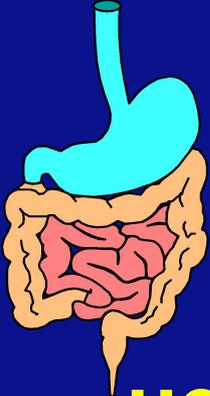


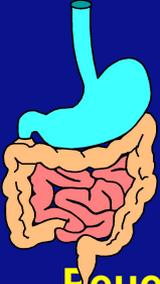
**Острая абдоминальная боль,  
напряжение передней брюшной  
стенки. Острая боль в  
промежности и тазовой области**

**Кафедра хирургии № 2**



# Боль - это

**неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей или изображаемой терминами такого повреждения (Международная Ассоциация по изучению боли, 1994 г).**

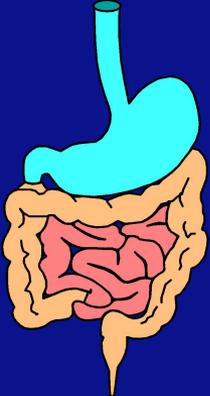


# Физиология боли

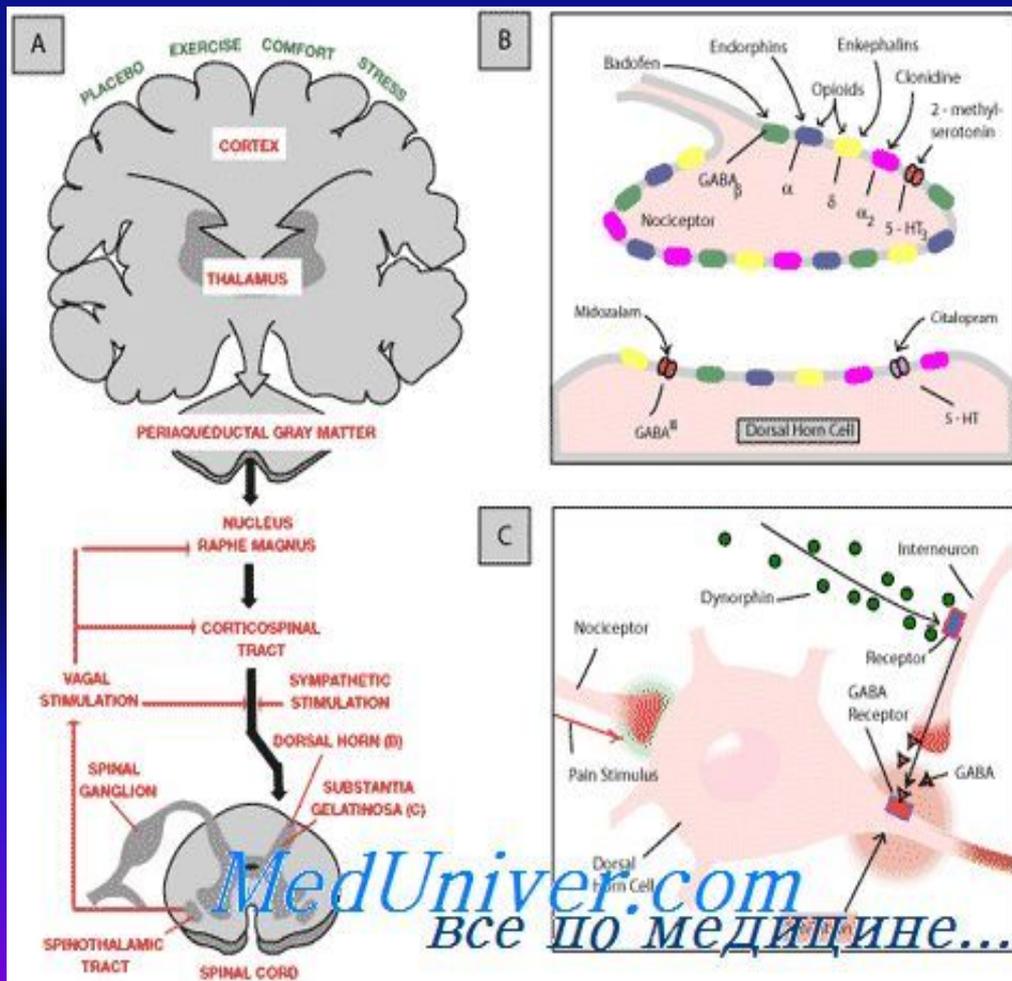


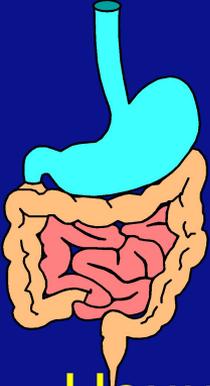
Рецепторы, воспринимающие повреждение тканей и формирующие афферентный поток импульсов, являются специфическими. Они получили название болевых. Используется термин «ноцицептор» в качестве аналога «болевого рецептора». Считается, что они представляют собой свободные нервные окончания немиелинизированных волокон и имеют множество концевых разветвлений с мелкими аксоплазматическими отростками, образующими плексиморфные сплетения в различных тканях и органах.

В зависимости от возбуждающих факторов выделяют две их разновидности: механорецепторы (реагирующие на само повреждение) и хеморецепторы (реагирующие на результат этого повреждения). Раздражение первых происходит в результате деформации структур клеток в поврежденных тканях. Вторые возбуждаются веществами, которые в физиологических условиях в тканях отсутствуют или содержатся в незначительных количествах. Выделяют 3 типа таких веществ - тканевые (серотонин, гистамин, ацетилхолин, некоторые простагландины, ионы  $K^+$  и  $H^+$ ), плазменные (брадикинин, каллидин) и выделяющиеся из нервных окончаний (субстанция P и др.). Допускается, что одни субстанции, содержащиеся в основном в тканях, непосредственно активируют концевые разветвления немиелинизированных волокон и приводят к импульсной активности высокопороговых кожных, висцеральных и мышечных афферентов. Они вызывают ощущение боли у человека. Другие (кинины и пр.), сами не вызывающие боль, усиливают эффект ноцицептивного воздействия иной модальности. Субстанция P выделяется непосредственно из терминалей и взаимодействует с рецепторами, локализованными на их мембране. Поддерживает ее энергия, высвобождающаяся



# Физиология боли



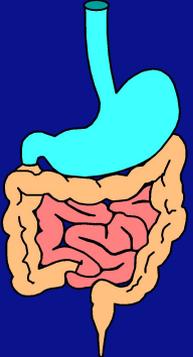


# Физиология боли



Ноцицепцию составляют:

1. **Трансдукция** (процесс, при котором повреждающее воздействие трансформируется в виде электрической активности на окончаниях чувствительных нервов)
2. **Трансмиссия** (проведение возникших импульсов по системе чувствительных нервов)
3. **Модуляция** (процесс, при котором ноцицептивная трансмиссия модифицируется под влиянием нейрональных воздействий)
4. **Перцепция** (финальный процесс, при котором трансдукция, трансмиссия и модуляция, взаимодействуя с индивидуальными физиологическими особенностями личности, создают конечное субъективное эмоциональное



# Физиология боли

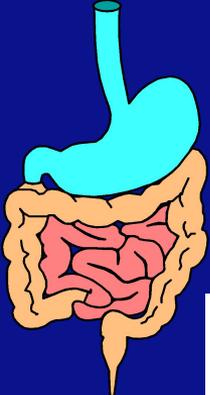


От рецепторов возбуждение передается по нервным волокнам, которые являются аксонами нейронов межпозвоноковых ганглиев. Среди них выделяют: а)  $A\beta$  ( $A\alpha$ ) – толстые волокна, передающие импульсы с высокой скоростью (35 – 100 м/с) и ответственные за низкопороговую механочувствительность, например при прикосновении; б)  $A\delta$ -волокна – более тонкие, передающие импульсы со скоростью 3-30 м/с. Они отвечают за передачу быстрой острой боли и с ноцицепторов, и с терморецепторов. Волокна же "С" еще тоньше, имеют скудную миелиновую оболочку и низкую проводимость (0,2-2 м/с) и связаны с тупой, длительной, истощающей болью, они особенно чувствительны к химическим воздействиям. **Основными проводниками кожной и висцеральной болевой чувствительности считают  $A\delta$ - и С-волокна.**

