

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Острый живот в практике ВОП. Острый аппендицит. Острый холеоцистит. Желчно-каменная болезнь. Острый панкреатит.

Подготовила: Тлеубаева Б.К.
Проверила: Михайлова И.Е.

Острый живот – это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости с вовлечением в процесс брюшины. Является предварительным диагнозом.



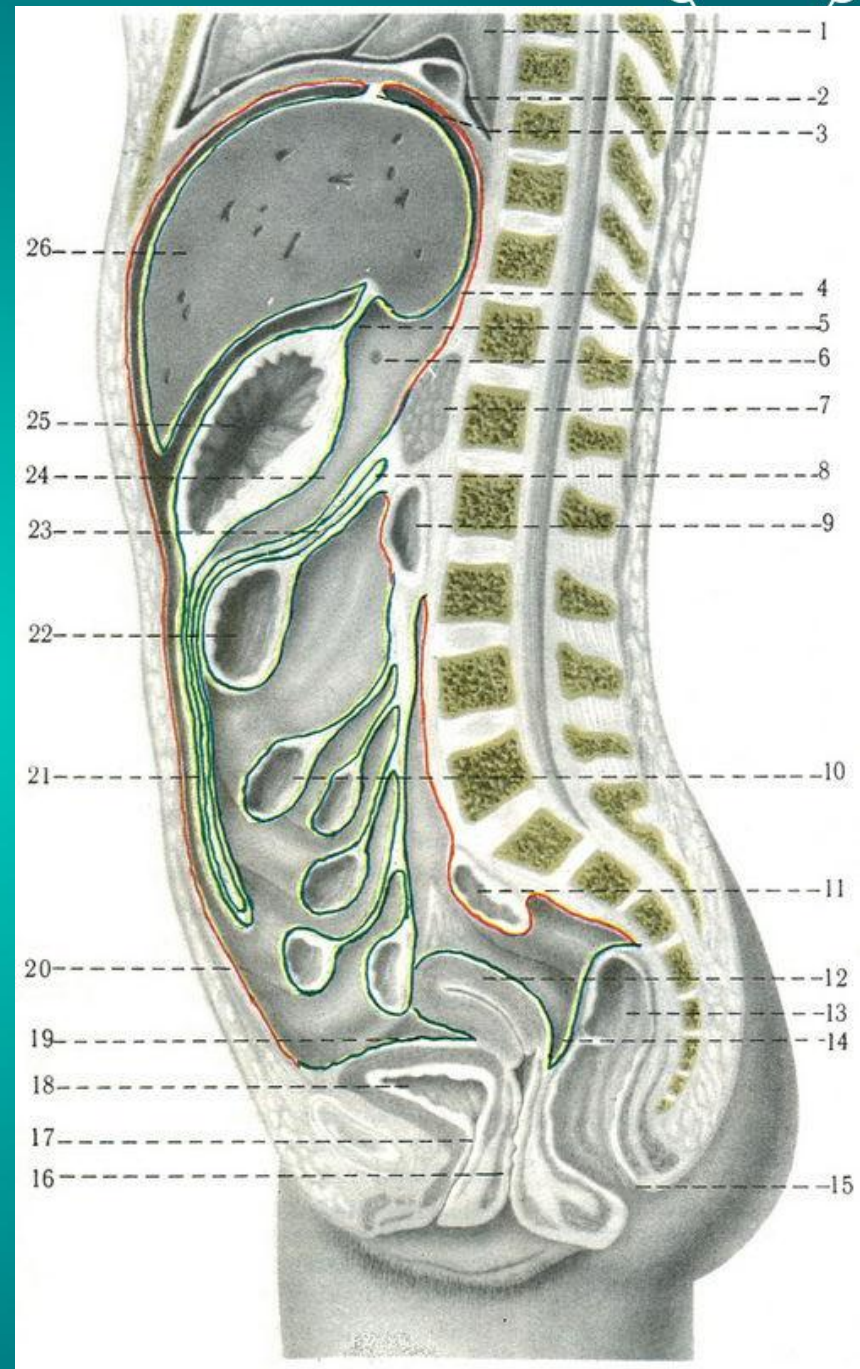
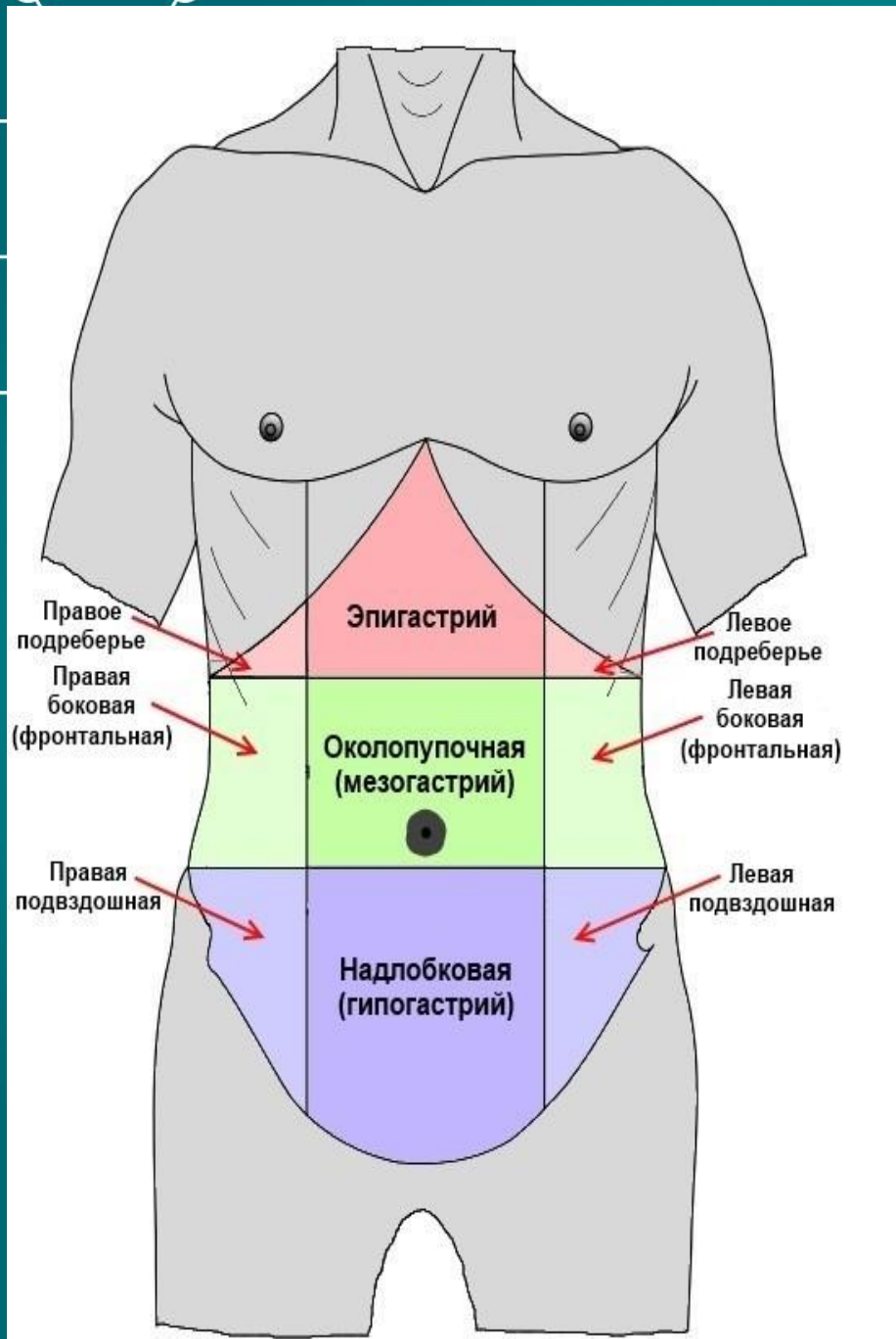
Клиническую картину острого живота могут обусловить:

- Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости :
 - Острый аппендицит
 - Острый панкреатит
 - Острый холецистит
 - Перитонит
- Механическая кишечная непроходимость
- Острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью.
- Повреждения органов брюшной полости
- Перфорация полого органа
- Кровотечение
- Гинекологические заболевания:
 - Апоплексия яичника

Клинические признаки



1. **Выраженный абдоминальный болевой синдром**
 - Висцеральная боль
 - Соматическая боль
 - Иррадиирующая боль
2. **Напряжение мышц передней стенки брюшной полости**
 - Локальное
 - Генерализованное
3. **Тошнота Рвота**
 - Желудочным содержимым
 - Кишечным содержимым
 - Кровью/«кофейной» гущей
4. **Нарушение моторики кишечника**
 - Запор
 - Вздутие
 - Интоксикация
5. **Анемия**
 - Постгеморрагическая
 - Железодефицитная
6. **Шок**
 - Септический
 - Травматический
 - Геморрагический





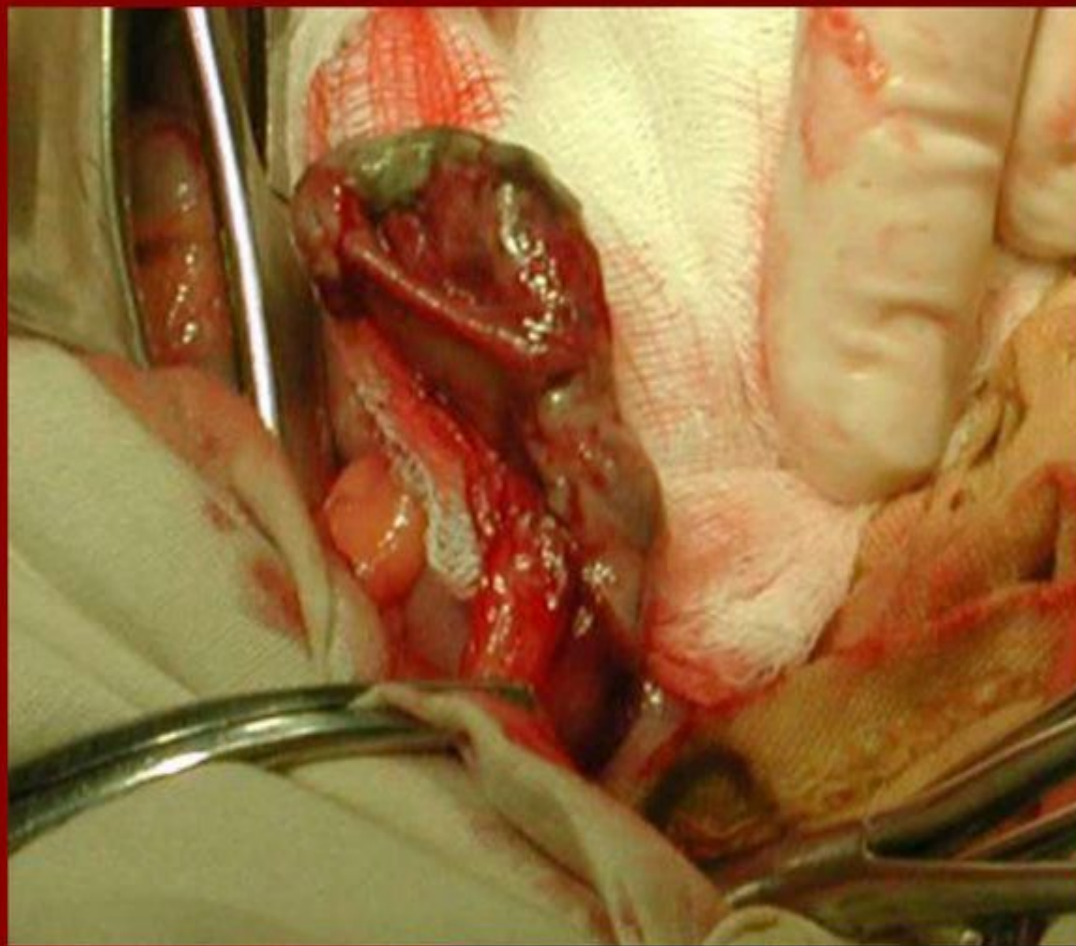
Характеристика висцеральных и соматических болей

