

# Острый живот

Пропедевтика внутренних  
болезней  
Кафедра Внутренних болезней



# План

1. Понятие «Острый живот»
2. Острый аппендицит
3. Осложнения острого аппендицита
4. Прободная язва желудка
5. Острый холецистит
6. Острый панкреатит
7. Желудочно-кишечные кровотечения
8. Острая кишечная непроходимость



## 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.

«**Симптом**» (**признак**) - статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от его нормальных значений или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму, явления» (Василенко В.Х., 1977).

**Синдром** - совокупности симптомов, объединённых общим патогенезом,

**Диагностический ряд** - симптом – синдром – нозология.

«**Нозологический принцип диагностики**» – это распознавание болезней, в основу которого положены известные сведения о конкретных проявлениях различных нозологических единиц.

Диагноз считается поставленным, если симптомы болезни данного больного совпадают с хранящимися в памяти врача или в соответствующей литературе признаками какой-нибудь нозологической единицы, симптомы которой принято считать эталонными» (Наумов Л.Б., 1976).

*«Острый живот» — симптомо-комплекс, отражающий патологическое состояние организма, при котором произошло серьёзное повреждение органов брюшной полости с раздражением брюшины. Характеризуется резкими сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки.*

*«Острый живот» – клиническое понятие, объединяющее ряд острых заболеваний органов брюшной полости, подлежащих срочному хирургическому вмешательству. Термин может употребляться только в рамках предварительного диагноза при направлении в стационар.*

*«Острый живот» – это предварительный диагноз, который ставится больному с острой болью в животе до того, как представляется возможность его уточнить. Термин «острый живот» объединяет группу разносторонних заболеваний, способы лечения которых могут быть различными, но он определяет неотложное направление больного в клинику, где должны быть приняты необходимые меры по уточнению характера заболевания.*



# Заболевания которые могут давать симптомы острого живота

1. *Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства:*
2. *Перфорации и нарушения целостности полых органов:*
3. *Острые нарушения проходимости желудочно-кишечного тракта:*
4. *Острые нарушения проходимости и острая закупорка выводящих протоков выделительных органов:*
5. *Острые нарушения кровообращения в сосудах брюшной полости:*
6. *Кровотечения в свободную брюшную полость:*
7. *Кровотечения в полые органы:*
8. *Заболевания органов грудной полости и скелета:*
9. *Системные заболевания:*
10. *Инфекционные заболевания:*



# Тактика при симптомах острого живота

1. Заболевания, требующие госпитализации и лечения в хирургическом отделении
2. Заболевания, требующие госпитализации и лечения в урологическом отделении:
3. Заболевания, требующие госпитализации и лечения в гинекологическом отделении:
4. Заболевания, требующие госпитализации в терапевтическое и неврологическое отделение
5. Заболевания, требующие госпитализации и лечения в инфекционном отделении



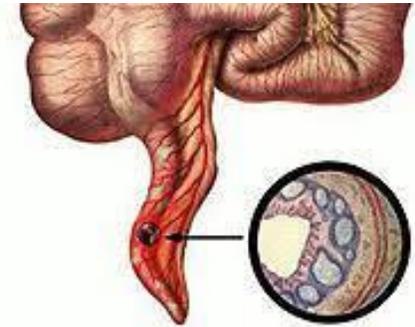
# Острый аппендицит

*Острый аппендицит – это неспецифическое инфекционное воспаление червеобразного отростка.*

*Клиническая картина зависит от формы и стадии заболевания, локализации слепой кишки и червеобразного отростка, пола и возраста больного.*

*Типичная клиника острого аппендицита наблюдается в 70–80 % случаев и характеризуется:*

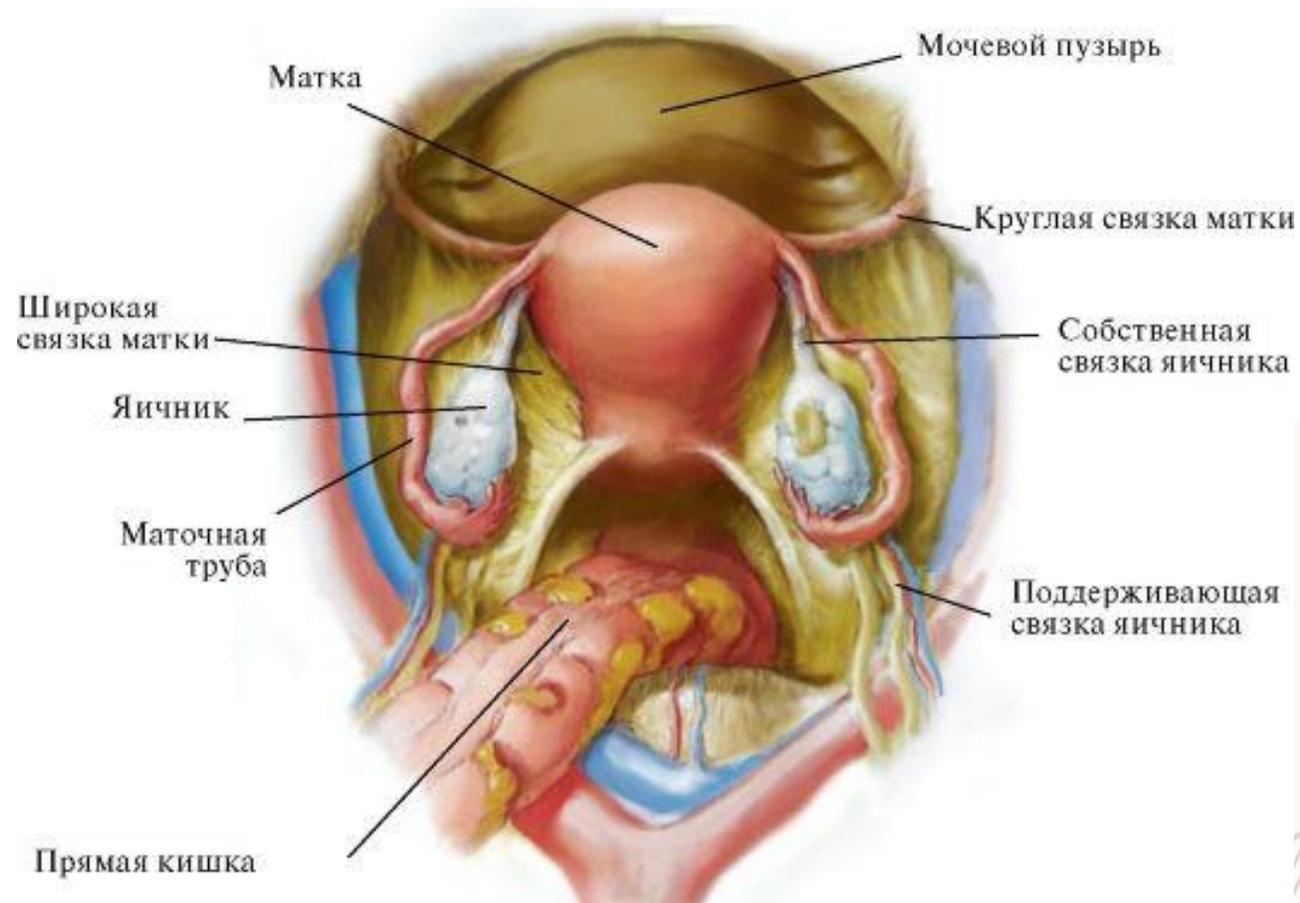
- 1. появлением на фоне благополучия острых болей в правой половине живота, чаще в подвздошной области (у трети больных боли вначале возникают в подложечной области, а затем через 2–4 часа перемещаются в правую подвздошную область - симптом Кохера); боли которые носят ноющий и режущий характер, не имеют типичной иррадиации; при движении и поворотах на левый бок усиливаются;*



# Острый аппендицит

- рвотой, которая бывает 1–2 раза и не облегчает состояния (появляется после болевого приступа);*
- температурой не более 38° (резкий подъем температуры не характерен);*
- тахикардией, особенно у молодых;*
- определенной позой больного (лежат спокойно на спине или на правом боку с подведенными ногами);*
- сухим языком (может быть обложен белым или серо-грязным налетом);*
- отставанием при осмотре живота во время дыхания правой подвздошной области;*
- наличием при поверхностной пальпации в правой подвздошной области защитного мышечного напряжения;*
- выраженной болезненности при глубокой пальпации;*
- положительными симптомами Блумберга – Щеткина, Воскресенского, Раздольского, Бартомье – Михельсона, Ситковского, Ровзинга.*

# Связки матки



# Осложнения аппендицита

**Аппендикулярный инфильтрат.** Развивается на 3–4-й день с момента развития острого аппендицита. В инфильтрат входят: отросток, сальник, петли кишечника, брыжейка, париетальная брюшина. Характеризуется симптомами острого аппендицита в анамнезе и обнаружением при пальпации в правой подвздошной области болезненного, неподвижного или малоподвижного инфильтрата (легко спутать с опухолью слепой кишки или перекрут кисты яичника).

При абсцедировании – боль приобретает постоянный распирающий или пульсирующий характер, нарастают симптомы интоксикации (тахикардия, гектическая температура, лейкоцитоз). При пальпации в центре инфильтрата иногда определяется размягчение.



# Осложнения аппендицита

**Абсцесс дугласова пространства.** Проявляет себя на 5–6-й день от начала заболевания. Температура становится гектической, появляются боли в области малого таза. Живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения отсутствуют. Отмечается частое, болезненное мочеиспускание и позывы на стул – тенезмы. При ректальном исследовании обнаруживают нависание и выраженную болезненность по передней стенке прямой кишки.

