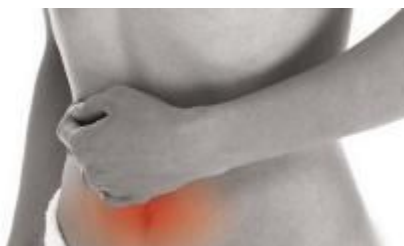


# Острый живот



- Острый живот — клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи. Для острого живота типичны следующие основные признаки: боли в животе разного характера и интенсивности, напряжение мышц брюшной стенки, нарушения моторики кишечника. Эти и некоторые второстепенные признаки встречаются в разнообразных сочетаниях при различных патологических состояниях, обусловленных острыми воспалительными процессами органов брюшной полости, кровотечением в брюшную полость, местными нарушениями кровообращения, или при непроходимости кишечника.



- 1. Острые неспецифические воспалительные заболевания органов пищеварения. Наиболее часто наблюдаются острые воспалительные процессы в червеобразном отростке, желчном пузыре, поджелудочной железе.
- 2. Перфорации полого органа, возникающие чаще всего вследствие различных заболеваний или повреждений органов брюшной полости и приводящие к развитию перитонита.
- 3. Внутренние кровотечения в брюшную полость и забрюшинное пространство, возникающие спонтанно (например, разрыв маточной трубы при трубной беременности или расслаивающая аневризма брюшной части аорты) или вследствие травмы (травматические разрывы печени, селезенки, брыжеечных сосудов и др.).
- 4. Непроходимость кишечника, возникающая в результате заворота кишок, злообразования, ущемления кишки во внутренней или наружной грыже, обтурации, инвагинации, сдавления кишки спайками.
- 5. Острые нарушения мезентериального кровообращения (артериального и венозного), приводящие к инфаркту кишки.
- 6. Острые воспалительные процессы и нарушения кровообращения внутренних половых органов (острый аднексит, перекрут ножки опухоли или кисты яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичников и др.).

- Клиническую картину острого живота может имитировать псевдоабдоминальный синдром, при котором боли в животе обусловлены заболеваниями органов брюшной полости, не требующими экстренного хирургического лечения (например, гастрит, колит), или заболеваниями органов, расположенных вне брюшной полости (например, инфаркт миокарда, острая пневмония, пиелонефрит). Эти заболевания, хотя и могут сопровождаться рядом признаков острого живота, подлежат в основном консервативному лечению.

- Клиническая симптоматика. Ведущим симптомом является боль, локализованная или распространяющаяся по всему животу, как правило, усиливающаяся при движениях. При обширных и тяжелых поражениях, обусловивших возникновение О. ж., например травматических разрывах органов брюшной полости, распространенном геморрагическом панкреонекрозе (см. Панкреатит), болевой синдром резко выражен и может сопровождаться развитием шока. У детей раннего возраста, особенно при гипотрофии, у больных старческого возраста, у истощенных больных, при снижении реактивности организма и тяжелой интоксикации боли бывают незначительными.

- Частый симптом О. ж. — рвота, которая может возникать в первые часы и даже минуты заболевания. Иногда наблюдается упорная мучительная икота, что обычно связано с раздражением диафрагмального нерва. Так называемый френикус-симптом (резкая болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы) обычно возникает вследствие раздражения нервных окончаний диафрагмального нерва экссудатом, излившимся содержимым желудочно-кишечного тракта или кровью. Такое же происхождение имеет и так называемый симптом ваньки-встаньки — резкое усиление боли в животе при попытке принять горизонтальное положение, в связи с чем он остается в сидячем или полусидячем положении.



- Основные причины развития О. ж.:
- При О. ж. часто отмечаются нарушения пассажа содержимого кишечника. Задержка стула и газов связана с механической или динамической непроходимостью кишечника. Реже бывает жидкий стул (в начале заболевания при инвагинации кишки, остром аппендиците с тазовым расположением отростка). Важным симптомом О. ж. является изменение характера кала. Так, примесь крови наблюдается часто при инвагинации кишки и острых нарушениях мезентериального кровообращения.

