

Қ.А.Ясауи атындағы
халықаралық қазақ-
түрік университеті



Hoca Ahmet Yesevi Uluslar
arası Kazak-Türk
üniversitesi

Медицина факультеті
«Хирургиялық аурулар» кафедрасы

СӨЖ

**Тақырыбы: Псевдоперитонеальды
синдром**

Орындаған: Нишанбаева Ю.Э.
Қабылдаған: Тулежанов Е.Н
Тобы: ЖМ-522Т

Жоспар

- I.Кіріспе
- II.Негізгі бөлім:
 - 1.Псевдоперитонеальды синдром
 - 2. Псевдоперитонеальды синдром (ПС) клиникасы,диагностикасы,емі
 - 3. ПС. диф. диагностикасы
- III.Қорытынды
- IV.Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

- Псевдоабдоминальды синдром (ПАС гр.pseudes-жалған, abdominalis іш синдромы) —құрсақ қуысынан тыс органдардың патологиясы(жүрек, өкпе,плевра, эндокринді жүйе,интоксикация әсерінен және кейбір улану түрлерінде) кезінде «ЖЕДЕЛ ІШ»тің клиникалық көрінісімен жүретін симптомокомплекс.
- ППСда ауырсыну симптомынан басқа мына симптомдар кездесуі мүмкін:
 - өсуші анемия
 - АҚҚ төмендеуі
 - Температура жоғарылауы
 - Тұрақты запор,құсу,Іш өту
 - Зәрдің өзгерісі,сарғаю
 - қанның биохимиялық өзгерісі

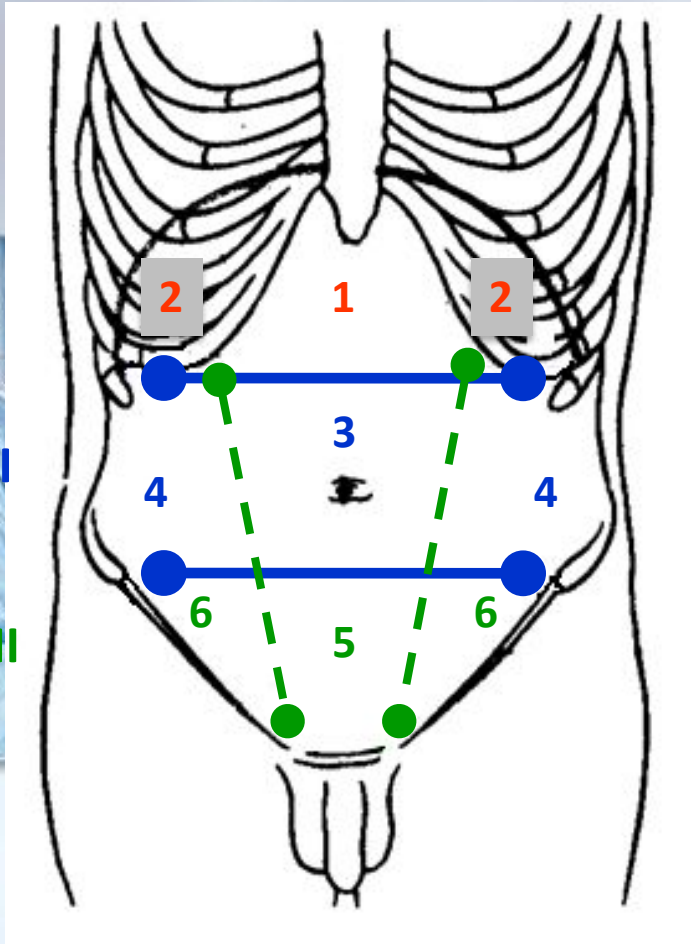
Жүйе	Аурулар
Кеуде қуысы органдарының аурулары:	пневмония, ишемия миокарда, өкпе артериясының эмболиясы, пневмоторакс, плеврит, өңеш аурулары
Метаболитик алық аурулар:	қант диабеті, бүйрекүсті безі қызметі жеткіліксіздігі, токсикалық зоб, уремия, порфирия;
неврогенді:	Herpes zoster, омыртқа аурулары, сифилис, полиневрит;
токсиндер әсері:	укусы насекомых, улану.

