

**ФГАОУ ВО РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ**

(Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета)

АБДОМИНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Учебное пособие предназначено:

для студентов, обучающихся по специальности лечебное дело.

Часть 1.

Москва 2020г

ВВЕДЕНИЕ

В течение многих лет абдоминальный болевой синдром остается одной из главных проблем в общей медицинской практике. Боль в животе в большинстве случаев является основным симптомом патологии органов желудочно-кишечного тракта, и одной из ведущих причин обращения пациентов за медицинской помощью, которая, к примеру, в США составляет более 15 миллионов визитов пациента к врачу в год.

Острая абдоминальная боль является ведущим симптомом острой хирургической патологии органов брюшной полости. В США до 8 миллионов пациентов в году обращаются к врачу с острой болью в животе, и до 13% больных требуют хирургического вмешательства. Следует отметить, что приблизительно 20 – 40% больных, госпитализированных в стационар с острой болью в животе, в момент выписки остаются с невыясненной причиной.

Причины острых болей в животе представляют собой гетерогенную группу заболеваний. В структуре заболеваний органов брюшной полости, сопровождающиеся острой болью в животе, наиболее часто около 13-40% приходится на патологию органов мочевыделительной системы, 7-10% составляет кишечная непроходимость, 1,3-28% - острый аппендицит и 3-12% - острый дивертикулит. Следует сказать, однако, что приблизительно в 25% случаев аппендэктомий, червеобразный отросток был неизменен, и причина оставалась невыясненной. Неуточненная причина абдоминального болевого синдрома нередко является поводом повторного обращения пациента за медицинской помощью, и повторной его госпитализации в стационар, что требует больших дополнительных финансовых затрат лечебного учреждения.

Хроническая абдоминальная боль встречается в 10 – 15% случаев в общей популяции, и является причиной различных функциональных или

воспалительных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. В 50% случаев обращения пациентов к врачу с жалобами на боли в животе истинная их причина остается не ясной. По данным литературы, частота неспецифических болей в животе достигает 22.9 случаев на 1000 людей.

Нередко в ходе поиска причины абдоминального болевого синдрома выявляется, что патологический процесс находится вне брюшной полости. Болями в животе могут себя проявить: заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркты, перикардиты); заболевания дыхательной системы (пневмонии, плевриты, ТЭЛА); системные нарушения, возникающие на фоне декомпенсации сахарного диабета; васкулиты; аутоиммунные заболевания; отравление солями тяжелых металлов и хронические функциональные нарушения центральной нервной системы (различные депрессивные состояния). По этой причине с целью выяснения генеза абдоминального болевого синдрома часто требуется провести дифференциальную диагностику широкого спектра различных гастроэнтерологических и негастроэнтерологических заболеваний и на консультацию приглашаются врачи разных специальностей – гинекологи, урологи, эндокринологи, инфекционисты и др.

Генез болевого синдрома в животе обязательно следует выяснить, потому как, наличие длительно протекающих хронические абдоминальные боли являются причиной ухудшения качества жизни пациентов, снижения их трудоспособности и поводом к неконтролируемому приему различных нестероидных и наркотических лекарственных препаратов, что в конечном итоге, приводят к возникновению других патологических состояний и инвалидизации пациентов.

Последние факты способствуют сохранению проблемы абдоминального болевого синдрома на актуальном уровне, и требуют дальнейших научных исследований с целью выяснения причин и изучения механизмов неясных абдоминальных болей.

Целью учебного пособия является ознакомление, повышения уровня знаний и освоение студентом материала курса «Алгоритмы диагностики хирургических болезней на амбулаторном уровне». Это пособие может быть для студента основным или дополнительным учебным материалом по указанному лекционно-практическому курсу. В данном учебном пособии представлены основные причины, и механизмы развития болей в животе, их классификация, особенности болевого синдрома при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, и заболеваниях других органических систем. В конце пособия студент может пройти тестирование, решить ситуационные задачи и таким образом, оценить уровень своих знаний с помощью оценочных эталонов. Дополнительно он может воспользоваться списком указанной литературы для более углубленного изучения особенностей абдоминального болевого синдрома при различных заболеваниях хирургического и нехирургического профиля, что приведет к формированию у студента достаточного уровня знаний и профессиональной компетенции по разделу «Абдоминальный болевой синдром».

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПАТОГЕНЕЗ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) дано следующее определение понятия «боль» — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах данного повреждения. Иными словами, боль - важнейший сигнал о повреждении тканей, поступающий в ЦНС, и постоянно действующий регулятор гомеостатических реакций.

Абдоминальная боль является субъективным ощущением человека, которое врач должен понять и правильно интерпретировать, так как, от этого зависят исход заболевания и прогноз для здоровья пациента. Субъективность ощущения болевого синдрома индивидуальна. Возраст

пациента имеет прямое отношение к этому. Вследствие повышения порога болевой чувствительности у пожилых пациентов субъективное ощущение боли искажено, что нередко является причиной запоздалого обращения и поздней диагностики острой хирургической патологии. У детей же все наоборот, снижение порога болевой чувствительности способствуют повышению восприятия боли, и банальная кишечная колика может быть неправильно интерпретирована врачом, и как следствие, явиться причиной необоснованной операции.

Прием различных психотропных лекарственных препаратов, транквилизаторов, наркотиков, спиртных напитков также могут способствовать изменению субъективного восприятия болевого синдрома у пациента, и как результат быть причиной несвоевременной диагностики острого хирургического заболевания, и поводом развития серьезных и опасных для жизни осложнений. Поэтому тщательно собранный анамнез и внимательный осмотр больного имеют первостепенное значение особенно в диагностике острой хирургической патологии.

Возникновение болей в животе связано с раздражением ноцицепторов (болевых рецепторов), расположенных:

- ✓ в мышечной стенке полых органов;
- ✓ в капсуле паренхиматозных органов;
- ✓ в адвентиции сосудов;
- ✓ в париетальной брюшине, париетальной плевре, брыжейке.

В основе развития абдоминальных болей лежат различные патофизиологические процессы:

- Спазм гладкой мускулатуры полых органов и выводных протоков (мочекаменная болезнь, билиарная колика, спастический колит и др.);

- Растяжение стенок полых органов (при метеоризме, кишечной непроходимости) и капсулы паренхиматозных органов (вследствие быстрого увеличения размеров органа), а также натяжение их связочного аппарата;
- Патологические изменения в брюшном отделе аорты и ее висцеральных ветвях, в системе нижней полой вены, в воротной вене (расслоение аневризмы аорты, тромбоз или эмболия мезентериальных сосудов, тромбоз портальной системы);
- Ишемия органов брюшной полости (ведет к повышению концентрации тканевых метаболитов – брадикинина, серотонина, простагландинов, гистамина и др., которые в свою очередь приводят к изменению порога чувствительности сенсорных рецепторов либо их прямой активации).
- Воспалительные структурные изменения и повреждение внутренних органов (язвообразование, воспаление, некроз, перфорация, пенетрация);
- Онкологические процессы (сдавление и прорастание опухолью близлежащих органов, прорастание нервных сплетений и сосудов, перфорация опухоли в брюшную полость с развитием перитонита).

Болевые импульсы от ноцицепторов передаются по афферентным волокнам через спинальные ганглии, достигают передних отделов головного мозга, где в постцентральной извилине происходит осознание ощущения боли.

Отсутствуют болевые рецепторы в следующих органах:

- ✓ в висцеральной плевре;
- ✓ в сальнике;
- ✓ в слизистых оболочках.

Отсутствие ноцицептивных рецепторов в слизистых оболочках внутренних органов позволяют выполнить различные диагностические и лечебные манипуляции абсолютно безболезненно, без применения анестетиков.

В организме человека помимо ноцицептивной (болевогой) системы существует еще и антиноцицептивная (обезболивающая) система. Антиноцицептивная система – это иерархическая совокупность нервных структур на разных уровнях центральной нервной системы с собственными нейрхимическими механизмами, способная тормозить деятельность болевой (ноцицептивной) системы. В обезболивающей системе используется в основном опиоидные механизмы регуляции, основанные на взаимодействии лигандов-опиоидов с опиоидными рецепторами.

Антиноцицептивной системы представлена структурами гипоталамуса, среднего, продолговатого и спинного мозга. Главные из них это: серое околотоводное вещество (Сильвиев водопровод соединяет III и IV желудочки), ядра шва и ретикулярной формации, а также желатинозная субстанция спинного мозга. Они тормозят «ворота боли» спинного мозга, то есть, угнетают восходящий ноцицептивный поток возбуждения. Это система нисходящего тормозного контроля боли.

Механизм работы антиноцицептивной (обезболивающей) системы включает в себя выделение биологически активных эндогенных опиоидных веществ, так называемых «внутренних наркотиков» - эндорфинов, энкефалинов, динарфинов. Все они состоят из аминокислот, поэтому их часто называют нейропептидами или, опиоидными пептидами. На многих нейронах болевой системы существуют специальные молекулярные рецепторы к этим веществам. Когда опиоиды связываются с этими рецепторами, то возникает пресинаптическое и/или постсинаптическое торможение в нейронах болевой системы. Болевая ноцицептивная система тормозится и слабо реагирует на боль.

В заключение, следует сказать, что сила и характер болевых ощущений являются результатом работы не одной системы, а двух систем: болевой (ноцицептивной) и антиболевой (антиноцицептивной). Их взаимодействие

друг с другом определяет, какие именно болевые ощущения будет испытывать человек.

- Гипералгезия – это повышение болевой чувствительности. Достигается двумя путями: 1) повышенное возбуждение ноцицептивной системы; 2) пониженное возбуждение антиноцицептивной системы.
- Гипоалгезия – понижение болевой чувствительности. Достигается противоположными эффектами: 1) пониженное возбуждение ноцицептивной системы; 2) повышенное возбуждение антиноцицептивной системы. Полезное значение могут иметь оба этих состояния.

Эта сложная сенсорная система восприятия боли предназначена, главным образом, для сохранения целостности организма человека. Если бы человек не имел антиноцицептивную систему то, ведущим чувством в его жизни была бы только боль.

КЛАССИФИКАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

I. Классификация по этиологическому принципу.

1. Интраабдоминальные причины:

- Воспаление полых органов: острый аппендицит, острый холецистит, дивертикулит, острый панкреатит и др.;
- Распространенный перитонит: первичный - (бактериальный и небактериальный); вторичный - развивающийся в результате прогрессирования воспаления и перфорации полого органа;
- Обструкция полого органа: кишечная непроходимость, обструкция желчных либо мочевыводящих путей, внематочная трубная беременность и др.;
- Ишемические нарушения: острая или хроническая мезентериальная ишемия, расслоение аневризм аорты, перекруты органов (яичек, кишечных петель и т.д.).

