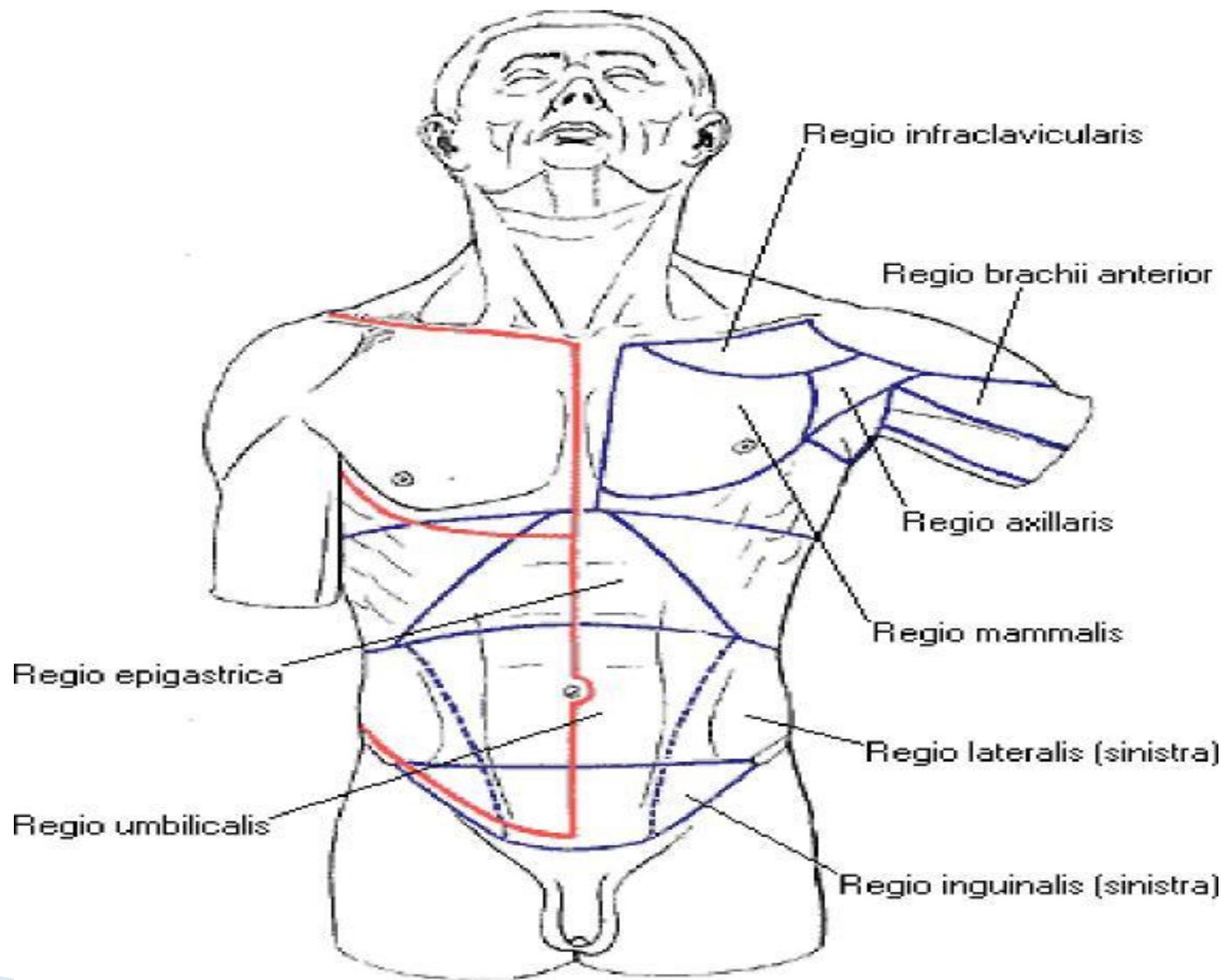


# Синдром пальпируемого образования брюшной полости

# Анатомические области живота



# Различают поверхностную и глубокую пальпацию живота.

- ▶ Поверхностной пальпацией выявляется степень напряжения (судят по сопротивлению) брюшной стенки и ее болезненности. В норме она должна быть мягкой, податливой, безболезненной.

- ▶ Глубокую скользящую методическую пальпацию осуществляют по методу Образцова—Стражеско. С помощью такой пальпации исследуют органы брюшной полости. Начинают с сигмовидной кишки, затем поочередно пальпируют слепую кишку с отростком, конечную часть подвздошной кишки, восходящую и нисходящую части ободочной кишки, поперечно-ободочную кишку, желудок, печень, поджелудочную железу, селезенку. Затем пальпируют почки.

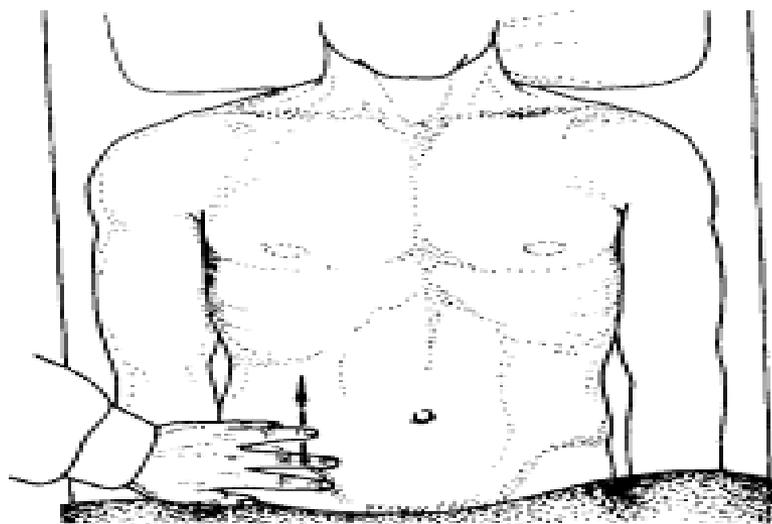


Рис. 54. Перкуторное определение нижней границы печени

Рис. 56. Бимануальная пальпация печени

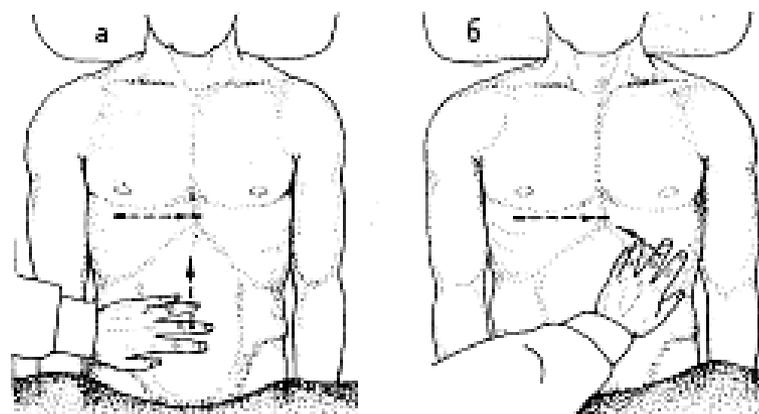


Рис. 57. Исходное положение пальца-плеврисметра и направление его перемещения при определении второго (а) и третьего (б) размеров печени по Курлову; пунктиром показано как находят условную верхнюю точку этих размеров

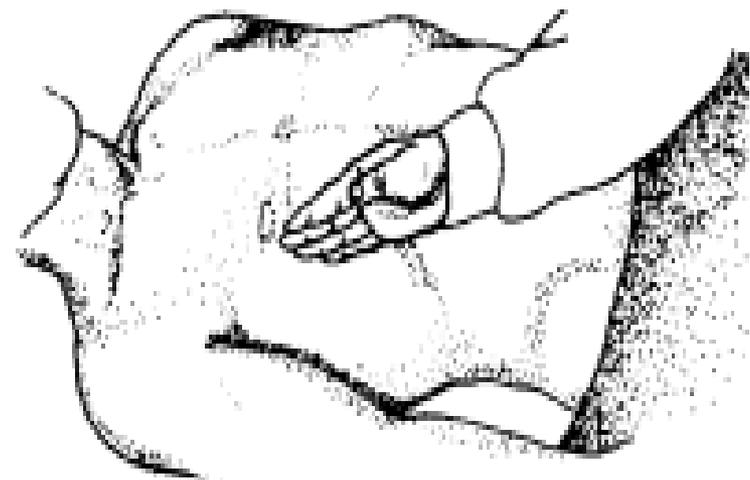


Рис. 59. Определение симптома Грекова-Ортнера

Рис. 58. Пальпация в точке  
желчного пузыря

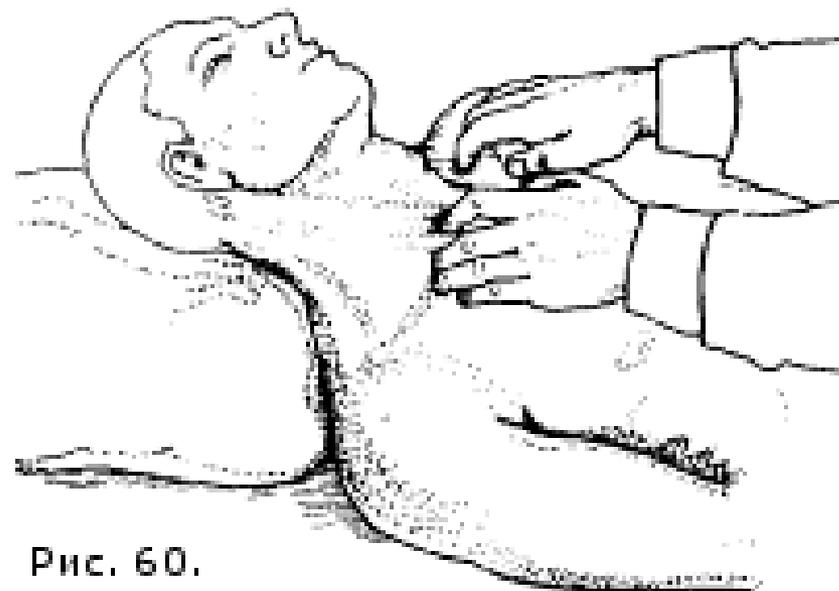
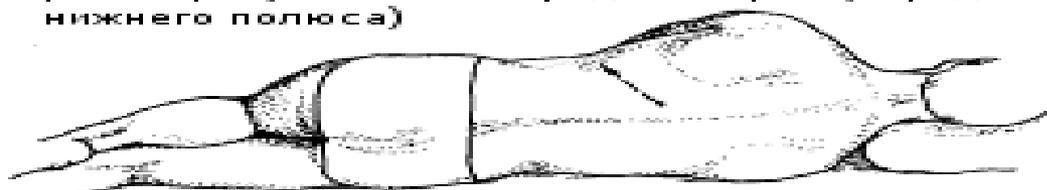


Рис. 60.  
Определение симптома Мюсси  
(френикус-симптом)

Рис. 63. Схема перкуторного определения  
размеров селезенки по Курлову :



а-направления перкуссии при определении ширины притупления и переднего края (передне-нижнего полюса)



б-направление перкуссии при определении заднего края (задневерхнего полюса)

Рис. 44. Пальпация  
сигмовидной кишки



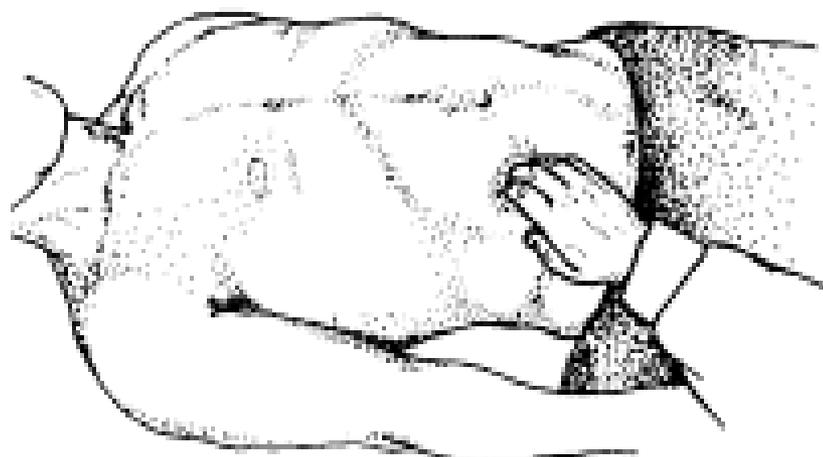
Рис. 45. Пальпация  
сигмовидной кишки  
(второй способ)



