

**«ОСТРЫЙ ЖИВОТ»:
ТАКТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ**

Острый живот (R10.0) –

клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь

Задачи первичной диагностики:

- ✓ распознавание опасной ситуации;
- ✓ оценка необходимости экстренной госпитализации для срочного хирургического лечения;
- ✓ выбор лекарственных препаратов, используемых до- и во время транспортировки больного в лечебное учреждение.



Особенности диагностики и лечения «острого живота» на догоспитальном этапе:

- ! нечеткость симптомов в ранние сроки заболевания,
- ! нетипичность клинической картины острого живота у детей и пожилых,
- ! дефицит времени у врача для наблюдения за динамикой заболевания,
- ! отсутствие или практическая невыполнимость лабораторной и инструментальной диагностики.

Успех лечебной тактики
основывается на умении
выделить ведущий симптом!

Основные клинические признаки острого живота

Боль в животе

диспепсия

дизурия

анемия

ШОК



Резкая боль в животе в сочетании с ШОКОМ:

- Разрыв аневризмы аорты
- Расслоение аневризмы
- Тромбоз брыжеечных сосудов
- Коронарный тромбоз
- Внутреннее кровотечение
- Острый панкреатит

Характерные симптомы расслоения и разрыва аневризмы аорты

- внезапная сильная боль в грудной клетке или брюшной полости
- изменение цвета кожных покровов (бледность, мраморность, цианоз);
- холодный липкий пот;
- возбуждение или угнетение больного;
- двигательное беспокойство;
- отсутствие или ослабление пульса на конечностях;

Перечень основных и дополнительных медикаментов:

- 1 **Нитроглицерин**: таблетка 0,0005 г; раствор 0,1% для инъекций в ампулах по 10 мл, аэрозоль.
 - 2 **Фентанил** раствор для инъекций 0,005% 2,0.
 - 3 **Прометазин** раствор для инъекций в ампуле 50 мг/2 мл
 - 4 **Морфин** раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
 - 5 **Кислород**: для ингаляций (медицинский газ)
 - 6 **Пропранолол** 0,1 % - 1,0, таблетка 40 мг
 - 8 **Нифедипин** таблетки 10-20 мг
-
- Индикаторы эффективности оказания медицинской помощи:
Купирование болевого синдрома.
Стабилизация артериального давления.

Клинические проявления мезентериального тромбоза

- 1. Локализация болей зависит от уровня поражения брыжеечных сосудов. Боли постоянные, имеют интенсивный характер, иногда имеют схваткообразный характер.
- 2. Вторым по частоте симптомом у больных с мезентериальным тромбозом является тошнота, иногда переходящая в рвоту.
- 3. При мезентериальном тромбозе возможен жидкий стул, иногда с примесью крови.
- 4. Тахикардия.
- 5. В начале заболевания температура тела будет нормальной. При развитии некроза кишечника температура может повышаться до 38 и более градусов.
- 6. По мере развития заболевания начинает развиваться клиническая картина паралитической кишечной непроходимости. При этом будет наблюдаться вздутие живота, отсутствие перистальтики, задержка стула, возможна рвота.

В качестве консервативной терапии применяется:

- *1. Парентеральное введение антикоагулянтов* (Гепарин).
Антикоагулянтную терапию необходимо проводить под контролем МНО, протромбинового индекса.
- *2. Парентеральное введение дезагрегантов* (Реополиглюкин, Трентал, Гемодез)

Диагностические критерии коронарного тромбоза

1. Характер боли, сжимающий или давящий
2. Локализация боли за грудиной или в области сердца
3. Возникновение боли на высоте физической нагрузки
4. Длительность боли не более 10 минут
5. Быстрый и полный эффект от приема нитроглицерина

Принципы лечения острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе:

- Адекватное обезболивание
- Начальная антитромботическая терапия
- Лечение осложнений
- Быстрая и бережная транспортировка в лечебное учреждение

Обезболивание:

- нитроглицерин под контролем артериального давления
- в/в анальгин + димедрол
- в/в морфин 1% — 1,0 на 20,0 физраствора.

Критерии внутреннего кровотечения,

- **УЗИ брюшной полости:** наличие свободной жидкости (обладает низкой эхогенностью), определение источника кровотечения.
- **Рентгенография:** проявляются признаки наличия жидкости в брюшной полости (уровень). Общий анализ крови: анемия, тромбоцитопения
- **Пункция свода влагалища:** кровь в пунктате.
- **Пальцевое исследование:** нависание стенок влагалища/прямой кишки и их болезненность.

Локализация области боли помогает выяснить ее этиологию

- ➔ **Левый верхний квадрант** - спленомегалия, язва желудка, боли в пищеводе
- ➔ **Левый нижний квадрант** - дивертикулит, камни в почках, заболевания яичников
- ➔ **Правый верхний квадрант** - печень, заболевания желчных путей, язва двенадцатиперстной кишки
- ➔ **Правый нижний квадрант** - аппендицит, воспаление меккелева дивертикула, заболевания яичников, внематочная беременность

Семь главных «притворщиков»

- ▣ Депрессия
- ▣ Сахарный диабет
- ▣ Побочное действие лекарственных средств и интоксикация
- ▣ Анемия (серповидно-клеточная)
- ▣ Болезни щитовидной железы
- ▣ Болезни позвоночника
- ▣ Инфекция мочевых путей

«Нехирургические» причины болей в животе



Система органов дыхания Пневмония, плеврит, ОРВИ, ТЭЛА, инфаркт-пневмония, спонтанный пневмоторакс

Сердечно-сосудистая система Ишемия и инфаркт миокарда, застойная (правожелудочковая) СН, перикардит

Мочеполовая система Почечная, мочеточниковая колика, пиелонефрит, цистит, эпидидимит, острая задержка мочи

«Нехирургические» причины болей в животе

2

Система
органов пищеварения

Гастрит, пищевые отравления, вирусные гастроэнтериты, непереносимость лактозы, запор, синдром раздраженного кишечника

Кроветворная система

Лейкоз, расстройства свертывающей системы врожденные и приобретенные, кризы при серповидно-клеточной анемии, гемолитический уремический синдром

Заболевания

ОДА и нейро-мышечные
расстройства

Грыжа межпозвонкового диска, опухоли спинного мозга, периостит лонной кости, гематома влагалища прямой мышцы живота

«Нехирургические» причины болей в животе

Метаболические
и эндокринные
нарушения

Диабетический кетоацидоз,
отравление свинцом,
надпочечниковая
недостаточность, порфирия,
первичный
гиперпаратиреозидизм,
тиреотоксический криз,
электролитные нарушения,

Инфекционные
заболевания

Малярия, брюшной тиф,
сифилис, гепатит,
трихинеллез, аскаридоз

Наиболее частые причины внезапных болей в животе:

- ✓ перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки,
- ✓ перфорации толстой кишки,
- ✓ разрыв аневризмы брюшного отдела аорты,
- ✓ внематочная беременность,
- ✓ тромбоз мезентериальных сосудов (инфаркт тонкой кишки),
- ✓ перфорация опухоли желудка или толстой кишки,
- ✓ ущемленная грыжа,
- ✓ мочеочниковая колика.

