



ТЕМА: ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

ПОДГОТОВИЛА: МАХСУДОВ.Б

ПРОВЕРИЛА: ЮГАЙ.Н.В

ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

- ПДА — есть скопление гноя в пространстве между диафрагмой и нижележащими органами. Чаще его развитие наблюдается между диафрагмальным листком брюшины и прилежащими органами.
- Поддиафрагмальный абсцесс может развиваться остро или незаметно и чаще всего бывает осложнением других заболеваний (операций по поводу язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, холецистита, аппендицита, панкреатита). В 10% случаев причина заболевания остается неизвестной.

СИМПТОМАТИКА ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА (БЕЛОГОРОДСКИЙ В.М., 1964)

I/ Общие симптомы:

- 1- Предшествующие заболевания, чаще гнойно-воспалительного характера, и повреждения, в том числе хирургическая операция.
- 2- Начало заболевания острое, бурное – в 14%, постепенное в 70%, и медленное, скрытое в 16%.
- 3- Боль в грудной области локализованная, чаще сильная, постоянная, усиливающаяся при движении, повороте, кашле.
- 4- Высокая лихорадка, часто с нерезкими колебаниями.
- 5- Высокая температура при наличии лейкоцитоза, сдвига в формуле крови влево, при отсутствии видимых изменений, объясняющих её.
- 5- Положение в кровати полусидячее, иногда опираясь руками; поведение – осторожное при передвижениях, не сгибая позвоночника.

СИМПТОМАТИКА ПДА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

II. Локальные симптомы ПА

A. Грудные симптомы при переднем и боковом расположении

ПДА:

- 1-Боль локализуется в нижней половине грудной клетки.
- 2- Поверхностное дыхание и верхне-рёберный тип его.
- 3- Разлитая болезненность по передней (боковой) поверхности грудной клетки.
- 4-Симптом Крюкова-** локальная болезненность по краю рёберной дуги в области 9-10-11 рёбер.

СИМПТОМАТИКА ПДА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- 17- **Симптом Барлоу** – ослабление везикулярного дыхания вначале заболевания, позже- с бронхиальным или металлическим оттенком; на границе тупости (тимпанита) дыхание внезапно прекращается, как бы обрывается.
- 18- **Симптомы Лейдена, Грекова, Оверхолт и Дойчес, Бей-** сухой или выпотной реактивный плеврит.
- 19-**Симптом Троянова-** сухой мучительный кашель без патологических явлений в лёгких.
- 20- **Симптом Лангенбуха-** расширение грудной клетки на стороне абсцесса, **симптом Лейдена-** сглаживание межреберий и выпячивание их в области абсцесса. Выпячивание ложных рёбер кнаружи, рёберный край кажется вывернутым, иногда сколиоз.
- 21- **Симптом Тривуса-** Чётко определяемый участок ясного лёгочного звука по правому краю грудины между тупостью абсцесса и тупостью сердца.

СИМПТОМАТИКА ПДА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- 3- Отсутствие или ограничение дыхательных движений переднего края печени.
- 4- Отсутствие в подреберье края печени при наличии смещения сердца.
- 5- Выпячивание области подреберья.
- 6- Симптом Яуре – баллотирование печени при перкуссии сзади.
- 7- Симптом Дюшена -«парадоксальное дыхание».
- 8- Наличие в стенке правой половины живота поперечного вала – утолщённого края «спустившегося абсцесса».
- 9- Смещение книзу селезёнки при левостороннем расположении ПДА.
- 10- Диспептические расстройства.

СИМПТОМАТИКА ПДА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

• В/ Поясничные симптомы ПДА

- 1- Боль локализуемая сзади внизу грудной клетки.
- 2- Тупость, доходящая до середины лопатки.
- 3- Треугольник лёгочного тона между абсцессом и позвоночником или полоса лёгочного звука вдоль позвоночника.
- 4- Ограниченная болезненность нижнего отдела грудной клетки.
- 5- Напряжённость мягких тканей этого отдела и ниже 12 ребра, иногда пастозность (**Мориц**).
- 6- Сглаженность и выпячивание верхнего отдела поясничных ямок, при отсутствии изменений в почечной области спереди.

