Боль в верхнем 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

- 2299 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, снижение 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 верхнем отделе живота

- По продолжительности:

Острые (1-2 час до 2-3 сут), подострая (2-3 сут до 6 мес) и хронические (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 лищай
- О. перикардит
- Н. долевая пневмония с плевритом
- Периодическая болезнь
- О. аппендицит
- О. холецистит
- Геморрагический васкулит
- О. аднексит
- О. пиелонефрит
- О. брыжеечный лимфаденит на фоне поражения верхних дыхательных путей

Боль в животе + запор

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

Боль в животе

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

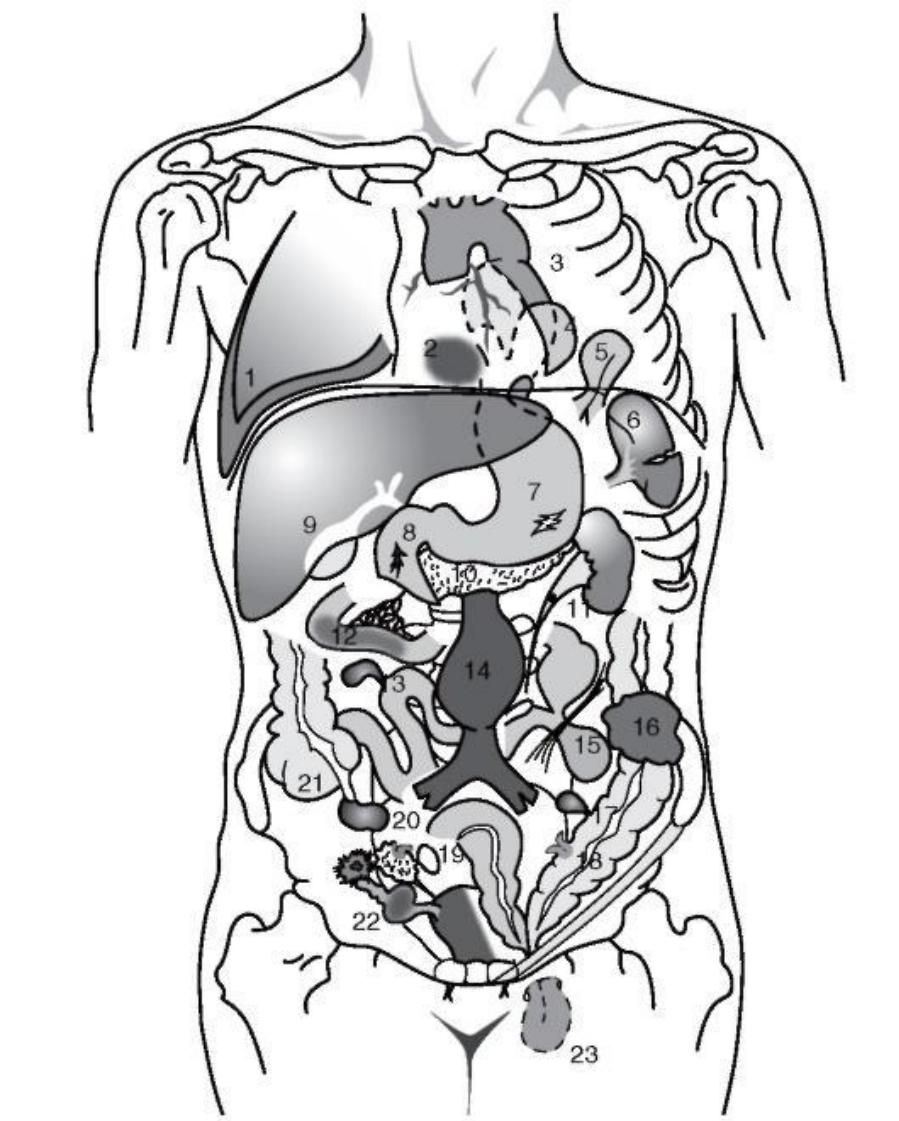
Боль в животе

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

Экстраабдоминальная патология

- Инфаркт миокарда
- Пневмония
- Плеврит
- Острый перикардит
- 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 Е.85.0.
- Уремия
- Лейкозы
- Системные васкулиты
- Острая и вторичная порфирия
- Поздний сифилис. Код по МКБ -10 А52.
- Отравление тяжелыми металлами (свинец, таллий)
- Наркотическая зависимость

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

Правый верхний квадрант

- О. холецистит
- ЯБЖ и Д к-ки
- Гепатит
- Гепатомегалия (фон – сердечная недостаточность)
- Нижнедолевая пневмония справа
- Аппендицит
- Рак печеночного угла ободочной к-ки
- Абсцесс печени
- Аневризма брюшного отдела аорты
- Пиелонефрит или МКБ правой почки
- Грыжи послеоперационные или белой линии

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

Левый верхний квадрант

- О. панкреатит
- Гастрит
- ЯБЖ и Д-перстной к-ки
- Разрыв или инфаркт селезенки
- ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда)
- Нижнедолевая пневмония слева
- Диафрагмальная грыжа (К44.0)
- Рак селезеночного угла ободочной к-ки
- Пиелонефрит или МКБ левой почки
- Аневризма брюшного отдела аорты
- Грыжи послеоперационные или белой линии

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

Экстраабдоминальная патология

- Инфаркт миокарда
- Пневмония
- Плеврит
- Острый перикардит
- Опоясывающий лищай
- Острый пиелонефрит
- Дорсопатии грудного отдела позвоночника

Синдромальная классификация

- Боль в груди
- Боль в груди с иррадиацией
- Боль в груди с внезапной одышкой
- Боль в груди с изменением границ средостения
- Боль в груди с лихорадкой
- Боль в груди с нарушением ритма сердца
- Боль в груди с диспепсией и дисфагией

Классификация боли в груди (по локализации)

- Поверхностная
- Глубокая

Поверхностная боль

1. Заболевания кожи
   1.1. Дерматиты
   1.2. Рожистое воспаление
   1.3. Опоясывающий лишай

Дерматит

Опоясывающий лишай

Поверхностная боль

2. Заболевания мышц
   - 2.1. Миозиты
   - 2.2. Синдром малой грудной мышцы
   - 2.3. Реберно-ключичный синдром
   - 2.4. Болезнь Мондора

Поверхностная боль

3. Заболевания межреберных нервов
   3.1. Синдром скользящих реберных хрящей
   3.2. Синдром межреберной нейропатии

Поверхностная боль

4. Заболевания ребер, грудины, хрящевой ткани
   - 4.1. Периостит
   - 4.2. Остеомиелит
   - 4.3. Опухолевое поражение
   - 4.4. Синдром мечевидного отростка
   - 4.5. Синдром Титце

Поверхностная боль

5. Заболевания суставов позвоночника
   - 5.1. Деформирующий остеоартроз
   - 5.2. Ревматоидный артрит
   - 5.3. Алкилозирующий спондилоартроз
   - 5.4. Лопаточно-реберный синдром
   - 5.5. Межлопаточный синдром

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.