Признаки	Тип боли	
	Висцеральная	Соматическая
Характер	Давящая, спастическая, тупая	Острая интенсивная
Локализация	Разлитая, неопределенная, по срединной линии	Точечная в месте раздражения
Длительность	От минуты до месяцев	Постоянная
Ритмичность (связь с приемом пищи, временем суток, актом дефекации и др.)	Характерна (ритм может быть правильным и неправильным)	Отсутствует
Иррадиация	Возникает при интенсивном характере и соответствует пораженному органу	Присутствует в большинстве случаев
Болезненность при пальпации	В месте локализации боли	В месте локализации больного органа
Лекарственная терапия	Эффективны препараты, нормализующие моторную функцию пораженного органа	Неэффективна и противопоказана
Клинические примеры	Не осложненная язвенная болезнь, желчная колика, дисфункция сфинктера Одди, язвы желудка или кишечника, спастическая дискинезия толстой кишки, перитонит, опухоли с раздражением париетальной брюшины	Перфоративные и пенетрирующие поражения органов



Дифференциальная диагностика

Острый аппендицит



Определение и эпидемиология

Острый аппендицит - острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Острый аппендицит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-6 случаев на 1000 населения.

Этиология острого аппендицита

Острый аппендицит - полиэтиологичное заболевание, в основе воспалительного процесса лежит бактериальный фактор. По своему характеру флора может быть специфической и неспецифической.

- **Специфическое воспаление** отростка может быть при туберкулезе, бациллярной дизентерии, брюшном тифе. Кроме того, заболевание может быть вызвано простейшими: балантидиями, патогенными амебами, трихомонадами.
- **Неспецифическая инфекция смешанного характера:** кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, анаэробные микроорганизмы. наиболее характерным возбудителем является кишечная палочка.

Способствующие факторы

- Обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой содержимого или образование замкнутой полости. Закупорка может быть обусловлена копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка.
- Сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбозу, появлению сегментарного некроза.
- Неврогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, растяжением просвета, повышенным слизиобразованием, нарушениями микроциркуляции.

Патогенез острого аппендицита

- Под влиянием этиологических факторов начинается серозное воспаление, нарушается в еще большей степени микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов, повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате, серозное воспаление сменяется деструктивными формами, развиваются осложнения.

Патоморфология острого катарального аппендицита

- **Макроскопически:** отросток утолщен, серозная оболочка тусклая, множество наполненных кровью мелких сосудов, в просвете – сукровичного вида жидкость.
- **Микроскопически:** дефекты слизистой оболочки, умеренная инфильтрация подслизистого слоя.

Морфологическая классификация видов острого аппендицита

- Недеструктивный (простой, катаральный);
 - Деструктивный:
 - флегмонозный,
 - гангренозный.



Основные симптомы

- Боли в животе (*внезапные, постоянные, мигрирующие(с-м Кохера), в правой подвздошной области*)
- Тошнота, рвота
- Потеря аппетита
- Задержка стула/понос
- Слабость, недомогание
- Язык обложен



Основные симптомы

- Умеренное повышение температуры
(+с-м *Lennander'a*)
- Лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг ф-лы влево, увел. СОЭ
- Неравномерное участие живота в дыхании, напряженность брюшных мышц
- Симптом Ситковского (*боль при повороте на левый бок*)
- Симптом Образцова (*боль в прав. подвздошн. обл. в момент поднятия правой выпрямленной ноги*)

картина

Основные симптомы:

