

Разделы хирургии и основные синдромы при хирургических заболеваниях.

Пропедевтика внутренних болезней  
Кафедра Внутренних болезней



# План

- 1. Разделы в хирургии*
- 2. Эндокринная хирургия*
- 3. Сердечно-сосудистая хирургия*
- 4. Торакальная хирургия*
- 5. Абдоминальная хирургия*
- 6. Урология, Колопроктология, Онкология*
- 7. Нейрохирургия, травматология и ортопедия, гинекология*
- 8. Основные синдромы в хирургии*
- 9. Болевой синдром*



*Хирургические заболевания – это заболевания при лечении которых применяются хирургические методы (являются основным, а порой единственным способом излечения).*

*Хирургическое лечение (операция) — разъединение тканей и выполнение специального механического воздействия на органы или ткани с лечебной или диагностической целью.*

*25 % всех заболеваний относят к хирургическим, диапазон хирургических операций постоянно расширяется.*

*Хирургический метод применяется при заболеваниях всех органов и тканей организма.*

## **Эндокринная хирургия - хирургическое лечение эндокринных расстройств.**

### **Заболевания щитовидной железы**

1. *Базедова болезнь*
2. *Рак щитовидной железы*
3. *Рецидивирующий зоб (повторный)*

### **Заболевания паращитовидных желёз**

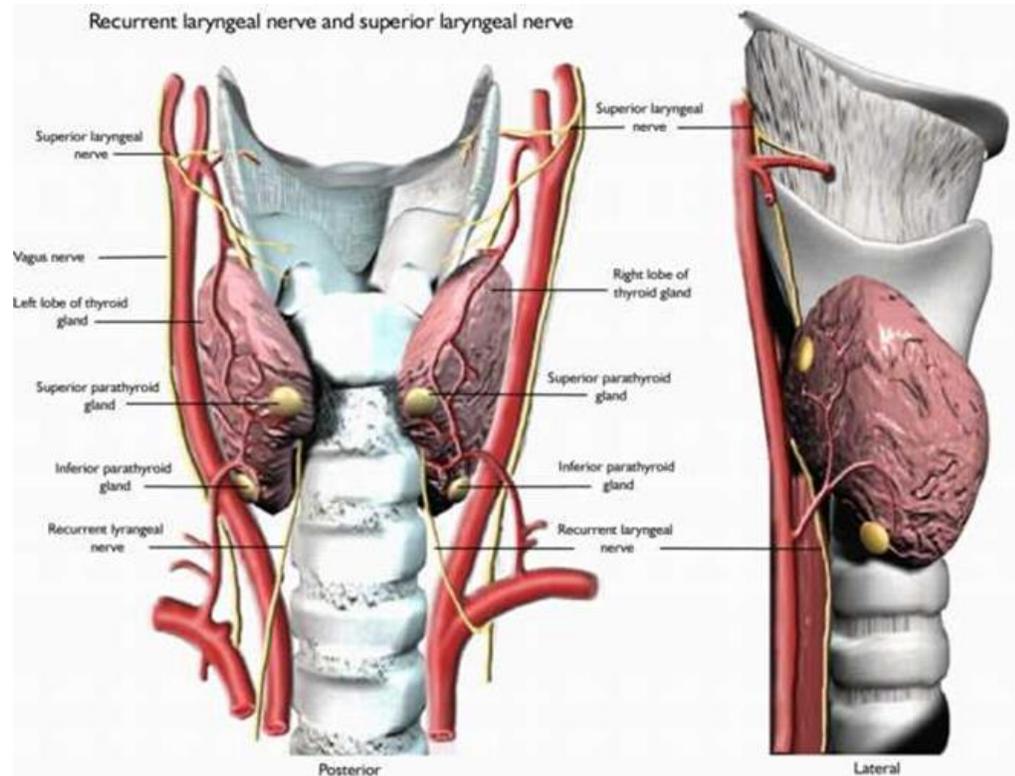
1. *Первичный, вторичный гиперпаратиреоз*
2. *Рецидивирующий или постоянный гиперпаратиреоз*

### **Заболевания надпочечников**

1. *Синдром Конна (доброкачественные опухоли коры надпочечников)*
2. *Синдром Иценко-Кушинга (опухоль одного надпочечника или двусторонняя гиперплазия)*
3. *Феохромоцитома (односторонняя или двусторонняя медуллярная опухоль надпочечников)*
4. *Рак надпочечников*

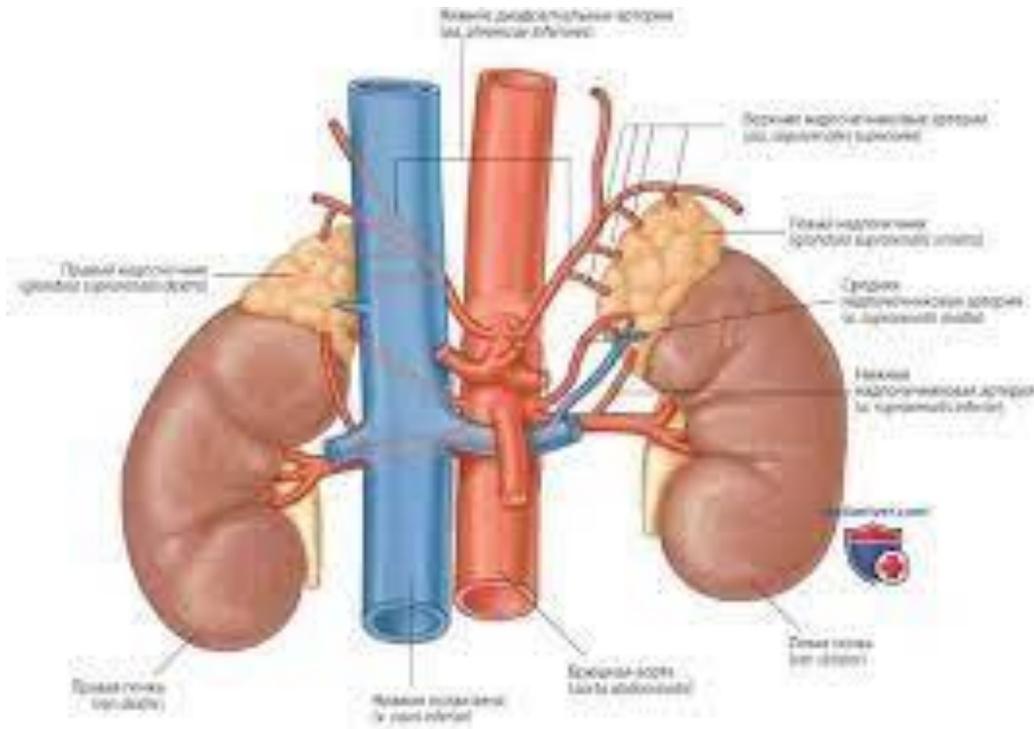


# Щитовидная железа и паращитовидная железа



- Состоит из двух боковых долей (верхний и нижний полюс) и перешейка (может быть в виде добавочной доли или отсутствовать). Имеет капсулу окружающую железу и влагалище из 4 фасций, между ними проходят артерии, вены, нервы и находятся паращитовидные железы.
- Тиреотоксикоз — синдром, возникающий при повышенном содержании в крови гормонов щитовидной железы. Избыток этих гормонов приводит к хрупкости костей, нарушения в работе сердечно-сосудистой системы.
- Гиперпаратиреоз приводит к нарушению обмена кальция (остеопороз, камни в почках, панкреатит)
- Гипопаратиреоз - это дефицит паратиреоидного гормона, недостаточное выделение приводит к развитию тетании — генерализованных мышечных судорог с нарушением дыхания, остановкой сердца.