Основные факторы риска ИБС

- Модифицируемые
  - Курение
  - Дислипидемии
    - высокий холестерин ЛПНП
    - низкий холестерин ЛПВП
  - Повышение АД
  - Сахарный диабет
- Немодифицируемые
  - Отягощенная наследственность
  - Возраст
  - Пол

Эпидемиология

- Заболеваемость в РФ: 1720 на 100 тыс. населения
- Летальность в возрасте 35 - 60 лет 350 у мужчин и 100 у женщин на 100тыс. населения
- Летальность в возрасте старше 65 лет 2500 у мужчин и 1600 у женщин на 100тыс. населения.

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
- Посттахикардиальном 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

<u>Классические симптомы</u>

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

<u>Дополнительные симптомы:</u>

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

Потливость

Тошнота, рвота

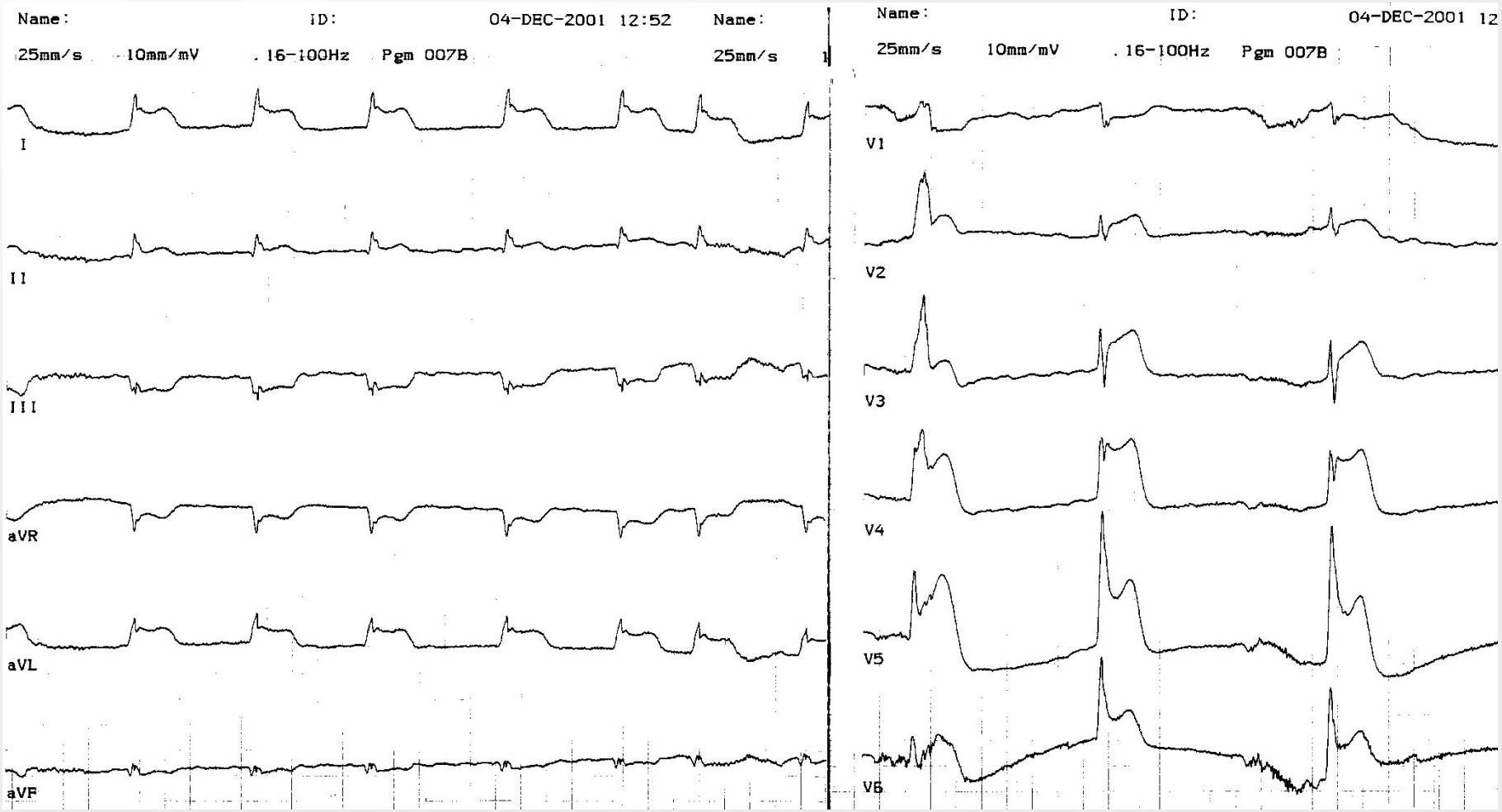
Одышка

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

ЭКГ больного К. Рецидив инфаркта миокарда в области передней и боковой стенки левого желудочка