Причины болей в животе, возникающих постепенно:

- ✓ острый аппендицит,
- ✓ острый холецистит,
- ✓ внематочная беременность перед разрывом,
- ✓ острая задержка мочи,
- ✓ острый цистит или пиелонефрит,
- ✓ низкая кишечная непроходимость,
- ✓ воспаление Меккелева дивертикула,
- ✓ острый панкреатит,
- ✓ простатит,
- ✓ обострение хронической гастродуоденальной язвы,
- ✓ внутрибрюшинные абсцессы,
- ✓ мезентериальный лимфаденит,
- ✓ сальпингоофорит,
- ✓ дивертикулит сигмовидной кишки,
- ✓ терминальный плеврит,
- ✓ неспецифический язвенный колит

Острый живот у детей

Самые частые причины:

- Кишечная колика у грудных детей
- Гастроэнтерит
- Мезаденит

Наиболее опасные заболевания:

- Инвагинация кишечника
- Острый аппендицит
- Кишечная непроходимость

Острый живот у пожилых

- Увеличение с возрастом распространенности атеросклероза, злокачественных новообразований, дивертикулеза
- Инволютивное повышение болевого порога
- Снижение иммунных реакций
- Изменение классической картины заболевания (напр., при остром аппендиците не боль, а лихорадка, лейкоцитоз, оглушение, потеря аппетита и тахикардия).

Признаки раздражения брюшины -

- **“перитонеальные”** симптомы (напр., Щеткина: усиление боли не при нажатии на пораженную область, а при отъеме пальпирующей руки).
- *Защитное напряжение мышц брюшной стенки – выражено в первую очередь в зоне заболевания, при генерализованном перитоните распространяется на весь живот.*
- **Крайняя степень – “доскообразный живот”** – возникает почти немедленно при перфоративной язве (в результате излития в брюшную полость химически агрессивного содержимого желудка).

Методы первичного исследования больного

- **Сбор жалоб и анамнеза:** время и характер начала болей (внезапные или постепенно возникающие); локализация и иррадиация, продолжительность, выраженность; факторы, усиливающие или уменьшающие боль; сопутствующие симптомы (диспепсические и дизурические явления); связь боли с приемом пищи, воды; характер менструального цикла и его возможные расстройства; перенесенные в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота.
- **Осмотр:** вынужденное положение, беспокойство больного (меняет позу); адинамия, заторможенность; признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость слизистой оболочки рта); бледность, желтуха, выделения (рвота, стул, кровь).

Обязательные компоненты осмотра

- Пальпация образований
- Осмотр на наличие грыжи
- Ректальное и вагинальное обследование
- Осмотр поясничной области
- Гиперестезия (проверяется прикосновением твердого предмета или руки - помогает выявить области воспаления в брюшной полости, например, при аппендиците)

Методы первичного исследования больного

2

- **Температура:** подмышечная и ректальная.
- **Показатели гемодинамики:** пульс, артериальное давление, аускультация сердца
- **Исследование живота:** осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация (наличие вздутия, видимой перистальтики, асимметрии, ригидности передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины, выпячиваний (грыж), пульсирующие или болезненные при пальпации образования; характер кишечных шумов), объем живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок).

Методы первичного исследования **3** больного

□ У женщин - **гинекологический анамнез**: перенесенные гинекологические заболевания, менструальный цикл, время последних менструаций (причиной появления боли в животе в середине менструального цикла может быть апоплексия яичника, при задержке менструации – подозрение на внематочную беременность). При влагалищном исследовании - болезненность сводов влагалища, увеличение придатков матки, болезненное образование в маточной трубе при трубной беременности. Нависание сводов влагалища - скопление в полости малого таза крови или экссудата.

Лабораторные анализы:

□ **гемограмма,**

□ **ЭНЗИМЫ печени и поджелудочной железы.**

Ключевые точки

- Пальпируйте болезненную область в последнюю очередь
- Частые повторные осмотры
- Аускультация прежде пальпации
- Ректальное и вагинальное исследование

Методы первичного исследования больного

4

- ▣ **Рентгенологическое исследование:** рентгеноскопия грудной клетки (затемнения (экссудат); обзорная рентгенография живота (от диафрагмы до симфиза) - выявление подвижности диафрагмы, скопления свободного газа под диафрагмой и в кишечнике, уровней жидкости в кишечнике (при непроходимости); урография - камни в почках и мочеточниках; рентгенконтрастное исследование при подозрении на перфорацию желудка или двенадцатиперстной кишки; ирригоскопия при подозрении на толстокишечную непроходимость.
- ▣ **Ультразвуковое исследование** желчного пузыря, поджелудочной железы, печени, селезенки.
- ▣ **Лапароскопия** - выявление воспаления или повреждения органа.

Специальные исследования

- Признаки повреждения подвздошно-поясничной мышцы - боль при пассивном разгибании тазобедренного сустава, растяжении поясничной мышцы. Можно выполнять у пострадавшего в лежащем положении путем перемещения бедра.
- Признаки повреждения запирающей мышцы - боль при сгибании и поворачивании внутрь тазобедренного сустава. Отмечается при воспалении запирающей мышцы при аппендиците.

Первичные меры

- Ничего перорально - до завершения полного обследования пострадавшего
- Внутривенное вливание жидкостей
- Транспортировка в больницу для проведения полного обследования

При абдоминальных болях, обусловленных острыми заболеваниями органов брюшной полости, на догоспитальном этапе **введение анальгетиков противопоказано**

При желчной колике, холестазае, почечной или мочеточниковой колике, синдроме раздраженной кишки **возможно применение спазмолитических препаратов**

Показания к внутривенной инфузионной терапии на догоспитальном этапе и при транспортировке больного с острой абдоминальной болью

- ☞ болевой или токсический шок;
- ☞ прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки,
- ☞ острая кишечная непроходимость,
- ☞ острый панкреатит,
- ☞ перитонит,
- ☞ внутрибрюшное кровотечение.

Используют реополиглюкин, гемодез, 5% раствор глюкозы с новокаином.

Инфузионная терапия на догоспитальном этапе - только средство, обеспечивающее безопасную транспортировку пациента!

В целях безопасности пациентов
и предотвращения развития
тяжелых осложнений
больные
с острой абдоминальной болью
подлежат
экстренной госпитализации

Острый аппендицит

- **Типичные симптомы:** тупая упорная боль, которая может начаться в области пупка, а затем перемещаться в нижний отдел живота. Боль усиливается при кашле, ходьбе, прыжках. Максимальная болезненность в точке Мак-Бурнея. При пальпации напряжение мышц брюшной стенки в правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина- Блюмбера.
- **Дополнительные признаки:** симптомы Ровзинга, Воскресенского, натяжения илеоцекальной мышцы. При ректальном исследовании- напряжение в правом отделе дугласова кармана. Следует отметить, что ректальное обследование проводится обязательно при подозрении на острый аппендицит.
- **Менее надежные симптомы:** тошнота, рвота, запор (иногда понос), умеренная лихорадка, лейкоцитоз (до $18 \cdot 10^9/\text{л}$), сдвиг формулы влево, повышение СОЭ.