2. Экстраабдоминальные причины:

- Заболевания органов грудной полости: пневмонии, плевриты, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии, пневмоторакс, заболевания пищевода;
- Заболевания органов брюшинного пространства: почечная колика, пиелонефрит, рак почки, рак надпочечников, рак поджелудочной железы с прорастанием в смежные органы;
- Неврогенные заболевания: Herpes zoster, травма позвоночника, сифилис спинного мозга, полиневрит, радикулопатии различного генеза;
- Метаболические нарушения: декомпенсация сахарного диабета, надпочечниковая недостаточность, токсический зоб, уремия, порфирия;
- Воздействие токсинов и укусов насекомых: отравление ядами (свинцом), укусы различных пауков и насекомых.

II. Классификация болей в животе по их локализации:

- Боли верхних отделов живота,
- Боли центральных отделов живота,
- Боли нижних отделов живота.

III. Патогенетическая классификация:

- Висцеральная боль,
- Pariетальная боль,
- Отраженная (иррадирующая) боль,
- Психогенная боль.

Болевые импульсы, берущие начало в брюшной полости, передаются как через автономные нервные волокна (вегетативную нервную систему) – **висцеральная боль**, так и через передние и боковые спиноталамические тракты – **париетальная боль**.

Наиболее частым механизмом развития абдоминальной боли является **висцеральная боль**. Появление боли связано с активацией ноцицепторов

расположенных в стенках полых органов или капсуле паренхиматозных органов, вследствие повышения давления, растяжения, натяжения или расстройства кровообращения и может быть результатом как органических, так и функциональных заболеваний. Одним из проявлений висцеральной гиперчувствительности является висцеральная гипералгезия. Гиперчувствительность может распространяться на все отделы ЖКТ. В патогенезе висцеральной гиперчувствительности главную роль играют нейромедиаторы, в частности, серотонин, который через активацию 5-НТЗ-рецепторов, локализующихся на первичных афферентных (чувствительных) нейронах (нейроны блуждающего нерва и спинномозговых нервов), вызывает появление периферических восходящих сенсорных импульсов. Раздражение ноцицепторов приводит к передаче сигналов по афферентным волокнам через спинальные ганглии на ретикулярную формацию, лимбическую систему и передние отделы головного мозга, где в постцентральной извилине происходит осознание ощущения боли. Афферентные волокна идут на периферию в составе блуждающего нерва и оказывают влияние на состояние гладкой мускулатуры, иногда еще более усугубляя ее спазм.

Висцеральная боль обычно носит спастический, жгучий, грызущий характер, не имеет четкой локализации, то есть диффузная (распространенная). Указывая локализацию этой боли, пациенты проводят раскрытой ладонью по всему животу или по большей его части, как правило, они не в состоянии точно описать их локализацию. Часто этот тип абдоминальной боли сопровождается другими разнообразными клиническими вегетативными проявлениями — потливостью, бледностью, беспокойством, тошнотой и рвотой.

Сегментарные анатомические взаимосвязи между вегетативной нервной системой и спиноталамическими нервами являются причиной иррадиации висцеральных болей в другую область, далеко от истинного места

локализации патологического процесса в брюшной полости [9, 10, 11]. Иррадиация висцеральных болей происходит в области соответствующего нейросегмента, принадлежащего больному органу (табл. 1).

Таблица 1

Локализация висцеральных болей в зависимости от нейросегментов

Орган	Сегмент	Дерматома
Диафрагма	C ₃₋₅	Вся шея до дельтовидной мышцы сзади
Сердце	C ₅ – Th ₆	Вся левая рука до мечевидного отростка
Пищевод	Th ₁ – Th ₆	От мизинца до мечевидного отростка
Органы эпигастральной области	Th ₆ – Th ₈	От мечевидного отростка грудины до эпигастрия, ниже лопаточной области
Слепая и восходящая ободочная кишка	Th ₉ – Th ₁₀	Околопупочная область
Нисходящая ободочная кишка	Th ₁₁ – Th ₁₂	Надлобковая область

Париетальная боль обусловлена раздражением цереброспинальных нервных окончаний париетальной брюшины или корня брыжейки, вследствие развития воспалительного процесса в брюшной полости (аппендицит, холецистит, перитонит). Передача импульсов происходит по спиноталамическим трактам. Боль отражается на соответствующие сегменты кожи и часто ассоциируется с постоянным спазмом (напряжением) мускулатуры передней стенки живота (симптом Щеткина-Блумберга положительный). Париетальная (соматическая) боль довольно сильная, постоянная и строго локализована в области патологического процесса. Она усиливается при кашле и движениях, поэтому пациенты, как правило, предпочитают лежать спокойно, избегая движения и тряски. Следует отметить, что больные могут четко определить локализацию таких болей в животе и указать конкретную точку одним пальцем.

Нередко висцеральная и париетальная боль являются стадиями одного и того же процесса. Развитие приступа острого аппендицита является наглядным примером вышесказанного. Одной из причин воспаления

червеобразного отростка является закупорка его просвета каловым конкрементом, вследствие чего развивается спазм гладкой мышечной мускулатуры. Как результат, повышается внутрипросветное давление, происходит растяжение стенок органа и раздражение ноцицепторов. Болевые импульсы распространяются по вегетативным нервным волокнам. В этот момент у пациента в животе возникает боль висцерального типа, то есть диффузная болезненность по всему животу или в верхних его отделах, без четкой локализации. Дополнительно можно наблюдать у пациента однократную рефлекторную рвоту, на лице - бледность носогубного треугольника.

Закупорка просвета червеобразного отростка, рефлекторный мышечный спазм продолжительностью более 6 часов способствуют развитию стойкого высокого внутрипросветного давления, что в свою очередь приводит к ишемическим процессам в слизистой оболочке, вследствие чего, нарушаются защитные барьерные механизмы и происходит транслокация бактерий в стенку отростка. Как результат, развивается трансмуральное воспаление стенок аппендикса и вовлечение в процесс листков брюшины, то есть у пациента возникает соматическая (париетальная) боль. Передача импульсов происходит по спиноталамическим трактам. В клинической картине висцеральная боль в животе без четкой локализации сменяется на париетальную боль, локализующаяся в области очага воспалительного процесса в брюшной полости. В данном случае боль в животе локализуется в правую подвздошную область, и пациент уже способен четко указать, где у него болит. Переход воспаления на париетальную брюшину способствует ограничению движений пациента и приобретения им вынужденного положения – лежа на правом боку с приведенными ногами к животу. В клинической картине у больного появляются аппендикулярные симптомы, положительным становится и симптом Щеткина-Блюмберга, то есть больной требует выполнения экстренного оперативного вмешательства.

Данный клинический пример нам четко демонстрирует развитие острого хирургического заболевания живота, имеющий единый стадийный процесс. Следует отметить, однако, что своевременное проведение консервативной терапии на стадии развития висцеральных болей в животе нередко способствует прерыванию прогрессирования воспалительного процесса и может способствовать выздоровлению пациента. Поэтому очень важно провести дифференциальную диагностику висцеральных и париетальных абдоминальных болей (табл. 2).

Таблица 2

Дифференциальная диагностика висцеральных и париетальных болей

Признаки	Висцеральная боль	Париетальная боль
Источник	Внутренние полые и паренхиматозные органы	Вовлечение париетальной брюшины, брыжейки
Проведение импульсов	По вегетативным волокнам	По спиноталамическим трактам
Пусковой механизм	Растяжение, повышение внутрипросветного давления, спазмы	Воспаление, травмы, ожоги
Характер болей	Колющие, схваткообразные, режущие	Острая тупая, постоянная, нарастающая
Локализация	Диффузная, распространенная	Четко локализованная в проекции органа
Дополнительные симптомы	Сопровождается рвотой, бледностью кожных покровов, потливостью	Усиливается при кашле, движениях
Положение пациента	Возбужденные, не находят себе вынужденного положения	Лежат неподвижно, вынужденное положение на спине или боку с приведенными к животу ногами
Эффект от приема лекарственных препаратов	Хороший эффект от приема спазмолитиков или лекарственных средств, влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта	Отсутствие эффекта от препаратов, влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта. Короткий эффект от приема ненаркотических и наркотических анальгетиков

Иррадиирующая (отраженная) боль, впервые изучена и описана Г.А. Захарьиным и Н. Гедом. Сегментарные анатомические взаимосвязи между вегетативной нервной системой и спиноталамическими нервами часто являются причиной распространения и иррадиации болей. Боли иррадиируют в определенные области человеческого тела, удаленные нередко от места локализации истинного патологического процесса. Так, к примеру, при наличии воспалительного очага близи диафрагмы (абсцесс печени или воспалительный экссудат) происходит раздражение ее ноцицепторов и передача импульсов по диафрагмальным нервам к четвертому шейному сегменту, а затем распространяются на области, иннервируемые С₄ – верхнюю часть плеча и боковую поверхность шеи (рис.1).

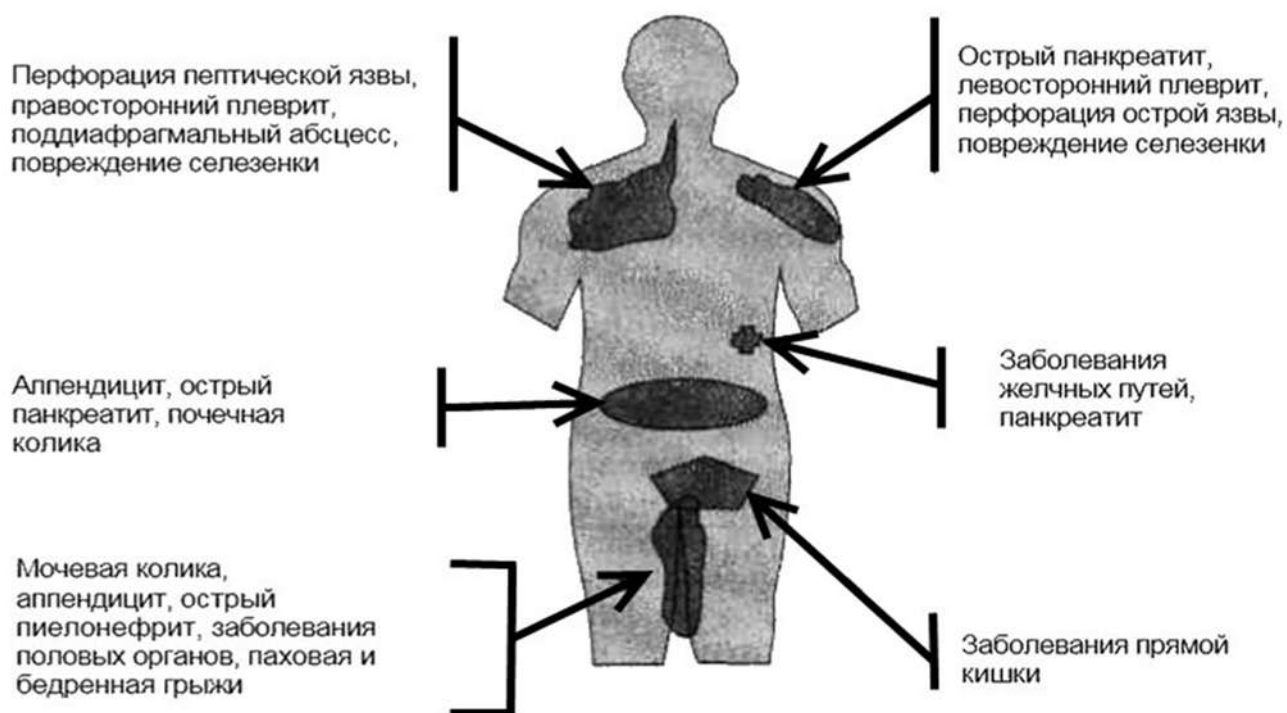


Рис. 1. Иррадиация острой боли при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Следует отметить, также, что нередко патологический процесс может находиться вне брюшной полости, а пациент будет предъявлять жалобы на

боли в животе. Такую клиническую картину можно наблюдать к примеру, у больных с базальной пневмонией.