Клиникалық көрінісі •

Псевдоабдоминальды синдромның клиникалық көрінісі негізгі ауру симптомдары және құрсақ қуысы органдарының жедел патологиясы симптоматикасымен жүреді . •

Алдыңғы құрсақ қабырғасының пальпациясында ауырсыну, оның бұлшықеттерінің кернеуі, ішастардың тітіркену симптомы жедел емес, олардың интенсивтігі уақыт өте өзгеруі мүмкін.

Іш аймағы



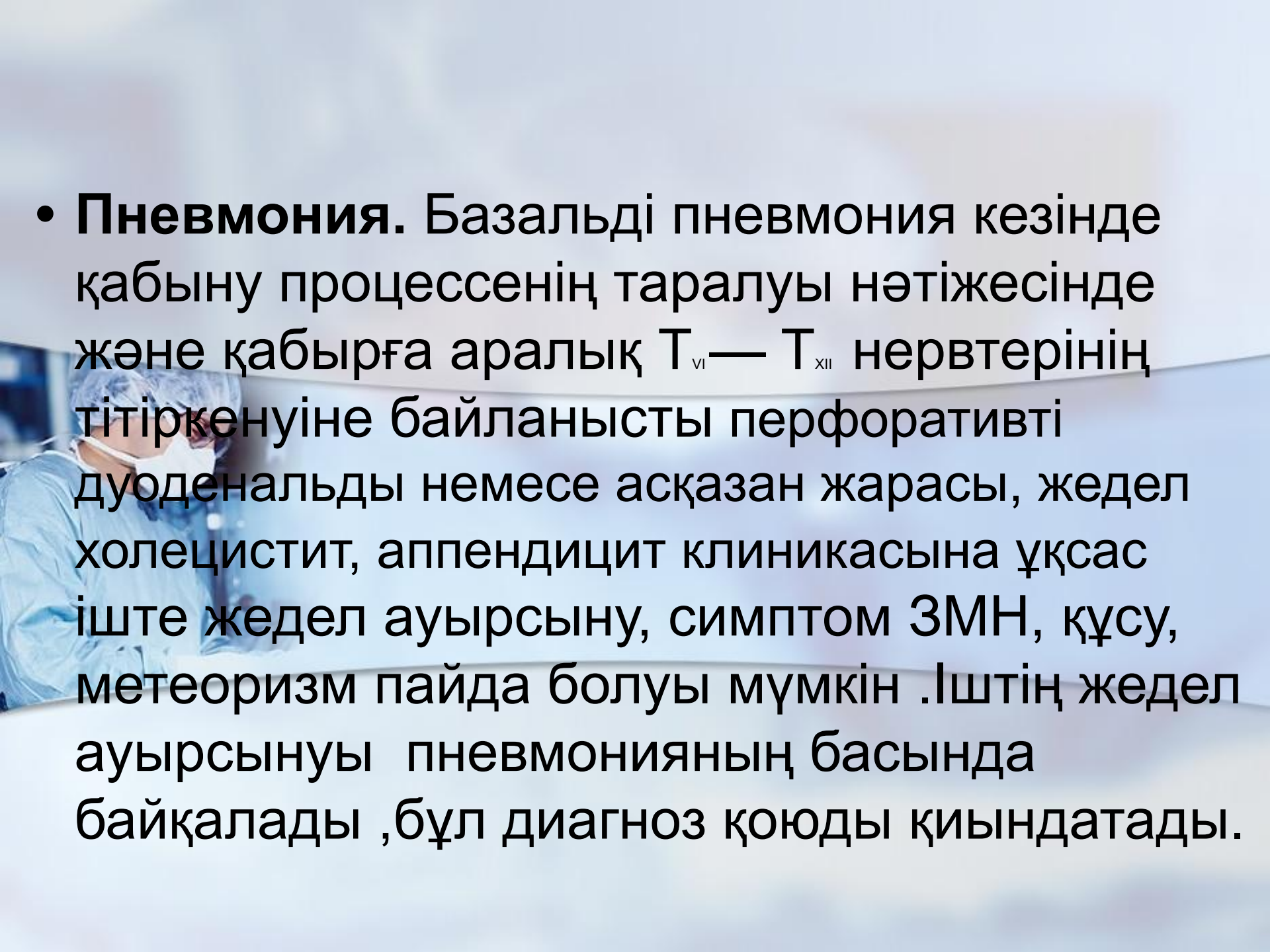
Іштің бөлімдері:

- I. *Epigastrium* (эпигастрий, надчревьё);
- II. *Mesogastrium* (мезогастрий, чревьё);
- III. *Hypogastrium* (гипогастрий, подчревьё).

