

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

Кафедра пропедевтической и факультетской терапии

Синдром «ОСТРОГО ЖИВОТА».

Понятие, патогенетическое обоснование, клиника.

Презентацию подготовил: студент 2 курса
Лечебного факультета, 203 группы
Якшин Илья Игоревич

Проверила: доцент кафедры, к.м.н.
Яркова Валентина Григорьевна



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
 - Внематочная беременность



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

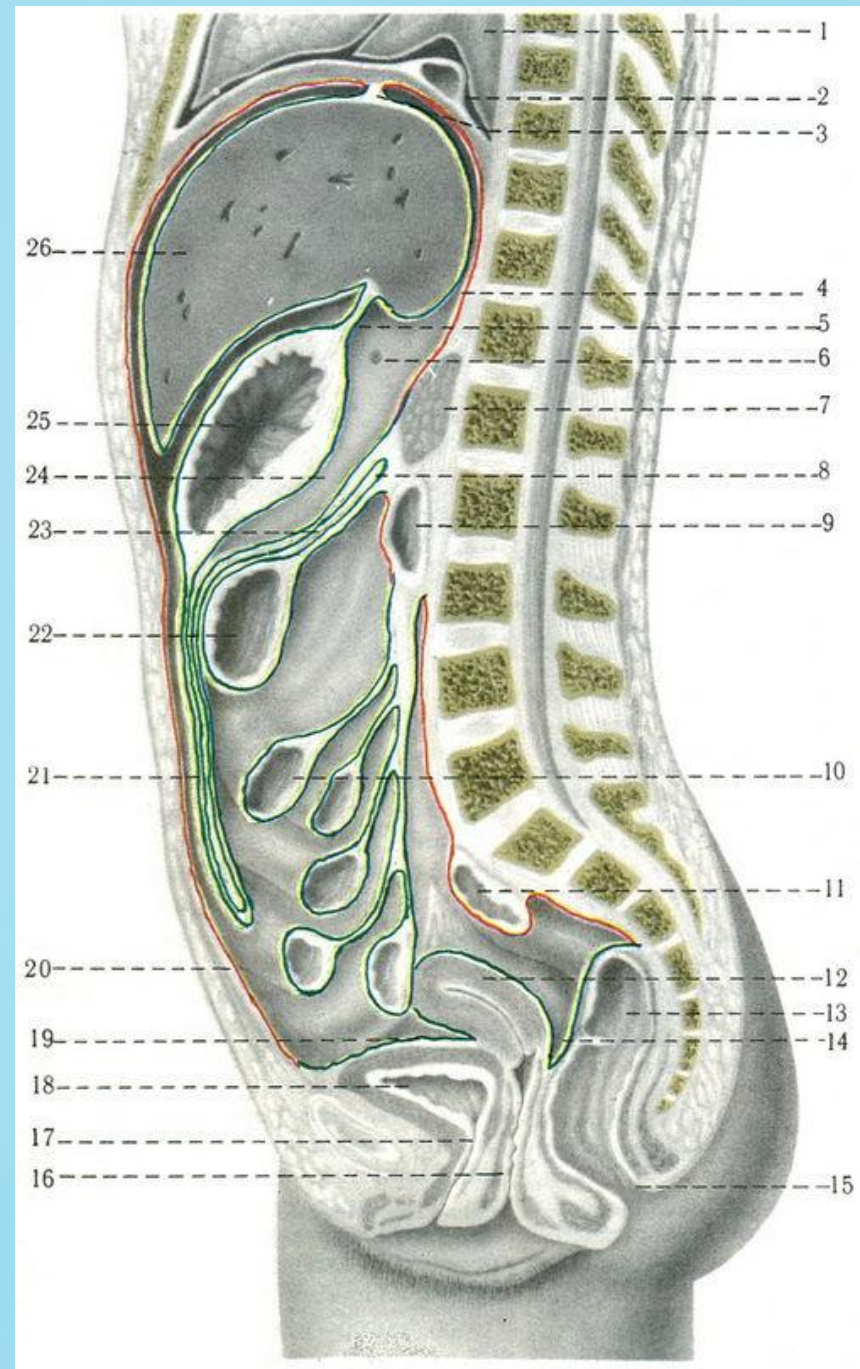
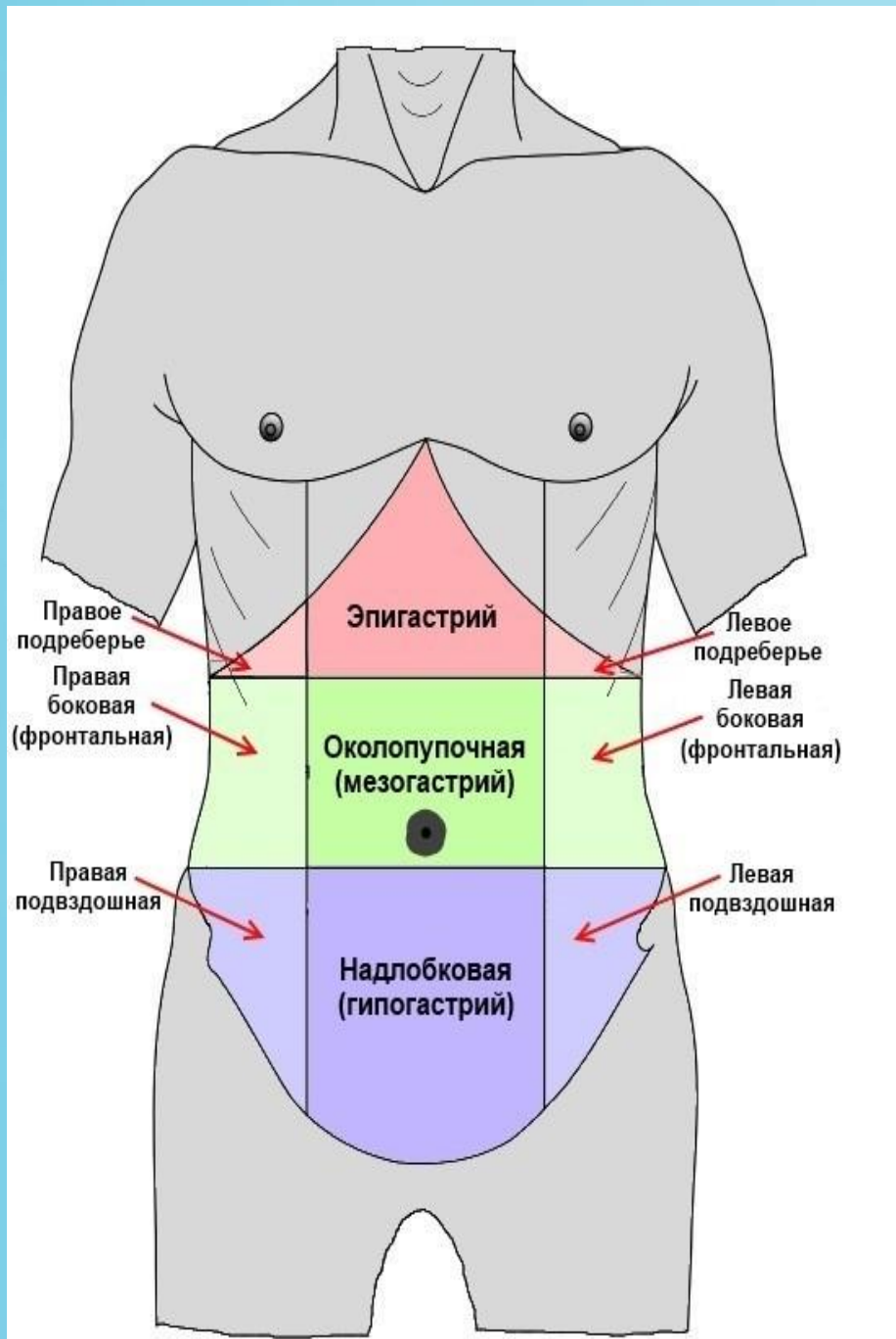
4. Нарушение моторики кишечника

- Запор
- Вздутие
- Интоксикация

5. Анемия

- Постгеморрагическая
- Железодефицитная





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

Дифференциална я диагностика

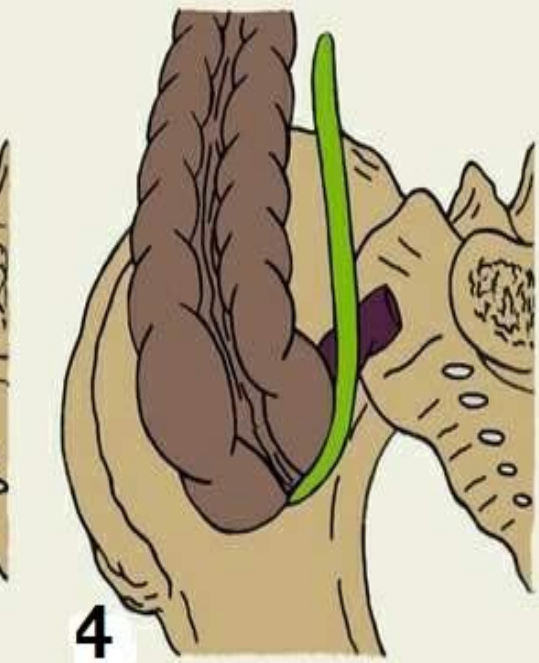
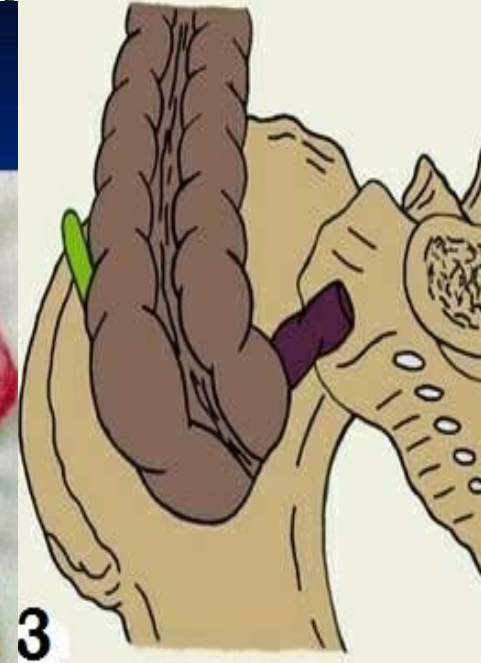
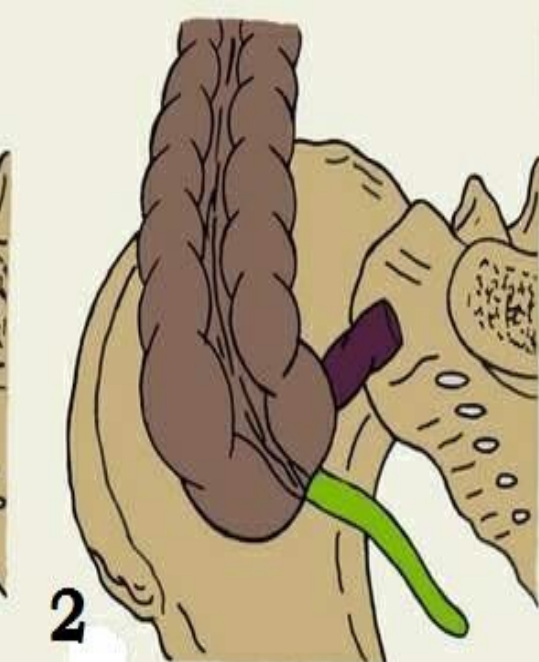
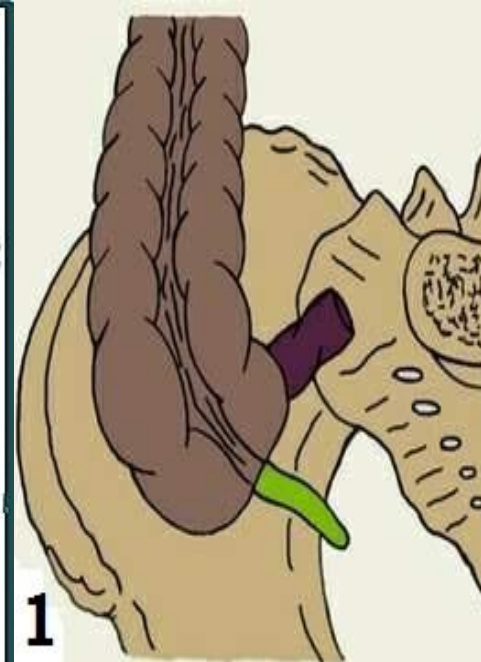