СИМПТОМАТИКА ПДА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

• III. Прочие симптомы ПДА

A. Рентгенологические

- 1- утолщение диафрагмы, нечёткость и смазывание контура её.
- 2- Выявление срединной ножки диафрагмы на фоне отёка окружающей её клетчатки.
- 3- **Симптом Бегака** – закруглённый контур каудального полюса газового пузыря.
- 4- **Симптом Якобеуса** - появление под диафрагмой полусферического газового пузыря при введении воздуха в полость абсцесса.

СИМПТОМАТИКА ПДА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

• Б. Гематологические:

- 1- лейкоцитоз.
- 2- Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- 3- Ускоренная РОЭ.

• В. Диагностическая пункция:

- 1- Получение гноя.
- 2- Получение мутной жидкости с каловым запахом.
- 3- Получение из одного укола двух разных жидкостей: серозной и мутно-гнойной.
- 4- Дурно пахнущий запах из иглы при отсутствии гноя или жидкости.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Пневмоперитонеум (помогает отграничить локализацию процесса брюшной полости от грудной).
2. Ультразвуковое исследование обнаруживает участок гомогенного уплотнения с наличием жидкости.
3. Тепловидение выявляет более теплые очаги на коже пациента в области локализации абсцесса.
4. Компьютерная томография остается наиболее эффективным методом диагностики.
5. Пункция абсцесса является опасной и чаще проводится уже во время лапаротомии.
6. Лапароскопия.

ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ АБСЦЕСС

- Подпеченочный абсцесс является типичным вариантом абсцесса брюшной полости. Гнойник формируется между поверхностью нижней части печени и кишечником, и, как правило, является осложнением болезней внутренних органов:

Панкреонекроза, холецистита, гнойного аппендицита, ущемленной грыжи.

ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ АБСЦЕСС

- Болезненные ощущения, что локализуются в районе подреберья с правой стороны. Боль может отдавать в район спины, лопаток либо плечей. Может усиливаться во время глубоких вдохов.
- Лихорадка интермиттирующего характера.
- Бледность кожи либо пастозность.
- Озноб.
- Тахикардия.
- Артериальная гипотензия.
- В этом случае заподозрить абсцесс позволяют боль при пальпации, увеличение СОЭ и лейкоцитоз в анализах крови. При больших размерах гнояника возможны признаки кишечной непроходимости – запор, метеоризм, тошнота.

ДИАГНОСТИКА

- Лабораторные признаки гнойного абсцесса:
 - - анемия , нейтрофильный лейкоцитоз (72%), увеличение СОЭ, умеренное увеличение билирубина.
- Инструментальные исследования
 - Рентгенологическое исследование позволяет обнаружить патологические изменения в 50% случаев. На рентгенограмме видны приподнятость правого купола диафрагмы, нечеткость правого реберно-диафрагмального угла, ателектаз легкого. Ниже диафрагмы могут выявляться уровни жидкости и газа, когда возбудителями абсцесса выступают газообразующие микроорганизмы.
 - 2. УЗИ печени выявляет очаг округлой, овальной или эллипсоидной формы с неровными краями и гипоэхогенной неоднородной структурой, размером более 1 см. Чувствительность метода 80-90%. УЗИ является базовым методом визуализации.

- 3. Компьютерная томография печени позволяет обнаружить до 94% очагов поражения. Применяя контрастное вещество, можно добиться усиления изображения с чувствительностью 95-100%.
-
- 4. МРТ является наиболее чувствительным методом по сравнению с КТ без контрастирования, поскольку дает возможность визуализации меньших по размеру очагов. При использовании режима T1 повреждения имеют низкую интенсивность сигнала, а в режиме T2 она очень высокая. В качестве контраста при МРТ используют гадобутрол.
-
- 5. Сцинтиграфия. Проводят, используя свойство галлия накапливаться в абсцессах в большом количестве. Применяют также Tc-m99, In-111 (сканирование лейкоцитами, меченым индием). Чувствительность при использовании галлия составляет 50-80% , технеция - 80%, индия - 90%.