Рис. 48. Билатеральная  
пальпация поперечной  
ободочной кишки

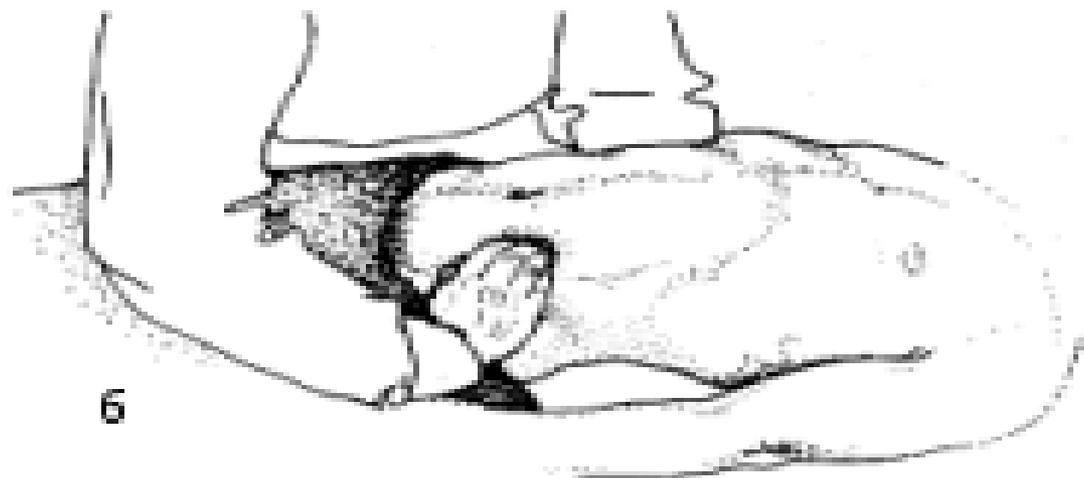


Рис. 46. Пальпация слепой кишки





**Рис. 47. Бимануальная пальпация  
восходящего (а) и нисходящего (б)  
отделов ободочной кишки**



**Дифференцировка  
образований,  
исходящих из  
брюшной стенки**

# 1. Правый верхний квадрант

## ▶ Печень

- Диффузное поражение ( цирроз, застойная печень, миелолойкоз)
- Узловое поражение ( метастатическое. Опухоли печени, абсцессы печени в т.ч. Амебный, паразитарные кисты)

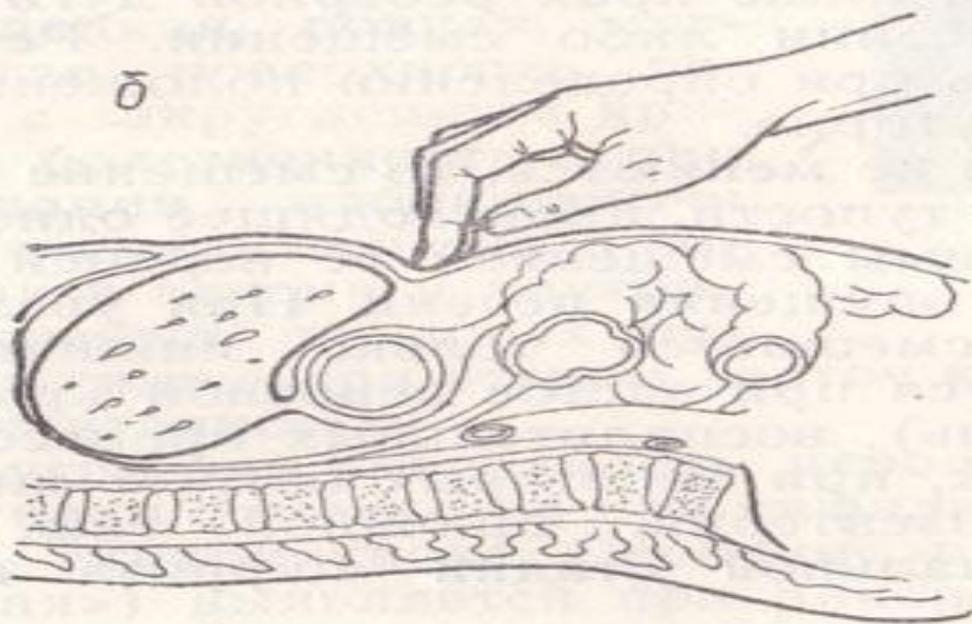
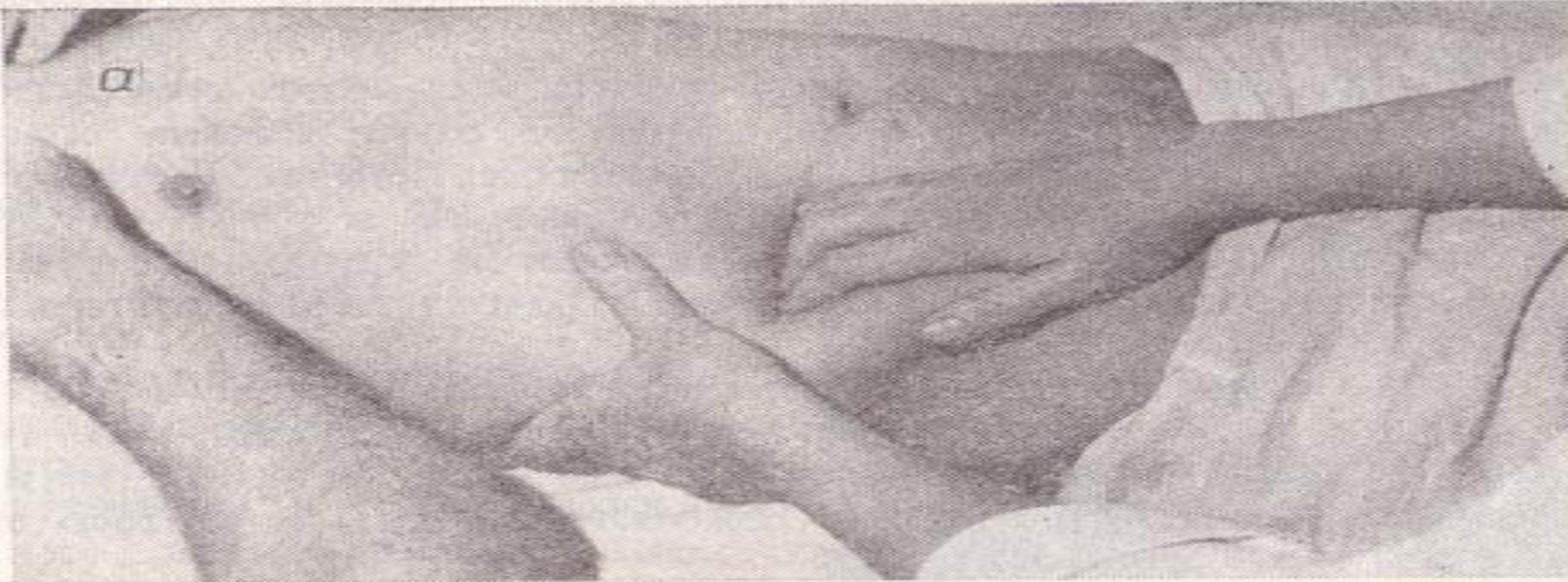


Рис. 59. Пальпация печени:  
а — обычная; б — толчкообразная.

# Цирроз

- ▶ тяжёлое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или стромой. Цирротичная печень увеличена или уменьшена в размерах, необычно плотная, бугристая, шероховатая.

# Застойная печень

- ▶ Застойные явления печени наблюдаются при многих заболеваниях сердца, которые проявляются сердечной недостаточностью. Основным патогенетическим механизмом является нарушение насосной функции сердца, приводящее к застою крови на уровне печеночных вен. Наряду с гепатомегалией, асцитом и периферическими отеками нередко больные с правожелудочковой недостаточностью отмечают боли в правом подреберье различной интенсивности.

- ▶ У таких больных обычно выявляются некоторые изменения лабораторных показателей (увеличение содержания в крови АсАТ, АлАТ, билирубина, снижение протромбина и альбумина).
- ▶ При гистологическом исследовании печеночных биоптатов выявляются расширение центральных вен и синусоидой, перивенулярный фиброз, формирование фиброзных тяжей цирроза печени (большинство больных умирают раньше от сердечной недостаточности).

# Узловое поражение печени

## ▶ Абсцесс печени

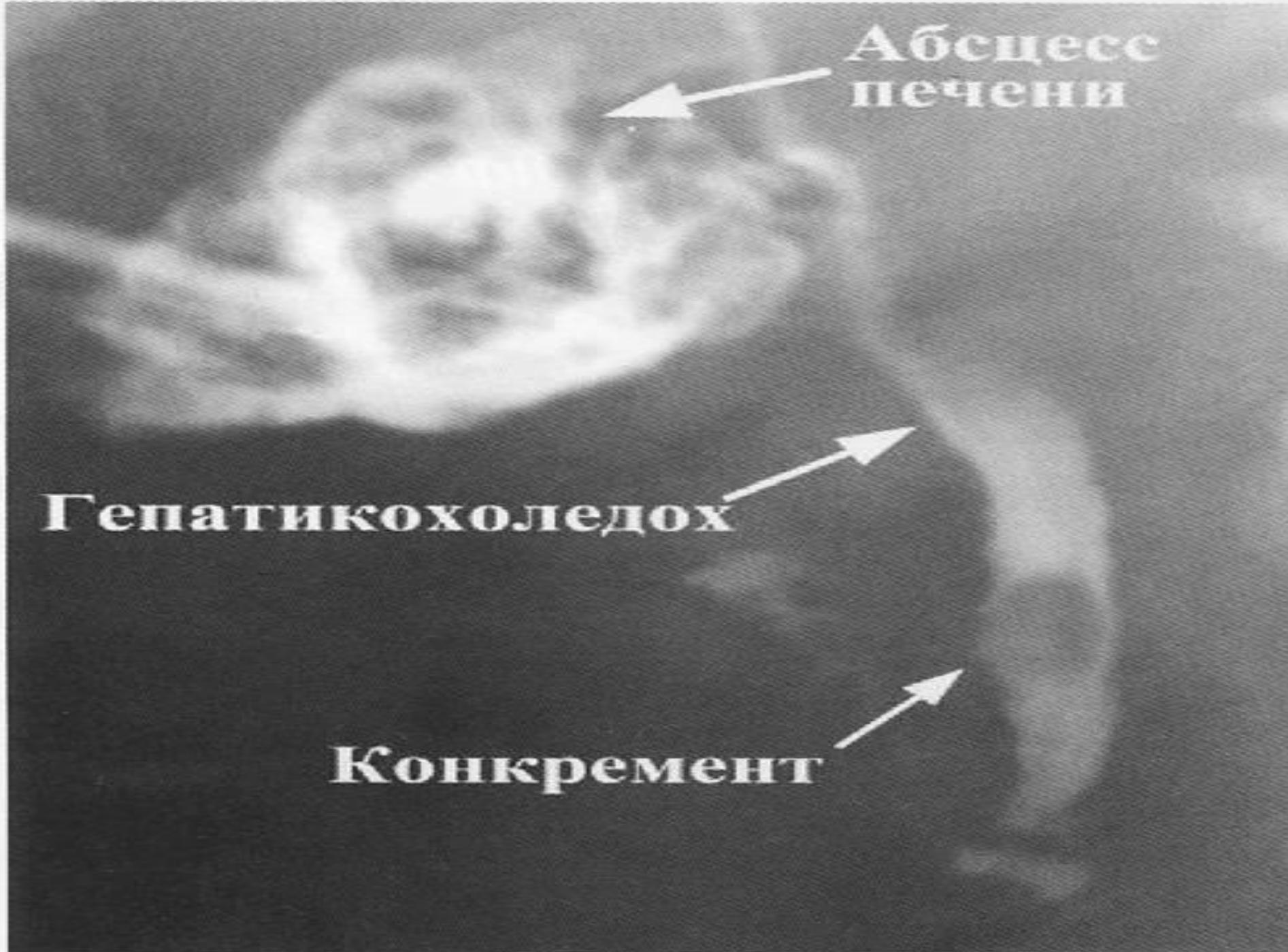
- нагноительные заболевания бактериальной или протозойной природы. Чаще всего встречаются амебные и бактериальные абсцессы, возбудителями которых может быть разнообразная флора. Абсцессы могут быть первичными и вторичными, когда удается установить заболевание, осложнившееся нагноительным процессом в печени; а также одиночными и множественными.