- **Признаки перфорации аппендицита:** Тяжелое состояние, внезапное прекращение боли, мягкий живот, отсутствие перистальтики, обложенный сухой язык.
- **Дифференциальная диагностика** проводится со следующими заболеваниями: энтероколит, острый цистит и пиелонефрит, запор, мезентериальный лимфаденит, воспаление дивертикула Меккеля, почечная колика, абдоминальная пурпура, абдоминальная эпилепсия, правосторонняя пневмония, менингит, ангина, диабетическая кома, ацетонемическая рвота, инвагинация кишечника, продромальный период кори.

Инвагинация кишечника

- Типичные симптомы: чаще у детей первых трех лет жизни. Внезапное появление резкой приступообразной боли, бледность, холодный пот, резкое беспокойство, пронзительный приступообразный крик. При пальпации - колбасовидная опухоль в правой подвздошной или околопупочной области. **При ректальном исследовании** - на кончике пальца кровянистые выделения типа “малинового желе”.

Острый холецистит

- Локализация боли в правом верхнем отделе живота
- Иррадиация в правое плечо и лопатку
- Тошнота и многократная рвота с симптомами раздражения брюшины или без таковых.
- Положительны симптомы Грекова-Ортнера, Образцова, Кера и др.
- Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и увеличение СОЭ.
- Наиболее надежным и доступным диагностическим приемом в данной ситуации является ультразвуковое исследование.

УЗИ желчного пузыря при остром холецистите.

Выявляется растянутый желчный пузырь (толстая стрелка) с камнем, вколоченным в устье пузырного протока (тонкая стрелка), отбрасывающим акустическую тень.

Стенка желчного пузыря значительно утолщена.



Ультразвуковыми признаками острого холецистита являются

- утолщение стенок желчного пузыря более 4 мм
- "двойной контур" стенки
- увеличение размеров желчного пузыря
- перивезикальной жидкости
- положительный УЗ-признак Мерфи (локальное напряжение желчного пузыря под УЗ-датчиком).
- *По данным УЗИ можно судить о форме воспаления желчного пузыря*



Abdomen
C5-2
MI 1.0
TIS 1.1
H4 Gn 63
232dB/C4
H/2/3

G
P (R)
2.1 4.2

G
P (R)
2.1 4.2

20Hz 11cm



+ Length 0.403 cm

x Length 0.450 cm



Биохимическое исследование крови

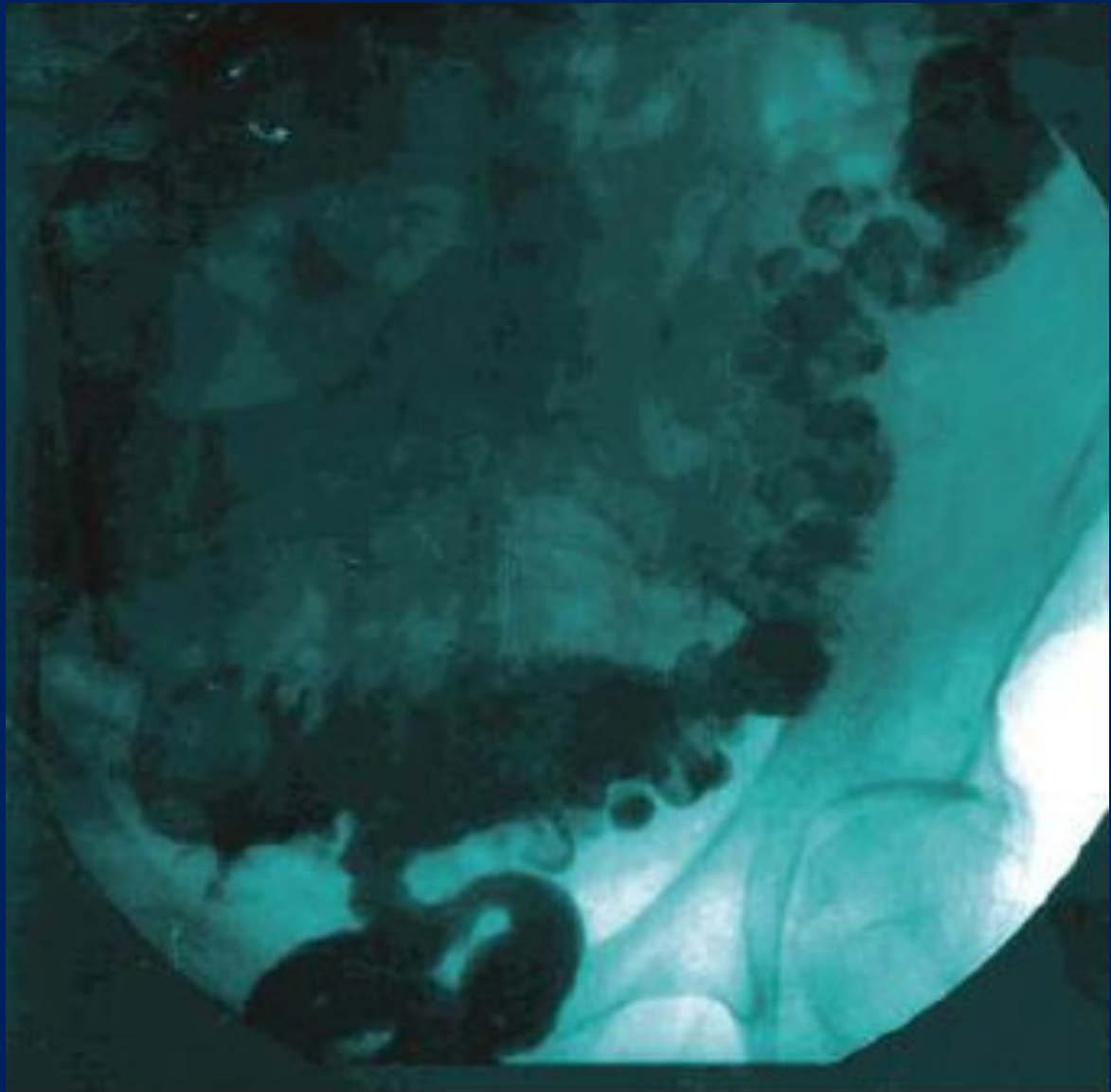
- Из биохимических показателей наиболее значимыми **ЯВЛЯЮТСЯ:**
 - гипербилирубинемия преимущественно за счет прямого (конъюгированного) билирубина;
 - увеличение уровня печеночной фракции щелочной фосфатазы (ЩФ) крови
 - увеличение содержания желчных пигментов в моче;
 - повышение активности алапинамиотрансферазы (АлАТ);
 - повышение активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ);
 - повышение активности у-глутамилтрансферазы (у-ГТ).

Острый панкреатит

- Внезапно возникающая постоянная боль в верхней части живота после грубых нарушений диеты, нередко имеет опоясывающий характер или иррадирует в спину.
- Живот вздут, резко ослаблена перистальтика кишечника, тошнота и рвота.
- Показательными являются наличие положительных симптомов Чухриенко, Кача, Малле-Ги и др.
- Значительное повышение показателей амилазы в моче и крови
- Специфические признаки заболевания по результатам УЗИ.
- При необходимости проводится компьютерная томография (КТ), лапароскопия.