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	5-10час	11-15 час	12 сутки

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

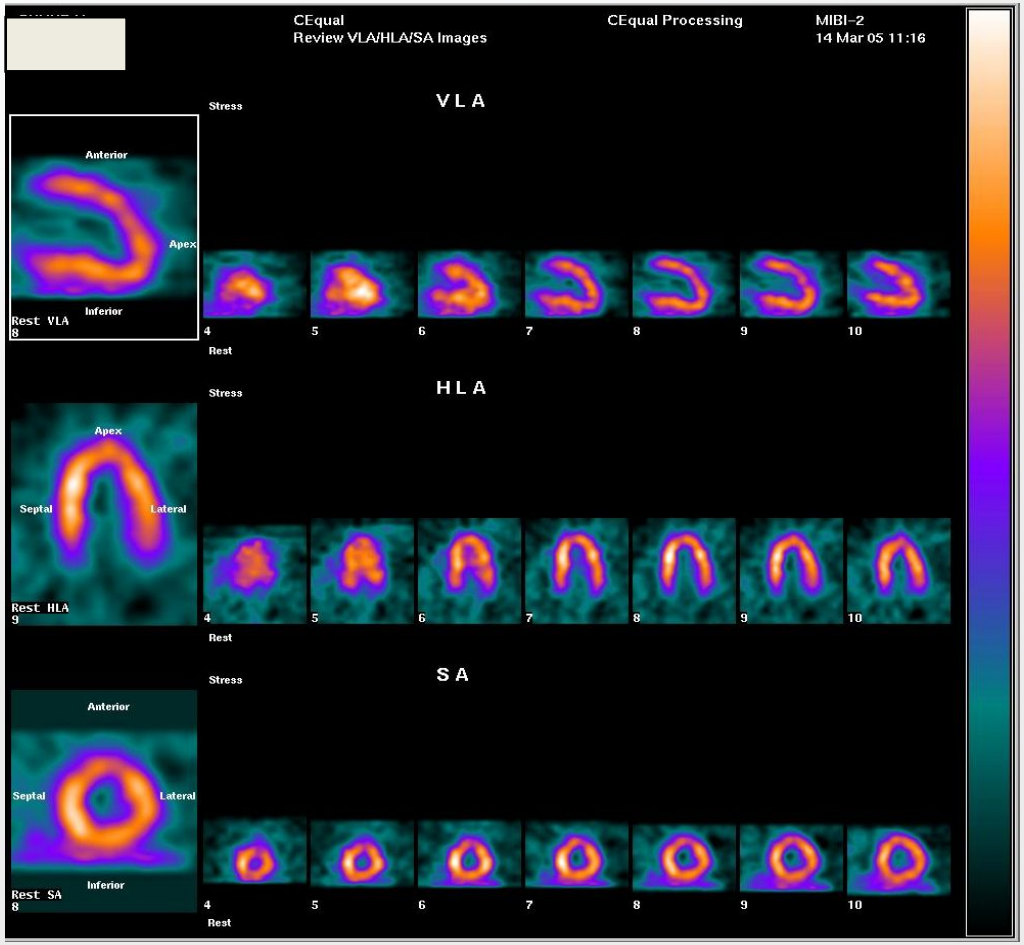
- Ишемия, не связанная с разрывом бляшки
  - Эмболия коронарных артерий
  - Коронарный спазм
  - Диссекция коронарной артерии
  - Расслаивающая аневризма аорты
- Кардиохирургия
  - Неадекватная кардиоплегия
  - Травматичная канюляция
  - Манипуляции на сердце
  - Окклюзия сосудов
- Миоперикардиты
  -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

Wong, C-K et al. Postgrad Med J 2005;81:552-555

Другие методы диагностики инфаркта миокарда

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

Клинический пример № 2, сцинтиграфия миокарда Tc^{99m}



В покое визуализируется включение индикатора в миокард ЛЖ с выражено неравномерным распределением, с множественными диссеминированными мелкими участками гипоаккумуляции во всех отделах.

Заключение: признаки некоронарогенного поражения миокарда.

Диагноз: миоперикардит

Клиническая классификация пневмоний

- Очаговая пневмония
- Крупозная пневмония
- Интерстициальная пневмония

Классификация пневмоний (EAP[1] и ATA[2])

- Внебольничные (первичные)
- Госпитальные (нозокомиальные)
- Атипичные
- Иммунодефицитные пневмонии

---

1 *EAP – Европейское общество пульмонологов*

2 *ATA – Американское торакальное общество*

Клиника пневмоний

- Боль в груди, слабость, одышка, озноб, кашель, лихорадка
- Бледность кожных покровов, потливость, пастозность грудной клетки на стороне поражения (симптом Винтриха), уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки, укороченный перкуторный звук, бронхиальное дыхание и мелкопузырчатые хрипы

Рентгенограмма

- Очаги воспалительной инфильтрации локализуются в нижней доле правого легкого и сочетаются с расширением корня легкого и усилением легочного рисунка