- ▶ **Клинически абсцесс печени можно заподозрить при достаточно высокой длительной лихорадке, болях в правом подреберье, гепатомегалии и болезненности при пальпации в правом подреберье, наличии лейкоцитоза, нейтрофилеза, ускорении СОЭ.**

**Абсцесс  
печени**

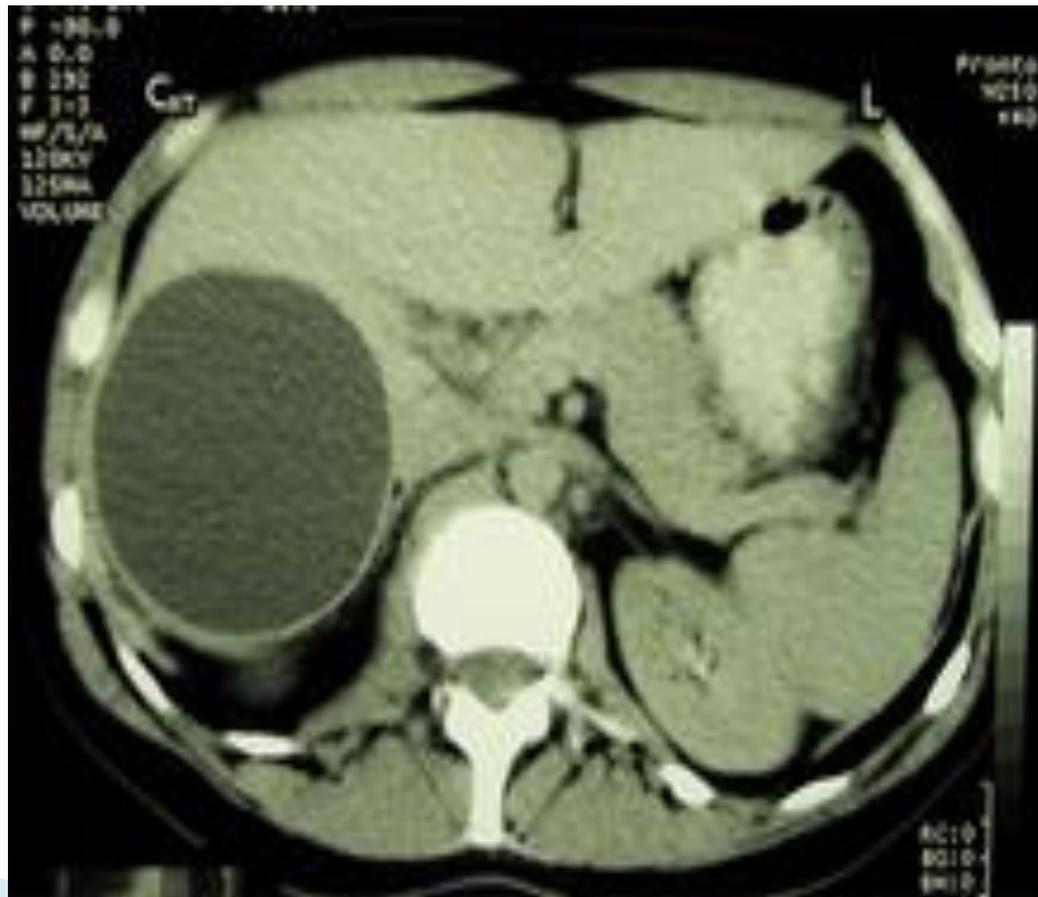
**Гепатикохоледох**

**Конкремент**



# Паразитарные кисты печени

## ▶ Эхинококкоз



## ▶ Альвеококкоз



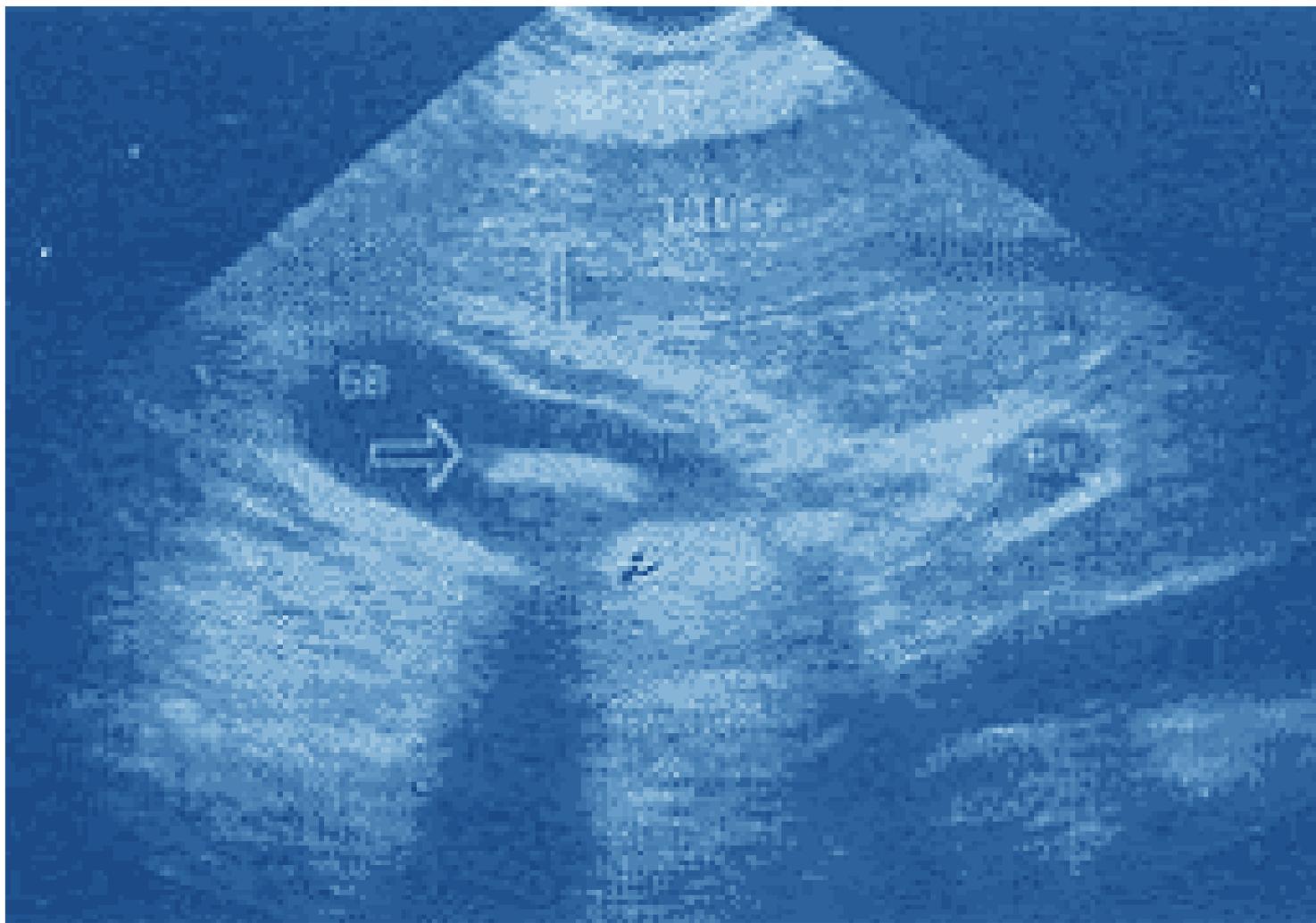
## ▶ Желчный пузырь

- Обструктивный холецистит, водянка желчного пузыря, рак желчного пузыря.

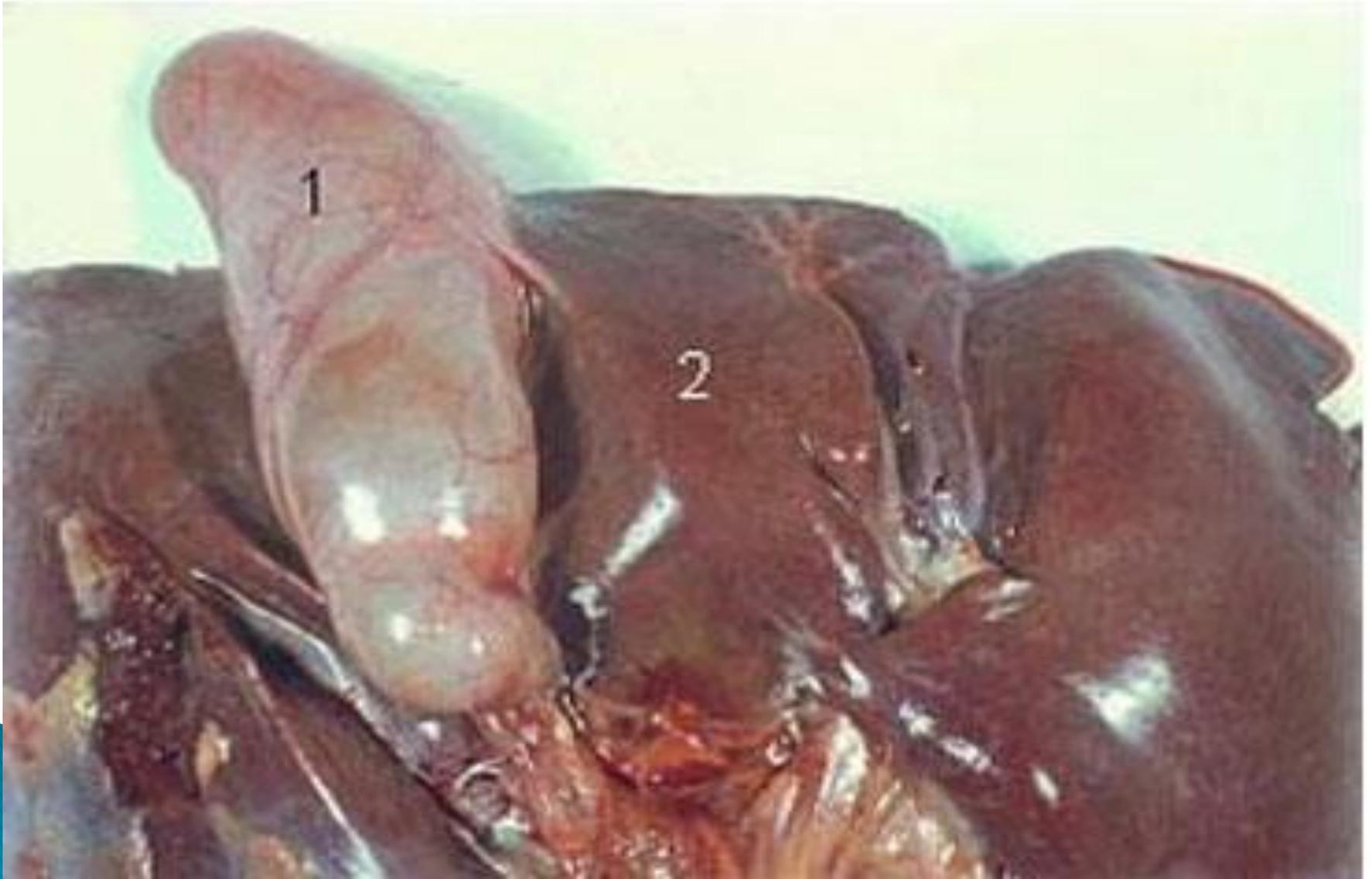
# Основные признаки острого холецистита:

- ▶ приступообразные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку; тошнота и рвота; озноб и повышение температуры тела; возможны желтуха и зуд кожного покрова. Опасное осложнение острого холецистита — перитонит.

**Острый обструктивный холецистит. Камень вклинен в шейке желчного пузыря.**



1 – гипертрофированный желчный пузырь, наполненный белой слизью;  
2 – печень.



# Почки

( поликистоз, гидронефроз,  
опухоль Вильмса, Киста)

# Поликистоз почек

- ▶ (синоним: поликистозная болезнь почек, сокр. ПБП) представляет собой генетическое заболевание, проявляющееся кистозным перерождением паренхимы почек. Одна из форм поликистозной дисплазии почек.