Іштің аймағы:

1. Надчревная область - *regio epigastrica*;
2. Подреберные области (подреберья) - *regiones hypochondriacae dext. et sin.*;
3. Пупочная область - *regio umbilicalis*;
4. Боковые области живота - *regiones laterales dext. et sin.*;
5. Лобковая область - *regio pubica*;
6. Паховые (подвздошные) области - *regiones inguinales dext. et sin.*

Локализация	Аурулар
Іштің жоғарғы оң жақ квадранты	<ul style="list-style-type: none"> □ жедел холецистит, өттік шаншу, гепатит, панкреатит, бауырлық және көкет асты іріңдік , инфаркт миокарды, пневмония, плеврит, перикардит, ішек өтімсіздігі
Іштің төменгі оң жақ квадранты:	<ul style="list-style-type: none"> □ аппендицит, ішек өтімсіздігі, дивертикулит, тесілген жара, қысылған жарық, бауырлық шаншу, эктопиялық жүктілік, жұмыртқа ауруы, эндометриоз, жұмыртқаның қосалқылары
Іштің жоғарғы сол жақ квадранты :	<ul style="list-style-type: none"> □ панкреатит, көкбауырдың жыртылуы, көкбауырдың инфаркты , гастрит, инфаркт миокарды, пневмония, плеврит, ішек өтімсіздігі
Іштің төменгі сол жақ квадранты :	<ul style="list-style-type: none"> □ аорта аневризмасының жыртылуы, аортаның сылынуы, ішек өтімсіздігі, дивертикулит, іш астар арты іріңдігі, бүйрек шаншуы, эктопиялық жүктілік, жұмыртқа ауруы, эндометриоз, жұмыртқаның қосалқылары

- 
- **Пневмония.** Базальді пневмония кезінде қабыну процессенің таралуы нәтижесінде және қабырға аралық T_{vi} — T_{xii} нервтерінің тітіркенуіне байланысты перфоративті дуоденальды немесе асқазан жарасы, жедел холецистит, аппендицит клиникасына ұқсас іште жедел ауырсыну, симптом ЗМН, құсу, метеоризм пайда болуы мүмкін. Іштің жедел ауырсынуы пневмонияның басында байқалады, бұл диагноз қоюды қиындатады.

