



Институт хирургии
им. А.В. Вишневского

Острый живот

6-й курс. Мед.факультет МГУ

Определение

Острый живот, это –

Клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи.

Клинический синдром, включающий наличие боли в животе различной интенсивности, требующий решения вопроса о необходимости оказания экстренной или срочной хирургической помощи по поводу заболевания или травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

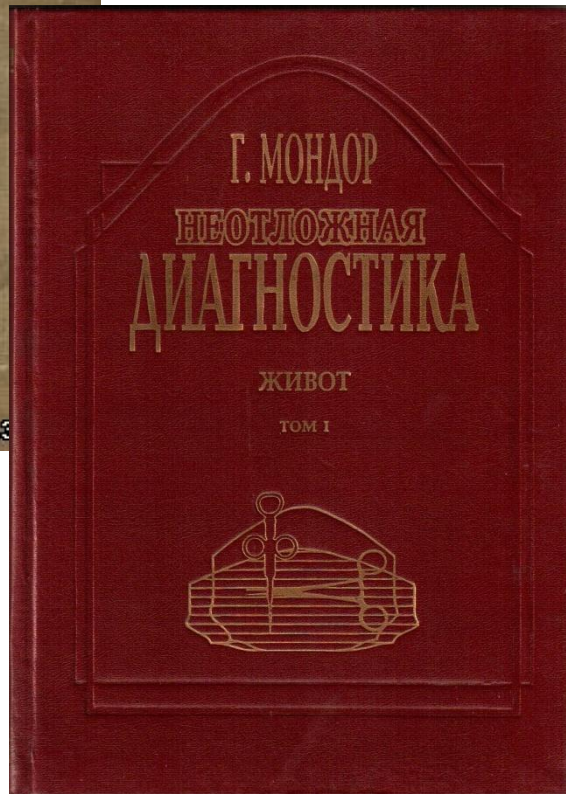
История термина

Происхождение термина «острый живот» не вполне известно.

В отечественной литературе появление термина связывают с изданием русского перевода книги Анри Мондора «Неотложная диагностика. Живот» (Медгиз. 1939 г.)



Медгиз.
1939 – 1940 г.



Медбук, 1996
г.



Henri Mondor (May 20, 1885, April 6, 1962)

История термина

«В медицинской практике наших дней нет более драматического положения, чем положение, создаваемое острыми хирургическими поражениями брюшной полости. ... при **«остром животе»**, при **«брюшной катастрофе»** клиническая картина не всегда бывает достаточно ясна, а практическому врачу приходится в одиночестве срочно ставить диагноз. ... Врач должен заботиться только об одном – важнее всего и над всем доминирует необходимость определения времени оперативного вмешательства».

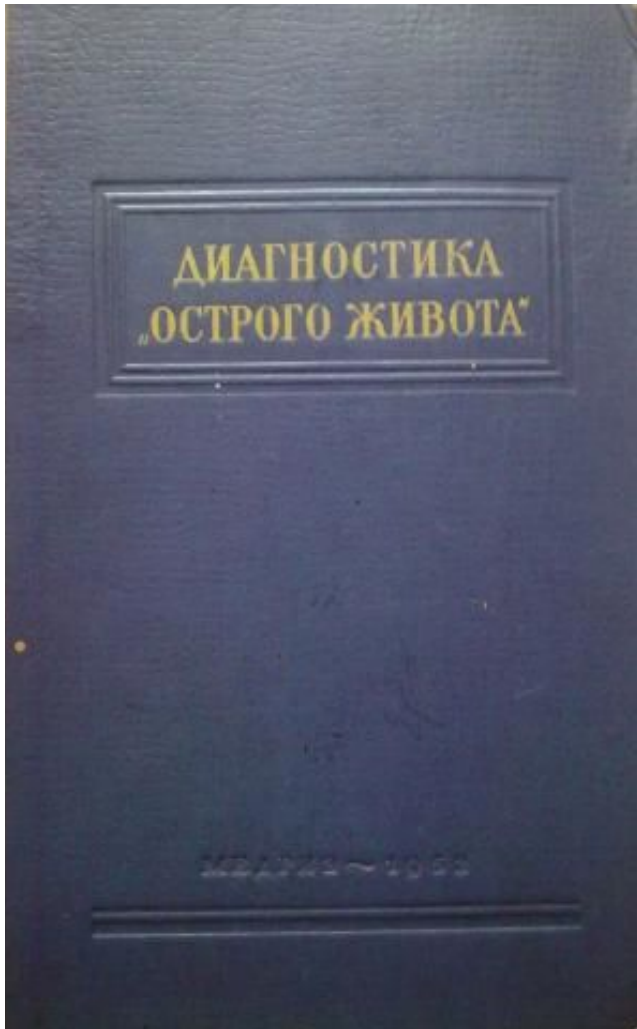
История термина

«Если до 20 часа хирург может рассчитывать на 8 из 10 выздоровлений, то после 20 часов смертность ... при ... двух поражениях (внематочной беременности и перфоративной язве) становится такой же, как 40 лет назад»

Н. Mondor (1937)

Вслед за книгой А. Мондора вышло в свет руководство по диагностике «острого живота» под редакцией известного отечественного хирурга Н.Н.Самарина, выдержавшее два издания (последнее в 1952 году).

В нем требования к срокам операции ужесточаются: 6 часов, и не со времени госпитализации, а от появления первых признаков болезни, заставивших больного осознать опасность своего положения и обратиться к врачу.



Медгиз; Издание 2-е, 1952 г.

Определение

Состояние, обозначаемое термином «острый живот», нередко служит оказанием к хирургическому вмешательству до постановки окончательного диагноза.

Промедление с началом операции может стать, причиной смерти; в то же время для дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения требуются подробный анамнез и тщательное физикальное обследование.

**Дж. Вителло, «Острый живот»,
в руководстве «Клиническая
хирургия», 1996**



Определение



Проще говоря, состояние острого живота означает острую боль в животе, которая требует решения, необходима ли больному экстренная операция.

Это наиболее частая причина вашего вызова в приемное отделение для обсуждения подхода к неотложному абдоминальному состоянию.

Моше Шайн, 2000

Задачи

1. Решить, нужна ли больному экстренная или срочная операция на органах брюшной полости? (минимум)
2. Поставить правильный диагноз (максимум).

Лечебная тактика должна быть определена в короткий срок, но достаточный для принятия взвешенного и аргументированного решения.

Варианты ведения больного с «острым

ЖИВОТОМ»

1. Немедленная операция («хирургия сейчас»).
2. Предоперационная подготовка и операция («хирургия вечером»).
3. Консервативное лечение (активное наблюдение, внутривенная инфузия, антибиотики и т.д.).
4. Выписка домой

Моше Шайн,
2000

Варианты ведения больного с «острым

1. Немедленная операция («хирургия **ЖИВОТОМ**» сейчас»).

Внутрибрюшные или забрюшинные кровотечения. Клиническая картина: сильная боль и гипотензия – разрыв аневризмы брюшной аорты и прервавшаяся эктопическая беременность.

Ущемленные грыжи

Внутренние кровотечения (в просвет ЖКТ) не относятся к «острому животу», поскольку не сопровождаются болью в животе.

Чаще всего, оставляют возможность выполнить экстренную ЭГДС, которая решает вопрос о необходимости экстренной операции.

Варианты ведения больного с «острым животом»

2. Предоперационная подготовка и операция («хирургия вечером»).

Генерализованный перитонит. Больные требуют предоперационной подготовки в течение нескольких часов. Готовность к операции определяется компенсацией функции жизненно важных органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, почек).

Наиболее частые причины: перфоративная гастро-дуоденальная язва, перфоративный аппендицит, перфоративный дивертикулит

Варианты ведения больного с «острым животом»

2. Предоперационная подготовка и операция («хирургия вечером»).

Местный перитонит. Как правило, больные требуют уточнения причины местного перитонита, и в большинстве случаев операция откладывается на несколько часов, суток и даже недель (острый холецистит, аппендикулярный инфильтрат). В ряде случаев эффективной оказывается консервативная терапия (дивертикулит).

Исключение в пользу **экстренной операции** – острый аппендицит (???)

Варианты ведения больного с «острым животом»

3. Консервативное лечение

(аппендикулярный инфильтрат, в большинстве случаев - острый холецистит, в подавляющем большинстве случаев - дивертикулит)

Варианты ведения больного с «острым животом»

3. Выписка домой

- Помнить о том, что, отпуская больного, Вы несете ответственность за свое решение (поскольку отпустили больного именно Вы), но контролировать ситуацию Вы уже не можете.
- У части отпущенных домой больных из доставленных в больницу с острым животом в дальнейшем диагностируется онкологическое заболевание органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Обследование больного

Анамнез + объективный осмотр –

60% правильного диагноза

25-30% - данные инструментальных методов
обследования

10-15% - данные лабораторных методов
обследования

Обследование больного

Анамнез

Расспрос начинают с выяснения обстоятельств возникновения **боли**. Анамнез должен дать ответы на следующие вопросы:

1. Локализация боли
2. Иррадиация боли
3. Характер боли
 - i. Постоянная
 - ii. Схваткообразная
4. Продолжительность боли
5. Интенсивность боли
6. Возникновение боли
7. Рвота

Обследование больного

Анамнез

Локализация боли

- для многих заболеваний характерна типичная локализация боли;
- для некоторых заболеваний боль разлитая без четкой топографии ;
- при атипичном течении заболевания, локализация боли может «уводить в сторону» от правильного диагноза

Обследование больного

Иррадиация боли

Как правило, существенно дополняет клиническую картину, нередко являясь основой для правильного диагноза в рамках характерного симптомокомплекса.