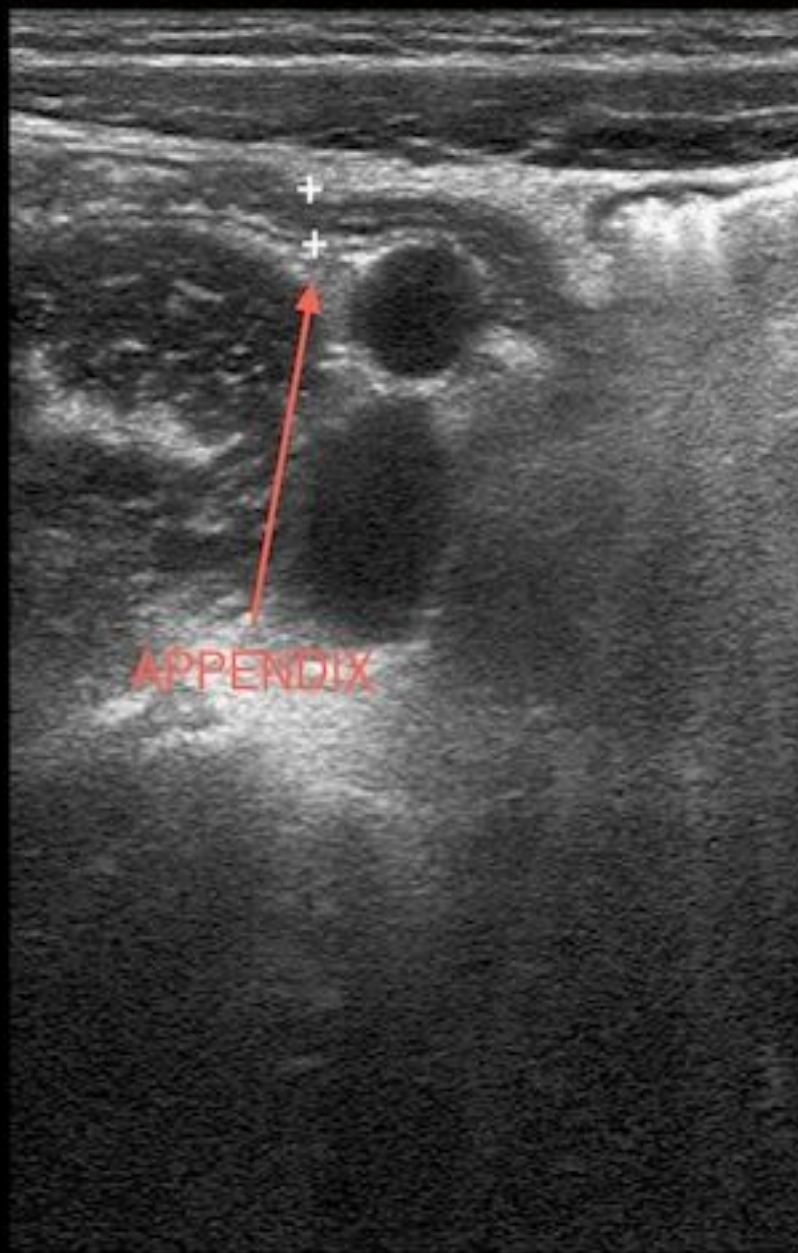
Дивертикулит

- Воспаление дивертикула преимущественно в сигмовидной кишке;
- Болезненность и симптомы раздражения брюшины, главным образом в левом нижнем отделе живота.
- Чаще болеют пожилые люди, страдающие патологией толстой кишки, в большинстве случаев обострению предшествуют стойкие запоры.
- Нередко встречаются явления частичной кишечной непроходимости и кровь в кале.
- Колоноскопия и ирригоскопия противопоказаны. Наиболее адекватными диагностическими приемами являются сбор анамнеза, клиническое наблюдение, динамическое УЗИ и лапароскопия.



Острый мезентериальный лимфаденит

- Боль чаще всего ощущается в правой подвздошной, околопупочной областях.
- Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.
- Сопровождается воспалительными изменениями в клиническом анализе крови.
- Важными дифференциально-диагностическими критериями являются: возраст до 20 лет, появление заболевания весной или осенью, стабильное течение заболевания, постепенное уменьшение боли при антибактериальной терапии.
- Во время проведения УЗИ в ряде случаев удается выявить признаки поражения лимфоузлов при отсутствии измененного аппендикса.



Abdomen
L12-5
MI 0.7
TIS 0.1
F3 Gn 100
232dB/C4
H/1/4

G
P ▲ R
5.0 12.0

53Hz 7cm
⊗

+ Length 0.310 cm

Острый гастрит, пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки

- Боль, связанная с приемом пищи, время ее появления сопряжено с локализацией патологического процесса, изжогой, отрыжкой, тошнотой, рвотой.
- При развитии перфорации характерно внезапное появление «кинжальной» боли, напряжение мышц передней брюшной стенки верхней половины или всего живота, преимущественно в надчревной области, симптомы раздражения брюшины положительные.
- Показано проведение рентгеноскопии. Выявляется наличие воздуха в брюшной полости.

Острая кишечная непроходимость

- При обтурации боль схваткообразная, при странгуляции наряду со схватками – постоянная (часто явления шока)
- Клиника зависит от уровня непроходимости.
- Характерны задержка стула, многократная рвота.
- При проведении обзорной рентгеноскопии обнаруживаются чаши Клойбера.
- В клинической картине: боль, часто сопровождающаяся кровотечением, непостоянной диареей.
- На рентгенограмме: симптом «отпечатки пальцев», часто поражение селезеночного угла

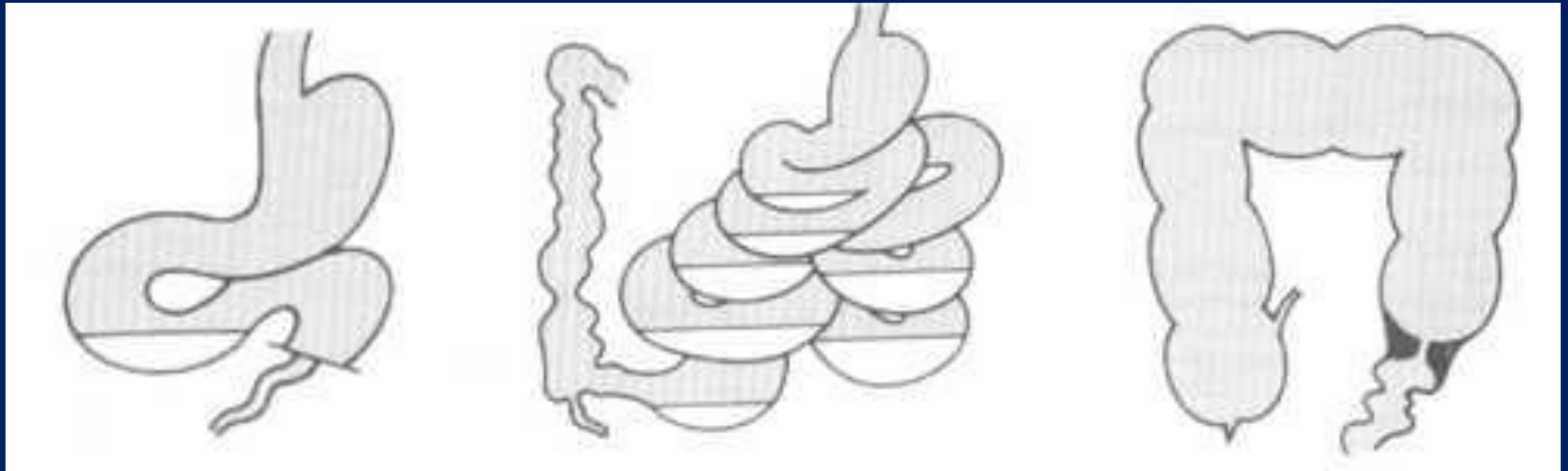
Клиническая картина при различных видах непроходимости кишечника