Острый аппендицит

АНАМНЕЗ

- У 80% больных можно установить **симптом Кохера-Волковича**: миграция ТУПОЙ боли из эпигастральной области в правую подвздошную в течение 2-3 часов.
- У 40% больных: **одно-двухкратная рвота** приносящая облегчение (носит рефлекторный характер). Причем её наличие именно после появления клиники боли.
- У 25% больных: **однократный жидкий стул**.
- У 00% больных: **субфебрильная**





Морфологическая классификация аппендицита
 Выделяют деструктивно-гнойные формы воспаления (флегмонозный, гангренозный, гангренозно-перфоративный аппендицит);



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.
- **Локальная/генерализованная ригидность мышц** передней стенки брюшной полости.
- **Симптом нависания заднего свода влагалища** – при

Кохера-Волковича



Воскресенского



Ровзинга



Щеткина-Блюмберга



Бартомье-Михельсона



Ситковского



Образцова



Раздольского

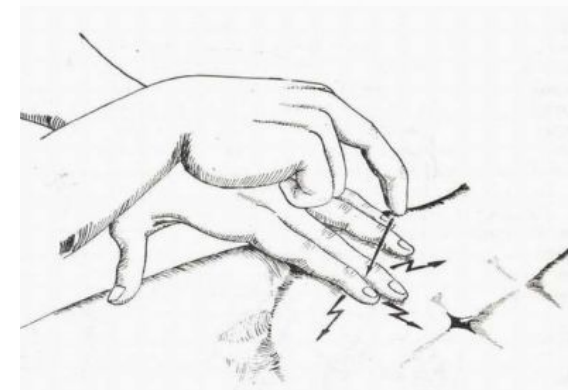
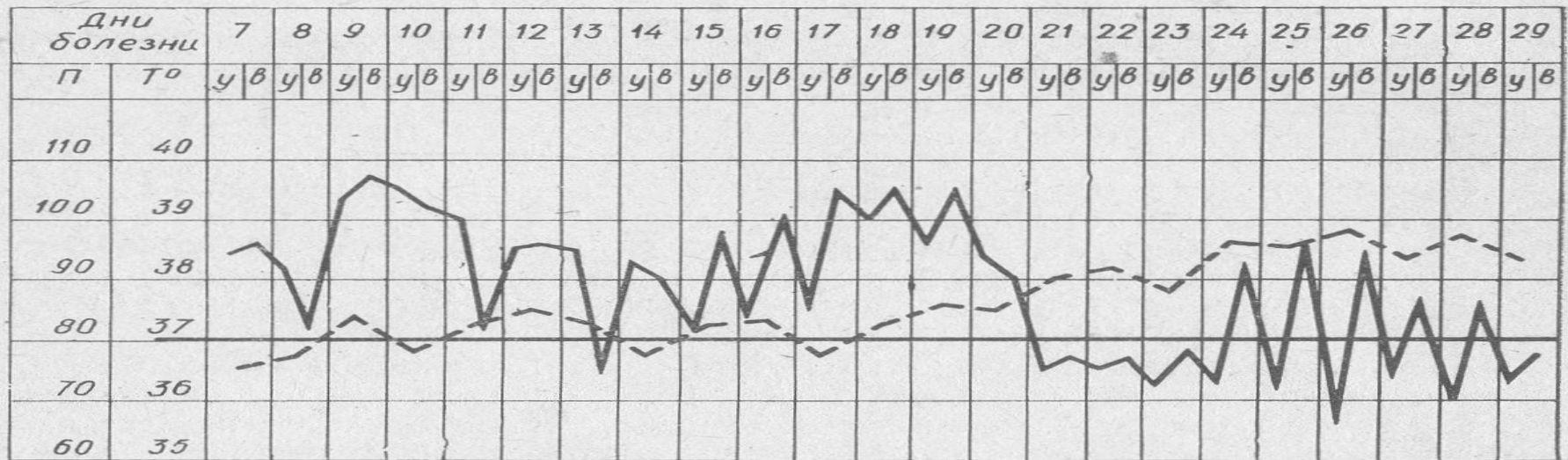
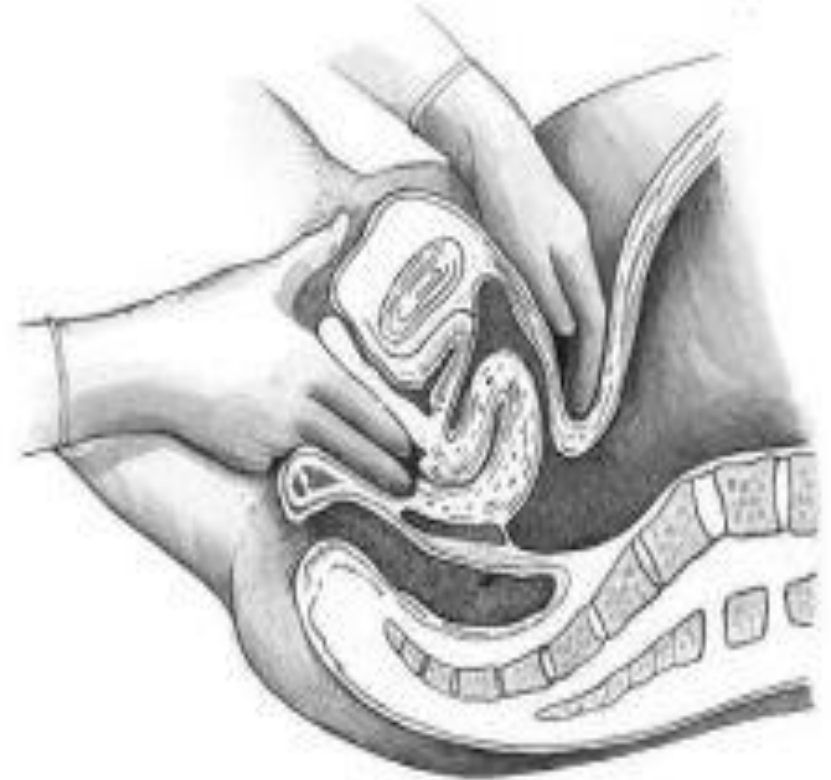
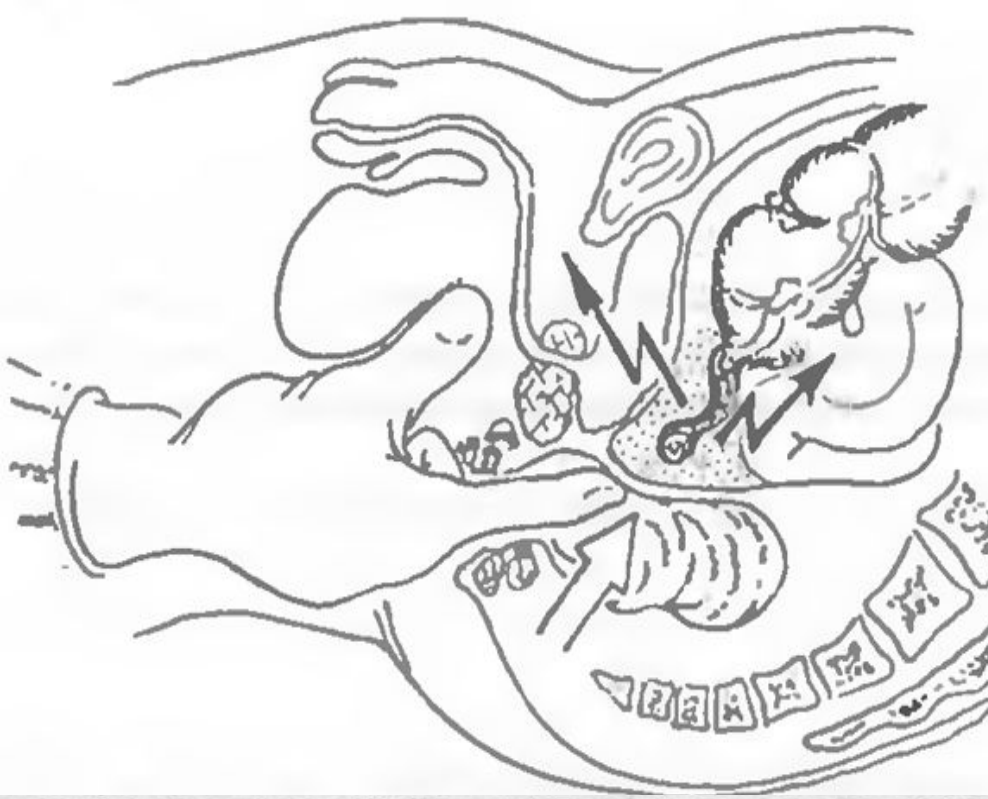


Рис. 9. Симптом Ситковского:

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



————— температура
 - - - - - пульс

Инструментальная и лабораторная диагностика

ОАК — лейкоцитоз с обязательным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

ОАМ — для исключения патологии мочевыделительной системы.

УЗИ

Рентгенография

КТ

Лапароскопия

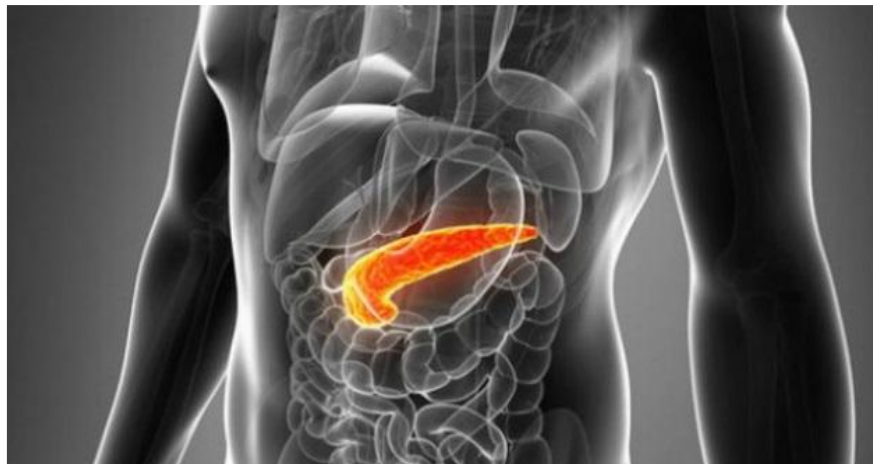
Показатель		Анализ крови при аппендиците	
		Норма и ее изменение при аппендиците	
Эритроциты	мужчины	4,0–5,1 × 10 ¹² /л	редко увеличение
	женщины	3,7–4,7 × 10 ¹² /л	
Гемоглобин	мужчины	132–164 г/л	редко увеличение
	женщины	115–145 г/л	
Цветовой показатель		0,82–1,5	редко увеличение
Ретикулоциты		0,2–1,2 %	не меняется
СОЭ	мужчины	1–10 мм/ч	увеличивается
	женщины	2–15 мм/ч	
Тромбоциты		180–320 × 10 ⁹ /л	не меняется
Лейкоциты		4,0–8,8 × 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

Острый панкреатит

АНАМНЕЗ

Появление, чаще в вечерние часы после приема жирной пищи и/или алкоголя, триады Монро:

- **Боли** в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в поясницу и имеющие опоясывающий характер. По окраске боли острого давящего характера.
- **Тошноты и многократной рвоты**, которая не приносит облегчения.
- **Метеоризм и вздутие живота** с нарушением моторики ЖКТ: запоры, диспепсия.