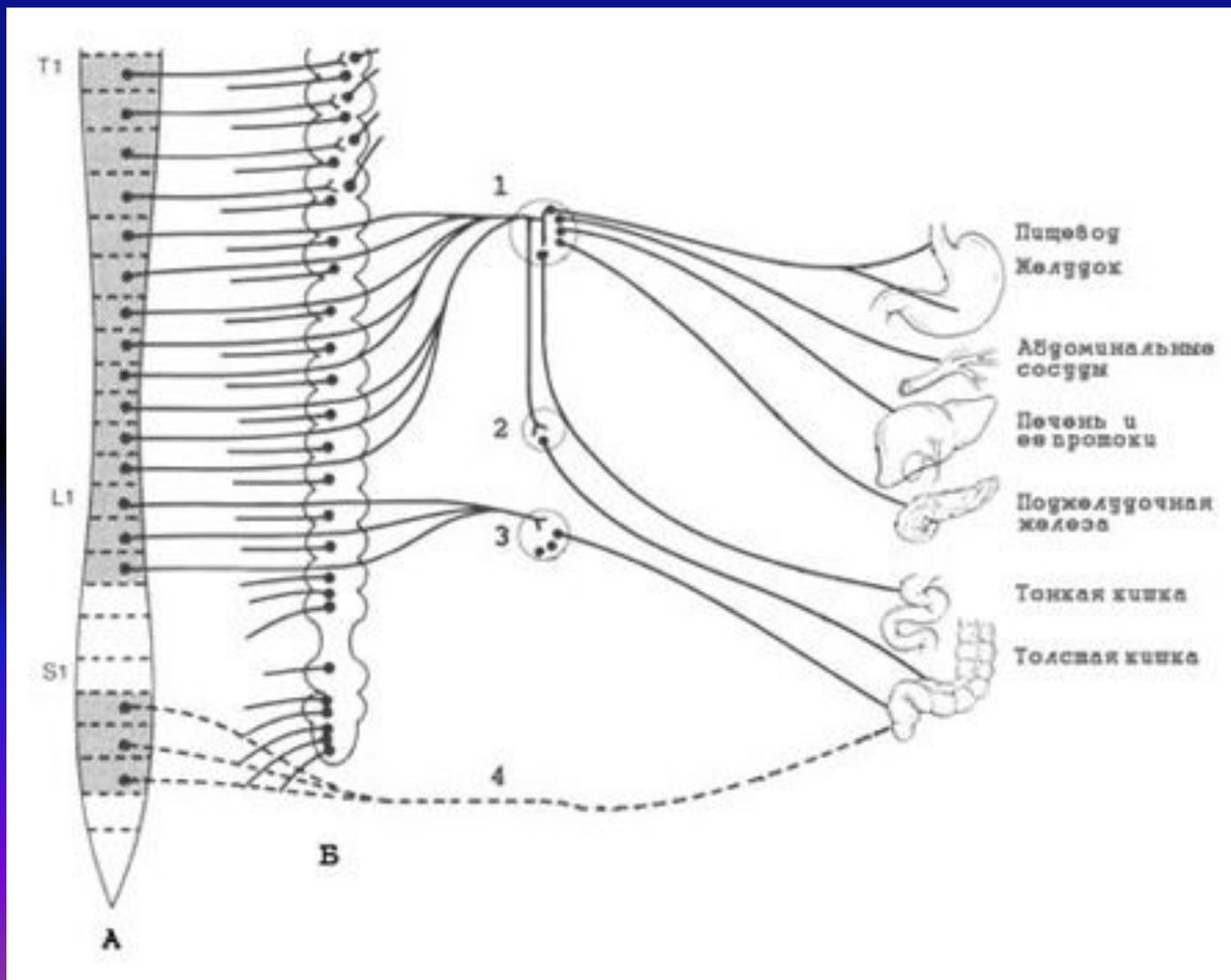
Клетки чувствительных нейронов расположены в межпозвоночном ганглии (ганглии заднего корешка). Их центральный отросток проникает в задний рог спинного мозга в составе заднего корешка, а передний отросток входит в состав спинномозгового нерва. После входа в спинной мозг  $A\delta$  и С- волокна в составе тракта Лиссауэра идут в каудальном и ростральном направлениях в пределах 1-2 сегментов и оканчиваются в дорсальной части заднего рога.

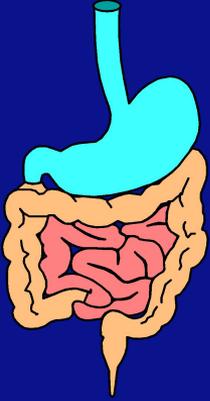
Одной из главных супрасегментарных зон восприятия афферентного притока и его переработки является ретикулярная формация среднего мозга (анализ и интеграция).

Конечной собирательной станцией ноцицептивной импульсации является таламус. Из



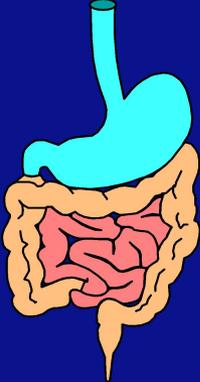
# Проведение боли





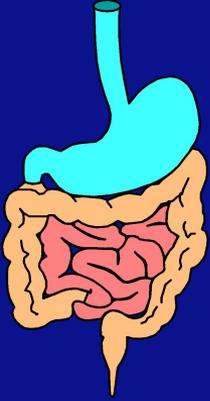
# Основные признаки острой хирургической патологии органов брюшной полости:

- Острая боль в животе
- Напряжение передней брюшной стенки
- Наличие перитонеальных СИМПТОМОВ



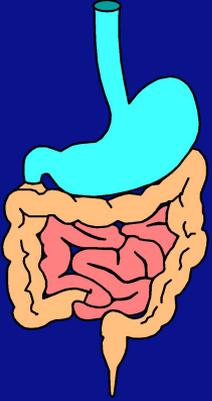
# Структура ОХЗ органов брюшной полости

Нозологическая форма	%
Аппендицит	≈28,9
Холецистит	≈29,9
Панкреатит	≈18,7
Ущемленная грыжа	≈6,0
Желудочно-кишечное кровотечение (только язвенной этиологии)	≈7,6



# помощи при ОХЗ на догоспитальном этапе заключается

- Оценке симптомов заболевания и квалификации пациента как больного с ОХЗ органов брюшной полости;
- в выявлении и оценке угрожающих жизни клинических синдромов;
- профессиональном поддержании жизнедеятельности организма больного в течение всего времени, необходимого для транспортировки пациента в стационар;
- как можно более спешной и целенаправленной транспортировке пациента в стационар.



# Основные синдромы, характерные для ОХЗ органов брюшной полости



- острая боль в брюшной полости;
- тошнота и рвота;
- диарея;
- желтуха;
- кровотечение;
- общие синдромы: коллапс,  
интоксикация, дегидратация, лихорадка.