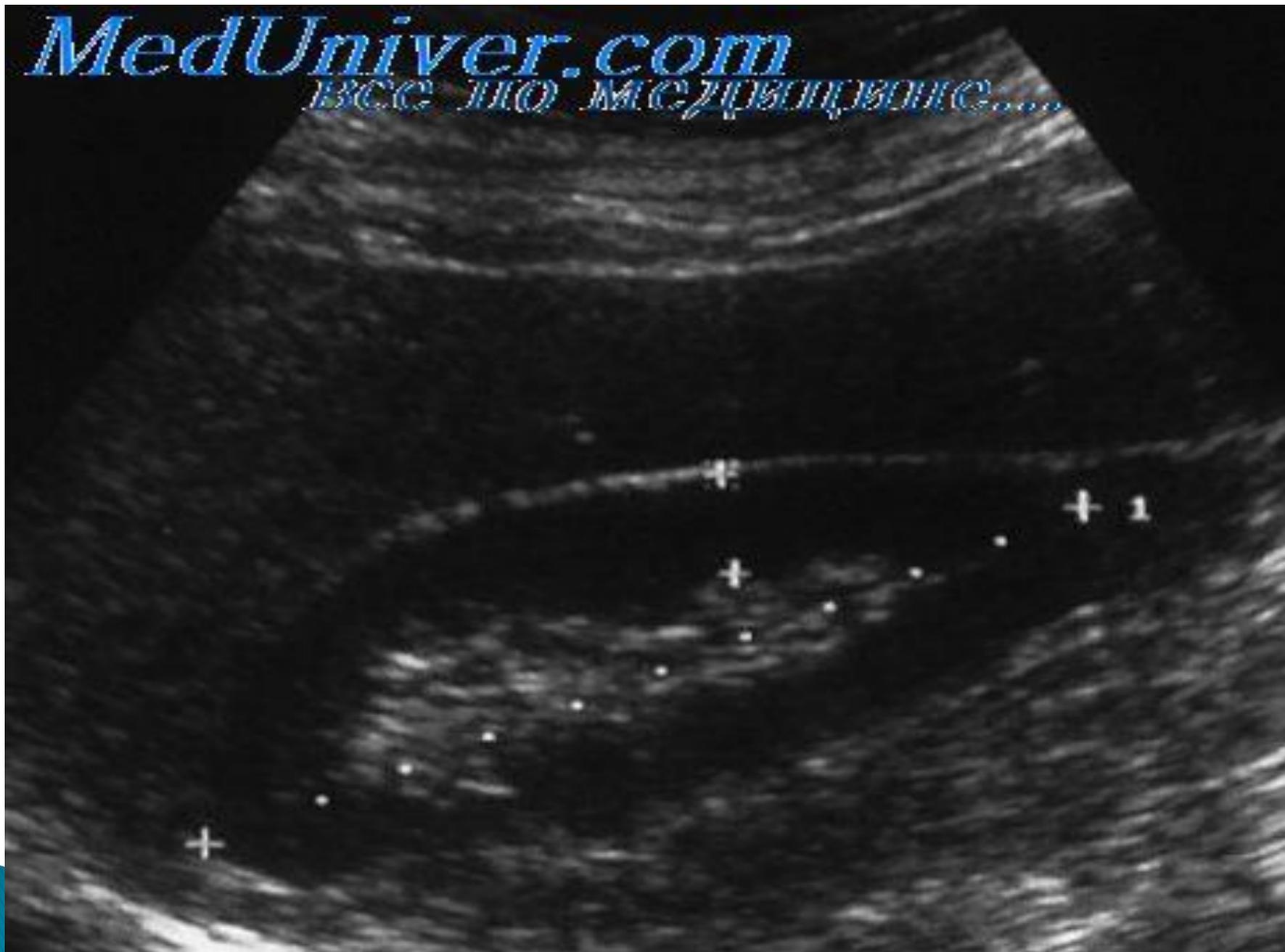
# Симптомы поликистоза почек могут включать:

- ▶ повышение артериального давления;
  - ▶ боль в спине или боку, связанная с увеличением почек;
  - ▶ боль в животе;
  - ▶ увеличение живота в размерах;
  - ▶ кровь в моче;
  - ▶ учащенное мочеиспускание;
  - ▶ камни почек;
  - ▶ почечная недостаточность;
  - ▶ инфекции почек.
- 

A-72-10



*MedUniver.com*  
*ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...*



# Гидронефроз

- ▶ стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек на почве нарушения оттока мочи в пиелoureтеральном сегменте, приводящее к постепенной атрофии почечной паренхимы.

- ▶ Клинически гидронефроз проявляется болями в животе, вторичным пиелонефритом и опухолевидным образованием в брюшной полости, обнаруживаемым при пальпации живота. У детей раннего возраста на первый план выступают увеличение живота, диспепсия, рвота, беспокойство и признаки инфекции мочевыводящих путей. При двухстороннем гидронефрозе возможно отставание ребенка в развитии.

ID:   
TOSHIBA SSA-250A

PWR16  
< 5 > 03m16.05  
16:33:50

C3.75  
19HZ



6/0/L  
80/86  
12.0CM

- ▶ **Опухоль Вильмса** – это опухоль почки, которая встречается в детском возрасте. Другое название этой опухоли – эмбриональная аденомиосаркома почки. Опухоли почек у детей составляют около 20% – 50% всех опухолей, встречающихся в детском возрасте. К сожалению, доброкачественные опухоли почек у детей встречаются очень редко. В 95% злокачественные опухоли почек у детей смешанные. Их принято называть опухолью Вильмса.

- ▶ Обычно на ранней стадии эта опухоль практически никак себя не проявляет. В некоторых случаях могут быть неопределенные боли в животе. Зачастую опухоль первыми обнаруживают сами родители ребенка, при пеленании, купании. Иногда родители могут рассказать, что до того, как они обнаружили опухоль, у ребенка отмечалось недомогание, плохой аппетит, бледность кожи, необъяснимое повышение температуры тела.



## 2. Левый верхний квадрант

### ▶ Селезенка (спленоомегалия)

Миелолейкоз

Портальная гипертензия

Субкапсулярная гематома

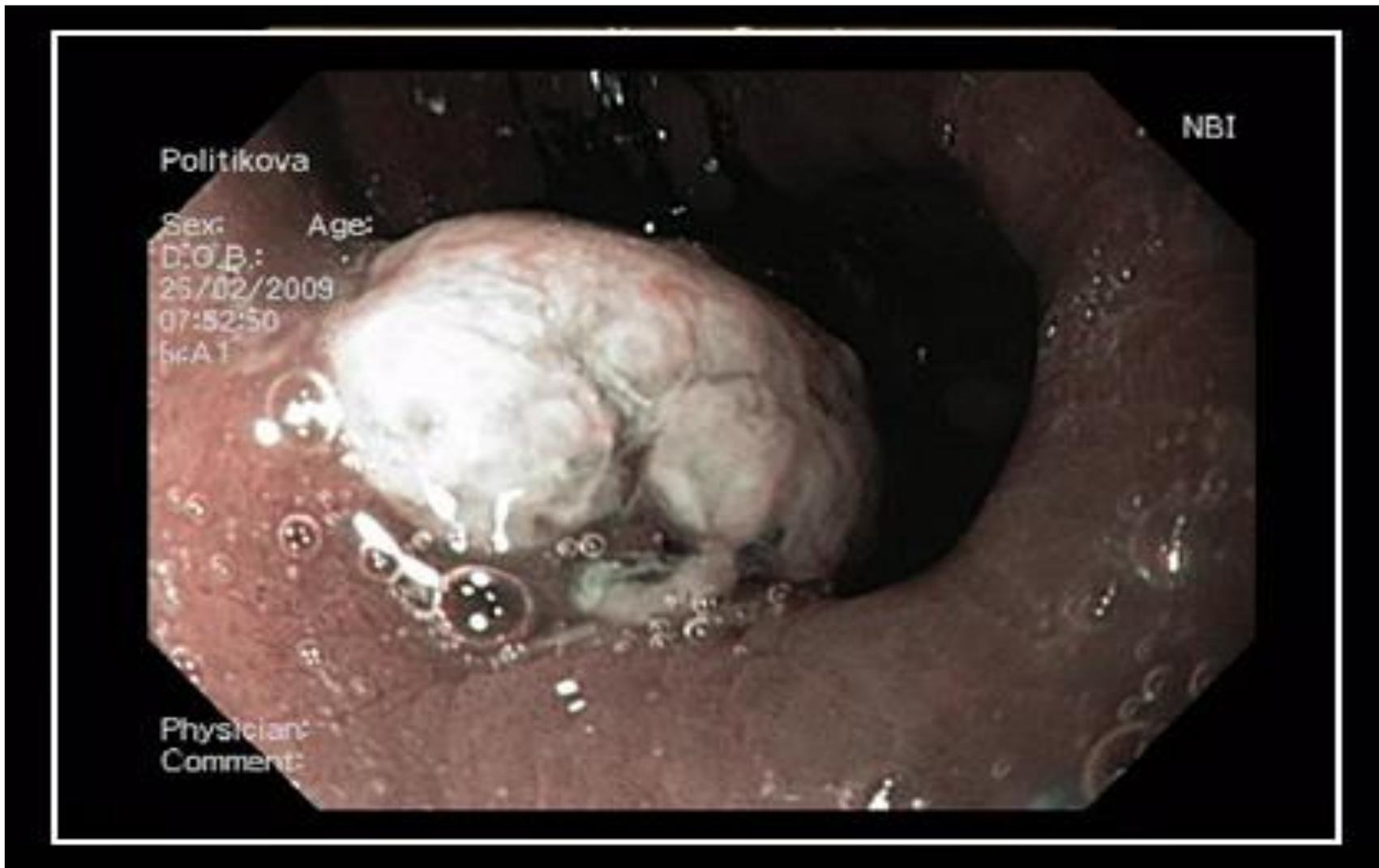
Малярия

## 3. Эпигастральная область

- ▶ Опухоль желудка,  
псевдокиста  
поджелудочной железы,  
аневризма брюшной аорты



Гастроскопия: рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод.



Вид опухоли желудка (рак) в режиме NDI через гастроскоп.

# Полипы желудка



# Псевдокиста ПЖ

- ▶ организовавшееся скопление панкреатического сока окруженное грануляционными тканями, локализующееся в или вокруг поджелудочной железы и возникшее в результате панкреатита или недостаточности панкреатического протока. Псевдокисты могут быть одиночными и множественными, большими и маленькими и могут развиваться внутри или вне поджелудочной железы. Большинство псевдокист связано с панкреатическим протоком и содержит большое количество пищеварительных ферментов. Стенки псевдокисты представлены прилегающими тканями такими как желудок, поперечно-ободочная кишка, желудочно-толстокишечная связка и поджелудочная железа. Внутренняя выстилка ПК представлена грануляционной и фиброзной тканью, отсутствие эпителиальной выстилки отличает ПК от истинных кистозных образований ПЖ.

# Клиника

- ▶ Увеличение псевдокисты может вызвать боль в животе, обструкцию ДПК, сосудов или желчных протоков. Могут сформироваться свищи с прилежащими органами, плевральной полостью или перикардом.
- ▶ Спонтанное инфицирование с формированием абсцесса.

- ▶ Переваривание прилежащих сосудов может вызвать формирование псевдоаневризмы, которая может вызвать резкий рост размеров ПК или кровотечение из ЖКТ в результате кровотечения в панкреатический проток.
- ▶ Панкреатический асцит и плеврит может образоваться при разрыве панкреатического протока с формированием свища с брюшной или грудной полостью или при разрыве ПК.