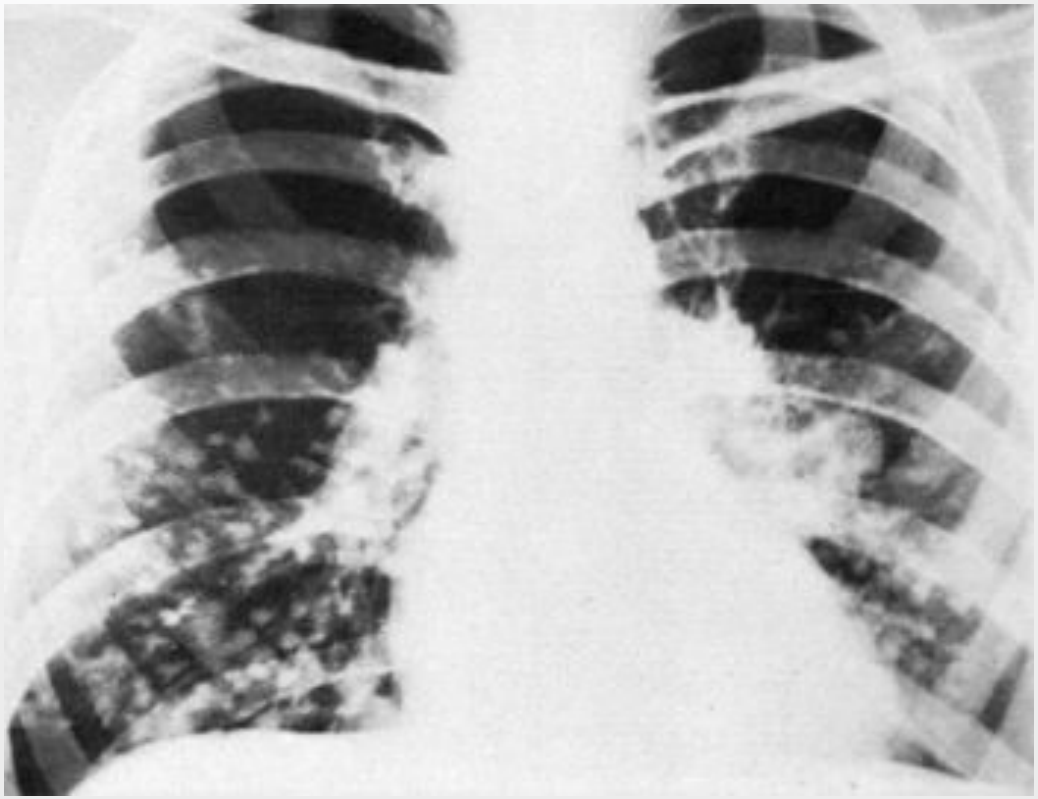
Рентгенограмма

- Очаговая пневмония в нижней доли правого легкого в стадии инфильтрации и усиления сосудистого рисунка и расширение корня легкого

Рентгенограмма

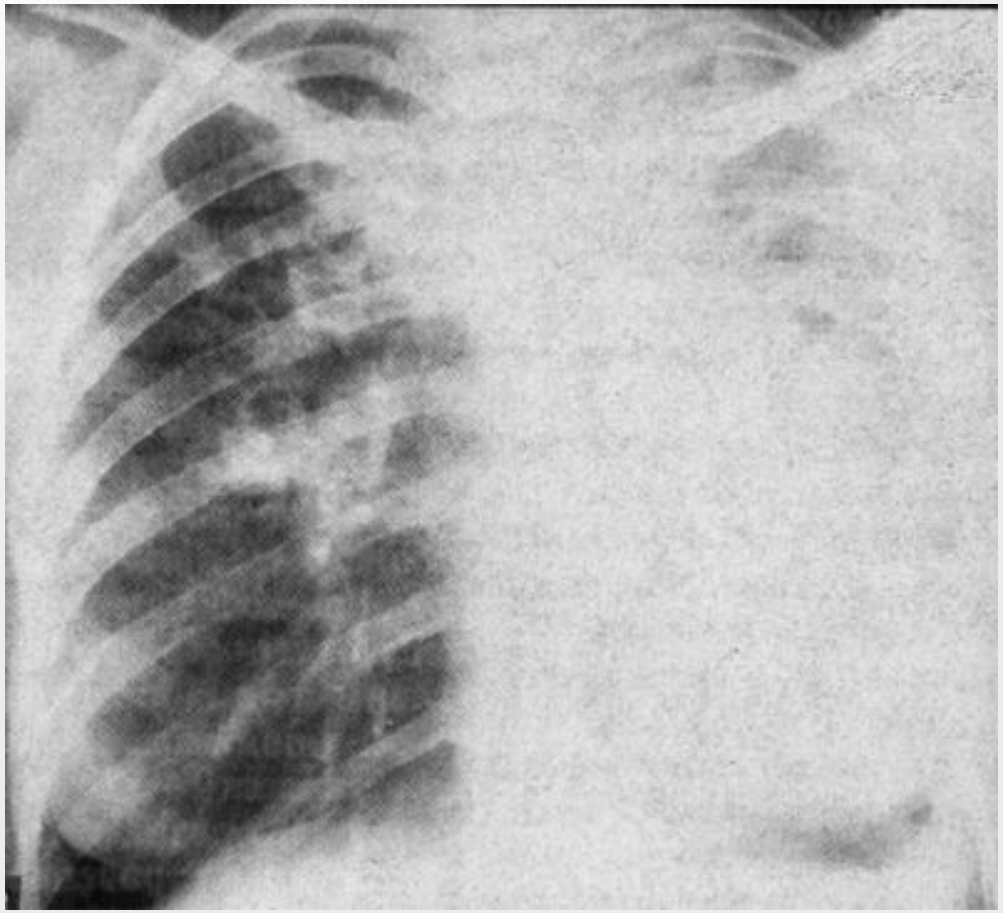
- Очаговая пневмония в виде округлого образования верхней доли левого легкого