Иногда бывает, что основываясь только на место иррадиации болей можно поставить предварительно правильный диагноз. К примеру, инфаркт миокарда нижней и задней его стенки часто проявляется болью в эпигастральной области с иррадиацией в левое плечо, шею и нижнюю челюсть. В данном случае, следует обратить внимание в первую очередь на то, куда отдает боль, так как, именно место иррадиации является ключом к постановке предварительного диагноза, потому как подобная иррадиация болей является специфичным и характерным только для патологии сердечно-сосудистой системы. К сожалению, на сегодняшний день не все еще пути иррадиации болей достаточно изучены, что диктует необходимость проведения новых научных исследований в этой области.

Психогенная боль - возникает при отсутствии соматических причин и обусловлена дефицитом ингибирующих факторов и/или усилением нормальных входящих афферентных сигналов вследствие поражения центральных контролирующих механизмов и/или снижения синтеза биологически активных субстанций (недостаточности моноаминергических рецепторов). Причиной возникновения абдоминалгии чаще всего является недавно перенесенный психоэмоциональный стресс. Боль в брюшной полости постоянная, тупая, ноющая, продолжающаяся месяцами и даже годами, при отсутствии объективных изменений в органах брюшной полости и без соотношения с физиологическими функциями (приемом пищи, актом дефекации, нарушением перистальтики кишечника).

Главной особенностью психогенной боли является отсутствие очага, которым можно было бы объяснить ее пусковой механизм. Чаще всего данный тип боли наблюдается у лиц с психоэмоциональными нарушениями (астеновегетативный синдром, депрессивный синдром, эмоциональная лабильность и др.).

Отличительными признаками психогенной боли являются: прекращение боли или ее уменьшение в условиях психического покоя (например, в отпуске); отсутствие болей во время сна, в том числе ночного, т.е. пациент не просыпается из-за болей в животе; положительный эффект, а иногда и полное купирование болевого синдрома от применения психотропных средств.

Одной из разновидностей болей центрального генеза является абдоминальная мигрень. Она чаще встречается в молодом возрасте, носит интенсивный разлитой характер, но может быть и локализованной в параумбиликальной области. Характерны сопутствующие тошнота, рвота, понос и вегетативные расстройства (побледнение и похолодание конечностей, нарушения ритма сердца, артериального давления и др.), а также мигренозная цефалгия и характерные для нее провоцирующие и сопровождающие факторы.

ХАРАКТЕРИСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

У большинства пациентов с болями в животе тщательно собранный анамнез, анализ начала болевого синдрома, его характера, локализации и иррадиации часто позволяют с высокой степенью вероятности уже на уровне приемного отделения поставить правильный предварительный диагноз без использования дорогостоящих инструментальных и лабораторных методов диагностики. Более того, некоторые острые хирургические заболевания имеют даже свою характерную патогномоничную схему развития болей в животе, которую можно узнать только при скрупулезном сборе и анализе данных анамнеза (пример: острый аппендицит – динамика развития симптома Кохера).

В момент разговора врача с пациентом, важно уточнить начало заболевания, так как по характеру развития болей в животе можно уже

судить об остроте патологического процесса. По началу развития болевого синдрома в животе различают: внезапное начало, постепенное начало, медленно развивающиеся боли и боли, возникающие после травмы.

Внезапное начало болей в животе считается грозным и опасным для жизни пациента признаком. Боли возникают практически мгновенно, с максимальной интенсивностью без какого-либо продромального периода. Пациенты часто указывают точное время (вплоть до минуты) возникновения болей. Состояние их обычно тяжелое или крайне тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена шоком – болевым или геморрагическим. В связи с этим, требуется быстрое принятие решения, постановки правильного диагноза и экстренного оказания медицинской помощи, потому как, любое промедление в данном случае может явиться причиной летального исхода.

Возможные причины болей в животе с острым внезапным началом:

- Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки;
- Разрыв пищевода;
- Внутрибрюшной разрыв абсцесса или гематомы;
- Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты;
- Перекрут яичника или яичка;
- Нарушенная внематочная беременность.

Следует отметить, однако, что острый аппендицит у пожилых пациентов иногда также может иметь острое внезапное начало. Развитие такой клинической картины обусловлено тем, что у людей преклонного возраста наиболее частой причиной развития острого аппендицита является тромбоз аппендикулярной артерии, вследствие чего развивается первично гангренозная форма аппендицита с перфорацией и перитонитом.

Подобное же начало может иметь и острый холецистит у больных с сахарным диабетом. Этому способствует анаэробная флора, которая является одной из основных причин воспаления желчного пузыря у данной категории пациентов, вследствие чего, развивается острый эмфизематозный калькулезный холецистит с перфорацией и перитонитом.

Постепенное начало болей характеризуется тем, что максимальную интенсивность болевой синдром достигает не сразу, а после небольшого промежутка времени. Нередко такому началу болей в животе предшествует короткий продромальный период. Пример: перед развитием болей в животе при остром аппендиците, пациенты испытывают ощущения дискомфорта в животе, общую слабость (неспецифические признаки интоксикации).

Возможные причины болей в животе с постепенным началом:

- Острый аппендицит;
- Острый холецистит;
- Острый панкреатит;
- Дивертикулит сигмовидной кишки;
- Мезентериальный лимфаденит;
- Острое расширение желудка.

Медленно развивающиеся боли в животе. Обычно такие боли характерны для новообразований внутренних органов, хронических воспалительных заболеваний и низкой толстокишечной непроходимости злокачественной этиологии (таб. 3).

Таблица 3

Диагностическое значение характера начало болей в животе

Признаки	Внезапное начало	Постепенное начало	Медленное начало
Как начинаются боли	В течение секунд или минут	Минуты, часы и даже несколько дней	В течение нескольких дней или недель
Как пациенты их характеризуют	Точно	Приблизительно	Неопределенно
Максимальная их интенсивность	С самого начала	После короткого промежутка времени	После длительного промежутка времени
Точность их описания пациентом	Точно описывают ситуацию	Указывают, чем занимались	Описывают длительность развития болей

Боли возникающие после травмы. Развитие болей в животе после травмы (падение с высоты или дорожно-транспортное происшествие), сопровождающиеся признаками внутреннего кровотечения или геморрагического шока говорят о возможном разрыве паренхиматозных органов или отрыве (повреждение) брыжейки кишечника. Следует однако, отметить, что часто связь начала болей с небольшой травмой живота бывает лишь случайным совпадением, и травма затушевывает истинную причину возникновения болевого синдрома. В качестве примера можно привести пример пациента, который жалуется на боли в спине и эпигастрии, возникающие после поднятия тяжести, и кроме того, отмечает похудание и общую слабость. Все эти проявления могут быть симптомами скрыто протекающего рака поджелудочной железы, а не травмы.

Иной характеристикой болей в животе является миграция. Под миграцией болевого синдрома в животе подразумевают, субъективное восприятие пациентом, перемещения источника болей в различные отделы живота в процессе заболевания. Наиболее отчетливо миграцию болей в животе можно наблюдать у больных с острым аппендицитом. Боли

возникают в животе в верхних его отделах или околопупочной области, позже они смещаются и локализуются в правую подвздошную область. Миграцию болей можно спутать с иррадиацией. Различие между этими двумя понятиями заключается в том, что при миграции боли возникают в одном месте, затем постепенно проходят и с новой силой появляются уже в другом месте. При иррадации боли, возникшие в каком-либо месте, сохраняются умеренными по интенсивности, и при этом вторично возникшие в другом месте боли, как правило, несколько менее интенсивны. Пример: умеренные боли в правом подреберье при остром холецистите с иррадиацией в правое плечо (вследствие раздражения диафрагмы).

Характер болей. Характер болей является одним из самых важных признаков, позволяющих понять патофизиологические аспекты острого живота. Более часто, боль характеризуется как, во-первых, постоянная или перемежающаяся (коликообразная) и, во-вторых, как поверхностная или глубокая. Схваткообразная или коликообразная боль представляет собой короткие по продолжительности, плохо локализованные эпизоды болевых приступов. Легкие коликообразные боли в животе наблюдаются у большинства людей неоднократно в течение их жизни и не представляют угрозу для здоровья. Тяжелые схваткообразные боли, однако, могут быть проявлением острой кишечной непроходимости и требуют госпитализации пациента в хирургический стационар, с целью выполнения комплекса мероприятий (проведение консервативной терапии или оперативного вмешательства), направленных на восстановление транзита кишечного химуса по желудочно-кишечному тракту. Так как, данное патологическое состояние несет в себе угрозу для жизни пациента.

Следует обратить, внимание, на длительность безболевого промежутка, так как, именно он позволяет нам судить и предварительно установить локализацию закупорки просвета кишечника. Чем более проксимально располагается препятствие, тем короче безболевые интервалы, и чем

дистальнее располагается препятствие, тем безболевы интервалы длиннее. Подобным характером болей чаще всего проявляет себя висцеральная абдоминальная боль.

Для париетальных (соматических) болей в животе характерно то, что они тупые и постоянные. Постоянная тупая боль в животе обычно вызывается значительным отеком или перерастяжением полых органов, а также выраженной ишемией или некрозом тканей. Такие боли, как правило, наблюдаются у пациентов с острой хирургической патологией.

Постоянная тупая боль может быть поверхностной или глубокой. Причиной поверхностных болей являются патологические процессы, локализирующиеся вблизи передней брюшной стенки живота (пример: расположение воспаленного червеобразного отростка вблизи передней брюшной стенки живота), или наличие процесса в толще самой стенки живота (пример: гематома влагалища прямой мышцы живота вследствие травмы). Поверхностные боли всегда сопровождаются хорошим локальным мышечным напряжением (дефансом) передней стенки живота. Глубокие боли в животе более характерны для патологических процессов, локализирующихся ближе к задней стенке брюшной полости (пример: ретроцекальное расположение воспаленного червеобразного отростка). При этом, у таких пациентов напряжение мышц передней стенки живота может отсутствовать. Разделение болей на поверхностные и глубокие не всегда способствует дифференциальной диагностики заболеваний органов брюшной полости, тем не менее, на эту характеристику болей следует обратить должное внимание.