ACCUVIX

XQ

General

#255 / 10.0cm MI 0.6

EC4-9ES / Gen TI 0.2 12:16:38 pm

M

[2D] G55 / 80dB

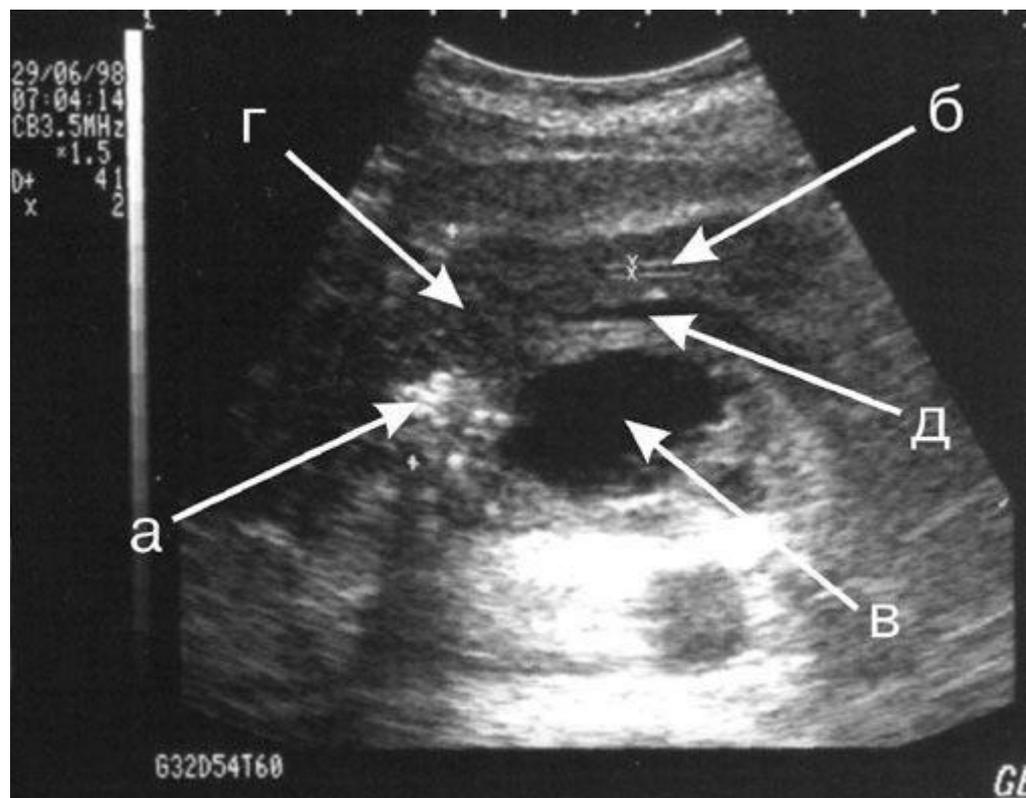
FA2 / P90



+D 1.87cm

**Pancrease pseudocyst**

Эхограмма хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы: а) кальцинаты в головке ПЖ; б) нерасширенный Вирсунгианов проток; в) псевдокиста ПЖ; г) увеличенная головка ПЖ; д) селезеночная вена;



# Аневризма брюшной аорты

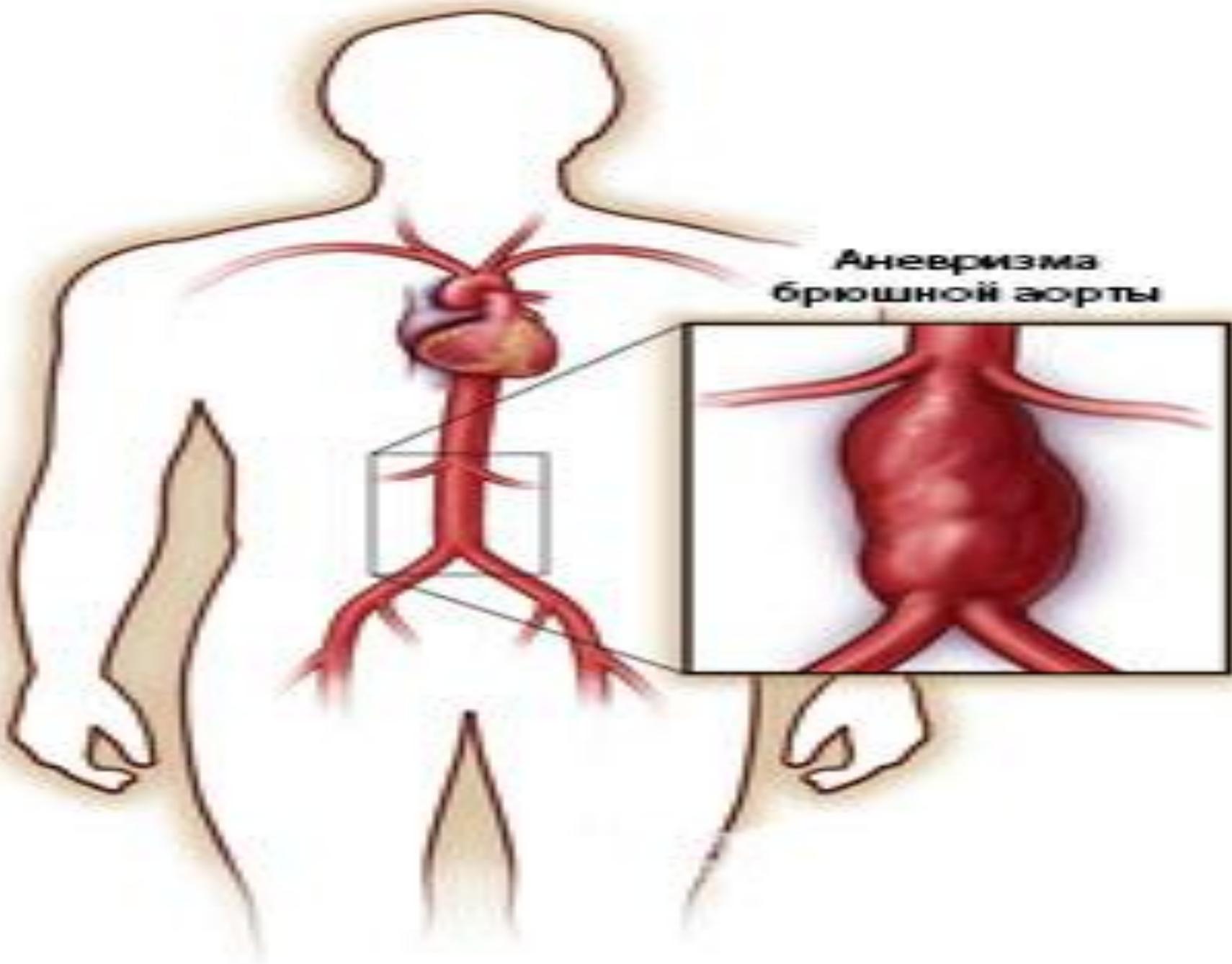
- ▶ Аорта – самая большая артерия в вашем теле, и несет кровь из вашего сердца. Аорта располагается в грудной клетке, где её называют грудной аортой. В брюшной полости, её называют брюшной аортой. Брюшная аорта поставляет кровь в нижние части тела. Ниже живота, аорта делится на 2 ветви, которые несут кровь в каждую ногу.
- ▶ Когда слабая часть брюшной аорты расширяется или выпирает, это называют **аневризмой брюшной аорты**.

# Наиболее частые признаки аневризмы это:

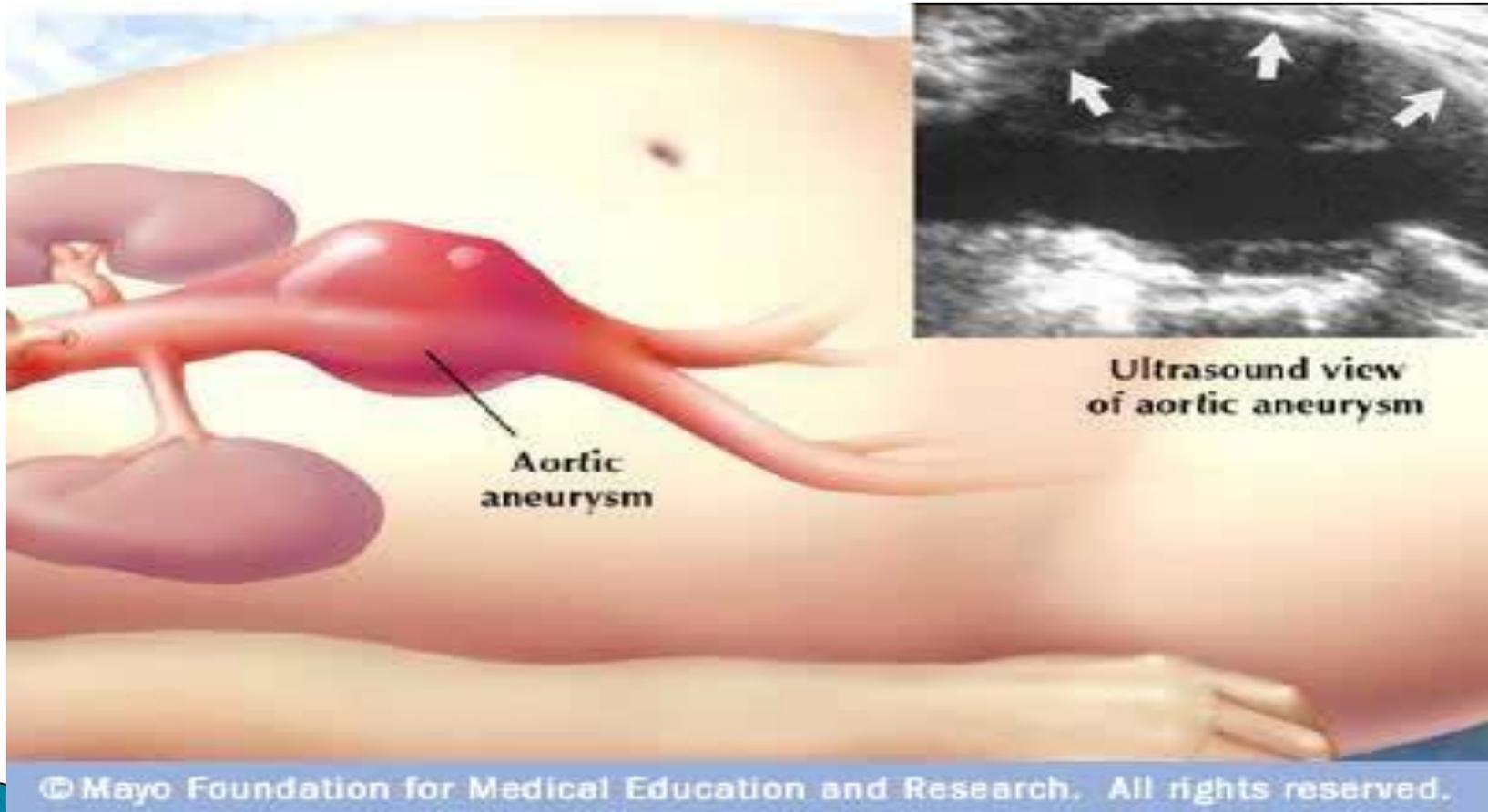
- ▶ боли в животе – наиболее постоянный симптом, локализуются обычно в околопупочной области или в левой половине живота, могут быть постоянными, ноющими или носить приступообразный характер, иногда иррадиируют в поясничную или паховую область.
- ▶ чувство усиленной пульсации в животе, ощущение тяжести и распираения в над пупком, вздутие живота.

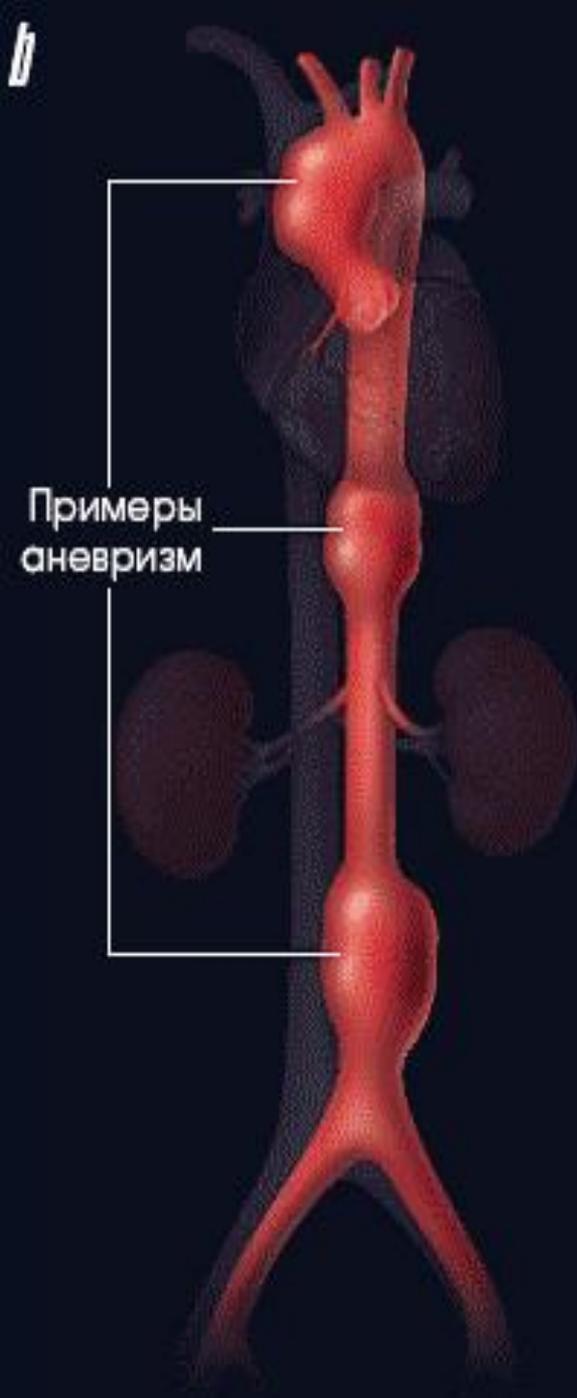
- ▶ В редких случаях, боль в ногах, побледнение нижней конечности
- ▶ При разрыве аневризмы можете внезапно почувствовать интенсивную слабость, головокружение, или боль, и потеря сознания. Это – опасная для жизни ситуация, и Вы должны немедленно госпитализироваться.