# Заболевания органов живота, являющиеся причиной острой абдоминальной боли.

химическое раздражение:  
- прободная язва  
- панкреонекроз  
- перфорация тонкой кишки

бактериальное заражение:  
- перфорация аппендикса  
- воспаление органов таза  
- перфорация толстой кишки

Воспаление париетальной  
брюшины

Обструкция полости  
внутреннего органа:

Сосудистые нарушения

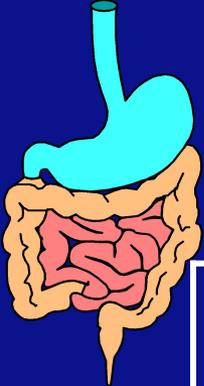
обструкция тонкой или  
толстой кишки,  
желчевыводящих путей,  
мочеточника, мочевого  
пузыря

**Боль,  
возникающая в  
брюшной  
полости**

- эмболия, разрыв сосуда  
- ишемия при  
сдавливании/перекрытии,  
- серповидно-клеточная  
анемия

Заболевание передней  
брюшной стенки: деформация  
корня брыжейки, патология  
мышц

Растяжение капсулы  
внутреннего органа:  
печени, селезенки, почек



# Начало острой абдоминальной боли



## Внезапное появление

- ◆ перфорации внутреннего органа,
- ◆ разрыва аневризмы аорты,
- ◆ перекрута яичника,
- ◆ спонтанного пневмоторакса,
- ◆ деструкции межпозвонкового диска

## Постепенное начало

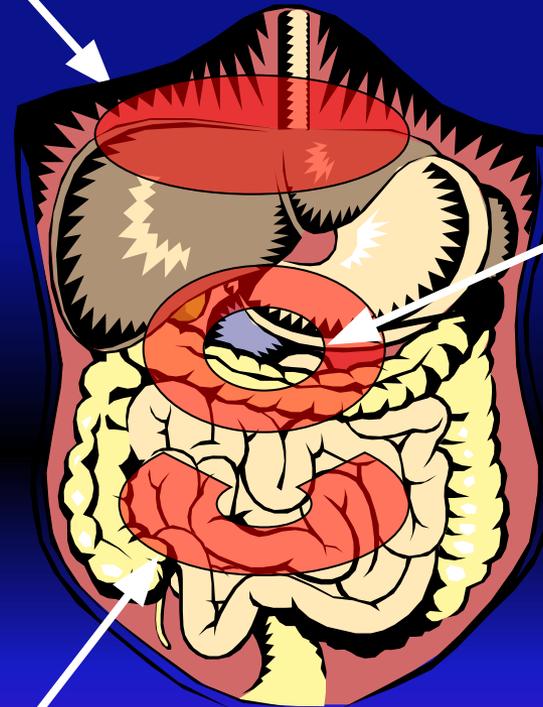
- ◆ острого холецистита,
- ◆ аппендицита,
- ◆ дивертикулита,
- ◆ непроходимости тонкой кишки,
- ◆ острой мезентериальной ишемии,
- ◆ острой задержки мочи

## Медленное начало

- ◆ злокачественных новообразований, например,  
при развитии кишечной непроходимости при  
обтурирующей опухоли толстой кишки.

пептическая язва  
холецистит, холангит  
панкреатит, гастростаз  
тонкокишечная обструкция  
поддиафрагмальный  
абсцесс  
гепатит, абсцесс печени  
плеврит, пневмоторакс  
нижнедолевая пневмония  
инфаркт миокарда и  
легкого  
перикардит, почечная  
колика  
травма селезенки

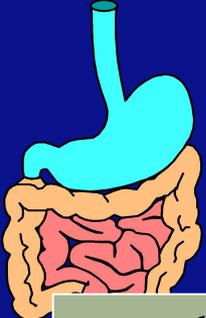
начало аппендицита  
тонкокишечная обструкция  
острый гастроэнтерит  
мезентериальный тромбоз  
пупочная грыжа  
аневризма брюшной аорты  
дивертикулит  
лимфаденит



толстокишечная обструкция  
аппендицит  
дивертикулит  
гнойный пельвиоперитонит  
цистит, сальпингит,  
эндометриоз  
внематочная беременность  
паховые грыжи  
почечная колика

**Типичная локализация  
абдоминальной  
боли при острых  
заболеваниях.**

# Типичная иррадиация абдоминальной боли при ОХЗ органов брюшной полости (вид спереди).

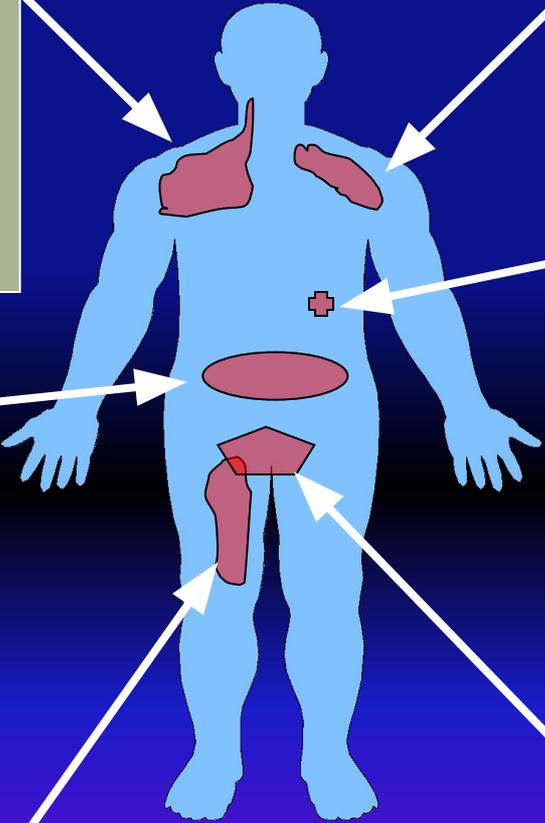


перфорация пептической язвы  
правосторонний плеврит  
поддиафрагмальный абсцесс  
повреждение селезенки

острый панкреатит,  
левосторонний плеврит,  
перфорация пептической язвы  
повреждение селезенки

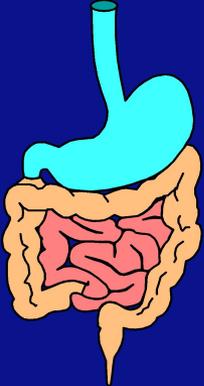
заболевания  
желчевыводящих  
путей,  
панкреатит

аппендицит  
острый панкреатит  
почечная колика



почечная колика  
острый пиелонефрит  
аппендицит  
заболевания половых  
органов  
паховая и бедренная грыжа

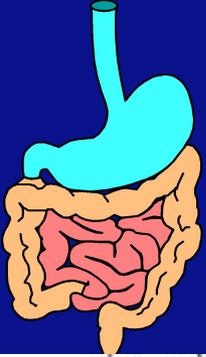
заболевания  
прямой кишки  
и половых  
органов



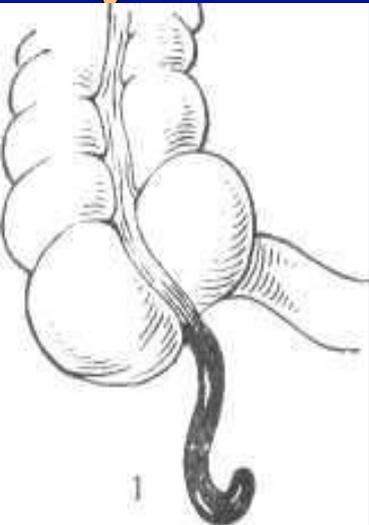
# Острый аппендицит



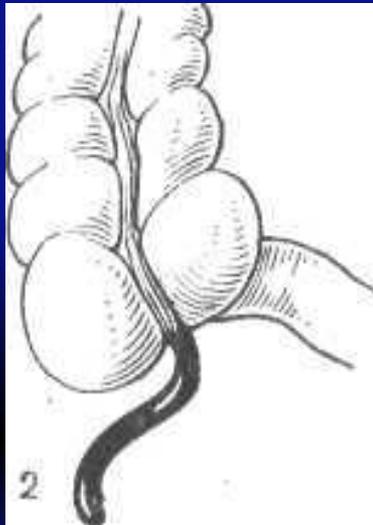
Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Заболеваемость составляет 4-5 человек на 1000 населения. Наиболее часто встречается в возрасте 20-40 лет, женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1-0,3 %, послеоперационные осложнения – 5-9% .