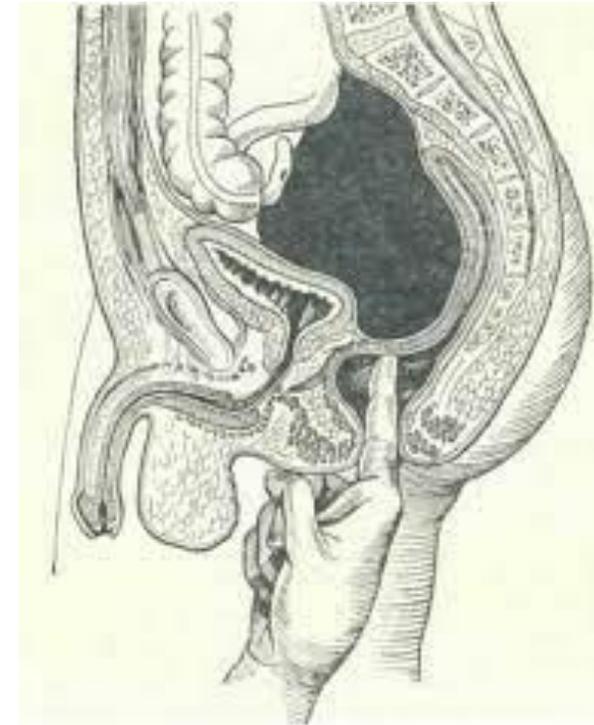
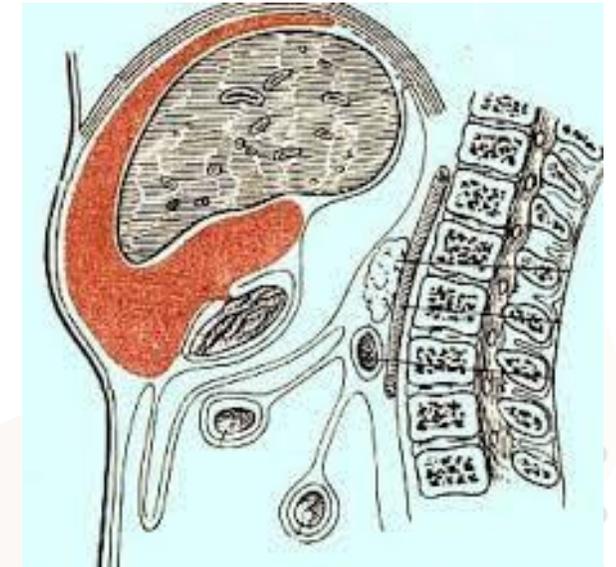


Рис. 40. Пальцевое исследование прямой кишки при абсцессе дугласова пространства.

# Осложнения аппендицита

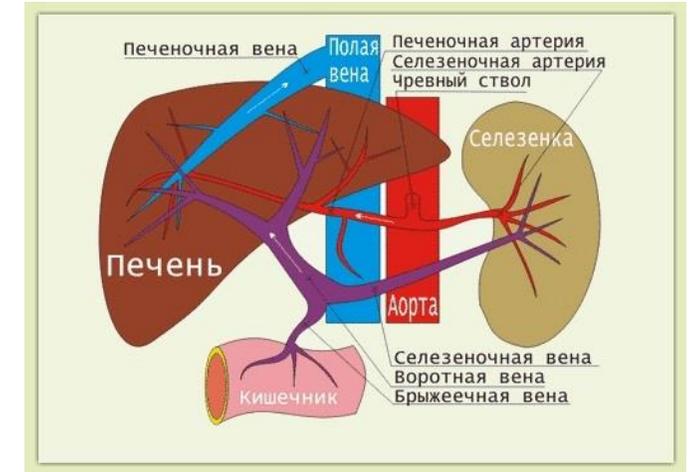
**Поддиафрагмальный абсцесс.** Образование его связано с распространением гноя по правому боковому каналу, чему способствует присасывающее действие диафрагмы и перистальтика кишечника. Клиника: на 3–10-е сутки состояние больного ухудшается. В области правого подреберья давящие постоянные боли. Может появиться икота (раздражение диафрагмального нерва). При осмотре – отставание экскурсии грудной клетки со стороны абсцесса, втяжение межреберных промежутков при глубоком вдохе. При пальпации болезненность в области нижних межреберных промежутков. Может пальпироваться малоболезненный край печени. Аускультативно в нижних отделах ослабленное дыхание. При срочной рентгеноскопии или рентгенографии – высокое стояние купола диафрагмы, выпот в синусе. Иногда можно определить горизонтальный уровень жидкости под диафрагмой.



# Осложнения аппендицита

**Пилефлебит** – это гнойный тромбофлебит воротной вены. Чрезвычайно опасное осложнение острого аппендицита, как правило, заканчивающееся образованием множественных абсцессов печени и неблагоприятным исходом. Начальными симптомами пилефлебита являются повышение температуры до 38–40 °С, ознобы, боли в правом подреберье. Характерно рано появляющаяся желтуха, высокий лейкоцитоз, общее тяжелое состояние больного. Живот может быть вздут, перкуторно определяется наличие свободной жидкости (укорочение перкуторного звука в отлогих местах). При пальпации живота можно обнаружить болезненность печени. При дополнительном исследовании (R-графия) – высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы, иногда в правой плевральной полости наличие выпота.

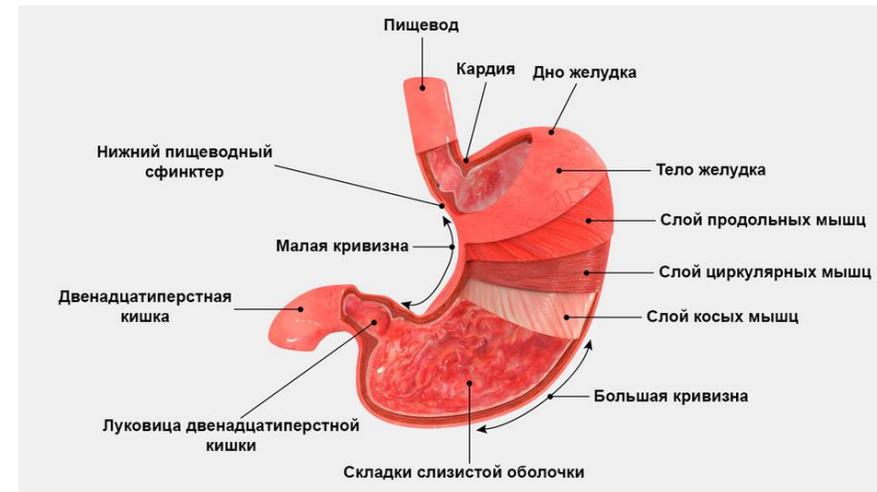
Кафедра Внутренних болезней | прорепедвтика клинических дисциплин



# Перфоративная (прободная) язва

**Перфоративная язва** – осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. По локализации встречаются язвы желудка (малой кривизны, передней или задней стенки, кардиальные, пиллорические) и 12-перстной кишки (бульбарные и постбульбарные). Чаще (до 75 %) перфорируют язвы 12-перстной кишки, у мужчин в возрасте 20–30 лет, без жалоб в прошлом или с коротким язвенным анамнезом, отмечается заметная связь перфорации с временем года (весна, осень), днями недели и временем суток. Могут перфорировать как хронические, так и острые язвы. Различают типичное прободение – в свободную брюшную полость, атипичное – в сальниковую сумку, между листками сальника, в забрюшинную клетчатку, в спайки и прикрытое.

Кафедра Внутренних болезней | прорепедвтика клинических дисциплин



## Симптомы прободения язвы: стадия шока (6 часов)

1. *характерный анамнез язвенной болезни,*
2. *внезапное начало болей в подвздошной области («кинжальная боль» – симптом Дьелафуе),*
3. *Отмечается бледность кожи с небольшим цианозом губ. Вынужденное положение на правом боку с поджатыми к животу ногами. Холодный пот. Поверхностное дыхание. Брадикардия, АД снижено (симптом Грекова). Температура тела нормальная.*
4. *Живот в дыхании не участвует, втянут (симптом Бейли).*
5. *Пальпация и перкуссия живота резко болезненны, определяется выраженное напряжение мышц («доскообразный живот»),*
6. *Симптом Блюмберга – Щёткина положительный.*
7. *При перкуссии отмечается исчезновение или уменьшение печёночной тупости (симптом Кларка) и высокий тимпанит над печенью (симптом Спизарского),*
8. *Уменьшение и ослабление кишечных шумов,*
9. *При рентгеноскопии – свободный газ в брюшной полости (пневмоперитонеум).*



## Стадия мнимого благополучия после 6 часов

- *Вторая фаза – «мнимого благополучия» – бывает обусловлена тем, что в брюшную полость перестает поступать желудочное содержимое (чаще всего за счет закупоривания перфоративного отверстия комочком пищи). Разбавленная экссудатом кислота меньше раздражает брюшину, а болевые рецепторы обожженной брюшины становятся менее чувствительными.*
- *Характеризуется субъективным уменьшением болей в животе, но сохранением и нарастанием симптомов перитонита и интоксикации (тахикардия, повышение температуры, сухость языка, вздутие живота, перистальтика вялая, задержка стула и газов, симптом Блюмберга – Щёткина положительный). Перкуторно над печенью тимпанит (газ), а в отлогих местах появляется укорочение перкуторного звука (жидкость).*
- *В дальнейшем патогенные микроорганизмы, попавшие из желудка в брюшную полость и инфицировавшие брюшину, начинают размножаться, выделять токсины и обуславливать развитие третьей фазы заболевания – распространенного перитонита.*

## Стадия разлитого перитонита

*Стадия перитонита (развивается через 10–12 часов от начала заболевания). Перитонит — тяжелое воспаление внутренностной брюшины, сопровождающееся ухудшением состояния организма.*

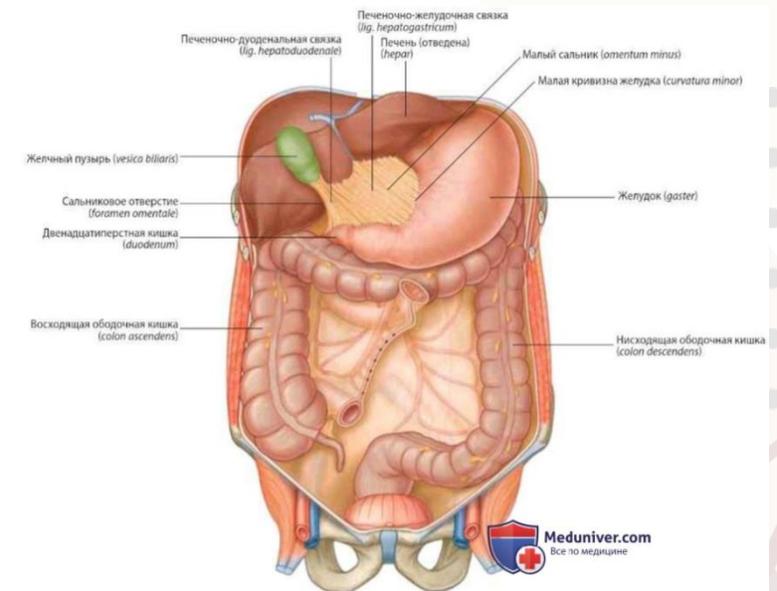
*Основные возбудители перитонита — микрофлора желудочно-кишечного тракта и мочеполовых органов.*