**Аневризма  
брюшной аорты**



# УЗИ при аневризме брюшной аорты



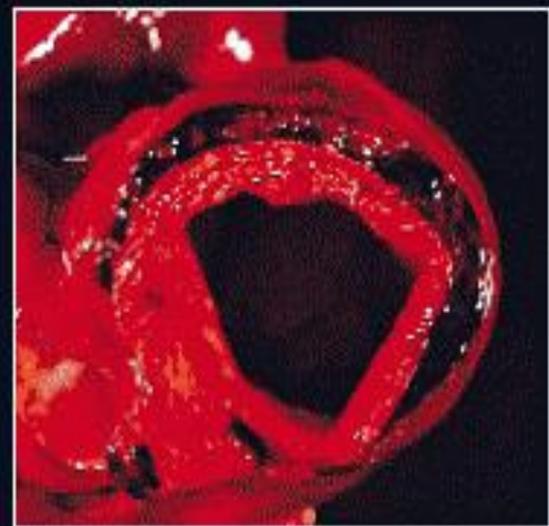


РАЗРЫВ



РАССЛОЕНИЕ

Поперечный срез  
расслоившейся аневризмы



# Лечение

- ▶ Существуют следующие подходы к лечению аневризм брюшного отдела аорты:  
Наблюдение за пациентом в динамике  
При размере аневризмы менее 4.5 см в диаметре риск хирургического вмешательства превышает риск разрыва. Таким пациентам должны проводиться повторные ультразвуковые исследования и/или компьютерная томография не реже 1 раза в 6 месяцев. При диаметре аневризмы более 5 см хирургическое вмешательство становится предпочтительным, так как с увеличением размеров аневризмы повышается риск разрыва аневризмы.

- ▶ Хирургическое лечение направлено на профилактику жизнеугрожающих осложнений. Риск хирургического вмешательства связан с возможными осложнениями, которые включают инфаркт, инсульт, потерю конечности, острую ишемию кишечника, сексуальную дисфункцию у мужчин, эмболизацию, инфекцию протеза, почечную недостаточность.
- ▶ Средний показатель смертности при открытых вмешательствах составляет от 3–5 %, однако может быть выше при вовлечении в аневризму почечных и/или подвздошных артерий, а также в силу имеющейся у пациента сопутствующей патологии.
- ▶ Наблюдение в послеоперационном периоде осуществляется один раз в год. Отдаленные результаты лечения хорошие.

## 4. Правый нижний квадрант

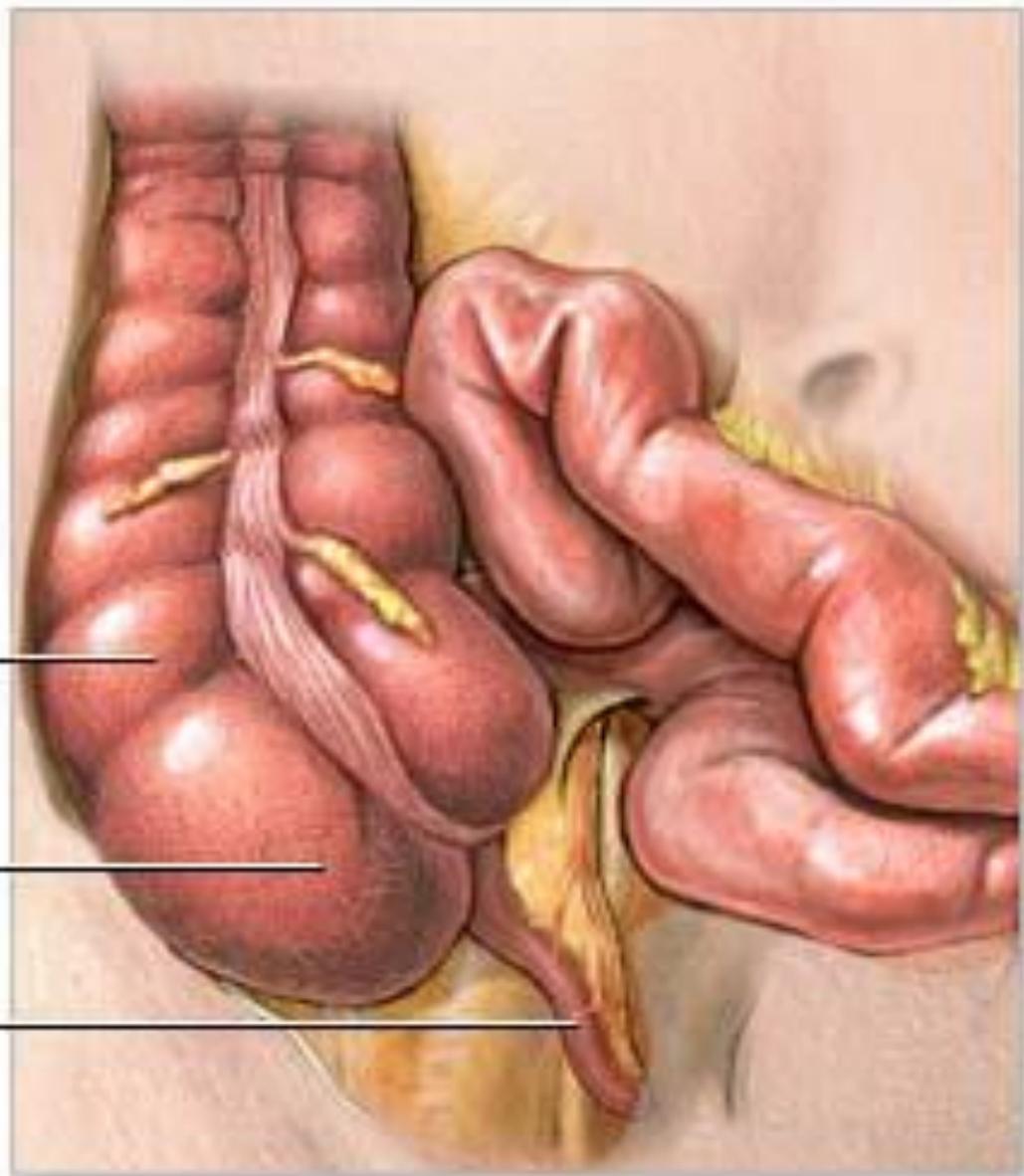
- ▶ Аппендикулярный абсцесс или инфильтрат
  - ▶ Опухоль слепой кишки
  - ▶ Болезнь Крона
- 



Large  
intestine

Cecum

Appendix



# Аппендикулярный инфильтрат или абсцесс

- ▶ **Аппендикулярный инфильтрат** — одно из осложнений острого аппендицита промежуточного периода (3—5 дней). Представляет собой конгломерат плотно спаянных друг с другом, воспалительно изменённых тканей, включающих сам аппендикс, а также окружающие его образования: слепую кишку, тонкую кишку, сальник. Как правило, аппендикулярный инфильтрат развивается на 2—4-й день от начала заболевания. При этом в правой подвздошной области, реже в других участках, появляется ограниченное, болезненное при пальпации, плотное и неподвижное образование.

- ▶ Сохраняется симптом Щеткина–Блюмберга и другие симптомы раздражения брюшины. В лейкоцитарной формуле — нейтрофилия с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ. Температура 37–38 °С. Через несколько дней клиника аппендицита сворачивается. Наличие аппендикулярного инфильтрата является практически единственным противопоказанием к аппендэктомии (вторым противопоказанием является отказ пациента от операции), из-за отсутствия технической возможности выделить червеобразный отросток из воспалительного конгломерата. Аппендикулярный инфильтрат необходимо дифференцировать в первую очередь с опухолью толстой кишки и паховой грыжей.

аппендикулярный инфильтрат при тазовом расположении отростка у ребенка 3 лет. Давность заболевания – не менее 5 суток. Стенки отростка гиперемированы, контуры его прослеживаются достоверно;



- ▶ Возможны два исхода аппендикулярного инфильтрата: рассасывание (что происходит у большинства пациентов) или нагноение с образованием периаппендикулярного абсцесса «Инфильтрат — это волк в овечьей шкуре» (А. Г. Бржозовский). Это сопровождается усилением боли, увеличением размера инфильтрата, появлением флюктуации, ухудшением общего состояния, иногда — симптомами раздражения брюшины.

- ▶ **Аппендикулярный абсцесс** — осложнение острого аппендицита, отграниченный перитонит (гнойник, содержащий червеобразный отросток. Стенками его могут быть большой сальник, петли кишечника и другие органы), располагается в полости брюшины или забрюшинной клетчатке (правая подвздошная область, малый таз, поддиафрагмальное пространство, ретроцекальное пространство).  
**Частота** — 14–19% случаев аппендикулярного инфильтрата. Преобладающий пол — женский, т.к. женщины болевой синдром часто связывают с заболеваниями внутренних половых органов и своевременно не обращаются к хирургу.

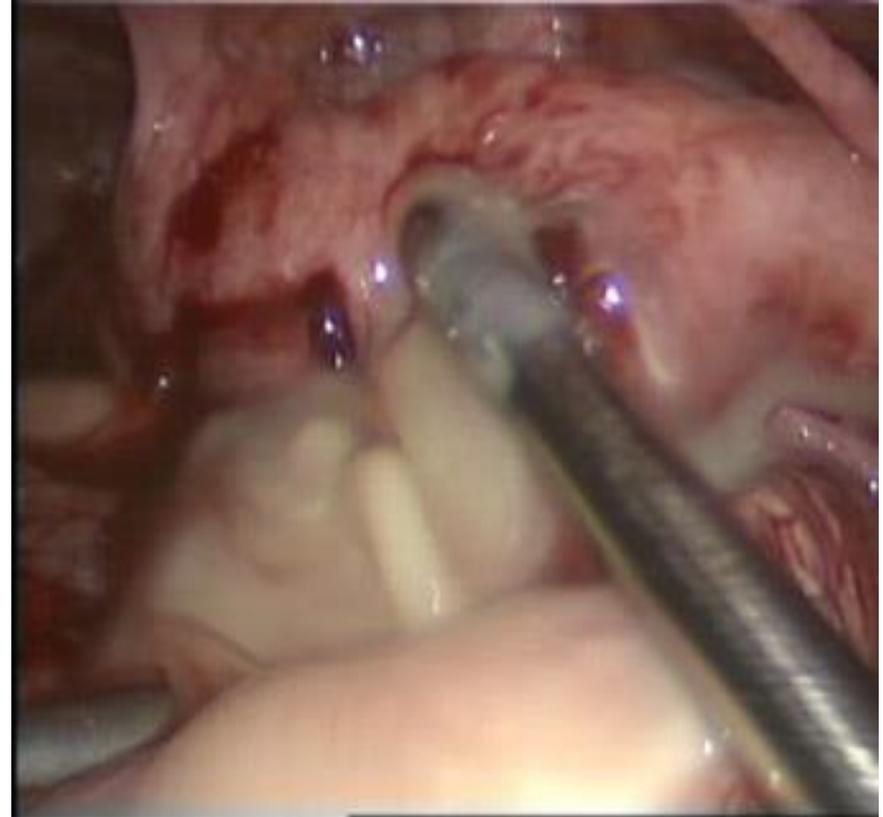
- ▶ **Этиология и патогенез** • Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата (ошибки в диагностике, неполноценное лечение, позднее обращение к врачу) • В случае прогрессирования может происходить прорыв гнойника в брюшную полость с развитием перитонита, в забрюшинное пространство (с образованием забрюшинной флегмоны) или в полые органы (чаще в просвет кишки).

# Клиника

- ▶ • Начало заболевания — типичный приступ острого аппендицита.
  - При наличии признаков острого аппендицита в течение 2–3 сут следует предполагать образование аппендикулярного инфильтрата, в течение 5–6 сут — его абсцедирование и развитие аппендикулярного абсцесса.
  - Пальпация — болезненное неподвижное опухолевидное образование в правой подвздошной области, нижний его полюс может определяться при вагинальном или ректальном исследовании.
  - Клинические признаки распространённого перитонита отсутствуют.