- **Кохера-Волковича** – миграция боли из эпигастрия в правую подвздошную область.
- **Раздольского** – болезненность при перкуссии в правой подвздошной области.
- **Воскресенского** – скольжение правой рукой по натянутой рубашке от эпигастральной области к правой подвздошной с остановкой пальцев в проекции аппендикса.
- **Ровзинга** – прижатие в левой подвздошной области толстого кишечника вызывает усиление боли в правой подвздошной области.
- **Образцова** – усиление боли при поднятии выпрямленной в колене правой ноги.
- **Ситковского** – при перемещении больного на левый бок – усиление боли в правой подвздошной области.
- **Бартомье-Михельсона** – болезненная пальпация в правой подвздошной области при положении на левом боку.
- **Щеткина-Блюмберга** – сильная боль при пальпации в правой подвздошной области в момент резкого отнятия руки.
- **Локальная/генерализованная ригидность мышц** передней стенки брюшной полости.
- **Симптом болезненности передней стенки прямой кишки** – при «пальцевом» ректальном исследовании.
- **Симптом нависания заднего свода влагалища** – при влагалищном исследовании.
- **Симптом «Токсических ножниц»** - учащенный пульс не соответствует температуре(при гангренозной форме).

Кохера-Волковича



Воскресенского



Ровзинга



Щеткина-Блюмберга



Бартомье-Михельсона



Ситковского



Образцова



Раздольского

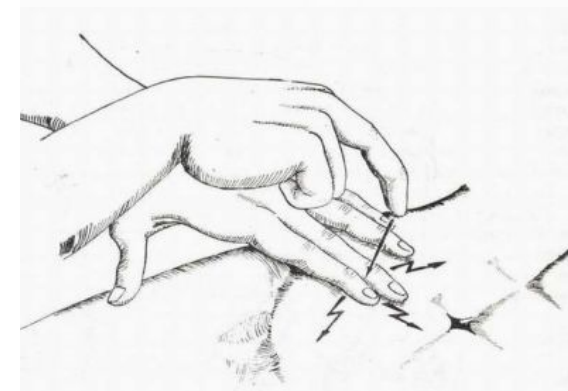


Рис. 9. Симптом Ситковского:

а — боль в животе при положении больного на спине отсутствует; б — появление болевых ощущений в животе при повороте больного на левый бок

Рис. 7. Симптом Раздольского

Инструментальная и лабораторная диагностика

ОАК – лейкоцитоз с обязательным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

БХАК - повышение нормы СРБ.

ОАМ – для исключения патологии мочевыделительной системы.

УЗИ

Рентгенография

КТ

Лапароскопия

Анализ крови при аппендиците

Показатель		Норма и ее изменение при аппендиците	
Эритроциты	мужчины	$4,0-5,1 \times 10^{12}/л$	редко увеличение
	женщины	$3,7-4,7 \times 10^{12}/л$	
Гемоглобин	мужчины	132-164 г/л	редко увеличение
	женщины	115-145 г/л	
Цветовой показатель		0,82-1,5	редко увеличение
Ретикулоциты		0,2-1,2 %	не меняется
СОЭ	мужчины	1-10 мм/ч	увеличивается
	женщины	2-15 мм/ч	
Тромбоциты		$180-320 \times 10^9/л$	не меняется
Лейкоциты		$4,0-8,8 \times 10^9/л$	увеличивается
Палочкоядерные нейтрофилы		1-6 %	увеличивается
Сегментоядерные нейтрофилы		45-70 %	увеличивается
Базофилы		0-1 %	не меняется
Эозинофилы		0-5 %	не меняется
Лимфоциты		18-40 %	уменьшается
Моноциты		2-9 %	не меняется

ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое удаление аппендикса

Внутривенное введение растворов и антибиотиков

Лечение острого аппендицита подразумевает открытую или лапароскопическую аппендэктомию;

Противопоказание к аппендэктомии – воспалительное заболевание с поражением слепой кишки. Однако при наличии терминального илеита и отсутствии изменений слепой кишки аппендикс следует удалить.

Аппендэктомии должно предшествовать внутривенное введение антибиотиков. Предпочтительно назначение цефалоспоринов 3-его поколения. При аппендиците без перфорации дальнейшее введение антибиотиков не показано. При перфорации аппендикса антибиотики следует продолжать в течение 4 дней (1). При невозможности хирургического вмешательства введение антибиотиков существенно повышает выживаемость, хотя и не позволяет достичь излечения. Хотя несколько неоперативного лечения аппендицита (т.е. с использованием исключительно антибиотиков) показали высокий процент рассасывания в период первичной госпитализации, у значительного числа пациентов наблюдается рецидив и является необходимой аппендэктомию в течение следующего года (2). Таким образом, аппендэктомию все еще рекомендуется, особенно если на КТ виден аппендиколит.