Рентгенограмма



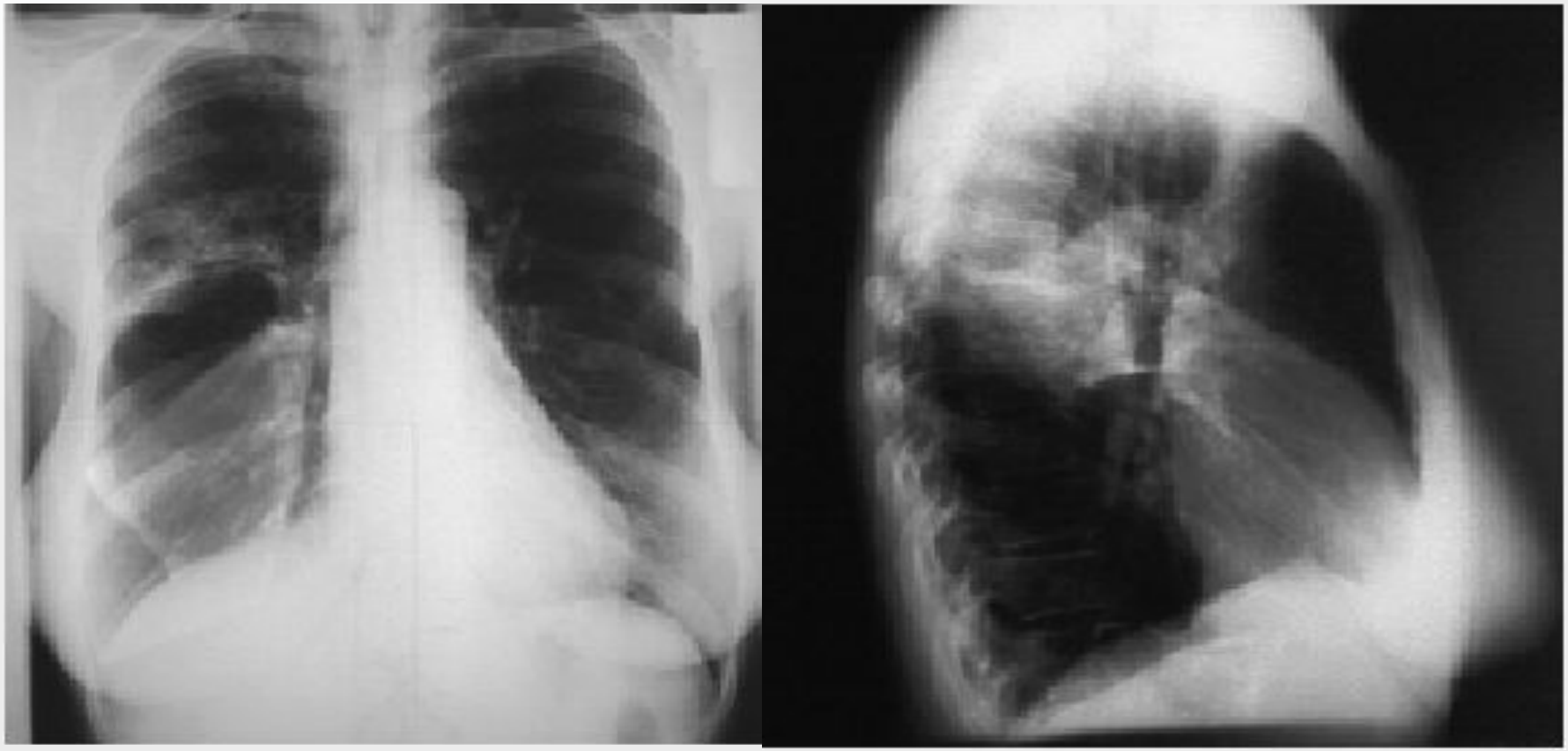
- Диффузная диссеминация легких при двухсторонней пневмонии

Рентгенограмма



- Рентгенограмма легких больного с массивной (тотальной) пневмонией. Заметно тотальное затемнение левого легочного поля, имеющее неоднородный характер. Размеры пораженной половины грудной клетки не изменены, смещение средостения отсутствует

Рентгенограмма



- Ограниченное затемнение легочного поля при правосторонней пневмонии

Боль в груди с одышкой

- Спонтанный пневмоторакс
- ТЭЛА
- ИБС + гипертоническая болезнь
- ИБС + поражение клапанного аппарата, папиллярных мышц, отрыв хорд, разрыв межжелудочковой перегородки
- ИБС + ХНЗЛ
- ИБС + о. левожелудочковая недостаточность
- Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты + гемотампонада перикарда

Боль в груди с иррадиацией

- ИБС
- Лопаточно-реберный синдром
- Реберно-ключичный синдром
- Синдром передней лестничной мышцы
- Расслаивающая аневризма аорты

Боль в груди с лихорадкой

- Пневмония
- Медиастенит
- Перикардит
- Синдром Дресслера
- Эксудативный плеврит

Боль в груди и нарушение ритма сердца

- Экстракардиальные причины брадиаритмий: брюшной тиф, бруцеллез, гипотиреоз, уремия, «сердце спортсмена», гипокальцемия, гиперкалиемия, сердечные гликозиды, β-блокаторы.
- Экстракардиальные причины тахиаритмий: лихорадка, анемия, гиповолемия, ТЭЛА, гипертиреоз, гипокалиемия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, курение, алкоголь, наркомании, ХНЗЛ, рвота, диарея.

Определение

- Перикардит – это воспаление соединительнотканной оболочки сердца, сопровождающееся отложением фибрина на листках перикарда и выпотом в полости перикарда воспалительного экссудата, которое чаще всего является осложнением перенесенной инфекции, различных заболеваний внутренних органов или их лечения.

Классификация по характеру течения (E.Braunwald, 2001)

- А. Острые перикардиты (менее 6 недель)
  - Фибринозный
  - Выпотной (или геморрагический)

  Б. Подострые (от 6 недель до 6 месяцев)
  - Констриктивный
  - Констриктивно-выпотной
- В. Хронические (более 6 месяцев)
  - Констриктивный
  - Выпотной
  - Адгезивный (неконстриктивный)

Классификация острых перикардитов по этиологии (D.H. Spodick, 2001)

- Перикардиты при васкулитах и заболеваниях соединительной ткани – 30%
- Перикардиты при заболеваниях смежных органов
  - Инфаркт миокарда 5-20%
  - Расслаивающая аневризма аорты - редко
  - Заболевания плевры и легких - редко
    - Пневмония
    - ТЭЛА
    - Плевриты

Классификация острых перикардитов по этиологии (D.H. Spodick, 2001)

- Перикардиты при нарушениях метаболизма
  - Почечная недостаточность (у 20% больных с ХПН)
  - Микседема (у 30% с гипотиреозом)
  - Подагра
  - Цинга
- Неопластические перикардиты
  - Первичные (мезотелиома, саркома, липома и др.) - редко
  - Вторичные (метастатические, гематогенно распространившиеся или прорастание) – часто (до 40%)

Классификация острых перикардитов по этиологии (D.H. Spodick, 2001)

- Травматические перикардиты - редко
  - Проникающие (перфорация перикарда, перфорация желудка, операции на сердце, катетеризация полостей сердца и коронарных сосудов, радиационный перикардит)
  - Непроникающие ранения грудной клетки

Клинические проявления выпотного перикардита

- Клинические проявления *при небольшом количестве экссудата* могут отсутствовать
- Клинические проявления *при умеренном накоплении жидкости:*
  - Ощущение тяжести в грудной клетке
  - Одышка и покашливание при физической нагрузке
  - Слабость
  - Появление и нарастание признаков правожелудочковой недостаточности