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



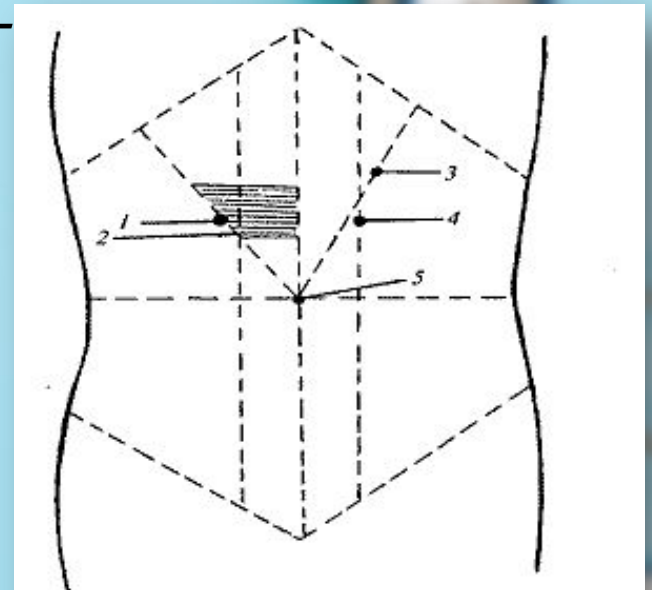
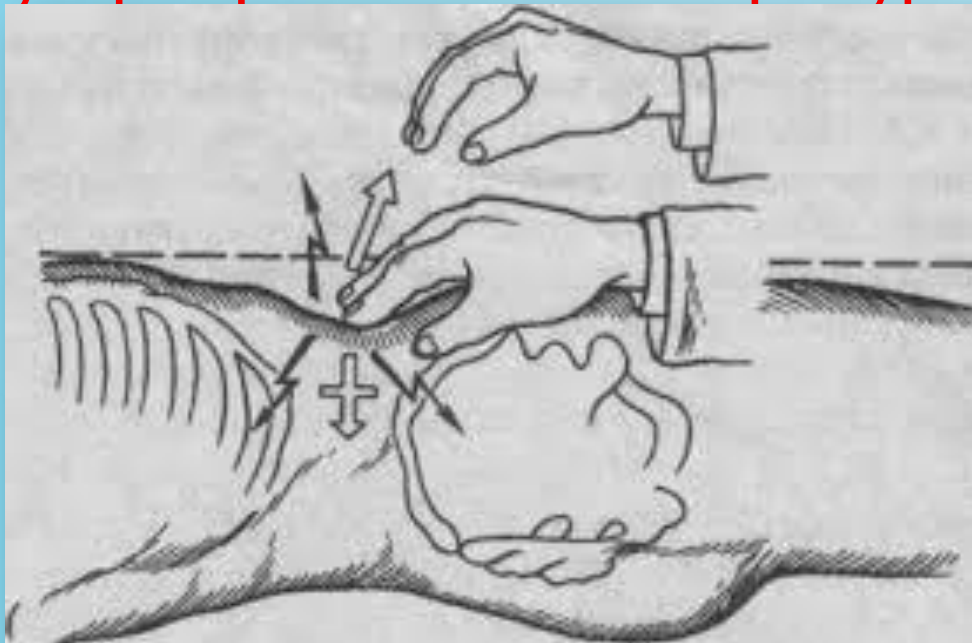
Рис. 1

Симптом Гюльзова

картина

Основные симптомы:

- **симптом Воскресенского** – отсутствие пульсации брюшной аорты в результате отека и увеличения поджелудочной железы.
- **симптом Щеткина-Блюмберга** – в проекции поджелудочной железы свидетельствует о наступлении перитонита.
- **субфебрильная температура**



Проекция болевых точек на переднюю стенку живота при заболеваниях поджелудочной железы (схема)

- 1 — точка Дежардена;
- 2 — зона Шюфара;
- 3 — точка Мейо-Робсона;
- 4 — точка Кача;
- 5 — пупок.

Рис 1.

Инструментальная и лабораторная диагностика

ОАК – лейкоцитоз (при панкреонекрозе), снижение СОЭ.

БХАК на амилазу, липазу, трипсин, эластазу - повышение показателей и их активности выше нормы.

БХАК на общий билирубин – повышенные показатели.

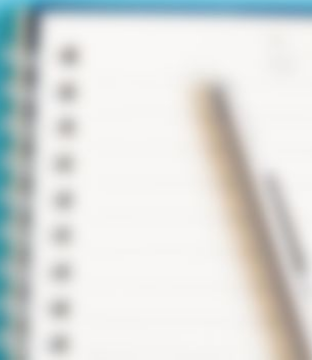
БХАК на *ALT AST СРБ* – повышение показателей.

ОАМ – повышение уровня амилазы в моче.

УЗИ – признаки поражения поджелудочной железы.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.

Транскутаные пункции – наличие экссудата.

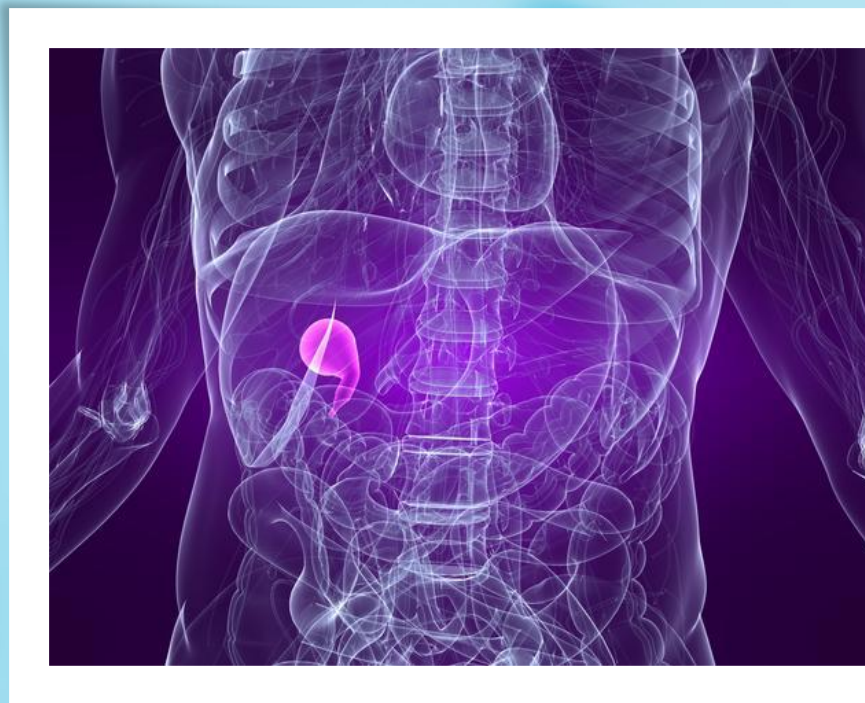


ХОЛЕЦИСТИТ

АНАМНЕ

Начало внезапное **з** зачастую после приема жирной пищи вместе с алкоголем. Появление нарастающих **болей, тошноты, повторной рвоты, привкус «горечи» во рту, нарушение моторики ЖКТ – чаще однократный жидкий стул.**

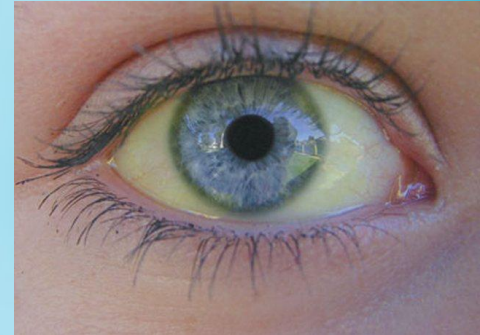
Постепенное появление субфебрильной температуры с первого дня заболевания, при



картина

Основные симптомы:

- **нарастающая боль** в правом подреберье, иррадиирующая в правую надключичную область, лопатку, плечо. Иногда боли иррадируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецистокоронарный синдром С.П.Боткина).
- **желтуха** – желтушность кожи и склер свидетельствует о механическом внепеченочном холестаза.
- **симптом Ортнера** - болезненность при поколачивании правой реберной дуги ребром кисти.
- **симптом Керра** - боль в области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку при пальпации на высоте вдоха.
- **Симптом Мэрфи** - непроизвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации этой области.
- **симптом Мюсси-Георгиевского** - болезненность



Клиническая картина

- Триада Шарко

1. боль в правом подреберье,
2. лихорадка до $38-39^{\circ}\text{C}$,
3. желтушность кожи и склер.

Признак острого гнойного холангита.



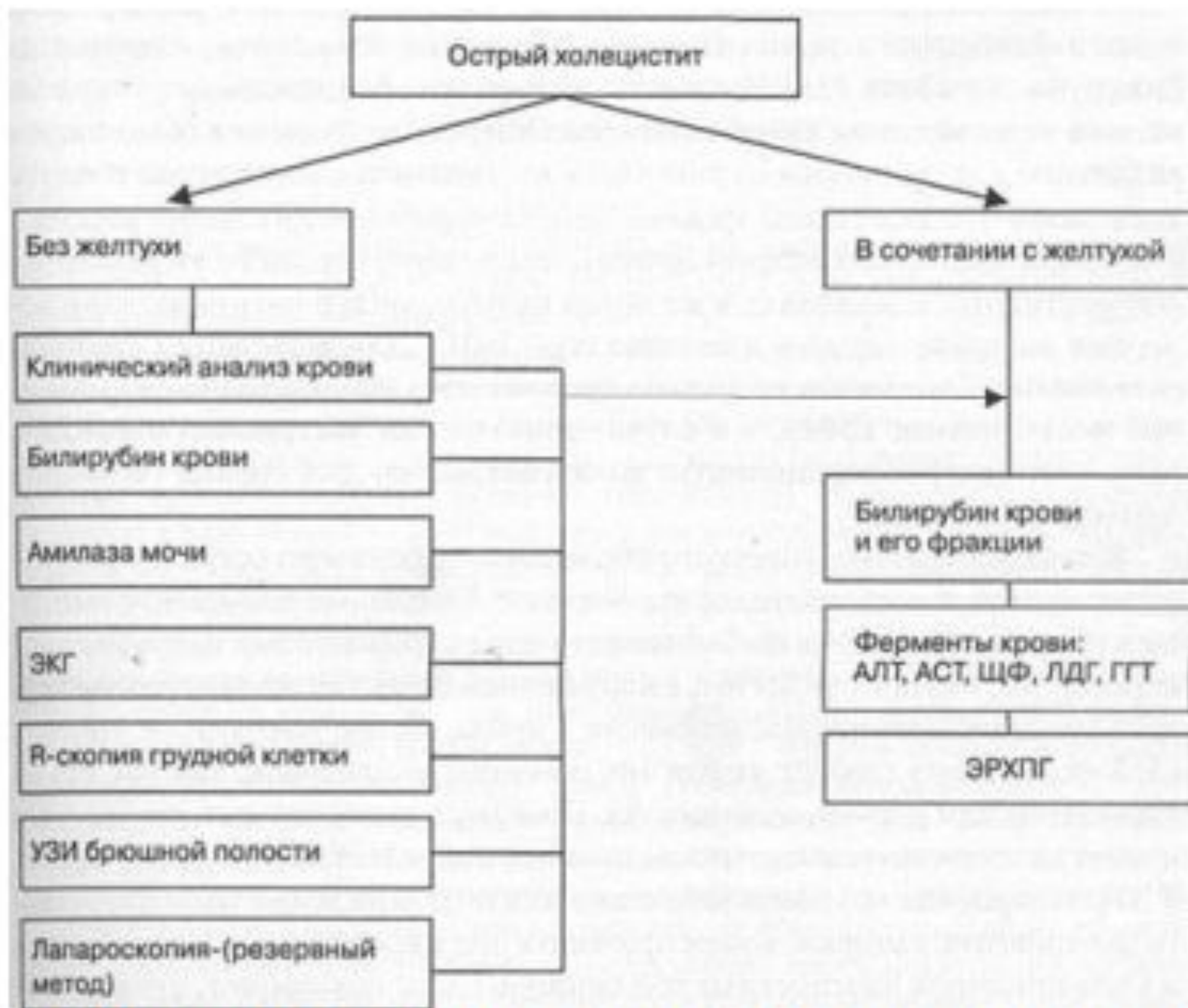


Рис . 10.1. Диагностический алгоритм при остром холецистите и его осложнениях.

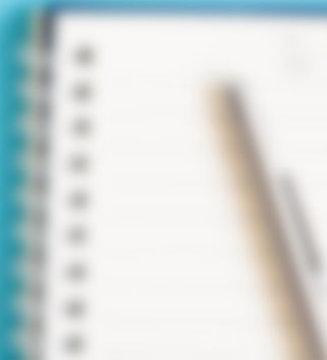
Механическая и динамическая непроходимость кишечника

АНАМНЕЗ

Ведущими симптомами острой кишечной непроходимости являются **боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов**. Они имеют различную степень выраженности в зависимости от вида непроходимости, уровня и длительности заболевания.