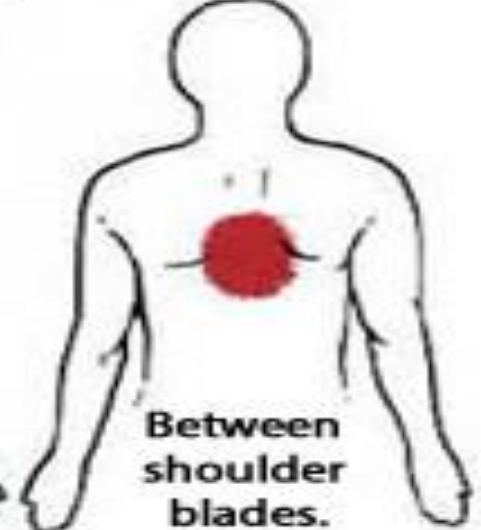
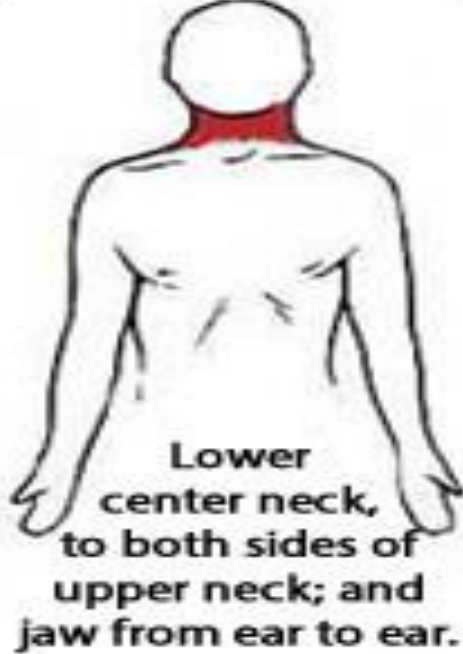
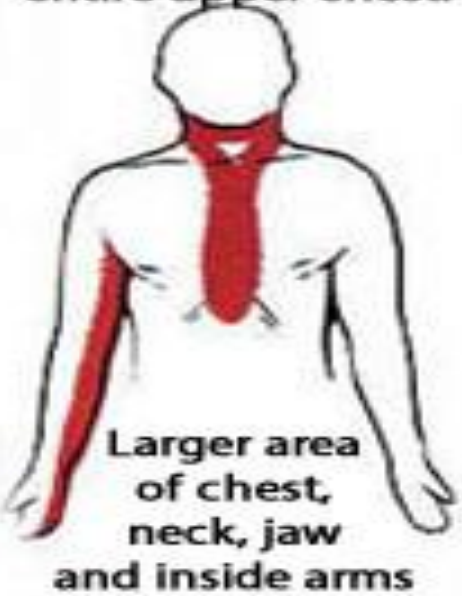
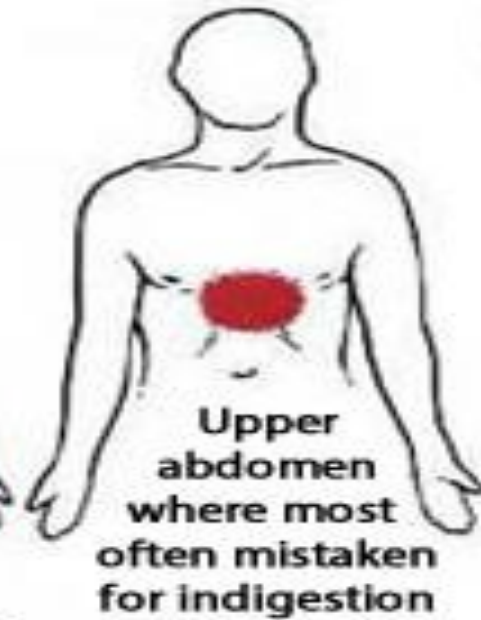
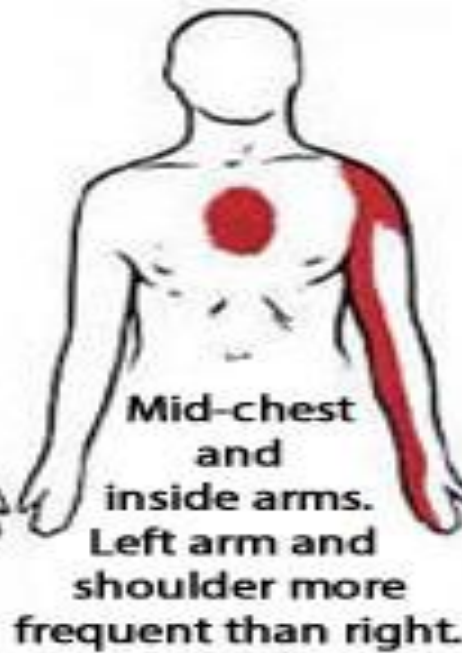
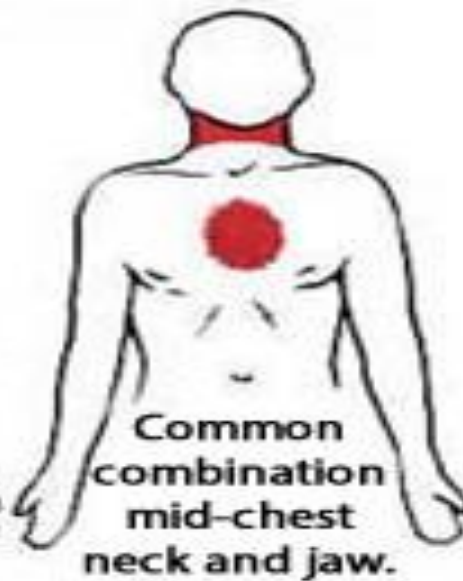
Очаговая пневмония