Интенсивность болей. Поскольку боли являются субъективным ощущением, их интенсивность нельзя измерить, потому как, она зависит от индивидуального восприятия пациента. Поэтому при выяснении у пациента интенсивности болей в животе, следует обратить внимание в первую

очередь на его поведение, положение и черты лица, которое является как бы зеркалом, в котором отражаются его субъективные болевые ощущения.

Если пациент корчится от болей в животе или лежит неподвижно в кровати, и в дополнение к этому мы наблюдаем частый пульс, учащенное поверхностное дыхание, повышение температуры тела и снижение или повышение артериального давления, то подобное состояние характерно для острой патологии полых органов брюшной полости. И наоборот, если пациент, лежит спокойно и внешне расслаблен, вдруг при подходе к нему врача начинает стонать, тогда следует заподозрить симуляцию.

Следует отметить, что интенсивность болей в животе зависит также от типа и количества патологического содержимого, раздражающего брюшину. Так, к примеру, соляная кислота, которая попадает в брюшную полость при перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки даже в малых количествах вызывает мгновенно интенсивные боли с выраженным напряжением мышц передней брюшной стенки живота. Тогда как, желчь или кровь, в брюшной полости вызывают вначале значительно менее интенсивные боли, и лишь после инфицирования и размножения бактерий может привести к нарастанию интенсивности болей.

Влияние лекарственных веществ на интенсивность болей. Нередко пациенты с абдоминальным болевым синдромом принимают различные лекарственные препараты самостоятельно, с целью облегчения своего состояния, однако, часто происходит все наоборот. Прием ацетилсалициловой кислоты (аспирин) может усиливать боли в животе при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, в то время как, антацидные препараты (альмагель) или блокаторы протоновой помпы (омепразол) имеют противоположное действие. Этому факту также следует уделять особое внимание.

Продолжительность болей. Непродолжительные боли, быстро стихающие, обычно не имеют никаких клинических последствий. Боли, которые длятся несколько часов и даже суток, связаны обычно с тяжелой патологией органов брюшной полости. При наличии болей в животе, длящихся неделями или месяцами, сопровождающихся похуданием, повышенной утомляемостью или апатией пациента, следует заподозрить онкологическое заболевание.

Связь болей с приемом пищи. Нередко большую помощь в постановке диагноза оказывает информация о связи возникновения болей в животе с приемом пищи. Так, к примеру, острые боли в правом подреберье при холецистите или боли в эпигастрии при остром панкреатите имеют четкую связь с приемом жирной, жареной или острой пищи. В то время как, голодные или ночные боли в эпигастрии при хронической язве желудка или двенадцатиперстной кишки после приема пищи ослабевают или вообще купируются.

Немаловажное значение, имеет и возраст пациента, потому как, существует тесная связь его с определенными заболеваниями. Данный факт, следует брать во внимание во время опроса больного и сбора анамнеза заболевания. Так, к примеру: инвагинация кишечника более характерна для детей раннего возраста до 2 лет, тогда как острая механическая толстокишечная непроходимость для пациентов пожилого возраста. Острый аппендицит чаще наблюдается у подростков и молодых людей. Но, важно подчеркнуть, что всегда возможны и исключения.

Локализация болей в животе. Локализация болей в животе является важным фактором, который помогает врачу установить источник болей и поставить правильный диагноз. Если боли в животе ограничены какой-либо областью, врач, прежде всего, должен брать во внимание анатомо-топографические отношения внутренних органов, которые расположены в

месте или вблизи болей. Дополнительно должно учитываться распространение, а также иррадиация болей.

Разделение брюшной полости на этажи способствовало выделению трех крупных областей живота, в которых могут локализоваться боли – эпигастральную, мезогастральную (околопупочную) и гипогастральную (надлобковая и область малого таза), (рис.1).

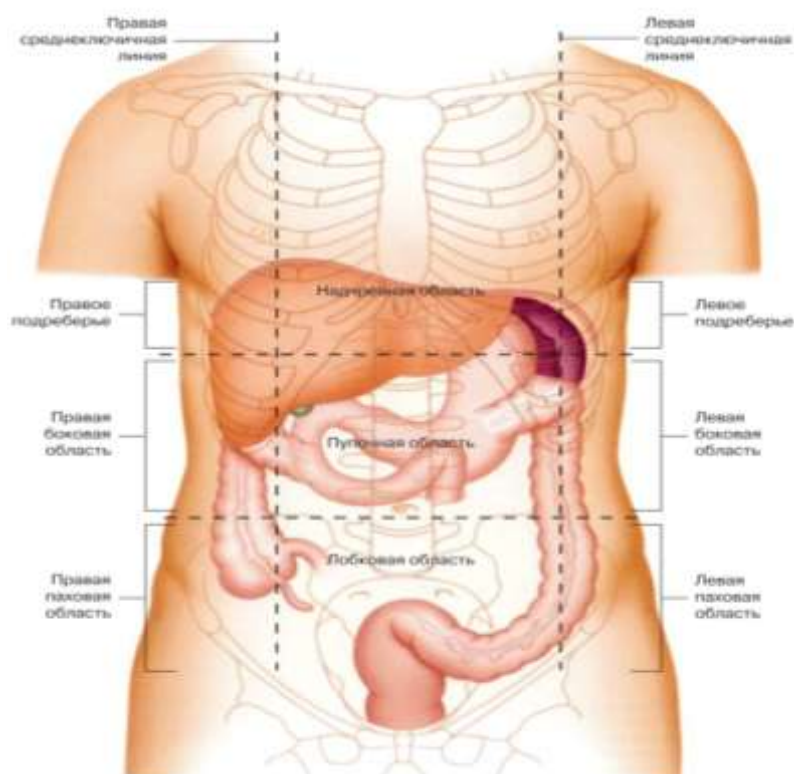


Рис. 1. Схематическое изображение деления брюшной полости на этажи.

Наиболее частыми причинами болей в эпигастральной области являются острый холецистит, заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит и острый аппендицит. Однако, непосредственная близость органов грудной клетки (сердца, легких, пищевода) к диафрагме нередко является одной из возможных причин возникновения болей в данной области живота. Эта особенность, должна быть учтена во время

осмотра больного, и **следует придерживаться основного правила – при любой острой боли в верхних отделах живота, в первую очередь должна быть исключена патология сердца, легких и пищевода.** И лишь после этого, можно проводить дифференциальную диагностику различных заболеваний органов верхнего этажа брюшной полости.

Источником болей в мезогастральной (околопупочной) области живота часто являются заболевания аорты (аневризмы) и ее висцеральных ветвей (эмболия или тромбоз верхней брыжеечной артерии), болезни тонкого кишечника (гастроэнтерит, тонкокишечная непроходимость), мезентериальный лимфаденит, острый панкреатит и острый аппендицит.

Существует много причин возникновения болей у пациентов и в нижних отделах живота. У женщин, главным образом, это патология внутренних половых органов - воспалительного характера (острые или хронические аднекситы), связанные с ишемией (перекрут миоматозного узла матки или маточной трубы) или их разрывом (маточной трубы при внематочной беременности или яичника при апоплексии). У мужчин это чаще заболевания предстательной железы (простатит, рак или аденома) или болезни прямой кишки и мочевого пузыря (в большинстве случаев, онкологического характера).

В заключение следует подчеркнуть, что грамотная интерпретация болей в животе, знание их характера при различных заболеваниях в сочетании с дополнительной лабораторной и инструментальной информацией позволяют своевременно поставить правильный клинический диагноз и оказывать адекватную медицинскую помощь пациенту.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Острый аппендицит (МКБ 10 - К 35) – острое воспаление червеобразного отростка. Пик заболеваемости острым аппендицитом приходится чаще всего на вторую-третью декаду жизни. Закупорка просвета червеобразного отростка фекалитами остается основной, хотя и не единственной, причиной развития приступа острого аппендицита.



Рис. 2. Воспаление червеобразного отростка.

Несмотря на, значительные достижения в области инструментальной диагностики и большое количество сложных лабораторных тестов, диагноз острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка в большинстве случаев является клиническим. Однако, при атипичном расположении аппендикса в брюшной полости, а также особенно у детей и у лиц пожилого возраста диагностика острого аппендицита нередко является нелегкой задачей. В таких случаях приоритетное значение следует отдавать инструментальным методам диагностики (УЗИ брюшной полости, компьютерной томографии с внутривенным усилением, лапароскопии).

При классическом варианте острого аппендицита, то есть при типичном расположении червеобразного отростка в правой подвздошной области, боли в животе возникают чаще в околопупочной либо в эпигастральной области. Предшествует болевому синдрому потеря аппетита. В самом

начале развития приступа острого аппендицита у пациента наблюдается висцеральная боль. Боли имеют диффузный характер или распространяются радиально от пупка в разные стороны, как спицы в колесе. Боли, как правило, эпизодические, иногда могут быть и постоянные. Интенсивность их может варьировать от легкой до умеренной степени выраженности. Может быть однократная рефлекторная рвота. Состояние пациентов чаще удовлетворительное, именно поэтому они на данном этапе не считают себя больными. Через некоторое время, чаще 4-6 часов боли мигрируют в правую подвздошную область, где четко локализируются, приобретают постоянный и нередко интенсивный характер (так называемый симптом Кохера). То есть, наблюдается переход висцеральной боли в париетальную боль. В патологический процесс вовлекаются листки брюшины (рис.3).



Рис. 3. Боль в правой подвздошной области.

В клинической картине у больных появляется общая слабость, повышается температура тела, движения становятся болезненными, в связи с чем, наблюдается вынужденное положение пациентов на правом боку с приведенными ногами к животу. С этого момента заболевания большинство пациентов по-настоящему чувствуют себя больными. Они поднимаются с кровати очень осторожно, придерживая руками живот в правых нижних отделах. Во время движения несколько наклоняются вперед и вправо, чтобы боли в животе не усиливались. Усиление болей в правой подвздошной

области при кашле говорит о положительном симптоме Данфе. При пальпации живота выявляются положительные аппендикулярные симптомы.

Симтом Ровзинга – усиление болей в правой подвздошной области при пальпации или толчкообразных движений в левом нижнем квадранте живота (рис.4).



Рис. 4. Симптом Ровзинга.

Симптом Раздольского усиление болей в животе при постукивании (перкуссии) в правой подвздошной области (рис.5).