ПДА	Подпеченочный абсцесс
В анамнезе заболевание органов брюшной полости	является осложнением болезней внутренних органов:
Лихорадка	Лихорадка
Голосовое дрожание усилено кашель	Нет
кишечной непроходимости нет	кишечной непроходимости желтушность кожных покровов
При аускультации услышать звук падающей капли «шум плеска» Гиппократата . Высокое стояние диафрагмы, тупость при перкуссии (безгазовый абсцесс), тимпанит при газовом абсцессе	Нет
Нет <input type="checkbox"/> болезненность в области грудни клетки	При пальпации: <input type="checkbox"/> болезненность в области печени, иногда пальпируется опухолевидное образование <input type="checkbox"/> болезненность в области печени

ОПУХОЛЬ ПОЧКИ

- Опухоль почки – патологическое разрастание ткани почки, состоящее из качественно изменившихся клеток. В зависимости от характера роста - выделяют доброкачественные и злокачественные опухоли почек

СИМПТОМЫ

- ухудшение общего состояния: слабость, быстрая утомляемость, потеря аппетита, похудание (интоксикация организма продуктами обмена опухолевой ткани).
- Повышение температуры тела (37-38 С).
- Анемия (как следствие токсического влияния продуктов жизнедеятельности опухоли на костный мозг).
- Полицитемия (за счет возможной выработки тканью опухоли эритропоэтина).
- Повышение СОЭ.
- Артериальная гипертензия.
- Гематурия (кровь в моче).
- Тупая ноющая боль в поясничной области на стороне поражения (иногда боли иррадируют в пах и бедро).
- Почечная колика (сгустки крови могут приводить к резкому нарушению оттока мочи от почки).
- Прощупываемая опухоль.
- Варикоцеле (может сформироваться по следующим причинам: формирование артериовенозных свищей, сдавливание или прорастание опухолью левой почечной вены, сдавливание нижней полой вены или одной из гонадных вен).
- Симптомы, связанные с метастазированием (зависят от пораженного метастазами органа или ткани).

ДИАГНОСТИКА

- Лабораторные исследования:
- 1. Общий анализ крови – наиболее характерно наличие анемии, разной степени выраженности; повышение СОЭ.
- 2. Общий анализ мочи – макро- или микро-гематурия. Изменения в анализе могут отсутствовать.
- 3. Биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, глюкоза).
- 4. Коагулограмма – могут быть нарушения свертываемости крови

Инструментальные исследования:

- 1. УЗИ почек и забрюшинного пространства, УЗИ органов брюшной полости.
- 2. Экскреторная внутривенная урография (рентгенологические признаки образования – афункция или снижение функции почки на стороне поражения, деформация ЧЛС – сдвигание, отстестнение чашечек, лоханки, ампутация чашечек, увеличенные контуры почки и т. д.).
- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

ОПУХОЛЬ ПЕЧЕНИ

- Опухоль печени – это патологическое новообразование, которое образуется из ткани с изменённым генетическим аппаратом клеток. Это приводит к нарушению регулирования их правильного роста, размеров, форм, и их функций. Клетки собственных тканей становятся чужеродными для организма. Возникает нарушение функционирования в месте размещения таких мутаций, а потом и всего органа. Новообразованием сдавливаются соседние здоровые ткани, сосуды.

КЛИНИКА

диспепсические жалобы – тошнота, рвота, расстройство аппетита, повышение температуры тела;

- желтуха (пожелтение кожных покровов, зуд);
- асцит (скопление свободной жидкости в брюшной полости, проявляющееся увеличением размеров живота) со всеми его осложнениями (возникновением кровотечения из расширенных вен пищевода и т.д.).
- Для поздних стадий характерна опухолевая интоксикация (отравление). Для нее характерны следующие симптомы:
- общая слабость, быстрая утомляемость и потеря интереса к привычной работе, депрессия, психическая заторможенность (замедленность реакций), головные боли и головокружения, нарушение сна (сонливость днем, бессонница ночью);
- снижение аппетита вплоть до анорексии (сильного похудения), кахексии (крайней степени истощения);
- цианоз (посинение) и бледность кожных покровов, возможно их пожелтение;
- сухость слизистых оболочек рта, носа, глаз;
- повышение температуры тела (от субфебрильной (37°C) до гектической (39°C и выше));
- повышенная потливость (гипергидроз), особенно по ночам;
- различные типы анемии (малокровия);

