологическое изменение зубца Т исчезают через несколько минут или часов после купирования приступа

Снижение сегмента ST может наблюдаться при

- Гипертрофии желудочков сердца
- Миокардитах различной этиологии
- При лечении сердечными гликозидами
- Гипокалемии
- Посттахикардальном синдроме
- Блокадах ножек пучка Гиса
- Остром панкреатите и холецистите
- Язвенной болезни желудка

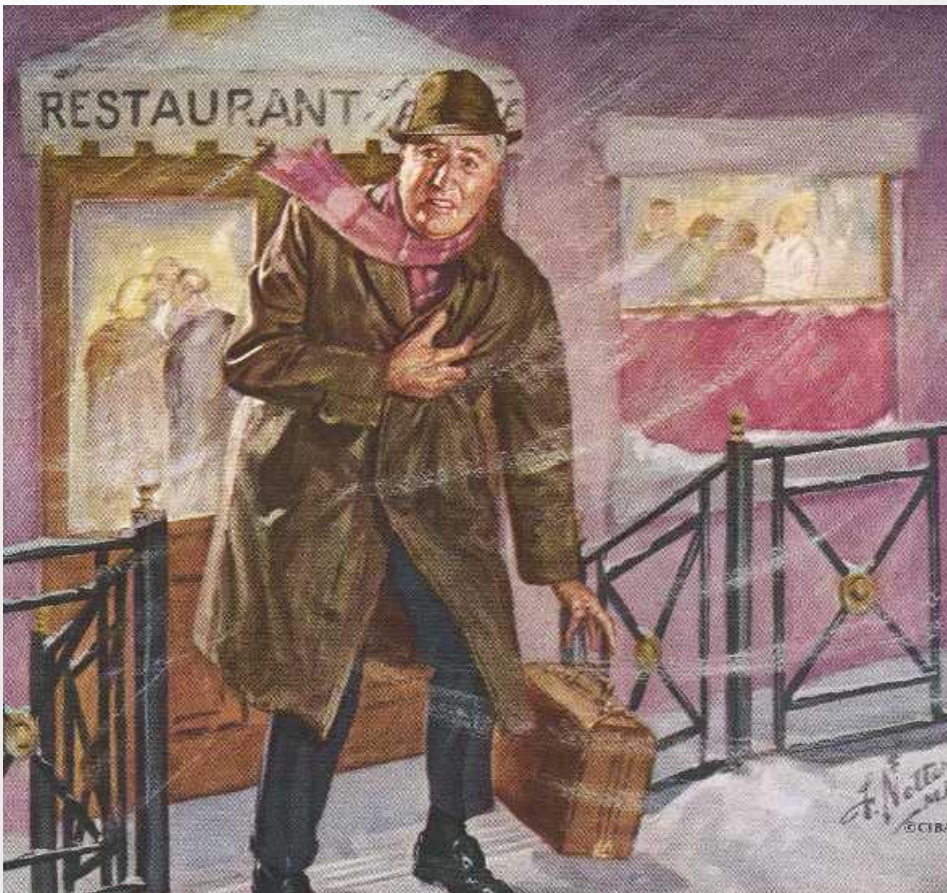
Определение

- Инфаркт миокарда – необратимое поражение (некроз) участка миокарда, обусловленное остро возникшей ишемией

Клинические варианты начала инфаркта миокарда

- Болевой (status anginosus) – 70-95%
- Астматический (status asthmaticus) – 10%
- **Абдоминальный (status abdominalis) – 15-20%**
- Аритмический – 5 -10%
- Цереброваскулярный – 0,8-1,3%
- **Малосимптомное или бессимптомное течение - 0,9%**

Клиническая картина инфаркта миокарда



Классические симптомы

Интенсивные, давящие боли за грудиной длительностью > 20 минут, не проходящие после приема нитроглицерина.

Дополнительные симптомы:

Иррадиация болей в левую (правую) руку, нижнюю челюсть, шею, спину, плечи

Потливость

Тошнота, рвота

Одышка

Головокружение

Критерии диагноза

- Повышение уровня биохимических маркеров некроза миокарда (тропонин, МВ-КФК) в сочетании с одним или более следующих СИМПТОМОВ:
 - Остро возникшие клинические симптомы, связанные с ишемией миокарда
 - Патологический зубец Q
 - Подъем или депрессия сегмента ST
 - Коронарное вмешательство
 - Данные аутопсии

Биохимические маркеры некроза миокарда

Маркер	Начало подъема	Максимум	Нормализация
АСТ	8-12 час	24-48 час	3-7 сутки
ЛДГ	24-48 час	3-5 сутки	8-15 сутки
КФК	6-8 час	24 час	3-4 сутки
МВ-КФК	4-6 час	10 час	36-72 час
Тропонин	5-10 час	11-15 час	12 сутки

Причины повышения уровня тропонина, не связанные с развитием острого коронарного синдрома

- Ишемия, не связанная с разрывом бляшки
 - Эмболия коронарных артерий
 - Коронарный спазм
 - Диссекция коронарной артерии
 - Расслаивающаяся аневризма аорты
- Кардиохирургия
 - Неадекватная кардиоплегия
 - Травматичная канюляция
 - Манипуляции на сердце
 - Окклюзия сосудов
- Миоперикардиты
 - Ревмокардит
 - Ревматоидный артрит
 - Системный васкулит
 - Вирусный
- Инфильтративные заболевания миокарда
 - Амилоидоз
 - Саркоидоз
- Травма
 - Абляция
 - Дефибрилляция
 - Травма сердца
- Прочие причины
 - Тахикардия
 - Гипертензия
 - Недостаточность кровообращения
 - Повреждающие агенты (адрямицин, 5-фторурацил)
 - Гипотиреоз
 - ТЭЛА
 - Сепсис
 - Инсульт
 - Феохромоцитома
 - Почечная недостаточность

Другие методы диагностики инфаркта миокарда

- Эхо-КГ (выявление зон гипокинезии или акинезии)
- Сцинтиграфия миокарда с Tc^{99} - пирофосфатом
- Коронароангиография (выявление острой окклюзии коронарной артерии)

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- Заболеваемость - 400-600 человек на 100 тыс.
- 6% населения имеют шанс заболеть
- П/о летальность - 0,05-0,2%
- Диагностические ошибки – 12-21%
- Удаление неизмененного отростка - 5-10%
- Частота осложнений - 8%

Догоспитальный этап

- Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар

Госпитальный этап (методы обследования)

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови
- Группа крови и Rh – фактор
- Рентгеновское исследование брюшной полости и грудной клетки
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Госпитальный этап (дополнительные методы обследования)

- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- КТ с внутривенным контрастированием
- Консультации специалистов смежного профиля
- Лапароскопия

Симптомы острого аппендицита

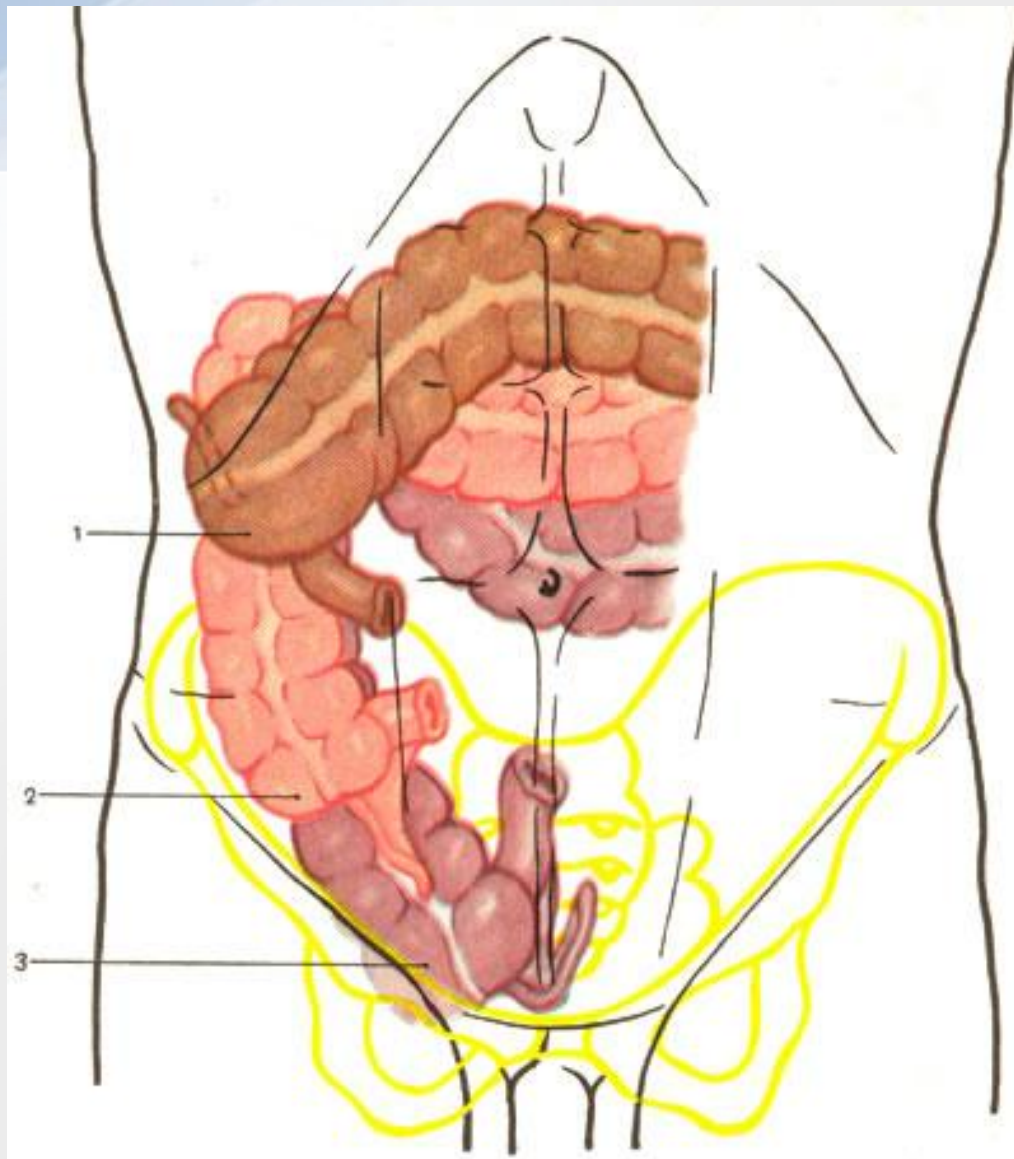
- Локализованная боль 95%
- Ригидность брюшной стенки 73%
- Симптомы раздражения брюшины 72%
- Учащение пульса 57%
- Фебрильная температура 48%
- Субфебрильная температура 40%
- Рвота 42%
- Тошнота 41%

Симптомы острого аппендицита (продолжение)

- Болезненность при пальпации в зоне червеобразного отростка
40%
- Болезненность по всему животу
32%
- Запор 10%
- Понос 2%