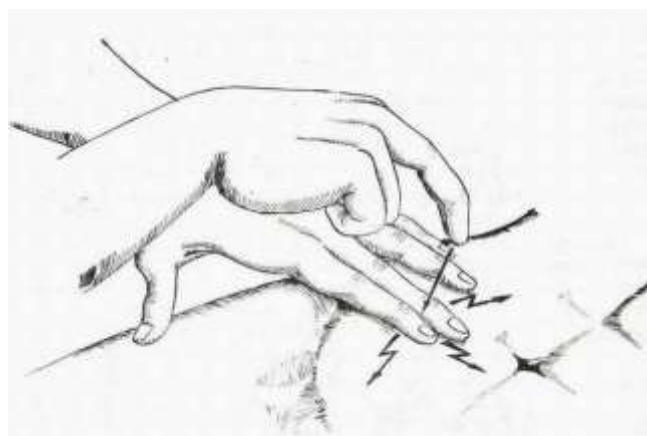


Рис. 5. Симптом Раздольского.

Симптом Ситковского нарастание болей в правой подвздошной области при положении пациента на левом боку (рис.6).

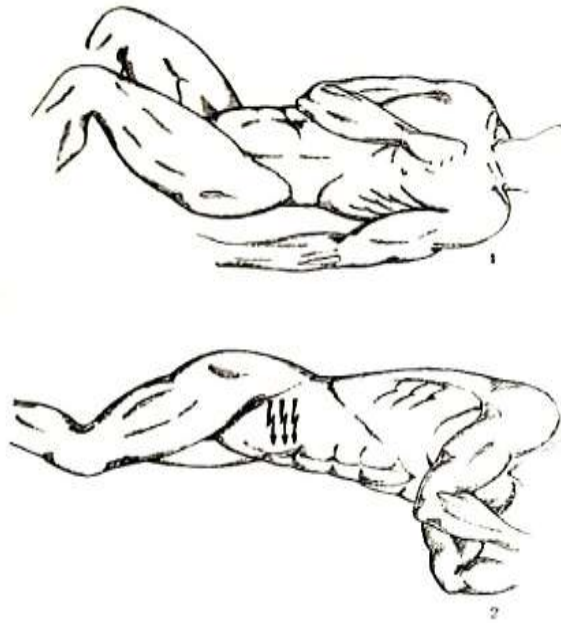


Рис. 6. Симптом Ситковского.

Тщательный сбор анамнеза и анализ данных полученных при объективном осмотре нередко являются достаточной информацией для опытных хирургов, чтобы своевременно и правильно поставить правильный диагноз.

Сложные случаи диагностики острого аппендицита в клинической практике в большинстве случаев связаны с атипичным расположением червеобразного отростка в брюшной полости. По этой причине С.С. Юдин известный русский хирург называл острый аппендицит «хамелеоном» в абдоминальной хирургии (рис.7).

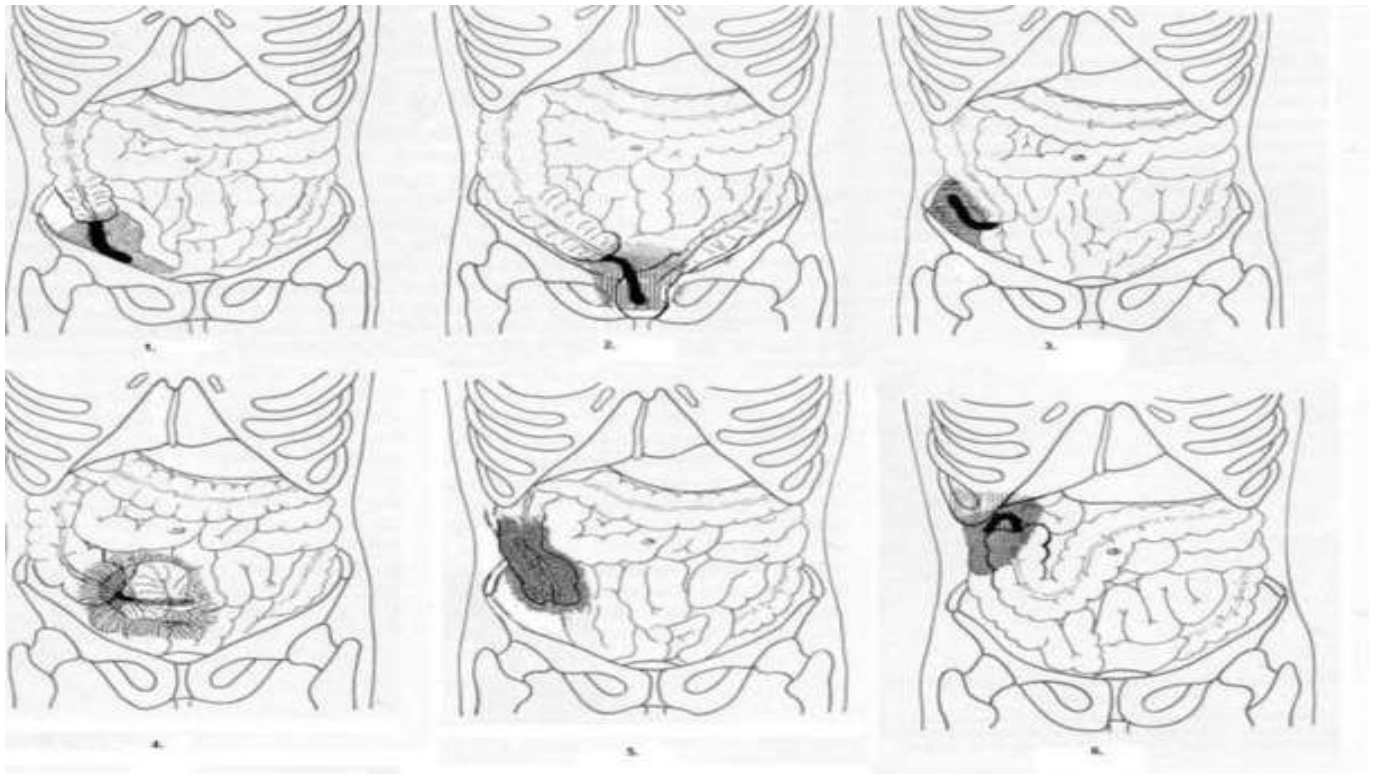


Рис. 7. Различные топографические варианты расположения червеобразного отростка в брюшной полости. 1) в правой подвздошной области. 2) тазовое расположение. 3) латеральное расположение. 4) медиальное расположение. 5) ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение. 6) подпеченочное расположение.

В таких случаях приоритетное значение следует отдавать инструментальным методам диагностики (УЗИ брюшной полости, компьютерной томографии с внутривенным усилением, лапароскопии).

Следует отметить, что в клинической картине пациентов с атипичным расположением острого аппендицита имеются свои отличительные особенности. При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении воспаленного червеобразного отростка в клинической картине будет преобладать общий интоксикационный синдром. Последнее объясняется развитостью лимфатических сосудов в забрюшинном пространстве и массивному поступлению токсинов в кровь, а также отсутствием возможностей ограничения воспалительного процесса в данной области.

Состояние пациентов средней степени тяжести. С самого начала наблюдается повышение температуры тела до 38.0 и рвота токсического характера (неоднократная). Боли локализуются в правой половине живота с иррадиацией в поясничную область. Выявляется положительный симптом Яуре-Розанова – резкая болезненность в треугольнике ПТИ (рис.8).



Рис. 8. Симптом Яуре – Розанова.

Положительный симптом Образцова – усиление болей в правой подвздошной области при надавливании рукой в этой области и в момент поднятия правой нижней конечности вверх (рис. 9).



Рис. 9. Симптом Образцова.

В общем анализе мочи появляется микрогематурия, причиной которой является близость расположения воспаленного червеобразного отростка к мочеточнику.

Медиальное расположение воспаленного червеобразного отростка может протекать под маской синдрома острой параретической кишечной непроходимости. Боли локализуются в центральные отделы живота с иррадиацией в пупок. Состояние пациентов относительно удовлетворительное. Наблюдается субфебрильная температура (37.2 – 37.5). Может быть однократная рефлекторная рвота. Нередко в клинической картине выявляется частый, жидкий стул, без зловонного запаха, обычной окраски. Объективно у таких пациентов выявляется умеренное вздутие живота в центральных отделах. Симптомы Ровзинга, Раздольского, Ситковского часто сомнительные. Основная роль в диагностике острого аппендицита принадлежит инструментальным методам (УЗИ, компьютерная томография брюшной полости, лапароскопия).

Тазовое расположение острого аппендицита имеет свои отличительные особенности. Боли локализуются над лоном. Болевой синдром нередко сопровождается дизурическими явлениями (частым болезненным мочеиспусканием). Последнее объясняется непосредственным расположением воспаленного червеобразного отростка вблизи стенки мочевого пузыря. Тесное прилегание аппендикса к стенке прямой кишки может явиться причиной развития у больного тенезм - постоянные, режущие, тянущие, жгущие боли в области прямой кишки, без выделения кала. Положительным становится симптом Коупа – усиление болей при сгибании правой нижней конечности под 90 градусов в коленном и тазобедренном суставах и ротации ее наружу (рис. 10).



Рис. 10. Симптом Коупа.

Следует отметить, однако, что симптом Коупа не является специфичным, так как, он отражает наличие воспалительного экссудата в малом тазу различного генеза.

Необходимо подчеркнуть, что независимо от локализации червеобразного отростка в брюшной полости, динамика развития болевого синдрома, характерного для острого аппендицита в большинстве случаев присутствует. Эту особенность нужно учесть во время сбора анамнеза и объективного осмотра у больных с подозрением на острый аппендицит.

Большие диагностические трудности острого аппендицита возникают у пациентов детского возраста. Причинами являются затрудненный контакт врача с ребенком и наличие часто атипичной клинической картины заболевания. В этой возрастной группе больных острый аппендицит считается более тяжелым заболеванием, чем в юношеском возрасте, поскольку у маленьких детей достаточно часто высока частота перфорации червеобразного отростка, по данным некоторых авторов, достигающая до 90%. Состояние пациентов средней степени тяжести или тяжелое. Дети становятся капризными, вялыми, и не охотно, вступают в словесный контакт. Тяжесть состояния обусловлена выраженной в первую очередь интоксикацией. Температура тела повышается до 38 – 38.5. Наблюдается нередко неоднократная рвота и нарушение стула в виде диареи. При

первичном осмотре пациента создается впечатление, что имеет место пищевая токсикоинфекция или гастроэнтерит иной этиологии. Только тщательный осмотр ребенка и тесное сотрудничество с его родителями является залогом успеха своевременного и правильного установленного диагноза острого аппендицита. Во время осмотра следует обратить внимание на положение ребенка. Он лежит неподвижно чаще на правом боку с подтянутыми ножками к животу. Боли при остром аппендиците у детей имеют интенсивный характер, локализуются в правой половине живота с эпицентром в правой подвздошной области. Иррадиация не характерна. При осмотре выявляется четкий локальный дефанс мышц правой подвздошной области, нередко удается наблюдать положительный симптом Краснобаева – тотальное напряжение правой прямой мышцы живота. Симптомы раздражения брюшины у детей не следует определять, по причине гипердиагностики перитонита. Именно, поэтому пальпацию живота у данной категории пациентов следует проводить очень медленно и аккуратно. Отличительной чертой острого аппендицита у детей состоит в том, что у них отсутствует динамика развития болевого синдрома, характерного для острого аппендицита у взрослых. По этой причине, у данной категории пациентов следует чаще использовать инструментальные методы диагностики (УЗИ или КТ брюшной полости).