Боли обычно возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без каких-либо предвестников. Им свойственен **схваткообразный характер, связанный с периодами гиперперистальтики кишечника**, без четкой локализации в каком-либо отделе брюшной полости. При обтурационной кишечной непроходимости вне схваткообразного приступа они обычно полностью исчезают. Странгуляционной непроходимости свойственны постоянные резкие боли, периодически усиливающиеся.

При прогрессировании заболевания острые боли,

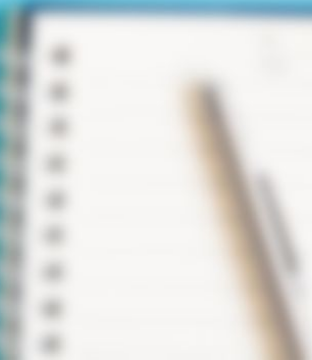


АНАМНЕЗ

Рвота вначале носит рефлексорный характер, при продолжающейся не-проходимости рвотные массы представлены **застойным желудочным содержимым**. В позднем периоде она становится неукротимой, рвотные массы приобретают каловый вид и запах за счет бурного размножения кишечной палочки в верхних отделах пищеварительного тракта.

Каловая рвота - несомненный **признак механической кишечной непроходимости**, но для уверенной диагностики этого патологического состояния не стоит дожидаться данного симптома, так как он **часто указывает на «неизбежность летального исхода»**. Чем выше уровень непроходимости, тем более выражена рвота. В промежутках между ней больной испытывает тошноту, его беспокоит отрыжка, икота. При низкой локализации препятствия в кишечнике рвота возникает позже и протекает с большими промежутками.

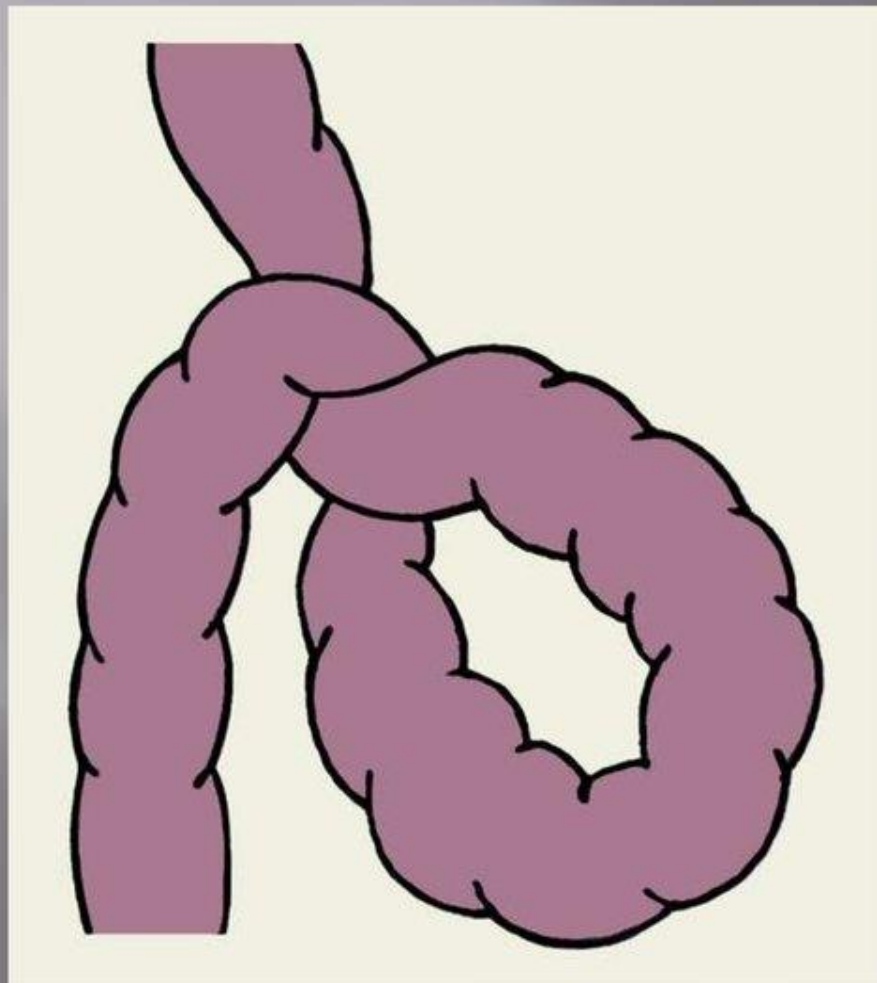
Вздутие, урчание, расстройства стула, особенно чередование запоров с поносами, могут помочь в постановке диагноза одуходовой обтурационной



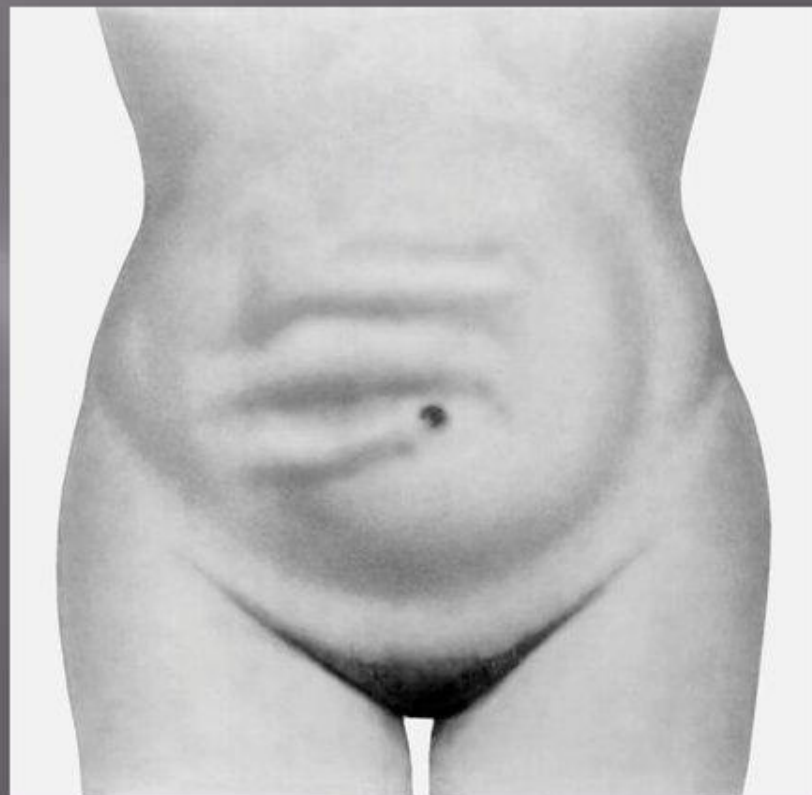
Основные симптомы:

- **Боль** - без четкой локализации, схваткообразная или постоянная с разной степенью интенсивности.
- **симптом Тэвенара** — боль при пальпации на 2 поперечных пальца ниже пупка (проекция корня брыжейки тонкой кишки). При странгуляционной непроходимости.
- **вздутие живота** — может быть симметричным и ассиметричным (странгуляционная). Характерно для высокой непроходимости.
- **видимая перистальтика** — характерна для механической непроходимости.
- **Рвота** — многократная, ненадолго приносящая облегчение, переходящая постепенно в каловую рвоту.
- **симптом Валя** — высокий тимпанит над проекцией толстой кишки — характерно для ранней механической непроходимости.
- **симптом Шимана** — западение живота в левой подвздошной области, в то время как в правом подреберье вздутие толстого кишечника, при завороте сигмовидной кишки.
- **симптом Склярова** — шум плеска при сукуссии.
- **симптом Спасокукоцкого-Вильмса** — шум падающей капли, растянутые петли кишечника.
- **Аускультация живота**, по образному выражению наших хирургических учителей, необходима для того, чтобы «услышать шум начала и тишину конца» (Г.Мондор).
- **«гробовая тишина»** - отсутствие перистальтики.

Схематическое изображение заворота тонкой кишки



Живот больной с механической непроходимостью кишечника (заворот тонкой кишки): видны поперечно расположенные валы.





инструментальная и лабораторная диагностика

ОАК — эритроцитоз до 5-6 млн., лейкоцитоз до 20 тыс. со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, эозинопения., повышение значения СОЭ.

БХАК - снижение уровня хлоридов с 500—550 мг % до 400—300 мг %, повышение остаточного азота, возможно повышение *ALT AST СРБ*.

ОАМ — снижение количественного показателя, повышение концентрации белка.

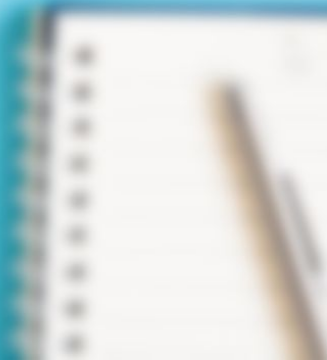
Обзорная рентгенография – наличие «кишечных арок», «чаши Клойбера», симптом перистости (растяжение тощей кишки).

Ирригоскопия — симптом «трезубца», видимые нарушения проходимости.

Колоноскопия — визуальное определение патологии.

УЗИ

КТ







Полип
толстой кишки



Дивертикулы
толстой кишки



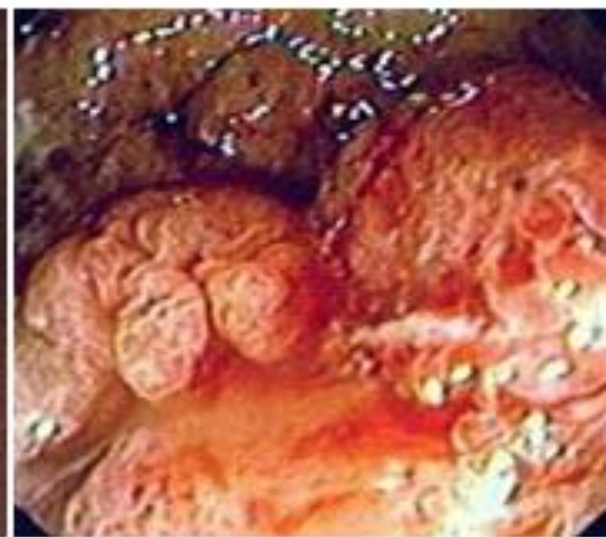
Рак
толстой кишки



Полип толстой кишки
на широком основании



Ворсинчатая опухоль



Рак толстой кишки

Перитонит



Перитонит – воспаление брюшины в результате интраабдоминального инфицирования.

Первичный перитонит – развивается в результате гематогенного или лимфогенного инфицирования брюшной полости при отсутствии внутрибрюшного источника или транссудации специфической моноинфекции из других органов.

Вторичный перитонит – наиболее частая и тяжелая форма абдоминальной инфекции, развивающейся в результате гнойно-некротических заболеваний и повреждений полых и паренхиматозных органов живота и (или) осложнений в послеоперационном периоде (например, несостоятельность анастомоза).

Третичный перитонит характеризуется персистирующим течением инфекционного процесса и развивается позже 48 ч. после успешного и адекватного хирургического лечения источника вторичного перитонита в результате контаминации брюшной полости



АНАМНЕЗ

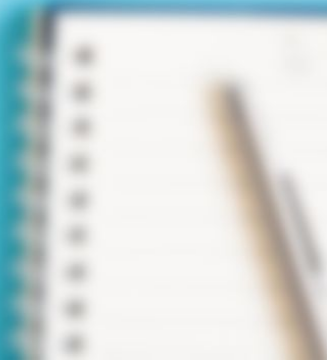
Наиболее часто больные жалуются на **боль в животе**, которая может быть острой или тупой. Первоначально, боль может быть слабой не локализованной, но затем она прогрессирует и **усиливается при любом движении** (например, кашель, сгибание бедра) и локальной пальпации.

При сборе анамнеза выясняется давность заболевания, изменение характера и локализации боли, динамику токсических проявлений, признаки осложнений. **Анамнез так же включает в себя предыдущие эпизоды болезней** (например, дивертикулит, язвенную болезнь желудка и 12перстной кишки).