- ▶ • Проводимое лечение аппендикулярного инфильтрата неэффективно •
- ▶ Повышение температуры тела до 39–40 °С с ознобами
- ▶ • Увеличение инфильтрата в размерах (приближается к передней брюшной стенке), усиление болезненности при пальпации
- ▶ • Нарастание интенсивности пульсирующей боли
- ▶ • Появление признаков раздражения брюшины

- ▶ • Увеличение разницы между температурой тела, измеренной в подмышечной впадине и прямой кишке
  - ▶ • Гиперемия кожи и флюктуация — поздние признаки.
  - ▶ • В некоторых случаях — явления непроходимости кишечника, разлитого перитонита.
- 



# Рак слепой кишки

- ▶ Слепая кишка – это место наиболее частой локализации доброкачественных и злокачественных образований (более 40% зарегистрированных случаев опухолей толстого кишечника приходится именно на этот отдел).

- ▶ Симптомы заболевания крайне разнообразны и зависят от того, до каких размеров выросла опухоль слепой кишки и наличия осложнений, связанных с сопутствующими болезнями желудочно-кишечного тракта. К числу признаков, позволяющих заподозрить рак слепой кишки, относятся:  
головокружение, тахикардия, общая слабость, изменение цвета каловых масс и кровотечения из заднепроходного отверстия. Нередко эти симптомы сопровождаются ноющими, постоянными болями в правой нижней части живота

# Лечение

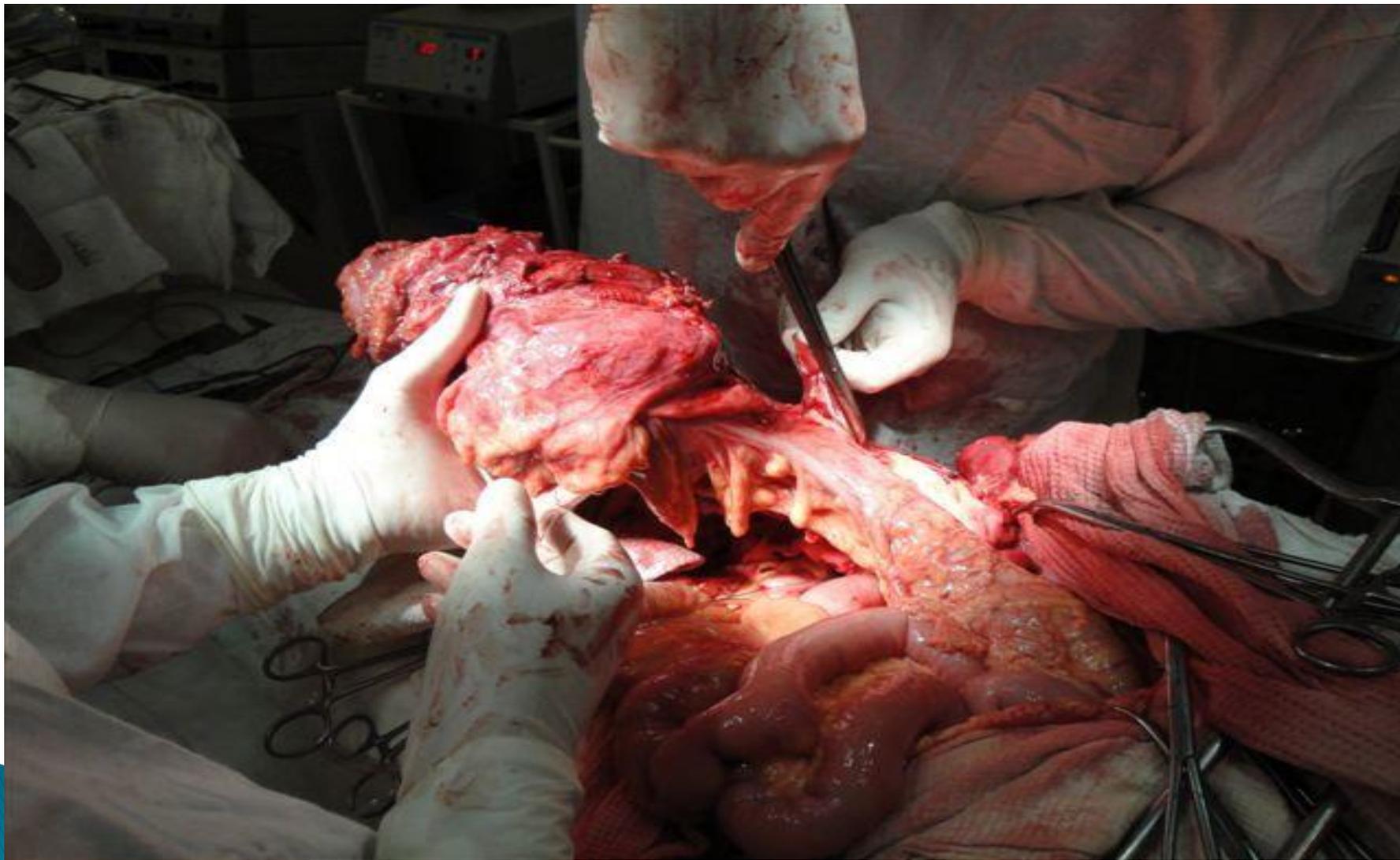
- ▶ На сегодняшний день основной методикой лечения опухолей является резекция пораженного участка. Перед операцией слепая кишка, воспаление в которой может привести к появлению метастазов, тщательно исследуется для определения объемов хирургического вмешательства.

- ▶ Как правило, рак слепой кишки удаляется в пределах здоровых тканей. Если позволяют особенности течения болезни и технические возможности медицинского учреждения, пациенту накладывают первичный анастомоз. При наличии метастаз в соседние органы опухоль слепой кишки удаляется вместе с другими пораженными отделами тонкого и толстого кишечника.
- ▶ Необходимость в колостомии при раке слепой кишки возникает редко. Исключением являются случаи, когда у пациента проявляются: кишечная непроходимость, сильные кровотечения или прободения кишечника.

Узловая, язвенная, обтурирующая опухоль слепой кишки у 83-летней женщины. Гистология – злокачественная лимфома В-клеточного типа.



## Местнораспространенная опухоль слепой кишки.



## 5. Левый нижний квадрант

- ▶ Дивертикулит сигмовидной кишки
- ▶ Опухоль сигмовидной кишки

- ▶ Дивертикулярная болезнь толстой кишки – это заболевание при котором на стенке кишки образуются множественные истонченные выпячивания слизистой оболочки за пределы кишечной стенки.
- ▶ Дивертикулы формируются в местах наименьшего сопротивления кишечной стенки, то есть в зонах где кровеносные сосуды (*vasa recta*) проникают через циркулярный мышечный слой по направлению к слизистой оболочке. Этот "перфорирующий" сосуд обычно расположен по брыжеечному краю обеих противобрыжеечных теней. Наиболее часто (в 90–95% случаев) дивертикулы локализуются в левой половине ободочной кишки, причем изолированное поражение сигмовидной кишки наблюдается у 65% пациентов. Другие отделы ободочной кишки поражаются значительно реже, только 2–10% больных имеют изолированное поражение восходящей или поперечной ободочной кишки.

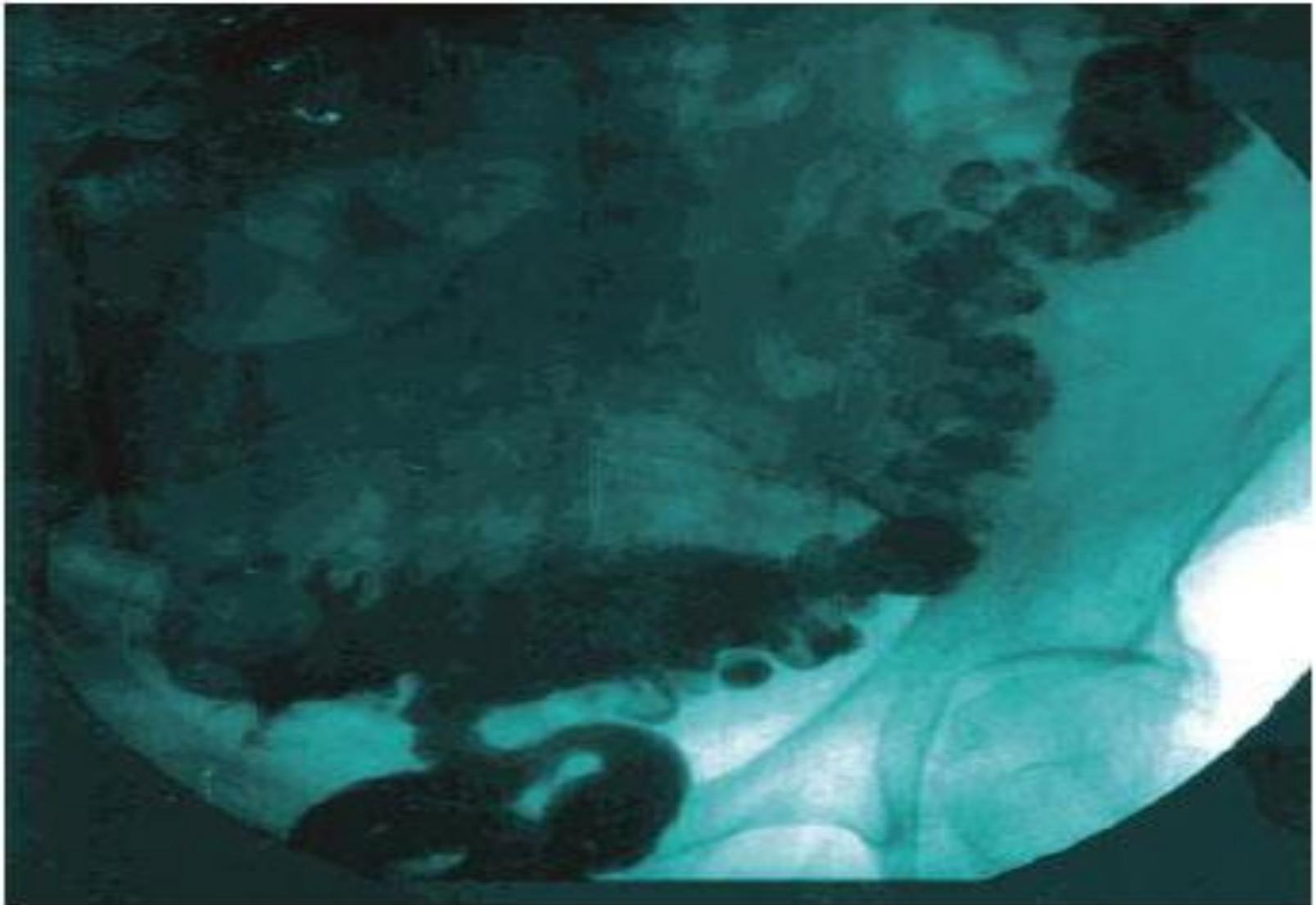
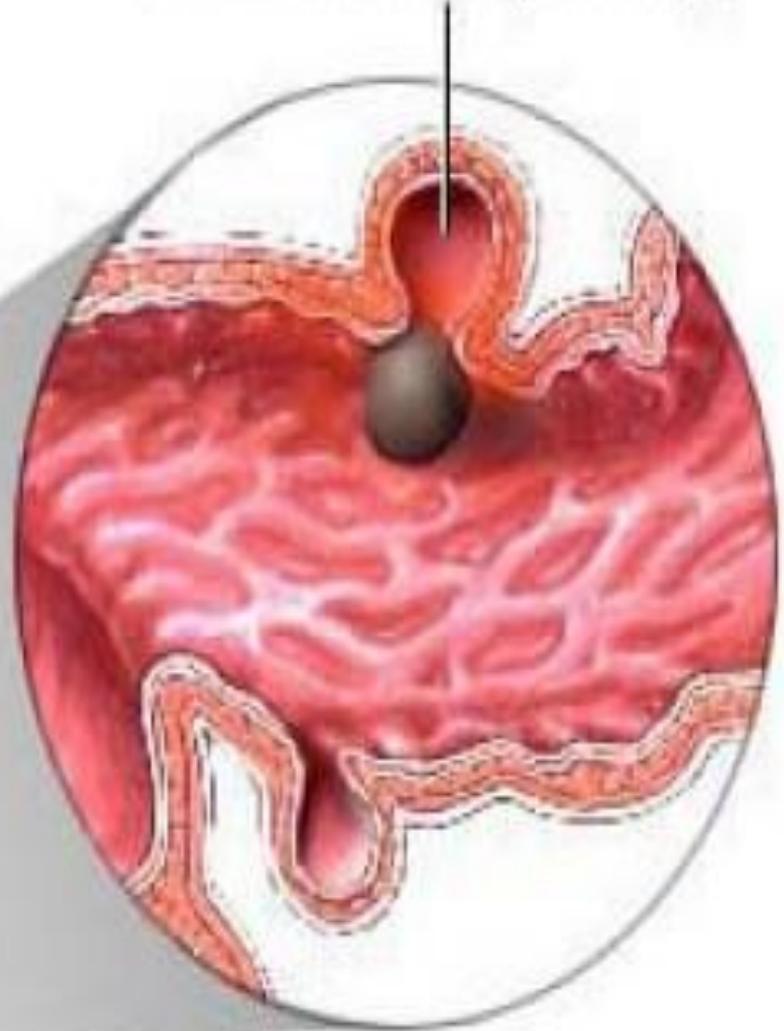