# Варианты расположения аппендикса определяют особенности клиники



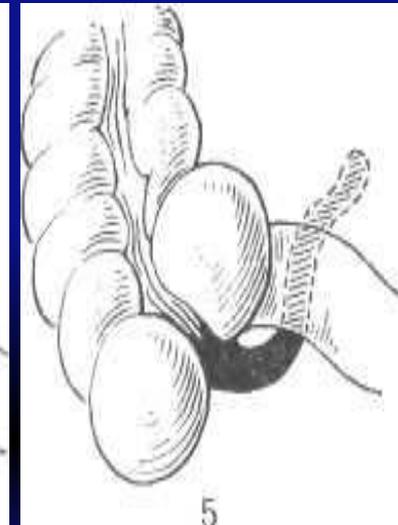
тазовое



в правой  
подвздошной  
ямке

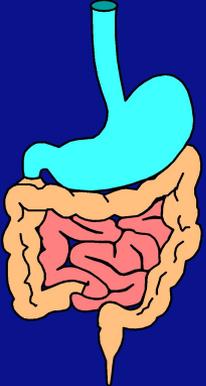


медialное ретроцекальн  
ое



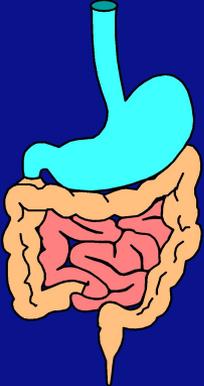
под терминальным  
отрезком  
подвздошной кишки

Также различают латеральное,  
подпеченочное и левостороннее  
расположение отростка



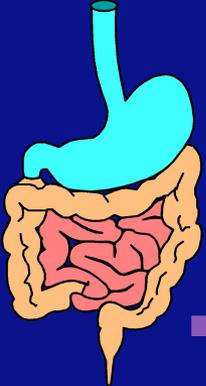
# Выделяют следующие формы острого аппендицита:

- 1) слабо выраженный (аппендикулярная колика);
- 2) простой (поверхностный);
- 3) деструктивный: а) флегмонозный, б) гангренозный, в) перфоративный;
- 4) осложненный: а) аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный, прогрессирующий), б) аппендикулярный абсцесс, в) гнойный перитонит, г) прочие осложнения острого аппендицита (сепсис, пилефлебит и др.).



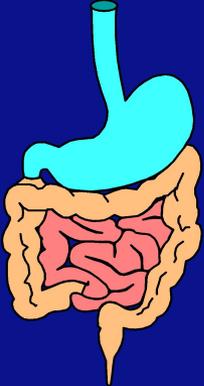
# Клиника при ОА

- Заболевание начинается внезапно, среди полного благополучия, без продромального периода. Наиболее постоянный симптом — боль в животе, которая, как правило, носит постоянный характер. Локализация боли в начале заболевания непостоянна. Чаще всего она появляется сразу в правой подвздошной области, но может возникнуть в эпигастрии (**симптом Кохера**) или в околопупочной области (**симптом Кюммеля**) и только спустя несколько часов переместиться в правую подвздошную область. В отдельных случаях клиническая картина острого аппендицита развивается очень бурно, боль при этом не локализуется, а возникает сразу по всему животу.



# Клиника при ОА

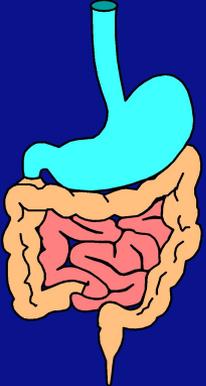
- Другой важный симптом — рвота. Она наблюдается примерно у 40 % больных и носит в начальных стадиях заболевания рефлексорный характер. Рвота чаще однократная. Тошнота, как правило, возникает после боли и носит волнообразный характер. Иногда наблюдается задержка стула, снижение аппетита, но может быть однократный понос, который учащается при ретроцекальном или тазовом расположении воспаленного отростка и может служить патогномоничным симптомом атипичных форм заболевания. Нарушения мочеиспускания наблюдаются редко и могут быть связаны с необычной локализацией отростка (прилежит к почке, мочеточнику, мочевому пузырю).
- Температурная реакция зависит от формы заболевания и наличия осложнений (от субфебрильной, фебрильной, редко - гектической)



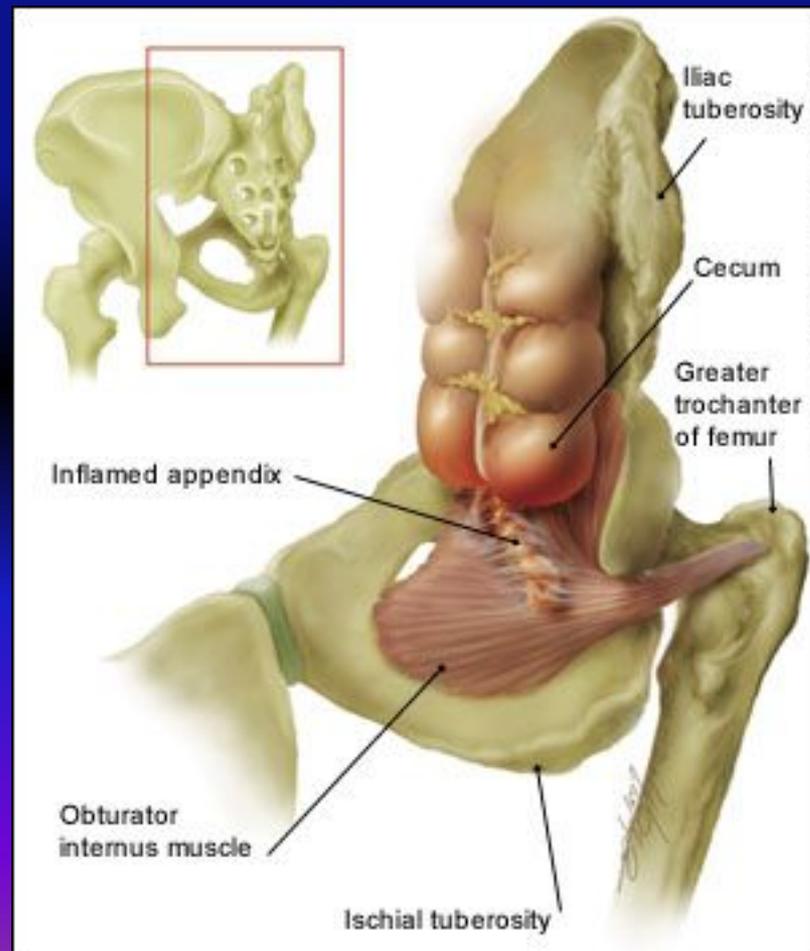
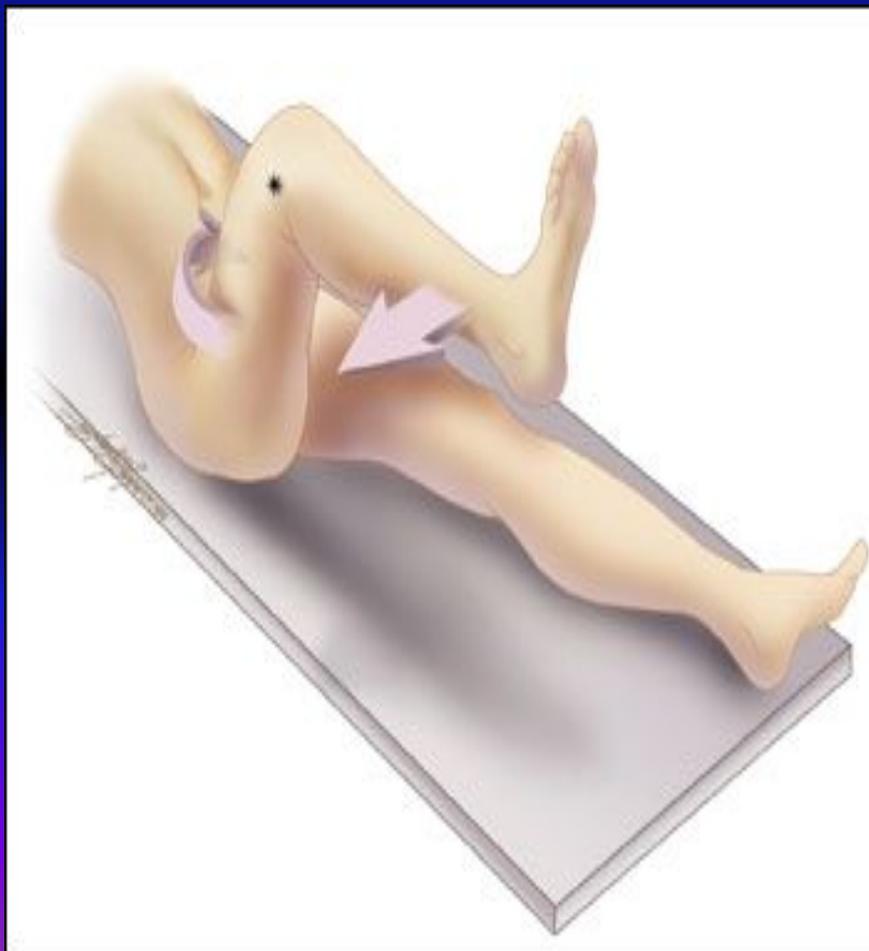
# Клиника при ОА