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- Общий анализ крови. Может быть обнаружена анемия (малокровие, снижение в крови гемоглобина (переносчика кислорода в крови), тромбоцитоз (увеличение тромбоцитов (клеток, влияющих на свертываемость крови)).
- Общий анализ мочи: значительных изменений не наблюдается
- Биохимический анализ крови (повышение печеночных ферментов (белков, ускоряющих химические реакции в организме) и щелочной фосфатазы (фермента, участвующего в транспорте фосфора в организме)).

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

- Альфа-1 фетопроtein (АФП) — скрининговое (обязательное) исследование. У теста имеется чувствительность (доля выявленных действительно болеющих людей в обследованной группе) — 39-65%, специфичность (доля тех, у кого правильно определено отсутствие заболевания в обследованной группе) — 76-94%.
- Дез-гамма карбоксипротромбин (DCP) — скрининговое исследование. Определяется чувствительность теста — 48-86%, его специфичность — 81-98%.
- Альфа-1 фукозидаза (AFU) — специфический белок, повышающийся при злокачественных опухолях печени, а также при других злокачественных новообразованиях: чувствительность теста — 81%, его специфичность — 70%.
- Глипикан-3 (GPC3) — белок, отторгающий опухоль (в норме отсутствует).
- Фактор роста гепатоцита (HGF) — белок, влияющий на развитие печеночных клеток.
- Ростовой фактор beta 1 (TGF-b1) — белок, контролирующий деятельность клеток.
- Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF) — белок, влияющий на развитие новых кровеносных сосудов.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (определяется опухоль в печени, а также возможно обнаружение регионарных метастазов (распространения злокачественных клеток в другие органы)).
- Рентгенография органов брюшной полости. Выявляется увеличение размеров печени.
- Сцинтиграфия печени выявляет локализацию (расположение) опухоли, ее размеры. В организм вводят радиоактивные элементы, способные создавать излучение. Оно используется для получения изображения, показывающего, в каких органах эти элементы задерживаются.
- Компьютерная томография (КТ) для выявления опухоли печени, ее размеров и состояния регионарных лимфатических узлов с контрастированием (введение специального вещества (контраста), которое видно на рентгене).
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) для выявления опухоли печени, ее размеров и состояния регионарных лимфатических узлов.
- Пункционная биопсия опухоли. Взятие кусочка ткани опухоли на гистологическое (тканевое) исследование.
- Ангиография (рентгенологическое исследование кровеносных сосудов).
- Эластография (сканирование ткани печени с установлением степени ее плотности (эластичности)).

БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА

- Болезнь Ходжкина (ЛГМ) – это злокачественная опухоль, поражающая преимущественно лимфатические ткани, болезнь невыясненной этиологии, характеризующая появлением одноядерных опухолевых клеток (клетка Ходжкина) и/или опухолевых клеток с большим количеством ядер (клетки Березовского-Рида-Штернберга) наряду с воспалительно-гранулематозной инфильтрацией. ЛГМ главным образом прогрессирует по цепи лимфатических узлов от одной зоны к другой. Поражение левых надключичных лимфатических узлов.

СИМПТОМЫ

- Повышенная утомляемость, нарастающая слабость, снижение работоспособности, серо-землистый цвет кожи, зуд кожи, выпадение волос, проливной ночной пот, повышенная потливость, лихорадки с температурой более 38°C, прогрессирующая потеря веса.
- Безболезненным увеличением лимфатических узлов, чаще всего шейных – не спаянных между собой и с окружающими тканями, с образованием грубых пакетов, безболезненные. Довольно часто поражаются медиастинальные лимфоузлы. Весьма часто, особенно в далеко зашедших стадиях наблюдается поражение лимфоузлов ниже диафрагмы: паховоподвздошные, парапортальные. Изредка увеличиваются селезёнка и печень.