Рис. 1



Obstructed  
diverticula opening

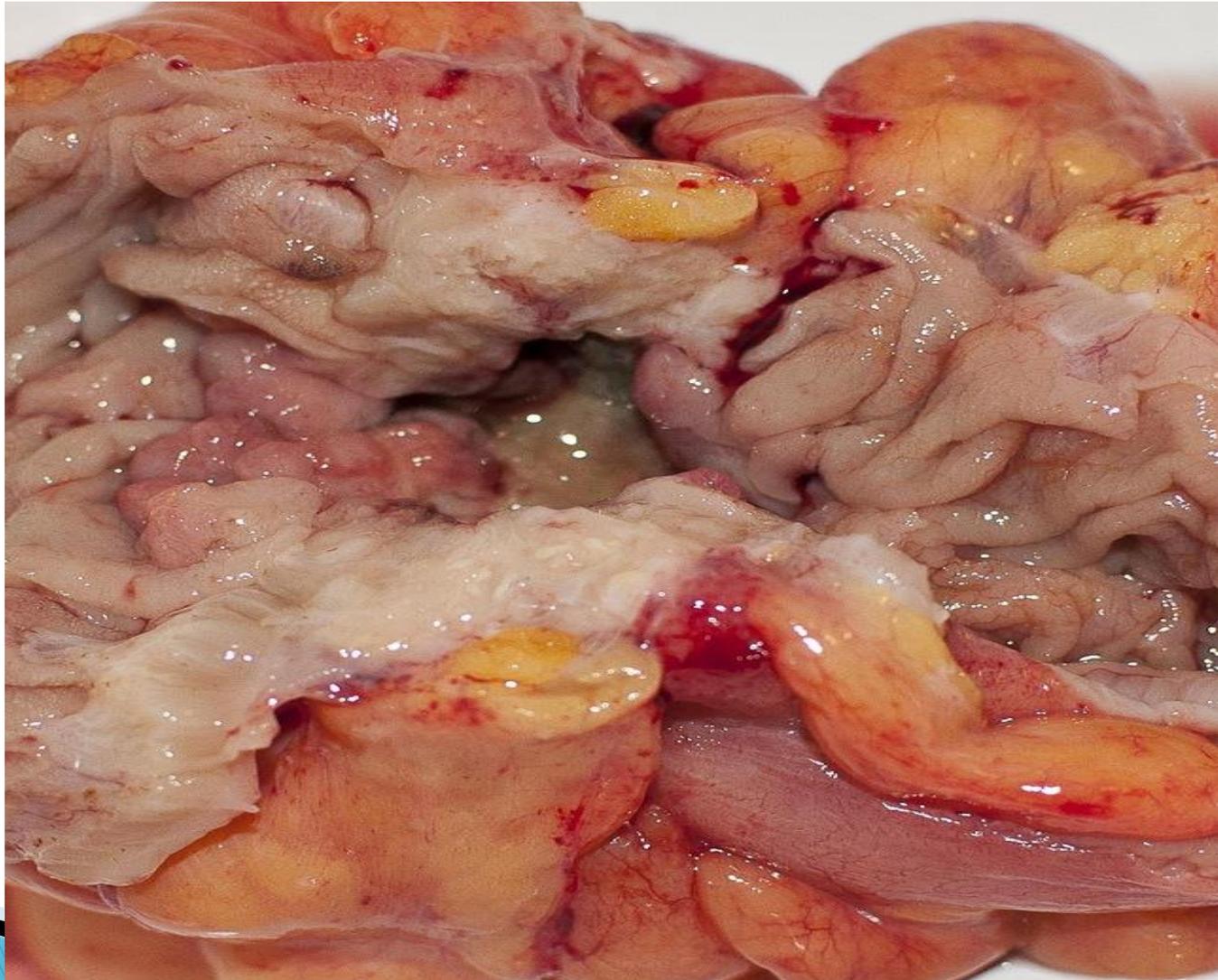


- ▶ **Дивертикулит сигмовидной кишки** является следствием обычно бессимптомно протекающего дивертикулоза (множественные выпячивания слизистой сигмовидной кишки). Только при воспалении дивертикула возникают патологические симптомы — отхождение слизи и крови, а также неопределенные боли в области сигмовидной кишки. Кровотечение может быть даже очень значительным и возникать остро. В далеко зашедших случаях образуется сужение кишки, появляются коликообразные боли, илеусоподобные явления, мелаена, образование гнойника, а также перфорация в брюшную полость или в мочевой пузырь. Дивертикулит сигмовидной кишки может также вызывать острые, значительные боли с явлениями раздражения брюшины. При этом говорят о левостороннем аппендиците, так как клиническая картина соответствует таковой при перфоративном аппендиците.

# Опухоль сигмовидной кишки



# Рак сигмовидной кишки



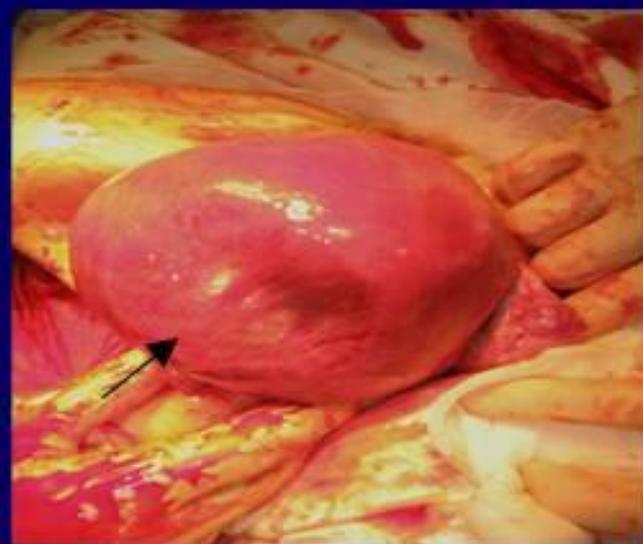
## 6. Надлобковая область

- ▶ Миома матки
- ▶ Кистома яичника

# Миома матки

- ▶ это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки — миометрии. Миома представляет собой клубок хаотично переплетающихся между собой гладкомышечных волокон и обнаруживается в виде узла округлой формы. Узлы миомы могут достигать больших размеров и веса в несколько килограммов.
- ▶ Клинически : менструальные кровотечения (меноррагии), чувство давления и боли внизу живота; Меноррагии более характерны для подслизистых миом.

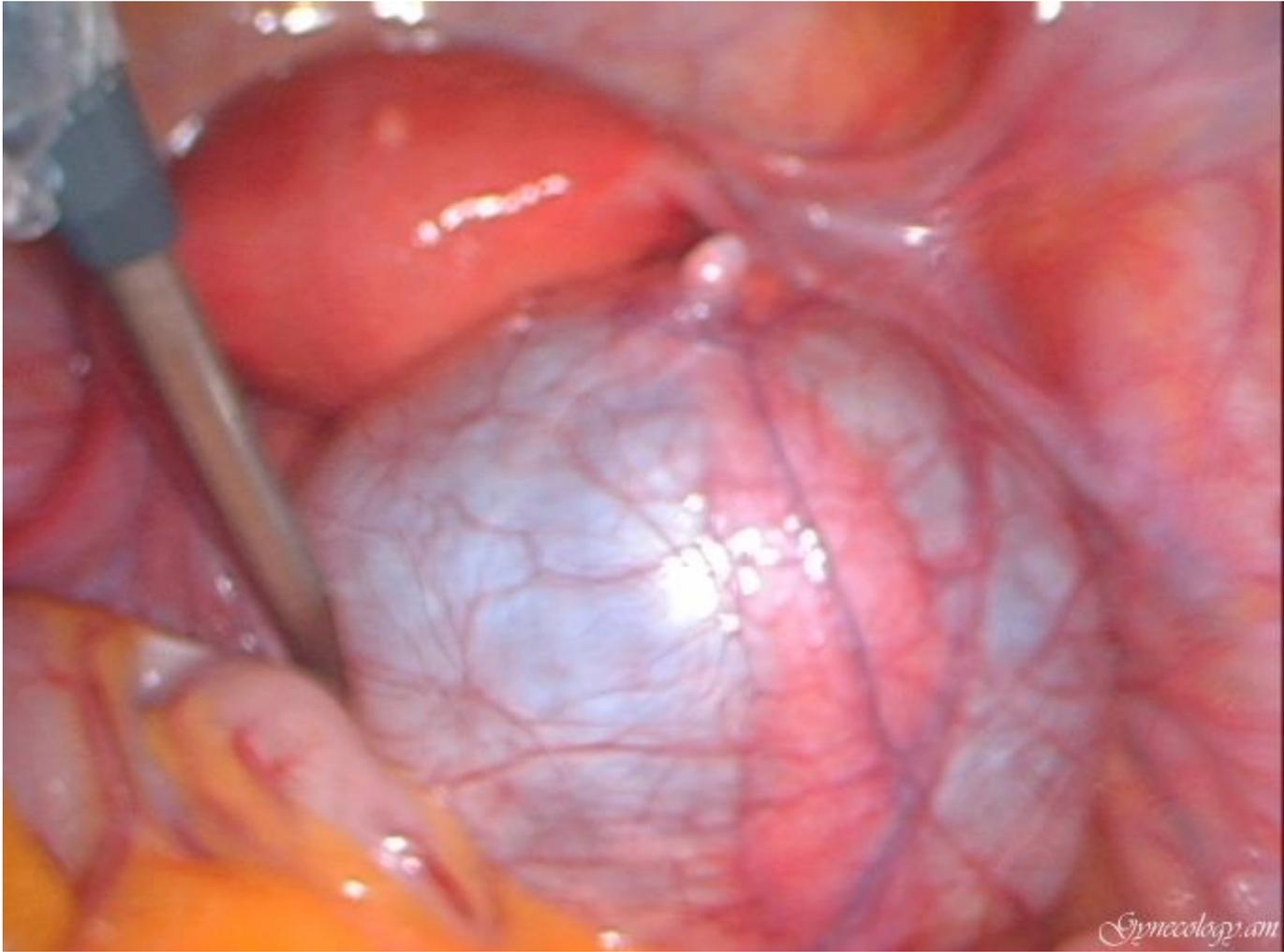
# РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ



# Кистома яичника

- ▶ **Кистома яичника** относится к доброкачественным опухолям, однако при ее запущении может переродиться в злокачественную опухоль. По происхождению кистомы можно разделить на:
  - первичные, которые развиваются из тканей яичника;
  - вторичные, которые сформировались в результате метастазирования

- ▶ Развитие данной опухоли бессимптомное. В некоторых случаях больные могут жаловаться на боли внизу живота. При кистоме яичников не нарушается менструальная функция. Гинекологический осмотр позволяет определить опухолевидное образование кзади от матки.
- ▶ Не зависимо от типа опухоли, будь то кистама правого яичника или же кистама левого яичника, врач всегда будет настаивать на ее обязательном удалении, даже подразумевая, что она носит доброкачественный характер. Данное решение основано на том, что гинекологический осмотр не дает возможности точно установить характер кистомы. Именно поэтому для того, чтобы исключить вероятность ее злокачественности, следует произвести удаление кистомы яичника.



Ссылка для прохождения  
тестирования –  
[https://forms.gle/crsKoX65  
XEpZRatv5](https://forms.gle/crsKoX65XEpZRatv5)

После изучения лекции необходимо  
пройти тестирование при помощи сервиса  
Гугл-формы.

Пожалуйста, корректно заполняйте поля  
ФИО, факультет и номер группы.