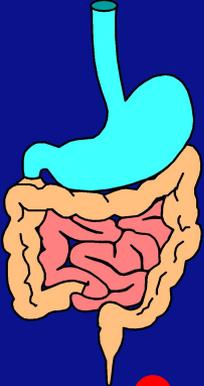
## Основные симптомы:

- **Симптом Раздольского** - при поверхностной пальпации удается выявить зону гиперестезии в правой подвздошной области
- **Симптом Ровзинга** - исследующий врач левой рукой надавливает на брюшную стенку в левой подвздошной области соответственно расположению нисходящего отдела ободочной кишки; не отнимая левой руки, правой производит короткий толчок на переднюю брюшную стенку на вышележащий участок толстой кишки. При положительном симптоме больной ощущает боль в правой подвздошной области.
- **Симптом Бартомье - Михельсона** - усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области при положении больного на левом боку.
- **Симптом Крымова** - болезненность при исследовании брюшины
- **Симптом Думбадзе** - появление болезненности при исследовании кончиком пальца через наружное отверстие правого тахового кольца. брюшины кончиком пальца через пупок.
- **Симптом Яуре-Розанова** применяется для диагностики аппендицита при ретроцекальном расположении отростка: при надавливании пальцем в области поясничного треугольника Пти появляется болезненность.



# Симптом Коупа

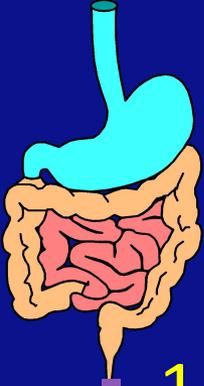




# Клиника при ОА

- Важное значение в распознавании острого аппендицита имеют ректальное (у мужчин) или вагинальное (у женщин) исследование. Они должны производиться всем больным и преследуют цель определить чувствительность тазовой брюшины (**крик «Дугласа»**) и состояние других органов малого таза, особенно у женщин.
- **Симптом Щеткина - Блюмберга** вызывается медленным надавливанием пальцами на брюшную стенку и быстрым одергиванием руки. В момент отнятия руки появляется острая локализованная боль вследствие раздражения воспаленной брюшины.

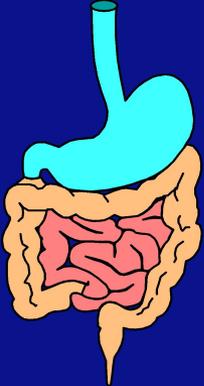
**Более 100 симптомов диагностики острого аппендицита. Выше перечислены лишь основные.**



# Острый холецистит. Классификация.

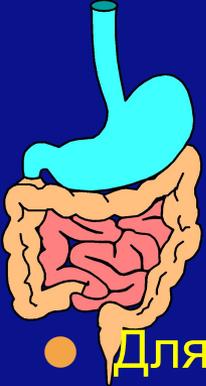


- 1. Острый простой холецистит. Воспаление ограничено слизистой и подслизистой оболочками.
- 2. Флегмонозный холецистит — гнойное воспаление с инфильтрацией всех слоев желчного пузыря. Возможно изъязвление слизистой оболочки с последующей экссудацией воспалительной жидкости в околопузырное пространство.
- 3. Гангренозный холецистит — частичный или тотальный некроз стенки желчного пузыря.
- 4. Перфоративный холецистит.



# Клиника ОХ

- Боль, т.н. – печеночная колика, возникает, как правило, после погрешности в еде, после физической нагрузки и пр. причин. Локализация болей: под правой реберной дугой, в подложечной области или в правом верхнем квадранте живота с иррадиацией в правую надключичную область, правое плечо, между лопаток, за грудину, левое подреберье, Боли могут быть опоясывающими и проводятся в спину; по мере развития патологического процесса боли становятся более мучительными и постоянными;
- Печеночная колика может быть кратковременной (10-30 мин), иногда длится несколько часов и более.



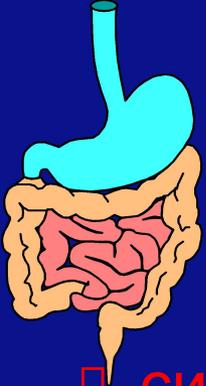
# Клиника ОХ



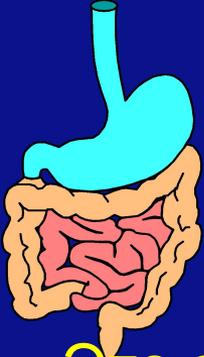
- Для этой категории больных характерен анамнез: печеночные колики, возникновение болей после нарушения диеты, иногда болевой синдром возникает после волнений и нервного потрясения. Каждая из этих причин может вызвать сильные сокращения желчного пузыря с ущемлением камня в шейке или в пузырном протоке и их закупоркой
- Всегда имеется тошнота, особенно в начале приступа. Часто наблюдается рвота, сначала пищевой, а потом слизью, главным образом — желчью. Иногда больные сами вызывают рвоту, однако облегчения им это не приносит.
- Повышение температуры тела от субфебрильной до 38-39<sup>0</sup>С зависит от клинико-морфологической формы заболевания.
- При осмотре можно выявить желтушность кожных покровов, которая может продолжаться после приступа колики до 2 дней. Желтуха имеет обтурационный характер, развивается чаще всего на почве воспалительной инфильтрации в Ligamentum hepatoduodenale и в воротах печени. Причиной желтухи в некоторых случаях может быть вторичный холангит и холедохолитиаз.
- При осмотре живота больной щадит правую половину при дыхании, при поверхностной пальпации положительны симптомы раздражения брюшины (чаще при флегмонозном или гангренозном остром холецистите).



# Клиника ОХ. Основные СИМПТОМЫ



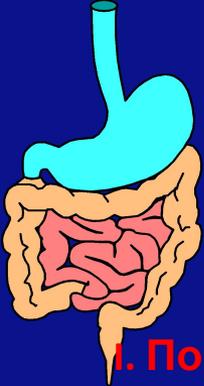
- **симптом Мерфи** — глубокая пальпация в проекции желчного пузыря вызывает сильную боль при вдохе, которая нередко не дает больному возможности сделать из-за этого глубокий вдох;
- **симптом Кера** — болезненность при пальпации в правом подреберье в точке Кера, резко усиливающаяся на вдохе;
- **симптом Ортнера** — боль при покалывании внутренним краем кисти по реберной дуге;
- **симптом Мюсси** — болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между проекциями на кожу ножек правой грудино-сосцевидной мышцы);
- **локальный симптом Щеткина-Блюмберга** — резкое усиление боли в правом подреберье при быстром отнятии пальпируемой руки с брюшной стенки после надавливания.