*В начале заболевания возникает интоксикация организма. Боли в животе усиливаются, вздутие нарастает, перистальтика резко ослаблена или отсутствует, газы не отходят (стойкий парез кишечника). Нарастает тахикардия. Язык сухой. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки. Возрастает содержание α-аминоуксусной кислоты и аммония в крови. Перестраивается работа нервной системы, возникают адинамия, гиперкалиемия, гипокалиемия и другие заболевания, связанные с пониженной концентрацией ионов калия в крови. На последних стадиях перитонита в канальцах почек накапливается нерастворимый белок, что приводит к развитию острой почечной и печеночной недостаточности.*

# Атипичные перфорации

При прободении в сальниковую сумку в момент прободения может возникнуть боль в эпигастральной области, однако иррадиация болей будет не в надплечье, как наблюдается в большинстве случаев, а в спину. При поступлении через винслово отверстие содержимого желудка из сальниковой сумки в брюшную полость оно распространяется преимущественно по правому латеральному каналу и скапливается в правой подвздошной области. Возникает клиническая картина острого аппендицита. При прободении во внутрибрюшное пространство может появиться подкожная эмфизема в левой подключичной области (симптом Подлаха), подкожная эмфизема вокруг пупка (симптом Вигиацио) или обширная эмфизема, распространяющаяся на левую половину грудной клетки, лица и мошонку (симптом Кораха). При перфорации в сочетании с кровотечением (наблюдается в 10 %) картина перитонита сочетается с нарастающей анемизацией.

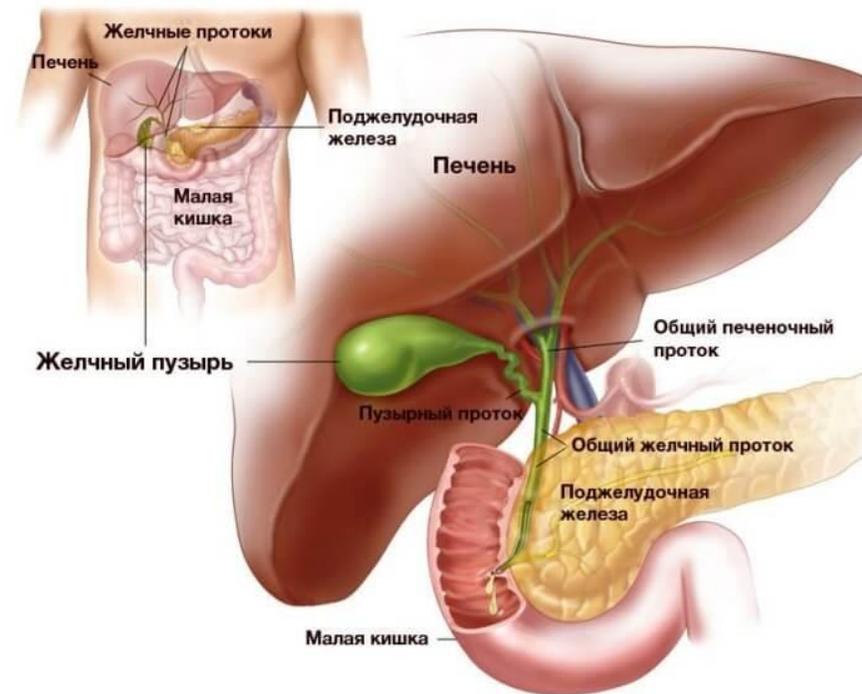
Кафедра Внутренних болезней | пропедевтика клинических дисциплин



## Острый холецистит

*Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи, связанное чаще всего с ущемлением камня в шейке желчного пузыря и развитием воспалительного процесса. Это наиболее частое серьезное проявление желчно-каменной болезни. Лечение преимущественно оперативное. Основные клинические проявления острого холецистита связаны с развитием острой пузырной обструкции (желчная гипертензия). Если наступает блокада желчного пузыря, возникают боли, для характеристики которых обычно используют термин «желчная колика».*

Кафедра Внутренних болезней | пропедевтика клинических дисциплин



## Острый холецистит

*Боли носят постоянный характер, периодически нарастают, могут поддерживаться на максимальном уровне в течение нескольких часов и затем уменьшаются. Хотя боль при патологии желчевыводящих путей различается по интенсивности, она не стихает и не возобновляется как при кишечной непроходимости. Если блока нет – боли с ноющих постепенно нарастают до интенсивных. Боли возникают чаще всего в связи с алиментарным фактором или физической нагрузкой (работа, связанная с наклонами туловища, езда на транспорте и т.д.). Больные могут указывать на схожие приступы в прошлом, возможно, имеются данные предыдущих исследований с указанием на наличие камней (УЗИ). Характерна локализованная боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, правое плечо и ключицу. Если боль обусловлена блоком желчного пузыря, то больные испытывают интенсивную боль, мечутся в постели, не могут найти себе места. На фоне боли отмечается тошнота и рвота желчью, которая не приносит облегчения. При исследовании выявляется болезненность при пальпации в правом подреберье, здесь же определяется локализованное напряжение мышц и симптом*

*БлюдабервагтмрЩеткмаКрорпепедевтика клинических дисциплин*

*того, характерны симптомы Ортнера – Грекова (болезненность при*

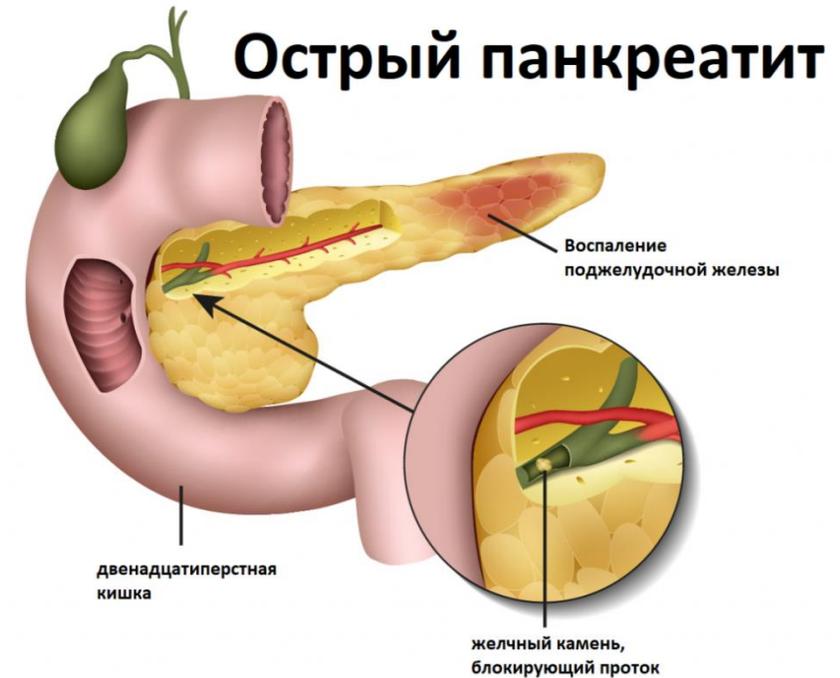
## Острый холецистит

*При пальпации выявляется болезненность в правом подреберье, здесь же определяется локализованное напряжение мышц и симптом Блюмберга – Щеткина. Характерны симптомы Ортнера – Грекова (болезненность при постукивании ребром ладони по реберной дуге), Кера (появление болезненности во время вдоха в правом подреберье, симптом более выражен при легком надавливании пальцами на брюшную стенку ниже рёберной дуги), Мюсси – Георгиевского (болезненность между ножками правой кивательной мышцы над ключицей), Пекарского (болезненность при пальпации мечевидного отростка). При холецистите возможна иррадиация болей в область сердца (холецистокоронарный синдром Боткина). При сочетании острого холецистита и холангита общее состояние больного утяжеляется, появляется тахикардия, озноб, желтуха, снижается диурез.*

*При септическом холангите в клинической картине нарастают признаки тяжёлого эндотоксикоза (септический шок): триада Шарко (боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха) или пентада Рейнольдса (боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха, артериальная гипотензия, нарушение сознания).*

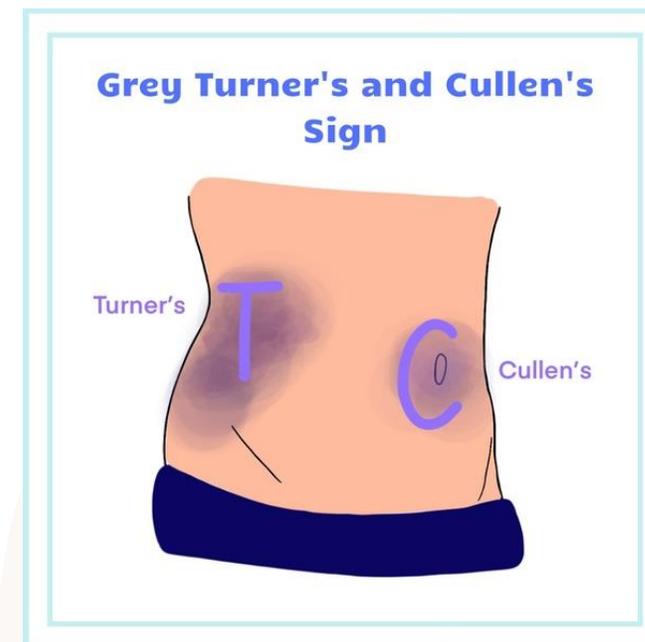
# Острый панкреатит

*Острый панкреатит – это асептическое воспаление демаркационного характера, в основе которого лежат процессы некробиоза панкреацитов и ферментной аутоагрессии, с последующим развитием некроза, дегенерации железы и присоединением вторичной инфекции. Основными этиологическими моментами являются ЖКБ и алкоголизм.*



