

Отдельные виды  
хирургической  
патологии,  

---

сопровождаящиеся  
развитием перитонита

Лектор: Барачевская И.В.

# План лекции

---

1. Понятие об «остром животе»
2. Острый аппендицит
3. Острый холецистит
4. Острый панкреатит
5. Прободная язва желудка



---

Понятие об

«Остром животе»

# «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

---

- Собирательное понятие
- Острые заболевания органов брюшной полости имеют сходные черты в клинических проявлениях (боль в животе, признаки перитонита)
- Необходимость тщательного учёта всех анамнестических и клинических данных и проведения дифференциальной диагностики



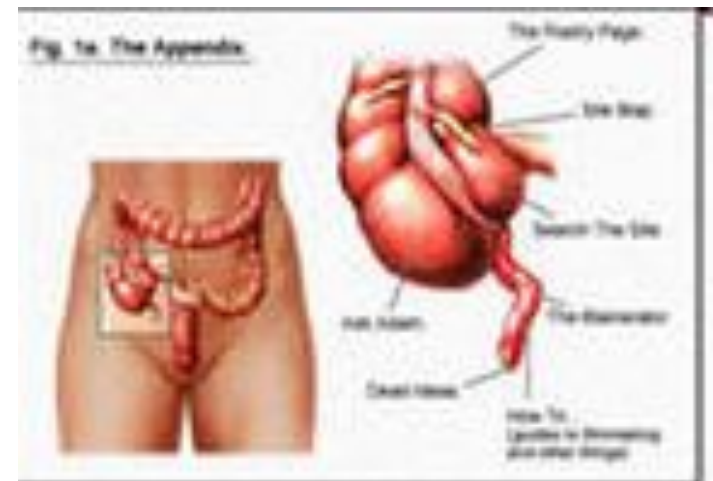
---

# Острый аппендицит

# Острый аппендицит

---

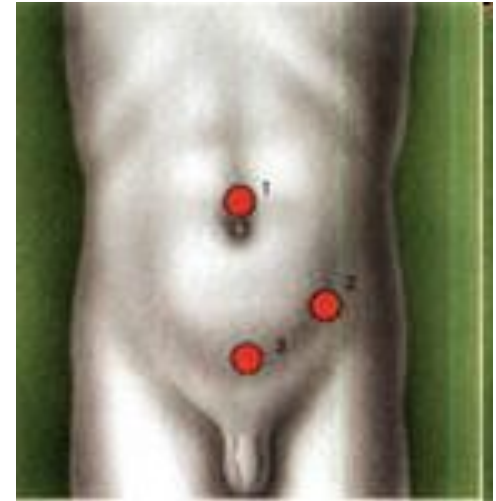
Неспецифическое воспаление  
червеобразного отростка  
слепой кишки



# Анатомические сведения

- Отросток расположен на месте схождения трёх ~~продольных мышечных лент слепой кишки~~

- Варианты расположения отростка:
  - Нисходящее (наиболее часто встречается)
  - Медиальное
  - Латеральное
  - Тазовое
  - Поперечное
  - Ретроцекальное
  - левостороннее



- Различное расположение отростка проявляется особенностями в локализации болевых ощущений

# Теории возникновения

---

- Инфекционная – в отросток проникает местная инфекция из слепой кишки
- Ангионевротическая – первичное значение имеет нарушение кровообращения в отростке
- Алиментарная – белковое питание приводит к запорам, нарушению пассажа пищи и воспалению



# Классификация острого аппендицита (В. С. Савельев, 1985)

## Неосложнённые формы:

- Катаральный
- Флегмонозный
- Гангренозный
- Перфоративный
- Эмпиема

## Осложнённые формы:

- Аппендикулярный инфильтрат
- Разлитой перитонит
- Абсцессы брюшной полости
- Забрюшинная флегмона
- Пилефлебит (септический тромбофлебит брыжеечных вен)



# Клиническая картина

---

- Боли - интенсивные, постоянные, тупые.

Симптом Кохера – Волковича: появление болей в эпигастральной области, с последующим смещением их через 2 – 3 часа в правую подвздошную область. Окончательная локализация болей зависит от расположения отростка. При пальпации живота в гастральной фазе выявляется болезненность по месту расположения отростка.



# Клиническая картина

---

- Рвота – наблюдается у 40% больных, чаще – тошнота.
- Задержка стула в день заболевания, но может быть понос.
- Дизурические расстройства – при тазовом расположении отростка.
- Повышение температуры тела – у большинства больных (37- 39 градусов)

# Клиническая картина

---

- Тахикардия (80-120)
- Симптом Ровзинга: левой рукой надавливают на брюшную стенку в правой подвздошной области, одновременно правой рукой производят короткий толчок через в левой подвздошной области. Болезненность в правой подвздошной области характерна для острого аппендицита.