# Надпочечники



- Надпочечники производят: глюкокортикостероиды (кортизол), минералокортикоиды (альдостерон), половые гормоны (прогестерон, эстрогены, тестостерон), катехоламины.
- Одной из самых опасных доброкачественных опухолей надпочечника является феохромоцитома, возникающая из клеток мозгового вещества. Патологическое повышение концентрации адреналина в крови приводит к скачкообразным подъемам артериального давления, приступам страха и озноба, усиленному сердцебиению, острой головной боли.
- Успешные прогнозы рака надпочечников на 1 и 2 стадии заболевания составляют примерно 80%, так как терапия будет давать положительные результаты.

# ***Сердечно-сосудистая хирургия - хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов.***

## ***Заболевания сердца***

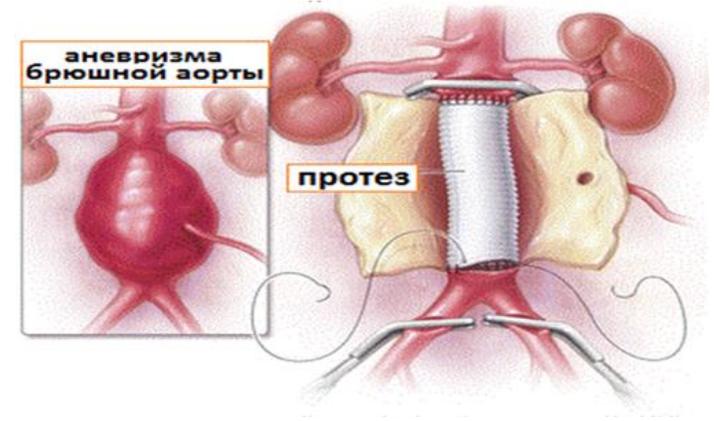
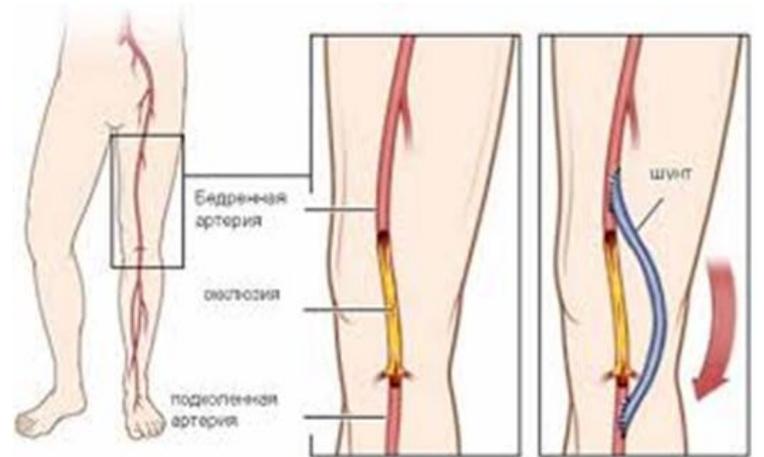
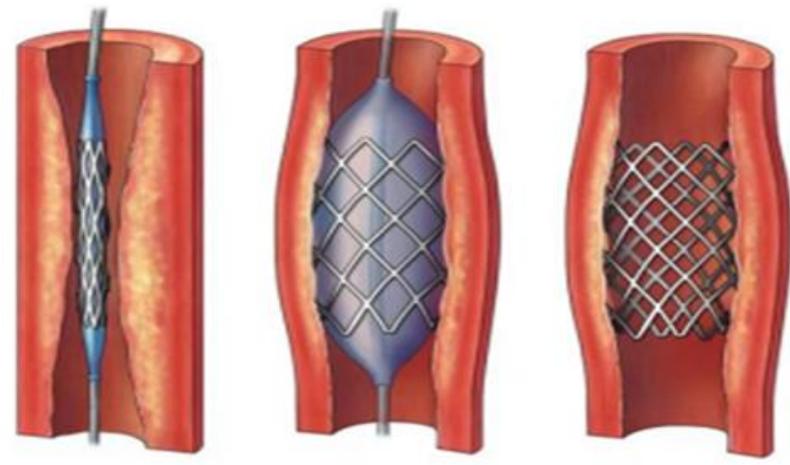
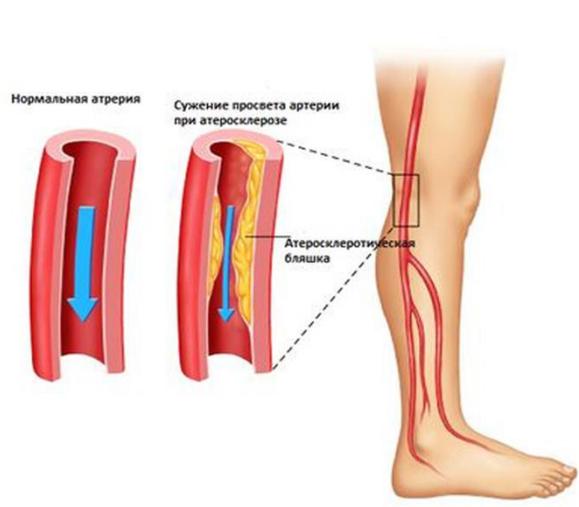
- 1. Ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда*
- 2. Пороки сердца*
- 3. Нарушения ритма*
- 4. Перикардит*