• **Айырмашылығы**

- - Науқас қозғалуы белсенді. Ауырсыну дене қалыпын өзгерткенде күшеймейді
- - Ауырсыну қызба, қалтыраумен, жөтелмен, беттің гиперемиясы, ентігу, кейде еріндегі герпеспен бірге пайда болады.
- - Алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшықеттерінің ригидтілігі өкпенің қай бөлігінің зақымдануна байланысты бір жақты болады.
- - Рефлекторлы бұлшықеттік қорғаныстың тұрақты болмауы. (преодолимый «дефанс»).
- - Ішек парезінің болмауы (перистальтикасын тыңдағанда әр 4-5 сек. сайын шу естілуі)
- - Ректальды зерттеу кезінде ауырсынбау.
- - Ауру басталуында жоғары лейкоцитоз.
- - Рентгенограммада пневмония белгілері.

- **Инфаркт миокарда.** 1910 ж. В.П. Образцов және П.Д. Стражеско миокард инфарктінің абдоминады формасы туралы баяндады— ол эпигастри аймағында жедел ауырсыну, құсу, лоқсу, метеоризмен көрінеді. Жүрек бұлшықеті артқы қабырғасында орналасқан МИ науқастарының 3-4% кездеседі. Ауырсыну импульсі кезбе нерві және симпатикалық нерв жүйесі арқылы өтіп асқазан-ішек жолының бұлшықетінің спазмын және парезін, әртүрлі микроциркуляторлы бұзылыс тудыру мүмкін. Сонымен бірге тез тыртықталатын жедел эрозия және жара пайда болады. МИ өңештік түрінде ажыратады, бұнда дисфагия басым болады. Диф. диагностика жедел панкреатит, холецистит, асқазан және 12 елі ішек жарасына жасалады.



Heart Attack Pain Diagram

• **Айырмашылығы**

- - Науқас мазасыз.
- - Өлім сезімі, ентігу, акроцианоз.
- Анамнезінде кардиальды патология.
- - Жүрек ритмінің бұзылыысы , гипотония .
- - Ауырсыну көбінесе физикалық жүктемеден және эмоциональды сезімнен кейін пайда болады..
- - Боль носит волнообразный характер, распространяется за грудину, иррадирует в левое надплечье и не сопровождается многократной рвотой.
- - Редко обнаруживаются болезненность при пальпации живота, перитонеальные симптомы и ригидность мышц брюшной стенки.
- - Эпигастрий аймағын терең пальпациялағанда ауырсынудың азаюы МИ тән , жоғарылауы — жедел панкреатит (симптом Джанелидзе).
- - УЗИ-да ұйқы безі және өт қабы көлемі ұлғаймаған
- ЭКГ да өзгерістер, қанда жүректік ферменттердің белсенділігі жоғарылайды.

Жедел аппендицит кезіндегі қате

диагноз

инфекциялық кездесуі аурулар 7% аурулары 3%



кұрсақ қуысынан
тыс 14%



- **Жедел оңқарыншалық жетіспеушілік.** Оң қабырға астында жедел ауырсыну митральды стенозда, пароксизмальды тахикардияда пайда болуы мүмкін. Ауырсыну бауырдың тез үлкеюіне байланысты, глиссон капсуласы тартылады, осыған байланысты басталып холецистит белгісі дамиды.
- **Айырмашылығы**
- - Анамнезінде жүректің митральды тесігі.
- - Ауырсыну тамақтануға байланысты дамымайды.
- - Пальпация кезінде іш жұмсақ, бірақ ауырсынады, бауырдың оң және сол бөлігі үлкейген.
- - Іш қабырғасының бұлшықеттік қорғаныс және перитонеальды симптомдары, ауырсынудың иррадиацияланбауымен ерекшелінеді.
- - Қалыпты дене температурасында тахикарди байқалады.
- - ЖОҚ тән симптомдар: енгігу, ерін цианозы, беттің қызаруы, өкпедесырылдар естілуі,
- - УЗИ да өт қабы қалыпты.
- - На ЭКГ признаки мерцательной аритмии и гипертрофия правых отделов сердца.
- - Внутривенное введение препаратов дигитоксина приводит к уменьшению тахикардии, одышки и боли в животе.