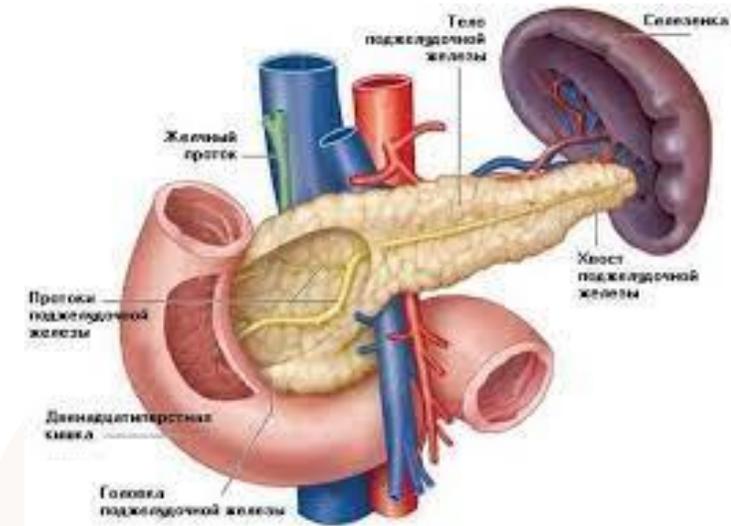
## Основные симптомы острого панкреатита

1. в анамнезе отмечается избыточная пищевая нагрузка, употребление алкоголя;
2. боли в эпигастральной области возникают внезапно, носят резкий жгучий опоясывающий характер; боли могут иррадиировать в левую лопатку, левое плечо, левую надключичную область, спину;
3. рвота многократная, неукротимая, не приносящая облегчения;
4. признаки ранней интоксикации организма: нарушения микроциркуляции – бледность, мраморность, тахикардия – цианоз на лице (симптом Мондора– Куллена), на боковых поверхностях живота (симптом Грея– Турнера), иногда гиперемия лица (калликреиновое лицо), липкий пот, явления эйфории, гипотония, слабый малый пульс;



## Основные симптомы острого панкреатита

5. вздутие в подложечной области (симптом Бонде);
6. живот длительное время может оставаться мягким без признаков раздражения брюшины;
7. исчезновение пульсации аорты около пупка (симптом Воскресенского);
8. боль в левом рёберно-позвоночном углу при пальпации (симптом Мео–Робсона);
9. при развитии ферментативного перитонита появляется поперечная резистентность брюшной стенки (симптом Керте) и симптом Блюмберга–Щёткина;
10. пальпаторно и перкуторно определяется вздутие поперечноободочной кишки; может пальпироваться инфильтрат в проекции поджелудочной железы.



## Степень тяжести эндотоксикоза

### При легкой степени:

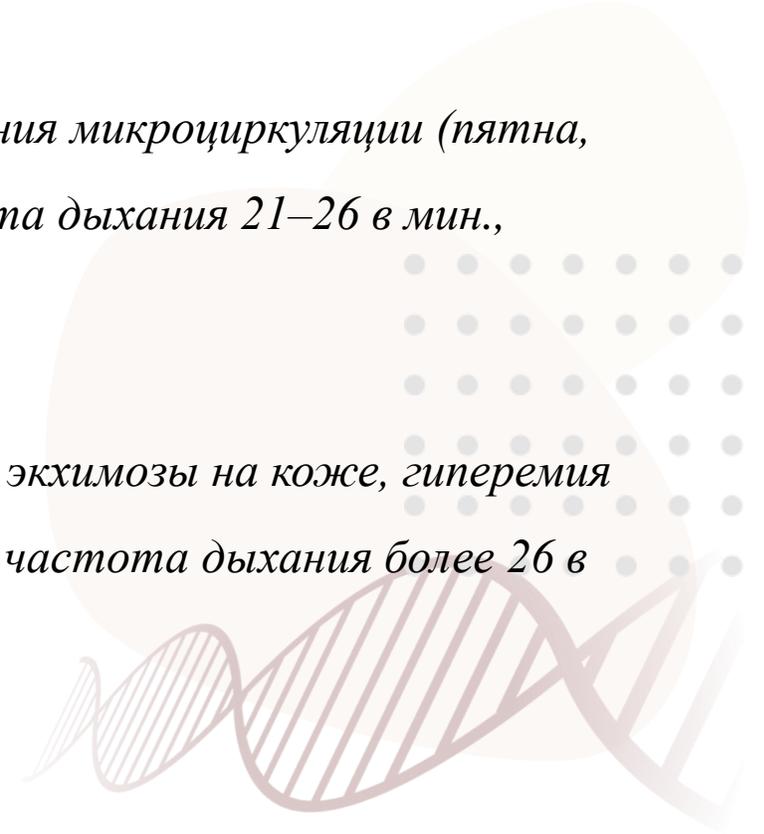
общее состояние удовлетворительное, систолическое артериальное давление (САД) более 120 мм рт. ст., пульс до 100 уд. в мин., частота дыхания 16–20 в мин., диурез 1–1,5 л/сут.

### При средней степени:

состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, признаки нарушения микроциркуляции (пятна, кровоизлияния), пульс 100–120 уд. в мин., САД 100–120 мм рт. ст., частота дыхания 21–26 в мин., диурез 0,5–1 л/сут.

### При тяжелой степени:

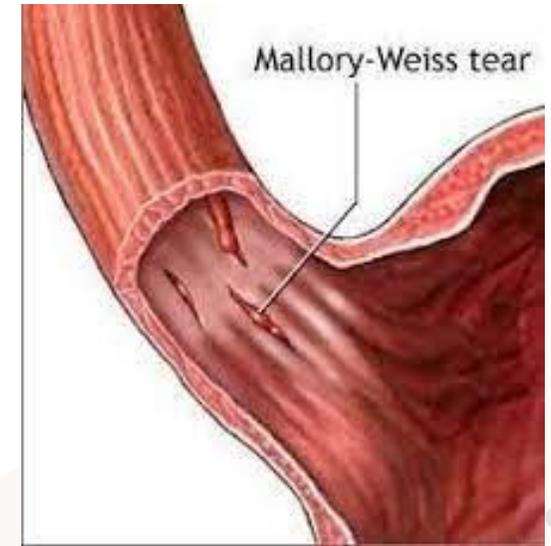
состояние тяжелое, беспокойство и возбуждение, цианоз, мраморность, экхимозы на коже, гиперемия лица, пульс больше 120 уд. в мин., САД менее 100 мм рт. ст. (гипотония), частота дыхания более 26 в мин., олигоурия (менее 0,5 л/сут).



## Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК)

Кровотечения в просвет ЖКТ – тяжелые осложнения большого числа заболеваний, в литературе их описано более ста. Основная причина кровотечения – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, острые язвы и эрозии, геморрагический гастродуоденит, варикозное расширение вен пищевода и желудка, синдром Мэллори – Вейса, опухоли желудка и др.

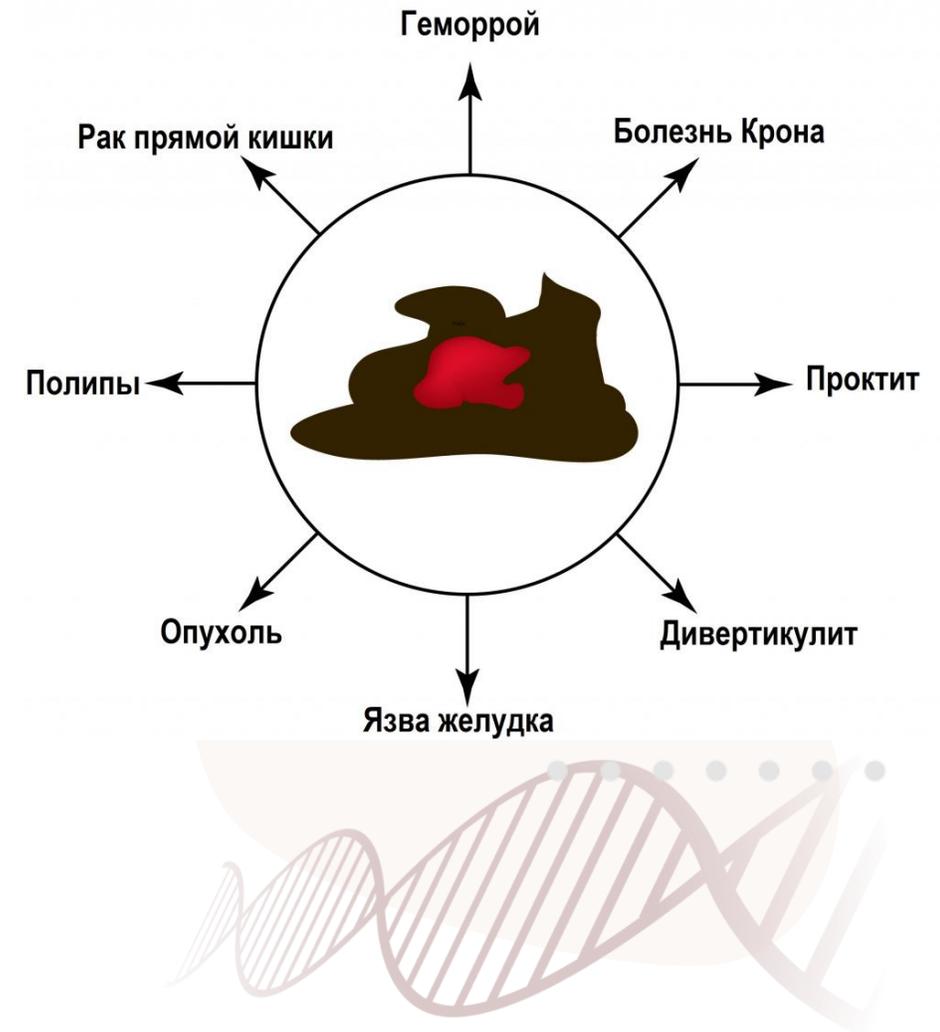
Эти кровотечения, независимо от их тяжести и локализации источника, развиваются внебрюшинно, не приводят к перитониту и не сопровождаются симптомами раздражения брюшины, что характерно для всех форм «острого живота». Но их весьма целесообразно рассматривать по тактическим соображениям в группе «острого живота».



## Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК)

Различают скрытый и явный периоды. В скрытом периоде чаще на фоне относительного благополучия появляются слабость, потливость, головокружение и «мелькание мушек перед глазами», сердцебиение, тошнота и жажда. Характерен внезапный позыв к стулу. Иногда ЖКК может начаться с потери сознания. Обморок может развиваться в момент или после акта дефекации. Характерны бледность кожи, слизистых оболочек и ногтевых лож, цианоз губ, расширение зрачков, похолодание периферических отделов конечностей, кончика носа. Всегда выявляется понижение АД, частый пульс. В тяжелых случаях при больших кровопотерях пульс становится нитевидным, иногда аритмичным, тоны сердца глухие, дыхание учащено.

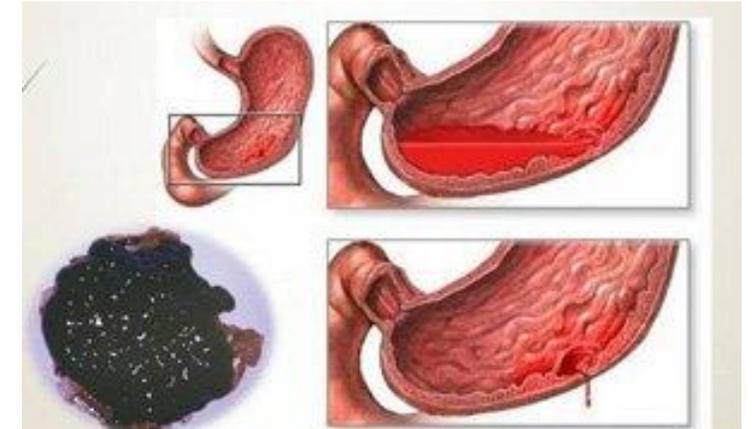
## Причины желудочно-кишечного кровотечения



## Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК)

Явный период ЖКК проявляется кровавой рвотой (гематомезис) или дегтеобразным калом (мелена). Локализация источника кровотечения, интенсивность геморрагии определяют сроки появления мелены, ее характер и частоту. Для того чтобы появилась мелена, необходимо присутствие в кишечнике около 100 мл крови. Мелена появляется через 5–12 часов после кровотечения в кишечник и полностью исчезает через 2–3 суток после полной его остановки. Чем темнее мелена, тем ближе источник кровотечения к желудку. Чем больше алой выглядит кровь при дефекации, тем ближе источник кровотечения к прямой кишке. Наличие рвоты алой кровью или со сгустками, «кофейной гущей» свидетельствует о кровотечении из верхних отделов ЖКТ.

Особое значение имеет пальцевое исследование прямой кишки



## Острая кишечная непроходимость (ОКН)

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – синдромная категория, объединяющая различные заболевания, в основе которых лежат нарушения пассажа кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту.

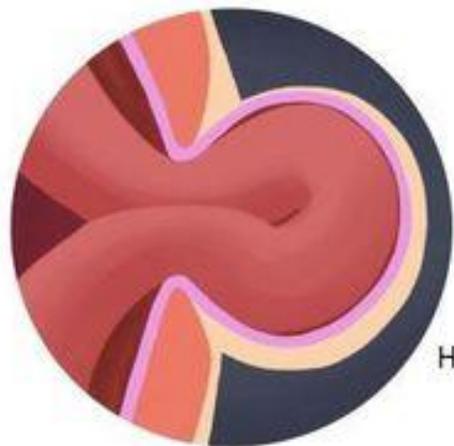
ОКН подразделяется на механическую и динамическую.

**Динамическая ОКН** чаще встречается в виде паралитической, развивается в результате пареза кишечника и спастической, которая может возникать при спинальных нарушениях.

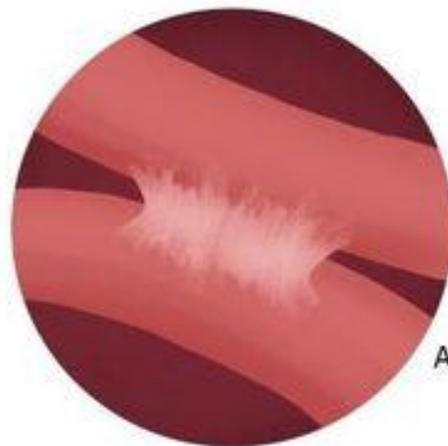
**Механическая ОКН** подразделяется на

- странгуляционную, при которой острое нарушение кишечной гемодинамики захватывает внеорганные брыжеечные сосуды (ущемления, завороты, узлообразования),
- обтурационную, при которой просвет кишки перекрывается опухолью или иным объемным образованием. Клинически странгуляционная течет более бурно с выраженной и прогрессирующей клиникой.

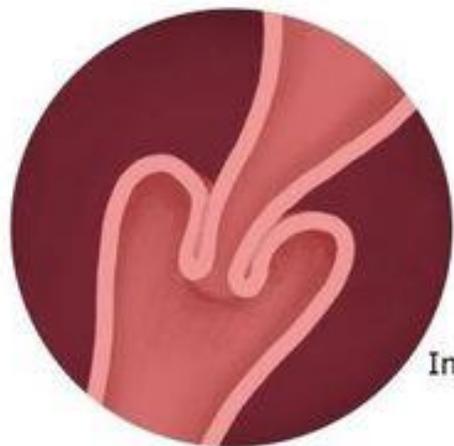
# Виды острой кишечной непроходимости



Herniation



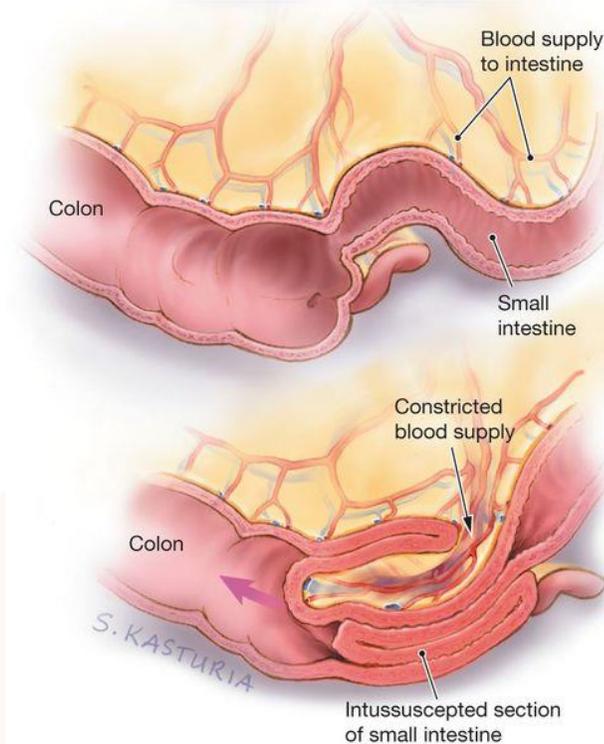
Adhesions



Intussusception

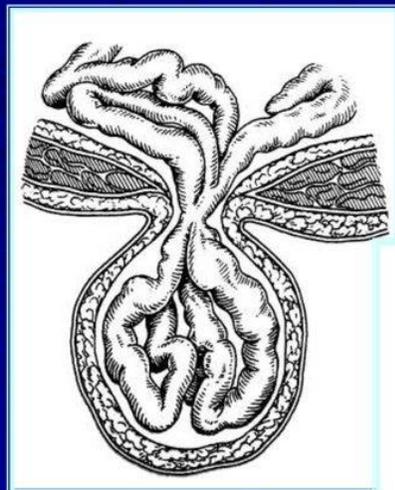


Volvulus



# Виды острой кишечной непроходимости

## Странгуляционная ОКН (18%)

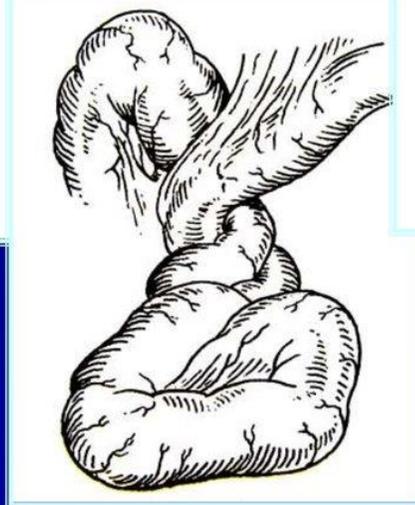


Ущемление  
50-60%

Заворот  
15-30%



Узлообразование  
2-5%



## *Симптомы острой кишечной непроходимости*

При всех формах ОКН тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от фактора времени. В начальный период возникают интенсивные схваткообразные боли в животе, задержка стула и газов, рвота (при высокой ОКН - многократная истощающая, при низкой – редкая), пульс учащен.

Живот вздут, напряжение его усиливается во время «схваток». При аускультации живота слышна резко усиливающаяся перистальтика, иногда видимая на глаз.

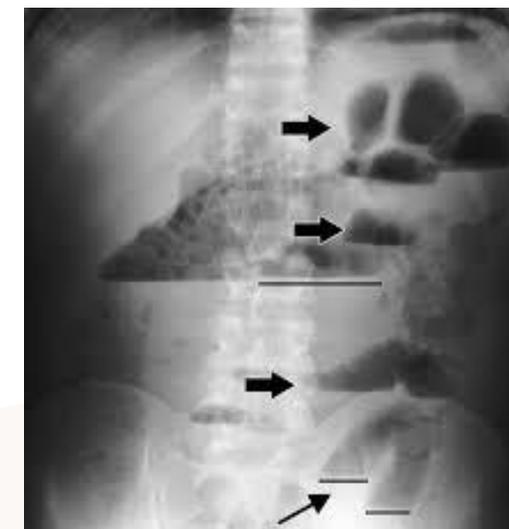
В дальнейшем боли несколько стихают, но нарастает общая интоксикация (тахикардия, кожные покровы бледные с «мраморным» оттенком). Язык сухой, обложен налетом. Живот асимметричен, видимая перистальтика. Пальпируется плотное болезненное образование цилиндрической формы с зоной тимпанита (симптом Валя). При толчкообразной пальпации живота выслушивается шум плеска (симптом Склярова), при аускультации во время поворота – шум падающей капли на фоне тишины (симптом Спасокукоцкого).