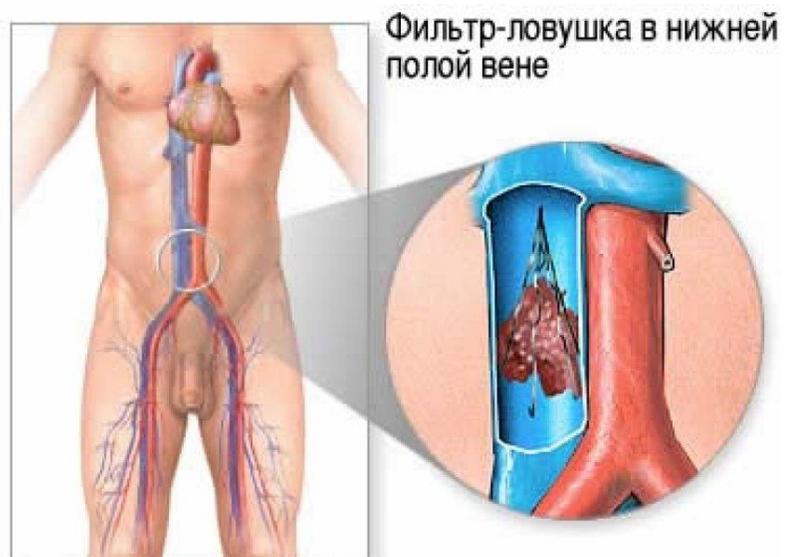
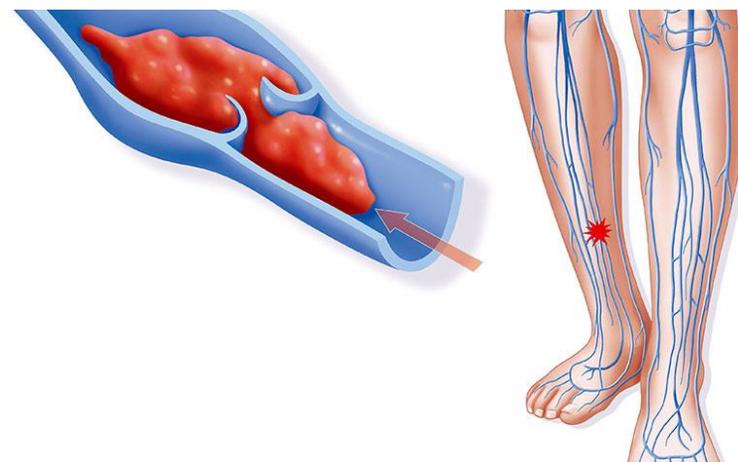
## ***Заболевания вен и лимфатических сосудов***

- 1. Варикозное расширение вен*
- 2. Флебит, тромбофлебит (тромбоз) – воспаление стенок сосудов, образование тромбов*
- 3. Лимфостаз, лимфодема*

## ***Заболевание артерий***

- 1. Эндартериит – хроническое сужение сосудов, которое может привести к их полному перекрытию и некрозу;*
- 2. Болезнь Рейно – нарушение артериального кровоснабжения рук, стоп и других участков тела под воздействием холода или эмоционального напряжения;*
- 3. Гемангиома – доброкачественная опухоль, которая состоит из сосудистой ткани.*





***Торакальная хирургия*** - хирургическое лечение заболеваний легких, плевры, средостения, пищевода, деформации грудной клетки

### ***Заболевания легких и плевры***

*Нагноительные заболевания легких (абсцесс, гангрена легкого, Эмпиема плевры (гнойный плеврит), Рак легких, Бронхоэктатическая болезнь, Очаговый туберкулез легких (фтизиатрия), Повреждения легких (пневмоторакс, гемоторакс, ранения легких).*

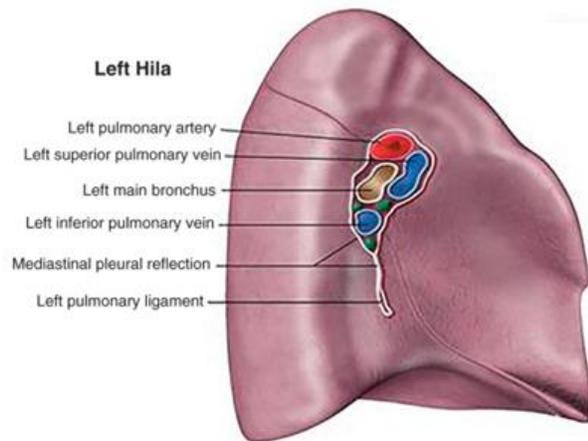
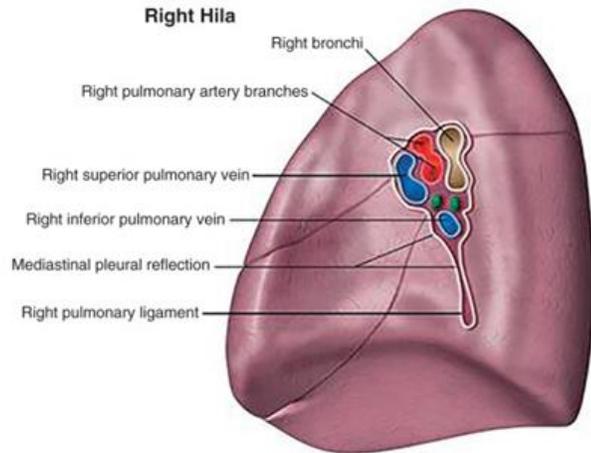
### ***Заболевания органов средостения***

*Опухоли, исходящие из органов и тканей средостения (пищевода, трахеи, крупных бронхов, сердца, вилочковой железы и др.), Кисты, Повреждения, Острый медиастинит.*

### ***Заболевания пищевода***

*Ахалазия (недостаточным расслаблением нижнего пищеводного сфинктера (кардии), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), дивертикулы, кровотечения из варикозно-расширенных вен, рак пищевода, доброкачественные опухоли, повреждения, стриктуры пищевода*

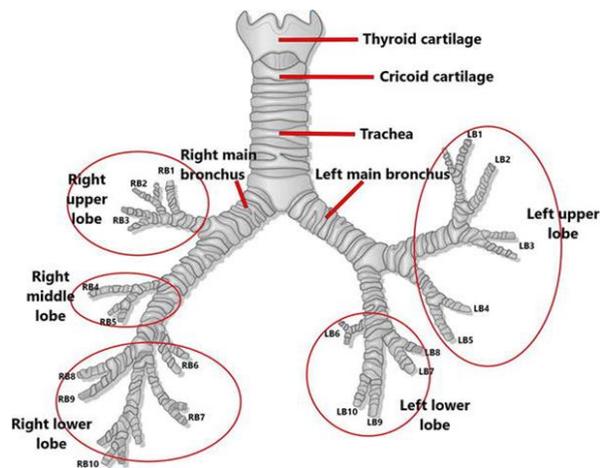
### ***Деформации грудной клетки***

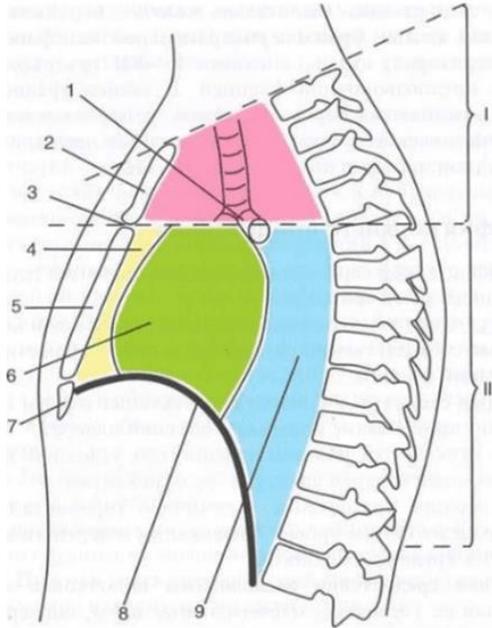


- Корень легкого соответствует уровню V, VI, VII грудных ПОЗВОНКОВ.
- Во фронтальной (сверху вниз) плоскости справа выше всех расположен бронх, далее находятся легочная артерия и лимфатические узлы.
- Нижнюю часть корня всегда составляют легочные вены (БАВ).
- В воротах левого легкого краниальнее лежит легочная артерия, а ниже от неё располагается бронх, еще ниже легочные вены (АБВ).



