

Лекция № 4

Острый живот, дифференциальный диагноз



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. Ущемлённые грыжи
2. Травмы живота
3. Острые нарушения мезентерального кровообращения
4. Заболевания кишечника
5. Заболевания органов грудной клетки
6. Урологические заболевания
7. Гинекологические заболевания
8. Острые кишечные инфекции
9. Неврологические заболевания
10. Диагностические ошибки



Ущемлённые грыжи

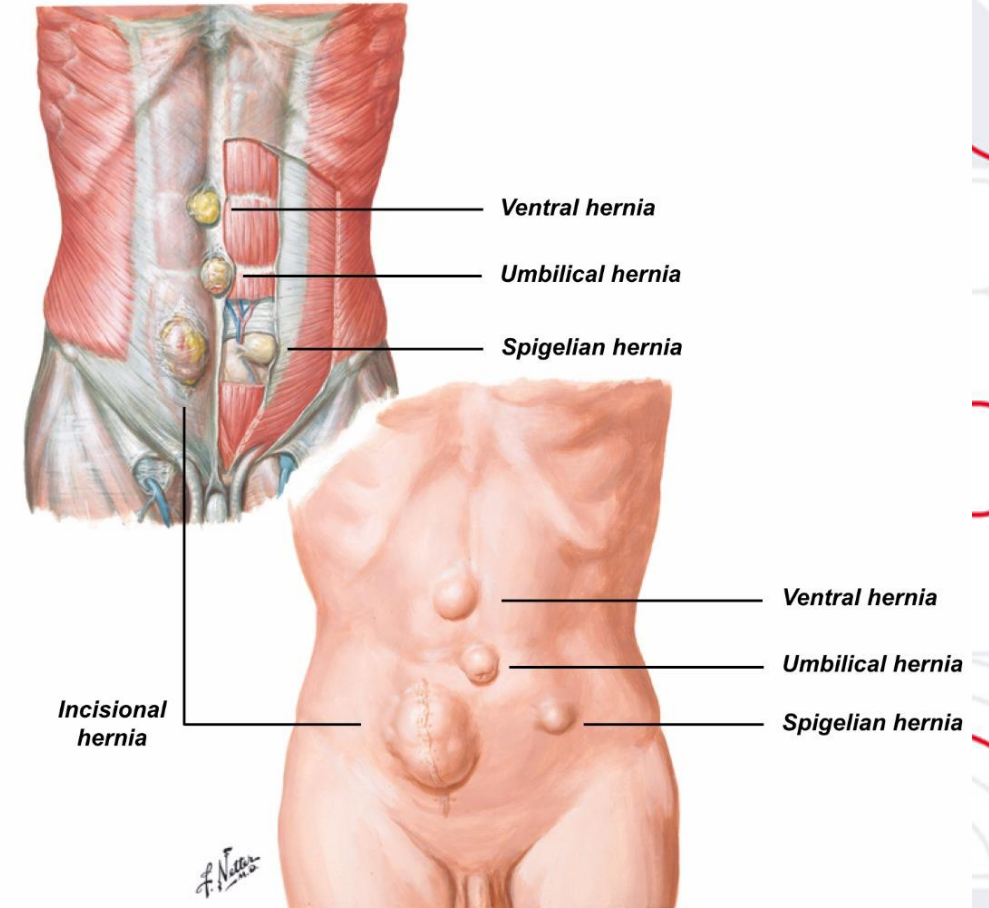


- При появлении у больных внезапно наступивших болей в животе, особенно при сочетании с симптомами острой кишечной непроходимости, всегда следует исключить ущемление грыжи.
- Кроме обычного осмотра по системам, требуется обязательное обследование мест возможного выхождения грыжи.
- Ущемление грыжи распознаётся 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).



Ущемлённые грыжи

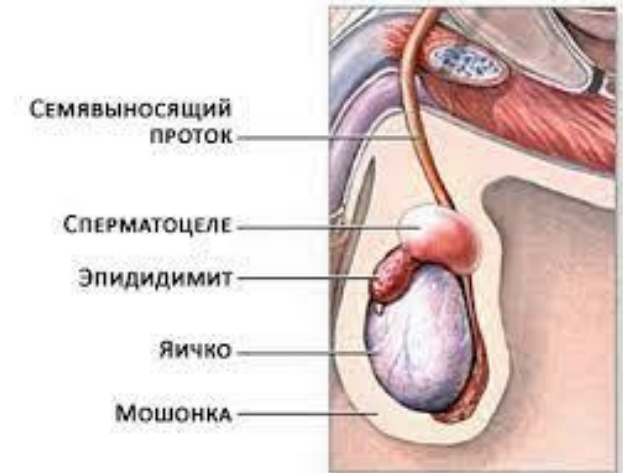
Ущемление грыжи часто сопровождается рвотой. При ущемлении кишки наблюдаются симптомы острой непроходимости кишечника. При ущемлении мочевого пузыря (скользящая грыжа) может быть учащённое, болезненное мочеиспускание. Трудности могут встречаться при ретроградном, пристеночном, ущемлении, при ущемлении первично возникших грыж, а также при ущемлении редких форм грыж: внутренних (особенно диафрагмальных), грыж боковых отделов живота, промежностных, поясничных и других грыж нетипичной локализации.