Классические примеры иррадиации боли:

- в надплечье и боковую поверхность шеи на стороне поражения – **раздражение диафрагмы** (абсцесс, гемоперитонеум)
- в правое плечо, в правую лопатку – **желчная колика**;
- опоясывающая – **острый панкреатит**;
- в поясницу и промежность – **воспалительные процессы гинекологической сферы**;
- по ходу мочеточника, по внутренней поверхности бедра и в половые органы – **почечная колика**

Обследование больного

Характер боли

Постоянная – характерна для воспалительных и опухолевых заболеваний брюшной полости

Схваткообразная – характерна для обструкции полого органа (непроходимость кишечника, почечная колика, желчная колика)

При ряде заболеваний схваткообразная боль **может переходить** в постоянную (желчная колика – холецистит; почечная колика – обструктивный пиелонефрит; кишечная непроходимость – инфаркт кишечника в результате странгуляции).

Обследование больного

Продолжительность боли

Эпизодические кратковременные без других клинических проявлений или боли, длящиеся месяцами – **серьезное заболевание маловероятно**

Продолжительные, постоянные или приступообразные боли, длящиеся от нескольких часов до нескольких суток или внезапное ухудшение состояния или усиление боли на фоне длительных (недели, месяцы) болей – **высокая вероятность серьезного патологического процесса**

боли, длящиеся годами – следует заподозрить симуляцию или психическое расстройство (социально-бытовые условия?)

Обследование больного

Интенсивность боли

Чем тяжелее хирургическое заболевание, тем интенсивнее боль.

Больные обычно интуитивно верно оценивают свое собственное состояние, поэтому не следует игнорировать жалобы на боль в животе даже у внешне здорового человека

Обследование больного

Возникновение боли

Внезапное, острое начало – больной четко определяет момент возникновения боли, состояние ухудшается стремительно (перфорация полого органа, тромбэмболия артерии, перекрут хорошо кровоснабжаемого органа)

Медленное начало (в течение нескольких часов) – больные могут указать время суток, когда появилась боль, но момент начала заболевания детализировать не могут. Ухудшение состояния и нарастание боли в течение часов (чаще) и суток (реже) (аппендицит, холецистит, дивертикулит, кишечная непроходимость).

Обследование больного

Рвота

Упорная, необильная частая рвота – острый панкреатит, высокая кишечная непроходимость, реже острый холецистит

Нечастая, но обильная рвота – низкая тонкокишечная непроходимость, толстокишечная непроходимость

Редкая рвота или отсутствие рвоты – острый аппендицит и др. острые заболевания органов брюшной полости

Обследование больного

Другие данные анамнеза

Возраст и пол

Дети до 2 лет – часто причиной боли в животе может быть тонкокишечная инвагинация

молодой возраст (до 44 лет) – чаще, чем в других возрастных группах бывает аппендицит

Острый холецистит – чаще у женщин молодого и зрелого возраста

Пожилой возраст – чаще возникают деструктивные формы аппендицита и холецистита, особенно у мужчин

Обследование больного

Другие данные анамнеза

Лекарственный анамнез

НСПВП и кортикостероиды – высока вероятность эрозивно-язвенных кровотечений из верхних отделов ЖКТ, а также гастро-дуоденальных перфораций

Алкоголь, тиазидные диуретики, азатиоприн – острый панкреатит

Сульфаниламиды, барбитураты – приступ острой перемежающейся порфирии

Эффективность обезболивания. Антацитиды уменьшают интенсивность боли при эзофагите, язвенной болезни. «Домашние» анальгетики не уменьшают боль при перитоните.

Другие данные анамнеза **Обследование больного**

Перенесенные заболевания

Повторяющиеся одностипные приступы – острый холецистит, хронический панкреатит, почечная колика др.

Перенесенные операции – нередко указывают на причину болей и правильный диагноз. При некоторых операциях удаляется червеобразный отросток (аппендицит исключен).

Гинекологический анамнез – перенесенные внематочные беременности (высокая вероятность повторения), кистозные изменения придатков (вероятность перекрута или воспаления кисты)

Частые одностипные госпитализации – симуляция?

Объективный осмотр **Обследование больного**

Внешний вид и поза больного:

- Больной расположился в постели комфортно, смотрит телевизор, шутит и улыбается при пальпации – острое хирургическое заболевание маловероятно.
- **Вынужденные поза или поведение:**
 - Поза «эмбриона» - острый панкреатит
 - Согнуто правое бедро – ретроцекальный аппендицит
 - Неподвижная – перитонит
 - Больной беспокоен, пытается найти удобную позу в кровати – острая мезентериальная ишемия
 - Больной не может оставаться неподвижным, «мечется» по комнате – почечная колика

Обследование больного

Объективные данные:

- **Тахикардия** – может быть обусловлена болью, лихорадкой, обезвоживанием. Тахикардии может не быть (β -блокаторы, начало заболевания). Нарастание ЧСС – признак ухудшения состояния
- **Тахипноэ** – причины:
 - поверхностное дыхание из-за болезненной экскурсии диафрагмы (местный или распространенный перитонит),
 - увеличение объема брюшной полости (кишечная непроходимость),
 - метаболический ацидоз (сепсис, перитонит)

Обследование больного

Объективные данные:

Лихорадка

- отсутствует на начальных стадиях многих заболеваний (аппендицит, холецистит)
- высокая температура (39-40°С) в первые несколько часов указывают на наличие абсцесса, бактериальный перитонит (перфорация толстой кишки)
- высокая температура (39-40°С) с ознобами указывает на бактериемию, холангит

NB! Лихорадки может не быть:

- при приеме жаропонижающих препаратов;
- у пожилых больных;
- у обезвоженных больных

При высокой лихорадке – посевы крови, эмпирическое начало антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия

Обследование больного

Объективный осмотр:

Исследование живота

- Осмотр:

- Рубцы и их локализация;
- Форма живота (вздут, втянут, деформирован)

- Аускультация:

- Перистальтика ослаблена или отсутствует (перитонит, паралитический илеус);
- Перистальтика нормальная (местный перитонит);
- Перистальтика усилена (механическая кишечная непроходимость);
- Сосудистые шумы (аневриза аорты, стеноз почечных и брыжеечных артерий)

Объективный осмотр: **Обследование больного** **Исследование живота**

- **Перкуссия:**

- Тупой звук (объемные образования. Свободная жидкость);
- Тимпанический (свободный газ и газ в кишечнике)
- Смещение тупого звука (асцит)
- Исчезновение печеночной тупости (перфорация полого органа)

- **Пальпация:**

- Определение болезненности (начинают с наименее болезненного участка брюшной стенки, от поверхностной к глубокой пальпации, **пальпация плоской ладонью!**)
- Определение мышечного напряжения (пальпация двумя руками в симметричных областях):
 - одностороннее напряжение – с/м перитонита;
 - «доскообразный живот» - с/м прободной язвы желудка
- Определение характерных симптомов

Обследование больного

Объективный осмотр:

Осмотр промежности, половых органов, прямой кишки:

Мужчины:

- осмотр паховых областей, проекции бедренного кольца (грыжи)
- осмотр наружных половых органов (перекрут яичка, эпидидимит, опухоли, выделения из мочеиспускательного канала)

Обследование больного

Объективный осмотр:

Осмотр промежности, половых органов, прямой кишки:

Женщины:

- бимануальное исследование матки, маточных труб и яичников
 - односторонняя болезненность или объемное образование – признаки пиосальпинкса, пиовара или перекрута кисты на ножке;
 - болезненность при смещении шейки матки во время исследования – воспалительные заболевания матки и придатков (с/м Промптова)
- ректовагинальное исследование (тазовый абсцесс)
- осмотр паховый областей и области бедренных треугольников (грыжи)

Обследование больного

Лабораторные исследования – **помогают (!)** в диагностике причины «острого живота», но не могут служить основанием для постановки или снятия диагноза без данных анамнеза и объективного осмотра

Анализ мочи:

Гематурия – мочекаменная болезнь (почечная колика);

Лейкоцитурия (+ бактериурия) – инфекция

Общий анализ крови:

Лейкоцитоз (может отсутствовать в начальных стадиях заболевания). Более информативно изучение **лейкоцитарной формулы**

Биохимический анализ крови:

Амилаза, липаза – острый панкреатит, но повышаются не всегда и не коррелируют со степенью тяжести панкреатита

Обследование больного

Инструментальные исследования – выполняются при сомнениях в клиническом диагнозе по данным физикального обследования и сбора анамнеза, а также при необходимости уточнить топографию патологического процесса

Результат инструментальных методов исследования является **документом**, подтверждающим, или ставящим под сомнение клинический диагноз!