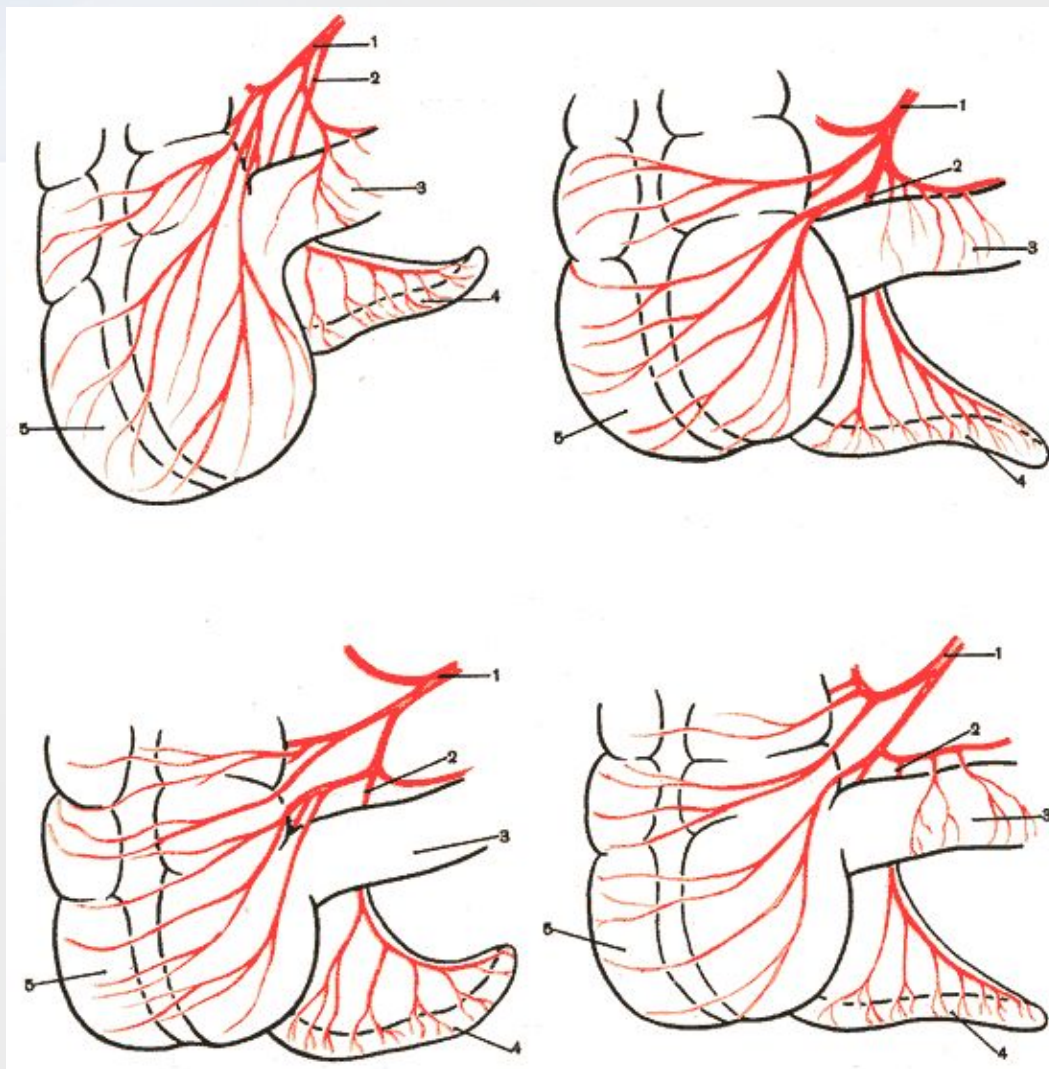
Классификация острого аппендицита

- Острый простой (поверхностный) аппендицит
- Острый деструктивный аппендицит
- Флегмонозный (с перфорацией и без перфорации)
- Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)
- Осложненный острый аппендицит
- Осложненный перитонитом - местным, диффузным
- Аппендикулярный инфильтрат
- Периаппендикулярный абсцесс
- Флегмона забрюшинной клетчатки
- Сепсис



Варианты положения слепой кишки.

- 1 — подпеченочное;
- 2 — подвздошное;
- 3 — тазовое.



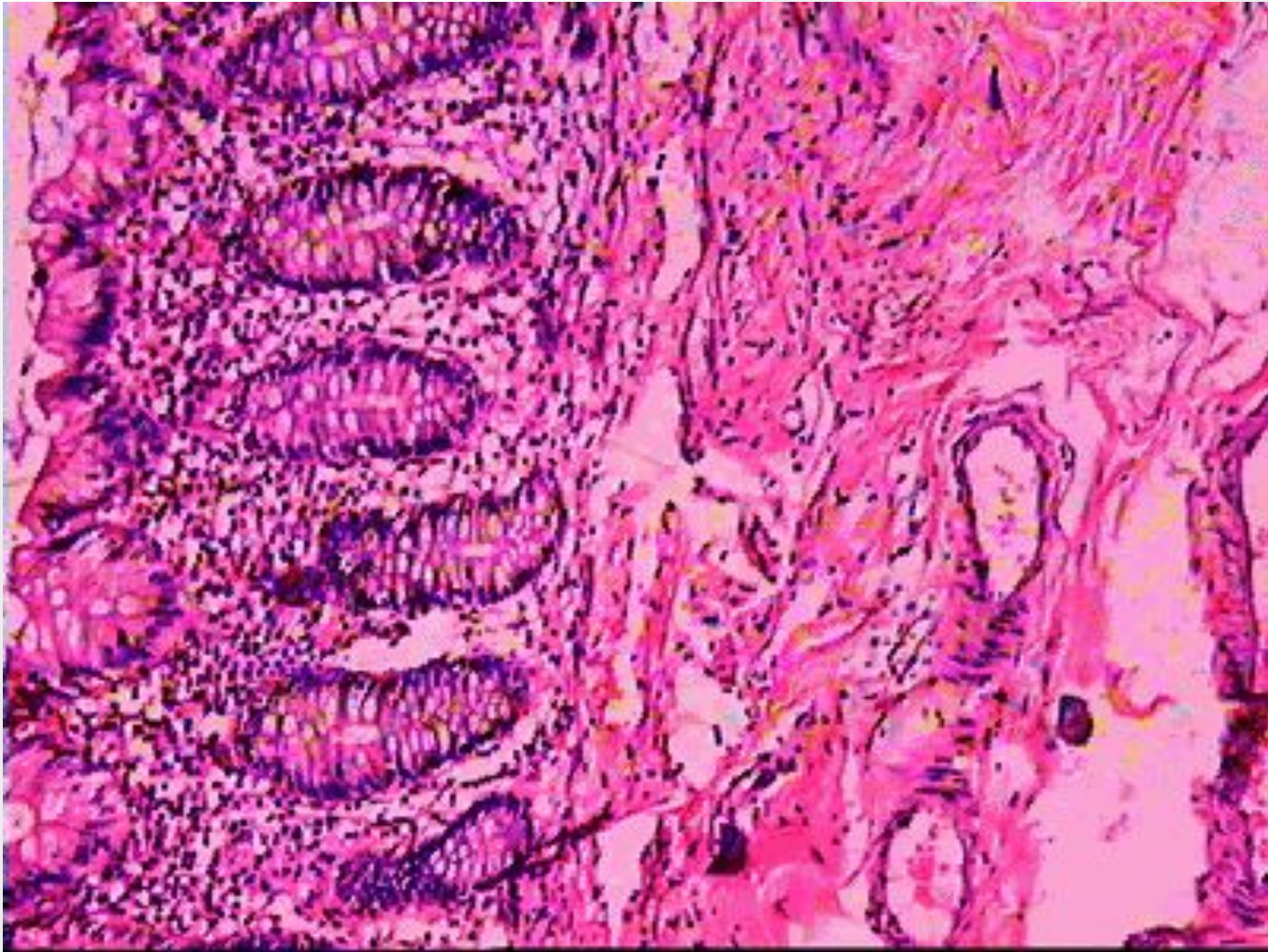
Варианты отхождения a. appendicis vermiformis.

**1 — a. ileocolica; 2 — a. appendicis vermiformis; 3 — ileum;
4 — appendix vermiformis; 5 — caecum.**

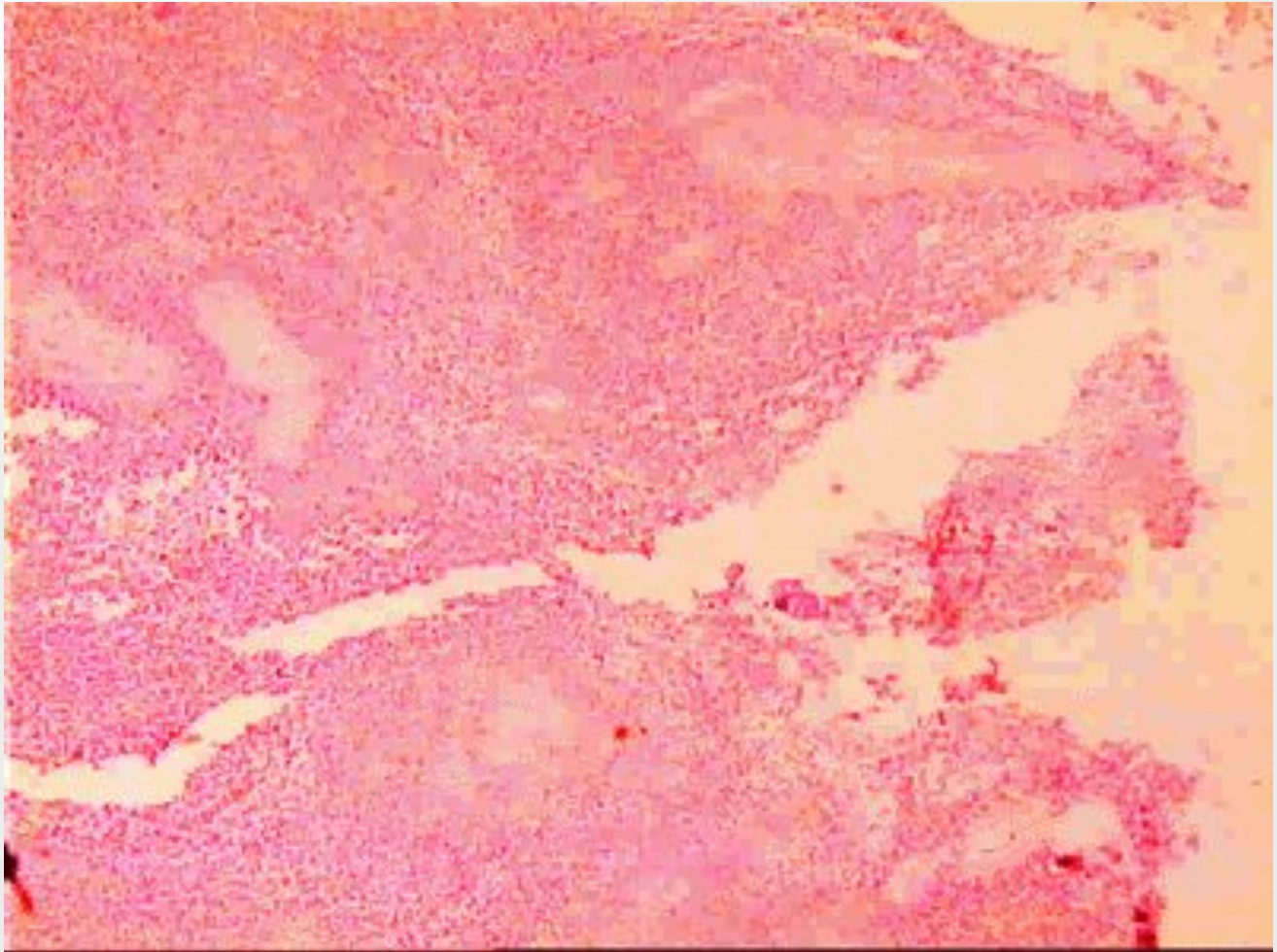
Этиология и патогенез

- Сенсibilизация организма (пищевая аллергия, глистная инвазия, нарушения иммунитета)
- Рефлекторный путь (болезни желудка, кишечника, желчного пузыря)
- Непосредственное раздражение или повреждение слизистой оболочки (каловые камни, инородные тела, перегиб).