Дифференциальная диагностика ущемлённых грыж

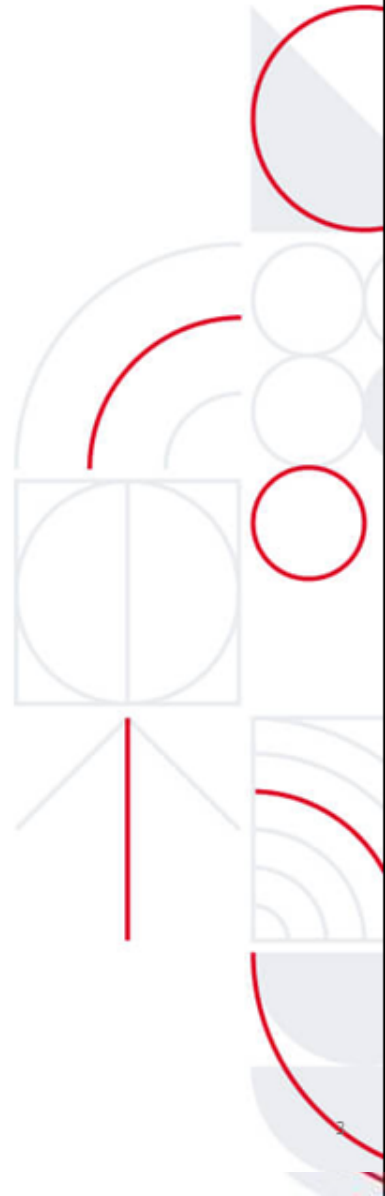
- Ущемлённую паховую грыжу следует дифференцировать от пахового лимфаденита, острой водянки яичка, перекрута яичка и семенного канатика, орхоэпидидимита.
- Ущемлённую бедренную грыжу – от лимфаденита, острого тромбофлебита варикозного узла, реже – от аневризмы бедренной артерии, метастазов злокачественных опухолей в лимфоузлы.
- Ущемлённую диафрагмальную грыжу следует дифференцировать от инфаркта миокарда, острого панкреатита, тромбоза мезентериальных сосудов, заворота желудка, острой кишечной непроходимости.





Тактика фельдшера при ущемлённой грыже

1. При болях в животе необходимо проводить целенаправленный осмотр на наличие грыжевых образований.
2. При ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае её самопроизвольного вправления, больной подлежит экстренной госпитализации в хирургический стационар.
3. Запрещаются попытки вправления грыжи.
4. Применение обезболивающих препаратов, ванн, тепла больным с ущемлёнными грыжами противопоказано.
5. Больной доставляется в стационар на носилках.





Тупая травма живота без повреждения внутренних органов

- При закрытых травмах живота без повреждения внутренних органов повреждается передняя брюшная стенка. При пальпации можно выявить подкожные или межмышечные гематомы. Иногда под неповреждённой кожей в результате разрыва мышц и брюшины могут появляться ложные травматические грыжи.
- Ушибы передней брюшной стенки с подкожными разрывами мышц сопровождаются обычно сильными болями, напряжением передней брюшной стенки, рвотой, вздутием живота.
- Такие больные должны направляться в стационар, где можно окончательно решить вопрос о характере повреждения и выбрать рациональную тактику лечения.



Тупая травма живота без повреждения внутренних органов

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



Клиника острого внутрибрюшного кровотечения

- жалобы на острую слабость, головокружение;
- малоинтенсивные боли в животе ;
- бледностью кожных покровов и слизистых;
- тахикардия;
- снижением АД (контроль индекса Альговера - ЧСС / САД).
- при осмотре живота определяется умеренная локализованная болезненность, может быть положительный симптом Щёткина–Блюмберга, притупление в отлогих частях живота, напряжение мышц.

По величине индекса можно сделать выводы о величине кровопотери

Индекс Альговера	Объем кровопотери (в % от ОЦК)
0,8 и меньше	10%
0,9-1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 и больше	40%



Разрыв селезёнки

- 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.
- Местно 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»).
- Следует помнить и о двухмоментных разрывах селезёнки, когда при первичной травме повреждается паренхима селезёнки и кровь скапливается под капсулой. Болезненные проявления, сопутствующие травме, проходят, и спустя некоторое время (дни и недели) на фоне полного благополучия при незначительном физическом усилии целостность капсулы нарушается и кровь изливается в свободную брюшную полость.