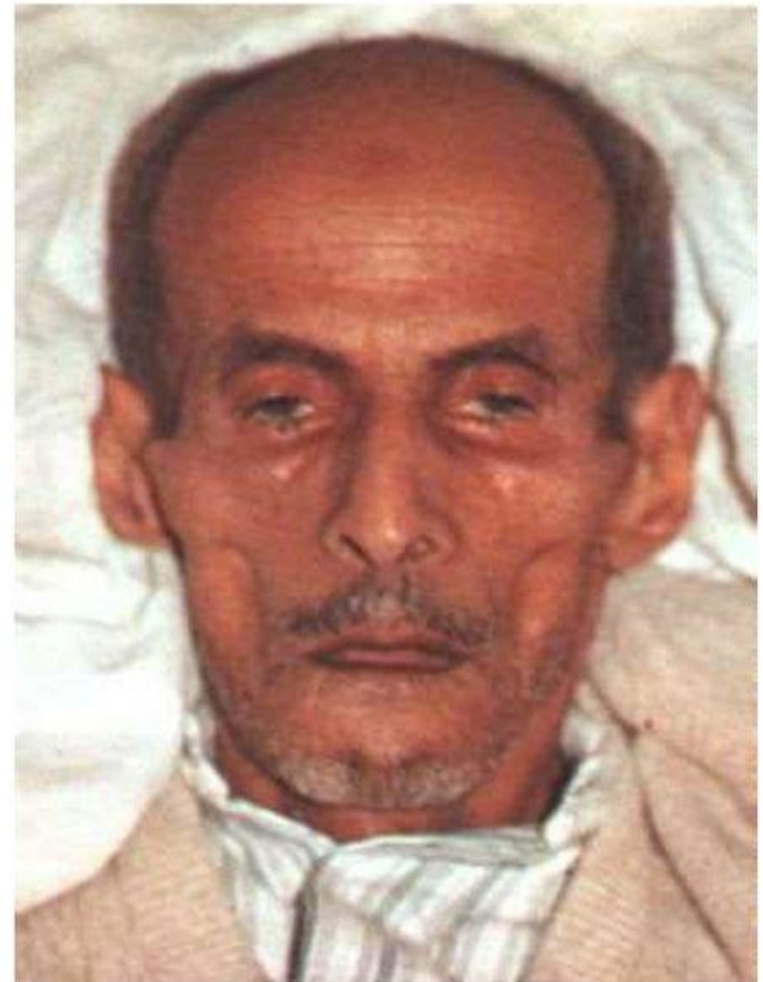
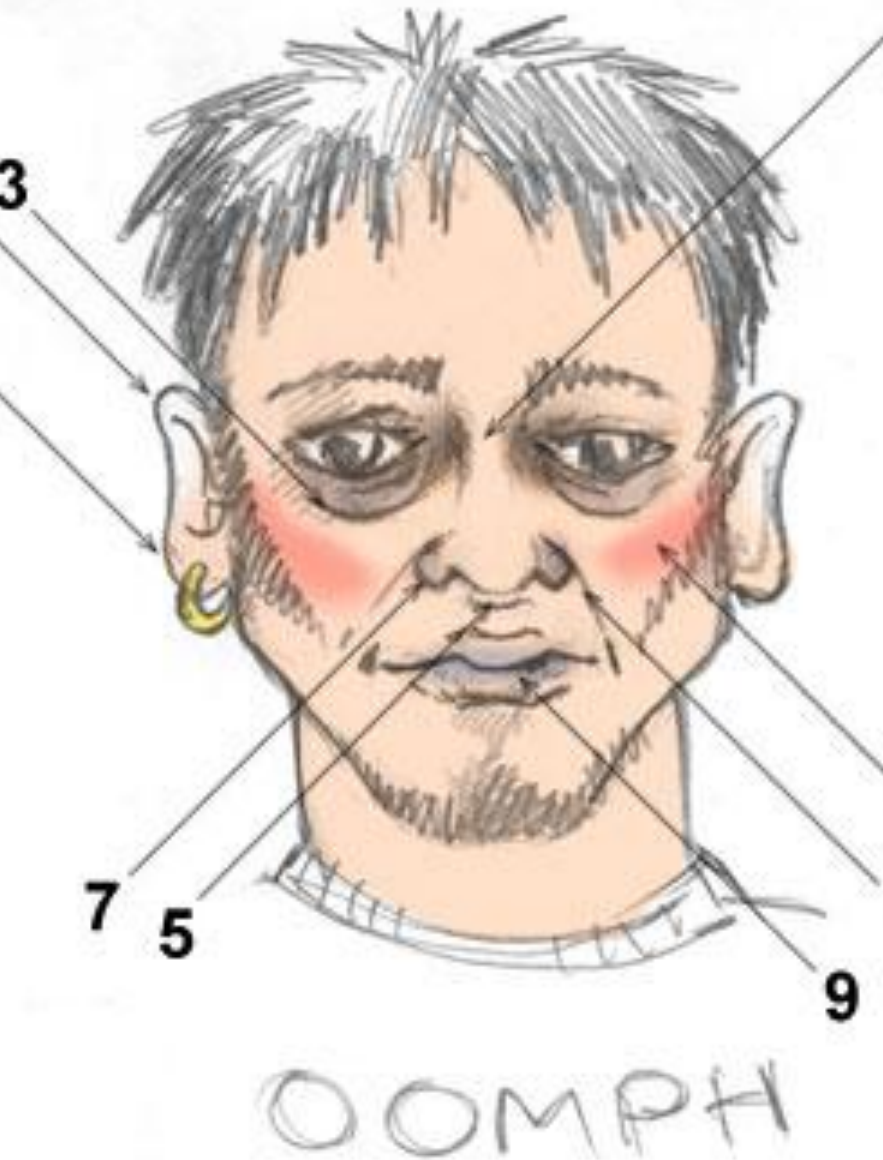
Анорексия и тошнота – частые симптомы и могут предшествовать возникновению боли в животе. Тошнота и рвота в начале заболевания носят рефлекторный характер.

Температура тела обычно субфебрильная, реже она достигает высоких цифр. Имеет место значительная разница между подмышечной и ректальной температурой (с-м Маделунга).

Нарушения стула не очень характерны, но по мере прогрессирования перитонита и пареза кишечника может быть **задержка стула и отхождение газов**



Лицо Гиппократа



картина

- **Боль** – сначала локализованная, затем диффузная, острейшая, больные кричат от нестерпимой боли.
- **вынужденная поза** – «эмбриона».
- **повышение температуры**
- **рвота** – постепенно нарастающая, многократная.
- **сухой язык** – признак обезвоживания.
- **нарушение моторики ЖКТ** – жидкий стул, затем отсутствие любой перистальтики – запор.
- **«гробовая тишина»** – при аускультации живота.
- **местная или распространенная ригидность мышц** передней стенки.
- **симптом Воскресенского**.
- **симптом Менделя**.
- **симптом Щеткина-Блюмберга**.
- **тахикардия** до 120-140 уд./мин
- **ректальное исследование** – болезненность и выпирание передней стенки прямой кишки.



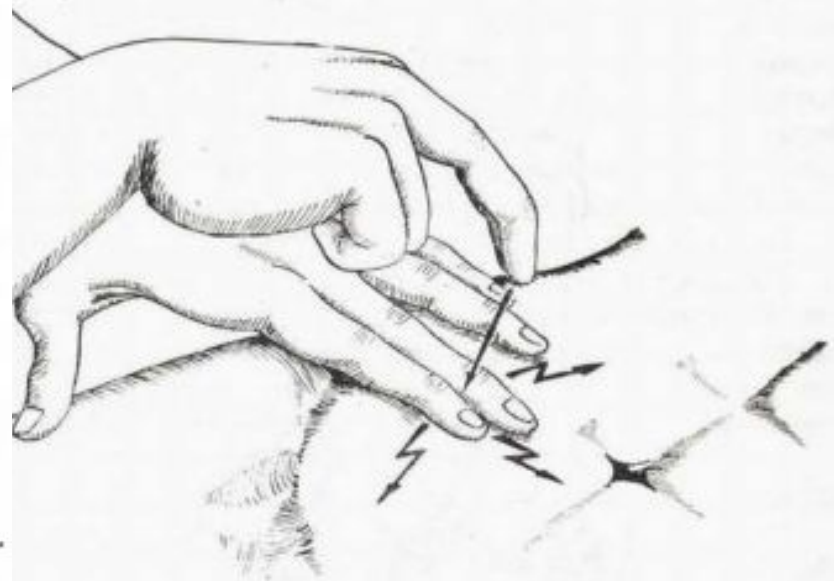
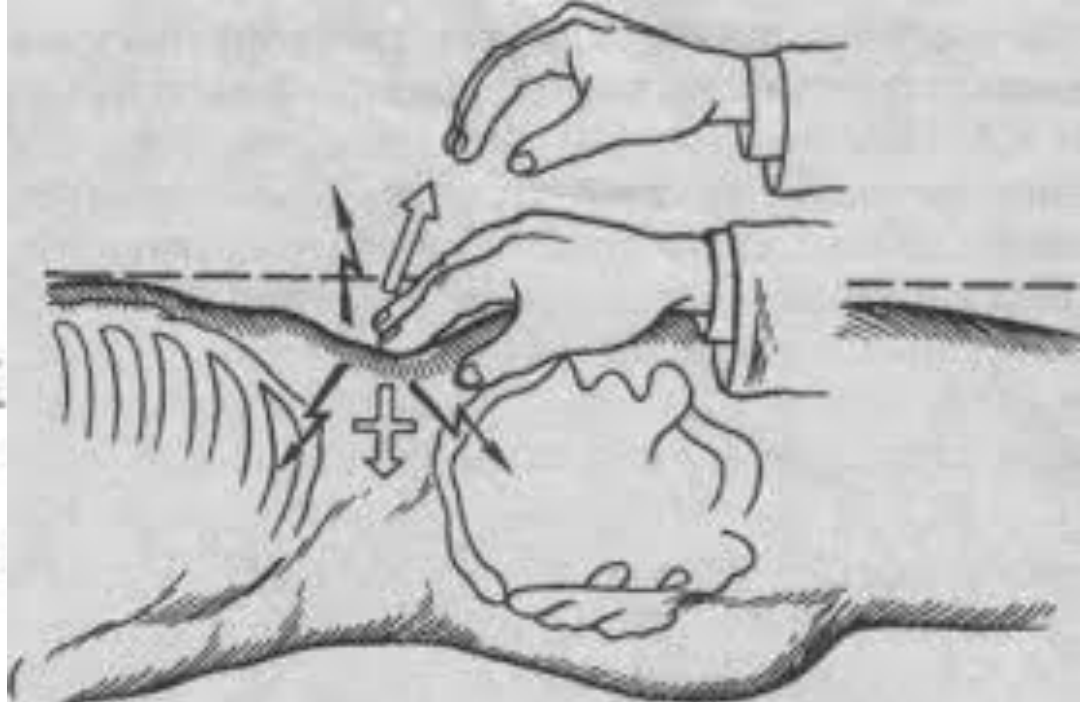


Рис. 7. Симптом Раздольского

Инструментальные и лабораторные методы диагностики

ОАК – эритроцитопения, снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ.

БХАК – повышение *ALT AST СРБ* ЩФ, амилазы, липазы, трипсина, эластазы, общего билирубина, креатинина, (в зависимости от причины).

Повышение уровня прокальцитонина, интерлейкинов и *TNF*.

ОАМ – повышение уровня мочевины, белка.

Посев крови, мочи – при инфекционной этиологии.