Острый аппендицит у пожилых больных встречается не часто. Характерной особенностью является то, что пациенты данной возрастной группы госпитализируются нередко уже с осложненной формой острого аппендицита. Этому способствует главным образом физиологическое повышение порога болевой чувствительности и запоздалое обращение за медицинской помощью. Состояние пациентов легкой или средней степени тяжести. Динамика развития болевого синдрома сохранена. Однако, вследствие плохой памяти у пожилых людей, иногда нелегко выяснить многие детали анамнеза заболевания. Боли имеют умеренный характер и

локализуются в правой подвздошной области, где определяется локальное умеренное вздутие живота. Следует сказать, что в результате возрастной мышечной релаксации при пальпации живота выявляется лишь умеренное мышечное напряжение в правой подвздошной области. Симптомы характерные для острого аппендицита нередко являются сомнительными. В общем анализе крови лейкоциты повышаются незначительно или вообще остаются в пределах нормы. Широкое использование УЗИ брюшной полости, а в неясных случаях и компьютерной томографии с внутривенным усилением позволяют подтвердить или окончательно исключить острый аппендицит.

Острый аппендицит является наиболее часто встречающейся внематочной хирургической неотложной патологией у беременных. Клиническая картина имеет прямую зависимость от срока беременности женщины. В I триместре беременности наблюдается классическая клиническая картина острого аппендицита. Однако во II и III периодах гестации поставить либо опровергнуть диагноз острого аппендицита нередко представляет собой сложную задачу по ряду причин. Во-первых, вследствие увеличения размеров матки происходит смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка вверх по правому боковому каналу живота (рис.4). В связи с этим, в клинике у таких пациенток боли будут локализоваться не в типичном месте, то есть не в правой подвздошной области, а несколько выше, иногда даже достигающие правое подреберье (рис. 11).

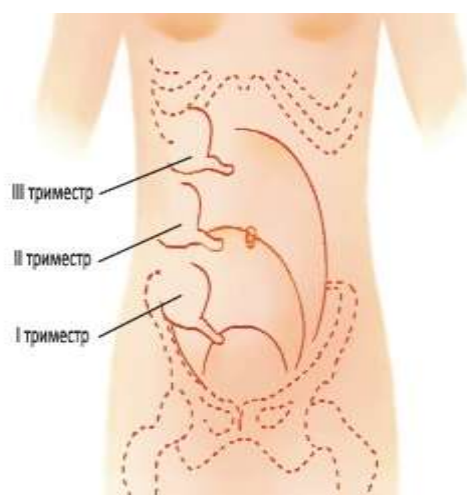


Рис. 11. Расположение червеобразного отростка в брюшной полости при различных триместрах беременности.

Во-вторых, пальпацию живота при увеличенной матке выполнять труднее, и симптомы раздражения брюшины встречаются намного реже, поскольку мускулатура живота в значительной степени ослаблена. В-третьих, анорексия, тошнота, рвота и неясные боли в животе часто отмечаются и при нормально протекающей беременности.

Помимо этого, следует также отметить, что лабораторные данные у данной категории больных не играют большой роли в диагностике острого аппендицита, поскольку умеренный лейкоцитоз, который характерен для острого аппендицита, как правило, встречается и считается нормальным и при физиологическом протекании беременности.

Поэтому, учитывая вышеуказанные отличительные особенности развития и течения острого аппендицита у данной категории пациентов, следует сказать, что осмотр беременных женщин с подозрением на острый аппендицит должен проводить только опытный хирург, имеющий достаточный уровень знаний в диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости. Все беременные женщины в обязательном порядке с болями в животе должны госпитализироваться под динамическое наблюдение в хирургический стационар. Потому как, основной причиной

летальности от острого аппендицита у беременных являются поздняя диагностика и несвоевременное их лечение.

Острый холецистит (МКБ 10 – K80-K87) – острое воспаление желчного пузыря. У пациентов с острым холециститом, как правило, состояние средней степени тяжести. Одним из наиболее характерных симптомов острого холецистита является болезненность в правом подреберье. Развитие абдоминального болевого синдрома имеет четкую связь с погрешностью в диете – употребление жирной или жареной пищи. Боли в большинстве случаев иррадируют в правое плечо, лопатку, спину. Интенсивность болей умеренная либо высокая. Болевой синдром сопровождается чаще однократной, реже двукратной рвотой примесью желчи. Отмечается фебрильная температура тела. При пальпации живота можно выявить локальное мышечное напряжение в правом подреберье или увеличенный и болезненный желчный пузырь. Часто выявляется положительный симптом Мерфи – усиление болей при глубокой пальпации в правом подреберье на фоне задержки дыхания при вдохе (рис. 12).



Рис. 12. Симптом Мерфи.

Гиперестезия кожи в правой подлопаточной области, говорит о положительном симптоме Боаса. У больных с острым холециститом, осложнившегося холедохолитиазом с вколоченным конкрементом на уровне

фатерова соска, боли в правом подреберье приобретают опоясывающий характер, в связи с развитием острого билиарного панкреатита. Нередко у пациентов с острым осложненным холециститом встречается триада Шарко - болезненность в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов и повышение температуры тела до 38-38 градусов с ознобами. Вышеуказанные симптомы указывают на наличие у больного холедохолитиаза и развитие острого гнойного холангита.

Острый панкреатит (МКБ 10 – К 85) – острое асептическое воспаление поджелудочной железы. Для острого панкреатита характерна четкая связь между развитием абдоминального болевого синдрома и злоупотреблением спиртными напитками, жирной либо острой пищи. Данное заболевание имеет очень широкий спектр клинических проявлений, которые зависят от локализации воспаления в поджелудочной железе и степени тяжести острого панкреатита. При легкой степени тяжести и локализованной форме острого панкреатита в хвосте поджелудочной железы боли локализуются в левом подреберье и часто иррадиируют в левое плечо или лопатку. Воспаление на уровне тела панкреаса проявляет себя болями в эпигастриальной области, пронизывающие насквозь, как отмечают сами пациенты подобно стрелы спереди назад в область позвоночника. Боли в эпигастрии и правом подреберье, без иррадиации характерны для воспаления головки поджелудочной железы. Для субтотального или тотального воспаления поджелудочной железы характерно наличие у больного выраженного болевого синдрома в верхней части живота, опоясывающего характера. Состояние этих пациентов тяжелое. При осмотре определяется умеренное вздутие живота в верхних его отделах. На боковых стенках живота выявляются участки цианоза кожи – положительный симптом Грея-Тернера или подобные же изменения в области пупка – положительный симптом Куллена (рис. 13).



Рис. 13. Симптомы Куллена и Грея-Тернера.

Перфорация язвы желудка или 12ой кишки (МКБ 10 – К 25 - К26) – тяжелейшее осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящее к развитию перитонита. Гастродуоденальные язвы чаще перфорируют у мужчин с коротким язвенным анамнезом обычно в осенний или весенний период, что связано с сезонным обострением язвенной болезни.

В типичном течении прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки условно выделяют три периода. Период «абдоминального шока» - первые 6 часов; период «мнимого благополучия» - от 6 до 12 часов; и период разлитого гнойного перитонита, возникающего обычно спустя 12 часов с момента перфорации язвы. Абдоминальный болевой синдром в каждом периоде заболевания имеет свои отличительные особенности.

Первый период характеризуется внезапным возникновением резких болей в эпигастральной области, которые пациенты сравнивают с ударом ножа «кинжальная боль». По силе и скорости появления с ней не может сравниться никакая другая боль в животе. Появление острых и высокой интенсивности болей обусловлено попаданием в брюшную полость желудочного содержимого с высоким содержанием соляной кислоты, вызывая первичный химический ожог листков брюшины. Боли локализуются сначала в верхние отделы живота, больше справа, довольно быстро потом

они распространяются по правой половине живота до правой подвздошной области. В связи с раздражением окончаний диафрагмального нерва, излившимся желудочным содержимом боли могут иррадиировать в правое плечо, надключичную области и правую лопатку. Рвота не характерна. При осмотре пациента обращает внимание его вынужденное положение. Он лежит неподвижно на спине или на правом боку, с приведенными к животу нижними конечностями, охватив руками живота. На лице признаки шока: кожные покровы бледные, влажные, гипотония, и в начале заболевания так называемый «вагусный пульс» - брадикардия до 50-60 ударов в минуту. Живот в дыхание не участвует, ладьевидно втянут и резко напряжен. Следует иметь в виду, что у пациентов преклонного возраста, больных страдающих ожирением и у истощенных лиц из-за дряблости мышц напряжение мышц передней брюшной стенки не имеет столь выраженного характера.

Второй период характеризуется тем, что у ряда больных перфорация, особенно если она малого диаметра, прикрывается пленкой фибрина, прядью сальника, нижней поверхностью печени или ободочной кишкой. То есть, возникает новое состояние, так называемое - прикрытая прободная язва. В клинической картине боли в животе стихают, отчетливо видимая ладьевидная втянутость и напряжение мышц передней стенки живота исчезают. Нередко у таких пациентов, боли определяются в правой подвздошной области, что связано с затеканием желудочного содержимого по правому боковому каналу и скоплением перитонеального экссудата данной области. По этой причине, а также недооценки в должной мере анамнеза развития заболевания часто допускаются диагностические и тактические ошибки.

Третий период или период разлитого перитонита развивается через 12 часов с момента перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Скорость развития перитонита тем выше, чем ниже кислотность

желудочного сока. Боли в животе становятся разлитыми, постоянными, умеренной или высокой интенсивности. Усиливаются при движении тела. Рвота приобретает токсический характер, многократная, обезвоживая больного. Пациенты лежат неподвижно на спине, с подтянутыми конечностями к животу. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. Перистальтика кишечника не выслушивается. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. В отлогих местах живота определяется большое количество жидкости. К сожалению, и диагноз и хирургическая помощь в этом периоде нередко являются уже запоздалыми.