Рентгенологические методы обследования

Обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки

Наиболее частые показания:

- поиск свободного газа
- определение уровней жидкости в петлях кишки и их топографии

Обследование больного

Обзорная рентгенография (ОР) органов брюшной полости и грудной клетки для определения **наличия свободного газа**

Выполняется в вертикальном положении больного или в латеропозиции.

Ценность этого исследования не высока.

В большинстве случаев выявление свободного газа свидетельствует о наличии прободной гастродуоденальной язвы, гораздо реже свободный газ выявляется при перфорации тонкой или толстой кишки и крайне редко – при перфоративном аппендиците. Чаще всего свободный газ выявляется под правым куполом диафрагмы.

NB! Отсутствие свободного газа не исключает перфорацию полого органа, а небольшие количества свободного газа могут быть не обнаружены при ОР органов брюшной полости

Диагностика

Рентгенологические исследования Обзорная рентгенография



вертикальное положение
больного

Диагностика

Рентгенологические исследования

Обзорная рентгенография

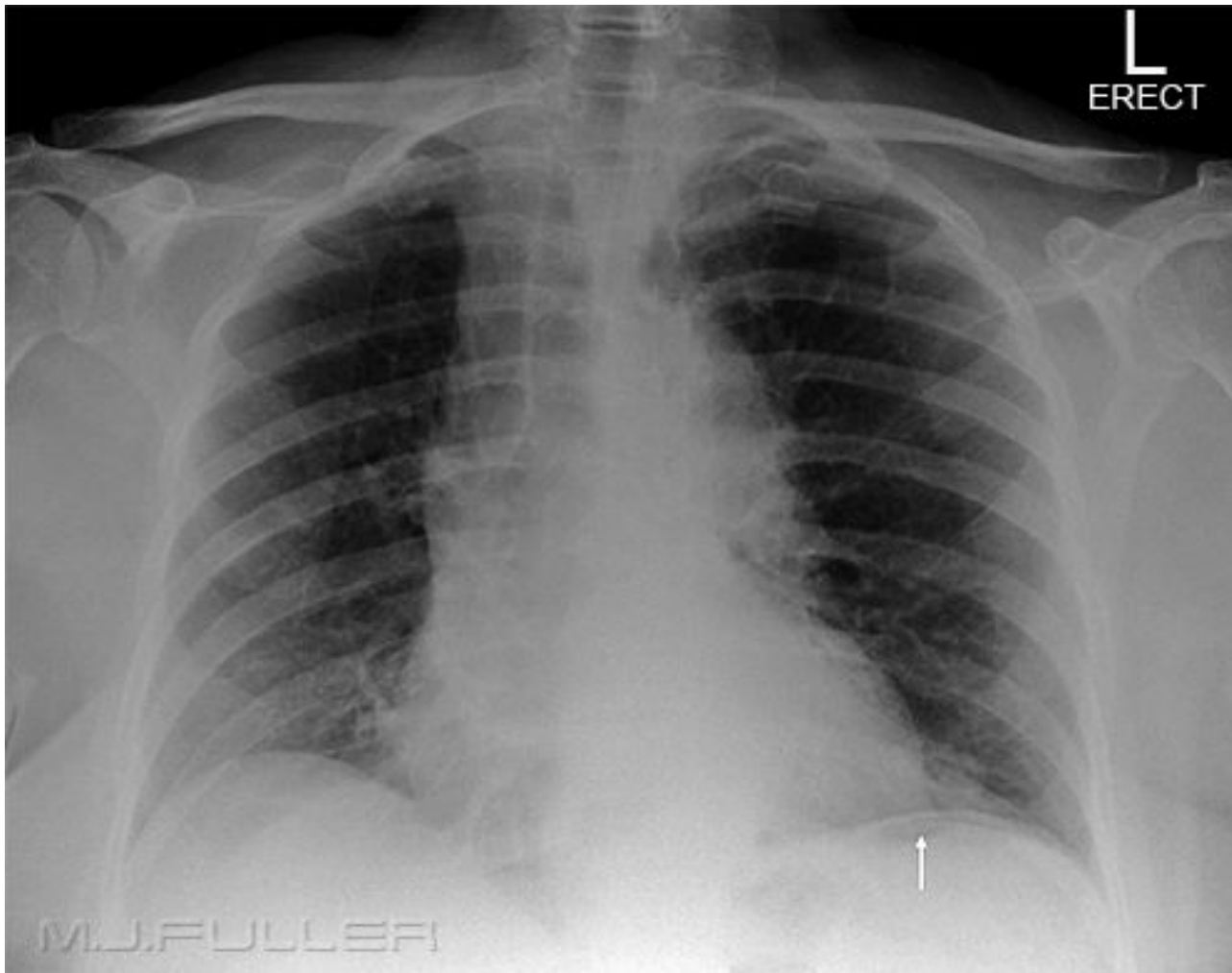


латеропозиция

Диагностика

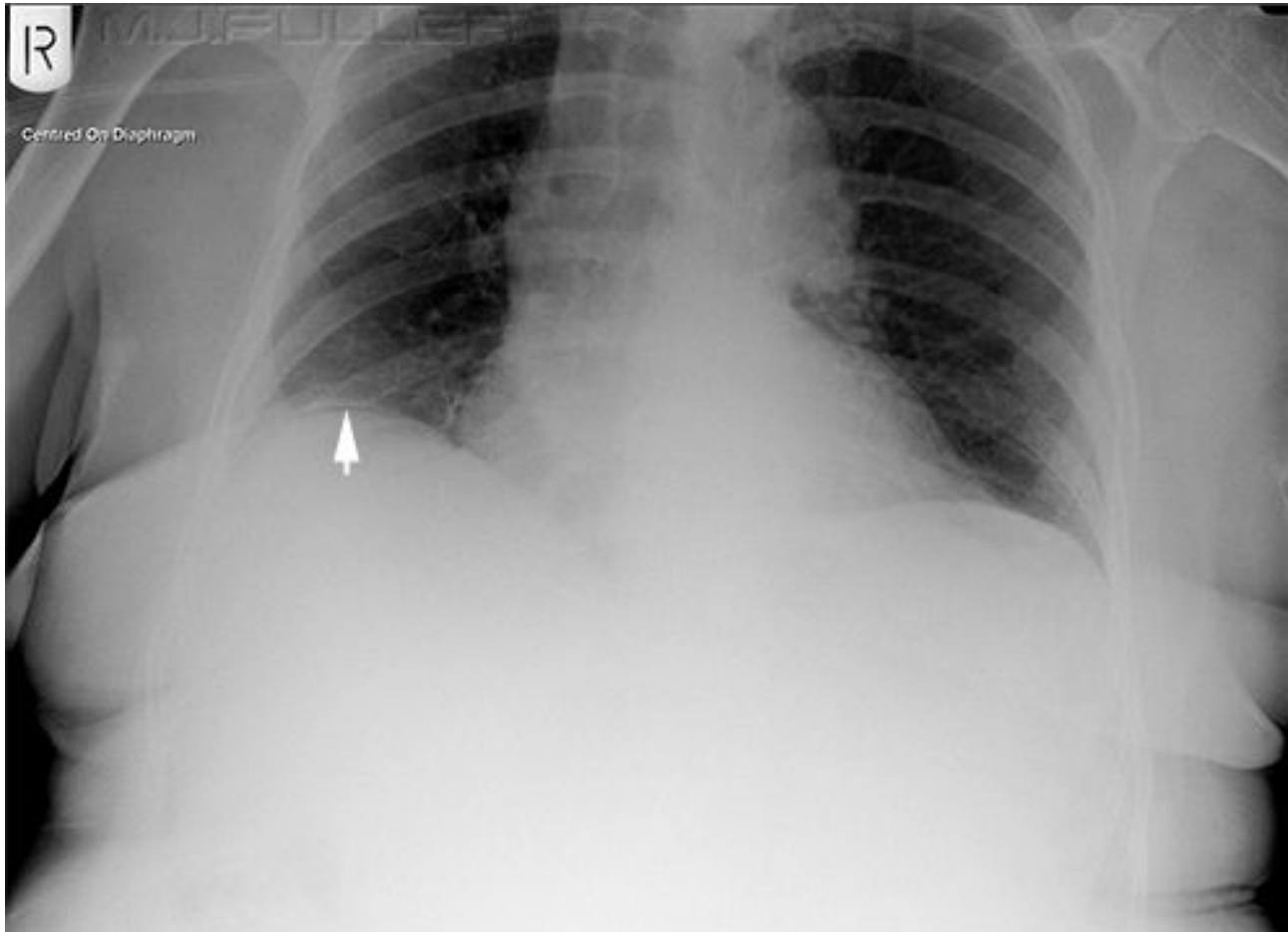
Рентгенологические исследования

Обзорная рентгенография



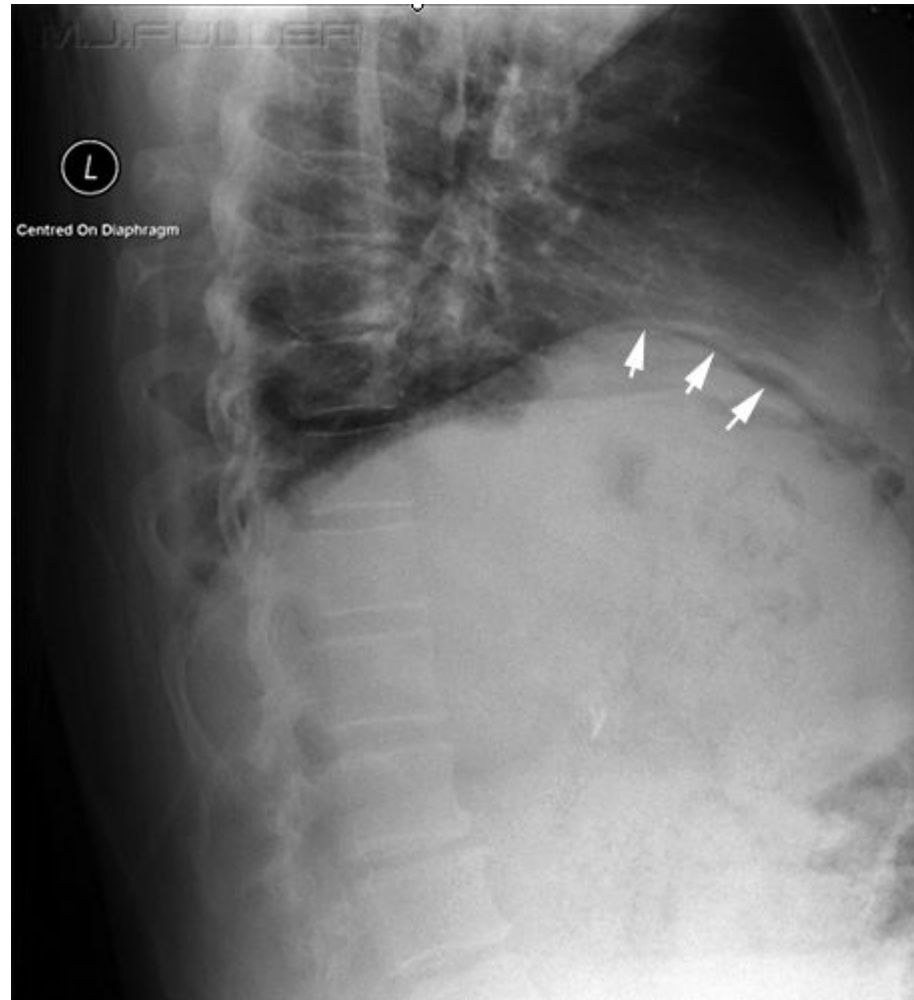
Диагностика

Рентгенологические исследования Обзорная рентгенография



Диагностика

Рентгенологические исследования Обзорная рентгенография