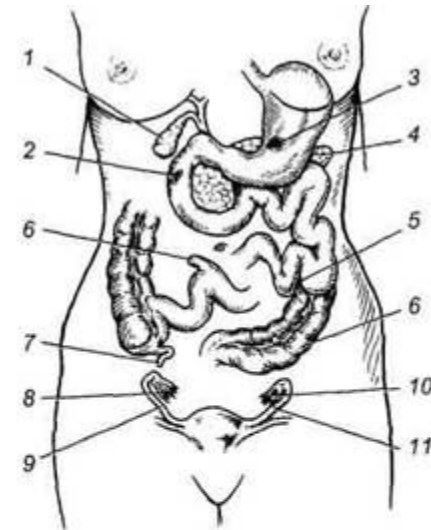


Рис. 9.2. Причины острого живота.

1) — желчная колика, острый деструктивный холецистит; 2 — перфорация язвы двенадцатиперстной кишки; 3 — перфорация язвы желудка; 4 — острый геморрагический панкреатит; 5 — острая кишечная непроходимость; 6 — острый дивертикулит; 7 — острый перфоративный аппендицит; 8 — разрыв овариальной кисты; 9 — острый абсцедирующий сальпингит; 10 — перекрут яичника; 11 — внематочная беременность.

- Диагноз. В диагностике существенную роль играют изучение жалоб, особенностей анамнеза и течения заболевания. Большое значение могут иметь указания на наличие в прошлом приступов болей в животе, сведения о перенесенных заболеваниях и операциях, результатах проведенных ранее диагностических и лечебных мероприятий. Важные данные можно получить при осмотре больного и наблюдении за ним. Так, для разлитого перитонита, массивного кровотечения в брюшную полость характерно неподвижное положение больного в определенной позе (часто на боку с приведенными к животу ногами), поскольку малейшее движение причиняет резкую боль. При ряде патологических процессов, сопровождающихся периодическими схваткообразными болями в животе (например, при остром панкреатите, некоторых формах непроходимости кишечника), больной может быть возбужден, стонет, кричит, мечется. В случаях массивного внутрибрюшного кровотечения, а также при перфорации полого органа (например, перфоративной язве желудка) наблюдается резкая бледность кожи, слизистых оболочек. Для тяжелых, запущенных форм заболеваний, протекающих с клинической картиной О. ж., характерны безучастное выражение лица больного, втянутые щеки, запавшие глаза, бледно-серый цвет кожи, покрытой каплями холодного пота, — так называемая маска Гиппократова. При осмотре обращают внимание на форму живота и вид передней брюшной стенки: втянутый живот ладьевидной формы наиболее часто отмечается при перфорации полого органа, вздутый и асимметричный — при непроходимости кишечника. Вскоре после начала заболевания на поверхности языка образуется белый, желтый или бурый налет. При нарастающей интоксикации и обезвоживании он становится шершавым и сухим «как щетка». Важную роль для оценки тяжести состояния больного имеет исследование пульса и АД. В первые часы после попадания в брюшную полость содержимого желудочно-кишечного тракта, мочи, крови нередко наблюдается рефлекторная брадикардия. По мере развития перитонита частота пульса возрастает, наполнение его снижается. Выраженная тахикардия характерна для внутрибрюшного кровотечения, при котором, как правило, АД быстро снижается вплоть до развития коллапса.



- Пальпацию брюшной стенки при О. ж, начинают с поверхностно-ориентировочной. Глубокую пальпацию следует проводить осторожно, т.к. она может вызвать резкую болевую реакцию и защитное напряжение мышц брюшной стенки, что не позволит получить четкого представления о состоянии органов брюшной полости. Частым симптомом, выявляемым при пальпации, служит болезненность всей передней брюшной стенки или различных ее областей. Для кровотечения в брюшную полость характерен симптом Куленкамппфа — резкое усиление болезненности при отрыве руки от брюшной стенки при мягком, ненапряженном животе.

Пальпация живота помогает определить напряжение мышц передней брюшной стенки (*defense musculaire*) и усиление болей в животе при быстром снятии пальпирующей руки с брюшной стенки после легкого надавливания (симптом Блюмберга — Щеткина). Усиление болей отмечается при скользящем, касательном движении руки по брюшной стенке и при поколачивании по ней пальцем. Эти и некоторые другие симптомы принято считать признаками раздражения брюшины, т.е. перитонита; их обнаружение имеет ведущее значение в постановке диагноза и решении вопроса о необходимости экстренного оперативного вмешательства. При перфорации или разрыве полого органа мышечное напряжение может охватывать всю брюшную стенку и быть очень резким («доскообразный живот»).