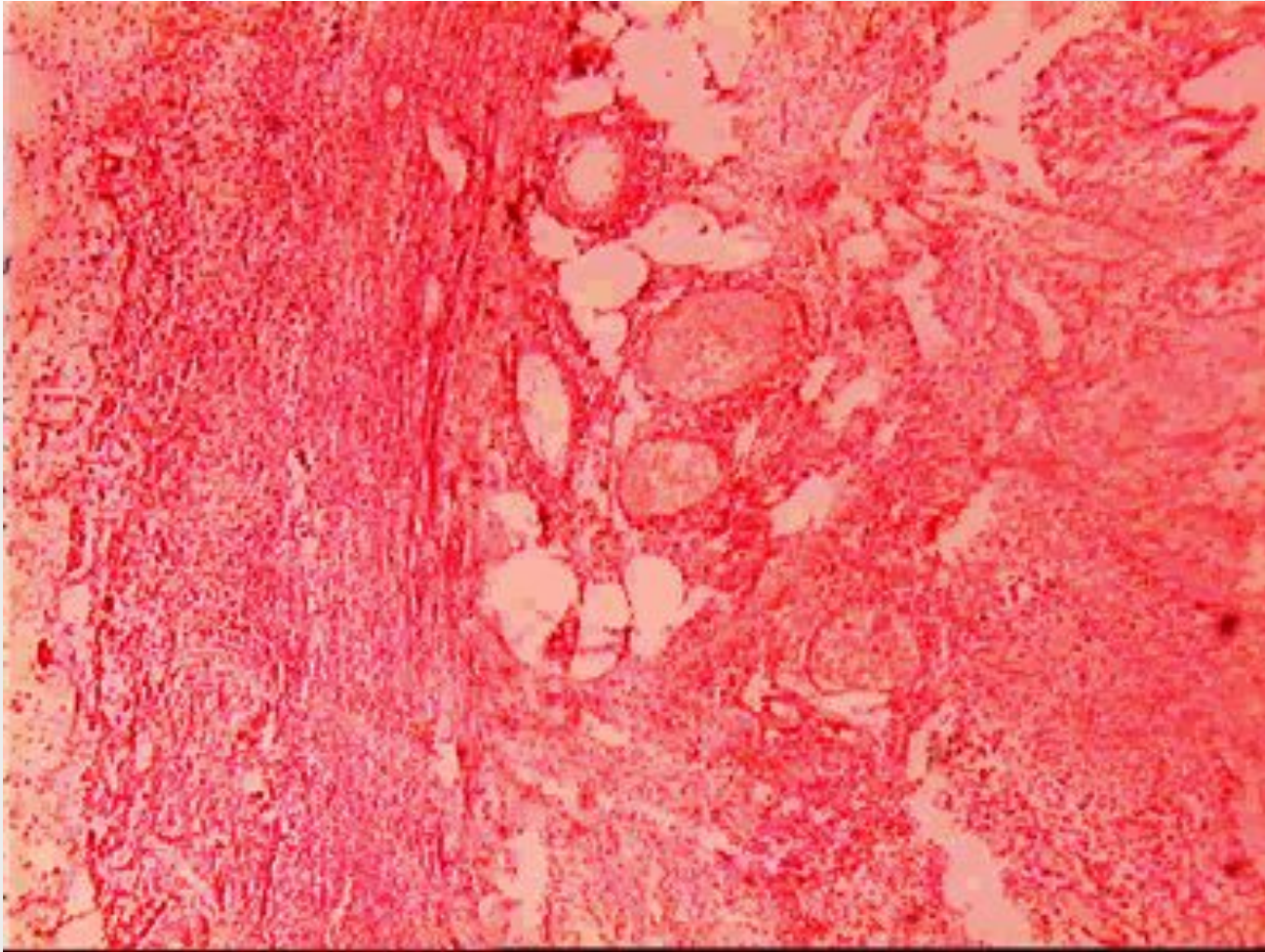
Катаральный аппендицит



Флегмонозный аппендицит



Гангренозный аппендицит

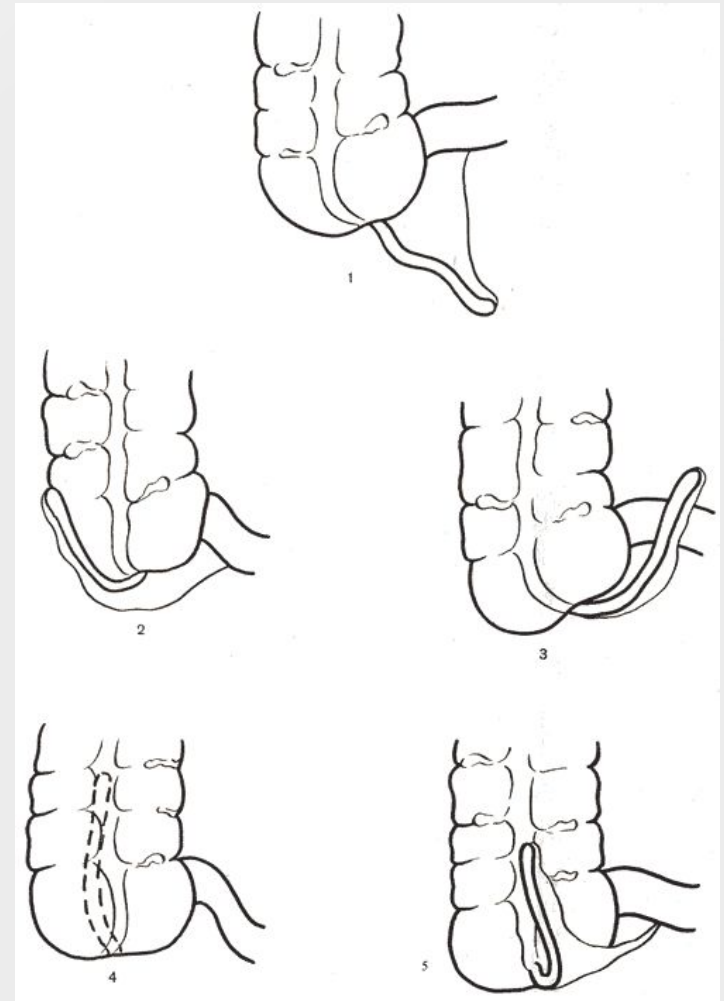


Варианты расположения червеобразного отростка

- Подпеченочное расположение
- Тазовое расположение
- Ретроцекальное
- Ретроперитонеальное
расположение

Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке

- 1 — нисходящее;**
- 2 — боковое (латеральное);**
- 3 — внутреннее (медиальное);**
- 4 — заднее (ретроцекальное, дорсальное);**
- 5 — переднее (вентральное).**



Альворадо в диагностике острого аппендицита

	Вариабельность	Баллы
Симптомы	Мигрирующие боли	1
	Анорексия	1
	Тошнота, рвота	1
Объективные данные	Напряжение мышц правой подвздошной области	2
	Симптом Щеткина-Блюмберга	1
	Повышение температуры больше 37,3	1
Лабораторные данные	Лейкоциты > 10x10⁹/л	2
	Сдвиг лейкоцитарной формулы влево >75%	1

Примечание: 10баллов – острый аппендицит; 5-6 баллов возможен, 7-8 баллов вероятен; 9-10 высокая вероятность; <5 баллов не характерен

Усовершенствованная шкала Альворадо – Tzanakis Scoring

	Вариабельность	Баллы
Симптомы	Напряжение мышц передней брюшной стенки	4
Объективные данные	Симптом Щеткина-Блюмберга	3
Лабораторные данные	Лейкоцитоз	2
Дополнительные методы исследования	УЗИ - положительная симптоматика	6
Всего		15

Примечание: более 8 баллов на 96% острый аппендицит

Балльная оценка по шкале Tzanakis:

Чувствительность - 91,48%,

Специфичность - 66,67%,

Общая диагностическая точность 90%

Оценка по шкале Альварадо:

Чувствительность - 81,91%,

Специфичность - 66,67%,

Общая диагностическая точность - 81%

Негативная аппендэктомия составила 6%

Дифференциальный диагноз острого аппендицита

Хирургические
заболевания

Острый холецистит
Перфоративная язва желудка
и двенадцатиперстной кишки
Кишечная непроходимость
Острый панкреатит
Инвагинация тонкой кишки
Мезаденит
Дивертикулит Меккеля
Дивертикулит толстой кишки
Гематома прямых мышц
живота

Дифференциальный диагноз острого аппендицита

Урологические
заболевания

**Правосторонняя почечная
колика
Пиелонефрит справа
Инфекция
мочевыводящих путей**

Дифференциальный диагноз острого аппендицита

Гинекологические
заболевания

**Внематочная
беременность
Воспалительные
заболевания придатков
матки
Перекрут кисты яичника
Апоплексия яичника**

Особенности течения острого аппендицита у беременных

- Основные проблемы возникают во 2 половине беременности
- Диагностика затруднена в связи с перерастяжением брюшной стенки и оттеснением слепой кишки
- Риск операции значительно ниже риска осложнений острого аппендицита как для матери, так и для плода

Особенности течения острого аппендицита у детей

- Преобладание симптомов интоксикации и поражения желудочно-кишечного тракта – дифференциальная диагностика и дизентерией, ПТИ
- Недоразвитие большого сальника – отсутствует полноценное отграничение воспалительного очага – высокая частота перитонита

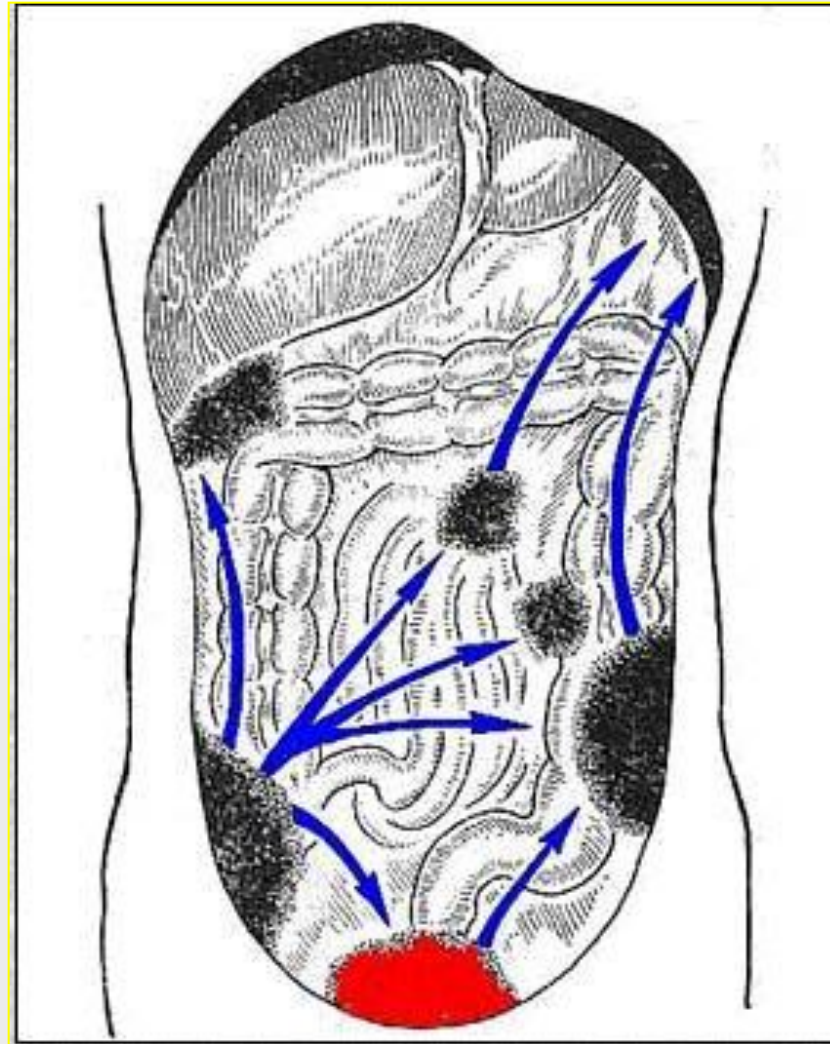
Особенности течения острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста

- Ареактивность – слабо выражены общие симптомы воспаления
- Атрофия мышц передней брюшной стенки – слабо выражены местные симптомы
- Поражение сосудов – высокая частота и быстрое развитие деструктивных форм аппендицита
- Наличие сопутствующих заболеваний

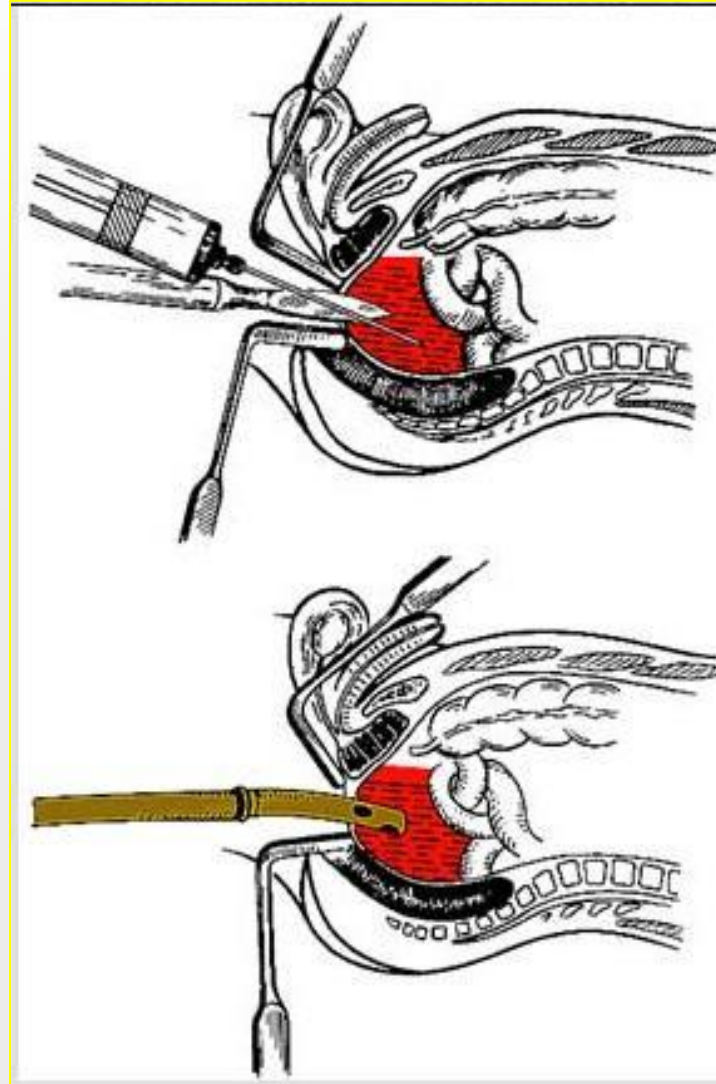
Осложнения острого аппендицита

- Аппендикулярный инфильтрат
- Аппендикулярный абсцесс
- Распространенный перитонит
- Сепсис
- Пилефлебит