Гастродуоденоскопия

УЗИ

Лапароцентез

Рентгенография

КТ



Пункция брюшной полости

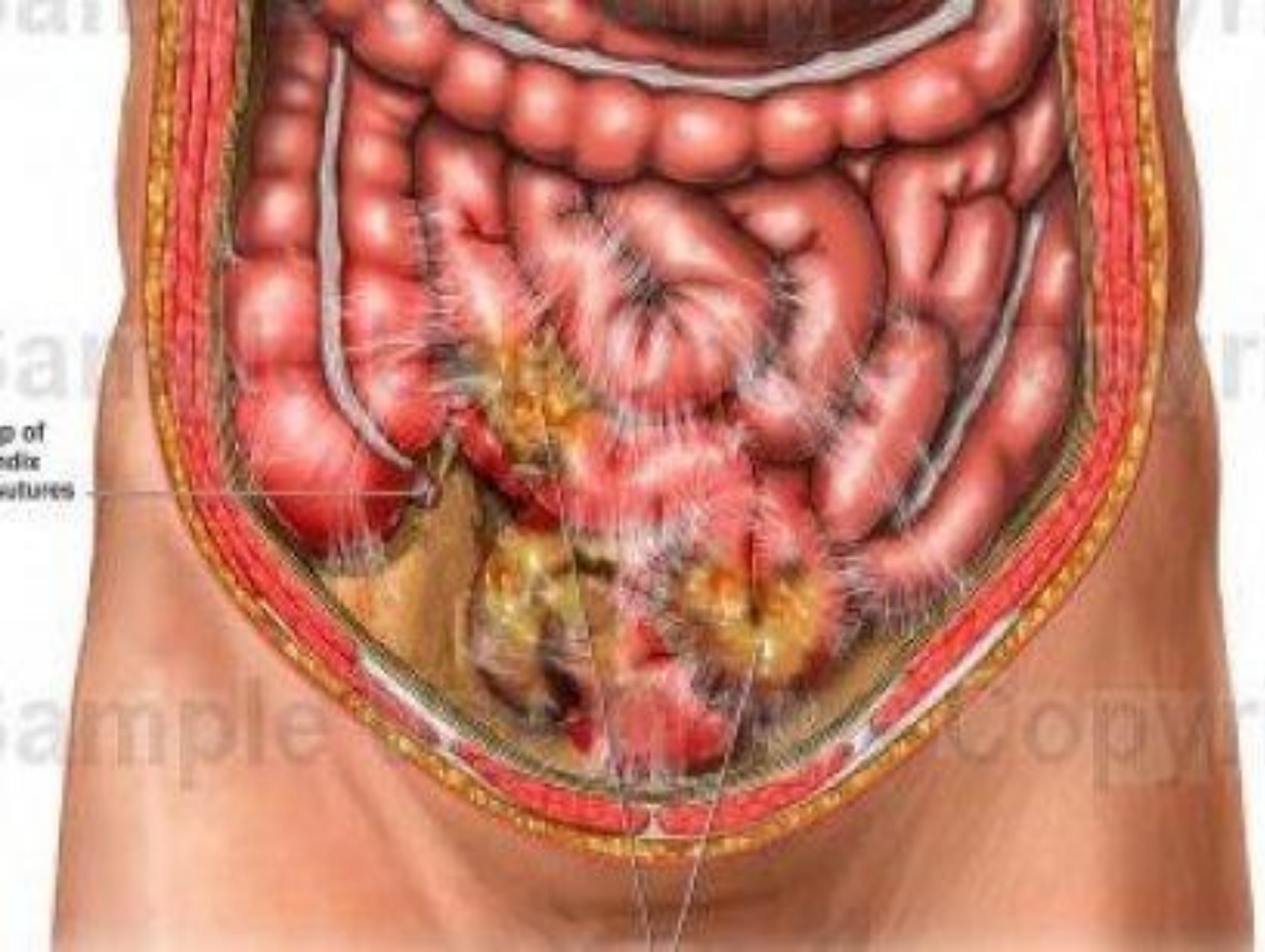
Перитонит



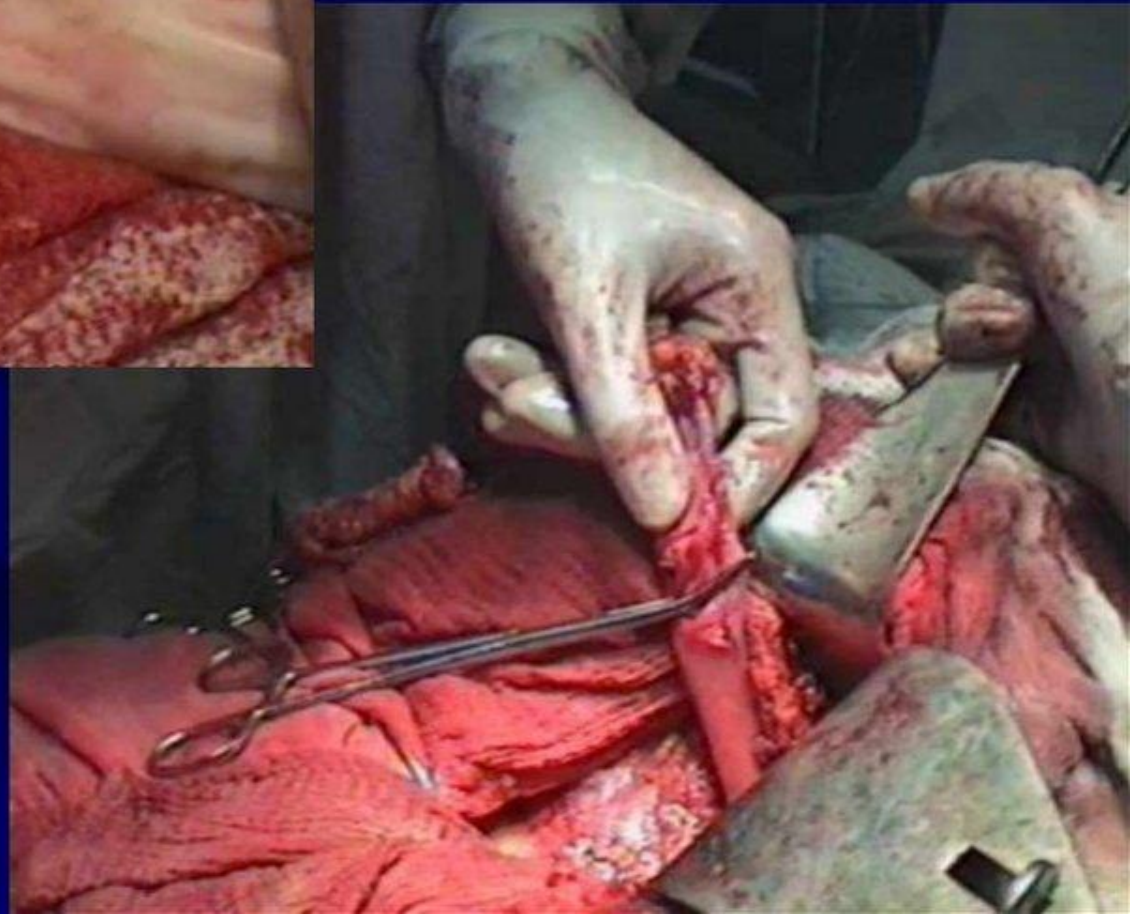
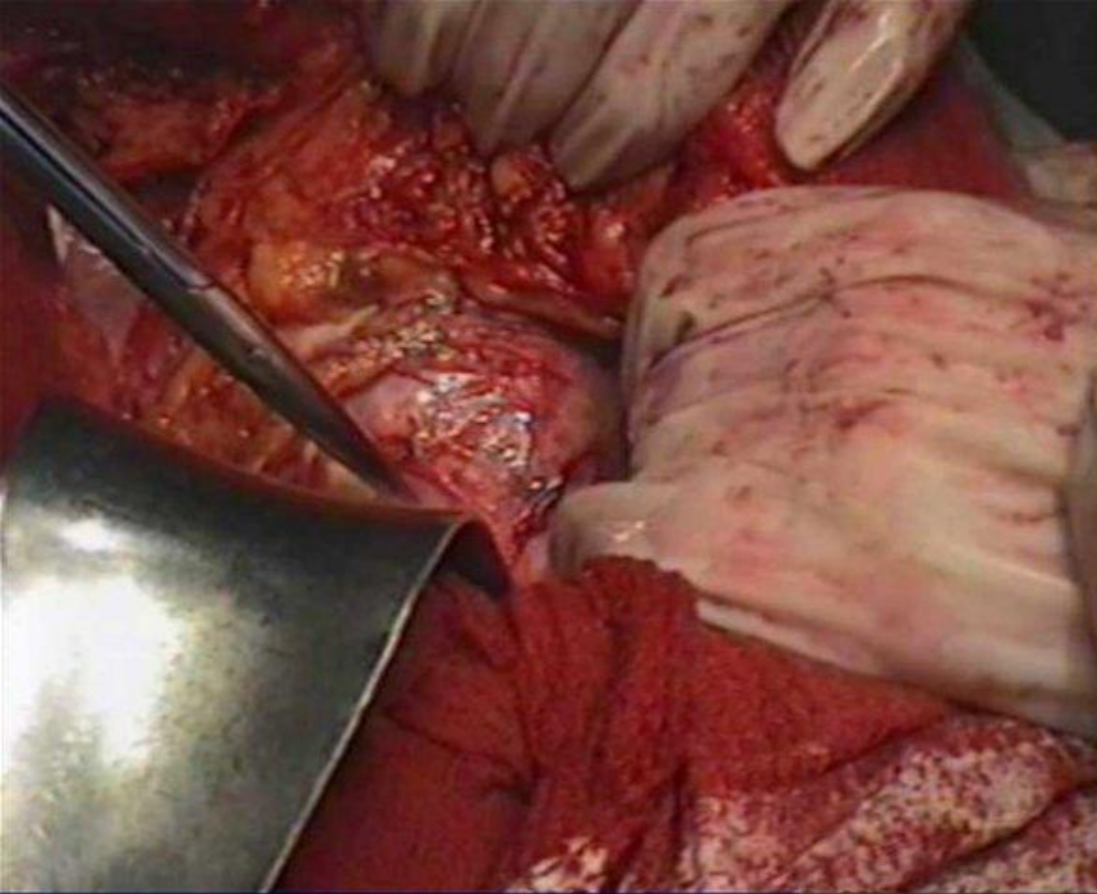
Тонкая игла



Top of
medic
cultures



Ятрогенный разлитой
гнойный перитонит
(инородное тело брюшной
полости - салфетка).



ДПК

АНАМНЕЗ

Наличие язвы в анамнезе — у 80-90% больных;
«немые» язвы — у 10-15% больных; **наличие продромальных симптомов** (боль, тошнота, рвота).

Характерно острое начало с боли в животе, напряжение мышц брюшной стенки.

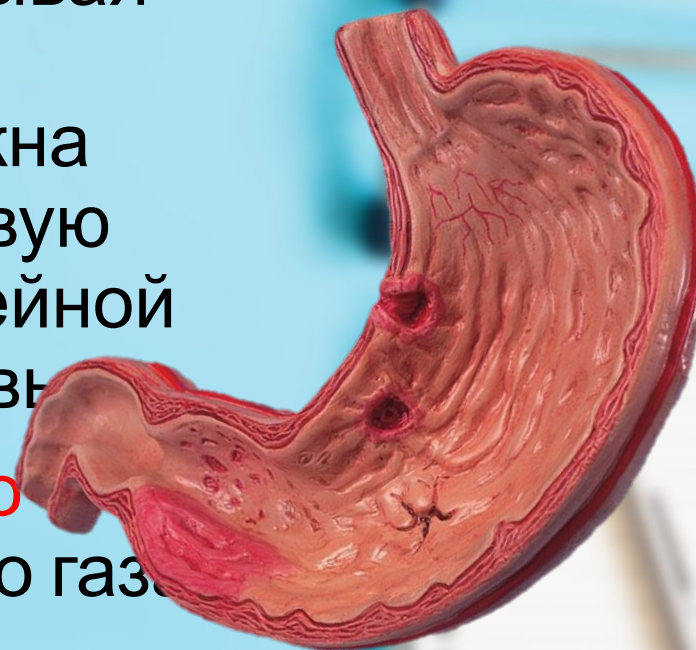
Начальная реакция организма на перфорацию язвы схожа с патогенезом шока, что связано с ожогом брюшины кислым желудочным соком, выделившимся в брюшную полость. В последствии развивается серозно-фибринозный перитонит.



Клиническая картина

Характерна резкая **боль в эпигастральной области**. Сначала локализуется в **верхних отделах живота**, при прободении язвы 12-перстной кишки – больше справа от срединной линии, затем по всей правой половине живота, захватывая правую подвздошную область, и далее – по всему животу. Возможна **иррадиация болей** в плечи и правую лопатку. Может быть **рвота** «кофейной гущей» или, редко, ярко алой кровью.

Характерно **исчезновение печенотупости** из-за наличия свободного газа в брюшной полости.