- При ограниченном перитоните (например, в полости малого таза, полости сальниковой сумки), у ослабленных и истощенных больных, а также находящихся в состоянии интоксикации или алкогольного опьянения напряжение мышц передней брюшной стенки может полностью отсутствовать или быть незначительным. Его не удастся также выявить при внутрибрюшном кровотечении, перекруте кисты яичника, в начальной стадии острой непроходимости кишечника до развития перитонита, у лиц старческого возраста и больных с растянутой атрофированной мускулатурой передней брюшной стенки (например, у много рожавших женщин). У детей для выявления напряжения мышц передней брюшной стенки прибегают к исследованию живота во время естественного или медикаментозного сна. Важным элементом пальпации брюшной стенки являются ревизия мест возможного выхода грыж (пупочное и паховые кольца, области бедренного канала, послеоперационных рубцов и др.).

- Перкуссия живота позволяет обнаружить уменьшение границ или исчезновение печеночной тупости, что характерно для перфорации полого органа; наличие свободной жидкости в брюшной полости, наблюдаемое обычно при кровотечении. При кишечной непроходимости выявляется выраженный тимпанит, обусловленный скоплением газов в кишечнике.



Аускультация живота дает возможность оценить характер перистальтики кишечника (по отсутствию кишечных шумов или их усилению), выявить «шум плеска», звук «падающей капли», что позволяет заподозрить непроходимость кишечника.



- При ректальном исследовании можно обнаружить патологические процессы в дистальном отделе прямой кишки (например, опухоль) и параректальной клетчатке, выявить резкую болезненность передней стенки прямой кишки, что свидетельствует о скоплении экссудата в полости малого таза. Снижение тонуса сфинктера заднего прохода и расширение ампулы прямой кишки (симптом Обуховской больницы) — характерные признаки непроходимости кишечника.
- Влагалищное исследование, в т.ч. инструментальное, позволяет оценить состояние внутренних половых органов и провести дифференциальный диагноз с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Болезненность при смещении шейки матки (симптом Промптова) свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс внутренних половых органов женщины

- Важное значение имеют лабораторные исследования. Так, в крови можно обнаружить высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево при воспалительных заболеваниях, снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, гематокрита — при внутрибрюшном кровотечении. Исследование мочевого осадка позволяет проводить дифференциальный диагноз с заболеваниями мочевыделительной системы. При необходимости применяют дополнительные методы исследования, например определение центрального венозного давления, объема циркулирующей крови, показателей кислотно-щелочного равновесия, водно-электролитного обмена и т.д.

- Рентгенологическое исследование начинают с обзорной рентгеноскопии грудной и брюшной полостей, затем проводят рентгенографию брюшной полости в вертикальном, горизонтальном положении больного и в латеропозиции. Обследование больного, находящегося в тяжелом состоянии, начинается с обзорных снимков грудной и брюшной полостей в горизонтальном положении больного, на которых необходимо получить изображение обеих половин диафрагмы, боковых каналов брюшной полости и области малого таза.
- Рентгенодиагностика острых заболеваний органов брюшной полости основывается на выявлении комплекса рентгенологических симптомов, прямо или косвенно указывающих на локализацию и характер патологии. Признаками, прямо указывающими на острое заболевание органов брюшной полости, сопровождающееся перфорацией или непроходимостью кишечника, на повреждение полых органов, является свободный газ в брюшной полости или в забрюшинном пространстве; свободная жидкость в брюшной полости; скопление газа и жидкости в кишечных петлях с образованием характерных чаш Клойбера. Газ в забрюшинном пространстве выявляется на рентгенограммах при перфорации язвы или разрыве двенадцатиперстной кишки, правой половины толстой кишки, а также при панкреонекрозе и флегмоне забрюшинной клетчатки. К косвенным рентгенологическим симптомам, указывающим на наличие острого воспалительного процесса в брюшной полости, относится рефлекторное вздутие кишечника.