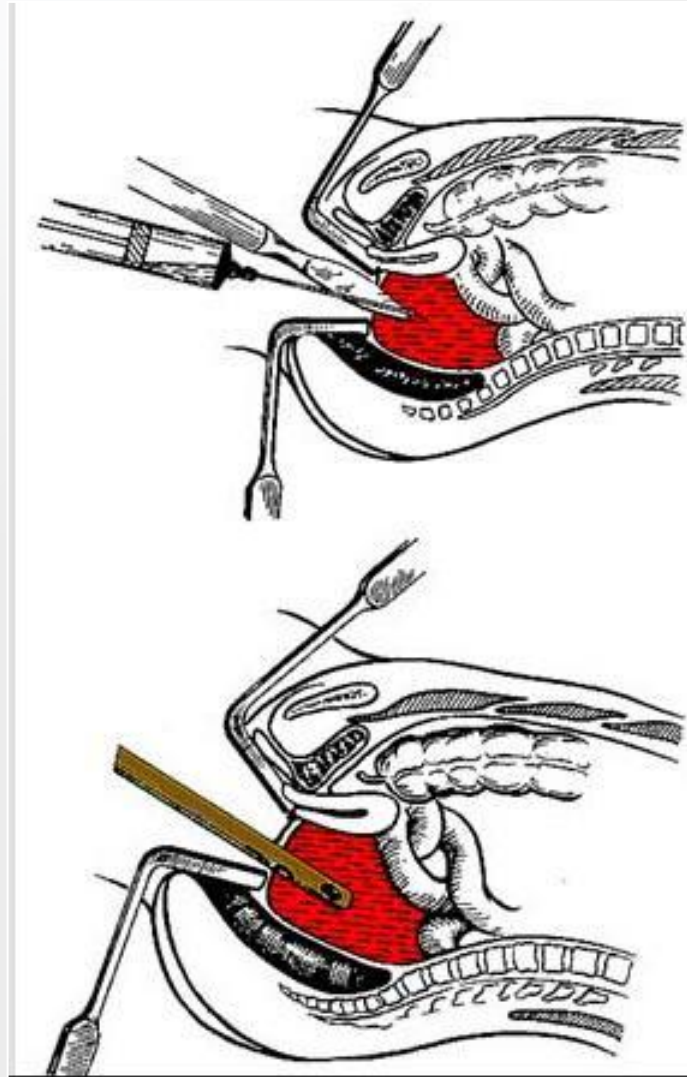
Абсцесс малого таза



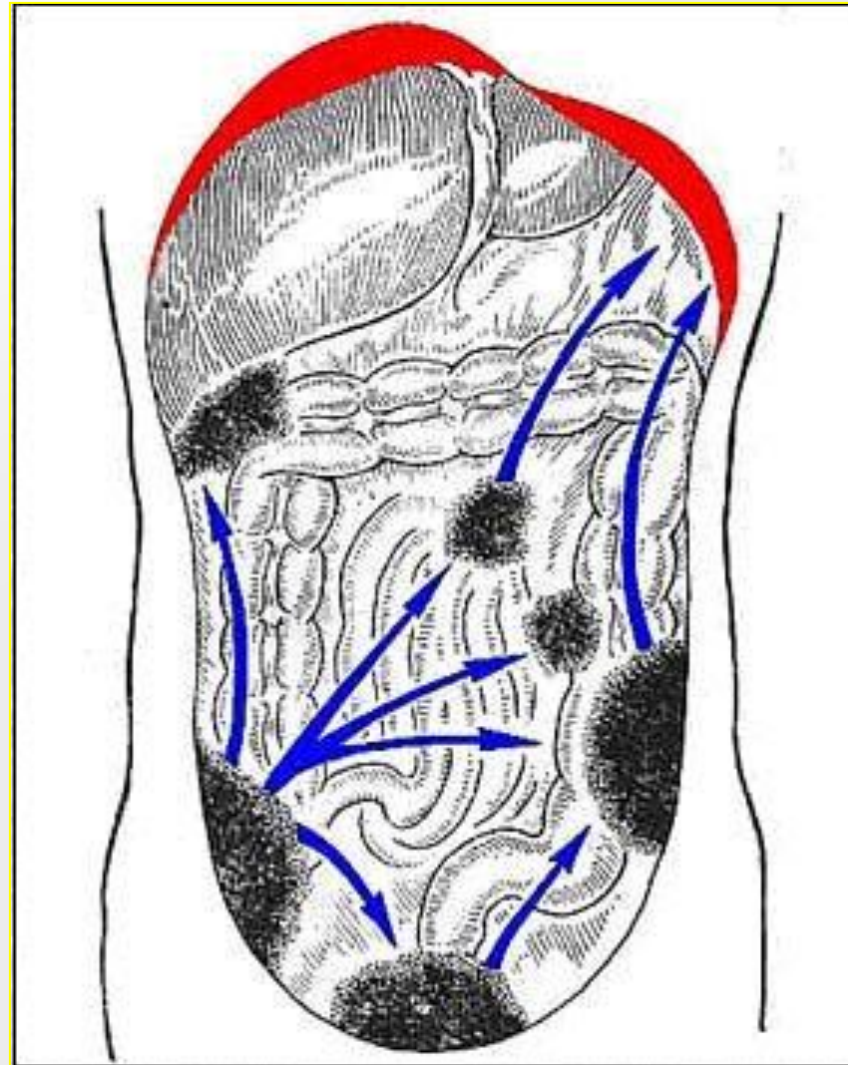
Вскрытие абсцесса через стенку прямой кишки



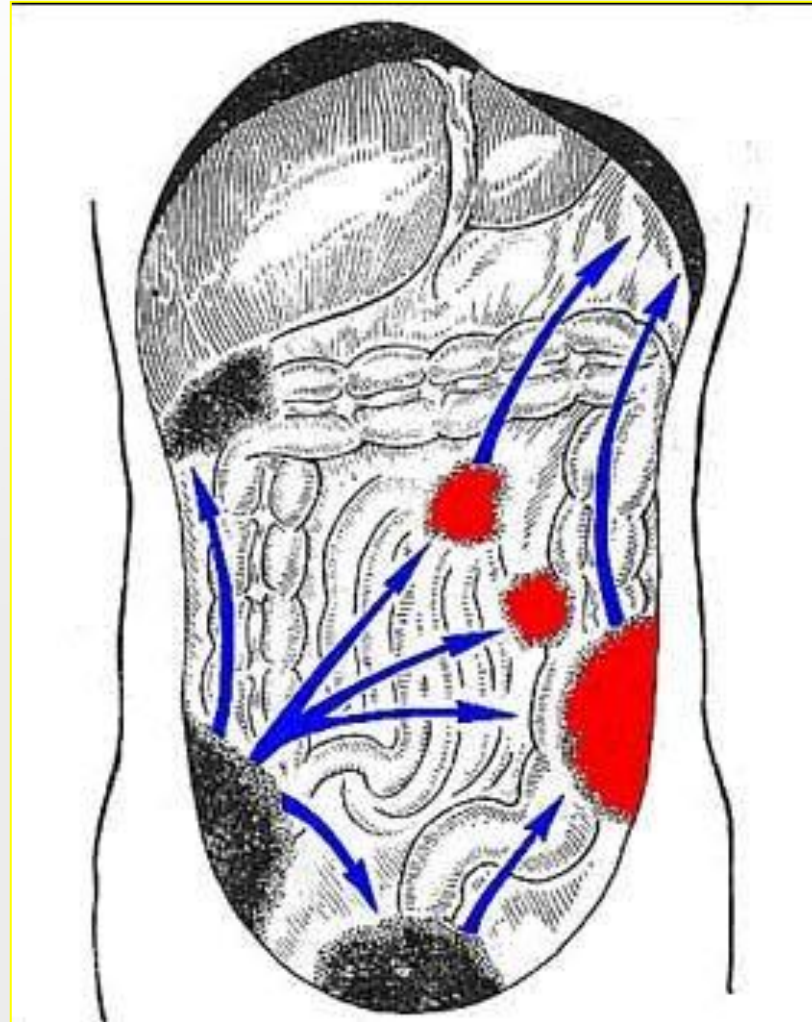
Вскрытие абсцесса через стенку влагалища



Поддиафрагмальный абсцесс



Межкишечные абсцессы



Осложнения аппендэктомии

- Инфильтрат
- Нагноение раны
- Лигатурные свищи
- Кровотечение
- Абсцессы брюшной полости
- Несостоятельность швов культи
- Перитонит

Эпидемиология острого панкреатита

- Заболеваемость ОП
 - в мире 20 – 80 на 100 тыс. населения
 - в России 135 на 100 тыс. населения
- П/о летальность
 - в мире 18 – 21%
 - в России 22 – 34%

Эпидемиология ОП

- Возрастная группа 30 – 40 лет
- Гендерные группы
М : Ж = 1,2 : 1

Клиника ОП

Клинические симптомы	Острый панкреатит отечной формы	Панкреонекроз
1. Боль	96	94
2. Тошнота/рвота	70	77
3. Метеоризм	84	89
4. Ригидность мышц	78	80
5. Парез кишечника	66	74
6. Гипергликемия	28	71
7. Гипокальциемия	6	50
8. Желтуха	38	43
9. Легочная недостаточность	10	68
10. Почечная недостаточность	16	50
11. Шок	4	38
12. Сепсис	4	31
13. Энцефалопатия	0	11
14. ЖКК	0	9

Нарушение микроциркуляции при ОП

- С. Мондора – цианоз лица и туловища
- С. Лагерлефа – цианоз лица и конечностей
- С. Грюнвальда, Каллена – петехии вокруг пупка
- С. Дэвиса – петехии на ягодицах
- С. Грея Тернера – экхимозы на боковых отделах живота

Догоспитальный этап

- Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар. Пациенты в тяжелом состоянии госпитализируются в отделение реанимации.

Госпитальный этап

- Стратификация ОП по этиологическому фактору, тяжести состояния, распространенности, локализации и характеру поражения
- Методы обследования: общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- Рентгеновское исследование брюшной полости и грудной клетки
- УЗИ
- ЭГДС
- КТ с внутривенным контрастированием.

Госпитальный этап

Дополнительные методы обследования:

- МРТ
- МРХПГ
- ЭндоУЗИ
- Лапароскопия

Основание для установления диагноза ОП

Сочетание минимум двух из следующих признаков

- Типичная клиническая картина
- Гиперферментемия
- Характерные признаки ОП по данным УЗИ

Острая кишечная непроходимость

- Заболеваемость ОКН

- в России 5 - 7 на 100 тыс. населения

Возрастная группа 48 – 58 лет

Гендерные группы

М :Ж = 1,75:1

При спаечной непроходимости М:Ж=1:1,4

- П/о летальность

- в России 5,1 – 8,4%

- в возрастной группе старше 60 лет 11-16%

В РФ в год выполняется 450 – 500 тыс.

оперативных вмешательств

Клинические проявления острой кишечной непроходимости

- Болевой синдром
- Задержка стула и газов
- Рвота
- Вздутие живота
- Жажда

Симптомокомплекс ОКН

- Болезненность и вздутие живота
- Симптом Валя (видимая асимметрия живота, прощупываемая кишечная выпуклость, видимая глазом перистальтика, слышный при перкуссии высокий тимпанит)
- Симптом Склярлова “шум плеска”
- Симптомы раздражения брюшины
- Симптом “Обуховской больницы”
- Симптом Кивуля - патологическая перистальтика (с звонким металлическим оттенком)
- Симптом Спасокукоцкого – шум падающей капли

Симптомокомплекс ОКН

- “Заострение” черт лица
- Снижение тургора кожи и глазных яблок, исчезновение рельефа подкожных вен
- Сухой язык
- мраморность кожных покровов, цианоз
- Тахикардия, низкое АД
- Нарушение дыхания
- Неустойчивый нервно-психический статус
- Олигурия

Догоспитальный этап

- Больные с клинической картиной кишечной непроходимости или подозрением на нее должны быть немедленно госпитализированы.
- Рекомендуется введение спазмолитических средств, при наличии рвоты введение желудочного зонда и эвакуация содержимого.
- Применение анальгетиков и наркотиков противопоказано.

Приемное отделение

- Физикальное обследование больного, включая перкуссию и аускультацию живота, обследование типичных мест выхода брюшных грыж, ректальное и вагинальное исследования
- Клинический анализ крови
- Биохимия, электролиты, КЩС
- Ro-граф. Грудной клетки и полипозиционное брюшной полости (вертикальном, горизонтальном положении, боковой позиции)
- При подозрении на толстокишечную непроходимость совместно хирургом и рентгенологом решить вопрос об ирригоскопии

Госпитальный этап (основные методы)

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- Определение группы крови и Rh-фактора
- ЭКГ
- Рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости.