Разрыв печени

- 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.
- Признаки 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.



При повреждении полого органа появляются:

- резко выраженные боли в животе;
- тахикардия при стабильной гемодинамике;
- сухой язык;
- рвота;
- отсутствие экскурсии брюшной стенки при дыхании;
- напряжение мышц живота;
- положительный симптом Блюмберга – Щёткина;
- болезненность при поколачивании брюшной стенки;
- сглаженность или отсутствие печёночной тупости при перкуссии.



Травма поджелудочной железы

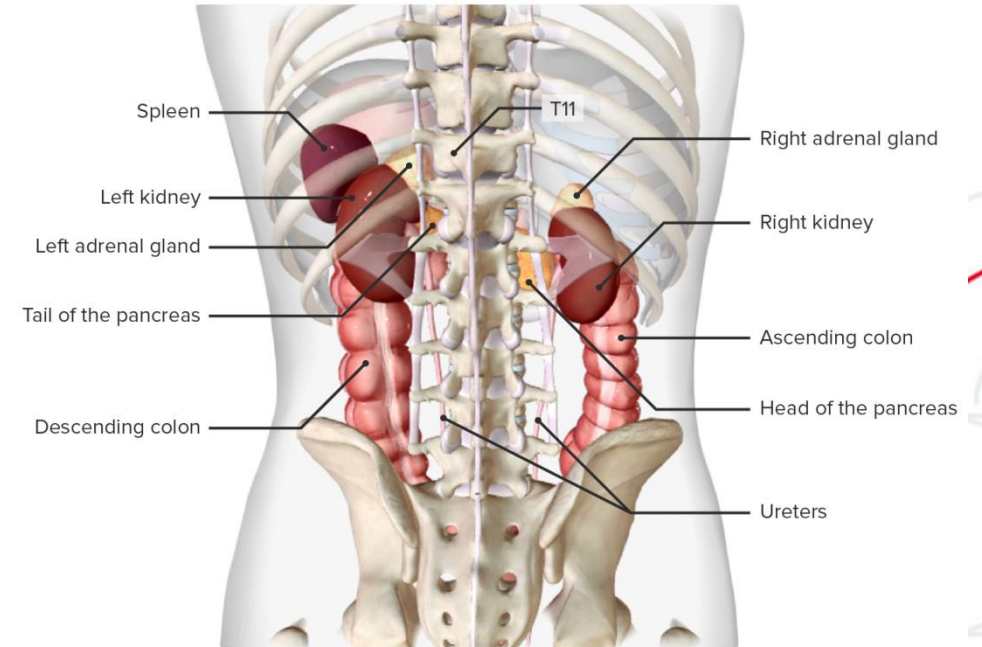
- Клиническая картина характеризуется всеми признаками травматического шока.
- Пострадавшие отмечают сильные боли в верхней половине живота, иррадиирующие в спину, лопатки.
- Отмечается резкая бледность, холодный липкий пот, тахикардия, снижение артериального давления.
- При пальпации болезненность и напряжение мышц в верхней половине живота.
- Перкуторно высокое стояние левого купола диафрагмы, ослабление дыхания в нижних отделах слева.
- При повреждении забрюшинной части 12-перстной кишки может определяться подкожная эмфизема в правой поясничной области.

Травма почки

1. боли в соответствующей половине поясницы, положительный симптом Пастернацкого
2. наличие припухлости в этой области
3. гематурия.

Тяжёлые разрывы почки с образованием обширной околопочечной гематомы сопровождаются выраженными признаками геморрагического шока (тахикардия, падение артериального давления).

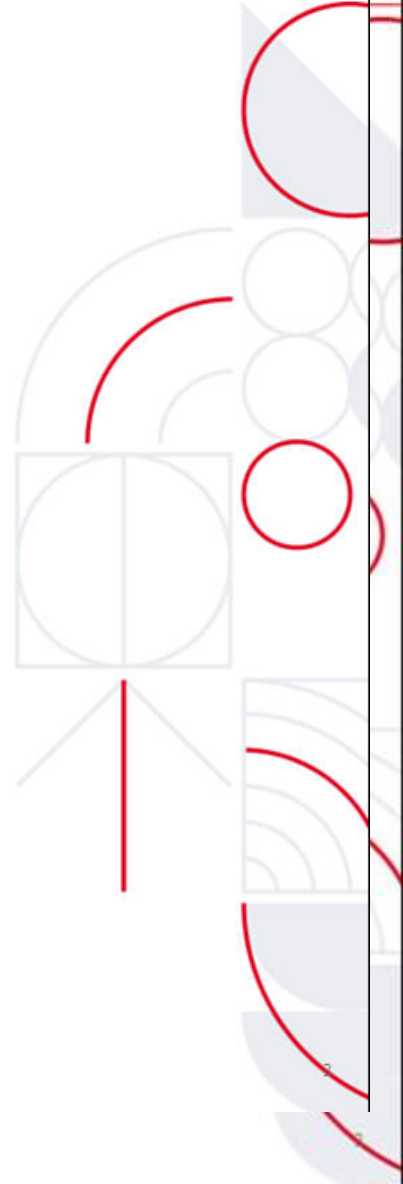
При ушибе почки отмечаются незначительные боли в пояснице и микрогематурия.