- В тех случаях, когда по данным обзорной рентгенографии не удается поставить диагноз, используют рентгеноконтрастные методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки; введение газа через зонд в желудок (для диагностики прикрытых прободных гастродуоденальных язв) или в кишечник (главным образом при диагностике инвагинации кишечника у детей, при этом иногда удается устранить непроходимость). Основными симптомами О. ж., которые могут быть выявлены с помощью этих методов, являются выход рентгеноконтрастного вещества и газа при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки в брюшную полость, оттеснение желудка кпереди при остром панкреатите. По специальным показаниям применяют более сложные рентгенологические методы исследования — целиакографию, мезентерикографию и др.
- Важную роль в диагностике ряда заболеваний, явившихся причиной О. ж., играют эндоскопические методы исследования (см. Эндоскопия). С их помощью можно обнаружить язву, опухоль, дивертикулы различных отделов желудочно-кишечного тракта, установить характер возникших осложнений, а в ряде случаев провести лечебные манипуляции, например удалить конкремент, ущемленный в фатеровом соске (большом сосочке двенадцатиперстной кишки) или осуществить реканализацию при опухоли толстой кишки, вызывающей непроходимость. В трудных для диагностики случаях применяют лапароцентез, который позволяет обнаружить кровь или жидкость в брюшной полости.



- Особое место в диагностике О. ж. принадлежит лапароскопии, показания к которой, как правило, возникают при неясном диагнозе. Лапароскопия дает возможность обнаружить в брюшной полости экссудат или кровь, другие прямые или косвенные признаки острого заболевания органов брюшной полости и малого таза.
- Ультразвуковое исследование позволяет выявить скопление даже небольшого количества жидкости в брюшной полости, воспалительные инфильтраты, кисты яичников, увеличение маточной трубы при наличии в ней плодного яйца, камни в желчном пузыре, расширение желчных протоков при блокаде камнем фатерова соска и др. Если в результате полного клинического обследования не удастся установить диагноз или исключить острое заболевание либо повреждение органов брюшной полости, прибегают к диагностической лапаротомии (см. Живот). Дифференциально-диагностическая характеристика некоторых повреждений, заболеваний и патологических состояний, вызывающих клиническую картину О. ж., представлена в таблице.

- Закрытая травма живота с повреждением полого органа
  - Удар в живот, падение с высоты и другие травмы
  - Возникает остро по всему животу, постепенно нарастает, постоянного характера, усиливается при движении
  - Частая, при разрыве желудка, двенадцатиперстной кишки, с примесью крови
  - Тяжелое. Страдальческое выражение лица, холодный пот, пульс учащен, температура тела постепенно повышается. Стул задержан
  - Живот втянут, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, пальпация резко болезненна, выражен симптом Блюмберга— Щеткина. Перкуторно — отсутствие притупления над печенью, в отлогих местах притупление звука. Ослабление кишечных шумов при аускультации живота. Нависание и болезненность передней стенки прямой кишки, болезненность и нависание сводов влагалища
  - В крови — постепенно нарастающий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Моча без изменений, кровь в моче при разрыве мочевого пузыря
  - Свободный газ под диафрагмой, высокое стояние диафрагмы и ограничение её подвижности
- 
- Закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов
  - Травма живота, особенно на фоне перенесенной малярии, цирроза печени, эхинококкоза и т.п.
  - Появляется внезапно, не имеет четкой локализации, отдает в грудную клетку и лопатки. Характерно уменьшение болей в положении сидя — «симптом ваньки-встаньки»
  - Возникает редко
  - Тяжелое. Бледность, холодный пот. Больной беспокоен, пульс учащен, АД снижено. Температура тела в первые сутки нормальная. Стул не изменен
  - Живот несколько вздут, при пальпации мягкий или умеренно напряжен, положительный симптом Блюмберга — Щеткина. При перкуссии — притупление звука в отлогих местах. Кишечные шумы сохранены. Нависание и болезненность передней стенки прямой кишки, сводов влагалища
  - В крови — нарастающее снижение гематокрита, количества эритроцитов, уровня гемоглобина. Моча без изменений
  - Высокое стояние и ограничение подвижности обоих куполов диафрагмы. Свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости, перемещающаяся при движении