Острый панкреатит – это острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами.

Этиология



Основной фактор - аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов.

Предрасполагающие факторы:

1. Повышение давления в желчевыводящих путях – желчная гипертензия, билиарный рефлюкс.
2. Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта.
3. Нарушения обмена, особенно жирового; алиментарный фактор.
4. Расстройства кровообращения в железе.
5. Пищевые и химические отравления.
6. Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости.
7. Травмы поджелудочной железы.
8. Аутоиммунный фактор.

Патогенез



Рисунок 1

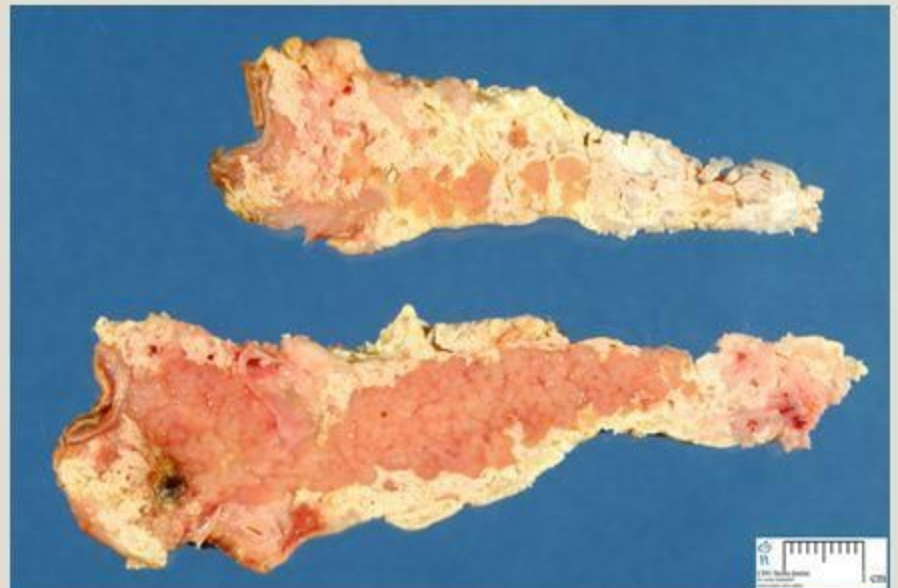
Фазы:

- ✓ Трипсиновая (протеолитическая) → отек и геморрагическое пропитывание ПЖ.
- ✓ Липазная → жировой некроз ПЖ.
- ✓ Инфекционные осложнения.

Классификация



- I. Панкреатит отечный (интерстициальный).
- II. Панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный: по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный; по распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый; по локализации: с поражением головки, тела, хвоста, всех отделов ПЖ.
- III. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный.





Осложнения острого панкреатита:

- Парапанкреатический инфильтрат.
- Панкреатогенный абсцесс.
- Перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный.
- Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой.
- Аррозивное кровотечение.
- Механическая желтуха.
- Псевдокиста: стерильная, инфицированная.
- Внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта.

Клиника



- Боль.
- Рвота.
- Задержка в отхождении газов и кала, вздутие живота (в результате паралитической непроходимости).
- Бледность или желтушность кожных покровов (механическая желтуха).
- Цианоз: цианоз лица – симптом Мондора, пупка – симптом Кулена, боковых отделов живота – Грей-Тернера (в результате действия протеолитических ферментов на сосудистую стенку и легочной недостаточности).
- Язык обложен, сух.
- Запах ацетона изо рта.
- Температура тела нормальная или субфебрильная.
- АД сначала нормальное, в тяжелых случаях пониженное, вплоть до коллапса.
- Пульс – сначала брадикардия, затем тахикардия, слабое наполнение.
- Снижение диуреза, вплоть до ОПН.