Госпитальный этап (дополнительные методы)

- КТ органов брюшной полости с пассажем водорастворимого контраста по желудочно-кишечному тракту
- Колоноскопия при отсутствии признаков странгуляции и перитонита.
- Возможно динамическое рентгенологическое исследование с оценкой пассажа контраста по кишечнику.

Клиника рака толстой кишки

- Снижение массы тела
- Патологические выделения из ануса
- Пальпируемое опухолевидное образование живота

Рекомендации государственной страховой медицины США

Начало скрининга – 50 лет

Режим скрининга – одно из следующего:

- **Тест на скрытую кровь – 1 раз в год**
- **Гибкая сигмоскопия – 1 раз в два года**
- **Колоноскопия:**
 - у пациентов с высоким риском – 1 раз в два года
 - у пациентов без высокого риска – 1 раз в 10 лет
- **Ирригоскопия с двойным контрастированием (по решению врача вместо сигмоскопии или колоноскопии)**

Стадии нарушения проходимости при раке толстой кишки

- Компенсированная стадия – 27,1%
- Субкомпенсированная стадия – 42,9%
- Декомпенсированная стадия – 30,0%

Компенсированная стадия нарушения кишечной проходимости при РТК

- Неустойчивый стул или запоры по 2-3 суток – 37%
- Небольшое вздутие живота – 5%
- Быстропроходящими спастическими болями – 22%
- Запоры регулируются приемом слабительных и диетой
- При пальпации – увеличение диаметра толстой кишки

Рентгенологические признаки компенсированной стадии нарушения кишечной проходимости при РТК

- На ОБЖ – расширение ободочной кишки на 4-5 см
- Умеренная пневматизация, ячеистость тени толстой кишки
- Уровней жидкости нет
- При ирригоскопии сужение просвета толстой кишки более 1,5 см (93%)

Субкомпенсированная стадия нарушения кишечной проходимости при РТК

- Запоры до 3-5 суток, преобладающие над поносами – 80%
- Схваткообразные боли – 67%
- Тошнота, вздутие живота – 37%
- Патологические выделения – 24%
- Признаки «кишечного дискомфорта»
- Нарушение отхождения газов
- Состояние отн. удовлетворительное – 69%
- Умеренное вздутие живота
- Усиление перистальтики

Рентгенологические признаки субкомпенсированной стадии нарушения кишечной проходимости при РТК

- Пневматизация и расширение ободочной кишки до 6 см – 47%
- Ячеистость тени толстой кишки – 65%
- Единичные уровни жидкости – 9%
- При ирригоскопии сужение просвета кишки до 1,5 – 1,0 см – 98%

Декомпенсированная стадия нарушения кишечной проходимости при РТК

- Вздутие живота – 100%
- Задержка стула и газов – 99%
- Боль в животе – 98%
- Тошнота – 83%
- Усиление частоты выслушиваемой перистальтики – 80%
- «Шум плеска» – 70%
- Перитонеальные симптомы – 12%
- Лихорадка – 6%

Рентгенологические признаки декомпенсированной стадии нарушения кишечной проходимости при РТК

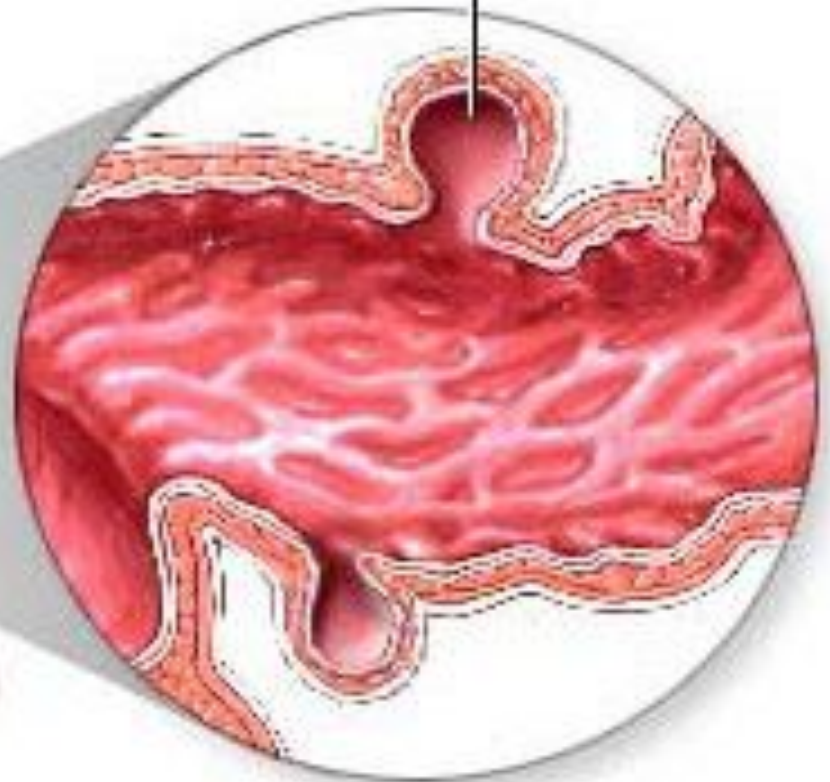
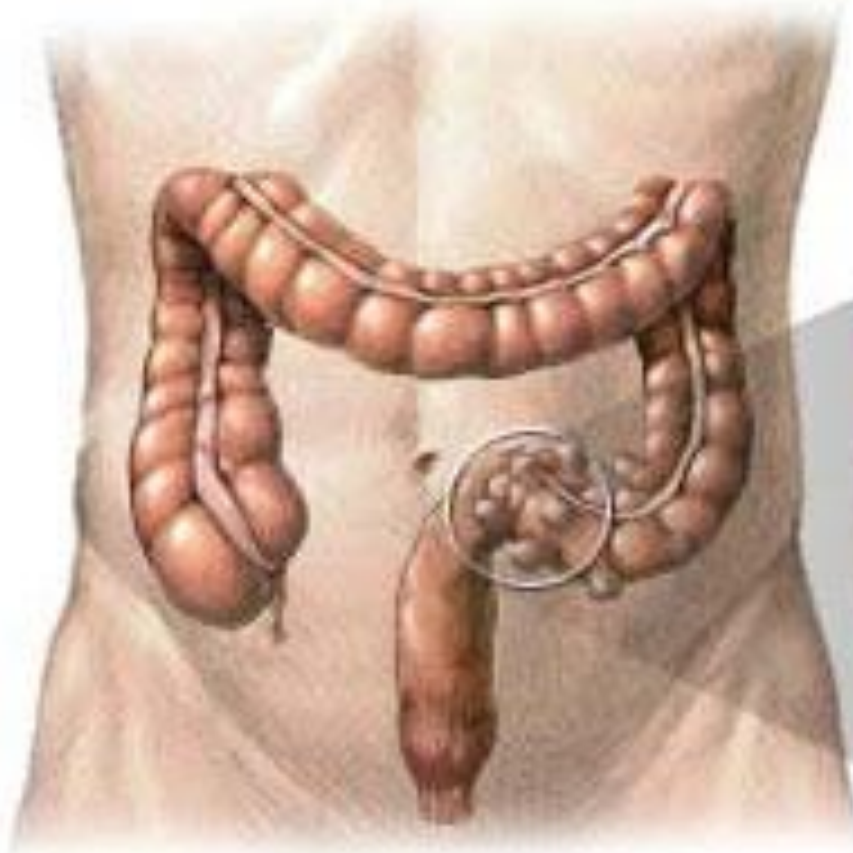
- Горизонтальные уровни жидкости – 96%
- Пневматизация и расширение ободочной кишки – 8%
- При ирригоскопии сужение просвета кишки менее – 1,0 см

Признаки нарушения проходимости толстой кишки

- Боль в животе – 100%
- Тошнота и рвота -74%
- Задержка стула и газов – 100%
- Вздутие живота – 100%
- Лихорадка - 6%