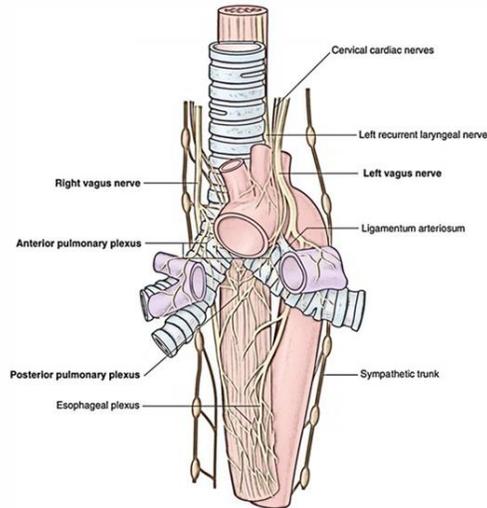
- В каждом легком выделяют по 10 сегментов, но так как в правом легком три доли, а в левом две доли, существуют некоторые отличия.
- В верхней доле правого легкого 3 бронхолегочных сегмента, в верхней доле левого легкого 4 бронхолегочных сегмента, причем верхушечный и задний сегменты объединены в один верхушечно-задний сегмент.
- Передний сегмент верхней доли имеется в обоих легких. В средней доле правого легкого 2 сегмента, которые соответствуют гомологической язычковой части верхней доли левого легкого.
- В нижней доле правого и левого легкого 5 сегментов – один верхний и 4 базальных.





Фронтальной плоскостью, проводимой через корень легкого, средостение делится на переднее и заднее. Переднее средостение условно делится на верхнее и нижнее условной линией, проходящей на уровне корней легких.

- Органы верхнего средостения - вилочковая железа (тимус), правая и левая плечеголовные вены, часть верхней полой вены, дуга аорты и отходящие от неё ветви, трахея, верхняя часть пищевода, грудной проток, нервы.
- Органы переднего средостения - сердце с околосердечной сумкой, крупные сосуды – восходящая аорта, дуга аорты и отходящие от неё сосуды, легочной ствол, нижняя полая вена и её притоки, легочные вены, лимфатические узлы, диафрагмальные нервы.
- Органы заднего средостения - грудная часть нисходящей аорты, пищевод, блуждающие нервы, грудной лимфатический проток, непарная и полунепарная вены, задние медиастинальные лимфатические узлы.



## ***Абдоминальная хирургия - лечение заболеваний передней брюшной стенки и органов брюшной полости***

***Заболевания передней брюшной стенки*** – пороки развития (аплазия, гастрошизис, свищи), паховые, бедренные, пупочные, грыжи белой линии;

***Заболевания печени желчных протоков*** – желчекаменная болезнь, острый холецистит, травмы, кисты, опухоли печени, синдром портальной гипертензии;

***Заболевания поджелудочной железы*** – острый панкреатит, травмы, кисты, опухоли поджелудочной железы, синдром Золлингера – Эллисона (гастринома – опухоль, вырабатывающая гастрин);

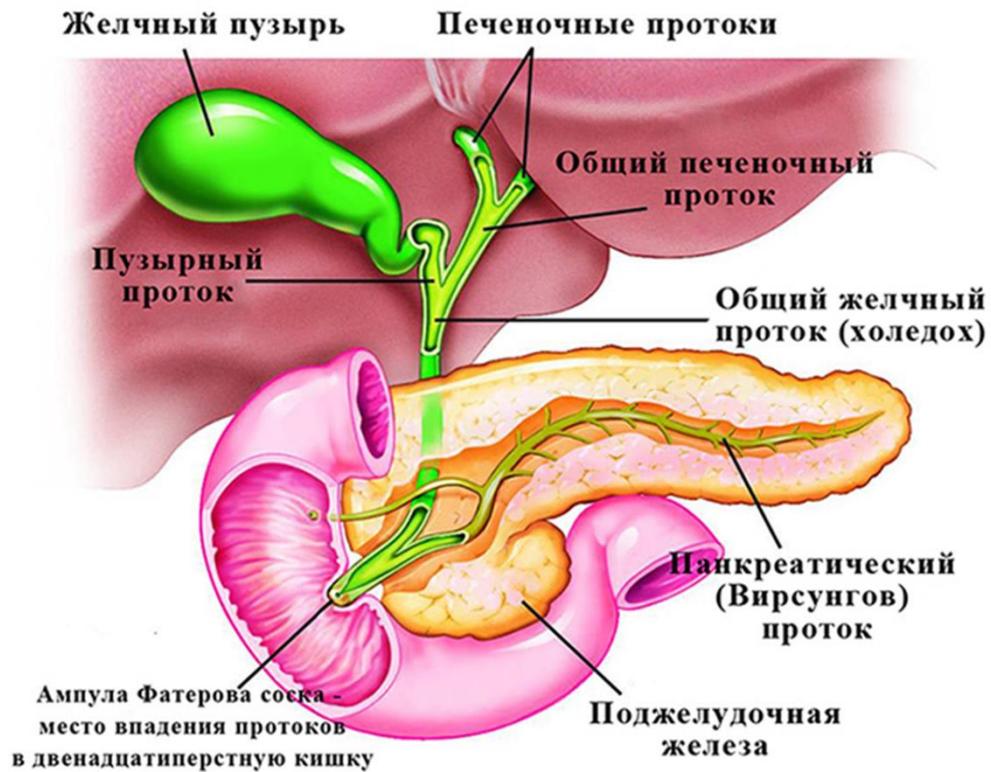
***Заболевания желудка и 12 кишки*** – осложнённая язвенная болезнь, травмы, рак желудка, полипы, стриктуры фатерова соска;