## Симптомы острой кишечной непроходимости

В дальнейшем развивается картина перитонита. Появляется «каловая» рвота, черты лица заостряются, язык сухой, резко выраженная тахикардия, положительный симптом Щёткина–Блюмберга, сохраняется «шум плеска».

При исследовании per rectum – баллонообразное расширение ампулы прямой кишки, потеря тонуса сфинктера (симптом Обуховской больницы). При попытке поставить клизму после вливания до 500 мл появляются боли, все изливается обратно (симптом Цеге–Мантейфеля).

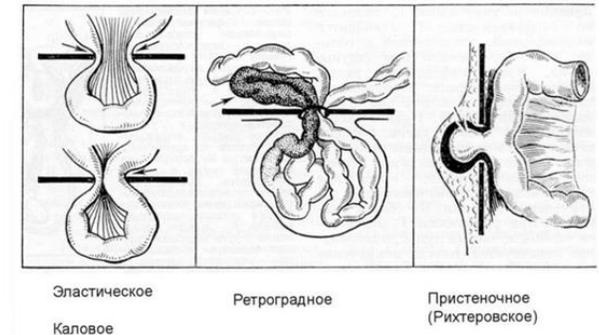
На обзорной рентгенографии, видны горизонтальные уровни жидкости (чаши Клойбера). При сомнении и удовлетворительном состоянии проводят рентгенологическое исследование с барием в динамике (в норме барий через 3 часа покидает желудок, через 4–6 часов в тонком кишечнике, через 8–12 – в толстом).



## Ущемленные грыжи

Ущемление грыжи распознаётся по внезапно появившимся болям в области грыжи или по всему животу, невозможности вправления выпячивания в брюшную полость, отсутствию передачи кашлевого толчка. Грыжевое выпячивание увеличивается в объёме, становится напряжённым и болезненным. При перкуссии над грыжей определяется притупление (если в грыжевом мешке содержится жидкость или сальник) или тимпанит (при раздутой петле кишки). Ущемление грыжи часто сопровождается рвотой. При ущемлении кишки наблюдаются симптомы острой непроходимости кишечника. При ущемлении мочевого пузыря (скользящая грыжа) может быть учащённое, болезненное мочеиспускание. При поздних сроках от начала заболевания развивается клиника острой кишечной непроходимости, флегмоны грыжевого мешка, перитонита.

Виды ущемления



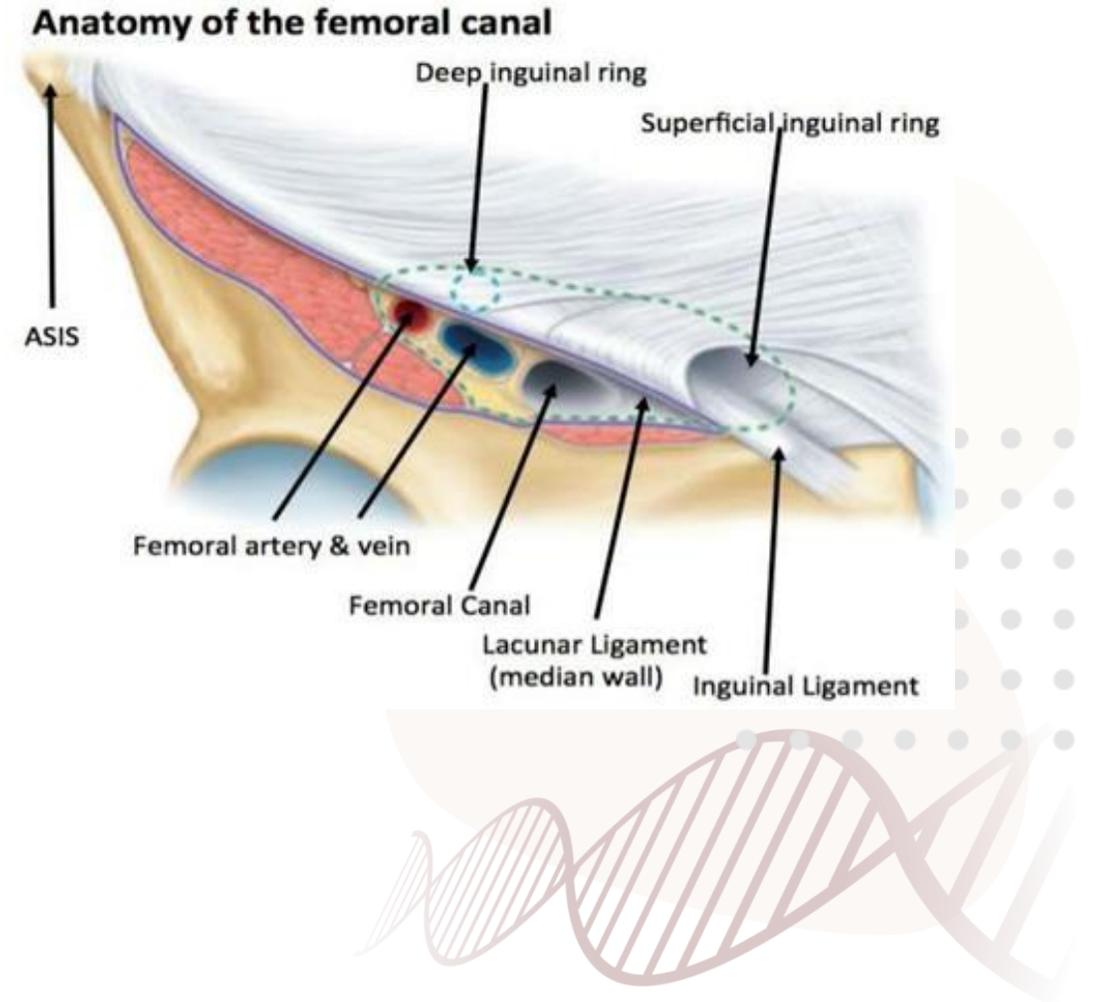
# Виды грыж

## Наружные

1. паховые (косые, прямые)
2. бедренные
3. грыжи белой линии живота, грыжи полулунной линии
4. грыжи пупочного кольца
5. поясничные грыжи, седалищные грыжи, запираательные грыжи

## Внутренние

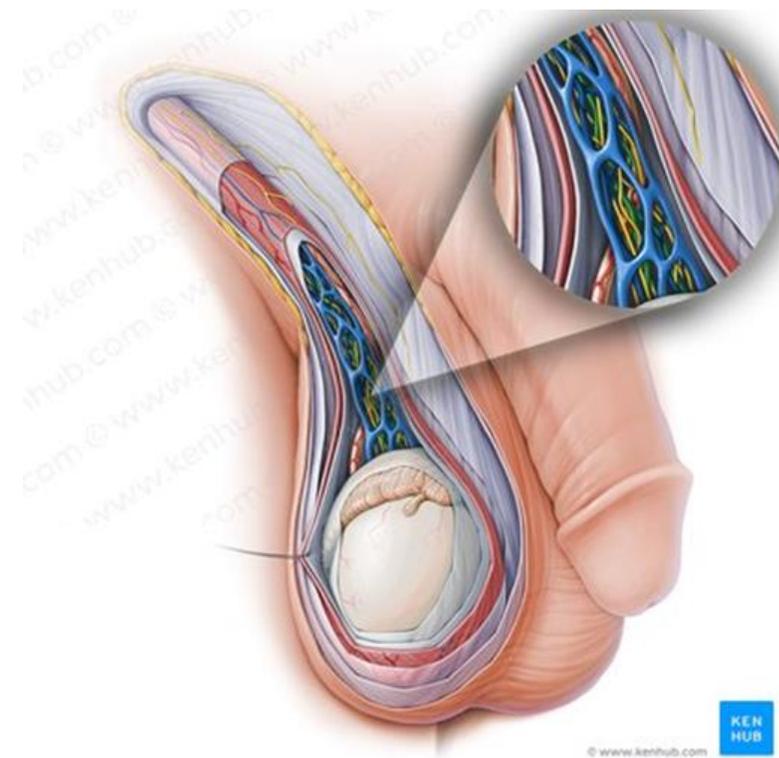
грыжи сальниковой сумки, ретроцекальные грыжи, грыжи двенадцатиперстно-тощекишечного кармана, диафрагмальные



## Виды грыж

Ущемлённую паховую грыжу следует дифференцировать от пахового лимфаденита, острой водянки яичка, перекрута яичка и семенного канатика, орхоэпидидимита.

Ущемлённую бедренную грыжу – от лимфаденита, острого тромбофлебита варикозного узла, реже – от аневризмы бедренной артерии, метастазов злокачественных опухолей в лимфоузлы.

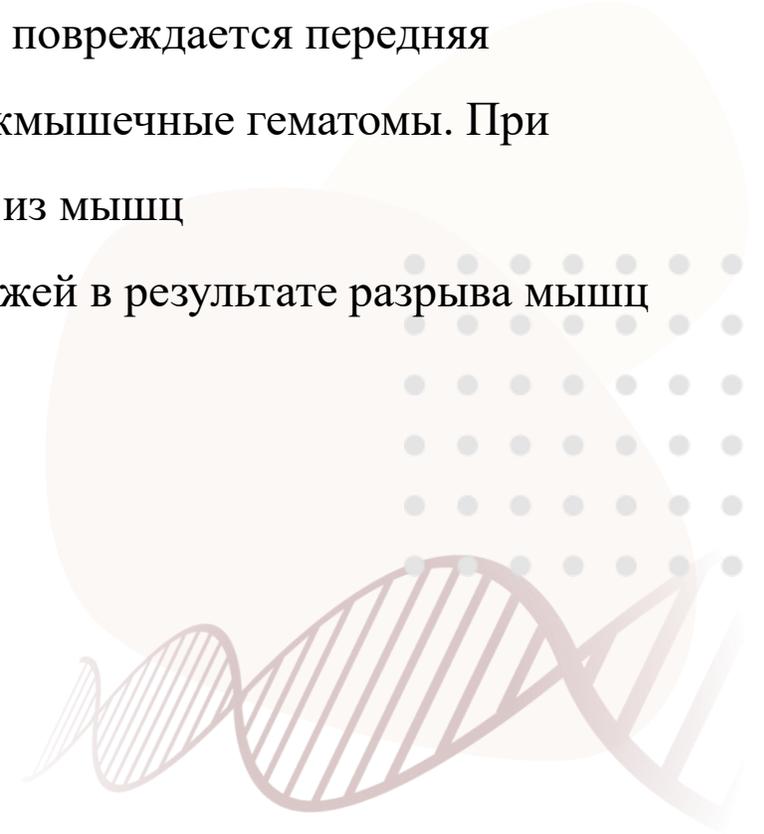


## Тупая травма живота

Закрытые травмы живота подразделяются на две группы:

- 1) закрытые травмы без повреждения внутренних органов и
- 2) закрытые травмы живота с повреждением внутренних органов.