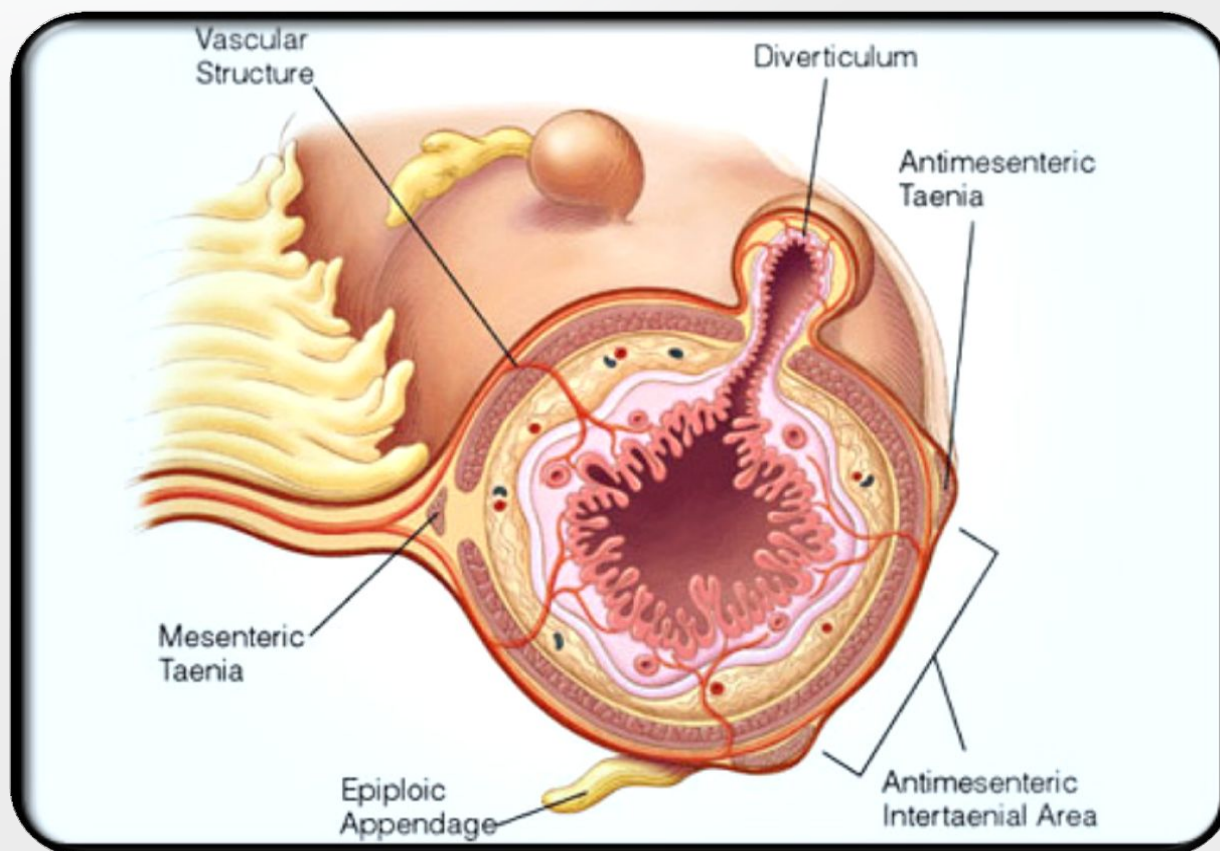
Дивертикулярная болезнь

Дивертикула



Определение ДБ

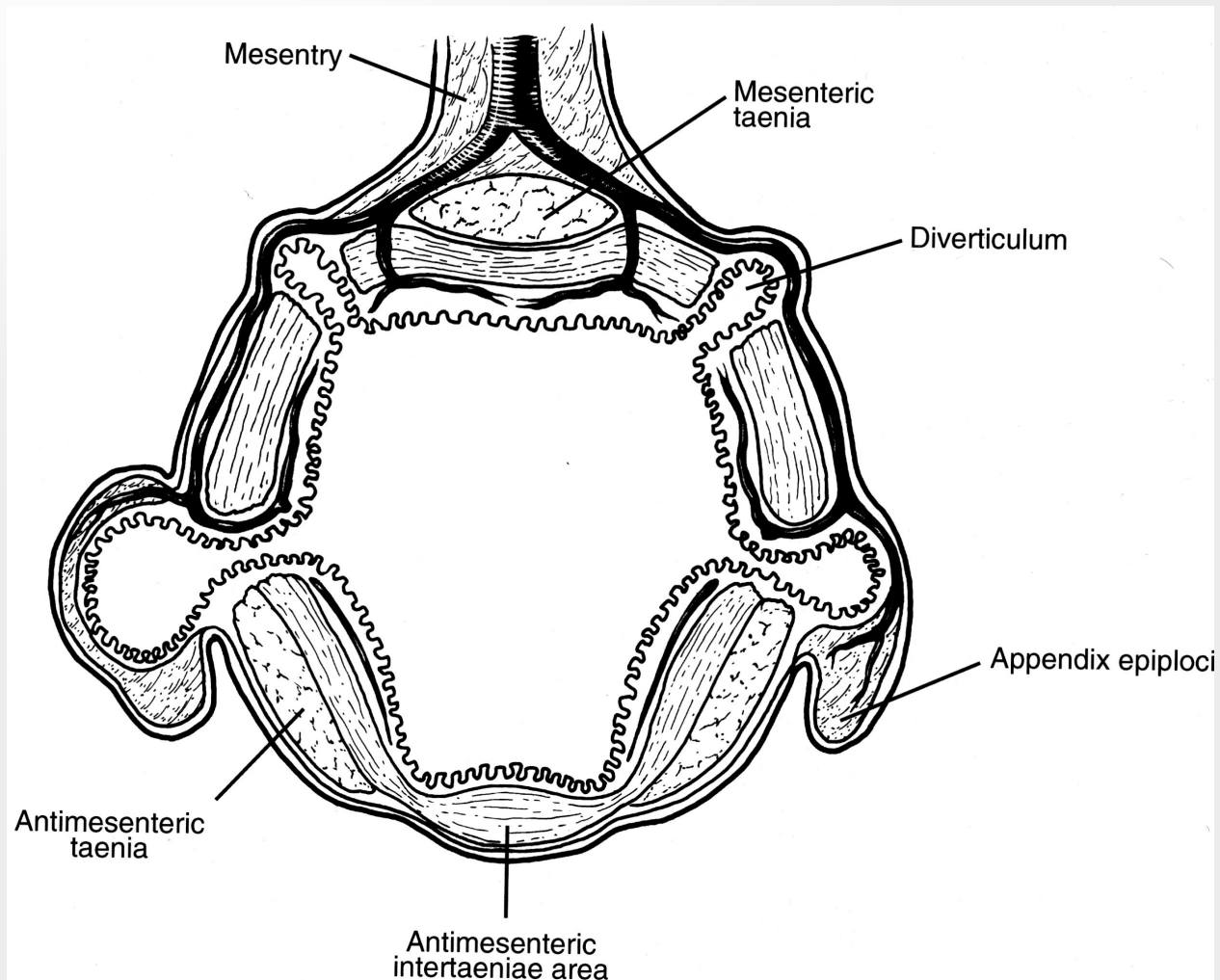
Патпроцесс основным признаком которого, является формирование «мешковидных» выпячиваний стенки ободочной кишки



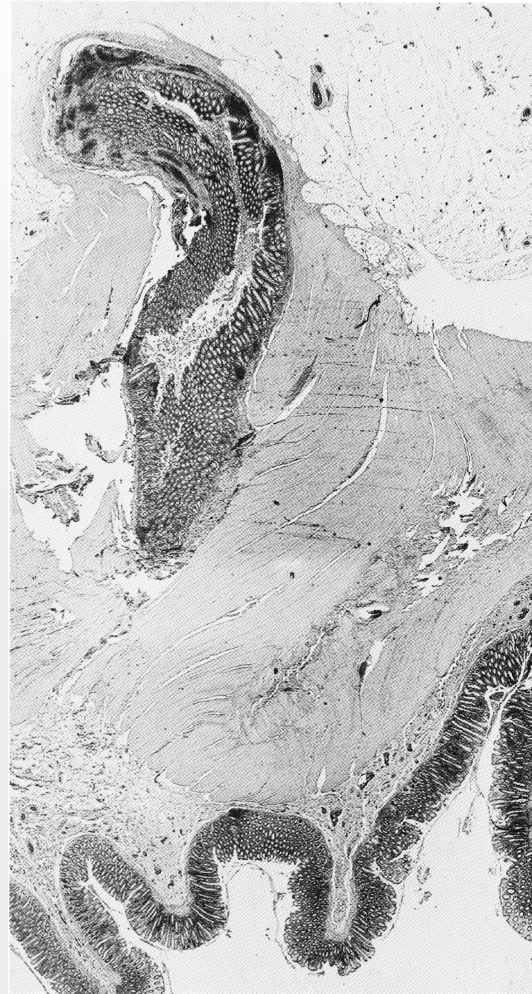
Заболеваемость ДБ

- 71 – 126 на 100 тыс. населения
- М:Ж = 1:1,3
- В СССР – 1970 г. – 2-3 на 100 тыс. населения
- В 1980 г. 17 на 199 тыс. населения
- В 2018 г. – 75 на 100 населения
- Осложнения дивертикулярной болезни (абсцесс или перитонит) – 3,5-8,5 на 100 тыс. населения

Схема формирования дивертикулов ободочной кишки



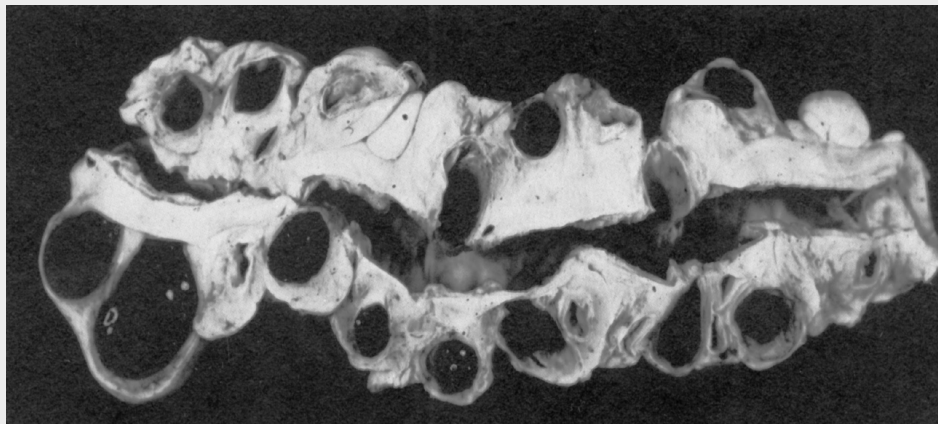
Гистологическое строение дивертикулов ободочной кишки



Распространенность дивертикулов ободочной кишки



Вид резецированной кишки с дивертикулами



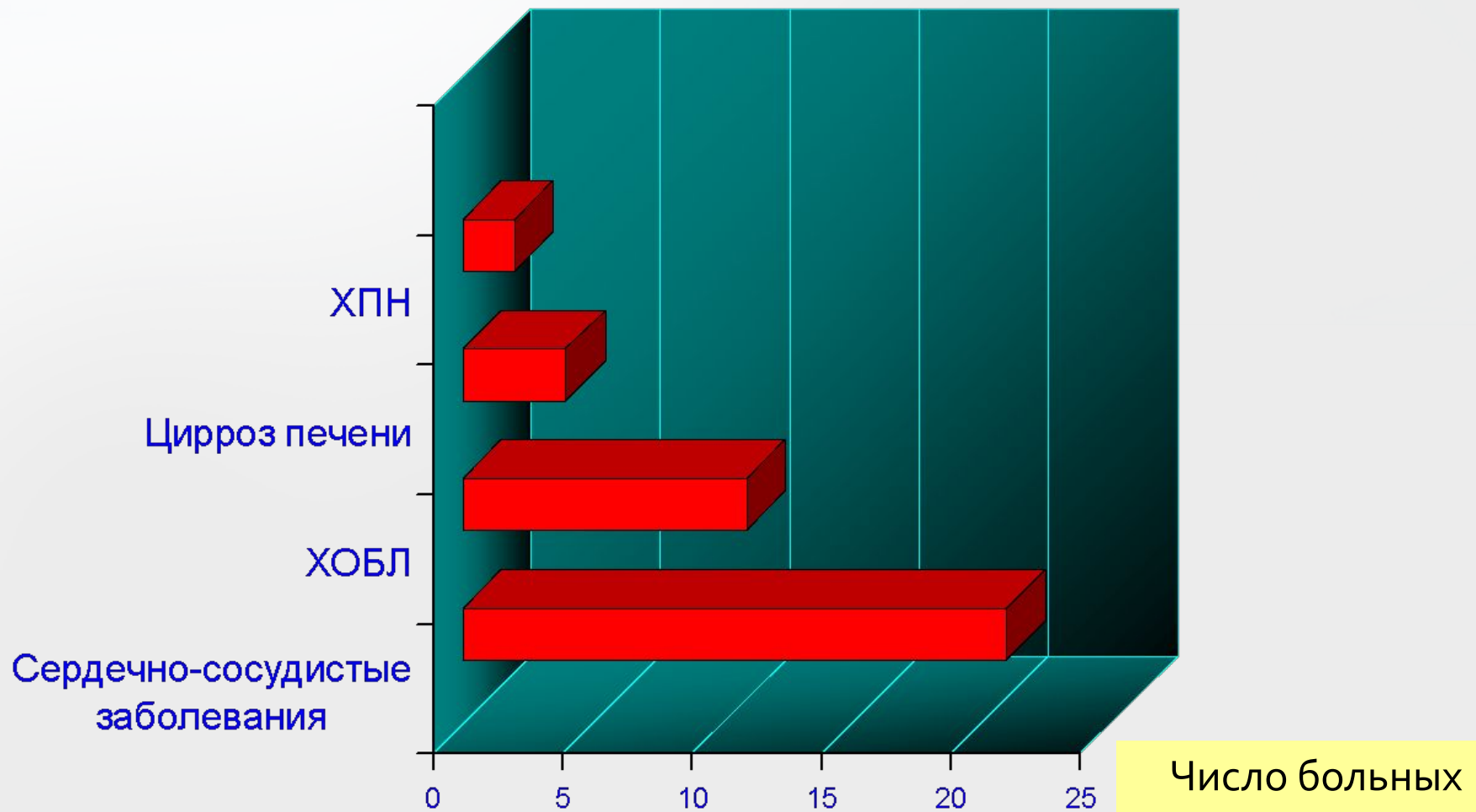
Классификация осложнений дивертикулита

- Воспалительный инфильтрат
- Периколический абсцесс
- Флегмона забрюшинного пространства
- Перитонит
- Стеноз ободочной кишки
- Формирование кишечных свищей

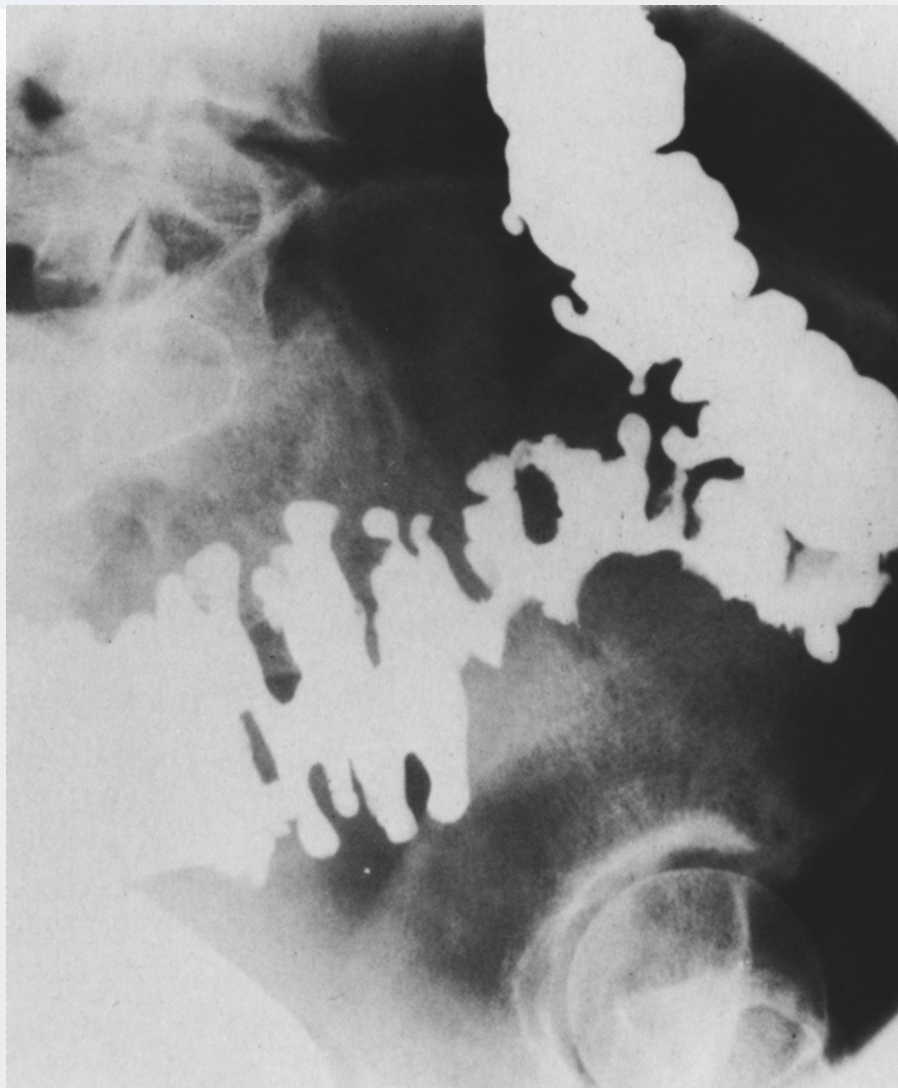
Классификация осложнений дивертикулита по D.S. Hickey с дополнениями (2000)