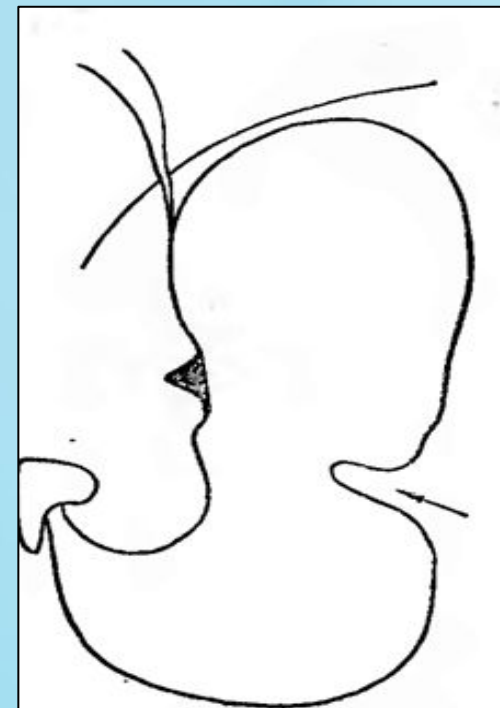


Клиническая картина

Основные симптомы:

Симптом Спизарного — исчезновение печеночной тупости при перкуссии;

Симптом Де Кервена -
пальцевидное втяжение
рентгеновской
тени желудка по большой
кривизне, обусловленное
рефлекторным спазмом
циркулярных мышц
желудка при язве малой

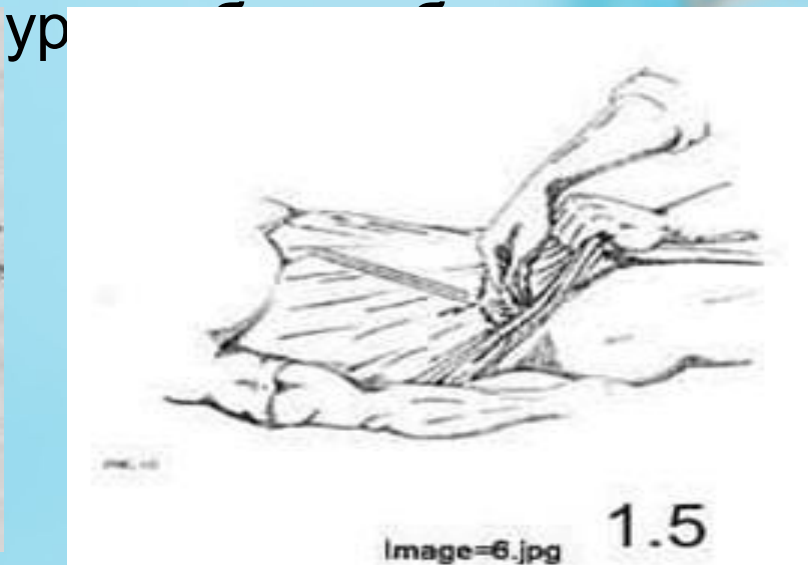
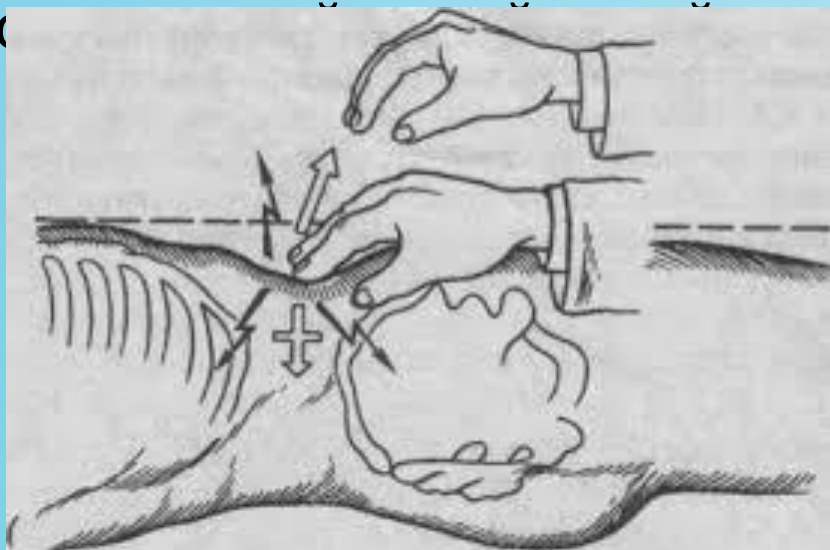


Клиническая картина

Основные симптомы:

Симптом Щеткина-Блюмберга — усиление боли при резком снятии пальпирующей руки от брюшной стенки;

Симптом Воскресенского (симптом «рубашки») — ощущение усиления боли в правой подвздошной области при быстром проведении правой ладонью по передней брюшной стенке правого подреберья вниз по



инструментальная лабораторная диагностика

ОАК: в первые часы количество лейкоцитов нормальное. Лейкоцитоз при развитии перитонита.

Рентгенография: свободный газ в брюшной полости (80%).

Анализ секреторной функции желудка: повышение кислотности желудочного сока и гиперсекреция (50-55%).

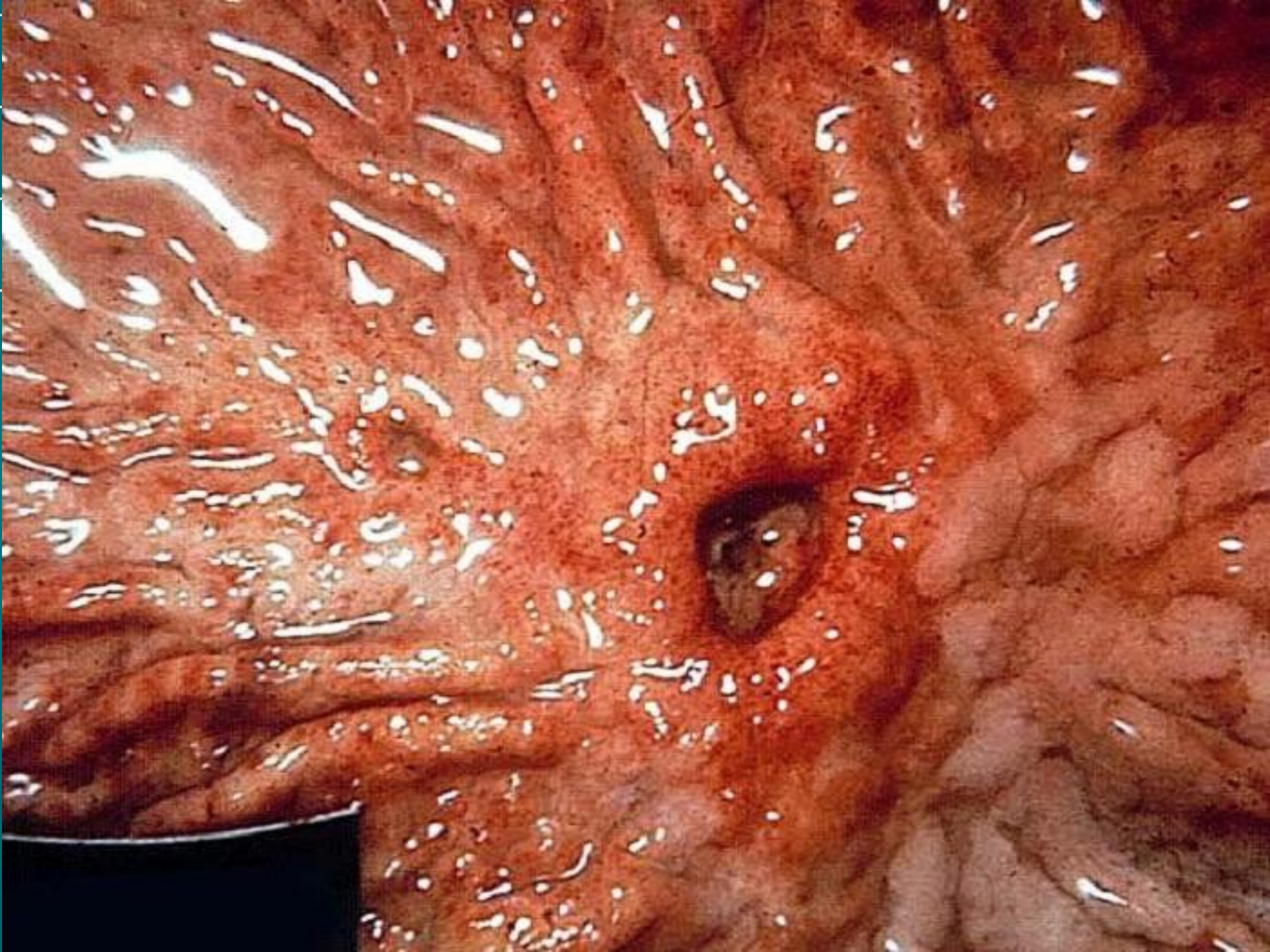
БХАК: повышение показателей билирубина, гамма-глобулинов (при перфорации в область печ

Фиброгастродуоденоскопия

УЗИ: жидкое содержимое в брюшной полости.

Лапароскопия





Абдоминальная травма

Классификация

- I. Тупая (закрытая) абдоминальная травма
- II. Открытая абдоминальная травма:
 1. Проникающая
 2. Не проникающая

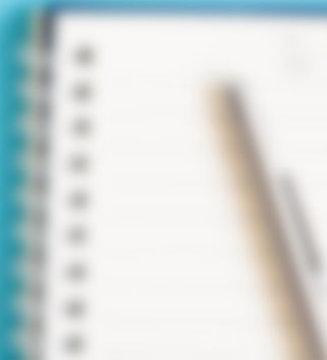
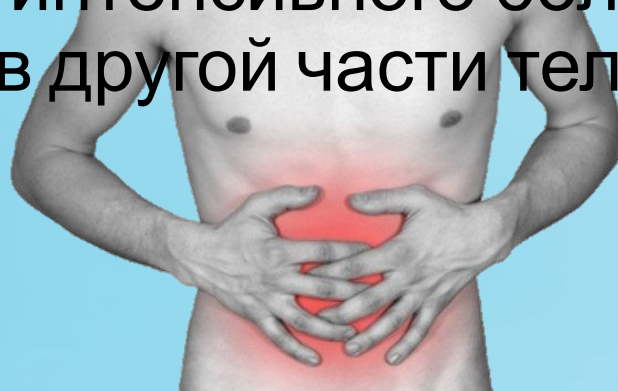


Абдоминальная травма

АНАМНЕЗ

В анамнезе выявляется **характерная травма**, пациент жалуется на боль в животе.

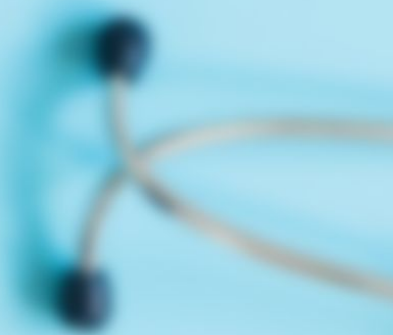
Зачастую пострадавший может недооценивать тяжесть своего состояния и не замечать боли; при наличии других повреждений боль в животе может уходить на второй план из-за интенсивного болевого синдрома в другой части тела.