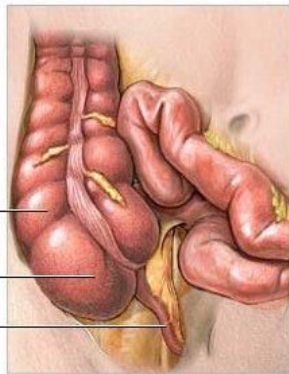
- Острый аппендицит
- Постепенное смещение болей из эпи- или мезогастрия в правую подвздошную область
- Постоянная, умеренная, в правой подвздошной области, усиливающаяся при движении и кашле
- Одно-двукратная, не приносящая облегчения, Тошнота почти постоянная
- Удовлетворительное, температура тела нормальная или субфебрильная. Стул задержан, может быть однократным, жидким
- Напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, которая усиливается в положении больного на левом боку, положительный симптом Блюмберга — Щеткина. Иногда болезненность правой стенки прямой кишки и правого свода влагалища
- В крови — умеренный лейкоцитоз, Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Без особенностей



Толстая  
кишка

Слепая кишка

Червеобразный  
отросток



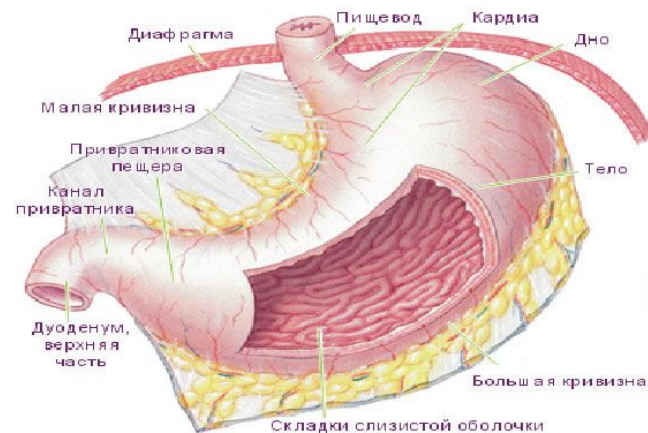
- ▣ Острый холецистит
- ▣ В анамнезе — приступы острого холецистита, желчнокаменная болезнь
- ▣ Интенсивная, постоянная в правом подреберье, отдающая в правое плечо и лопатку
- ▣ Многократная, иногда с примесью желчи, приносит облегчение
- ▣ Средней тяжести, больной беспокоен. Температура тела повышена. Стул задержан
- ▣ Резкая болезненность в правом подреберье, в т.ч. при поколачивают по правой реберной дуге. Может пальпироваться желчный пузырь
- ▣ В крови — значительный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ увеличена
- ▣ Иногда выявляются рентгеноконтрастные желчные камни



- Острый панкреатит
- В анамнезе — приступы острого панкреатита, прием большого количества алкоголя или острой жирной пищи, заболевания желчных путей
- Постепенно нарастающая до сильной в эпигастральной области или опоясывающего характера
- Повторная, неукротимая, мучительная, обильная, не приносящая облегчения
- Тяжелое. Больной беспокоен, кожа бледная. Температура тела нормальная, позже повышена. Сначала урежение пульса, потом учащение. Задержка стула
- Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, болезненность в поясничных областях. Нечетко выражен симптом Блюмберга — Щеткина. При аускультации перистальтические шумы кишечника ослаблены или отсутствуют
- В крови — умеренный лейкоцитоз. Повышение уровня амилазы крови и мочи. СОЭ увеличена
- Высокое стояние и ограничение подвижности обоих куполов диафрагмы, раздутая воздухом поперечная ободочная кишка

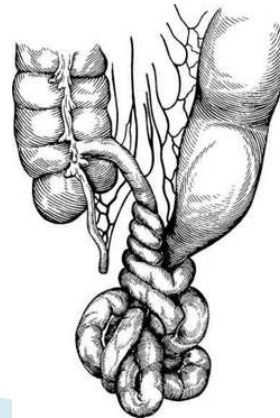


- Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- В анамнезе — язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки
- Внезапно возникающая, крайне интенсивная, постоянная, в эпигастральной области или разлитая
- Не характерна
- Тяжелое, положение вынужденное (с приведенными к животу ногами), больной старается не двигаться. В первые часы — бради-кардия, потом — нарастающая тахикардия. Температура тела в первое время не повышена
- Живот втянут, резкое напряжение мышц брюшной стенки. При пальпации болезненность на всем протяжении. Резко выражен симптом Блюмберга — Щеткина. Перкуторно отсутствует печеночная тупость, перистальтические шумы не выслушиваются
- В крови — умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Свободный газ под куполом диафрагмы, высокое стояние и ограничение подвижности обоих куполов диафрагмы
  