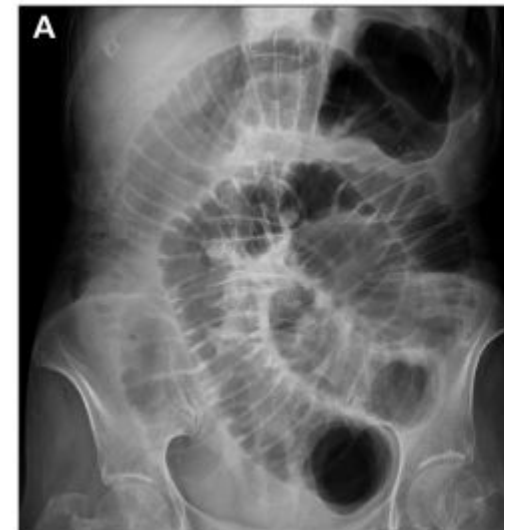
Обследование больного

Рентгенологические исследования

Тонкокишечная непроходимость

Характерные особенности рентгенологической картины:

1. Высота заполненных газом петель кишки больше их ширины газовых (чаши Клойбера)
2. Спираль
3. Складки Керкрина



Обследование больного

Рентгенологические исследования

Обзорная рентгенография органов брюшной полости для выявления газа и уровней жидкости в петлях кишки



Тонкокишечная непроходимость

Обследование больного

Рентгенологические исследования

Толстокишечная непроходимость

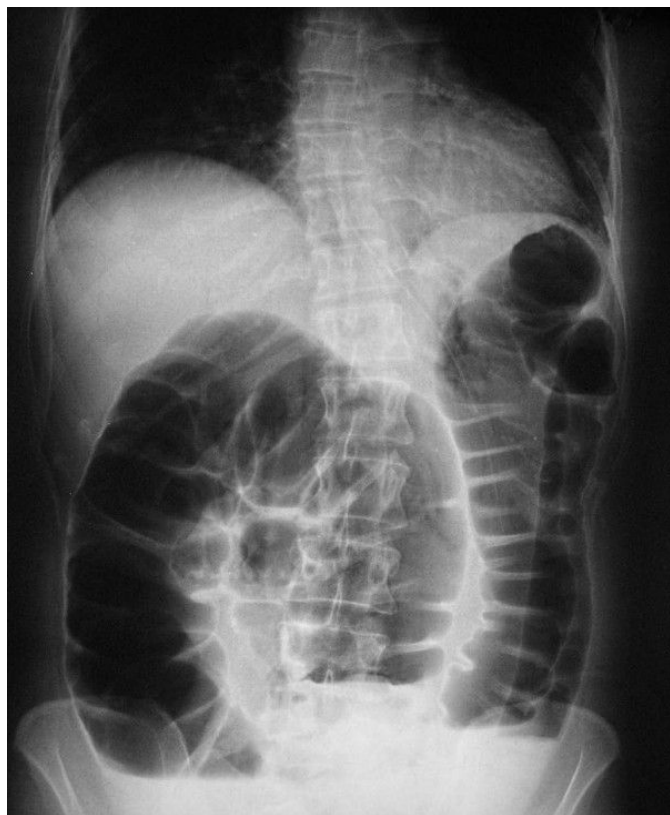
Характерные особенности рентгенологической картины:

1. Высота заполненных газом петель кишки меньше их ширины газовых
2. Хорошо видна сегментация раздутой толстой кишки – гаустры
3. Ширина превышает 5 см

Обследование больного

Рентгенологические исследования

Обзорная рентгенография органов брюшной полости для выявления газа и уровней жидкости в петлях кишки



Толстокишечная непроходимость

Обследование больного

Инструментальные исследования

Другие методы исследования

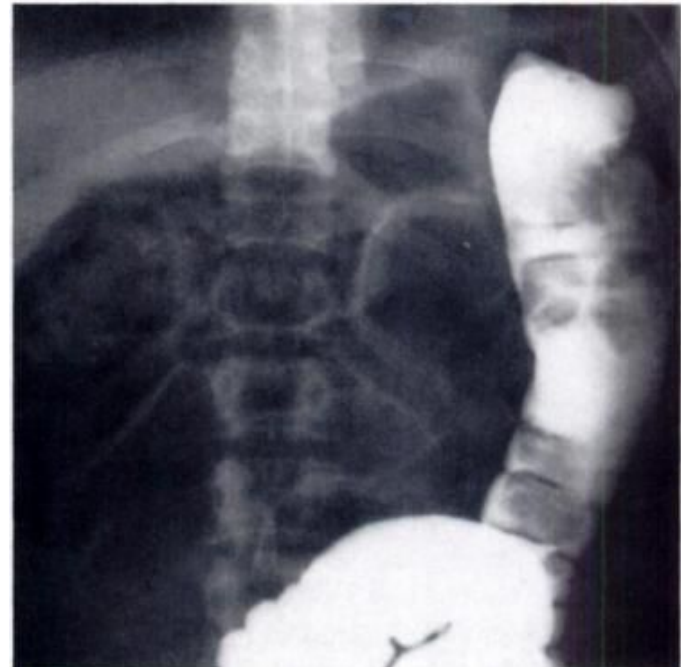
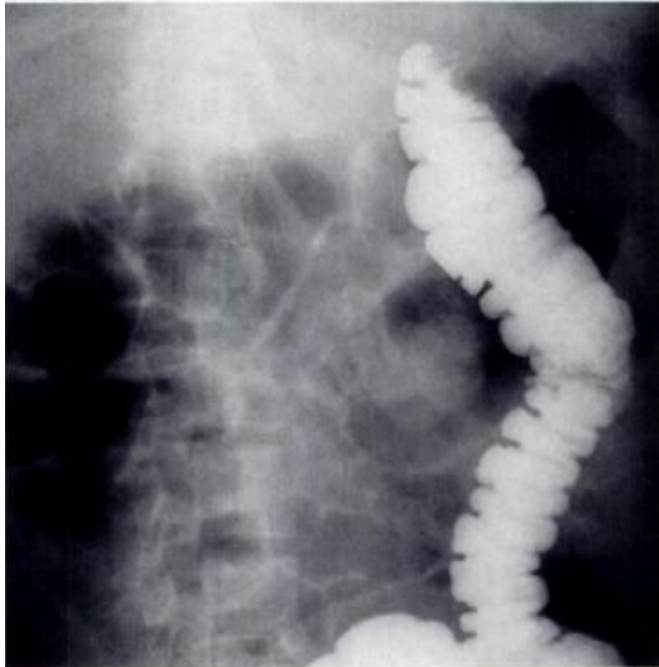
1. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с контрастированием (водорастворимые препараты!) – при подозрении на перфорацию пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.
2. ЭГДС – выявление источника кровотечения, эрозивно-язвенного поражения верхних отделов ЖКТ.