Клиническая картина

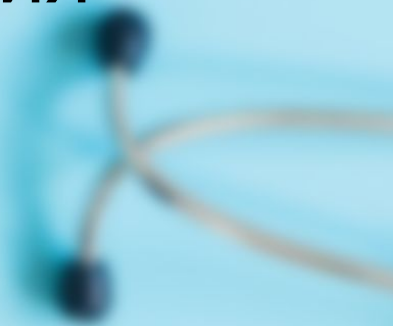
Для абдоминальной травмы характерно:

- **вздутие живота**
- **болезненность** и напряжение передней брюшной стенки
- **исчезновение «печеночной тупости»**
(пневмоперитонеум при разрыве полого органа)
- **укорочение перкуторного звука** в боковых отделах живота (скопление свободной жидкости в брюшной полости)
- ослабление или **отсутствие кишечной перистальтики**
- **симптом Кулленкампа** (патогномоничный симптом гемоперитонеума) – выраженные симптомы раздражения брюшины при мягком животе
- **симптомы перитонита** (положительный



СИМПТОМЫ внутрибрюшного кровотечения

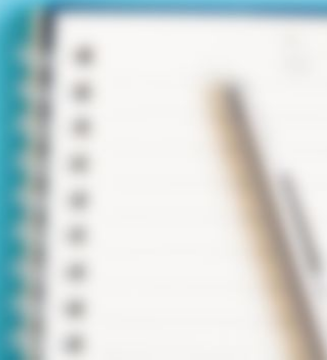
- Бледность кожных покровов
- Учащение пульса (*120-140* уд/мин)
- Снижение артериального давления
- Снижение гематокрита
- Гиповолемический шок
- Жажда, холодный пот
- Адинамия



Гинекологические заболевания

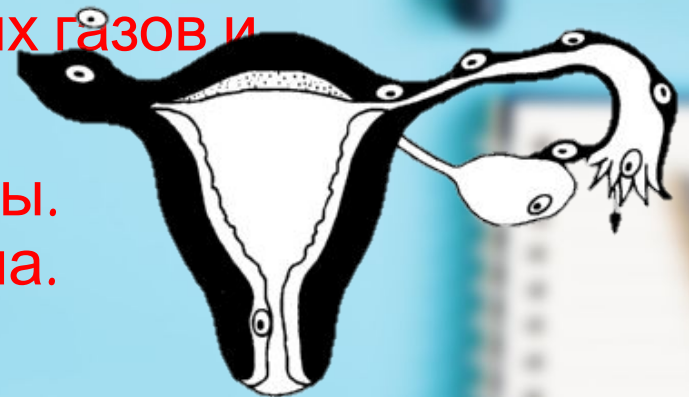
Выделяют 3 группы гинекологических заболеваний с симптомокомплексом острого живота:

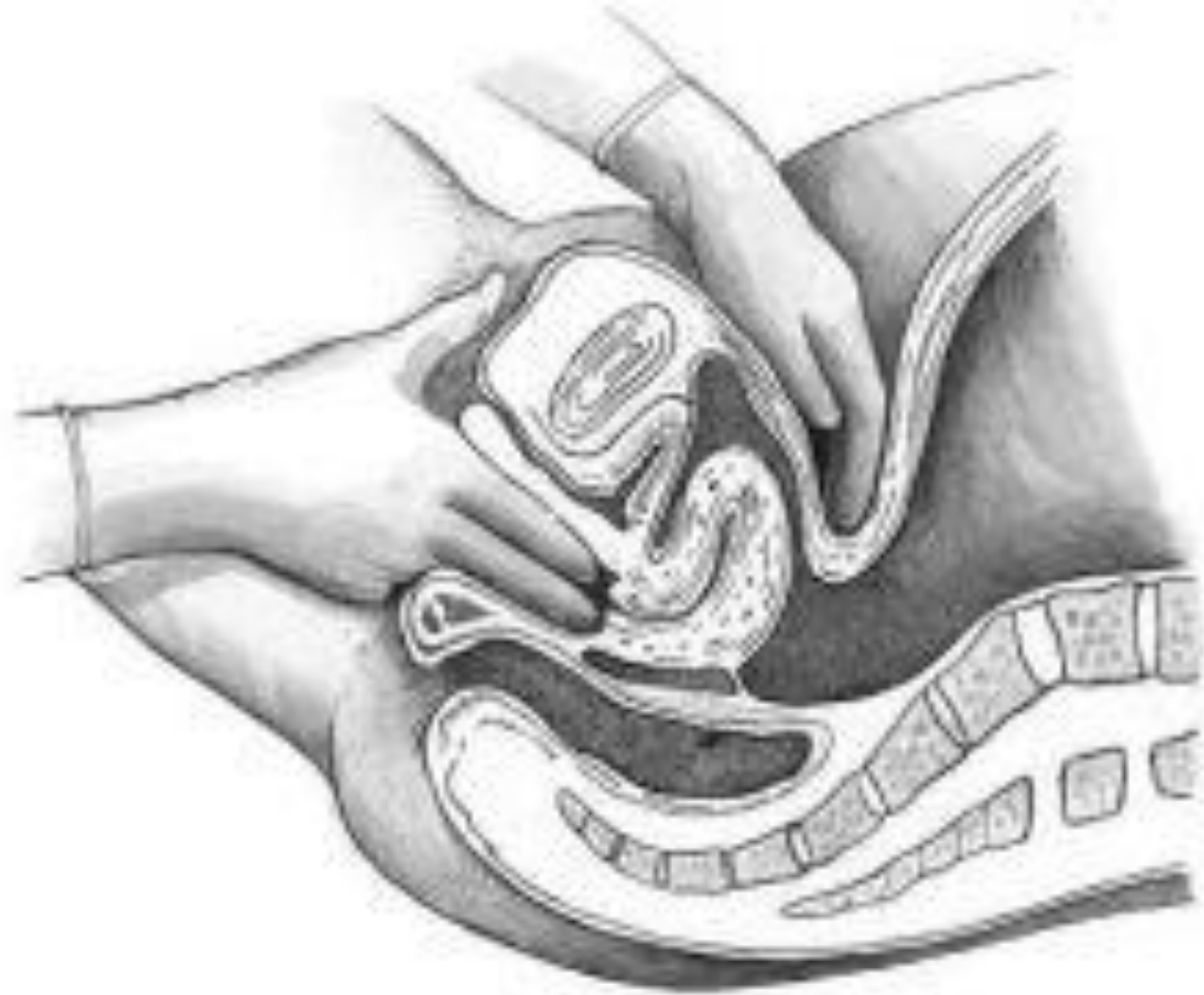
1. **Заболевания, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением** (эктопическая беременность, апоплексия яичника, разрыв капсулы кисты яичника). Нарушения по типу острой кровопотери.
2. **Заболевания, связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом** (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут ножки и некроз миоматозного узла). Нарушения по типу расстройства гемодинамики, коллапса, а в более поздние часы – интоксикации.
3. **Острые воспалительные процессы внутренних половых органов**, при которых развивается перитонит (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное воспалительное образование). Нарушения по типу



картина

1. **Внезапное появление болей** на фоне полного здоровья. Боли начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу.
2. Боли могут спровоцировать **обморок**.
3. **Тошнота, рвота**.
4. При влагалищном исследовании – **нависание заднего свода**, патология цервикального канала, патологические выделения.
5. **Нарушение отхождения кишечных газов и кала**.
6. **Симптомы раздражения брюшины**.
7. **Нарушение менструального цикла**.





Инструментальная и лабораторная диагностика

Определение уровня ХГ (при подозрении на внематочную беременность)

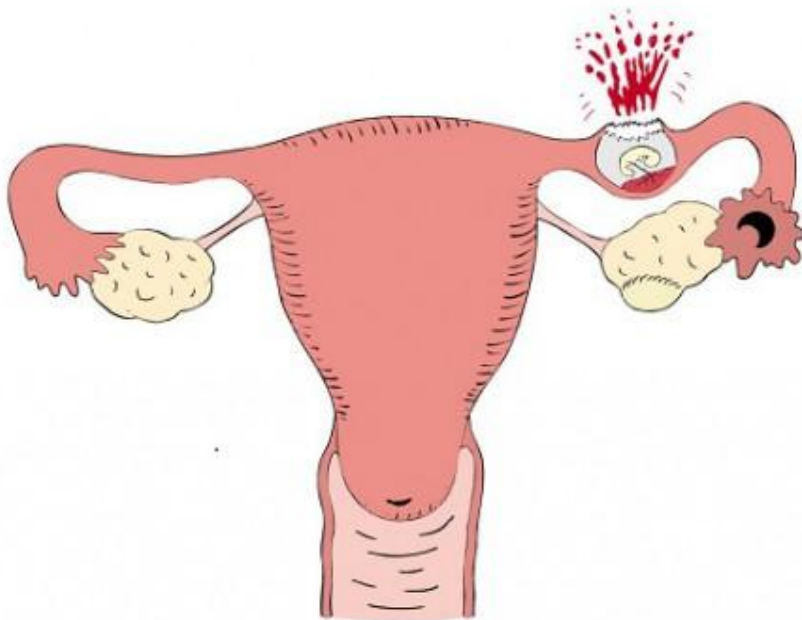
УЗИ органов малого таза

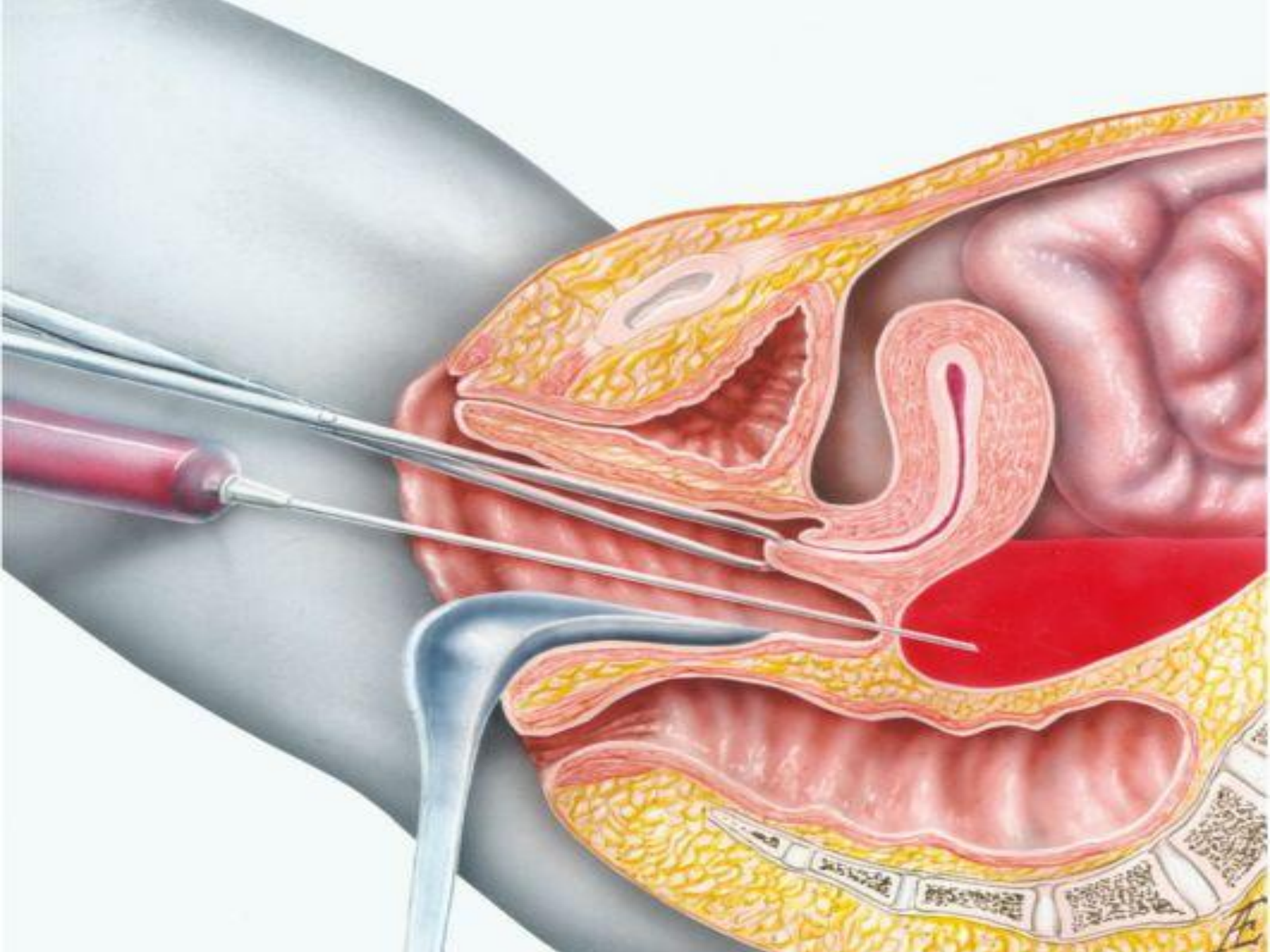
Пункция прямокишечно-маточного углубления:
обнаружение свободной крови в брюшной полости

КТ

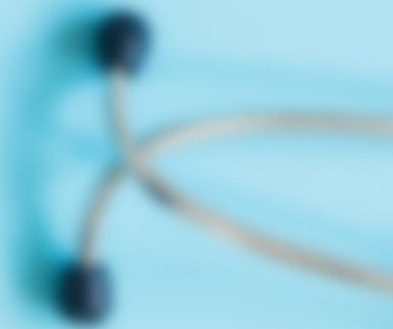
Лапароскопия

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ





**Спасибо за
внимание!**



Список литературы

- 1. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник.- 5-е изд., перераб.и доп.- М.: Медицина, 2001.- 592 с.
- 2. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г. Е., Гапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов: Учебн. пособ.- М.: МЕДпресс-информ, 2004.- 304 с.
- 3. Шишкин А.Н. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика.- СПб.: Издательство —Лань, 1999.- С. 105-119.
- 4. Энциклопедия клинического обследования больного. Пер. с англ.//М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.- 704 с.