ДИАГНОСТИКА

- Лабораторные исследования:
 - - исследование ОАК (общий анализ крови) – анемия, нейтрофилия, эозинофилия, лимфоцитопения, повышение СОЭ (скорость оседания эритроцитов)- активность ЛГМ;
 - - б\химия крови - повышение уровня меди в сыворотке крови показатель активности ЛГМ;
 - - повышение уровня ферритина и снижение уровня трансферрина сыворотки крови - характерна для поздних стадии ЛГМ;
 - - повышение уровня фибриногена, гаптоглобина, щелочной фосфотазы.
- Пункционная биопсия лимфатического узла для цитологической верификации опухоли.
- Преимущественно проводится открытая инцизионная биопсия для гистологического и иммуногистохимического (CD 15 + CD 20 + CD 15 +)

- Инструментальные исследования:
- Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях и томография и КТ.
- УЗИ периферических лимфатических узлов, органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
- Трепанобиопсия подвздошных костей с 2-х сторон или стеральная пункция – при подозрении на поражения костного мозга.
- КТ или МРТ по показаниям.
- КТ ПЭТ по показаниям.

ЛИМФОСАРКОМА

- Неходжкинские лимфомы (НХЛ) – это гетерогенная группа злокачественных лимфопролиферативных опухолей, различающихся по биологическим свойствам, морфологическому строению, клиническим проявлениям, ответу на терапию и прогнозу

СИМПТОМЫ

- , При первичном поражении лимфосаркомой лимфатических тканей грудной клетки первыми проявлениями заболевания чаще всего бывают признаки, характерные для вирусных и воспалительных заболеваний:лихорадки с температурой более 38°С.
- часто сухой кашель, цианоз и отечность верхней половины тела и лица с нарушениями дыхания и тахикардией. кишечной непроходимости, отеки нижних конечностей, желтуха, нарушение мочеотделения. затруднение носового дыхания. головная боль, тошнота, рвота, похудание, интоксикации симптомов

ДИАГНОСТИКА

- 1. Клинический анализ крови, включая содержание эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, СОЭ.
- 2. Биохимический анализ крови, включая исследование общего белка, креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз, ЛДГ, щелочной фосфатазы.
- 3. Определение группы крови и резус-фактора.
- 4. Коагулограмма.
- 5. ОАМ.
- 6. ЭКГ.
- 7. Рентгенография органов грудной клетки.
- 8. Цитологическое исследование костного мозга.
- 9. Морфологическое исследование костного мозга.
- 10. Трепанобиопсия крыла подвздошной кости.
- 11. УЗИ органов брюшной полости.
- 12. Гистологическое исследование.
- 13. Иммунофенотипическое исследование

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

	Лимфома Ходжкина	Неходжкинская лимфома
ОАК	Часто без патологии	Часто без патологии, в некоторых случаях – ускорение СОЭ
Гистология	Клетки Штернберга	Варианты НХЛ
Иммунологические маркеры	CD15, CD30	В или Т-клеточный иммунофенотип соответственно морфологическому варианту НХЛ

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

- Системная красная волчанка (СКВ) – это хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, с разнообразием проявлений, течений и прогноза. Заболевание характеризуется периодами относительной ремиссии и обострения, которые могут вовлекать любой орган или систему в различных комбинациях.
- В патогенез СКВ вовлечены генетические, иммунологические, гормональные факторы и условия среды.

СИМПТОМЫ

- усталость, слабость, быстрая утомляемость, похудание;
- • повышение температуры без видимой причины;
- • боли или отечность крупных и мелких суставов;
- • боли в мышцах;
- • покраснения кожи щек и носа — симптом «бабочки», покраснение зоны декольте, усиливающееся от волнения, пребывания на солнце, воздействия мороза и ветра; высыпания на коже;
- • выпадение волос;
- • язвы на слизистых губ, полости рта, носоглотки;
- • одышка, кашель, боли в грудной клетке, в области сердца;
- • головная боль;
- • судороги (при исключении метаболических, инфекционных и лекарственных причин);
- • синяки на коже и другие разнообразные жалобы