Вид непроходимости	Вздутие живота Рвота			Кишечные шумы	Болезненность при пальпации
Без нарушения кровообращения Высокая тонкокишечная	++ Схваткообразная, в средней и верхней трети живота	+ 	+++ Появляется на ранней стадии, с примесью желчи, упорная	Усилены	Слабая, разлитая
Низкая тонкокишечная	+++ Схваткообразная, в средней трети живота	+++ Появляется на ранней стадии	+++ Появляется на поздних стадиях с запахом кала	Усилены, волнообразно нарастают и ослабевают	Слабая, разлитая
Толстокишечная	+++ Схваткообразная, в средней и нижней трети живота	+++ Появляется на поздних стадиях	+ Появляется очень поздно с запахом кала	Обычно усилены	Слабая, разлитая
Странгуляционная	++++ Постоянная, сильная, иногда бывает локализованной	++ 	+++ Упорная	Обычно ослаблены но четкой закономерности нет	Сильная, локализованная
Паралитическая	+ Легкая, разлитая	++++ Появляется очень рано	+ 	Ослаблены	Слабая, разлитая
Непроходимость, обусловленная острыми нарушениями мезентериального кровообращения	++++ Постоянная, в средней трети живота или спины, может быть очень сильной	+++ Появляется на ранней стадии	+++ 	Ослаблены или отсутствуют	Сильная, разлитая или локализованная

Рентгенологические признаки непроходимости кишечника

Признак	Паралитическая непроходимость	Механическая непроходимость
Газ в желудке	+++	+
Газ в просвете кишечника	+++ Рассеян по всей толстой и тонкой кишке	+
Жидкость в просвете кишечника	+	+++
Чаши Клойбера (в положении лежа)	++	+
Чаши Клойбера (в положении стоя)	+	++
Уровни жидкости в смежных коленах кишечной петли (рентгенограмма в положении стоя)	Имеют примерно одинаковую высоту — арки, похожие на перевернутые буквы U , занимают преимущественно среднюю треть живота	Имеют разную высоту — арки, похожие на перевернутые буквы J Число крестиков отражает выраженность симптомов

Схема скопления газа в просвете кишечника при различных вариантах кишечной непроходимости



А. Высокая тонкокишечная непроходимость. Возможно наличие единичных горизонтальных уровней жидкости и газа. Наличие газа в толстой кишке не характерно.

Б. Низкая тонкокишечная непроходимость. Обычно видны множественные горизонтальные уровни жидкости и газа (чаши Клойбера). Наличие газа в толстой кишке не характерно.

В. Странгуляционная кишечная непроходимость. Могут быть как единичные, так и множественные горизонтальные уровни жидкости и газа. Наличие газа в толстой кишке не характерно.

Рентгенограмма брюшной полости при тонкокишечной непроходимости. Хорошо видны спиралевидные складки слизистой оболочки, занимающие весь поперечник кишки