Обследование больного

Инструментальные исследования

Другие методы исследования

3. **Ирригоскопия** – дифференциальная диагностика толсто- и тонкокишечной непроходимости при сомнительных результатах обзорной рентгенографии, а также с лечебной целью при заворотах сигмовидной кишки, инвагинациях (противопоказана при подозрении на перфорацию толстой кишки)



Обследование больного

Инструментальные исследования

Другие методы исследования

4. **УЗИ** – диагностика острого холецистита, билиарной гипертензии и уростаза, наличия свободной жидкости (асцит, экссудат, кровь и др.) свободного газа в брюшной полости, абсцессов
5. **МСКТ** – те же возможности + метод выбора в диагностике панкреатита и его осложнений, травмы органов брюшной полости, острого аппендицита

Обследование больного

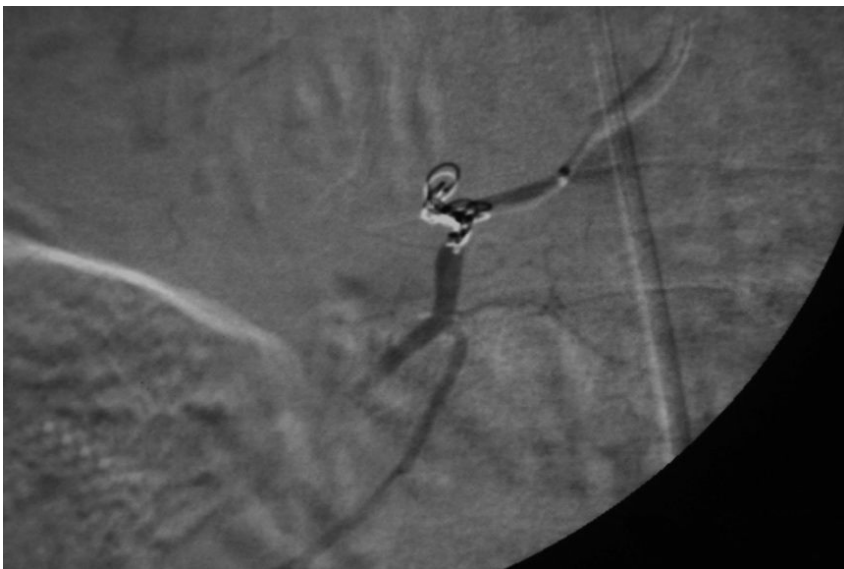
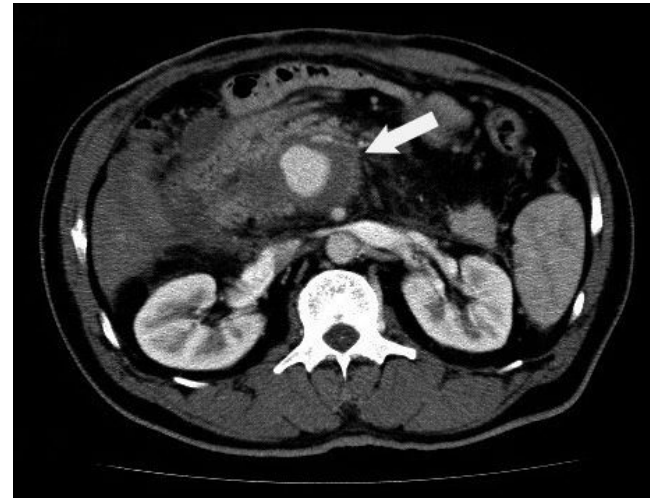
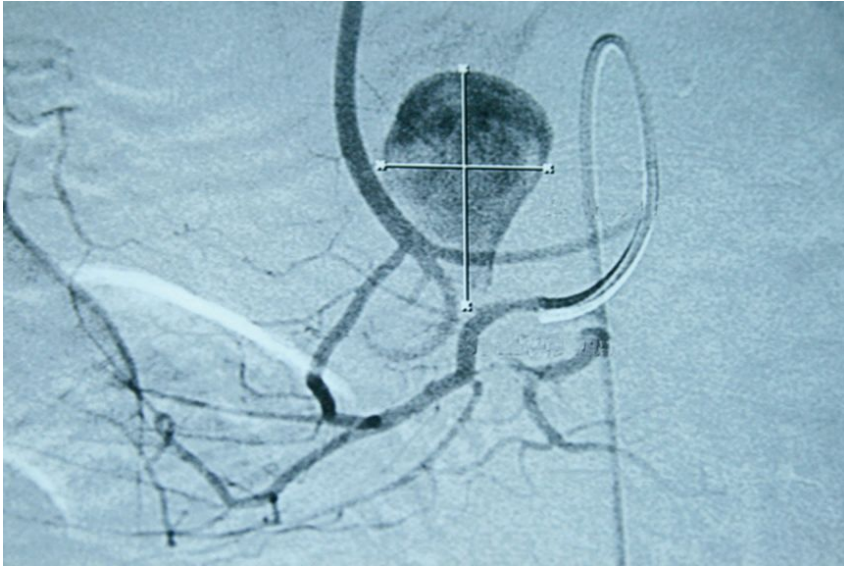
Инструментальные исследования

Другие методы исследования

6. **Ангиография** – на высоте кровотечения из непарных висцеральных артерий брюшной полости и их ветвей (разрыв аневризм и псевдоаневризм), для обнаружения источников низких кишечных кровотечений (тонко- и толстокишечных), при тромбозах верхней брыжеечной артерии.

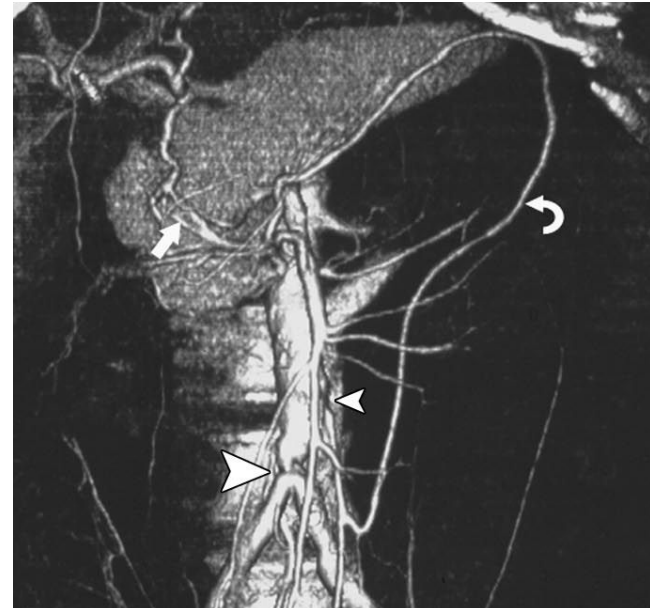
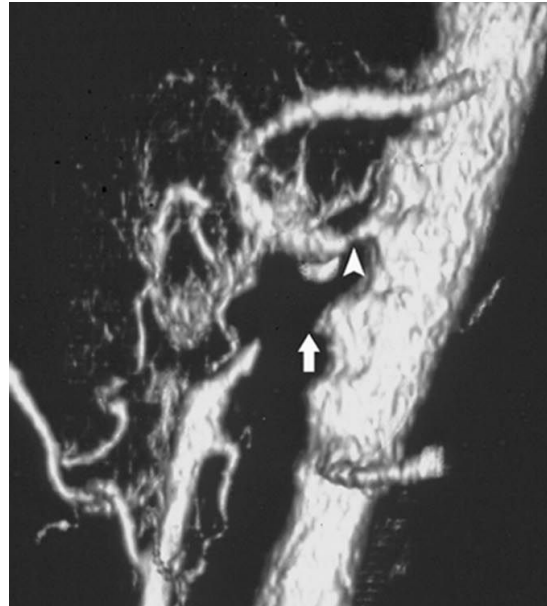
Обследование больного

Ангиография



Обследование больного

Прямая ангиография и КТ-ангиография



Обследование больного

Инструментальные исследования

Другие методы исследования

7. **Перитонеальный лаваж** – диагностика внутрибрюшного кровотечения и перфорации полых органов при тупой травме живота у больных с нарушением сознания или нестабильной гемодинамикой (чаще при политравме, комбинированной с ЧМТ)
8. **Диагностическая лапароскопия** – сомнительные случаи физикального обследования, критические состояния

Диагноз и дифференциальный

Особенности диагностики острого живота у детей **ДИАГНОЗ**

Дети до 3 лет. Наиболее сложный для диагностики возраст. Ребенок не может локализовать боль, из-за испуга реагирует на пальпацию напряжением всего живота.

Заболевание проявляется не столько болевым синдромом, сколько общим недомоганием, неоднократной рвотой и повышением температуры тела. Может быть неоднократный жидкий стул. Диагностировать неблагополучие в животе можно только на основании двигательного беспокойства и плача ребенка при пальпации живота.

Способы диагностики:

1. Неоднократные повторные осмотры
2. Оценка реакции на пальпацию живота (изменение интонации крика, двигательные реакции – отталкивание руки)
3. Наблюдение за ребенком незаметно для пациента (оцениваются поведение, поза)
4. Пальпация живота во время сна ребенка
5. Пальпация живота на руках у матери
6. Пальпация живота под поверхностной общей анестезией.