Забрюшинная гематома

- появляются острые боли в животе;
- явления пареза, рвота, задержка стула и газов;
- при пальпации живота – умеренное напряжение брюшной стенки и инфильтрат;
- положительный симптом Джойса (перкуторно определяемая тупость в боковом отделе живота, не смещающаяся при поворачивании больного на бок);



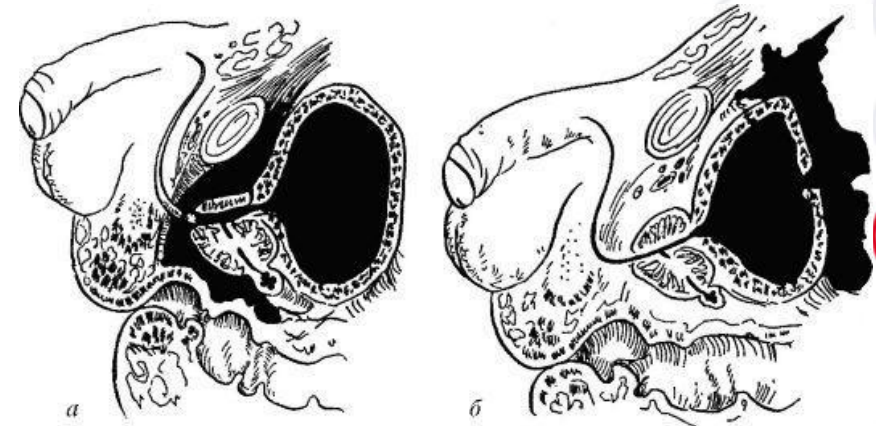
Повреждения мочевого пузыря

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.

Клиника внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин





Тактика фельдшера при тупой травме живота

- При наличии в анамнезе факта закрытой травмы живота (прямой удар, падение и т.п.) пострадавшего необходимо транспортировать на носилках в хирургический стационар, где проводится окончательная диагностика и верификация диагноза.
- От этого правила никогда не следует отступать даже при минимальных местных и общих клинических проявлениях травмы живота.
- При наличии явной клиники (внутрибрюшное кровотечение) оказание первой помощи как у больных с ЖКК.

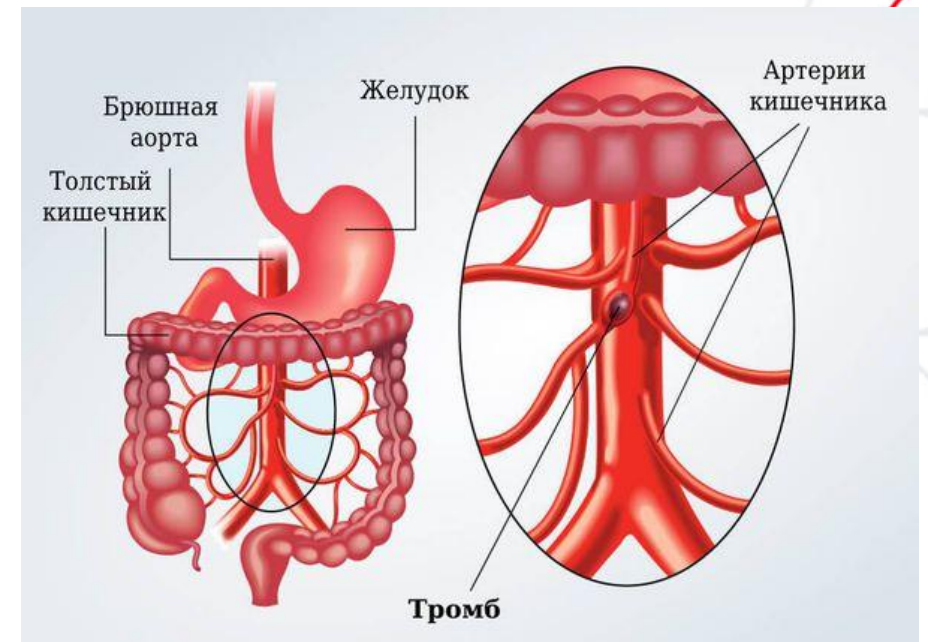


Острое нарушение мезентерального кровообращения

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 6 часов
- 2) стадия инфаркта кишечника 12 – 24 часа
- 3) стадия перитонита после 24 часов, 2 -3 суток



Острое нарушение мезентерального кровообращения

- Хроническая форма это 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.
- Предрасполагающими заболеваниями следует считать стеноз митрального клапана, инфаркты, атеросклероз аорты, ревматические заболевания сердца, нарушения сердечного ритма.
- У каждого больного, имеющего боли в животе и страдающего заболеванием сердца, надо подозревать мезентеральную эмболию.