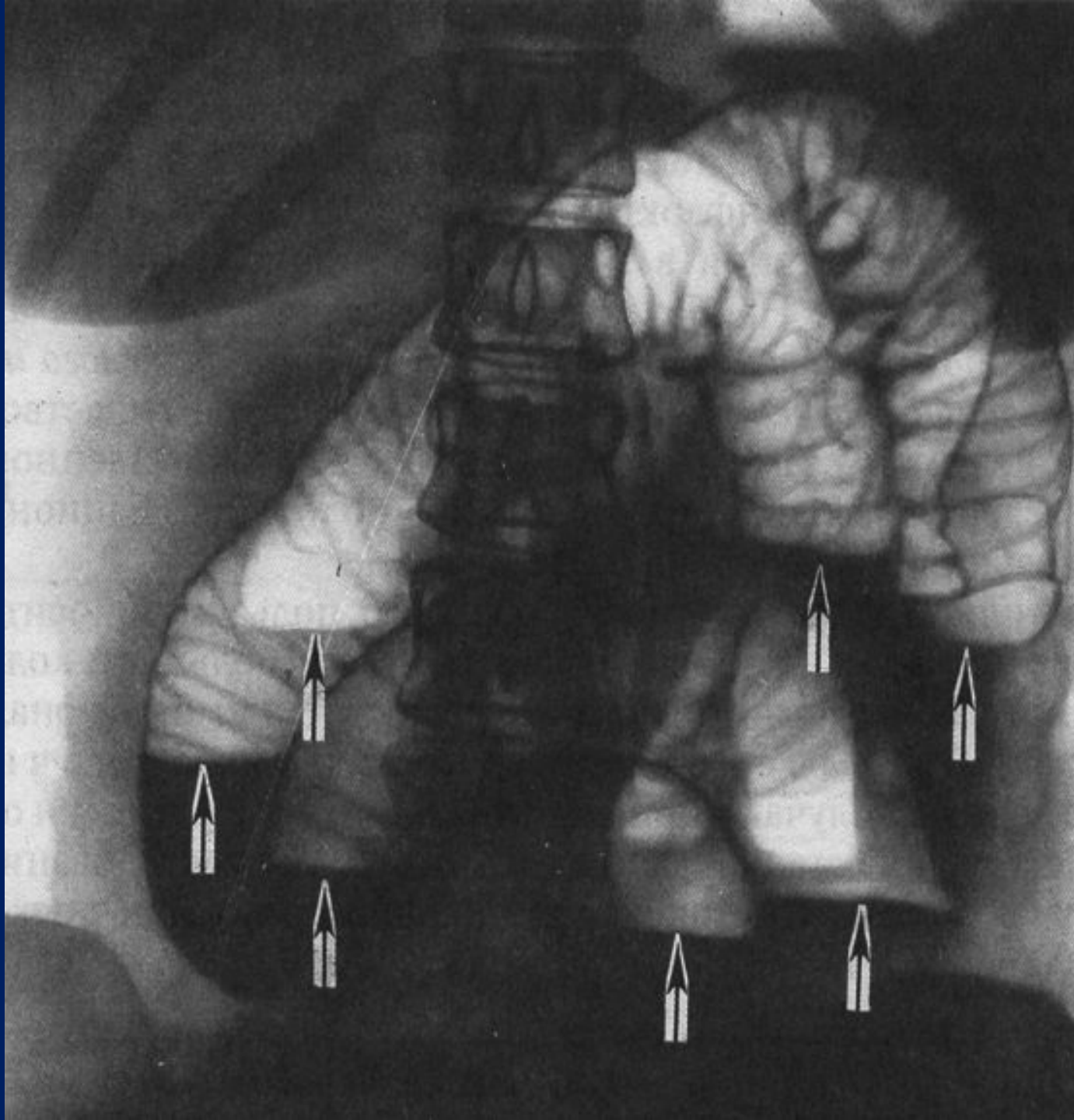


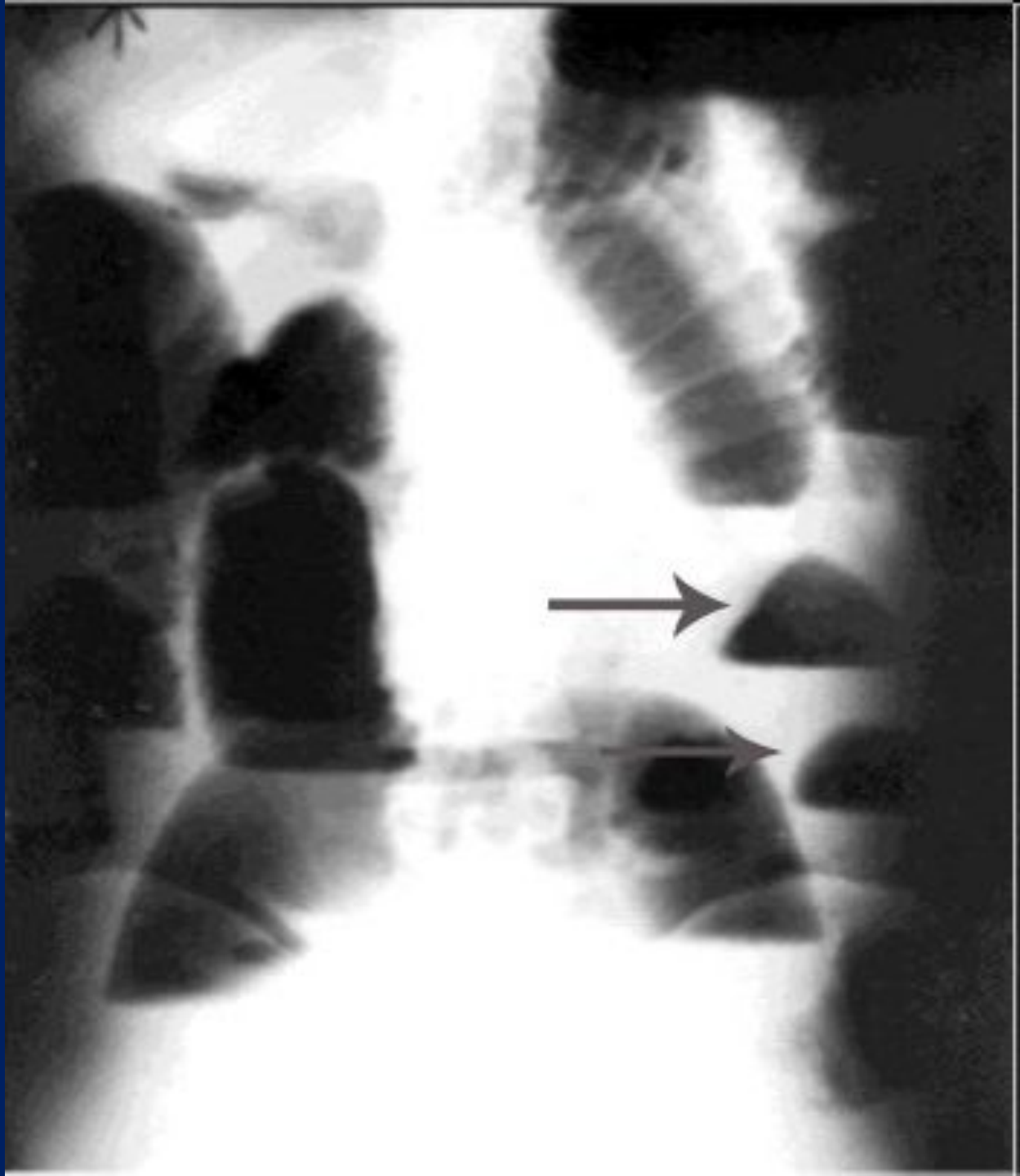
(указаны стрелками)

Рентгенограмма брюшной полости при толстокишечной непроходимости.



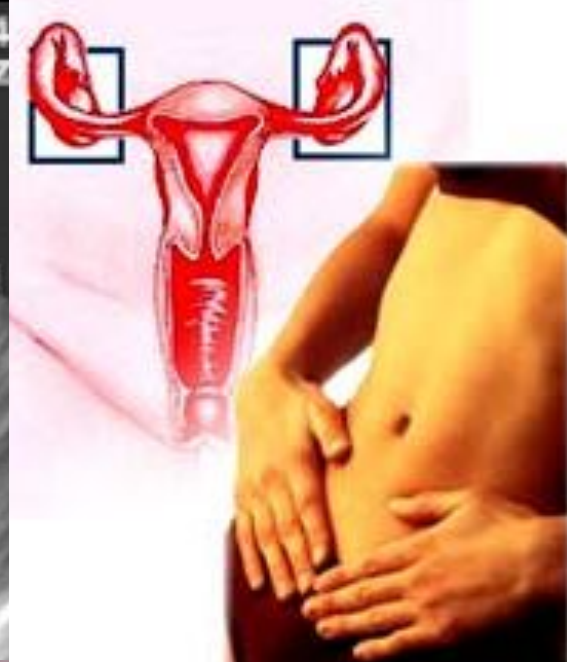
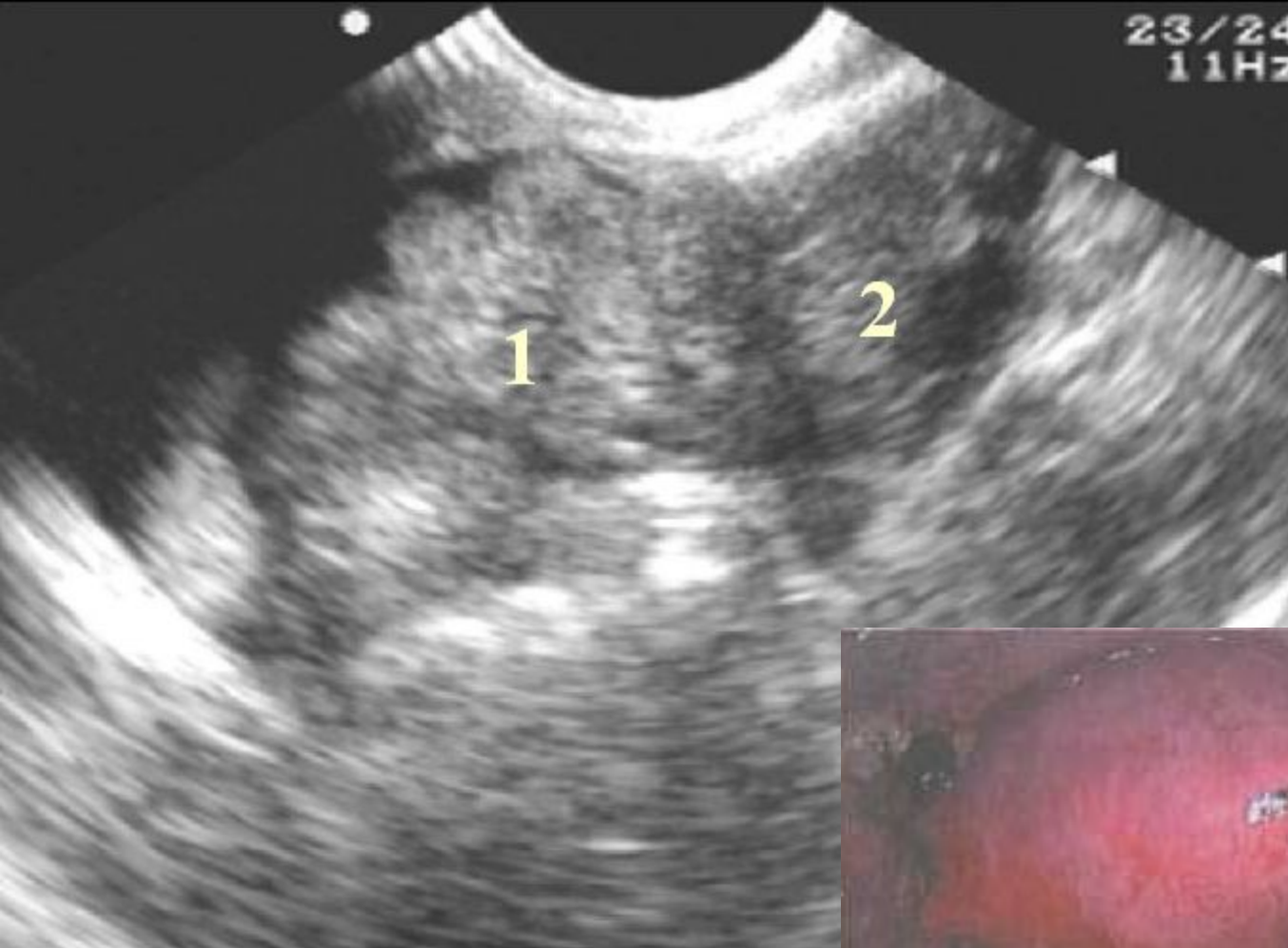
**Видны гаустры (указаны стрелками),
которые занимают лишь часть поперечника кишки**