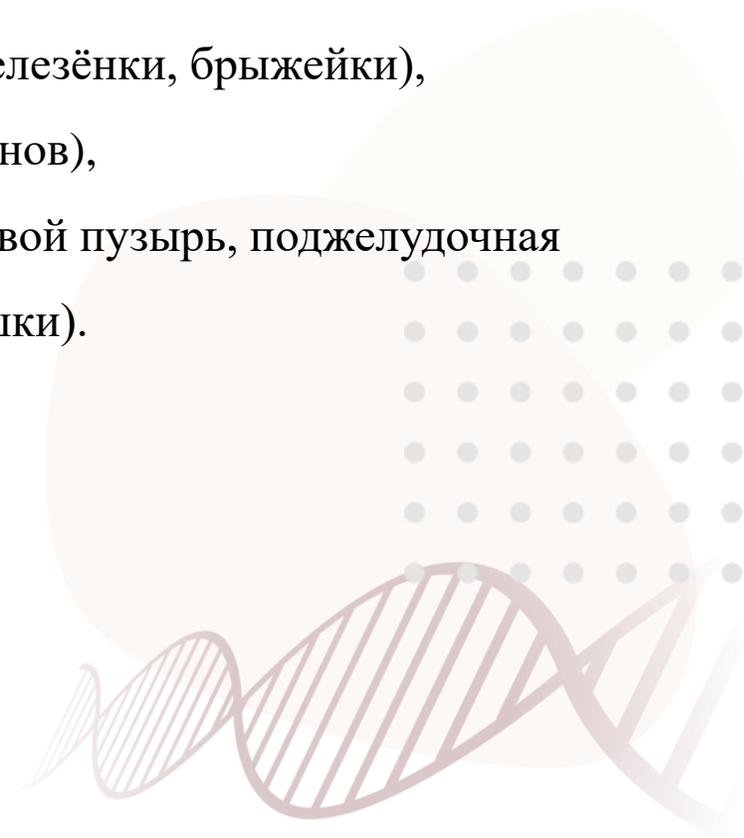
При закрытых травмах живота без повреждения внутренних органов повреждается передняя брюшная стенка. При пальпации можно выявить подкожные или межмышечные гематомы. При разрывах прямых мышц живота гематома может выявляться в одной из мышц между сухожильными перемычками. Иногда под неповреждённой кожей в результате разрыва мышц и брюшины могут появляться ложные травматические грыжи.



## Тупая травма живота

При закрытых травмах живота с нарушением целостности внутренних органов выделяют 3 группы повреждений:

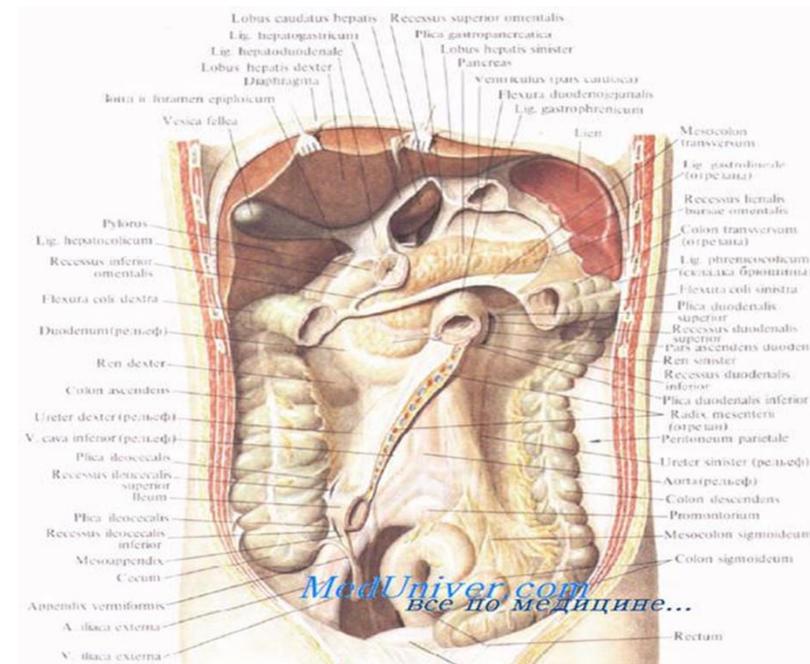
1. с клинической картиной острой кровопотери (разрывы печени, селезёнки, брыжейки),
2. с симптоматикой перитонита (перфорации и разрывы полых органов),
3. повреждения органов, расположенных забрюшинно (почки, мочевой пузырь, поджелудочная железа, забрюшинные отделы двенадцатиперстной и толстой кишки).



# Симптомы острого внутрибрюшного кровотечения

возникает при разрыве паренхиматозных органов (печени, селезенки) крупных сосудов брыжейки и выражается:

1. жалобами на острую слабость, головокружение;
2. малоинтенсивными болями в животе ;
3. бледностью кожных покровов и слизистых;
4. тахикардией; снижением АД
5. При осмотре живота определяется умеренная локализованная болезненность, может быть положительный симптом Щёткина–Блюмберга, притупление в отлогих частях живота, напряжение мышц.

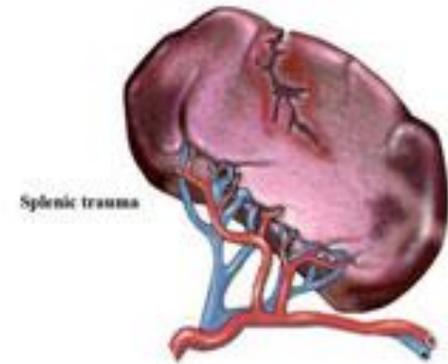


## Симптомы острого внутрибрюшного кровотечения

При разрыве селезёнки отмечаются боли в области левого подреберья, левой половины живота, иррадиирующие в левое надплечье или левую половину шеи, бледность кожных покровов и видимых слизистых, тахикардия, падение артериального давления.

Определяется болезненность при ощупывании левого подреберья и левой половины живота, а также защитное мышечное напряжение в этих областях. Перкуторно определяется притупление (расширение границ селезёночной тупости). Может наблюдаться симптом Розанова («Ваньки-встаньки»).

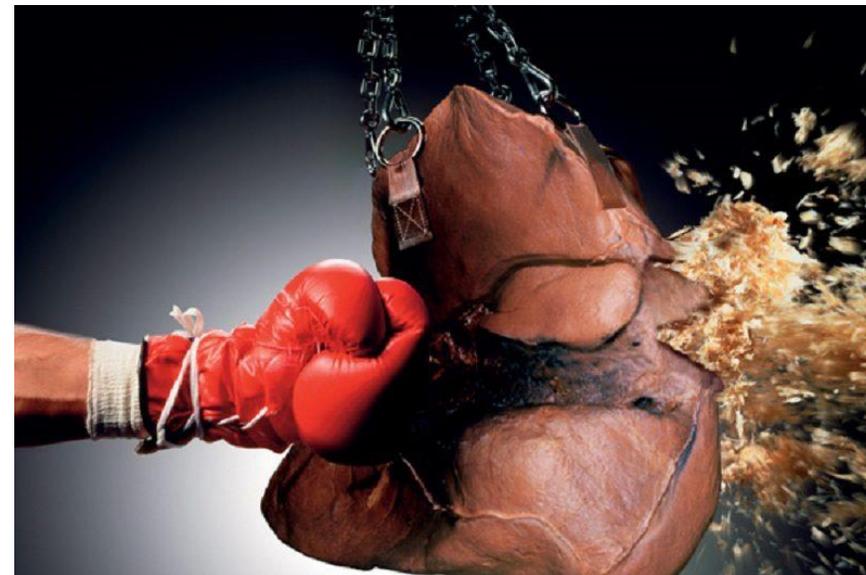
Травма селезенки



## Симптомы острого внутрибрюшного кровотечения

При изолированном разрыве печени отмечаются боли в животе с локализацией в правом подреберье и распространением по всему животу. Они могут иррадиировать в область правого надплечья и правую половину шеи. Это сочетается с признаками внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, тахикардия, падение артериального давления.

Выявляются болезненность в правом подреберье, защитное мышечное напряжение в этой области, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.



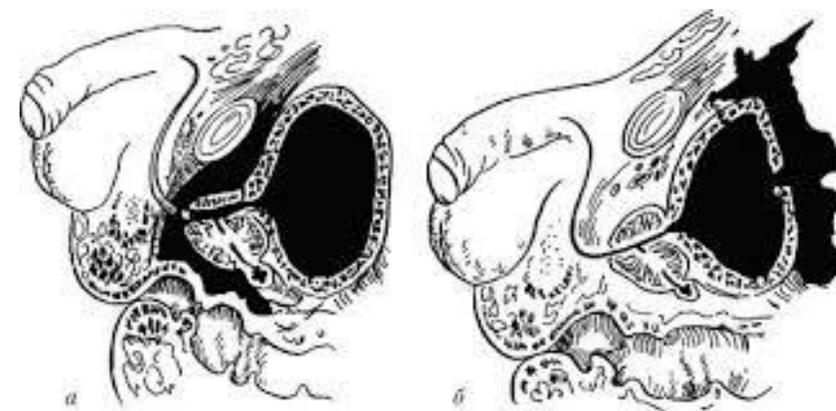
## Симптомы повреждения полого органа

1. резко выраженные боли в животе;
2. тахикардия при стабильной гемодинамике;
3. сухой язык;
4. рвота;
5. отсутствие экскурсии брюшной стенки при дыхании;
6. напряжение мышц живота;
7. положительный симптом Блюмберга – Щёткина;
8. болезненность при поколачивании брюшной стенки;
9. сглаженность или отсутствие печёночной тупости при перкуссии.