- Непроходимость кишечника
- Воспалительные процессы, опухоли, оперативные вмешательства на органах брюшной полости
- Схваткообразная, очень интенсивная, по всему животу
- Многократная, приносящая временное облегчение
- Тяжелое, больной беспокоен. Тахикардия. Температура тела не повышена. Задержка стула и газов в течение длительного времени
- Живот равномерно или асимметрично вздут, мягкий, мышечного напряжения и симптома Блюмберга — Щеткина в начале заболеваний нет. При аускультации живота кишечные шумы неравномерны, усилены. Выслушивается «шум плеска». При ректальном исследовании — зияние сфинктера прямой кишки
- В крови — умеренный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ увеличена
- Раздутые петли кишечника с уровнями жидкости в них





- Тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов
- Сердечно-сосудистые заболевания. Нарушения ритма сердца
- Внезапная, постоянная, очень интенсивная по всему животу
- Многократная, не приносит облегчения
- Тяжелое, больной беспокоен. Бледность, холодный пот, акроцианоз. Пульс учащен, аритмичен. АД снижено. Температура тела не повышена. В начале заболевания стул с примесью крови, потом — задержка стула и газов
- Живот мягкий, вздут, умеренно болезненный во всех отделах. Кишечные шумы ослаблены, потом — отсутствуют. Перитонеальные симптомы выражены нечетко. При ректальном исследовании — примесь крови в кале
- В крови — увеличение содержания гемоглобина, выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена
- Скопление газа в кишечнике
  
- Нарушенная внематочная беременность
- Нарушения менструального цикла, кровянистые выделения из влагалища
- Внезапная, интенсивная, над лонным сочленением или разлитая, отдающая в поясничную область, прямую кишку
  
- Редко
- Тяжелое, выраженная слабость, обморочное состояние. Кожа и слизистые оболочки бледные. Частый, слабый пульс, низкое АД, температура тела нормальная
- Живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно — притупление звука в отлогих местах. Симптом Блюмберга — Щеткина слабо выражен. Кровянистые выделения из увеличенной мягкой матки, нависание заднего свода влагалища
- Снижение гематокрита, уровня гемоглобина, количества эритроцитов
- Рентгенологическая картина без особенностей



- Лечебная тактика. Больного с подозрением на «острый живот» следует немедленно госпитализировать в профильное учреждение. Транспортировка больных, находящихся в тяжелом состоянии, должна быть быстрой, безопасной, щадящей. Необходимо предусмотреть возможность проведения лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию гемодинамических нарушений, на догоспитальном этапе.
- Характер лечебных мероприятий при О. ж. зависит прежде всего от основного заболевания, что диктует необходимость уточнения диагноза, проведения специальных дополнительных исследований. До постановки окончательного диагноза, решения вопроса о необходимости экстренной операции и, соответственно — определения всей лечебной тактики, запрещен прием жидкости и пищи, следует воздержаться от применения анальгезирующих, спазмолитических средств, нейролептиков, транквилизаторов, слабительных средств, клизм.
- При некоторых воспалительных процессах, не угрожающих развитием перитонита, проводят комплексное консервативное лечение, однако в большинстве случаев О. ж. (перитонит, перфорация полых органов, механическая непроходимость кишечника и др.) необходимо экстренное оперативное вмешательство. Оно проводится немедленно после госпитализации или ему предшествует интенсивная инфузионная предоперационная подготовка в течение 2—3 ч с целью коррекции возникших гемодинамических, водно-электролитных и других нарушений. Больным, находящимся в очень тяжелом состоянии с продолжающимся внутренним кровотечением, оперативное вмешательство проводят сразу же после поступления в стационар, параллельно выполняя реанимационные мероприятия. В сложных случаях характер и объем лечебных мероприятий определяется консилиумом специалистов (хирург, реаниматолог, терапевт и др.).
- Прогноз зависит от характера и тяжести основного заболевания, а также от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больного в стационар, его возраста и сопутствующих заболеваний. Прогноз неблагоприятный при запущенных распространенных формах перитонита, непроходимости кишечника с его обширным некрозом, тромбозе брыжеечных сосудов, особенно в пожилом и старческом возрасте. Чем быстрее при синдроме О. ж. больной госпитализирован, чем раньше поставлен точный диагноз и проведено адекватное (в т.ч. оперативное) лечение, тем ниже летальность и лучше ближайшие и отдаленные результаты.