# Клиническая картина

---

□ Симптом Ситковского:

Усиление болезненности в правой подвздошной области в положении на левом боку.

□ Симптом Бартомье-Михельсона:

Усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении на левом боку



# Клиническая картина

Симптомы раздражения брюшины:

---

- Напряжение мышц живота
- Симптом Щёткина-Блюмберга
- Симптом Воскресенского (симптом скольжения, симптом «рубашки»)

Кончиками II, III, IV пальцев с умеренным давлением на живот производят быстрое скольжение по натянутой рубашке больного из эпигастральной области в правую подвздошную область – в момент окончания «скольжение» резкое усиление боли при аппендиците.

# Клиническая картина

---

- разница ректальной и аксиллярной температур превышает 0,5 – 1 градус  
анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Соз – без изменений.
- Анализ мочи – в пределах нормы.
- Гинекологический осмотр.
- Лапароскопия – в сомнительных случаях.

# Дифференциальный диагноз

---

- Пищевая токсикоинфекция
- Прободная язва
- Острый холецистит
- острый панкреатит
- Патология почки и мочеточника
- цистит
- Воспаление придатков матки
- Апоплексия яичника
- Нарушенная внематочная беременность
- Стенокардия
- Инфаркт миокарда
- пневмония



# Особенности клинической картины у детей

---

- Значительной количество заболеваний протекает с «абдоминальным» синдромом  
диагностические ошибки
- Характерно быстрое развитие флегмонозных и гангренозных форм.
- Быстрое развитие интоксикации.
- Боли редко бывают чётко локализованы.
- Рано развивается напряжение мышц и симптом Щёткина - Блюмберга

# Особенности клинической картины у детей

---

С.Я.Долецкий – «негативные симптомы»  
(против аппендицита):

- Головная боль
- Боль в мышцах
- Понос
- Зловонный стул
- Урчание в животе



# Особенности клинической картины в старческом возрасте

---

- Чаще на первое место выступают признаки сосудистого расстройства.
- Изменения в отростке – первично-гангренозные.
- Характерно появление резких болей сразу в правой подвздошной области, которые постепенно стихают (гибель нервных окончаний)

# Особенности клинической картины в старческом возрасте

---

- Происходит гнилостное воспаление
- Симптомы раздражения брюшины (развитие паралитической кишечной непроходимости)
- Повышение температуры тела до высоких цифр
- В анализе крови - лейкоцитоз

# Особенности клинической картины у беременных

---

- Диагностика затруднена, особенно во второй половине
- Исследование лучше производить в положении на левом боку (смещается матка)
- Во второй половине беременности напряжение мышц передней брюшной стенки выражено слабо, симптом Щёткина-Блюмберга слабоположителен или отрицателен.

# Особенности клинической картины у беременных

---

Решающее значение в постановке диагноза имеют:

- Анамнез
- Наличие субъективной и пальпаторной болезненности в правой половине живота.
- Наличие симптомов интоксикации
- Исключение урологической и гинекологической патологии

# ПМП при остром аппендиците

---

- Уложить
- Местно – холод
- Срочная госпитализация

## Запрещено:

- Введение анальгетиков и спазмолитиков
- Грелки
- КЛИЗМЫ

# лечение

---

- Срочная аппендэктомия.
- Предоперационная подготовка короткая:
- Частичная санобработка
- Выведение мочи катетером
- Бритьё операционного поля
- К наркозу – эвакуация желудочного содержимого через зонд и премедикация



# Аппендэктомия эндоскопическая и лапаротомическая

---



# Ведение послеоперационного периода

---

- Активное ведение
- Помочиться должен в течение 12 часов
- Ходить на следующий день
- Восстановление перистальтики до 3 суток
- Питание после восстановления перистальтики по диете №1.
- Стул к 5 суткам → диета №5
- Первая перевязка – в первые сутки
- Снятие швов на 7 сутки
- Выписка из стационара на 8 сутки
- Нетрудоспособен 20-21 день, при тяжёлом физическом труде 28-29 дней

# Аппендикулярный инфильтрат

---

- Воспалительный конгломерат из петель кишечника и сальника, окутывающий воспалённый аппендикс.
- Рыхлый первые 3 суток. Лечение оперативное.
- Плотный – после 5 суток.
- Лечение консервативное: антибиотики, УВЧ, контроль размеров инфильтрата и появления признаков перитонита. Операция – в плановом порядке через 2 месяца.