***Заболевания селезёнки*** – травмы, спленомегалия;

***Заболевание кишечника*** – кишечная непроходимость, острый аппендицит, свищи, опухоли;

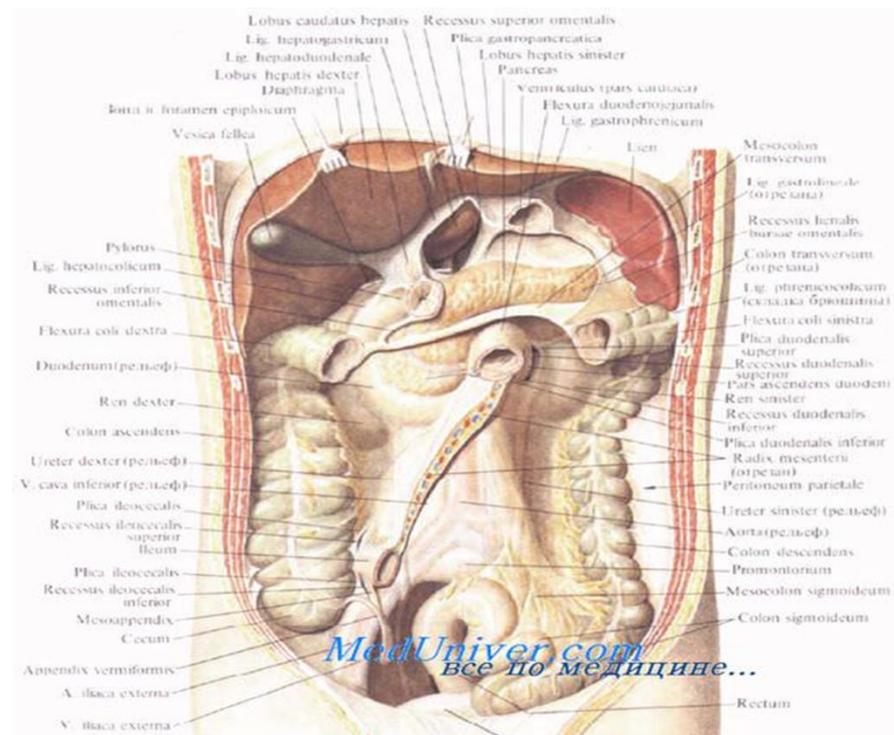
***Нарушение мезентерального кровоснабжения***

***Перитонит*** – местный, разлитой



*В брюшной полости расположены желудок, тонкая и толстая кишка, печень, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники и мочеточники, сосуды и нервы.*

*Внутренняя поверхность данной полости выстлана брюшной фасцией, кнутри от которой расположена брюшина.*



**Урология** – лечение заболеваний мочевыделительной и репродуктивной системы человека (почки, мочеточники, мочевого пузыря, уретра (мочеиспускательный канал), а также внутренние и наружные половые органы мужчин, женскими занимается гинекология).

*Мочекаменная болезнь и её осложнения, травмы почек, новообразования, аномалия развития, инородные тела, аденома предстательной железы, стриктуры (сужение) мочеточников и уретры.*

**Колопроктология** – лечение заболеваний толстой и прямой кишки и окружающих перианальных тканей  
*Колиты (НЯК, Болезнь Крона), Дивертикулез, Полипы, Рак толстой и прямой кишки, Острый и хронический геморрой, Анальная трещина, Выпадение прямой кишки, Паранекротит, Эпителиально-копчиковая киста.*

**Онкология** – хирургическое лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний, сочетается с химиотерапией, лучевой терапией и другими видами противоопухолевого лечения

*Меланома кожи, фиброаденомы и рак молочной железы, рак желудка, рак поджелудочной железы, рак пищевода, рак почки и др.*

**Нейрохирургия** – раздел хирургии, занимающийся вопросами оперативного лечения заболеваний и травм нервной системы, включая головной мозг, спинной мозг и периферическую нервную систему.

Опухоли мозга; патологии спинного мозга (остеохондроз, грыжи дисков); аневризма сосудов; травма позвоночника; черепно-мозговая травма; инсульты; параличи конечностей

**Травматология и ортопедия** – раздел хирургии, занимающийся лечением воспалительных процессов и функциональных нарушений заболеваний опорно-двигательного аппарата, лечением, реабилитацией травм

Переломы; разрывы связок и мышц; вывихи; хронические патологии опорно-двигательного аппарата; деформации строения стопы, грудной клетки и прочих дефектов скелета; последствиями полиомиелита; остеоартроз

**Гинекология** – хирургическое лечение заболеваний органов женской репродуктивной системы.

Опухоли яичников, миома матки, воспалительные заболевания и пельвиоперитониты, эндометриоз, внематочная беременность, бесплодие, пороки развития.

# Малоинвазивная хирургия



**Эндохирургия** — это одна из разновидностей оперативного хирургического доступа, для осуществления которого требуется оборудование и набор эндохирургических инструментов. Комплекс оборудования включает в себя:

- Монитор,
- Эндовидеокамеру,
- Источник «холодного» света – ксеноновая или галогеновая лампа,
- Электрохирургический генератор (ЭХВЧ),
- Инсуфлятор для нагнетания углекислого газа и создания пневмоперитонеума
- Аппарат для аспирации и ирригации,
- Эндоскопическую стойку,
- Набор инструментов включает в себя троакары и принадлежности к ним, торакопорты, инструменты щипцовой группы и ножницы, биполярные инструменты, монополярные электроды, иглодержатели и инструменты для наложения шва, эндоклиперы, клипсы, ретракторы и инструменты для извлечения удаленных органов и другие.

# Роботизированная хирургия



«*da Vinci Surgical System*» состоит из двух блоков – для хирурга оператора и четырёхрукого робота манипулятора (исполнительного устройства). Одна из «рук» держит видеокамеру, две другие в режиме реального времени воспроизводят движения хирурга, четвертая выполняет функции ассистента. Врач хирург управляет с пульта с использованием специальных джойстиков и следит за ходом операции на мониторе в 3D изображении с увеличением.



Разработан в 1980-х годах для армии США для сокращения безвозвратных потерь на поле боя. Используя систему можно было оперировать раненых дистанционно с использованием элементов телемедицины. Ассистент (малоопытный врач, или общий хирург) делал проколы брюшной полости и вводил манипуляторы и выполнял команды основного хирурга. Эта система позволяла оказывать высокотехнологичную помощь на поле боя.

Преимущество робота, что он дает хирургу больше степеней свободы движений руками и страхует хирурга от спонтанных движений (устраняет рывки, тремор и т.д.).

В России было установлено 25 роботизированных хирургических систем.

## Основные понятия

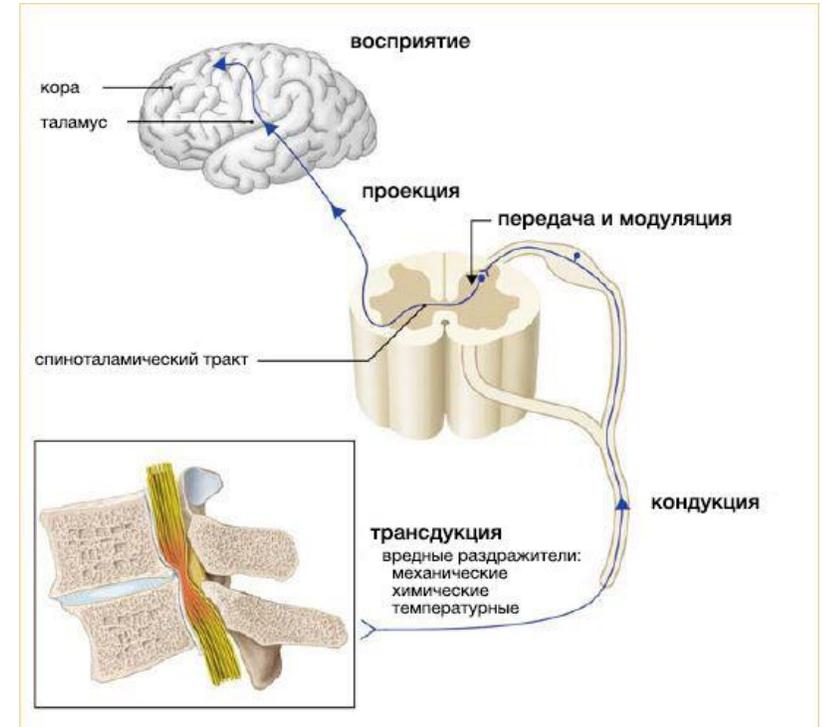
- **Симптом** – отдельный признак заболевания.
- **Синдром** – патогенетически взаимосвязанная совокупность симптомов (признаков) заболевания.
- **Диагноз** - медицинское заключение о сущности заболевания, отображающее его нозологию, этиологию, патогенез и морфофункциональные проявления, выраженные в терминах, предусмотренных Международной Классификацией Болезней (МКБ).
- **Нозология (нозологическая форма, нозологическая единица)** - болезнь или группа болезней, для которых характерны определённая причина, схожий патогенез, типичные внешние проявления, специфические структурные и функциональные нарушения в органах и тканях.