Острое нарушение мезентерального кровообращения

- сильные нестерпимые боли в животе,
- тошнота и рвота, нередко с примесью крови,
- позывы на низ или однократно жидкий стул, нередко с примесью крови,
- беспокойное поведение больных,
- бледность кожных покровов,
- нормальная или даже пониженная температура тела,
- симметричное вздутие живота,
- болезненность при пальпации,
- в стадии перитонита напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, угасание и полное отсутствие перистальтики кишечника, появление притупления в отлогих местах живота,



Дифференциальный диагноз

В первые часы заболевания трудно дифференцировать от острого панкреатита. Главным отличительным признаком будет **повышение диастазы** в моче и **уровень АД**, которое при панкреатите будет пониженным либо нормальным, а при ОНМК – всегда повышенным.

В отличие от перфорации полого органа, при которой больной вскоре находит положение, когда боли становятся менее интенсивными, при эмболии больные мечутся в постели, не находя удобного положения. Боль резкая, схваткообразная и больные стонут или кричат. При перфорации полого органа живот напряжен с момента перфорации, и сразу же появляется симптом раздражения брюшины, а при эмболии брыжеечной артерии живот долгое время остается мягким.

Как с диагностической, так и с лечебной целью применяют сосудорасширяющие средства (нитроглицерин, папаверин и др.). Если они не снимают болей, то диагноз эмболии брыжеечных сосудов становится более очевидным.

Дивертикул Менкеля



- Мешкообразное выпячивание стенки подвздошной кишки, располагающееся на расстоянии 80–100 см от илеоцекального угла, образованное вследствие неполной атрофии желточного протока, называют дивертикулом Меккеля.
- Воспаление его называют дивертикулитом, по характеру воспаления может быть катаральным, флегмонозным, гангренозным и перфоративным.
- Симптоматика дивертикулита: тошнота и рвота, боли, напряжение брюшной стенки, гипертермия, лейкоцитоз.
- Очень трудно дифференцировать от острого аппендицита. Диагноз иногда ставится лишь при лапароскопии и операции.

Болезнь Крона

Региональный энтерит – это воспалительное заболевание одного из отделов ЖКТ, первично поражающее подслизистый слой и приводящее к склерозу стенки.

Региональные энтериты встречаются во всех отделах ЖКТ, но наиболее частая локализация – подвздошная кишка.

- Стадия воспаления слизистой и подслизистой оболочки с возникновением гранулом и мелких абсцессов, лимфатический отек с увеличением регионарных лимфоузлов.
- Стадия воспаления кишечной стенки: отек распространяется на все слои кишки, жидкость из капилляров и лимфатических сосудов пропотевает через серозную оболочку, стенка кишки утолщена, просвет ее сужен, брыжейка отечна.
- Стадия осложнений: воспаление и фиброз приводят к стенозу просвета и частичной непроходимости, возможны кровотечения в просвет ЖКТ.