Несколько слов, об атипичной перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Различают атипичную перфорацию язвы желудка в средостение, забрюшинного пространства, в толщу малого или большого сальника, и в полости сальниковой сумки. Болевой синдром имеет умеренную интенсивность, является более локализованным и не сопровождается таким выраженным напряжением мышц передней стенке живота. Особенностью перфорации язвы кардиального отдела желудка является наличие умеренных, локализованных болей в эпигастрии, сопровождающиеся подкожной эмфиземой на шее и передней поверхности грудной клетки. Перфорация язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки проявляется умеренными болями в проекции кишки, и подкожной эмфиземой в области пупка.

В неясных клинических случаях, особое внимание следует уделять анамнезу жизни и заболевания, а также широкому использованию инструментальных методов исследования (компьютерной томографии с пероральным контрастированием, ЭГДС).

Синдром острой кишечной непроходимости (МКБ 10 – К 56) может возникать во всех возрастных группах, но наиболее часто он встречается в возрасте от 30 до 60 лет. Ведущими симптомами острой кишечной непроходимости являются схваткообразные боли в животе, его вздутие,

рвота, задержка стула и газов. Они имеют различную степень выраженности в зависимости от вида непроходимости, уровня и длительности заболевания (табл. 4).

Таблица 4

Топическая клиническая диагностика уровня поражения кишечника при механической кишечной непроходимости

Уровень поражения кишечника	Рвота	Боли	Метеоризм	Нарушение стула
Высокая тонкокишечная непроходимость	Ранняя, мучительная, скудная	Режущего, схваткообразного характера, практически постоянные. Локализующиеся в эпигастрии или околопупочной области	Отсутствует, возможна асимметрия живота	Отхождение стула и газов не нарушено
Низкая тонкокишечная непроходимость	Поздняя, следует за болями, обильная	Схваткообразного характера, с четкими периодами сокращений кишечника и безболевыми паузами. Локализующиеся в центральных отделах живота	Больше в центральных отделах живота	Вначале газы и стул могут отходить. Позже имеется задержка стула и газов
Толстокишечная непроходимость	Поздняя, застойная, является признаком декомпенсации непроходимости	Редкие схваткообразные боли, с длительными безболевыми паузами. Диффузного чаще характера	Симметричный вздутый живот, или реже ассиметричный	Длительные стойкие запоры. Полная задержка стула и газов сначала заболевания

Боли в животе возникают внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без каких-либо предвестников. Им свойственен схваткообразный характер, связанный с периодами гиперперистальтики кишечника, без четкой локализации в каком-либо отделе брюшной полости. При обтурационной кишечной непроходимости вне приступа боли полностью исчезают. Высокая обтурация кишечника сопровождается частыми приступами схваткообразных болей в животе сочетающиеся короткими по длительности безболевыми паузами. В то время как, при низкой обтурации наблюдаются редкие болевые приступ и продолжительные безболевые промежутки времени. Отличительной особенностью странгуляционной непроходимости является наличие постоянных резких болей в животе, периодически усиливающиеся. Стихание абдоминальных болей при прогрессировании заболевания считается плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость сопровождается постоянными тупыми распирающими болями в животе, диффузного характера. Абдоминальный болевой синдром сопровождается рвотой, задержкой стула и газов. Рвота вначале носит рефлекторный характер, позже при продолжающейся непроходимости она приобретает застойный характер. Чем выше уровень илеуса, тем более выражена рвота.

Пальпация живота в межприступном периоде безболезненная. Напряжение мышц передней брюшной стенки живота отсутствует. Во время приступа схваткообразных болей, наблюдается рефлекторное напряжение мышц живота. При завороте тонкой кишки (странгуляционной кишечной непроходимости) выявляется положительный симптом Тэвенара – резкая болезненность при надавливании брюшной стенки живота на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где проецируется корень ее брыжейки. Иногда при пальпации живота можно выявить болезненное опухолевидное образование (тело инвагината) при инвагинационной кишечной непроходимости или опухоль, послужившие

причиной илеуса. При развитии перитонита боли приобретают острый постоянный характер. Живот становится напряженным, и выявляются положительные симптомы раздражения брюшины. Диагностика кишечной непроходимости основана на специфичной клинической картине и данных инструментальных методов исследования (обзорной рентгенографии органов брюшной полости, компьютерной томографии с пероральным контрастированием).

Ущемленная грыжа (МКБ 10 – K40-K43). Под ущемлением грыжи понимают внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу.

Диагностика ущемленной грыжи при наружном ее ущемлении в типичных случаях не сложна. Боль является главным симптомом ущемления. Она возникает в момент сильного физического напряжения (то есть при внезапном повышении внутрибрюшного давления - во время резкого подъема тяжести, кашля или натуживания во время акта дефекации). По характеру боль резкая и острая, настолько сильно, что нередко больному трудно удержаться от стонов и крика. Локализуется боль в области грыжевого выпячивания, и часто иррадирует при ущемлении брыжейки кишечника в центральные отделы живота и эпигастральной области. При развитии кишечной непроходимости болевой синдром может приобрести схваткообразный характер. Рвота носит в большинстве случаев рефлекторный характер. При осмотре живота в типичных местах выхода грыж (паховых областях, бедренных промежутков, пупка и т.д.) выявляется грыжевое выпячивание плотно эластической консистенции, напряженное, не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок отрицательный. Длительное ущемление приводит к развитию флегмоны грыжевого мешка, и тогда в области грыжи определяется покраснение кожи, отек окружающих тканей и флюктуация.

Внутреннее ущемление - коварное и труднодиагностируемое патологическое состояние. Нередко в анамнезе таких пациентов встречаются случаи дорожно-транспортного происшествия, во время которого был удар в грудь или катотравма (падение с высоты). У больных молодого возраста возникновение болей в животе нередко отмечают после длительного голодания.

Боли в животе имеют внезапное начало. Острый и интенсивный характер. Без четкой локализации. Пациенты возбужденные, поведение неадекватное. Лежат на боку с приведенными ногами к животу или же мечутся и не находят себе места. Может быть однократная, и даже двухкратная рефлекторная рвота. Живот при этом, мягкий, не напряжен и доступен глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Четко определить, где болит живот, нередко не удается. В редких случаях, при астеничном телосложении можно выявить локальное раздутие ущемленной петли кишки. При развитии некроза кишки выявляются признаки перитонита.

Острое нарушение мезентериального кровообращения (МКБ 10 – К 55) – одно из тяжелейших по течению и прогнозу патологических состояний, с которым может столкнуться врач любого профиля в своей практической деятельности. Боли в животе являются основным и наиболее ярким симптомом болезни. Резкое и внезапное начало болей в животе говорят в пользу эмболии сосуда, тогда как постепенное начало с нарастанием интенсивности болевого синдрома – о тромботическом генезе процесса. Наиболее жесткие боли встречаются в первые 6-12 часов, так называемой, стадии ишемии. Боли носят диффузный характер или их эпицентр расположен в эпигастральной области, что связано с раздражением верхнебрыжеечного и солнечного сплетений.

Поведение больных беспокойное, они кричат, не находят себе места, чтобы уменьшить болевой синдром. Выявляются признаки шокового состояния – бледность кожных покровов, холодный липкий пот, тахикардия, повышение

или снижение артериального давления. При пальпации живота, несмотря на выраженность болевого синдрома, определяется мягкость передней брюшной стенки живота и отсутствие какого-либо напряжения мышц. Во время аускультации вначале можно уловить усиление перистальтики кишечника, но, в большинстве случаев выслушивается ослабление перистальтики. Яркое и отчетливое несоответствие жалоб пациента объективным данным, полученным при осмотре больного должны насторожить врача и заставить подумать об острой мезентериальной ишемии.

Следует отметить, что в стадии инфаркта (спустя 6-12 часов с момента начала заболевания и продолжается в течение 12-24 часов) боли несколько уменьшаются и сосредоточиваются в зоне расположения пораженного участка кишки. Изменение положения тела, кашель, пальпация живота приводят к усилению болей в животе, что говорит в пользу развития перитонита. В запущенных случаях, при разлитом перитоните боли определяются во всех отделах живота.

Хроническая абдоминальная мезентериальная ишемия (МКБ 10 – К 55.1) (абдоминальная или брюшная стенокардия) – встречается чаще у больных преклонного возраста страдающие распространенным атеросклеротическим поражением аорты и ее висцеральных ветвей, в частности - верхней брыжеечной артерии. Приступы болей в животе возникают при достижении стеноза критического значения (сужение просвета артерии 70% и более). Боли в животе возникают внезапно в эпигастральной или мезогастральной областей обычно через 30 – 40 минут после приема пищи. Механизм происхождения болей идентичен стенокардии напряжения и связан с недостатком притока оксигенированной крови к активно функционирующему органу вследствие нарушения кровотока по артериям. Отличительной особенностью болевого синдрома при хронической мезентериальной ишемии является полное его купирование

после приема нитратов (нитроглицерина и др.). Также следует, обратить внимание на общий статус пациента. Возникновение острых болей после приема пищи, приводят к тому, что пациенты уменьшают объем количества питательных веществ, а также сокращают число приемов пищи. Как результат, такие пациенты находятся в глубоких нарушениях трофологического статуса с выраженным дефицитом массы тела (истощение, кахексии).

Разрыв (расслоение) аневризмы брюшной аорты (МКБ 10 – I 71) - имеет тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. Развитие абдоминального болевого синдрома имеет четкую связь с типом разрыва.

При забрюшинном разрыве аневризмы брюшного отдела аорты боли носят постоянный характер. Наиболее часто они локализируются в центральные отделы живота или поясничной области. Характер болей связан с локализацией и распространенностью забрюшинной гематомы. В результате обширных и напряженных гематом, вследствие компрессии нервных стволов и сплетений, болевой синдром становится мучительным и непреходящим. Иррадиация болей также имеет непосредственную связь с локализацией и распространенностью гематомы. Иррадиация болей в промежность, паховую область или бедро, говорит о том, что гематома достигла малого таза. При распространении гематомы в сторону грудной клетки, боли могут иррадиировать в область сердца. При пальпации живота по срединной линии обнаруживается пульсирующее образование. Живот при этом, в первые часы заболевания мягкий и не напряжен. Позже отмечается умеренное вздутие в центральных отделах, из-за присоединения параретической кишечной непроходимости.

Следует отметить, что картина острого живота сопровождается синдромом острой кровопотери (бледность кожных покровов, холодных липкий пот, тахикардия, гипотония). Однако, клинические проявления внутреннего кровотечения при забрюшинном разрыве аневризмы аорты весьма

умеренны. Это объясняется сравнительно медленным излиянием крови в забрюшинное пространство, что оставляет время для включения компенсаторных гемодинамических механизмов.

Внутрибрюшинный разрыв аневризмы брюшного отдела аорты характеризуется крайне тяжелым течением. Состояние больных тяжелое или крайне тяжелое. Тяжесть обусловлена развитием геморрагического шока. Боли в животе имеют диффузный характер, постоянные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота в отлогих местах брюшной полости выявляется свободная жидкость. Катастрофическое течение болезни в таких случаях исключает проведение каких-либо диагностических инструментальных исследований. Летальный исход наступает очень быстро.