# Основные синдромы в хирургии

1. Болевой синдром
2. Синдром повреждения, рана
3. Синдром воспалительной реакции, интоксикационный синдром
4. Кровотечение, анемический синдром
5. Синдром нарушенного кровоснабжения, ишемия
6. Эндокринные синдромы
7. Синдромы при заболеваниях легких и плевры
8. Синдром опухолевого роста
9. «Острый» живот, желтуха

# Болевой синдром

- Международная ассоциация по изучению боли определяет боль как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или потенциальным повреждением тканей. Боль всегда субъективна.
- Болевой синдром представляет собой генерализованную реакцию всего организма и характеризуется активацией метаболических процессов, напряжением эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем до стрессового уровня.
- Формирование болевого импульса осуществляется непосредственно в зоне тканевого повреждения, т.е. на тканевом и клеточном уровнях.
- Неустраненная «периферическая боль» приводит к развитию вторичной центральной гипералгезии, связанной с перевозбуждением спинальных и супраспинальных ноцицептивных структур.



# Характеристика болей

Характер боли требует уточнения, поскольку субъективное восприятие БС и объективные его признаки, выявляемые при обследовании, являются наиболее очевидным проявлением повреждения или болезни. Выделяют 2 типа боли:

- 1. острая боль**, которая возникает при разрушающих воздействиях на защитные оболочки, быстро и четко детерминируется, локализуется и прекращается с исчезновением раздражителя (к такой боли быстро развивается адаптация);
- 2. хроническая боль**, которая осознается медленнее, плохо детерминируется и локализуется, возникает как при нарушениях целостности кожных покровов, вслед за острой болью, так и без повреждения кожи (к ней не развивается адаптация), протекает на протяжении более длительного времени и уже не зависит от основного заболевания или повреждающего фактора.

# Характеристика болей

**Соматическая боль**, возникает при повреждении мягких тканей, костей и мышечном спазме;

Висцеральная боль, связана с повреждением и перерастяжением полых и паренхиматозных органов, изменением уровня кислородного дыхания тканей;

**Нейропатическая боль** - повреждение или сдавление нервных стволов или сплетений.

Соматическая боль определяется соматическими ноци-цепторами, т.е. возникает в структурах, иннервируемых спинальными нервами. В свою очередь соматическая боль может быть поверхностной и глубокой.

**Висцеральная боль** возникает во внутренних органах при изменении их анатомического или физиологического состояния.

Нейропатическая боль отличается от вышеперечисленных видов болей тем, что возникает при поражении нервных структур, участвующих при проведении ноци-цептивных сигналов.

# Характеристика болей

**Соматическая боль** может быть

- а) поверхностной
- б) глубокой.

**Висцеральные боли** подразделяют на:

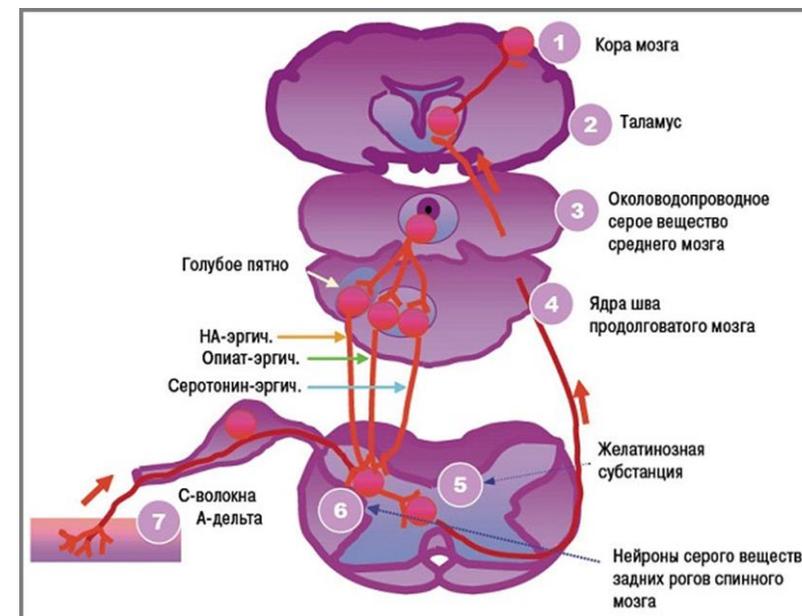
- а) спастические – сдавление рецепторов при спазме гладкой мускулатуры;
- б) дистензионные – перерастяжение органов с соответствующим раздражением рецепторов;
- в) ишемические – нарушение кровоснабжения внутренних органов.

**Нейропатические боли** делят на:

- а) проецируемые (при сдавлении корешков спинного мозга);
- б) невралгические (при патологической генерации импульсов в ноцицептивных волокнах);
- в) центральные (при спонтанной активности спинальных или центральных систем).

# Антиноцицептивная система

- В организме человека, наряду с ноцицептивной системой, присутствует антиноцицептивная система головного мозга, в которой выделяют серотонин-эргическую, норадрен-эргическую, ГАМК-эргическую и опиоид-эргическую системы.
- Именно с развитием нисходящего тормозного сигнала, направленного на угнетение передачи ноцицептивной информации на уровне спинного мозга, связывают развитие стойкого обезболивающего действия вышеуказанных антиноцицептивных систем.



# Шкалы оценки болей

**Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ: VAS)** - отрезок прямой длиной 10 см. Его начало соответствует отсутствию болевого ощущения – «боли нет» а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль – «невыносимая боль». Пациенту предлагается сделать на ней отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей.



# Шкалы оценки болей

**Цифровая рейтинговая (числовая ранговая) шкала боли (ЦРШ: NRS)** - ЦРШ состоит из последовательного ряда чисел от 0 до 10. Пациентам предлагается оценить интенсивность боли цифрами: 0 – боль отсутствует, 5 – умеренная боль и 10 – самая сильная боль, которую себе можно представить.

*Пожалуйста, оцените интенсивность боли, которую Вы испытываете в настоящее время*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боли нет					Умеренная боль					Очень сильная боль

# Шкалы оценки болей

**Шкала лиц (FPS)** - это наиболее подходящая шкала оценки интенсивности болевых ощущений для детей, хотя она также может применяться и у других групп пациентов, например, с аутизмом. Больному предлагается изображение ряда лиц. Первое слева направо спокойное и счастливое, второе – немного грустное, а последнее лицо выражает очень сильную боль. Больной выбирает то лицо, которое в наибольшей степени соответствует его состоянию.