# Острый панкреатит



- Это острое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся комплексом морфофункциональных изменений в поджелудочной железе, парапанкреатической жировой клетчатке, различных органах и тканях, которые обуславливают клиническую картину, развитие осложнений и исход заболевания.
- Занимает III место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (ВОЗ, 2004)
- **15 – 20% носит деструктивный характер** (Филимонов М. И., 2005; Beger H.G., 2003)
- **Летальность в Украине: 14-24,5%** (Криворучко И.А., 2006)



# Острый панкреатит. Классификация.

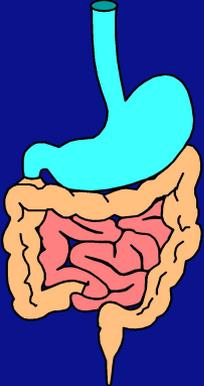


## I. По этиологии:

1. Первичный панкреатит (алкогольный, автономный)
2. Вторичный панкреатит
  - а) билиарный
  - б) папиллопанкреатит (связанный с заболеваниями большого дуоденального сосочка и периампулярной области)
  - в) дуоденопанкреатит (дуоденостаз, язва двенадцатиперстной кишки и др.)

## II. По характеру морфологических изменений:

1. Отечный панкреатит (интерстициальный).
2. Панкреонекроз (деструктивный панкреатит): а) геморрагический, б) жировой, в) смешанный:
  - а) мелкоочаговый, б) крупноочаговый, в) тотальный
3. Гнойный панкреатит:
  - а) неинфицированные и инфицированные секвестры, б) абсцесс железы, в) флегмона железы, г) абсцесс или флегмона железы с гнойным парапанкреатитом, д) гнойный парапанкреатит.
4. Осложнения гнойного панкреатита:
  - а) свищи поджелудочной железы и полых органов; б) аррозии крупных сосудов; в) секвестрация железы; г) ложные гнойные кисты.



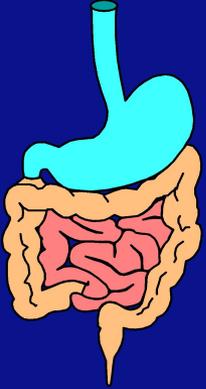
# Клиника ОП

Основные симптомы ОП – **триада Мондора** – боль, рвота, метеоризм. Боль носит опоясывающий характер. Рвота, обычно, многократная, не приносящая облегчения, носит рефлекторный характер. Характерные симптомы:

- ❖ **Симптом Мондора** – фиолетовые пятна на лице и туловище;
- ❖ **Симптом Грея-Турнера** – цианоз боковых стенок живота;
- ❖ **Симптом Дэвиса** – цианоз кожи живота, петехии в поясничной и ягодичной областях, бурая окраска кожи в области нижних ребер справа;
- ❖ **Симптом Гобие** – вздутие поперечно-ободочной кишки при рентгенографии ОБП (явления ДКН);
- ❖ **Симптом Воскресенского** – отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастрии;
- ❖ **Симптом Мейо-Робсона** – болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу.

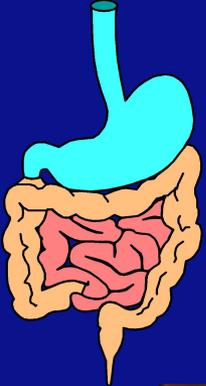
# Язвенная болезнь.

## Перфорация.



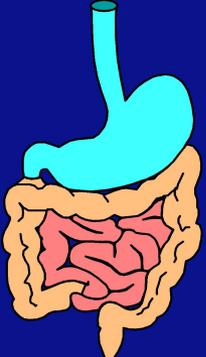
**Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), проникающего – в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) – в подслизистый слой.**

**Различают такие осложнения ЯБ: ОЖКК, перфорация, пенетрация, рубцовый стеноз и малигнизация. Наиболее часто к развитию «синдрома острого живота» приводит перфорация язвы.**



# Helicobacter pylori





# Перфорация полого органа



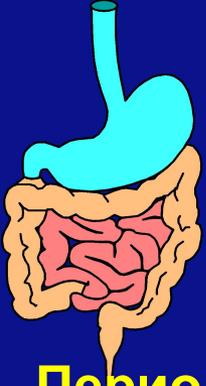
Встречается у 5-15% больных ЯБ, чаще у мужчин. К ее развитию предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переедание. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного ("немого") течения язвенной болезни. Перфорация язвы клинически проявляется острейшими ("кинжальными") болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании больного обнаруживаются "доскообразное" напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Различают:

1. Типичные перфорации – 92%
2. Атипичные (в сальниковую сумку, в забрюшинное пространство)
3. Прикрытые.



# Клиника при перфорации



## Периоды:

1. Шока – первые 6 часов
2. Мнимого благополучия – 6-12 часов
3. Прогрессирующего перитонита – более 12 часов

**Симптом Крювелье** – «доскообразное» напряжение мышц брюшного пресса

**Симптом Мондора** – «кинжальная» боль

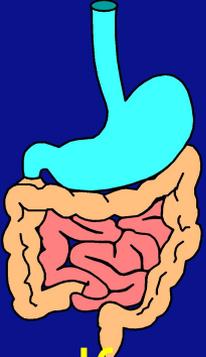
**Симптом Спигарного** – при перкуссии тимпанит в эпигастрии, исчезновение печеночной тупости

**Симптом Жобера** – «серп» прсветления под правым куполом диафрагмы

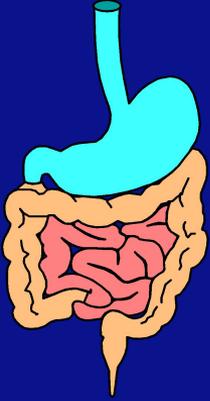
**Симптом Куленкампа** – резкая болезненность в дугласовом пространстве

**Симптом Берштейна** – подтягивание яичек к наружному отверстию паховых каналов

# исследования



- К минимальным лабораторным исследованиям, позволяющим установить диагноз любого ОХЗ, относят: общий анализ крови, мочи, определение коэффициента нейтрофилы—лейкоциты (н/л), лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа.
- Лейкоцитоз характерен для всех ОХЗ и не имеет патогномичного значения, поскольку наблюдается и при других воспалительных заболеваниях. Рассматривать и интерпретировать его следует только вместе с клиническими проявлениями болезни.
- Более весомое диагностическое значение имеет оценка лейкоцитарной формулы (наличие нейтрофильного сдвига — появление юных форм, увеличение коэффициента н/л более 4 свидетельствует о деструктивном процессе). При развитии деструктивного процесса может наблюдаться (иногда очень значительное) снижение числа лейкоцитов по сравнению с нормой при преобладании палочкоядерных нейтрофилов и других молодых форм. Это свидетельствует о выраженном напряжении работы кроветворной системы. Данный феномен получил название «лейкоцитоз потребления».

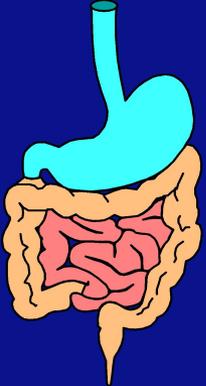


# Лабораторные исследования



Особое значение в дифференциальной диагностике ОХЗ имеет б/х анализ крови. Повышение значений таких показателей, как щелочная фосфатаза, АсАТ, АлАТ характерно для ОХ, амилазы – для ОП. Нарушения показателей коагулограммы – для ОП. Электролитные нарушения – для перитонита любой этиологии. К специальным методам л/д обращаются не всегда (определение фекальной элпластазы, диастазы мочи при ОП).