I стадия	перфорация дивертикула с формированием параколического абсцесса
II стадия	перфорация дивертикула с формированием ретроперитонеального или тазового абсцессов
III стадия	перфорация дивертикула в свободную брюшную полость с развитием фибринозно-гнойного перитонита
IV стадия	перфорация дивертикула с развитием калового перитонита
V стадия	абсцесс или перитонит, осложненный сепсисом

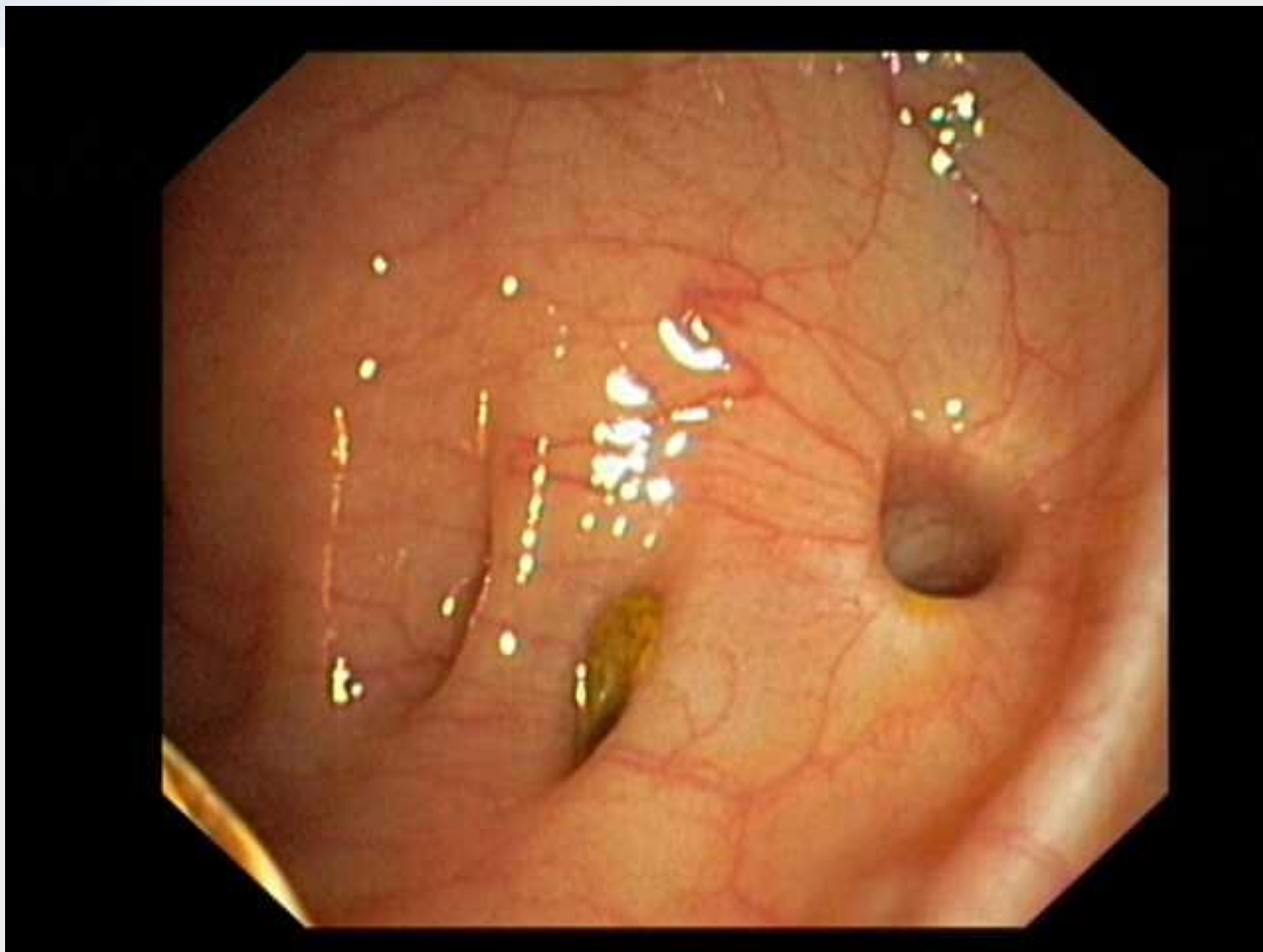
Частота сопутствующих заболеваний у больных с осложненным дивертикулитом