Кафедра внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин





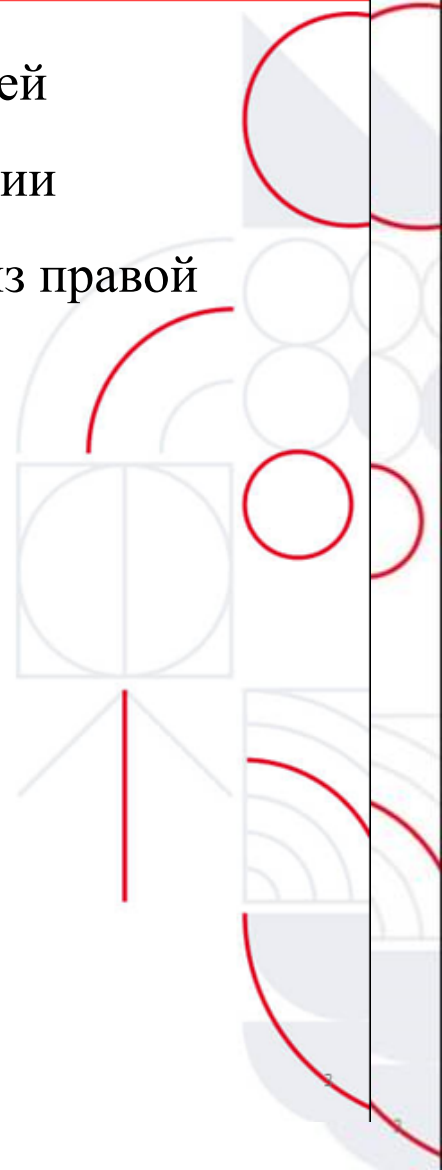
Острый мезентеральный лимфаденит

- Заболевание развивается вследствие попадания микробов в лимфоузлы брыжейки гематогенным или лимфогенным путём и сопровождается их увеличением и воспалением. Чаще всего осложняет течение различных острых заболеваний брюшной полости, а также грипп, ОРЗ, тонзиллит. Заболевание чаще встречается у детей и юношей, но может быть и у взрослых преимущественно до 40 лет.
- Начинается внезапно острой болью в брюшной полости, тошнотой, иногда рвотой и поносом. Боль вначале носит разлитой характер и локализуется в нижних отделах брюшной полости, затем в правой подвздошной области. Боль может носить схваткообразный характер.
При повороте больного на левый бок на 1—2 мин, после чего чувствительная зона смещается влево от пупка и отсутствует в правой половине живота. После этого больного вновь укладывают на правый бок, через некоторое время боль слева исчезает и появляется справа (симптом Клайна).

Острый мезентеральный лимфаденит



- При осмотре живот немного вздут, отмечается умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины. При пальпации определяется болезненность по ходу корня брыжейки, т.е. по косой линии, идущей из правой подвздошной области в левое подреберье (симптом Штернберга).
- Диагноз труднее всего дифференцировать от аппендицита. Существенно помогает лапароскопия. При сомнении показана операция.



Заболевания органов грудной клетки и скелетная травма



- **Спонтанный пневмоторакс** проявляется интенсивными болями в груди и верхних отделах живота, усиливающиеся при вдохе, кашле, сопровождаются стеснением в груди, затруднением глубокого вдоха, чувством нехватки воздуха, бледностью и цианозом кожных покровов и слизистых, холодным липким потом, одышкой и тахикардией. Живот при пальпации может быть болезненным и умеренно напряжённым, но признаки раздражения брюшины отсутствуют.
- **Перелом ребер** может сопровождаться напряжением брюшной стенки и болью при пальпации на соответствующей стороне повреждения, но симптомов раздражения брюшины нет.
- **Переломы позвоночника и костей таза** могут проявляться иногда болями в животе, мышечным напряжением брюшной стенки, парезом кишечника, задержкой стула и газов.
- На догоспитальном этапе при подозрении на повреждение позвоночника пострадавшие доставляются в стационар на щите.



Почечная колика

- Почечная колика – состояние, вызываемое нарушением оттока мочи из полостной системы почки, проявляющееся нарушением работы органа и выраженным болевым синдромом.
- Патологическое состояние может возникнуть на фоне пиелонефрита, спазма лоханочно-мочеточникового сегмента, при гинекологических заболеваниях, ретроперитонеальном фиброзе, онкологических заболеваниях, туберкулезе почек, травмах, аллергических состояниях.
- Наиболее частой причиной данного состояния является мочекаменная болезнь, которая характеризуется образованием камней в почках. При их миграции в нижележащие отделы мочевой системы возможно перекрытие мочеточников. При этом происходит увеличение гидростатического давления в лоханках, чашечках, нарушается микроциркуляция.



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;
- нередко наблюдается расстройство мочеиспускания и мочеотделения: дизурия, олигурия, полиурия, иногда даже анурия;
- больные ведут себя беспокойно, принимают различные позы, быстро поднимаются в постели;
- язык влажный, слегка сохнет;
- живот мягкий, умеренно, а иногда значительно вздут;

Почечная колика

- при пальпации болезненность без четкой локализации. При бимануальной пальпации почки болезненность более выражена, может появиться напряжение, 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;





Первая помощь при почечной колике

- тёплая грелка на поясничную область;
- общая ванна с температурой 38–39 °С;
- спазмолитики в таблетках или инъекциях (папаверин, платифилин, максиган, спазмалгон и т.д.);
- литокинетики (ависан, цистенал, уролесан и др.);
- орошение хлорэтилом поясничной и крестцовой области, зоны почек и по ходу мочеточника;
- новокаиновые блокады (околопочечная по Вишневскому, внутритазовая по Школьникову, семенного канатика или круглой связки по Лорин –Эпштейну).
- все больные с почечной коликой должны быть госпитализированы и подвергнуты детальному урологическому обследованию.