# исследования

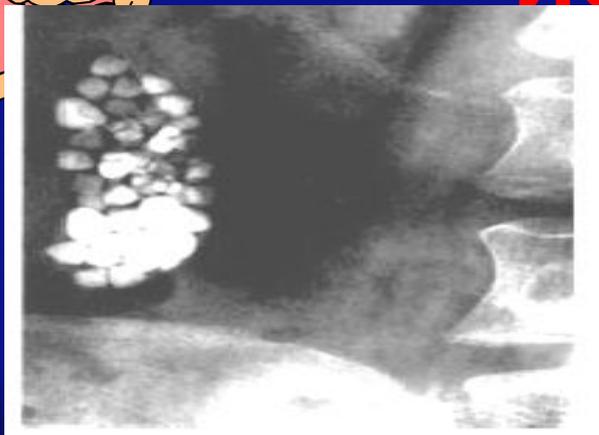


- ❖ Рентгенография ОБП (проба Хенельта при подозрении на прикрытую перфорацию)
- ❖ ФГДС
- ❖ УЗИ
- ❖ КТ
- ❖ Лапароскопия

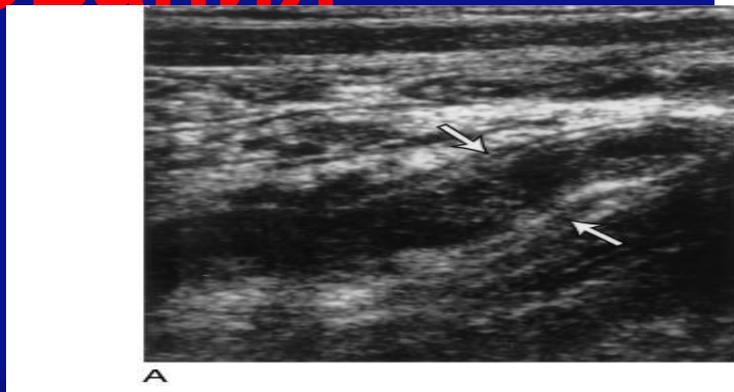
Эти методы используются в сомнительных случаях, в том числе – для дифференциальной диагностики острой хирургической патологии.



# Инструментальные методы исследования



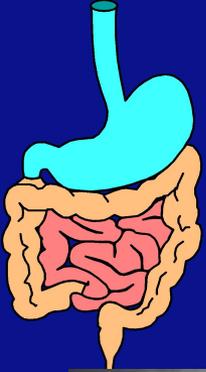
Рентгенография ОБП:  
Конкременты в  
желчном пузыре



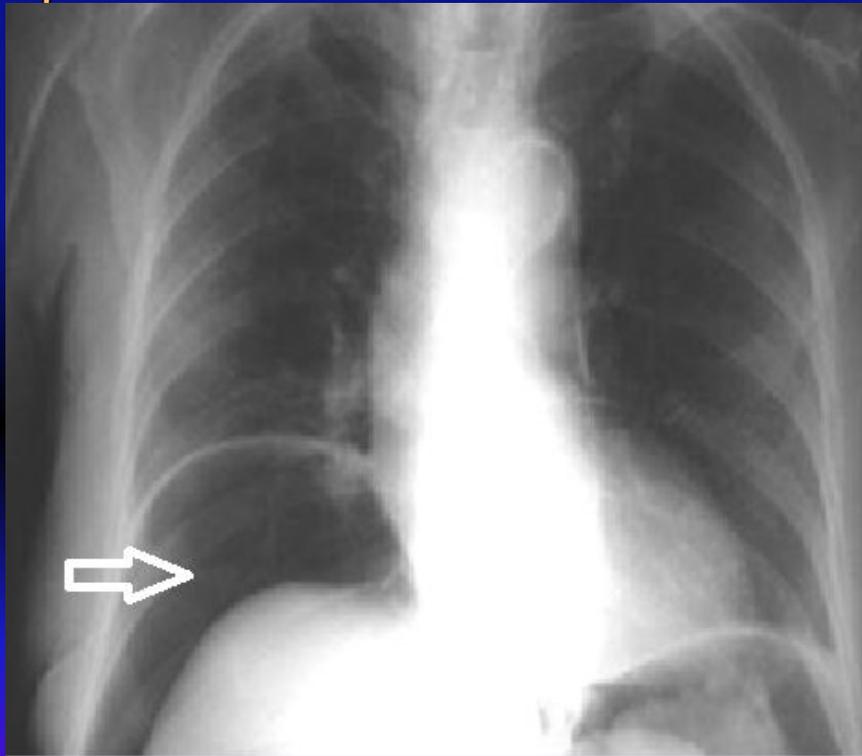
ИЗИ ОБП: острый  
аппендицит



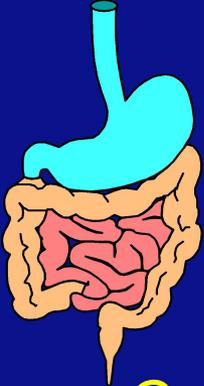
Острый панкреатит, деструктивная форма. Увеличение размеров ПЖ, нечеткость контуров, увеличение расстояния между задней стенкой желудка и ПЖ



# Инструментальные методы исследования



Свободный газ под  
правым куполом  
диафрагмы

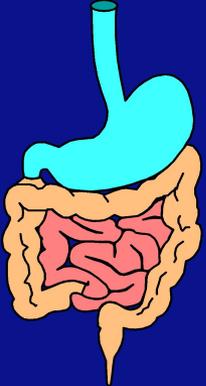


# Тактика при ОХЗ

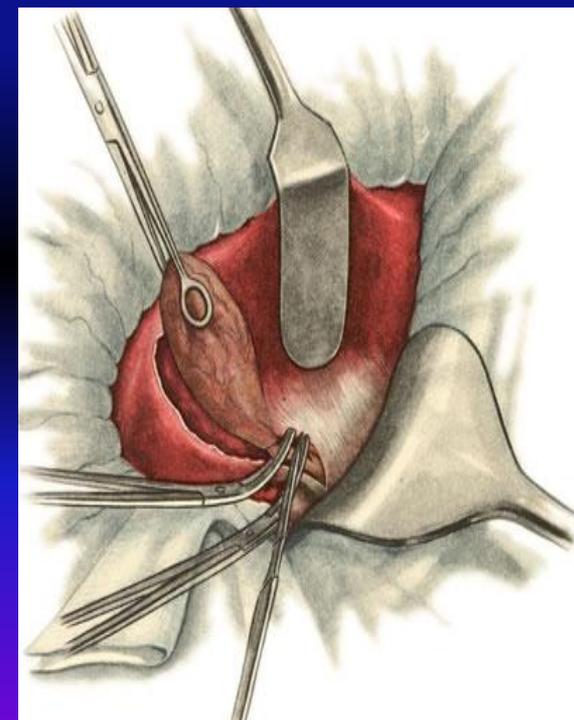
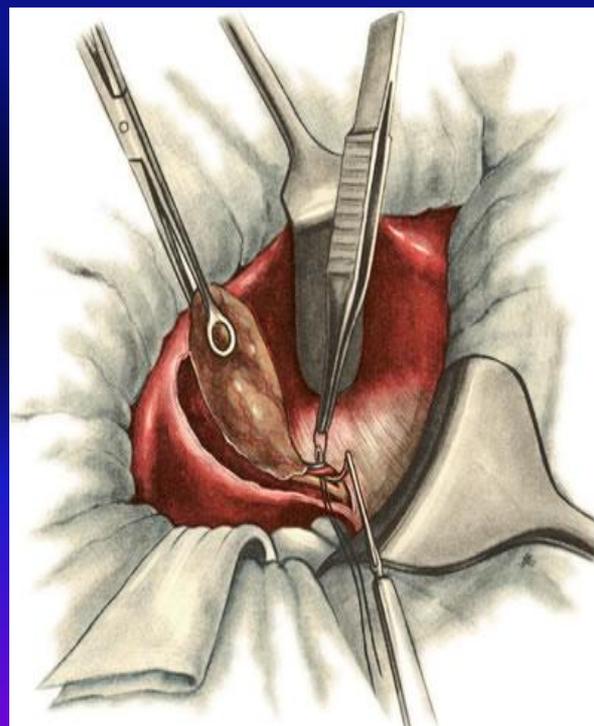
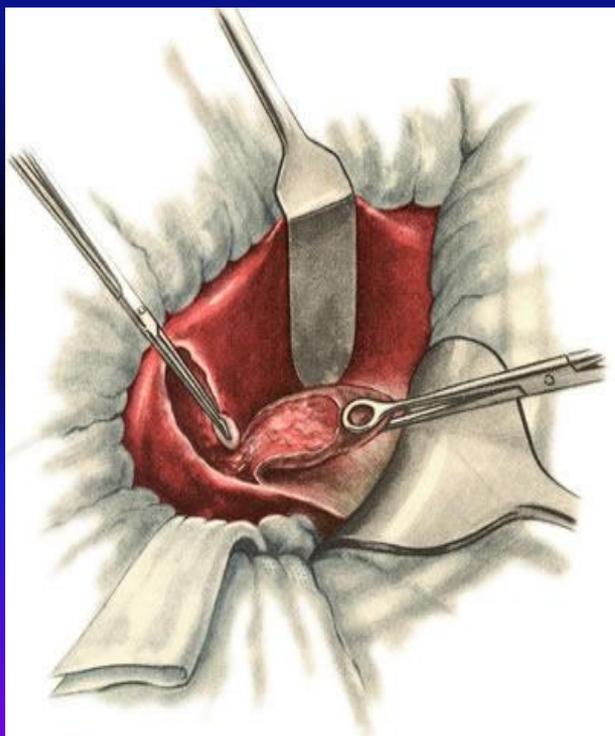