Клинические проявления выпотного перикардита

- Клинические проявления *при значительном накоплении экссудата*
  - Постоянная тяжесть за грудиной, усиливающаяся при нагрузке и в горизонтальном положении
  - Исчезновение болей в области сердца
  - Упорный лающий кашель в горизонтальном положении (сдавление трахеи)
  - Одышка, сердцебиение в покое
  - Осиплость голоса (сдавление возвратного нерва)
  - Признаки правожелудочковой недостаточности (цианоз, набухшие шейные вены, гепатомегалия, асцит, отеки ног)
  - Высокое венозное давление, артериальная гипотензия, парадоксальный пульс (снижение систолического АД на вдохе более чем на 10 мм рт.ст. при неизменном диастолическом АД), тахикардия, диспноэ при отсутствии хрипов в легких

Характер выпота

- Транссудат (гидроперикард)
- Экссудат
- Гнойный (пиоперикард)
- Геморрагический (гемоперикард)

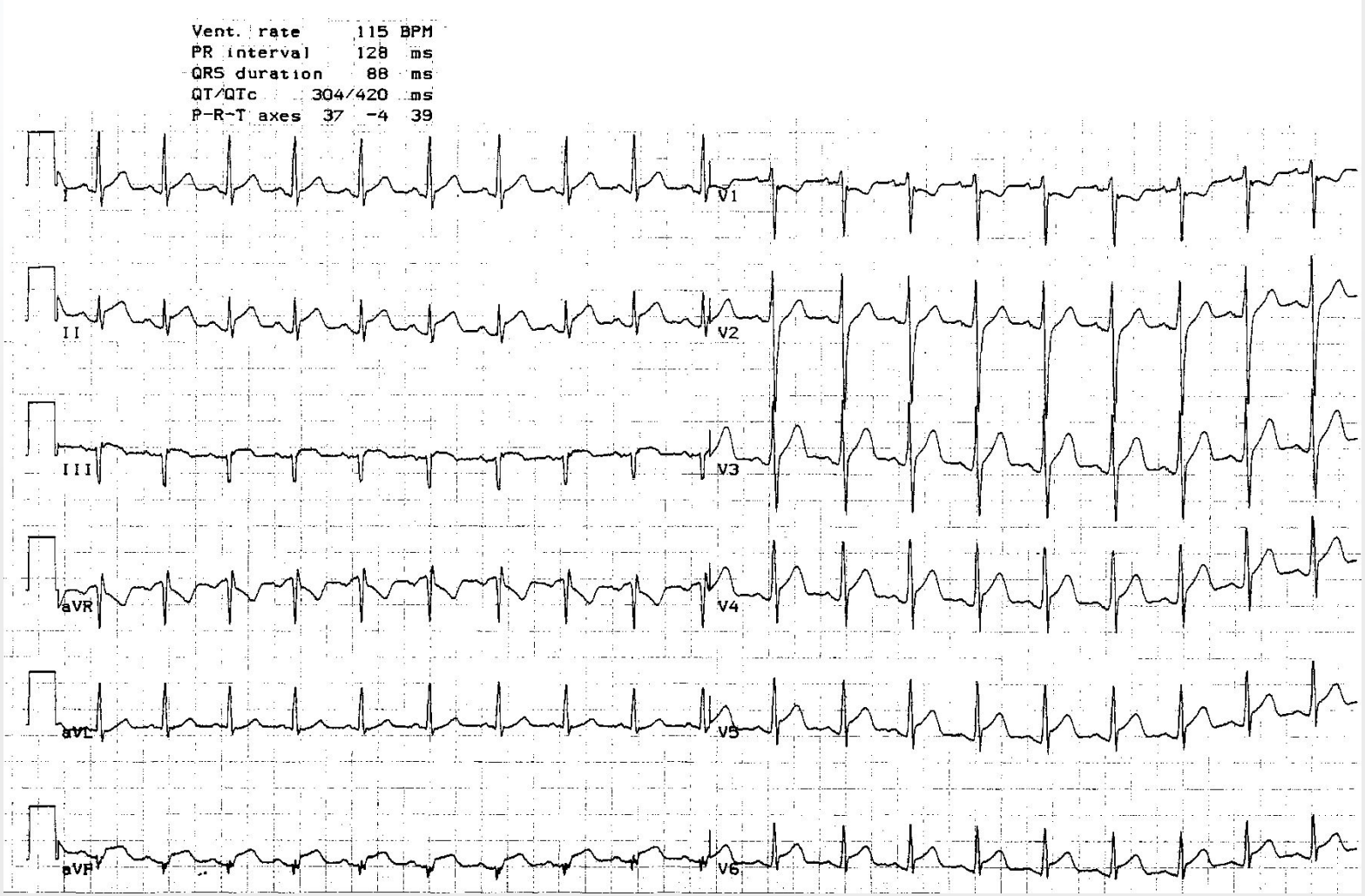
Диагностика выпотного перикардита

- Осмотр и аускультация больного
- ЭКГ
- Эхокардиография
- Анализы крови (маркеры воспаления и повреждения миокарда)
- Рентгенография органов грудной клетки
- Пункция перикарда с исследованием пунктата
- КТ
- МРТ
- Перикардиоскопия, биопсия перикарда