## Симптомы повреждения мочевого пузыря

Повреждения мочевого пузыря различают внутри- и внебрюшинные. Основными клиническими проявлениями являются боли внизу живота, макрогематурия и частые, порой бесплодные, позывы на мочеиспускание. При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря определяется выраженная болезненность при пальпации передней брюшной стенки над лоном. При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря на фоне картины разлитого перитонита определяется притупление в отлогих частях живота, больной не может самостоятельно помочиться. При катетеризации в моче кровь.



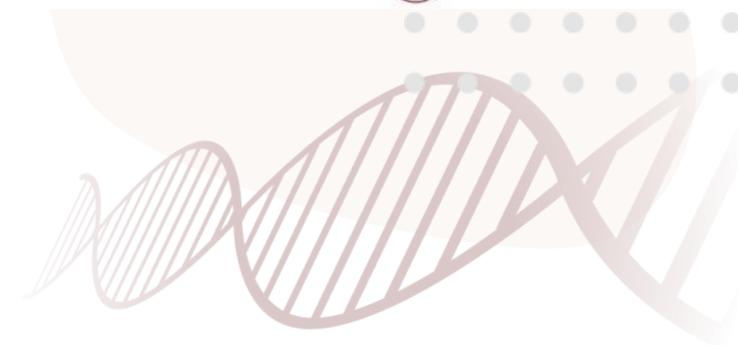
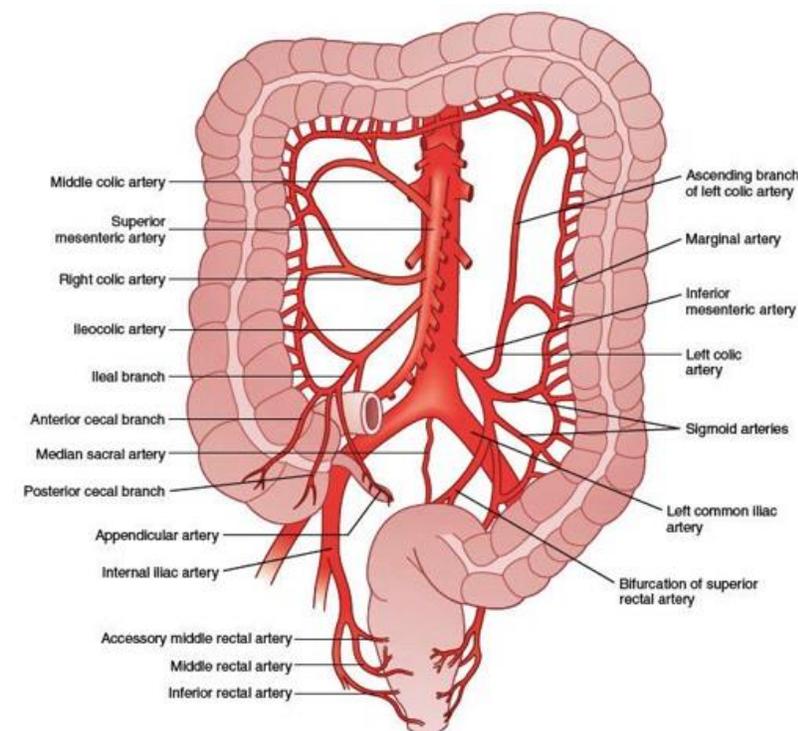
# Острые нарушения мезентериального кровообращения

В основе заболевания лежит нарушение кровообращения в брюшной полости в результате эмболии артерий, тромбоза артерий или вен, а также сдавления сосудов.

Различают три стадии болезни:

- 1) стадия ишемии
- 2) стадия инфаркта кишечника
- 3) стадия перитонита.

При субкомпенсации кровотока может возникать ряд заболеваний кишечника, связанных с недостаточным кровоснабжением: «брюшная жаба», язвы кишечника, энтериты и колиты, которые в дальнейшем могут осложняться кровотечением, перфорацией, флегмоной кишки и стенозом.



## Острые нарушения мезентериального кровообращения

1. острое начало заболевания, сильные нестерпимые боли в животе,
2. тошнота и рвота, нередко с примесью крови, позывы на низ или однократно жидкий стул, нередко с примесью крови,
3. беспокойное поведение больных, тахикардия, бледность кожных покровов, нормальная или даже пониженная температура тела,
4. повышенное АД
5. симметричное вздутие живота, болезненность при пальпации,
6. в стадии перитонита напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, угасание и полное отсутствие перистальтики кишечника, появление притупления в отлогих местах живота, в крови высокие цифры лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, в моче белок, гиалиновые и зернистые цилиндры, лейкоциты.

## Острое расширение желудка

Острое расширение желудка возникает на почве острых нервнорефлекторных нарушений его моторной деятельности. Заболевание возникает чаще после обильного приёма пищи, а также в послеоперационный период. В результате атонии происходит резкое расширение желудка, сопровождающееся смещением и натяжением петель и брыжейки тонкой кишки и сдавлением а. и v. Mesentericae superioris нижней горизонтальной части 12-перстной кишки (острая артериомезентериальная непроходимость). Возникает порочный круг – острое расширение желудка ведёт к дуоденостазу, который в свою очередь усугубляет застой и дилатацию желудка.

Симптомы - упорная обильная рвота (до 6–8 л в сутки), быстро наступающее истощение больного с развитием коллапса. Живот резко вздут в надчревной области, перкуторно определяется высокий тимпанит, при поколачивании – шум плеска. Возникает резкое обезвоживание и нарушение водно-электролитного баланса (олигоурия, гипокалиемия, гипохлоремия, алкалоз), иногда тетанические судороги.

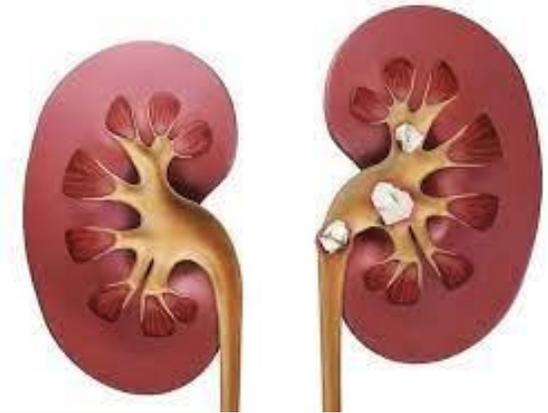
## Расслаивающая аневризма аорты

Расслаивающая аневризма нисходящего отдела грудной аорты сопровождается резкими пульсирующими приступообразными болями за грудиной, в животе, спине и поясничной области. Больные беспокоены, стонут, кричат от боли, возбуждены, лицо цианотично. Живот мягкий и болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отсутствуют. При расслоении аневризмы брюшной аорты боли локализуются в животе и иррадиируют в бедро, мошонку и поясницу. В животе можно определить пульсирующее образование, над которым выслушивается систолический шум, имбибиция кровью забрюшинной клетчатки может вызвать парез кишечника, вздутие живота и образование неподвижного инфильтрата. Пульсация бедренных артерий с обеих сторон значительно снижена или вообще не определяется. При разрыве аневризмы – коллапс и смерть больных.



## Почечная колика

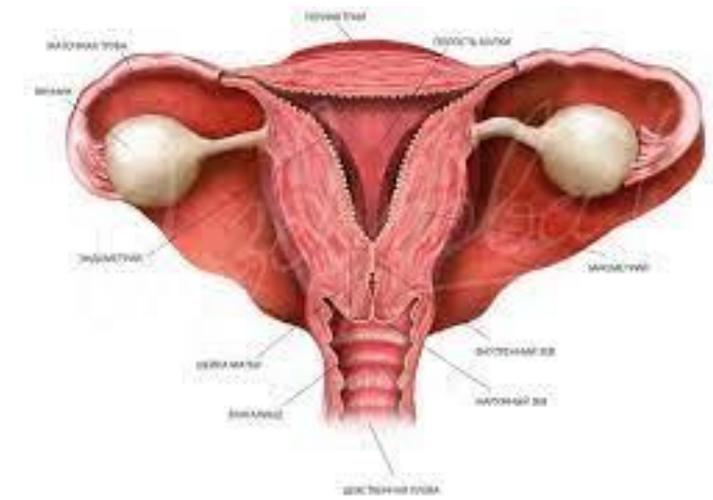
- начало заболевания острое, внезапное; наличие подобных приступообразных болей в прошлом; боли локализуются в поясничной области, довольно интенсивные, приступообразные; иррадиируют боли в паховую область, переднемедиальную поверхность правого бедра, в наружные половые органы;
- наблюдается расстройство мочеиспускания и мочеотделения;
- больные ведут себя беспокойно, принимают различные позы, быстро поднимаются в постели; язык влажный;
- живот мягкий, умеренно, а иногда значительно вздут; при пальпации болезненность без четкой локализации, может появиться напряжение мышц, при наличии выраженной обтурации мочеточника можно пальпировать увеличенную почку;
- болезненность при давлении на XII ребро; положительный симптом Пастернацкого; положительный симптом Лорин –Эпштейна (появление или усиление болезненности, возникающей при подтягивании яичка); в анализах мочи – свежие эритроциты;



## Гинекологические заболевания

В гинекологии причинами острого живота могут быть следующие заболевания – острое воспаление придатков, разрыв тубоовариального образования, прервавшаяся внематочная беременность, яичниковая апоплексия, перекрут придатков матки, разрыв кисты и т.д.

У беременных женщин может возникнуть любая острая хирургическая патология, которая требует междисциплинарного подхода для достижения максимальной безопасности, как для матери, так и для плода. Лидирующее место в общей структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных занимает острый аппендицит.



## Литература

1. Рехачев В.П. Острый живот: монография / В.П. Рехачев. – Изд-е 3, дополн. и перераб. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – 237 с.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. М., Издательство «Триада-Х», 2004, — 640 с.