- Клинические проявления СКВ зависят от пораженной системы органов.
- При поражении кожи и слизистых оболочек – сыпь на скулах в виде фиксированной эритемы на скуловых выступах, имеющая тенденцию к распространению к носогубной зоне; дискоидная сыпь в виде эритематозных приподнимающихся бляшек с прилипающими кожными чешуйками и фолликулярными пробками, на старых очагах могут быть гиперпигментации с атрофическими изменениями кожи; высыпания в виде красных колец с более бледной кожей внутри кольца, изъязвление губ, полости рта или носоглотки, обычно безболезненное; поражение сосудов кожи: васкулиты (капилляриты) — точечные эритемы на концевых фалангах пальцев рук, ладонях; высыпания геморрагического характера (геморрагические петехии); бледность кожных покровов.
- При поражении костно-суставной системы: неэрозивные артриты, с поражением 2 или более периферических суставов, с болезненностью, отёком и выпотом.
- При поражении легких: шум трения плевры, при поражении сердца – шум трения перикарда.
- При поражении почек: отеки, которые располагаются на лице, особенно на веках

- Лабораторные исследования [1,3,6]:
 - ОАК (6 параметров): увеличение СОЭ, лейкопения (обычно лимфопения), тромбоцитопения; возможно развитие аутоиммунной гемолитической анемии, гипохромной анемии, связанной с хроническим воспалением, скрытым желудочным кровотечением или приемом некоторых ЛС.
 - ОАМ: протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.
 - Коагулограмма: определение функций адгезии и агрегации тромбоцитов: контроль гемостаза, маркеров тромбоза при АФС, контроль тромбоцитарного звена гемостаза; гиперкоагуляция при АФС.
 - БАК (креатинин, общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, общий холестерин, глюкоза, СРБ, сывороточное железо);
 - определение СКФ.

- Иммунологические исследования [1,3, 6, 9-12]:
 - определение антинуклеарных антител методом АНА на клетках Hep-2 с помощью непрямой иммунофлюоресценции или эквивалентным методом (при первичном установлении диагноза), анти-дсДНК, С3-С4 компоненты комплемента;
 - при установленном диагнозе с целью мониторинга активности СКВ: анти-дсДНК, С3-С4 компоненты комплемента;
 - реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном на сифилис;
 - исследование кала на гельминты и простейшие;



• Инструментальные исследования:

- рентгенография ОГК или флюорография;
 - ЭКГ;
 - ЭхоКГ (при поражении сердца);
 - УЗИ ОБП, УЗИ почек;
 - Денситометрия.
- 



- Узелковый полиартериит – некротизирующий васкулит, ассоциированный с аневризматическими узелками вдоль стенок мышечного слоя артерии среднего размера.

СИМПТОМЫ

- лихорадка;
- • снижение веса;
- • кожная сыпь;
- • миалгия;
- • боли в животе;
- • недомогание;
- • недеструктивные артропатии;
- • боль/болезненность яичек, несвязанная с инфекцией, травмой.

Неврологический осмотр:

- • очаговые нарушения;
- • гемиплегии;
- • мононеврит/полинейропатия.

- кожные проявления:

- • сетчатое ливедо – макулярное кольцеобразное высыпание цианотической окраски, образующее сетку, неравномерное распределение вокруг подкожных жировых долек;

- • папулы, пузырьки;

- • подкожные узлы от ярко-красного до цианотического цвета, размеры 0,5-2 см, двусторонние, на голеньях и бедрах (реже – руках, туловище, голове, шее, ягодицах);

- • поверхностные кожные некрозы—поверхностные кожные изъязвления (кожа и поверхностная подкожная ткань)/другие ишемические изменения (инфаркты ногтевого ложа, расщепленные гемморагии, некрозы пальцев);

- • глубокие кожные некрозы – глубокие кожные изъязвления (глубокие подкожные ткани, подлежащие структуры, фаланги пальцев/другие периферические ткани (нос, ухо) некрозы и гангрены;

- • измерение АД – диастолическое давление >90 мм рт.ст.

- Пальпация:

- • кожные узелки – болезненные подкожные узелки;

- • пурпура.