# Шкалы оценки боли

**Вербальная описательная шкала (ВОШ: VRS)** - Вербальная описательная шкала больше подходит для больных с дислексией, аутизмом, слабоумием, детей, пожилых пациентов с ухудшением когнитивных способностей. Больному предлагаются определения боли, отражающие степень её нарастания. Эти определения последовательно нумеруются от меньшей тяжести к большей. Пациент выбирает слово, наиболее точно соответствующее его ощущениям: боли нет (0), слабая боль (1), умеренная боль (2), сильная боль (3), очень сильная (4) и нестерпимая (невыносимая) боль (5).



# Момент возникновения болей

- **Внезапное начало болей** (особенно в животе и грудной клетке) считается грозным и опасным для жизни пациента признаком. Боли возникают практически мгновенно, с максимальной интенсивностью без какого-либо продромального периода.
- Пациенты часто указывают точное время (вплоть до минуты) возникновения болей. Состояние их обычно тяжелое или крайне тяжелое.
- Тяжесть состояния обусловлена шоком – болевым или геморрагическим. В связи с этим, требуется быстрое принятие решения, постановки правильного диагноза и экстренного оказания медицинской помощи, потому как, любое промедление в данном случае может явиться причиной летального исхода.



### **Возможные причины болей в животе с острым внезапным началом:**

- Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки;
- Разрыв пищевода;
- Внутрибрюшной разрыв абсцесса или гематомы;
- Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты;
- Перекрут яичника или яичка;
- Нарушенная внематочная беременность.
- Странгуляционная кишечная непроходимость

### **Возможные причины болей в грудной клетке с острым внезапным началом:**

- Острый инфаркт миокарда,
- ТЛА,
- инфаркт легкого,
- спонтанный пневмоторакс

**Постепенное начало болей** характеризуется тем, что максимальную интенсивность болевой синдром достигает не сразу, а после небольшого промежутка времени. Нередко такому началу болей в животе предшествует короткий продромальный период. Перед развитием болей в животе при остром аппендиците, пациенты испытывают ощущения дискомфорта в животе, общую слабость (неспецифические признаки интоксикации).

Воспалительные заболевания –

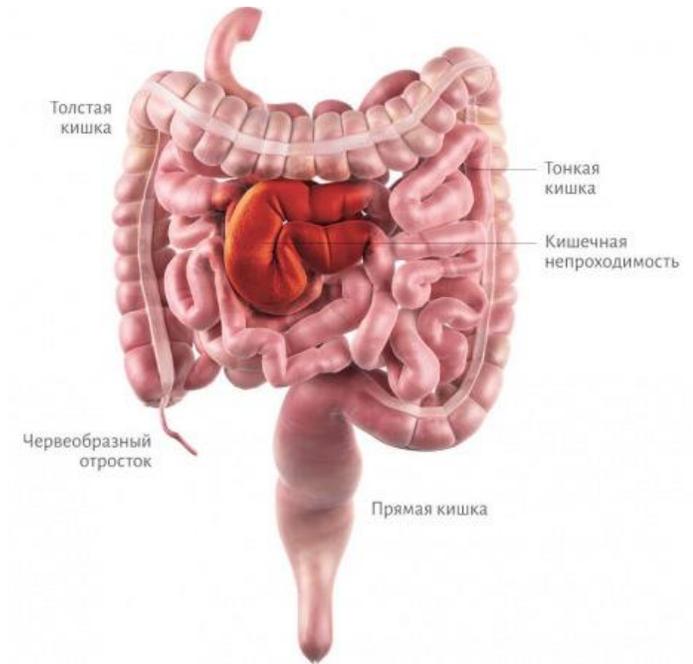
- Острый аппендицит;
- Острый холецистит;
- Острый панкреатит;
- Дивертикулит сигмовидной кишки;
- Мезентериальный лимфаденит;

- **Медленно развивающиеся боли в животе.** Обычно такие боли характерны для новообразований внутренних органов, хронических воспалительных заболеваний и низкой толстокишечной непроходимости, злокачественных новообразованиях.
  - **Сильные боли возникающие после травмы** (падение с высоты или дорожно-транспортное происшествие), сопровождающиеся признаками внутреннего кровотечения или геморрагического шока говорят о возможном разрыве паренхиматозных органов.
- (Чаша Клойбера при толсто и тонкокишечной непроходимости)



# Характер болей

- **Схваткообразная или коликообразная боль** представляет собой короткие по продолжительности, плохо локализованные эпизоды болевых приступов. Тяжелые схваткообразные боли, однако, могут быть проявлением острой кишечной непроходимости и требуют комплекса мероприятий, направленных на восстановление транзита кишечного химуса по желудочно-кишечному тракту.
- Следует обратить, внимание, на длительность безболевого промежутка, так как, именно он позволяет нам судить и предварительно установить локализацию закупорки просвета кишечника. Чем более проксимально располагается препятствие, тем короче безболевые интервалы, и чем дистальнее располагается препятствие, тем безболевые интервалы длиннее.



- **Для париетальных (соматических) болей** в животе характерно то, что они тупые и постоянные. Постоянная тупая боль в животе обычно вызывается значительным отеком или перерастяжением полых органов, а также выраженной ишемией или некрозом тканей. Такие боли, как правило, наблюдаются у пациентов с острой хирургической патологией. Постоянная тупая боль может быть поверхностной или глубокой.
- **Поверхностные боли** следствие патологических процессов локализующиеся вблизи передней брюшной стенки живота (расположение червеобразного отростка вблизи передней брюшной стенки живота), или наличие процесса в толще самой стенки живота (гематома влагалища прямой мышцы живота вследствие травмы). Поверхностные боли всегда сопровождаются хорошим локальным мышечным напряжением (дефансом) передней стенки живота.
- **Глубокие боли** в животе более характерны для патологических процессов, локализующихся ближе к задней стенки брюшной полости (ретроцекальное расположение воспаленного червеобразного отростка). При этом, у таких пациентов напряжение мышц передней стенки живота может отсутствовать.

# Интенсивность болей

Поскольку боли являются субъективным ощущением, их интенсивность нельзя измерить, потому как, она зависит от индивидуального восприятия пациента. Поэтому при выяснении у пациента интенсивности болей в животе, следует обратить внимание в первую очередь на его поведение, положение и черты лица, которое является как бы зеркалом, в котором отражаются его субъективные болевые ощущения.

Следует отметить, что интенсивность болей в животе зависит также от типа и количества патологического содержимого, раздражающего брюшину. Так, к примеру, соляная кислота, которая попадает в брюшную полость при перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки даже в малых количествах вызывает мгновенно интенсивные боли с выраженным напряжением мышц передней брюшной стенки живота. Тогда как, желчь или кровь, в брюшной полости вызывают вначале значительно менее интенсивные боли, и лишь после инфицирования и размножения бактерий может привести к нарастанию интенсивности болей.