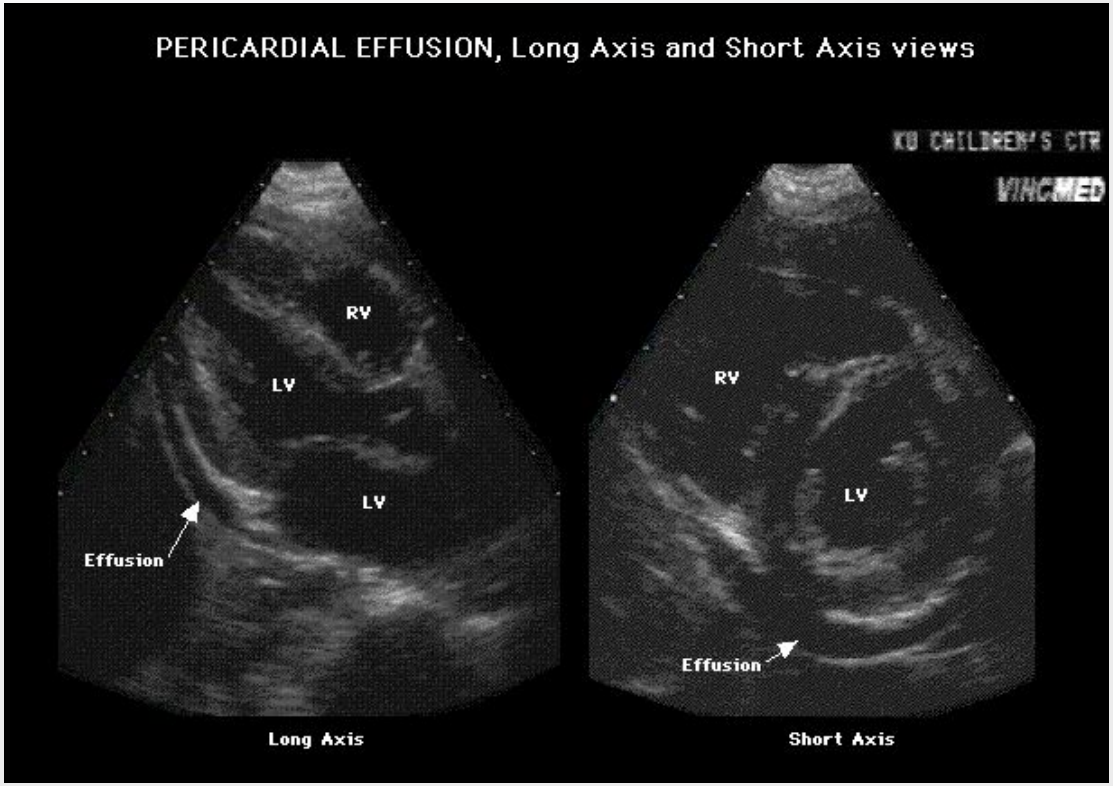
ЭКГ при выпотном перикардите

- ЭКГ при малом количестве жидкости
  - I стадия: Подъем сегмента ST
  - II стадия (ранняя): Возврат ST к изолинии, депрессия сегмента PQ
  - II стадия (поздняя): уплощение и инверсия зубцов T
  - III стадия: инверсия зубцов T
  - IV стадия: возврат ЭКГ к исходной
- ЭКГ при тампонаде сердца
  - Снижение вольтажа зубцов QRS и T
  - Депрессия сегмента PQ
  - Изменения ST-T
  - Электрическая альтернация