Острый аднексит

- Боль внизу живота
- Клиника развивается на фоне предшествующих гинекологических заболеваний.
- Общее состояние больных, как правило, не нарушено, они обычно активны (в случае отсутствия деструктивного процесса).
- Симптомы раздражения брюшины незначительны.
- Диагностика: клиническое наблюдение, гинекологический осмотр, УЗИ, при неэффективности – лапароскопия.



Острый сальпингит (1) и яичник (2)

Нарушенная внематочная беременность

- Типично появление боли внизу живота, нередко схваткообразного характера.
- Возникновение боли совпадает с субъективными признаками внутреннего кровотечения (появление общей слабости, головокружения, бледность кожи и т. д.).
- Напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует.
- Часто появляются темно-коричневые кровянистые выделения из влагалища.
- Диагностические затруднения разрешаются при проведении УЗИ и пункции заднего свода влагалища.

Перекрут и разрыв кисты яичника

- Боль в нижней части живота, иррадирующая в спину, промежность, многократная рвота, учащение мочеиспускания и позывы на дефекацию.
- Поведение больных беспокойное, появляются симптомы внутреннего кровотечения и раздражения брюшины, защитное напряжение мышц живота.
- УЗИ, как правило, и в данном случае позволяет провести дифференциальную диагностику.

Перекрут яичка, ущемленная паховая грыжа

- Острая боль в нижней части живота и паховой области после травмы, резкого физического усилия.
- Напряжение мышц брюшной стенки
- Боль в мошонке
- Отечное плотное болезненное яичко.
- При ущемлении паховой грыжи – пальпация грыжевого образования.

Хроническая рецидивирующая абдоминальная боль

Наиболее частыми причинами хронической рецидивирующей боли в животе являются заболевания ЖКТ:

- функциональные расстройства желудка и кишечника
- дискинезии желчевыводящей системы
- хронический гастродуоденит
- язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки

Функциональные расстройства желудка (ФРЖ)

- Болевой синдром не отличается специфичностью.
- Боль возникает независимо от приема пищи, кратковременно, разной интенсивности, чаще локализуется в эпигастральной области, без иррадиации.
- Нередко боль появляется и усиливается после психоэмоционального напряжения, физической нагрузки и чаще наблюдается у эмоционально лабильных людей
- Практически всегда приступы абдоминальной боли сопровождаются симптомами вегетативной лабильности: потливость, головная боль, бради- и тахикардия.
- При пальпации отмечается неопределенная, умеренная болезненность в эпигастрии или в правом подреберье. Диагностика ФРЖ затруднена.
- Решающим является эндоскопическое исследование: отсутствие морфологических изменений и относительная выраженность моторной дисфункции верхних отделов ЖКТ в виде спазма или гипотонии сфинктеров, нарушенной перистальтики.

Функциональное расстройство кишечника (ФРК)

- Проявляется в виде нарушения моторной функции кишечника (дискинезии) в структуре вегетоневроза.
- Различают две основные формы дискинезии кишечника - гипертоническую и гипотоническую.
- Для гипертонической (спастической) формы характерна периодически появляющаяся, интенсивная схваткообразная боль с неопределенной локализацией или с максимальной выраженностью ее в левой подвздошной области. Живот вздут, пальпаторно-спастическое сокращение и болезненность нисходящей или сигмовидной кишки. Заболевание чаще проявляется запором, реже - диареей. После отхождения газов и кала боль уменьшается или полностью исчезает.
- Для гипотонической формы дискинезии характерно чувство постоянного дискомфорта, распирающие, вздутие, без четких болевых ощущений. После опорожнения кишечника самочувствие больных значительно улучшается. Следует отметить, что при этой форме дискинезии запор более выражен, акт дефекации наступает значительно реже и часто возникают трещины ануса, геморроидальные узлы, сужения и инфильтрация анального сфинктера, что в дальнейшем может привести к тяжелой патологии аноректальной зоны с развитием хронической интоксикации. Выраженное и длительное течение ФРК может быть следствием так называемой соматизированной (ларвированной) депрессии и требует психотерапевтической коррекции.