- Лабораторные исследования:

- • ОАК – анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, увеличение СОЭ;
- • биохимический анализ крови – увеличение СРБ;
- • ОАМ – гематурия, протеинурия;
- • анализ на циркулирующие иммунные комплексы/криоглобулины – циркулирующие иммунные комплексы/криоглобулины;
- • анализ на вирус гепатита В – положительная серология на гепатит В;
- • анализ на антитела к протеиназе 3 – присутствие цитоплазматической ANCA с антителами к протеиназе – 3(с целью исключения гранулематоза Вегенера);
- • анализ на антитела к миелопероксидазе – значительные титры перинуклеарной ANCA с антителами к миелопероксидазе (с целью исключить микроскопический полиангиит).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- УЗДГ сосудов, ангиография, ультразвуковая доплерография;
- биопсия тканей кожи и мышц;
- радиографические исследования: катетерная висцеральная цифровая ангиография включающая контрастную аортограмму и избирательно почечную, печеночную и мезентериальную ангиографию. радиоизотопное исследование почек – демонстрация пятнистой площади в пределах почечной паренхимы со снижением поглощения изотопа Tc-99m с димеркаптосукциновой кислотой (васкулит средних сосудов поражающий почечные артерии).
- магнитно-резонансная ангиография – большие интра и экстракренальные аневризмы, стенозы/окклюзии главных почечных артерий, и площади ишемии и инфаркта.
- NB! МРТ может переоценить сосудистые стенозические поражения.
- КТ ангиография – большие аневризмы, артериальные окклюзионные поражения и демонстрирует почечные кортикальные ишемии и инфаркты.
- эхокардиография – для определения перикардитов, недостаточности клапанов, миокардитов, или патологии коронарных артерий.
- электромиография – для определения нервного поражения и подтверждения местоположения для биопсии

- Брюшной тиф – острое инфекционное заболевание человека, вызванное *Salmonella typhi*, характеризующееся длительной лихорадкой, интоксикацией, розеолезной сыпью, поражением лимфоидного аппарата кишечника и образованием язв в тонкой кишке.

СИМПТОМЫ

- . повышение температуры тела;
- . вялость, адинамия, анорексия;
- . упорная головная боль, бессонница;
- . бред, галлюцинации, потеря сознания;
- . запоры;
- . вздутие живота;
- . судороги;
- . рвота.

- стойкая лихорадка до 39–40°C;
- . сухие, потрескавшиеся (фулигинозные) губы, могут определяться герпетические высыпания на губах;
- . фулигинозный язык – увеличенный, обложенный густым, коричневым (или грязно серым) налетом;
- . ангина Дюге;
- . метеоризм;
- . гепатоспленомегалия;
- . запоры (редко диарея в виде «горохового пюре»);
- . увеличение мезентериальных лимфатических узлов (симптом Падалки – урчание и укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области живота);
- . относительная брадикардия, дикротия пульса, снижение АД, приглушенность или глухость сердечных тонов;
- . на 8 - 11 день появление на коже живота и боковых отделах грудной клетки скудной розеолезной сыпи (2-3 мм в диаметре) с тенденцией к «подсыпанию»; исключительно редко – на лице;
- . желтушное окрашивание кожи ладоней и подошв (симптом Филипповича);
- . при тяжелых формах «тифозный статус», который проявляется оглушенностью, бредом, галлюцинациями, потерей сознания.

- Лабораторные исследования
- гемограмма – лейкопения (первые 2-3 дня возможен лейкоцитоз), анэозинофилия, относительный лимфоцитоз, нейтропения с палочкоядерным сдвигом, незначительное ускорение СОЭ;
- • выделение гемокультуры *Salmonellatyphi* – возможен положительный результат на протяжении всего лихорадочного периода при посеве крови в количестве 5-10 мл в стерильный флакон (на 50-100 мл с 10-20% желчным бульоном или средой Раппопорта);
- • реакция Видаля с О- и Н – антигенами – антитела к О- антигенам появляются на 4-5 сутки, их уровень снижается в период реконвалесценции. Положительным считается титр 1:200 и его нарастание в динамике;
- • метод РНГА – обнаружение специфических антител к О-антигену *Salmonellatyphi*, "диагностический" титр 1:200 и выше; имеет диагностическое значение 2, 3, 4-х и более кратная динамика титра в парных сыворотках: первая сыворотка при поступлении (на 4 -5 день заболевания), вторая - через 10-14 дней и позднее после взятия первой пробы крови). Нарастание титров специфических антител в серологических реакциях свидетельствует об остро протекающем инфекционном процессе;
- • ИФА– обнаружение в крови специфических IgM – указывает на текущий инфекционный процесс и IgG свидетельствует о вакцинальной природе антител или перенесенном ранее брюшном тифе;
- • ПЦР кала и крови – обнаружение ДНК *Salmonellatyphi*