ЭКГ при остром перикардите с небольшим количеством выпота

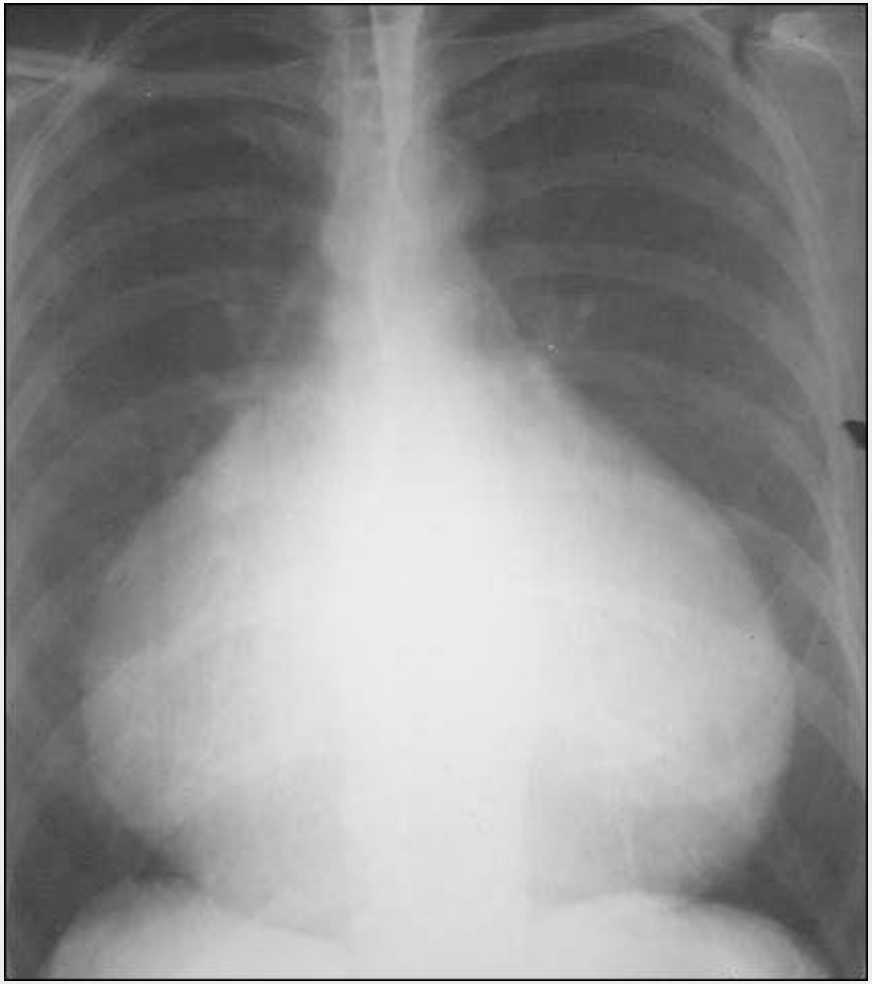


Эхокардиография при выпотном перикардите



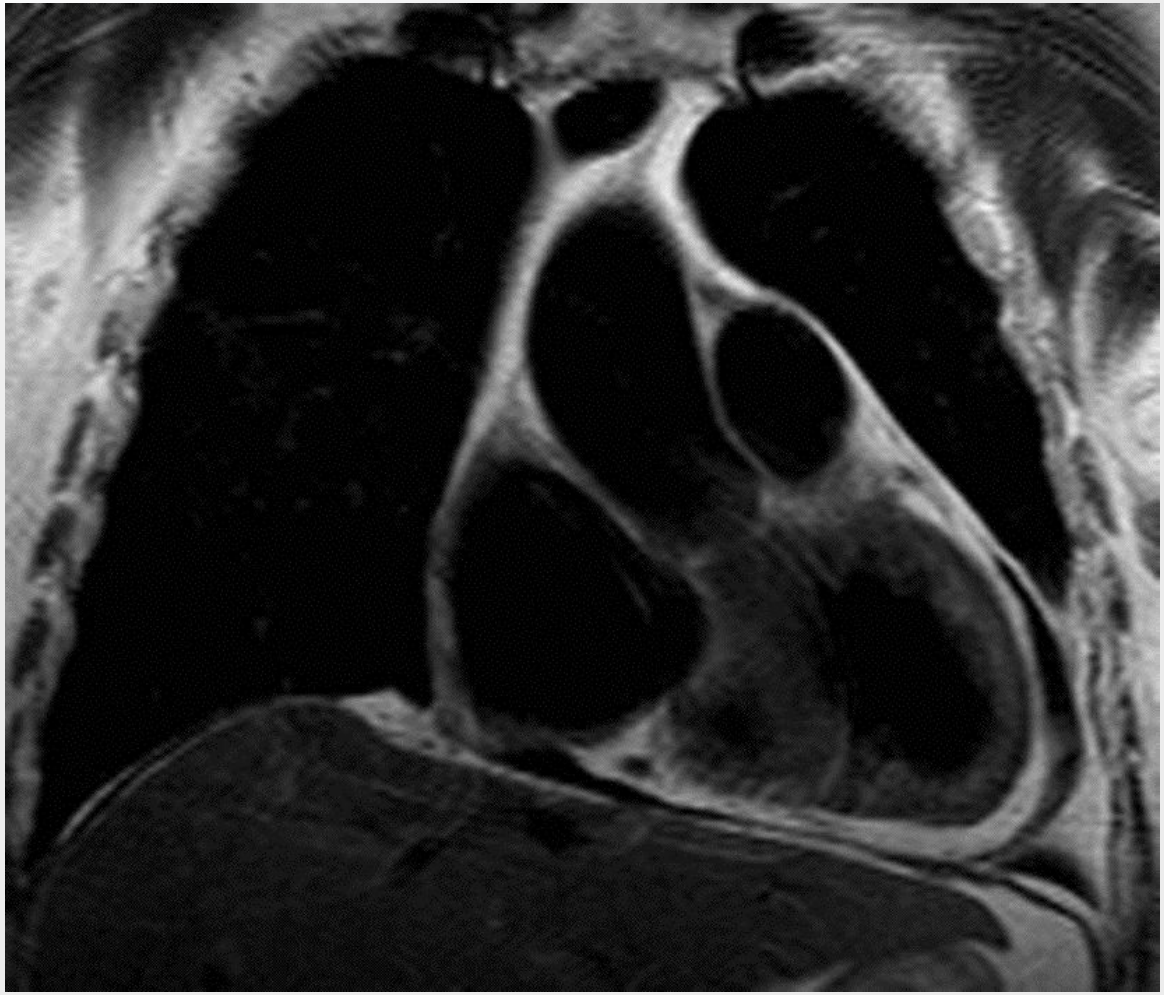
- Малое количество жидкости –расхождение листков перикарда в диастолу <10 мм
- Среднее количество – 10-20 мм
- Большое - >20 мм
- Очень большое – расхождение > 20 мм и признаки сдавления сердца

Рентгенография органов грудной клетки при выпотном перикардите



- Расширение тени сердца без признаков застоя в малом круге кровообращения («дом с трубой», «бутылка с водой»)

МРТ при выпотном перикардите



ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- Заболеваемость - 400-600 человек на 100 тыс.
- 6% населения имеют шанс заболеть
- П/о летальность - 0,05-0,2%
- Диагностические ошибки - 12-31%
- Удаление неизмененного отростка - 10-15%
- Частота осложнений - 10%

Догоспитальный этап

- Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар

Алгоритм обследования больного с подозрением на острый аппендицит

1. Госпитализация в хирургический стационар
2. Осмотр больного
3. Лабораторные исследования
4. Ультразвуковое исследование
5. Лапароскопия
6. Консультации специалистов смежного профиля

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)

- Тошнота 41%
- Болезненность при пальпации в зоне червеобразного отростка 40%
- Болезненность по всему животу 32%
- Запор 10%
- Понос 2%

Эпидемиология ОП

- 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%
  - в 79 ГКБ 9,4%
  - в 7 ГКБ 21,1%

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

Острый холецистит

- Заболеваемость ОХ
  - в мире 80 – 350 на 100 тыс. населения
  - в России 100 - 150 на 100 тыс. населения

Возрастная группа 35 – 45 лет

Гендерные группы

М :Ж = 1:2,5

- П/о летальность
  - в России 4 – 6 на 100 тыс. населения
  - в возрастной группе старше 60 лет 15-26 на 100 тыс. населения

В РФ в год выполняется 350 – 500 тыс. оперативных вмешательств

Догоспитальный этап

- Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар

Госпитальный этап (методы обследования)

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови
- Рентгеновское исследование брюшной полости и грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

Госпитальный этап (дополнительные методы)

- Коагулограмма
- ЭГДС
- МРТ
- МРХПГ
- КТ с внутривенным контрастированием.

Хирургическая тактика зависит от

- Степени тяжести пациента
- Сроков заболевания
- Выраженности воспалительного процесса
- Наличие поражения патологии желчных протоков
- Коморбидности
- Эффективности проводимой консервативной терапии

Больные легкой и средней степени тяжести в ХО, с тяжелой степенью в РО

Консервативная терапия при ОХ

- Инфузионная терапия
- Спазмолитики
- НПВС

В течении 12-24 час. При купировании приступа -плановое хирургическое лечение. При деструкции ЖП – до 72 часов подлежат хирургическому лечению ЛХЭ.

При поступлении позже 72 час (оптимальный срок для ЛХЭ – консерватитвная терапия, при неэффективности возможно холецистостома под УЗИ- контролем

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 350 – 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 Склярова “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.

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 (методы обследования)

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови
- Рентгеновское исследование брюшной полости и грудной клетки
- УЗИ брюшной полости

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

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ В СВОБОДНУЮ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

- локализация язвы
- время от момента
- прободения

Стадии течения перфорации язвы

1. **первичного шока – 4-6 час.**
2. **мнимого благополучия – 4-6 час.**
3. **распространенного перитонита – через 8-12 часов**

Задачи операции

1. **ликвидация источника перитонита (перфоративной язвы)**
2. **лечение перитонита**
3. **патогенетическое лечение язвенной болезни**

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!