Диагноз и дифференциальный

Особенности диагностики острого живота у детей **ДИАГНОЗ**

Дети старше 3 лет. Течение заболевания, вызвавшего клиническую картину острого живота, больше соответствует характеру течения болезни у взрослого пациента.

Отличия состоят в том, что у детей старшего возраста начало заболевания чаще, чем у взрослых сопровождается выраженными рефлекторными явлениями: тошнотой, рвотой, более выраженным недомоганием. Рвота может быть неоднократной. Чаще наблюдается жидкий стул при аппендиците.

На нелокализованные боли в животе ребенок может не обращать внимание, пока боль не примет приступообразного характера

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 1.

Девочка 2 года и 6 мес. Пожаловалась на боль в животе, тошноту, повысилась температура тела.

При объективном осмотре через 2 часа от начала заболевания: температура тела 38.7°C. Цианоз носогубных складок. В легких справа жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тахикардия 148 в 1 мин. Легкое вздутие живота, резкая болезненность при пальпации правой подвздошной области, здесь же напряжение мышц. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга.

Лейкоциты – 9.3×10^9 /л. На рентгенограмме грудной клетки без существенных патологических изменений со стороны легких.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 1.

Девочка 2 года и 6 мес. Пожаловалась на боль в животе, тошноту, повысилась температура тела.

При объективном осмотре через 2 часа от начала заболевания: температура тела 38.7°C. Цианоз носогубных складок. В легких справа жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тахикардия 148 в 1 мин. Легкое вздутие живота, резкая болезненность при пальпации правой подвздошной области, здесь же напряжение мышц. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга.

Лейкоциты – $9.3 \times 10^9/\text{л}$. На рентгенограмме грудной клетки без существенных патологических изменений со стороны легких.

Диагноз: правосторонняя плевропневмония.

Острый аппендицит и пневмония у детей

Симптомы	Диагноз	
	Острый аппендицит	Правосторонняя пневмония
Поза	Вынужденная - на правом боку с приведенными к животу ногами	нет
Кожные покровы лица	Обычной окраски	Цианоз носогубных складок, румянец щеки на стороне поражения
Внешний вид	Без особенностей	Блестящие, «лихорадочные» глаза, раздуты крылья носа при вдохе
Температура тела в первые часы заболевания	Нормальная или субфебрильная	фебрильная
Одышка	нет	Есть
Хрипы над легкими	нет	Есть
Тахикардия в первые часы заболевания	Не всегда	Всегда
Боль в животе	сильная	Не сильная, усиливается на вдохе
Рвота	Характерна, м.б. неоднократная	Не характерна
Стул	Однократный или частый, жидкий	нормальный

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 2.

Мальчик 6 лет. Жалобы на боль в животе.

При неоднократном объективном осмотре в течение 7 часов от начала заболевания: температура тела нормальная. Тахикардии нет. Живот не вздут. Сохраняется умеренно выраженная болезненность в пупочной области, больше книзу и справа от пупка, аппендикулярные симптомы выражены не отчетливо. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Лейкоциты – $6.5 \times 10^9/\text{л}$.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 2.

Мальчик 6 лет. Жалобы на боль в животе.

При неоднократном объективном осмотре в течение 7 часов от начала заболевания: температура тела нормальная. Тахикардии нет. Живот не вздут. Сохраняется умеренно выраженная болезненность в пупочной области, больше книзу и справа от пупка, аппендикулярные симптомы выражены не отчетливо. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Лейкоциты – 6.5×10^9 /л.

Диагноз: мезаденит (мезентериальный лимфаденит)

Острый аппендицит и мезаденит у детей

Симптомы	Диагноз	
	Острый аппендицит	Мезаденит
Поза	Вынужденная - на правом боку с приведенными к животу ногами	нет
Температура тела	Нормальная или субфебрильная в первые часы, далее растет	Чаще нормальная или повышена незначительно
Боль в животе	сильная	Не сильная
Пальпация	Максимальная болезненность в т. Мак-Бурнея	Максимальная болезненность на 3-4 см ниже и правее пупка
Перитонеальные симптомы	характерны	Не характерны
Рвота	Характерна, м.б. неоднократная	Не характерна
Стул	Однократный или частый, жидкий	М.б. диарея (иерсиниоз)
Сыпь	Не характерна	Узловатая эритема, генерализованная пятнисто-папулезная сыпь при иерсиниозе

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 3.

Ребенок грудного возраста. Внезапно среди полного здоровья ребенок начал пронзительно кричать, отмечено выраженное двигательное беспокойство. Появилась многократная рвота желчью. Приступы боли длительностью до 10-20 мин сменялись периодами уменьшения боли, когда ребенок успокаивался, но отказывался от груди и соски. Продолжительность «светлых» промежутков увеличивалась, но состояние ребенка при этом постепенно ухудшалось.

Объективный осмотр: состояние тяжелое, вял, адинамичен. Температура тела нормальная. Кожные покровы бледные. Пульс частый, слабого наполнения, гипотония. Живот не вздут. При пальпации между приступами мягкий. При появлении боли ребенок напрягает брюшной пресс, кричит, сопротивляется осмотру. Стул со слизью, позже появились прожилки крови.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 3.

Ребенок грудного возраста. Внезапно среди полного здоровья ребенок начал пронзительно кричать, отмечено выраженное двигательное беспокойство. Появилась многократная рвота желчью. Приступы боли длительностью до 10-20 мин сменялись периодами уменьшения боли, когда ребенок успокаивался, но отказывался от груди и соски. Продолжительность «светлых» промежутков увеличивалась, но состояние ребенка при этом постепенно ухудшалось.

Объективный осмотр: состояние тяжелое, вял, адинамичен. Температура тела нормальная. Кожные покровы бледные. Пульс частый, слабого наполнения, гипотония. Живот не вздут. При пальпации между приступами мягкий. При появлении боли ребенок напрягает брюшную пресс, кричит, сопротивляется осмотру. Стул со слизью, позже появились прожилки крови.

Диагноз: тонкокишечная инвагинация

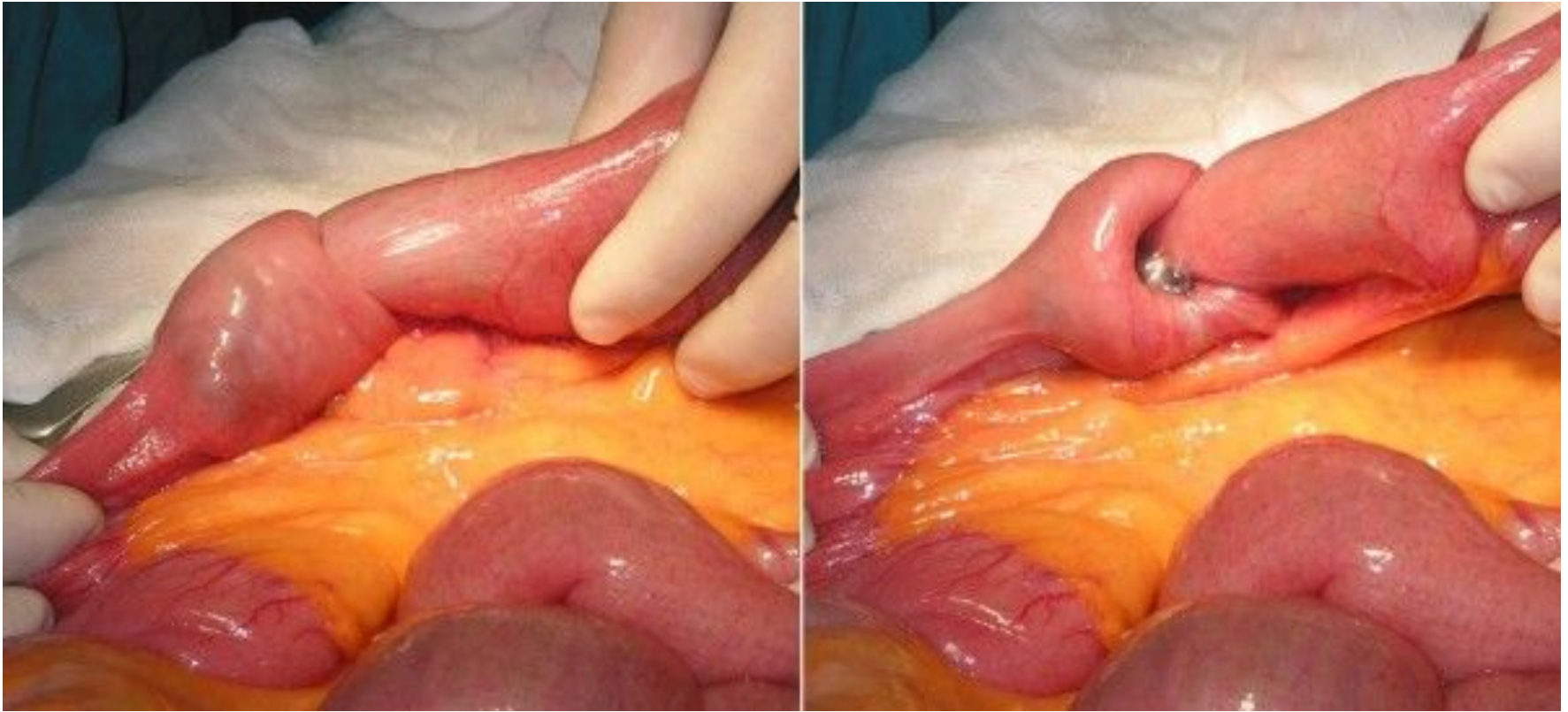
Диагноз и дифференциальный

Характерными признаками являются: **ДИАГНОЗ**
Острая кишечная инвагинация

1. Возникновение у детей в возрасте до 1 года
2. Острое, внезапное начало заболевания
2. Резкая, приступообразная боль в животе, сменяющаяся периодами уменьшения или отсутствия боли
3. Стул со слизью. По истечении нескольких часов появляется кровь в виде кровянистой слизистой массы.
4. Отсутствие перитонеальной симптоматики. В «светлые» промежутки в животе можно пропальпировать инвагинат в виде гладкого валика мягкоэластичной консистенции, умеренно подвижного. Смещение его вызывает боль.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Острая кишечная инвагинация



Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 4.