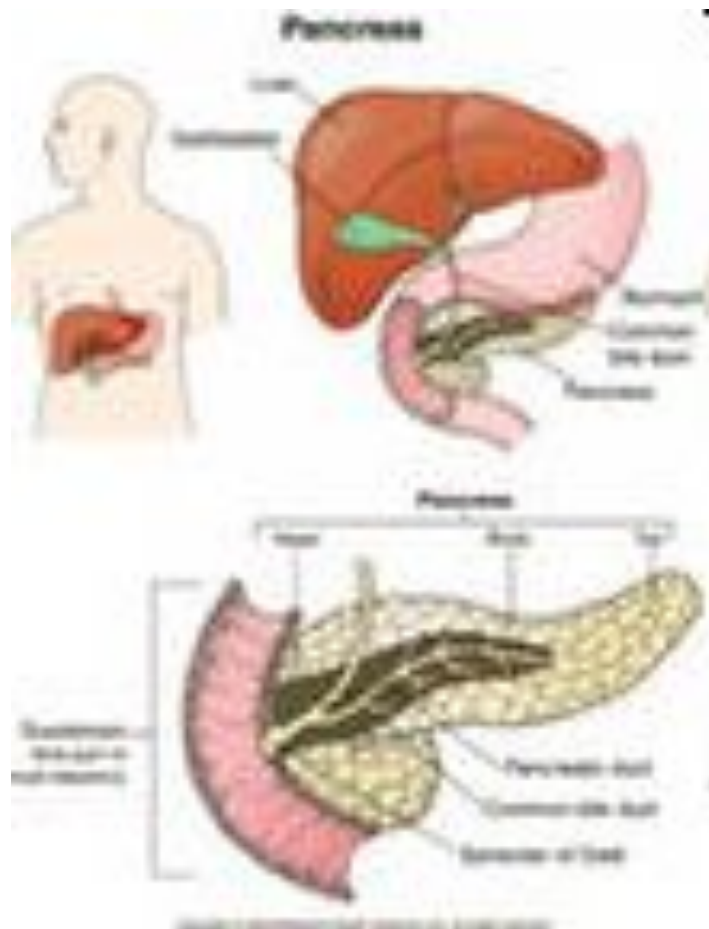
# Острый

# панкреатит



# панкреатит

Заболевание  
поджелудочной  
железы, в основе  
которого лежит  
аутолиз





# Этиологические факторы

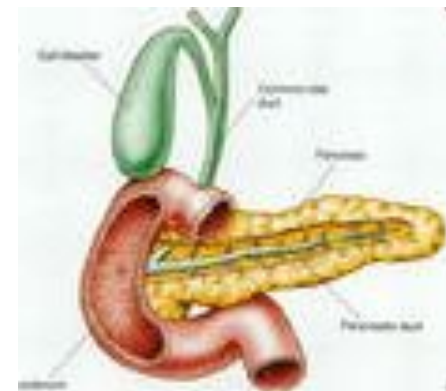
---

- Сосудистые нарушения
- Травмы
- Инфекции
- Метаболические нарушения
- Анатомические особенности (затруднение оттока)

# Способствующие факторы

---

- Ожирение
- Алкоголизм
- Хронический калькулёзный холецистит
- Язвенная болезнь

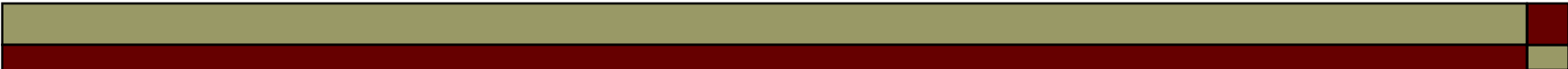


# Провоцирующие факторы

- Погрешности в диете:
  - Острая пища
  - Жирная пища
  - Грубая пища
- Суррогаты алкоголя
- Отравление грибами







---

# Клиническая картина панкреатита

# Три формы панкреатита

---

□ Отёчная



□ Геморрагическая



□ деструктивная



# Различная степень выраженности СИМПТОМОВ

---

- Боль – интенсивная, тупая, в эпигастральной области («ощущение вбитого кола»), опоясывающий характер, иррадирует в надплечья



- Рвота – повторная, не приносящая облегчения
- Состояние тяжёлое
- Кожа влажная, цианоз околопупочной области и боковых отделов живота, иктеричность склер

# Клиническая картина панкреатита

---

- Живот при пальпации сначала мягкий, но определяется резкая болезненность и ригидность мышц в эпигастральной области
- Положительны симптомы:
  - Керте – поперечная резистентность брюшной стенки
  - Воскресенского – отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
  - Мейо-Робсона – болезненность в левом реберно-позвоночном углу



# Клиническая картина панкреатита

---

- Паралитическая кишечная непроходимость
- Перитонит
- Повышение уровня амилазы в крови и диастазы в моче
- При деструктивных формах повышается прямой билирубин
- Лейкоцитоз в анализах крови



# ЛМЛ при панкреатите

---

- Местное применение холода (на эпигастральную область)
- Голодная диета
- Срочная госпитализация

Обезболивание запрещено !