- Инструментальные исследования:
- Рентгенологические методы исследования грудной клетки (возможен пневмотиф) по показаниям;
- ЭКГ – для исключения миокардита при тяжелых формах брюшного тифа.

- Болезнь Крона - мультисистемное заболевание со специфической клинической картиной, характеризующееся фокальным, асимметричным, трансмуральным гранулематозным воспалением, которое поражает, прежде всего, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ); но может проявляться также системными и внекишечными осложнениями.

- Абдоминальная боль, потеря веса, хроническая диарея. Боль в животе и похудание ретроспективно встречаются у 60-80% больных до уточнения диагноза. Наличие крови в стуле является характерным симптомом воспаления толстой кишки (40-50% при Крон-колите). При других локализациях болезни Крона крови в стуле может не быть. Так, для илеита будут характерны абдоминальная боль, потеря веса, а затем - хроническая диарея (от 60 до 80% больных с БК). Клиника острого терминального илеита часто схожа с острым аппендицитом.
- Системные симптомы, такие как потеря веса, лихорадка, диспепсические явления характерны для болезни Крона (у 15% пациентов) [EL5].
- Перианальные фистулы встречаются у 4-10% больных с БК.

- Физикальное обследование:

- • осмотр кожных покровов: сухость кожи, ломкость ногтей, сниженный тургор за счет мальабсорбции (нарушение всасываемости микроэлементов), наличие признаков узловой эритемы
- • измерение температуры (повышение до 38-39 С, признак высокой активности заболевания и/или осложнений)
- • подсчет ЧСС (тахикардия, как признак активности заболевания, сопутствующей анемии или осложнений)
- • осмотр ротовой полости (на предмет наличия или отсутствия язв-афт),
- • напряжение мышц брюшной стенки, пальпируемый инфильтрат брюшной полости,
- • обязательный осмотр перианальной области и половых органов
- • пальцевое исследование прямой кишки,
- • измерение индекса массы тела (ИМТ): чаще всего снижение массы тела.
- • осмотр глаз (признаки увеита или конъюнктивита)

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ОАК с обязательным подсчетом тромбоцитов и лейкоформулой;
- ОАМ;
- в биохимическом анализе крови: исследование электролитов, показателя острофазового воспаления – количественного СРБ, а также определение функциональных проб печени (АЛТ, АСТ) и почек (креатинин, мочевины), обмена железа (ферритин, сывороточное железо, ОЖСС) и витамина Д, общего белка и альбумина, маркера холестаза и остеопороза: щелочная фосфатаза;
- копрограмма;

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- Эндоскопические методы исследования
- Магнитно-резонансная энтерография
- Видеокапсульная эндоскопия
- Гистологическое обследование.
- Лучевые методы
- Ультразвуковое исследование:
- Магнитно-резонансная томография
- Фистулография – при наличии наружных свищей;
- Компьютерная томография

ИСТОЧНИКИ И

ЛИТЕРАТУРА

- Версия: Архив - Клинические протоколы МЗ РК - 2012 (Приказы №883, №165) Рак печени и почек. diseases.medelement.com
- Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстанот «13»июля 2016 года
Протокол №7 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛЫХ.
- Версия: Архив - Клинические протоколы МЗ РК - 2012 (Приказы №883, №165)
лимфосаркома
diseases.medelement.com

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017

Категории МКБ: Брюшной тиф (A01.0), Паратиф а (A01.1), Паратиф б (A01.2), Паратиф с (A01.3), Паратиф неуточненный (A01.4) diseases.medelement.com

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017

Категории МКБ: Болезнь крона [регионарный энтерит] (K50), Язвенный колит неуточненный (K51.9)