Мужчина 19 лет, до начала заболевания считавший себя здоровым, доставлен в больницу бригадой СМП с диагнозом: «печеночная колика».

Начало заболевания за сутки до поступления с появления боли в эпигастральной области. Осмотрен в поликлинике, обнаружена болезненность в правом подреберье, назначена консервативная терапия по поводу холецистита.

Через сутки резкая режущая боль в правом подреберье и в правой подвздошной области. Через 10 мин. интенсивность боли уменьшилась.

Объективный осмотр: пульс – 80 уд. в мин. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. Резкая болезненность в правом подреберье, по ходу правого латерального канала, резкая болезненность в проекции желчного пузыря. Положительны симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Образцова.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 4.

Мужчина 19 лет, до начала заболевания считавший себя здоровым, доставлен в больницу бригадой СМП с диагнозом: «печеночная колика».

Начало заболевания за сутки до поступления с появления боли в эпигастральной области. Осмотрен в поликлинике, обнаружена болезненность в правом подреберье, назначена консервативная терапия по поводу холецистита.

Через сутки резкая режущая боль в правом подреберье и в правой подвздошной области. Через 10 мин. интенсивность боли уменьшилась.

Объективный осмотр: пульс – 80 уд. в мин. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. Резкая болезненность в правом подреберье, по ходу правого латерального канала, резкая болезненность в проекции желчного пузыря. Положительны симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Образцова.

Диагноз: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 5.

Мужчина 18 лет, почувствовал боль в эпигастральной области, усилившуюся в течение нескольких часов. Через 6 часов возникла сильная боль режущего характера, «как будто кто-то ударил по животу». На короткое время потерял сознание, покрылся холодным потом, почувствовал жажду. Тошноты, рвоты не было. Врач скорой помощи направил в больницу с диагнозом: «Острый живот».

При поступлении состояние средней тяжести. Больной стонет от боли, пытается принять удобную позу. Живот резко напряжен, втянут, отмечается резкая болезненность в эпигастрии и во всей правой половине. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен по всему животу. Перистальтика ослаблена. Имеется укорочение печеночной тупости, на протяжении 2-3 см по правой среднеключичной линии определяется нечеткий тимпанит. Пульс – 80 уд. в 1 мин. Лейкоциты , 9.3×10^9 /л. При обзорной рентгенографии брюшной полости – свободный газ не обнаружен.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 5.

Мужчина 18 лет, почувствовал боль в эпигастральной области, усилившуюся в течение нескольких часов. Через 6 часов возникла сильная боль режущего характера, «как будто кто-то ударил по животу». На короткое время потерял сознание, покрылся холодным потом, почувствовал жажду. Тошноты, рвоты не было. Врач скорой помощи направил в больницу с диагнозом: «Острый живот».

При поступлении состояние средней тяжести. Больной стонет от боли, пытается принять удобную позу. Живот резко напряжен, втянут, отмечается резкая болезненность в эпигастрии и во всей правой половине. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен по всему животу. Перистальтика ослаблена. Имеется укорочение печеночной тупости, на протяжении 2-3 см по правой среднеключичной линии определяется нечеткий тимпанит. Пульс – 80 уд. в 1 мин. Лейкоциты , 9.3×10^9 /л. При обзорной рентгенографии брюшной полости – свободный газ не обнаружен.

Диагноз: перфоративный аппендицит

Диагноз и дифференциальный

Оба заболевания является показанием к экстренной операции. **ДИАГНОЗ**
Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки и острый аппендицит. Поэтому практически важно провести грамотную ревизию органов брюшной полости в случае отсутствия в животе изменений, предполагаемых до операции.

- При отсутствии патологических изменений со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки (вскрытие сальниковой сумки, осмотр задней стенки желудка!), необходимо продолжить поиск перфорации других полых органов, в первую очередь аппендикса!
- При выявлении мало измененного аппендикса (умеренный отек, небольшая гиперемия, инъекция сосудов), т.е. т.н. **вторичного аппендицита** и большого количества патологического выпота в правой подвздошной ямке, не соответствующего степени изменения аппендикса, следует обязательно заподозрить перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (**аппендикс Валентино!!!**)

Пример 6. Диагноз и дифференциальный диагноз

Больной 21 года, почувствовал боль «где-то в области пупка справа», постепенно нараставшую. Обратился к врачу только на 3-й день заболевания. Направлен в больницу с диагнозом: «острый аппендицит». В машине «скорой помощи» тошнота, позыв на рвоту. Боль в животе при толчках во время езды была очень сильной.

При осмотре в приемном отделении состояние удовлетворительное. Температура тела 37.2 гр. С. Больной отмечает значительное улучшение самочувствия, уменьшение интенсивности боли. Боль в животе практически не ощущает. Живот с нечеткой ригидностью мышц и слабой болезненностью в правой подвздошной области. Дежурный врач, удовлетворившись данными осмотра, отпустил больного, не взяв анализ крови.

Дома, через 2 часа больной вновь почувствовал резкую боль в животе, тошноту. Температура 38 гр.С. Повторно доставлен в больницу. ЧСС-110 в 1 мин. При осмотре живота – типичная картина острого аппендицита. Лейкоцитоз - 15×10^9 /л. При операции – гангренозный аппендицит с перфорацией, перитонит.

Диагноз и дифференциальный

Период «затишья» в течении острого аппендицита и **ДИАГНОЗ** двухмоментные перитониты

Относительно быстрое уменьшение интенсивности боли (в течение часа и менее) объясняется гибелью нервных окончаний при деструктивном аппендиците.

Причиной боли, появляющейся вслед за этим через некоторое время, является раздражение брюшины в ответ на прорыв в свободную брюшную полость крайне вирулентного выпота, образовавшегося вокруг некротизированного и/или перфорированного отростка. Это означает переход заболевания в следующую, прогностически более неблагоприятную фазу распространенного аппендикулярного перитонита.

«...самые тяжелые и быстрее всего ведущие к смерти аппендикулярные перитониты имеют особую тенденцию к описанной выше стертой картине и к самому предательскому уменьшению болей».

А.Мондор, 1937

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 7.

Женщина 34 лет, утром почувствовала нерезкую нелокализованную боль в нижних отделах живота. Временами боль усиливалась, никуда не отдавала. Ощущала легкую тошноту. Никуда не обращалась. Ночью почувствовала резкую боль внизу живота, больше справа, тошнило, были позывы на рвоту. Доставлена в больницу. При ходьбе боль в правой половине живота.

Гинекологический анамнез: два кесаревых сечения. Менструальные регулярные, без болей. Задержки менструальных не было. При вагинальном исследовании болезненность правого свода. Матка не увеличена, придатки не пальпируются, с/м Промптова отрицательный.

Температура тела 37,7 гр.С., лейкоциты 9.4×10^9 /л.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 7.

Женщина 34 лет, утром почувствовала нерезкую нелокализованную боль в нижних отделах живота. Временами боль усиливалась, никуда не отдавала. Ощущала легкую тошноту. Никуда не обращалась. Ночью почувствовала резкую боль внизу живота, больше справа, тошнило, были позывы на рвоту. Доставлена в больницу. При ходьбе боль в правой половине живота.

Гинекологический анамнез: два кесаревых сечения. Менструальные регулярные, без болей. Задержки менструальных не было. При вагинальном исследовании болезненность правого свода. Матка не увеличена, придатки не пальпируются, с/м Промптова отрицательный.

Температура тела 37,7 гр.С., лейкоциты 9.4×10^9 /л.

Диагноз: апоплексия правого яичника

Диагноз и дифференциальный

Две формы апоплексии:

ДИАГНОЗ

апоплексия яичников и разрыв кист яичников

1. Болевая или псевдоаппендикулярная
2. Анемическая

Не существует четких, патогномоничных симптомов, отличающих болевую форму апоплексии от острого аппендицита.

В современных зарубежных руководствах термин «апоплексия» не употребляется, наиболее близкое ему состояние описывается термином «овуляторный синдром», подразумевающий боль в середине цикла, обусловленную разрывом фолликула при овуляции.

Ключевые исследования, позволяющие уточнить или поставить окончательный диагноз: **УЗИ и лапароскопия.**

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 8.