- Среди заболеваний органов брюшинного пространства, которые могут протекать под маской «острого живота», патология почек и верхних мочевых путей, проявляющаяся симптомокомплексом под названием **почечная колика**. Наиболее часто причиной ее возникновения является мочекаменная болезнь. Она проявляется не только мучительными болями, но и таит в себе возможное развитие тяжелых осложнений. При возникновении острой окклюзии верхних мочевых путей вследствие повышения внутрилоханочного давления происходит выраженное нарушение почечной уро-гемодинамики. Наибольшие диагностические трудности возникают при локализации конкремента в средней трети мочеточника. В таких случаях почечную колику приходится часто дифференцировать с острым аппендицитом. Так, более 30% больных, поступающих в хирургический стационар по поводу обострения мочекаменной болезни, имеют рубец после аппендэктомии. Вместе с тем нужно иметь в виду, что у пациентов, страдающих заболеванием почек и мочеточников, может возникнуть и приступ острого аппендицита. Предпосылкой для

- диагностических ошибок является топографическая близость правого мочеточника и червеобразного отростка.
- **Отличительные признаки**
- Начало заболевания связано с физической работой, ездой на транспорте, переохлаждением.
- Боли носят очень интенсивный характер, что обуславливает беспокойное поведение больного.
- Отсутствие миграции боли (симптом Волковича — Кохера).
- В зависимости от локализации окклюзии мочевых путей определяется характерная иррадиация боли (в поясницу, подреберье, пупок, переднюю поверхность бедра, надлобковую область, мошонку, половые губы).
- Боль и рвота возникают почти одновременно.
- Дизурия, микро- или макрогематурия.
- При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу мочеточника.
- Положительные симптомы Пастернацкого, Лорина — Эпштейна.
- Если присоединяется пиелонефрит, то характерно преобладание общих симптомов (лихорадка, озноб, общая слабость, головная боль) над местными (боли в животе), воспалительные изменения в моче.
- На УЗИ — пиелокаликотектазия, визуализация конкрементов в верхних мочевыводящих путях.
- При сомнении в диагнозе производится хромоцистоскопия.
- **Считается, что микрогематурия, реже макрогематурия, является важным диагностическим признаком почечной колики и позволяет дифференцировать ее с острым аппендицитом.** Ю.А. Пытель (1985) подчеркивал, что на высоте почечной колики моча чаще всего оказывается нормальной, поскольку фактически ее исследуют при поступлении в мочевой пузырь из здоровой почки. После того как произошла реокклюзия и почечная колика купирована, в осадке мочи появляются свежие эритроциты.
- Таким образом, если гематурия появляется после почечной колики, приступ наиболее вероятно обусловлен мочекаменной болезнью. Если наоборот, то это говорит об окклюзии верхних мочевых путей сгустками крови, что может быть вызвано опухолевым процессом в почке.

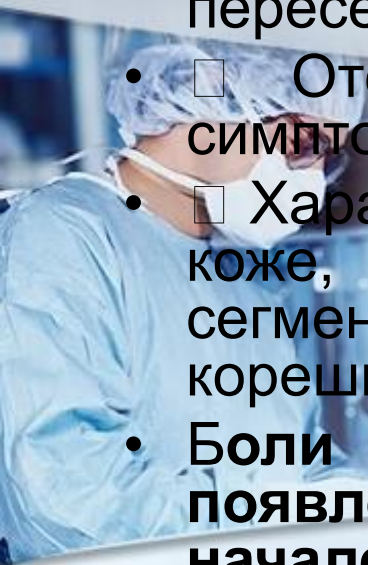
- **Тиреотоксикоз**

- Іштің жедел ауырсынуы, симптом ЗНМ, ішастардың тітіркену симптомы , құсу, лоқсу тиреотоксикоздың ауыр түрінде байқалады. Бұндай симптомдар әдетте қалқанша безіне операция жасағанда немесе тиреотоксикоздың жасырын ағымында пайда болады. Дұрыс диагноз қою үшін анамнез жинау және жедел хирургиялық аурулардан (жедел панкреатит , холецистит, аппендицит) айырмашылығы бар патологияларды анықтау.