# Продолжительность болей

- Непродолжительные боли, быстро стихающие, обычно не имеют никаких клинических последствий. Боли, которые длятся несколько часов и даже суток, связаны обычно с тяжелой патологией органов брюшной полости. При наличии болей в животе, длящихся неделями или месяцами, сопровождающихся похуданием, повышенной утомляемостью или апатией пациента, следует заподозрить онкологическое заболевание.
- Важно проследить связь возникновения болей с приемом пищи. Острые боли в правом подреберье при холецистите или боли в эпигастрии при остром панкреатите имеют четкую связь с приемом жирной, жареной или острой пищи. В то время как, голодные или ночные боли в эпигастрии при хронической язве желудка или двенадцатиперстной кишки после приема пищи ослабевают или вообще купируются.

# Локализация болей

Локализация болей в животе является важным фактором, который помогает врачу установить источник болей и поставить правильный диагноз. Если боли в животе ограничены какой-либо областью, врач, прежде всего, должен брать во внимание анатомопографические отношения внутренних органов, которые расположены в месте или вблизи болей. Дополнительно должно учитываться распространение, а также иррадиация болей.

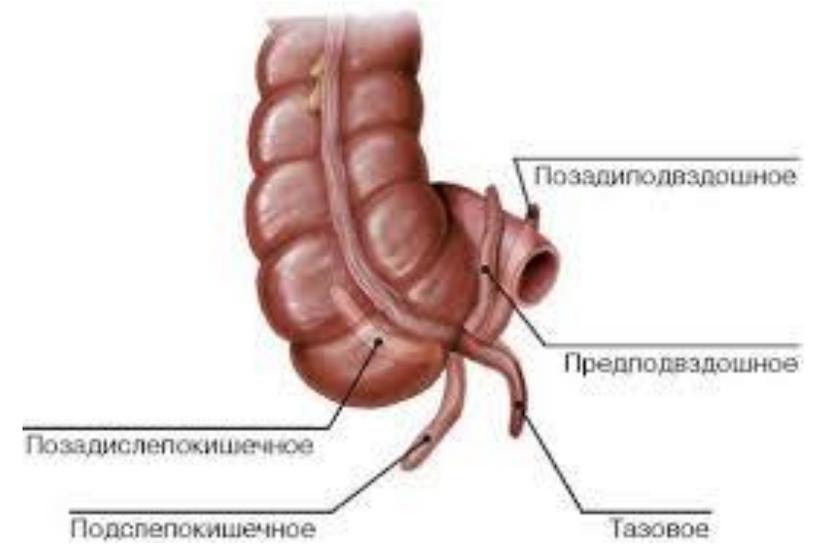


# Дополнительные признаки

- Усиление болей при движении, стихающий в состоянии покоя;
- болезненные ощущения в неподвижном положении
- иррадиация в другие части тела;
- повышение температуры в области болезненных ощущений;
- проявление болевых ощущений при незначительном прикосновении (характерно для нейропатий);
- Болевой синдром может сопровождаться отечностью и покраснением поврежденных тканей, а также тахикардией, повышением АД.

# Болевые симптомы о. аппендицита

- **Симптом Раздольского** усиление болей в животе при постукивании (перкуссии) в правой подвздошной области
- **Симптом Воскресенского** – при быстром проведении ладонью по верху рубашки от правой реберной дуги вниз, больной испытывает усиление болей.
- **Симптом Ситковского** нарастание болей в правой подвздошной области при положении пациента на левом боку.
- **Симптом Бартомье-Михельсона** - усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
- **Симптом Ровзинга** – усиление болей в правой подвздошной области при пальпации или толчкообразных движений в левом нижнем квадранте живота.



# Болевые симптомы атипичного расположения червеобразного отростка

При ретроцэкальном расположении:

- **Симптом Яуре-Розанова** – резкая болезненность в треугольнике ПТИ .
- **Симптом Образцова** – усиление болей в правой подвздошной области при надавливании рукой в этой области и в момент поднятия правой нижней конечности вверх

При тазовом расположении:

- **Симптом Коупа** – усиление болей при сгибании правой нижней конечности под 90 градусов в коленном и тазобедренном суставах и ротации ее наружу

# Болевые симптомы о. холецистита

- **Симптом Мерфи** – усиление болей при глубокой пальпации в правом подреберье на фоне задержки дыхания при вдохе.
- **Симптоме Боаса** - гиперестезия кожи в правой подлопаточной области.
- **Симптом Керра** — болезненность при пальпации на вдохе в точке проекции жёлчного пузыря.
- **Симптом Ортнера (Грекова)** — болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги (обязательно поколачивание по обеим реберным дугам для сравнения).
- **Симптом Мюсси-Георгиевского** (френикус-симптом) — болезненность при пальпации между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Боль иррадирует вниз.
- **Симптом Лепена** — болезненность при поколачивании согнутым указательным пальцем в точке проекции жёлчного пузыря.
- **Симптом Рисмана** — поколачивание краем ладони по краю реберной дуги при задержке вдоха.

# Болевые симптомы о. панкреатита

- **Симптом Мейо-Робсона** - болевые ощущения в месте проекции поджелудочной железы, то есть в левой стороне реберно-позвоночного угла.
- **Симптом Керте** – болезненность и резистентность во время пальпации передней части брюшной стенки в точке на 5 см выше пупка.
- **Симптом Раздольского** - резкая боль при перкуссии над областью расположения поджелудочной железы.
- **Симптом Кача** - проявляется наличием болезненных ощущений во время пальпации области поперечных отростков 8-11 грудных позвонков.

*Симптом Мондора, Грея-Тернера, Каллена – появление цианотических пятен темно-синего цвета на лице и туловище больного. Появления таких пятен обуславливается высокой степенью интоксикации организма.*



Симптом Каллена



Симптом Грея-Тернера.

# Болевые симптомы при других заболеваниях

## Прободная язва желудка и 12 кишки

- **Симптом Крымова** – болезненность при пальпации пупка кончиком пальца
- **Симптом Боаса** – болевая точка в области спины слева рядом с Т 12

## Внутрибрюшное кровотечение

- **Симптом Кера** – сильная боль в левом плече
- **Симптом Розанова** («ваньки – встаньки») – больной на левом боку с поджатыми к животу бедрами, при попытке изменить положение резкое усиление болей

# Заключение

- Острая абдоминальная боль является ведущим симптомом острой хирургической патологии органов брюшной полости.
- Формирование болезненных ощущений обеспечивается многоуровневой реакцией, которая связывает непосредственную зону повреждения и центральную нервную систему. Начинается она с механических стимулов в области патологического очага и выделения биологически активных веществ, а заканчивается обработкой информации в коре головного мозга и подключением эмоционального и психологического компонентов.
- Первичная боль связана непосредственно с повреждением и формируется вблизи патологического очага. Область вторичной боли захватывает более обширный участок и возникает позже, в течение следующих 12-18 часов, так как связана со стимуляцией других видов рецепторов (иррадиация боли).
- Выявление и оценка болевого синдрома во многих случаях имеет решающее значение для диагностики хирургических заболеваний.

Спасибо за внимание