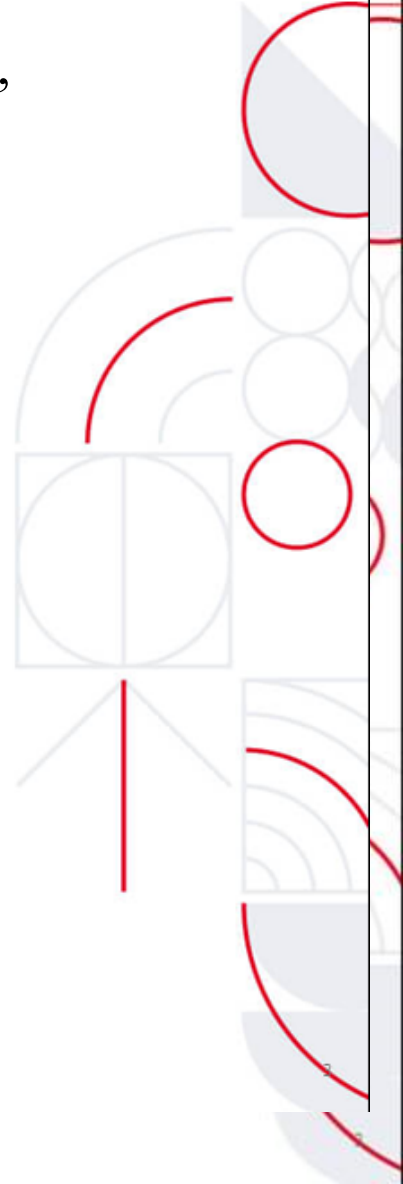


Острая задержка мочеиспускания

Характеризуется бесплодными позывами к мочеиспусканию и «припухлостью» над лоном, определяемой перкуторно или пальпаторно, часто видимой на глаз. Возникают боли над лоном и в промежности, появляется озноб, холодный пот, иногда распирающие боли в поясничной области.

Первая помощь:

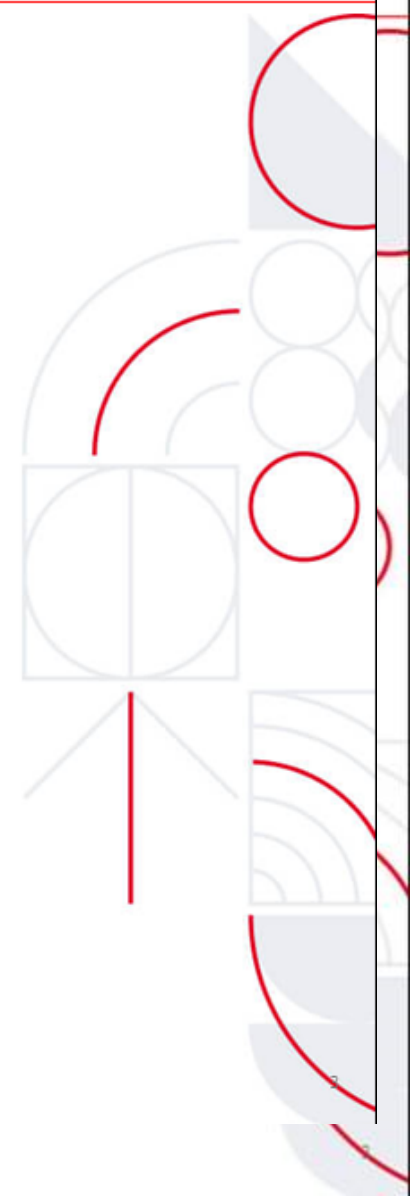
- для снятия спазма ввести препараты, применяемые при почечной колике;
- полусидячая тёплая ванна (38–39 °С) в течение 30–60 минут, которую можно заменить грелкой на промежность и мочевого пузыря;
- поставить очистительную клизму;
- при отсутствии эффекта катетеризации резиновым или пластмассовым катетером





Острый пиелонефрит

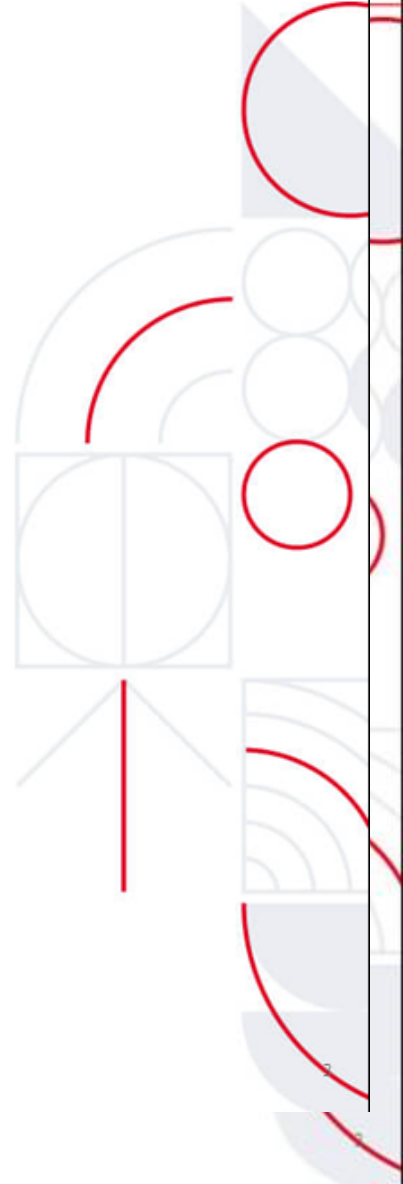
- интенсивные боли в поясничной области;
- высокая температура, ознобы;
- тошнота, рвота;
- дизурические явления;
- беспокойное поведение, слабость;
- при бимануальной пальпации – болезненность в области почки, напряжение мышц в пояснично-подреберной области, пальпация увеличенной почки;
- положительный симптом Пастернацкого;
- изменения в моче (мутность, слизь, песок или камни, эритроциты, лейкоциты);