- **Айырмашылығы**

- - Науқастың психикалық қозғыштығы жоғары, судороги, диарея, гипертермия, түнде тері бөлінуінің жоғары болуы
- - Тахикардия до 140-160 уд. в мин., аритмия, гипотония.
- - Іштегі ауырсыну локализациясы анық емес.
- - Ішек перистальтикасының жағарылауы
- - Симптом защитного мышечного напряжения рефлекторлы характерге ие (преодолимый «дефанс»).
- - Антитиреоидты терапия әсерінен вегето-сосудистые бұзылыстар және асқазан-ішек бұзылыстары тоқтайды

- **Опоясывающий лишай HerpesZoster** При вирусном поражении нервных корешков D_x — D_{x11} , участвующих в иннервации передней брюшной стенки могут появиться резкие боли в животе (часто в правой подвздошной области), заставляя думать об остром аппендиците.
- **Отличительные особенности**
- Боли жгучего характера, распространяющиеся со спины по направлению к передней брюшной стенке, не пересекая ее среднюю линию.
- Отсутствие аппендикулярных и перитонеальных симптомов.
- Характерные мелкоточечные высыпания (пузырьки) на коже, располагающиеся полосой в соответствующем сегменте, иннервируемым пораженным нервным корешком.
- **Боли в животе обычно возникают за 2-4 дня до появления экзантемы, что усложняет диагностику в начале заболевания.** Важным в этом случае является правильная интерпретация болевого синдрома.



- **Синдром отмены при употреблении наркотиков** (наркотическая «ломка»). Перерыв в регулярном приеме наркотика часто сопровождается рвотой, интенсивными схваткообразными болями в животе, метеоризмом. Затруднения в установлении правильного диагноза могут быть связаны с психологическими особенностями таких пациентов, которые в надежде получить инъекцию наркотического анальгетика от медицинского персонала нередко искусно аггравируют симптомы «острого живота». Принимая во внимание распространенность наркозависимости среди населения, необходимо представлять основные особенности таких состояний.

- **Отличительные особенности**

- Боли в животе сопровождаются бледностью кожных покровов, выраженной потливостью, расширением зрачков, повышенной возбудимостью.
- Жалобы на судороги в икроножных мышцах и мышечные подергивания.
- Следы от инъекций в проекции подкожных вен.
- В заключение хотелось отметить, что представленный материал не претендует на исчерпывающую информацию по дифференциальной диагностике всех заболеваний, протекающих с симптомами «острого живота». Были рассмотрены лишь наиболее часто встречающиеся во врачебной практике ситуации, которые могут помочь в установлении правильного диагноза. Однако когда имеются сомнения, решающее слово в исключении острой хирургической патологии всегда должно оставаться за хирургом.

- Сложная ситуация может возникнуть при дифференциации абдоминального синдрома у пациентов с отравлением свинцом или таллием. Свинцовая интоксикация связана с отравлениями не только на производстве, но и в результате пользования глиняной посудой, покрытой глазурью. При этом свинец, депонированный в печени и костях, может мобилизоваться под влиянием различных факторов (прием алкоголя, пищевая интоксикация, общие заболевания) и привести к свинцовой интоксикации. В этих случаях картина «острого живота» достаточно демонстративна и включает интенсивную схваткообразную боль в животе наряду с разлитой пальпаторной болезненностью. Установлению правильного диагноза способствует выявление сероватого окрашивания краев десен («свинцовая кайма»), землистый оттенок кожных покровов, выраженная артериальная гипертензия, а также уменьшение болей при глубокой пальпации. Интоксикация таллием также сопровождается интенсивными схваткообразными болями в животе, повторной рвотой, кроме этого, наблюдаются диарея и признаки обезвоживания. При этом виде отравления диагностика практически невозможна без дополнительных исследований, однако заподозрить его можно при наличии в анамнезе контакта с мышинным ядом.