# Лечение панкреатита

---

- Госпитализация
- Постельный режим
- Голодная диета до 5 суток, затем диета № 1а, 1, постепенно № 5
- Спазмолитические препараты
- Антибактериальные препараты



# Лечение панкреатита

---

- Дезинтоксикационная терапия
- Двухсторонние новокаиновые блокады (сакроспинальная, паранефральная)
- Ингибиторы ферментов поджелудочной железы (сандостатин, контрикал, аминокaproновая кислота)



# Оперативное лечение

---

- Показания:
  - Перитонит
  - Абсцесс сальниковой сумки
  - Панкреанекроз
- Объём операции:
  - Удаление некротизированных тканей
  - Санация брюшной полости
  - Дренирование ложа железы и брюшной полости

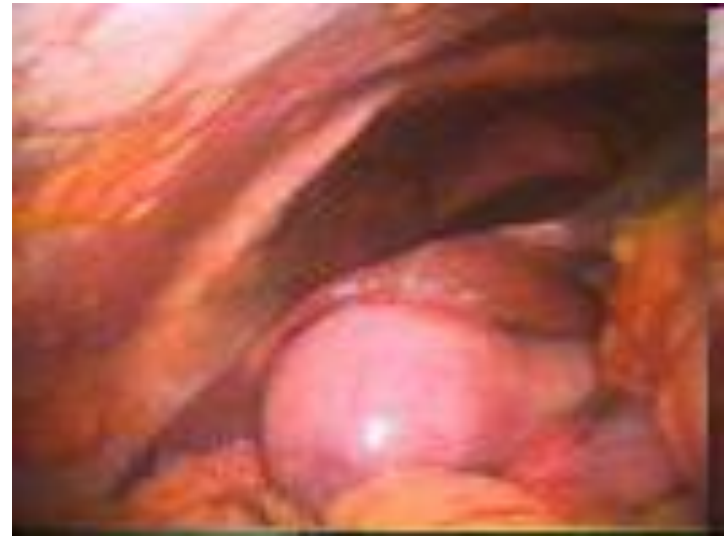


# прогноз

---

- В отношении жизни – серьёзный, летальность при панкреанекрозе составляет 50%
- В отношении заболевания – сомнительный. Часто возникают хронические формы.

# Острый холецистит



# Острый холецистит

---

Острое  
неспецифическое  
воспаление  
желчного пузыря



# классификация

---

## По наличию камней:

- Каменный  
(калькулёзный)
- Бескаменный

## По выраженности процесса:

- Острый
- хронический

## По форме изменений стенки желчного пузыря:

- Катаральный
- Флегмонозный
- Эмпиема пузыря
- Гангренозный
- Гангрена с  
перфорацией

# Бескаменный и калькулёзный ХОЛЕЦИСТИТИТ



# причины

## Способствующие факторы:

- Гипертония желчных протоков, приводящая к застою желчи
- Образование камней



## Провоцирующие факторы:

- Погрешности в диете (острая, жирная, жареная пища)
- Тяжёлая физическая работа



# Клиническая картина

---

- Развивается среди полного здоровья, чаще ночью
- Резкая боль в правом подреберье, больные мечутся в постели в поисках удобного положения
- Иррадиация болей в правую лопатку, ключицу
- Тошнота, однократная рвота, чаще желчью
- Повышение температуры тела
- Лейкоцитоз в анализах крови
- Язык обложен, желтоватым налётом



# Клиническая картина

---

- Пальпируется резко болезненный, увеличенный желчный пузырь
- Симптом Ортнера-Грекова – боль при поколачивании по рёберной дуге справа
- Симптом Березниковского – боль при надавливании на правое надплечье

# Клиническая картина

---

- Симптом Мюсси – боль при надавливании между ножками грудиноключичнососцевидной мышцы справа
- Симптом Кера – боль при введении пальцев в правое подреберье на вдохе
- При развитии перитонита – симптом Щёткина-Блюмберга
- Часто возникает холецистопанкреатит



# ПМП

---

- Холод на правое подреберье
- Экстренная госпитализация
  
- Не обезболивать!