Инфаркт почки

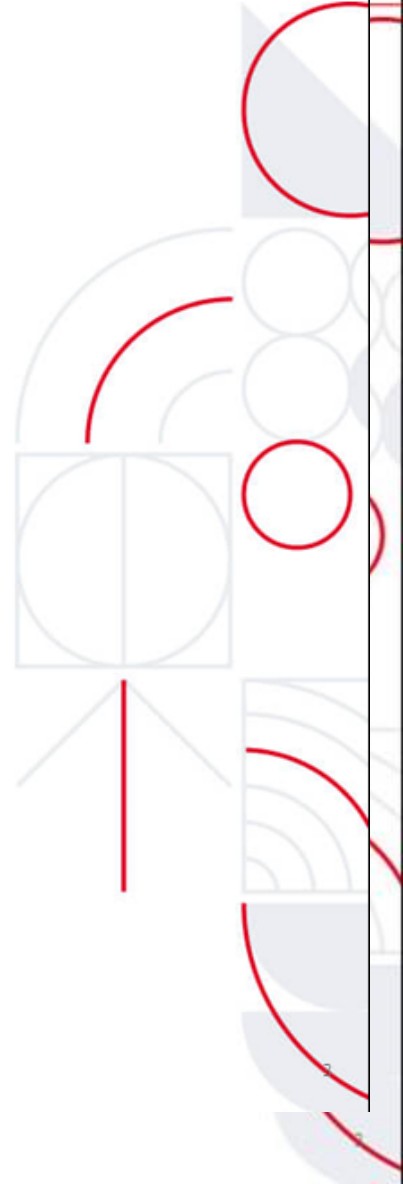
- сильные боли в животе и поясничной области;
- беспокойное поведение больного;
- тахикардия;
- повышение температуры, озноб;
- живот напряжён, болезненный, особенно в области почки;
- положительный симптом Пастернацкого;
- олигоурия, гематурия, альбуминурия;





Инфаркт почки

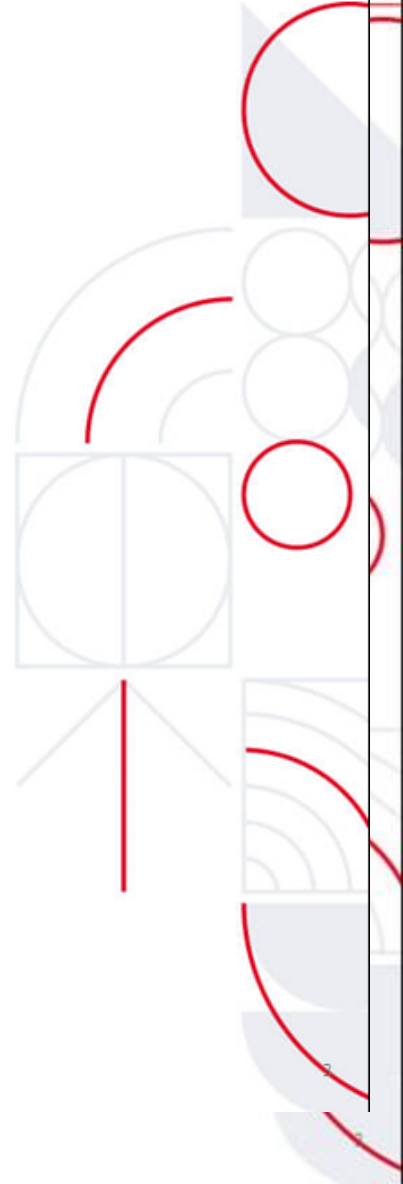
- сильные боли в животе и поясничной области;
- беспокойное поведение больного;
- тахикардия;
- повышение температуры, озноб;
- живот напряжён, болезненный, особенно в области почки;
- положительный симптом Пастернацкого;
- олигоурия, гематурия, альбуминурия;





Острый паранефрит

- боли в животе и поясничной области;
- повышение температуры с ознобом;
- напряжение брюшной стенки;
- приведение ноги к животу (псоас-симптом);
- **появление инфильтрата в подреберье и поясничной области;**
- симптом Блюмберга–Щёткина не выражен;
- в крови лейкоцитоз;





Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание!