- Псевдоабдоминальный синдром наблюдается также при тетании, обусловленной дефицитом кальция и связанной с ним атонией кишечника (характерен симптом Хвостека — сокращение мимических мышц при ударе неврологи-ческим молоточком в проекции ствола лицевого нерва, -удлинение интервала QT на ЭКГ); при узелковом периартериите, капилляротоксикозе, для которых характерны геморрагические высыпания на коже, высокая артериальная гипертензия, артралгии, примесь крови в кале и рвотных массах. Значительные трудности возникают при диагностике периодической болезни, которая сопровождается развитием доброкачественного рецидивирующего перитонита с острой болью в животе. При первом приступе больных обычно оперируют по поводу острого аппендицита, при повторных приступах в связи со стереотипной картиной диагноз установить легче. При этом следует учитывать национальность больного — чаще это выходцы из стран Средиземноморья, аналогичные заболевания часто выявляются у родственников, характерна гипертермия с самого начала болезни. Поражение жировой клетчатки внутренних органов при абдоминальном варианте ненагнаивающегося панникулита (болезнь Вебера — Крисчена) также сопровождается псевдоабдоминальным синдромом. Диагностике способствует выявление единичных или множественных округлых узлов наряду со втянутыми рубцами на коже, образующимися на месте асептического некроза и последующего рубцевания узлов. При отсутствии выраженных кожных проявлений диагностика очень затруднительна

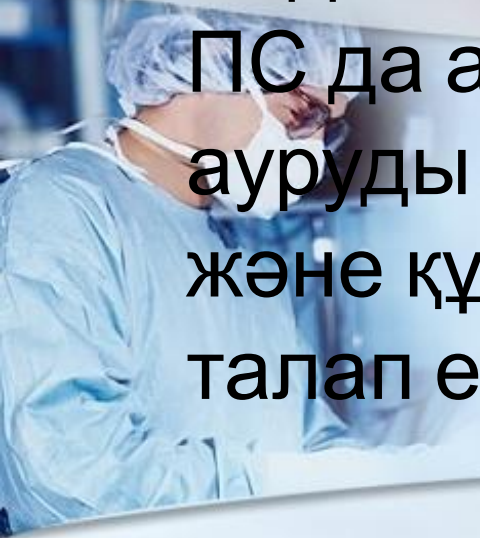
- **Диабет.** Қантты диабеттің асқынуы , кетоацидоз, іш аймағының ауырсынуы, перитонеальны көрініспен, құсумен жүреді. Сонымен бірге науқас прекометозды жағдайда болады. Полагают, что абдоминальная боль и перитонеальные симптомы (диабетический перитонизм) возникают вследствие нарастающей дегидратации брюшины и мелкоточечных кровоизлияний. Нередко такие пациенты поступают в хирургические отделения с диагнозами острого аппендицита, холецистита, панкреатита, острой кишечной непроходимости, перитонита неясной этиологии.

• **Айырмашылығы**

- - Же дел диабетті іш әрдайым жәй дамыды
- - Науқаста ентігу, тыныс шығару шыңында іш бұлшықеттерінің босаңсуы байқалады. Ауыздан ацетон иісі шығады. Құсық массасыда қышқылды жеміс иісіне ұқсас .
- - Лабораториялық зерттеуде гликемияның жоғарылауы, зәрде кетонденелерінің және глюкозаның жоғары болуы.
- Іштегі ауырсыну диабетті кетоацидозға қарсы ем қолданғанда тоқтайды.
- Кейбір кездері қантты диабеттің асқынуы же дел дамидын , кеш анықталатын, ауыр асқынулармен жүретін құрсақ қуысының же дел қабынуына алып келуі мүмкін.

Қорытынды

- Псевдоабдоминальды синдромның жедел іш синдромынан айырмашылығы ПС да ауырсыну сипптомы негізгі ауруды емдегеннен кейін жойылады және құрсақ қуысына операциялық емді талап етейді.



Видеоролик



Қолданылған әдебиеттер

- 1. Анохина Г.А. Абдоминальный ишемический синдром // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 1 (25). – С. 42-47.
- 2. Белоусова Е. Абдоминальная боль в практике терапевта // Врач. – 2002. – № 2. – С.16-20.
- 3. Брискин Б. Острая боль в животе: алгоритм догоспитальной помощи // Врач. – 2002. – № 5. – С. 29-31.
- 4. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Коваленко Е.И. Ложный острый живот в клинической практике // Клин. мед. – 2003. – № 2. – С. 20-27.
- 5. Ветшев П.С., Крылов Н.Н. Анализ причин смерти больных с острой болью в животе // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2005. – № 4. – С. 50-56.