Рентгенограмма сигмовидной кишки



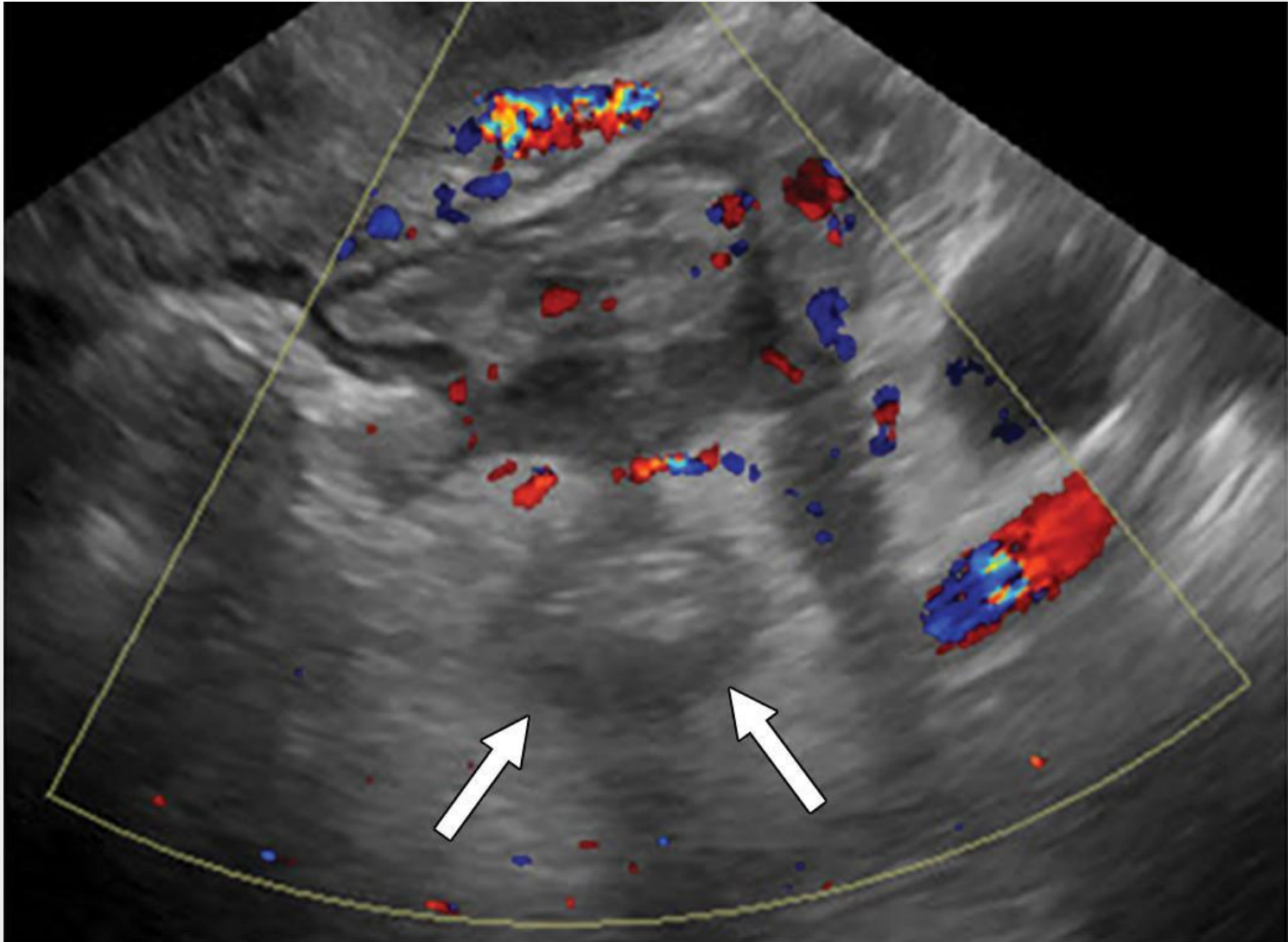
Колоноскопия



Колоноскопия



УЗИ органов брюшной полости и малого таза



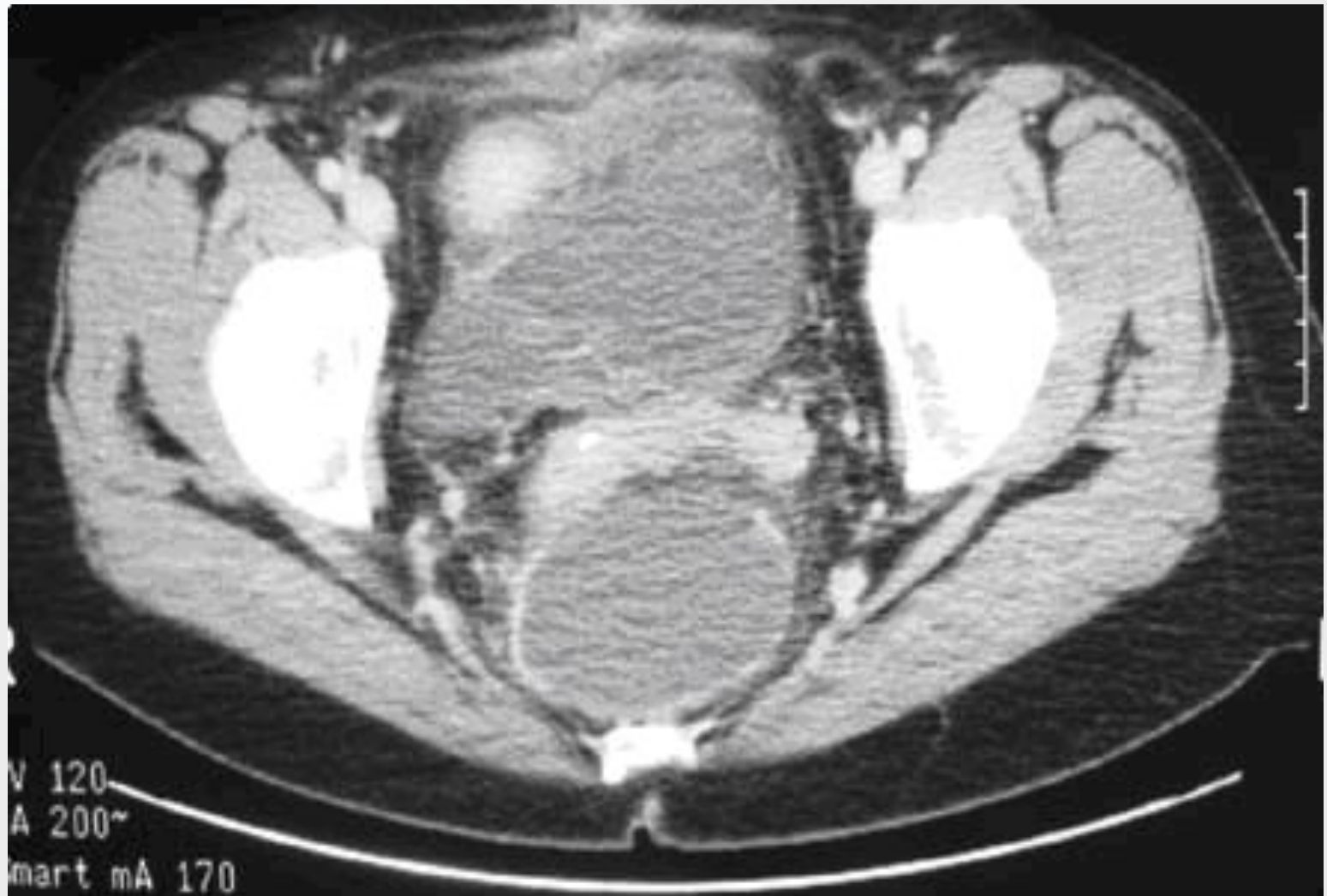
КТ брюшной полости



МСКТ брюшной полости и малого таза



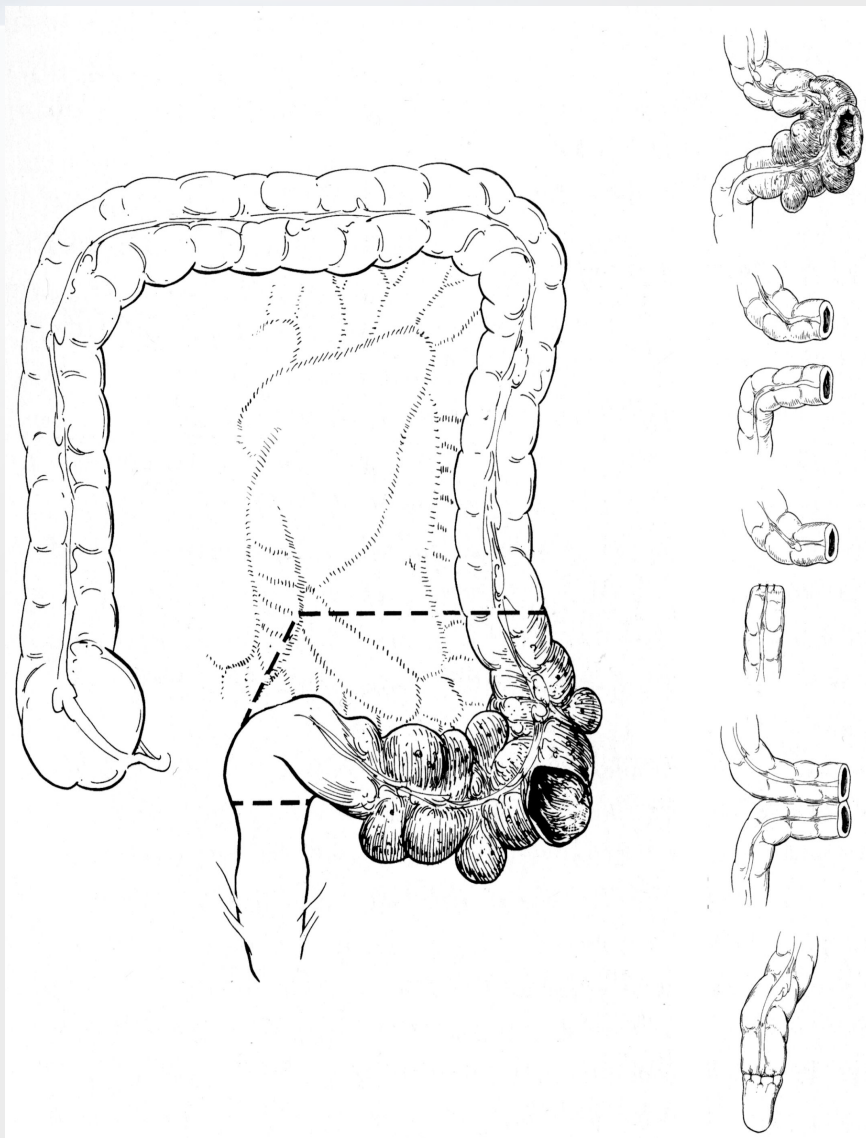
КТ малого таза



Дренирование абсцесса малого таза под контролем КТ



Хирургическое лечение дивертикулита





Болезнь Крона -

хроническое воспалительное заболевание кишечника аутоиммунной природы, характеризующееся стенозом кишечных сегментов, образованием свищей и внекишечными поражениями.

Классификация по локализации

- **Илеоколит** — наиболее распространённая форма, поражение подвздошной и толстой кишки
- **Илеит** — изолированное поражение подвздошной кишки
- **Желудочно-дуоденальная форма** — с поражением желудка и двенадцатиперстной кишки
- **Еюноилеит** — в процесс вовлечены тощая и подвздошная кишка
- **Болезнь Крона толстой кишки** — изолированное поражение толстого кишечника

Классификация по Vocus (1976)

- еюнит
- илеит
- еюноилеит
- энтероколит
- гранулематозный колит
- поражение анальной области
- панрегиональное поражение кишечника с вовлечением верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (желудка, двенадцатиперстной кишки)

Классификация по В. Д. Фёдорову, М. Х. Левитану

- энтерит
- энтероколит
- колит

Внекишечная локализация болезни Крона

- Глаза – конъюнктивит, кератит, увеит
- Полость рта – стоматит
- Суставы –
- Кожа – узловая эритема, гангренозная пиодермия
- Печень – жировая дистрофия, цирроз, склерозирующий холангит, холелитиаз, холангиокарцинома
- Почки – пиелонефрит, нефролитиаз, гидронефроз, амилоидоз, цистит

Общие симптомы болезни Крона

- Боли в животе
- Диарея
- Лихорадка
- Потеря веса
- Вздутие живота
- Боль в заднем проходе при дефекации
- Поражения перианальной кожи
- Абсцессы прямой кишки
- Анальная трещина
- Боль в суставах

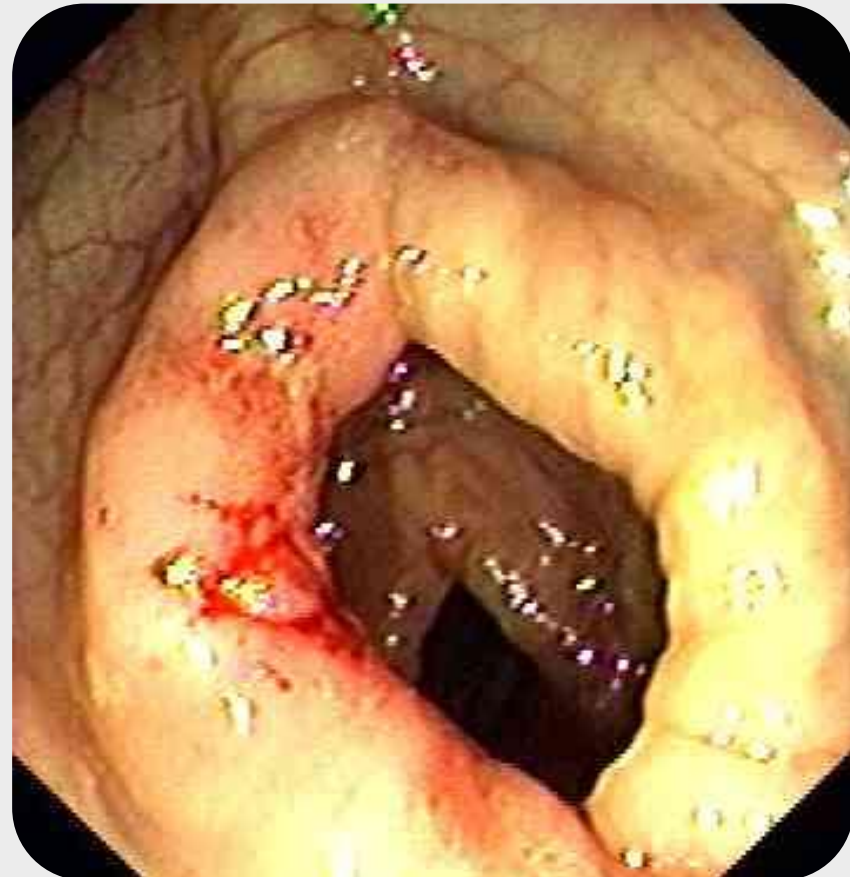
Диагностика болезни Крона (физикальные данные)

- Жалобы – боль в животе, неустойчивость стула, на снижение веса, нарушение пищеварения, выпадение волос, ломкость ногтей
- При осмотре – бледность кожи и слизистых, сухость кожи
- При пальпации – болезненность живота, чаще в правой подвздошной области и боковой области справа, возможно наличие инфильтрата

Диагностика болезни Крона (лабораторные и инструментальные данные)

- В Кл. анализе крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы «влево», повышение СОЭ
- УЗИ органов брюшной полости –
- Ирригография – прогрессирующее сужение просвета, изломанность складок слизистой, пораженные участки в виде «шнура» или «шланга», чередование со здоровыми участками
- Колоноскопия – глубокие язвы, вдоль продольной оси кишечника, с неровными плотными краями, вид «мощеной мостовой».
- КТ с реконструкцией

Колоноскопия



Хирургические осложнения

- *Прободение стенки кишки* – развитие перитонита внутрибрюшных абсцессов, спаек
- *Стриктуры* - хроническое воспаление и развитие рубцовой ткани приводит к сужению просвета кишки или непроходимости
- *Внутренние и наружные свищи* – с мочевым пузырем или маткой (выделение кала, воздуха из влагалища или мочевого пузыря)
- *Токсический мегаколон* (редко)
- *Язвы слизистой* – с повреждением подслизистой и сосудов, следствие кровотечения

Лекарственная терапия болезни Крона

- Глюкокортикоиды
- НПВС – производные салициловой кислоты
- Средства для энтерального питания
- Сульфаниламиды
- Ферменты и антиферменты

Показания для хирургического лечения

- Рефрактерность к лекарственной терапии
- Наличие стеноза просвета, фистул, гнойных осложнений
- Непроходимость ЖКТ
- Перфорация стенки кишки и внутрибрюшные осложнения
- Геморрагическая анемия тяжелой степени
- Наличие гнойных осложнений (свищей, фистул, абсцессов), трещин в аноректальной области

Перфоративная гастродуоденальная язва

- Заболеваемость Перф. ЯБЖ и Двен. К-ки
 - в мире 3,8 – 14 на 100 тыс. населения
 - в России 11 - 18 на 100 тыс. населения

Возрастная группа 35 – 45 лет

Гендерные группы

М : Ж = 2:1,0

- П/о летальность
 - в России 1,5 – 14%
 - в мире 2,5% - 27%
 - в возрастной группе старше 60 лет 18-26 на 100 тыс. населения

Ежегодно в мире до 4 млн. больных

Причины увеличения количества осложнений ЯБЖ и Д. к-ки

- Высокое социальное напряжение в обществе
- Низкий материальный уровень населения
- Низкий комплаенс больных
- Низкий комплаенс диспансеризации
- Низкие затраты на здравоохранение (в том числе на медикаментозное лечение)
- Снижение уровня подготовки врачей основных специальностей

Клиника перфоративной гастродуоденальной язвы

Клинические данные	Число больных	
	n	%
Боли в животе	743	95
Напряжение мышц передней брюшной стенки	724	92,6
Язвенный анамнез	621	79,4
Пневмоперитонеум	539	68,9
Тошнота, рвота	610	78,0
Снижение систолического АД ниже 90мм рт. ст.	108	13,8
Повышение температуры тела	125	15,9
Диарея	41	5,2
Мелена	32	4,1

Догоспитальный этап

- Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар.
- Больные в тяжелом состоянии госпитализируются в отделения реанимации, минуя приемное отделение, с одновременным проведением противошоковых мероприятий.

Госпитальный этап (основные методы)

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- Определение группы крови и Rh-фактора
- ЭКГ
- Рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости.

Госпитальный этап (дополнительные методы)

- ЭГДС
- УЗИ
- КТ органов брюшной полости

Ущемленная грыжа

- Заболеваемость

- в мире 510 – 570 млн.

- в России 200 - 250 на 100 тыс. населения

Возрастная группа 30 – 40 лет

Гендерные группы

М : Ж = 1:15

- П/о летальность

- в России 3 – 8%

- в мире 1,5% - 5%

- в возрастной группе старше 60 лет 16-20% Ежегодно в мире до 20 млн. оперативных вмешательств

В СССР – 500 тыс. операций в год

В РФ – 250-280 тыс. операций в год, из них 50 тыс. по поводу ущемлений (соотношение к плановым 1:5)

В развитых странах – 1:9

Догоспитальный этап

- Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар.

Госпитальный этап (основные методы)

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Определение группы крови и Rh-фактора
- ЭКГ
- Рентгенография органов грудной клетки

Госпитальный этап (дополнительные методы)

- Биохимический анализ крови
- Коагулограмма
- Обзорная рентгенограмма брюшной полости
- УЗИ
- ЭГДС
- Колоноскопия
- КТ с пероральным и болюсным контрастированием

Хирургическая тактика при ущемленной грыже

- Экстренное хирургическое вмешательство как основной метод лечения диагностированной ущемленной грыжи независимо от срока ущемления, вида и места локализации.
- Больным с выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано проведение кратковременной (не более 2 часов) предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии, реанимационного отделения или в операционной.

Хирургическая тактика при ущемленной грыже

- Если у больного после самостоятельного вправления грыжи отмечается отрицательная динамика, показана экстренная лапароскопия. Экстренная диагностическая лапароскопия при несомненной жизнеспособности ущемленного органа может быть завершена ликвидацией ущемления и видеоэндоскопической пластикой грыжевых ворот.

Благодарю за внимание!