Женщина 22 лет, студентка. Среди полного здоровья отметила нерезкие боли в правой подвздошной области, легкую тошноту. Боль постоянная, никуда не иррадиировала. Такие боли часто испытывала в течение последних 5 лет. В течение дня боль кратковременно усиливалась. Ночью продолжала беспокоить нерезкая боль. Утром был жидкий стул. Днем боль усилилась, беспокоила тошнота.

При объективном осмотре в приемном отделении: состояние удовлетворительное. Боль, мышечное напряжение и положительный с/м Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского. С/м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Гинекологический анамнез: месячные пришли вовремя, были обычной продолжительности, но обильные, сопровождались болью внизу живота, тошнотой, головокружением. Предпоследние месячные были не в срок с задержкой на 2 недели. При вагинальном исследовании своды свободные, безболезненные, выделений нет.

Температура тела нормальная. ЧСС-76 в 1 мин. ВД-100/70 мм рт ст. Лейкоциты 8.1×10^9 /л.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 8.

Женщина 22 лет, студентка. Среди полного здоровья отметила нерезкие боли в правой подвздошной области, легкую тошноту. Боль постоянная, никуда не иррадиировала. Такие боли часто испытывала в течение последних 5 лет. В течение дня боль кратковременно усиливалась. Ночью продолжала беспокоить нерезкая боль. Утром был жидкий стул. Днем боль усилилась, беспокоила тошнота.

При объективном осмотре в приемном отделении: состояние удовлетворительное. Боль, мышечное напряжение и положительный с/м Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского. С/м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Гинекологический анамнез: месячные пришли вовремя, были обычной продолжительности, но обильные, сопровождались болью внизу живота, тошнотой, головокружением. Предпоследние месячные были не в срок с задержкой на 2 недели. При вагинальном исследовании своды свободные, безболезненные, выделений нет.

Температура тела нормальная. ЧСС-76 в 1 мин. ВД-100/70 мм рт ст.

Лейкоциты $8,1 \times 10^9 / л$

Диагноз: внематочная беременность (нарушенная трубная беременность)

Диагноз и дифференциальный

диагноз

Для исключения внематочной беременности определяют:
острого аппендицита и внематочной беременности

1. Факторы риска:

1. Отягощенный анамнез (самопроизвольный или искусственный аборт, предшествующая внематочная беременность)
2. Внутриматочная контрацепция (в настоящее время или предшествующая)
3. Воспалительные заболевания матки и придатков
4. Хирургические вмешательства на брюшной полости и органах малого таза.

2. Нерегулярность месячных

3. Наличие кровотечения при закрытом канале шейки матки

4. Уровень ЧХГ (человеческий хорионический гонадотропин) – ниже уровня, соответствующего данному сроку беременности

5. УЗИ – трансвагинальное (уровень ЧХГ крови >2000 МЕ/л) или трансабдоминальное (уровень ЧХГ крови >6000 МЕ/л).

6. Лапароскопия (диагностическая и лечебная)

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 9.

Больная 31 год, жалобы на внезапно возникшие резкие боли в правой подвздошной области и тошноту. Боль появилась после менструации.

При объективном осмотре состояние средней тяжести. Гипертермия 39°C. Шаркающая походка. Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации над лоном и в правой подвздошной области. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Мочеиспускание несколько учащено.

Гинекологический анамнез: хроническое воспалительное гинекологическое заболевание. Месячные нерегулярные. При вагинальном исследовании своды резко болезненны, свободные, симптом Промптова резко положительный, выделения гнойные.

Температура тела 38.7°C. ЧСС-84 в 1 мин. Лейкоциты 21×10^9 /л.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 9.

Больная 31 год, жалобы на внезапно возникшие резкие боли в правой подвздошной области и тошноту. Боль появилась после менструации.

При объективном осмотре состояние средней тяжести. Гипертермия 39°C. Шаркающая походка. Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации над лоном и в правой подвздошной области. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Мочеиспускание несколько учащено.

Гинекологический анамнез: хроническое воспалительное гинекологическое заболевание. Месячные нерегулярные. При вагинальном исследовании своды резко болезненны, свободные, симптом Промптова резко положительный, выделения гнойные.

Температура тела 38.7°C. ЧСС-84 в 1 мин. Лейкоциты 21×10^9 /л.

Диагноз: гинекологический пельвеоперитонит

Диагноз и дифференциальный диагноз

Воспалительные заболевания матки и придатков

Для исключения **гинекологического пельвиоперитонита** определяют:

1. Факторы риска:

1. Беспорядочная половая жизнь
2. Внутриматочная контрацепция
3. Воспалительные заболевания матки и придатков

2. Резко болезненную тракцию шейки матки (с/м Промптова)

3. Наличие гнойных выделений из цервикального канала.

При бактериологическом исследовании гноя чаще выделяют *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*

УЗИ и лапароскопия играют вспомогательную роль

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 10.

Больная 24 лет, отметила задержку менструации при общем удовлетворительном самочувствии. Гинекологом диагностирована беременность. На 16-17 неделе внезапно почувствовала боль в правой подвздошной области. Боль быстро усилилась до нестерпимой. Тошнило, двукратная рвота желчью, полуобморочное состояние. Из-за выраженной боли с трудом добралась до машины скорой помощи. Поза вынужденная с приведенными к животу ногами. В животе, по словам больной, «палило, как огнем».

При объективном осмотре состояние относительно удовлетворительное. Гипертермии нет (36.5°C). Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации в правой подвздошной области. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Мочеиспускание не нарушено.

При вагинальном исследовании матка увеличена. Справа от матки нечетко из-за напряжения мышц и резкой болезненности пальпируется образование размерами 10x10 см.

Температура тела ЧСС-88 в 1 мин. Лейкоциты $10.4 \times 10^9/\text{л}$.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 10.

Больная 24 лет, отметила задержку менструации при общем удовлетворительном самочувствии. Гинекологом диагностирована беременность. На 16-17 неделе внезапно почувствовала боль в правой подвздошной области. Боль быстро усилилась до нестерпимой. Тошнило, двукратная рвота желчью, полуобморочное состояние. Из-за выраженной боли с трудом добралась до машины скорой помощи. Поза вынужденная с приведенными к животу ногами. В животе, по словам больной, «палило, как огнем».

При объективном осмотре состояние относительно удовлетворительное. Гипертермии нет (36.5°C). Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации в правой подвздошной области. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Мочеиспускание не нарушено.

При вагинальном исследовании матка увеличена. Справа от матки нечетко из-за напряжения мышц и резкой болезненности пальпируется образование размерами 10x10 см.

Температура тела ЧСС-88 в 1 мин. Лейкоциты $10.4 \times 10^9/\text{л}$.

Диагноз: перекрут кисты яичника

Диагноз и дифференциальный диагноз

Перекрут кисты яичника или маточной трубы

Характерными симптомами являются:

1. Острое, внезапное начало заболевания
2. Выраженная резкая боль, нередко приводящая к коллаптоидному состоянию
3. Наличие пальпируемого объемного образования в справа или слева от матки

УЗИ разрешает диагностические сомнения

Диагноз и дифференциальный

Особенности диагностики острого живота у женщин **диагноз**

1. Необходимо выяснить характер начала заболевания (острое?), динамику боли
2. Наличие кратковременного коллаптоидного состояния или его эквивалентов - обморок, головокружение, мелькание мушек перед глазами, немотивированная слабость, потливость
3. Гинекологический анамнез: заболевания, характер менструации (задержки, длительность, обильность)
4. Бимануальный гинекологический осмотр гинекологом, в его отсутствие – хирургом

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 11.

Мужчина 52 лет, среди полного здоровья вдруг почувствовал резкую боль в животе и головокружение. Была частая рвота. В анамнезе инфаркт миокарда.

При поступлении в больницу состояние несколько улучшилось.

При объективном осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Тахикардия 100 в 1 мин. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет. Перистальтика ослаблена.

Лейкоцитоз $20 \times 10^9/\text{л}$

Через 5 часов боль возобновилась, появился обильный кровавый понос, состояние резко ухудшилось.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Пример 11.

Мужчина 52 лет, среди полного здоровья вдруг почувствовал резкую боль в животе и головокружение. Была частая рвота. В анамнезе инфаркт миокарда.

При поступлении в больницу состояние несколько улучшилось.

При объективном осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Тахикардия 100 в 1 мин. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет. Перистальтика ослаблена.

Лейкоцитоз $20 \times 10^9 / \text{л}$

Через 5 часов боль возобновилась, появился обильный кровавый понос, состояние резко ухудшилось.

Диагноз: мезентериальный тромбоз, инфаркт кишечника

Диагноз и дифференциальный диагноз

Острая мезентериальная ишемия

Характерными симптомами являются:

1. Острое, внезапное начало заболевания
2. Резкая, приступообразная боль в животе
3. Рвота, понос, сменяющийся запором
4. Понос с кровью
5. Снижение артериального давления при бурном развитии болезни
6. Высокий лейкоцитоз
7. Диссонанс между выраженностью боли и скудностью объективных данных со стороны брюшной полости

«Аппендицит часто ищут там, где его нет и находят там, где его не ищут».

«Подвздошная ямка – это яма, в которую попал не один опытный хирург».