# лечение

---

- Госпитализация
- Постельный режим
- Диета – голод, в дальнейшем стол №5
- Двухсторонние новокаиновые блокады (сакроспинальная или паранефральная)  
спазмолитики
- Дезинтоксикационная терапия
- Антибактериальные препараты

# Показания к оперативному лечению

---

- Флегмонозный холецистит
- Гангренозный холецистит
- Гангренозный с перфорацией
- Перитонит
  
- Операция – холецистэктомия  
лапаротомическая или эндоскопическая

# ОСЛОЖНЕНИЯ

---

- Перитонит
- Механическая желтуха
- Желчная колика – приступ острых болей в правом подреберье. Причины:
  - Продвижение камня
  - Обтурация желчных протоков слизью
  - Спазм желчных протоков



---

# Осложнения язвенной болезни желудка

# Осложнения язвенной болезни желудка

---

- Кровотечение
- Пенетрация
- Перфорация
- Стеноз привратника
- малигнизация



# Причины перфорации

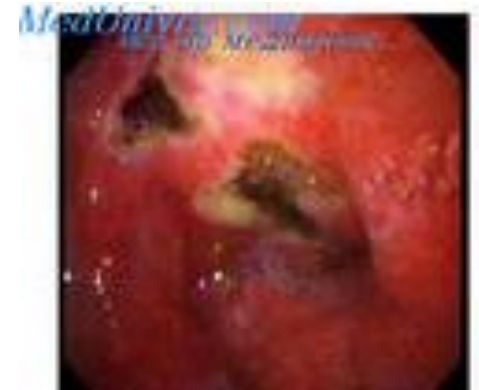
- Прогрессирующий дегенеративный процесс
- Алиментарные факторы:
  - Грубая пища
  - Острая пища
  - Алкоголь
- Физическое напряжение
- стресс



# Общие сведения

---

- Чаще развивается у мужчин (1/10, 1/20)
- Осложняется развитие перитонита (представляет угрозу для жизни)
- Летальность при перфорации составляет 6 – 8%



# Виды перфорации

---

- Открытая – в свободную брюшную полость
- Прикрытая – в брюшную полость однократно поступает желудочное содержимое
- Атипичная – в плевральную полость, в кишку

# Клиническая картина перфорации

---

## Триада Декарбена:

- «кинжальная боль» в эпигастральной области.
- Доскообразный живот
- Свободный газ в брюшной полости
- Пульс сначала урежается, потом тахикардия
- Парез кишечника (аускультативно)
- При перкуссии живота – притупление в правой подвздошной области, смещается при перемене положения (стекает желудочное содержимое)

# «КИНЖАЛЬНАЯ БОЛЬ»

- «кинжальная боль» в эпигастральной области – внезапная, интенсивная, сравнивают с ударом ножом.
- Предшествует язвенный анамнез, ухудшение состояния в течение нескольких предшествующих дней



# Доскообразный живот

---

- Фаза шока – больной занимает вынужденное положение: то, в котором его застала боль
- Положительный симптом Щёткина – Блюмберга
- Положительный симптом Менделя – болезненно поколачивание одним пальцем по брюшной стенке

# Свободный газ в брюшной полости

- Свободный газ в брюшной полости – пневмоперитонеум.
- перкуссия живота – исчезновение печёночной тупости
- На рентгенограмме – «серп» воздуха под правым куполом диафрагмы



# Три периода в течении заболевания

---

- Шок. Длится 0,5 – 1 час
- Период мнимого благополучия (отмечается уменьшение болей)
- Перитонит – чаще фибринозный, гнойный



# Дифференциальная диагностика

---

- Острый аппендицит
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Острая кишечная непроходимость
- Инфаркт миокарда

## Дополнительные методы диагностики:

- Рентгенография
- лапароскопия

# ПМП

---

- Покой
- Холод на эпигастральную область
- экстренная госпитализация

Запрещено:

- Обезболивать
- Поить
- кормить

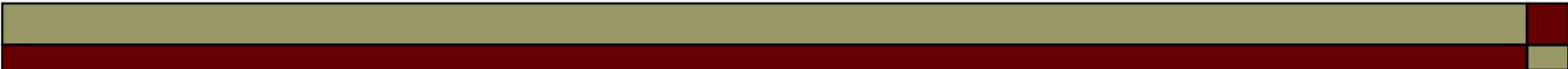


# лечение

---

- Экстренная операция :
  - ушивание язвы или резекция желудка
  - Санация и дренирование брюшной полости
- Послеоперационный уход в соответствии со стандартом





---

При синдроме «острого живота» грамотно оказанная ПМП и своевременная госпитализация может спасти жизнь больного, а квалифицированный послеоперационный уход – восстановить здоровье.