картина

Основные симптомы:

- симптом Мондора(Гюльзова) - цианоз в виде фиолетовых пятен на лице. При алкогольной этиологии – с-м Гюльзова – цианоз с красным оттенком.
- симптом Грея-Тернера и Грюнвальда – цианотичные пятна в боковых и околопупочной областях.
- **Интенсивная боль** в эпигастральной и левой подреберной области иррадиирующие в поясницу и носящие опоясывающий характер.
- симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации левого реберно-позвоночного угла.
- симптом Дежардена – боль при пальпации в точке Дежардена.
- симптом Керте – болезненная резистентность мышц в проекции поджелудочной железы.



Рис. 1

Симптом Гюльзова



Объективные данные



- ✓ вздутие, больше в эпигастрии – раздутая поперечная ободочная кишка (симптом Бонде);
- ✓ цианоз области пупка – симптом Кулена, боковых отделов – симптом Грей-Тернера;
- ✓ пальпация болезненна в проекции ПЖ, напряжение мышц незначительно или отсутствует (забрюшинное расположение);
- ✓ симптом Каменчик, симптом Кёртэ, симптом Мейо-Робсона I-II;
- ✓ перитонеальные явления вначале отсутствуют, при выходе процесса за пределы сальниковой сумки – положительны по всему животу, притупление в боковых отделах живота;
- ✓ исчезновение перистальтических шумов – «молчащий живот».

Лабораторные данные



1. ОАК – высокий гематокрит (гемоконцентрация), лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличенная СОЭ.
2. Амилаза сыворотки повышена (больше 7 мг/с/л), отсутствует при панкреонекрозе.
3. Амилаза (диастаза) мочи больше 26 мг/с/л (норма – до 44 мг/с/л).
4. Трансаминазы крови повышены (АСТ больше 125, АЛТ больше 189).
5. Билирубин (норма – до 20,5 мкмоль/л);
6. Сахар более 5,5 ммоль/л.
7. Мочевина и остаточный азот крови повышены (норма – 4,2 – 8,3 ммоль/л).
8. ПТИ – повышен, особенно у пожилых лиц.
9. Кальций крови снижается (норма – 2,24 – 2,99 ммоль/л), особенно при тяжелых формах.
10. Ионограмма – снижение К (норма – 3,6 – 6,3 ммоль/л), Сl (норма – 95 – 110 ммоль/л).
11. Анализ перитонеального экссудата – повышение содержания амилазы.

Инструментальные данные



1. УЗИ
2. КТ, МРТ
3. Рентгенологическое исследование
4. Лапароцентез с исследованием содержимого брюшной полости на ферменты.
5. Лапароскопия
6. ЭРХПГ

Лечение



Цели:

- Купирование боли, устранение нервно-рефлекторных расстройств.
- Предупреждение и ликвидация желчной и панкреатической протоковой гипертензии.
- Блокада экскреторной функции ПЖ.
- Коррекция витальных расстройств.
- Предупреждение развития декомпенсации функций органов и систем.

Консервативное лечение



Антисекреторная терапия:

- окреотид 100 мг 3 р/д, 5-7 дней
- 5-фторурацил 10 мг/кг, однократно

Антиферментативная терапия:

- контрикал 50 тыс. Ед

Детоксикационная терапия:

- мочегонные препараты (лазикс, фуросемид)
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)

Антибиотикотерапия:

- I. Аминогликозиды/аминопенициллины/цефалоспорины I-II.
- II. Защищенные пенициллины/цефалоспорины III-IV.
- III. Фторхинолоны/карбапенемы/метронидазол.

Хирургическое лечение



Показания:

- неуверенность в диагнозе.
- инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений.
- стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 сут.
- по данным КТ с контрастным усилением – распространенность некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство.



Цели:

- Удаление инфицированных некротизированных участков ткани (некрсеквестрэктомия, дистальная резекция железы).
- Оптимальное дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

Методы:

1. Открытый (широкая лапаротомия).
2. Закрытый (лапароскопия, чрескожно под контролем УЗИ или КТ).
3. Полуоткрытый.



Спасибо за внимание!