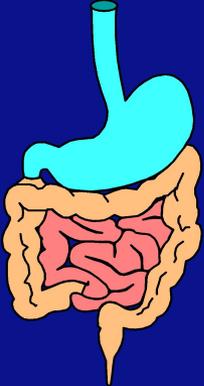
- ❖ Срочная госпитализация в хирургический стационар.
- ❖ Если речь идет о нарастающих симптомах перитонита, минимальная подготовка к оперативному вмешательству и операция.
- ❖ При диагнозе ОХ следует вести больного консервативно в течение 3х суток (если нет нарастающих с-мов перитонита), купировать острый приступ и, по возможности, оперировать в плановом порядке.
- ❖ При диагнозе ОП – консервативное ведение (при отсутствии признаков панкреонекроза), обязательно включающее ингибиторы протеолиза (Контрикал, Гордокс).
- ❖ Все операции по поводу перитонита (не зависимо от его этиологии) должны завершаться дренированием брюшной полости.





# Оперативные вмешательства. Холецистэктомия.

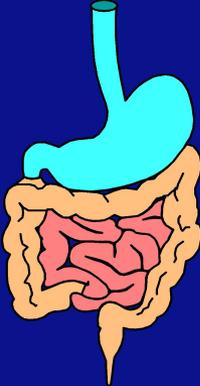




# причинами болей в промежности и тазовой области являются:

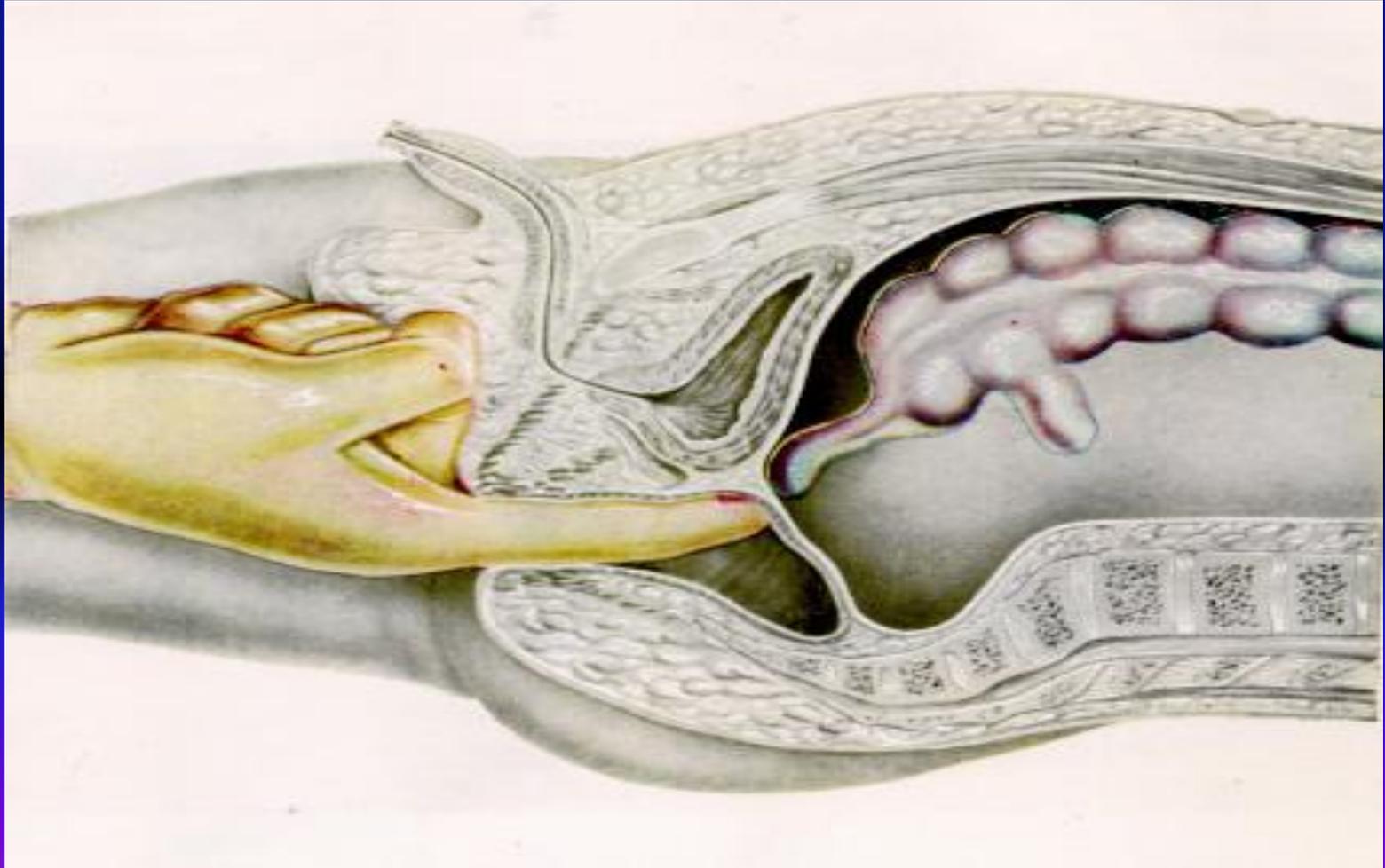
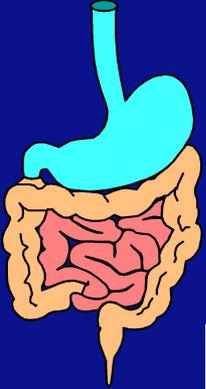
- ❖ Заболевания мочевыводящих путей (циститы, уретриты)
- ❖ Заболевания мужской половой системы (простатиты, купериты, орхиты, орхоэпидидимиты)
- ❖ Заболевания женской половой системы (как воспалительной этиологии, так и связанные с родами)
- ❖ Заболевания прямой кишки (геморрой, парапроктит)
- ❖ Гнойные заболевания мягких тканей промежности и тазовой области (абсцесс, флегмона)
- ❖ Травмы промежности и тазовой области
- ❖ Ущемление полового (срамного) нерва
- ❖ Тромбозы и тромбоэмболии подвздошных сосудов

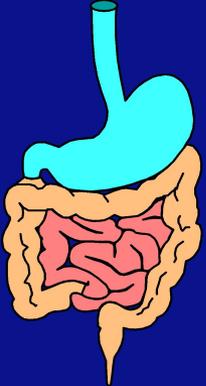
# Алгоритм действий врача



- ◆ Сбор жалоб, анамнеза и т.п.
- ◆ Осмотр промежности и тазовой области, пальпация живота, ректальное исследование (оценить тонус сфинктера, болезненность, нависание стенок прямой кишки, выпячивания, наличие трещин, образований (оценить «в часах»), оценить цвет содержимого на перчатке после исследования)
- ◆ Лабораторные исследования (клинический, б/х анализ крови, коагулограмма, клинический анализ мочи)
- ◆ Инструментальные методы исследования, в зависимости от конкретной клинической ситуации (УЗИ органов малого таза, почек, мягких тканей; КТ органов малого таза, микционная цистография, ректороманоскопия)
- ◆ Консультации смежных специалистов (уролога, гинеколога, проктолога)
- ◆ Постановка диагноза и выбор метода лечения

# Ректальное исследование





**Благодарю за  
внимание!**