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)

- Болевой синдром при ДЖВП чрезвычайно variabelен. В практической деятельности необходимо выделять две основные формы ДЖВП: гипертоническую и гипотоническую.
- Для гипертонического варианта ДЖВП характерна резкая сильная приступообразная и кратковременная боль с локализацией в правом подреберье и нередко с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Во время приступа пациент беспокоен, выражены проявления вегетативной дистонии: повышенная потливость, брадикардия, гипотония, кардиалгия. При пальпации отмечается резкая болезненность и напряжение брюшной стенки в области правого подреберья. Отчетливо выражены симптомы Ортнера, Кера, Вольского. В основе данного типа ДЖВП лежит спазм сфинктерного аппарата билиарной системы.
- При гипотоническом типе ДЖВП боль чаще умеренная, ноющая, давящая или тупая (чувство тяжести или дискомфорта) и более длительная. Нередко боль провоцируется физической нагрузкой и часто возникает после приема жирной или острой пищи, а также при переедании. При пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье, увеличенная, но мягкая печень. Умеренно положительные пузырьные симптомы. Пациенты с этой формой ДЖВП отличаются и особенностью эмоционально-волевой сферы: они подавлены, настроение снижено, выражен астеноневротический синдром, резкое снижение работоспособности. В основе данного типа ДЖВП лежит застой желчи в билиарной системе.

Хронический гастродуоденит (ХГД)

С клинической точки зрения целесообразно у детей выделять два варианта течения ХГД:

- язвенноподобное (ХГД ЯП)
- гастритоподобное (ХГД ГП)

Язвенноподобное

- При ХГД ЯП отчается выраженный болевой синдром: боль возникает натощак или спустя 1-2 часа после приема пищи. Боль достаточно интенсивная, но относительно кратковременная, с локализацией в эпигастрии или в пилородуоденальной области. Часто отмечается четкая периодичность появления боли и ее связь с едой: **голод -> боль -> еда -> успокоение**. Иногда встречается ночная или ранняя утренняя боль. В этом случае необходимо исключить язвенное поражение выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. При пальпации отмечается отчетливая болезненность (иногда и напряжение брюшной стенки) в эпигастрии и особенно в пилородуоденальной зоне. В основе данного варианта ХГД лежат структурно-воспалительные нарушения преимущественно антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (антродуоденит, пилородуоденит).

Гастритоподобное

- **Менее выраженный болевой синдром:** Боль ноющая, слабовыраженная, но длительная с преимущественной локализацией в эпигастрии и в левом подреберье. Боль возникает во время еды или спустя 10-15 минут после еды.
- Чаще пациенты жалуются на **чувство тяжести и дискомфорта в верхних отделах живота**, чем на болевые ощущения.
- При пальпации отмечается **умеренная болезненность и глубинные неприятные ощущения в эпигастральной области**.
- **Астенодепрессивный синдром:** головная боль, утомляемость, снижение настроения, подавленность, тоскливость.
- **Характерно обилие диспепсических жалоб:** тошнота по утрам, плохой аппетит, непереносимость молока, метеоризм и послабление стула.
- Наблюдаются признаки полигиповитаминоза.

Врачебная тактика при боли в животе

- Правильная и быстрая трактовка боли в животе - ответственная задача, поскольку с этим связано проведение экстренных мероприятий. При острой боли в животе необходим точный своевременный диагноз. Большое число заболеваний могут иметь катастрофические последствия, если будет допущено промедление в постановке диагноза. Сложность интерпретации болевого синдрома требует разработки оптимального диагностического алгоритма.

Общие положения

1. Степень неотложности диагностических мероприятий
2. Учет ведущих клинических признаков заболеваний, протекающих с абдоминальным болевым синдромом
3. Объем диагностических мероприятий
4. Частотный критерий встречаемости состояний, протекающих с синдромом острого живота в зависимости от возраста
5. Степень надежности и информативности клинических и параклинических данных.
6. Этапность и последовательное исключение наиболее опасных заболеваний, протекающих с абдоминальным болевым синдромом
7. Временной фактор

Объективные данные обследования

- Осмотр: общий вид, положение тела, характер подвижности, мимика и выражение лица, конфигурация живота, признаки вздутия кишечника, вид рвотных масс, стула, мочи.
- Пальпация: защитное напряжение мышц, их сопротивление, результаты ректального исследования, характер пульса.
- Аускультация: перистальтический шум, шум трения воспаленной капсулы органа (селезенки).

Параклинические исследования

- СОЭ
- лейкоцитоз
- анализы мочи и кала
- рентгенологическое и эндоскопическое исследования
- УЗИ

Необходимость неотложных мероприятий

- Остро возникающая боль в животе
- Рвота
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки
- Тяжелое общее состояние с испуганным выражением лица, запавшими глазами, заострившимся носом, беспокойством, сосудистым коллапсом
- Задержка стула, газов или понос, метеоризм.

Степень неотложности диагностических и лечебных мероприятий при ведущем симптоме - острой боли в животе

Крайне опасные состояния

аппендицит
 кишечная непроходимость
 инвагинация
 острый перитонит
 острый энтерит с эксикозом
 пневмония
 миокардит
 ацетонемическая рвота
 диабетическая кома
 эклампсическая уремия
 уролитиаз
 менингит, энцефалит
 отравление
 проглоченные инородные тела
 эхинококковая киста в свободной брюшной
 полости

Отсутствие крайней опасности

ангина
 пиелонефрит
 аскаридоз
 болезнь Борнхольма
 продром кори, гепатита
 гастрит
 брюшной тиф
 абдоминальная пурпура
 болезнь Крона
 мезентериальный лимфаденит
 коксит
 остеомиелит крыла подвздошной кости
 аднексит
 боль при овуляции
 предменструальная боль
 язвенная болезнь
 коклюш
 "брюшная колика"

Схема обследования при остром животе (Хертл М., 1990)

<p>Анамнез</p>	<p><u>Характер боли:</u> колика или продолжительная боль <u>Рвота:</u> натошак, после еды, каловая рвота, примесь крови, частота <u>Характер стула:</u> отсутствует слизь, примесь крови, водянистый, количество, частота <u>Повышение температуры тела</u> <u>Эпидемический анамнез:</u> гепатит, гастроэнтерит, болезнь Борнхольма, корь, коклюш</p>
<p>Общий осмотр</p>	<p>Внешний вид больного Цвет лица Состояние сознания Эмоциональное состояние Дыхание и его особенности</p>
<p>Исследование живота</p>	<p><u>Осмотр:</u> выпячивание, вздутие <u>Аускультация:</u> усиленные или ослабленные шумы, отсутствие их, особенности локализации <u>Пальпация:</u> начинать с левой подвздошной области; иногда в разных положениях; ректальное исследование; проверить грыжевые ворота. Перед пальпацией опорожнить мочевого пузыря! Внимание! Исключить обратное расположение органов <u>Перкуссия:</u> печень, селезенка, кишечник, дно мочевого пузыря, опухоли <u>Рентгенологическое исследование</u> брюшной полости в положении стоя <u>Сонография</u></p>
<p>Исследование крови</p>	<p>Полный анализ крови; минимум- количество лейкоцитов</p>
<p>Предпочтительный возраст</p>	<p>см. табл.3</p>
<p>Исключение другой патологии</p>	<p><u>Грудная клетка:</u> аускультация, перкуссия, рентгенологическое исследование (пневмония, плеврит, оценка состояния сердца) <u>Люмбальная пункция:</u> (менингит) <u>Анализ мочи:</u> белок, сахар, ацетон, желчные пигменты, осадок (нефрит, диабет, гепатит, уролитиаз)</p>