ДИАГНОСТИКА

Безусловно, сбор анамнеза и осмотр пациента имеют первостепенное значение в правильной интерпретации и определении состояния пациента, а также выборе дальнейшей диагностической и лечебной тактики. В момент опроса, следует выяснить, как начались боли в животе, что им предшествовало, их локализацию, миграцию, иррадиацию, продолжительность, есть ли какое – то вынужденное положение, которое способствует их уменьшению. Кроме этого, следует обратить внимание есть ли в клинической картине у больного еще какие-то синдромы, помимо, болевого, их взаимосвязь. Особое внимание следует уделить, анамнезу жизни. Потому как, к примеру, наличие ранее перенесенных операций на органах брюшной полости могут быть причиной развития у больного спаечной кишечной непроходимости (табл.5).

Возможные связи данных анамнеза с острыми хирургическими заболеваниями живота

Данные анамнеза	Заболевания, которые можно заподозрить
Предшествующие операции на животе	Спаечная кишечная непроходимость
Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки	Перфорация или пенетрация язвы, кровотечение, стеноз выходного отдела желудка
Закрытая травма живота	Двухэтапных разрыв паренхиматозных органов
Прогрессирующий запор, толстокишечное кровотечение	Кишечная непроходимость опухолевого генеза
Распространенный атеросклероз	Острая или хроническая мезентериальная ишемия
Туберкулез	Специфический перитонит, непроходимость кишечника

Первичная диагностика обязательно должна включать в себя полноценный осмотр пациента – внешний вид, положение тела, измерение температуры тела, пальпацию, перкуссию и аускультацию живота, ректальное и влагалищное исследование. Пренебрежение первичным осмотром пациента, недопустимо, потому как, влечет за собой неправильную оценку его состояния, ошибку в диагностическом и лечебном плане, что может привести к серьезным осложнениям и даже летального исхода.

После первичного осмотра нужно брать общие клинические и биохимические анализы крови. Дополнительно для уточнения диагноза назначаются инструментальные исследования: ультразвуковое исследование брюшной полости, рентгенологическое исследование грудной клетки и живота, компьютерная томография с внутривенным усилением, эндоскопические исследования – эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, и лапароскопия. При этом следует соблюдать основной принцип диагностики, от простых анализов к более сложным и дорогостоящим анализам, и от неинвазивных к инвазивным методам инструментальной диагностики.

Таблица 6

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Нозология	Острый аппендицит	Острый Холецистит	Острый панкреатит	Кишечный илеус	Перфоративная язва желудка или 12ой кишки	Ущемленная грыжа
Начало	Постепенное	Острое или постепенное	Острое	Острое	Внезапное острое	Внезапное острое
Локализация болей	Диффузные или в эпигастрии, позже в правой подвздошной области	В эпигастрии и правом подреберье	В эпигастрии и левом подреберье	Диффузные по всему животу	В эпигастрии и правом подреберье и по правому боковому каналу	В области грыжевого выпячивания
Иррадиация Болей	Не характерно, при ретроцекальном аппендиците возможно в яичко или мошонку справа	В правое надплечье, лопатку	Опоясывающего характера, в спину	Не характерно	Возможно в правое надплечье, шею	Возможно в околопупочную область
Характер Болей	Умеренные	Острые коликообразные или тупые	Острые режущие или тупые	Острые схваткообразные или режущие	Острые кинжальные	Острые режущие или схваткообразные
Рвота	Однократная рефлекторная	Однократная или двукратная с примесью желчи	Множественная, мучительная, не приносящая облегчение	Вначале рефлекторная, позже застойная, фекалоидная	Не характерно, но может быть однократная рефлекторная	Однократная рефлекторная, реже застойного характера
Симптомы	Кохера, Раздольского, Ситковского, Щеткина-Блюмберга	Мерфи, Ортнера, Кера	Мейо-Робсона, Триада Мондора	Валя, Склярлова, Обуховской больницы, Ценге-Мантфейля	Спижарского, Мюси-Георгиевского, Щеткина-Блюмберга	Отрицательный Симптом Кашлевого толчка
Температура	Субфебрильная	Субфебрильная или фебрильная	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует вначале, при развитии флегмоны грыжевого мешка субфебрильная или фебрильная

**Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний органов
брюшной полости (продолжение)**

Нозология	Острый аппендицит	Острый холецистит	Острый панкреатит	Кишечный илеус	Перфорация язвы желудка или 12ой кишки	Ущемленная грыжа
Общий анализ крови	Умеренный лейкоцитоз, иногда сдвиг формулы влево	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ	Лейкоцитоз, повышение гематокрита, гемоглобина (признаки гемоконцентрации)	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, признаки гемоконцентрации	Лейкоцитоз, повышение СОЭ	Лейкоцитоз, повышение СОЭ
Биохимический анализ крови	—	Повышение уровня билирубина (общ, прямого, непрямого), АЛТ, АСТ	Повышение уровня панкреатической амилазы, эластазы, С реактивного белка, гипокальциемия	Электролитные нарушения (гипокалиемия), повышение мочевины и креатинина.	—	—
Ультразвуковое исследование живота	Утолщение аппендикса, свободная жидкость вокруг	Увеличение желчного пузыря, утолщение стенок, жидкость или инфильтрат вокруг пузыря	Увеличение размеров железы, неоднородность структуры, жидкость или инфильтрат вокруг нее	Расширение петель тонкого кишечника, симптом «мятниковое движение»	Свободная жидкость в брюшной полости, газ под куполом диафрагмы	Грыжевые ворота, отсутствие перистальтики ущемленной петли кишечника, грыжевая вода
Рентгенография органов брюшной полости	—	Конкременты в желчном пузыре, в холедохе	Высокое положение купола диафрагмы слева, плеврит, пневматоз ободочной кишки	Чаши Клойбера, нарушение пассажа кишечника при контрастном исследовании	Свободный газ под куполами диафрагмы в виде «серпа»	Могут быть единичные чаши Клойбера
Компьютерная томография органов брюшной полости	Утолщенный червеобразный отросток, свободная жидкость вокруг	Увеличение желчного пузыря, утолщение стенок	Увеличение размеров железы, инфильтративные изменения вокруг, некрозы	Чаши Клойбера, нарушение пассажа, некроз стенки кишки	Свободная жидкость в брюшной полости, вытекание контрастного вещества	Ущемленный орган, грыжевая вода, некроз стенки кишки, единичные чаши Клойбера

ЛЕЧЕНИЕ

Все пациенты с болями в животе и особенно подозрением на острую хирургическую патологию должны быть консультированы и осмотрены хирургом. В случае подтверждения острого хирургического заболевания, пациент госпитализируется в хирургический стационар (отделение), где ему в зависимости от диагноза будет проведена консервативная терапия или оперативное вмешательство.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тестовые задания

Выберите 1 правильный ответ:

1. К интраабдоминальным причинам развития болей в животе относят:
 - a) Воспаление внутренних органов брюшной полости;
 - b) Метаболические нарушения, как следствие декомпенсации эндокринных заболеваний;
 - c) Заболевания органов забрюшинного пространства;
 - d) Воздействие токсинов, как следствие укуса насекомых.

2. Для абдоминальных болей висцерального типа характерно:
 - a) Вовлечения листков брюшины;
 - b) Локализованный характер;
 - c) Диффузный характер;
 - d) Усиление их при движениях.

3. Для болей в животе при классическом остром аппендиците у взрослых характерно:
- a) Внезапное начало;
 - b) Иррадиация;
 - c) Связь с погрешностью в диете;
 - d) Симптом Кохера.
4. К экстраабдоминальным причинам развития болей в животе относят:
- a) Заболевания органов грудной клетки;
 - b) Нарушение кровоснабжения внутренних органов брюшной полости;
 - c) Тупая травма живота;
 - d) Воспаление внутренних органов брюшной полости.
5. Для париетальных (соматических) абдоминальных болей характерно:
- a) Передача болевых импульсов по вегетативным нервным волокнам;
 - b) Диффузный характер;
 - c) Локализованный характер, усиление болей при кашле, смене положения тела;
 - d) Рефлекторные вегетативные реакции (потливость, эмоциональная лабильность).
6. Для болей в животе при остром холецистите характерно:
- a) Связь с погрешностью в диете (употребление жирной и жареной пищи);

- b) Боли в эпигастрии;
- c) Диффузный характер;
- d) Схваткообразный характер.

7. Для абдоминальных болей психогенного типа, характерно:

- a) Длительность, непрерывно-рецидивирующее течение;
- b) Острое начало;
- c) Иррадиация;
- d) Локализованный характер.

8. Для абдоминальных болей с молниеносным началом характерно:

- a) Отсутствие продромального периода и быстрое развитие критического состояния у больного, требующего нередко экстренной операции;
- b) Медленное развитие критического состояния у больного;
- c) Наличие продромального периода.

9. Для абдоминальных болей с острым началом характерно:

- a) Медленное развитие критического состояния у больного;
- b) Наличие продромального периода;
- c) Отсутствие продромального периода.

10. Для атипичного острого аппендицита (ретроцекальное расположение), характерно:

- a) Внезапное начало;
- b) Иррадиация;

- c) Связь с погрешностью в диете;
 - d) Положительный симптом Раздольского.
11. Для болей в животе при остром холецистите с холедохолитиазом характерно:
- a) Злоупотребление спиртными напитками;
 - b) Локализация в эпигастрии;
 - c) Триада Шарко;
 - d) Выраженная интенсивность.
12. Для болей в животе при остром панкреатите характерно:
- a) Локализация в верхних отделах живота;
 - b) Иррадиация в правое надплечье, лопатку;
 - c) Продромальный период;
 - d) Умеренная интенсивность.
13. Для болей в животе при острой кишечной непроходимости характерно:
- a) Продромальный период;
 - b) Связь с нарушением диеты;
 - c) Иррадиация;
 - d) Волнообразный (схваткообразный) характер.
14. Для болей в животе при остром нарушении мезентериального кровотока внутренних органов, характерно:
- a) Выраженная интенсивность при абсолютно мягком животе;
 - b) Доскообразный живот;

- c) Умеренная интенсивность;
 - d) Связь с приемом пищи.
15. Для болей в животе при прободной язве желудка или 12ой кишки характерно:
- a) Внезапное начало по типу «удара кинжалом в живот»;
 - b) Иррадиация;
 - c) Острое начало;
 - d) Локализация в центральные отделы живота.
16. Для болей в животе при остром аппендиците у детей характерно:
- a) Сохранение динамики развития болевого синдрома;
 - b) Иррадиация;
 - c) Диффузная болезненность;
 - d) Отсутствие динамики развития болевого синдрома.
17. Для болей в животе при наружном ущемлении грыжи характерно:
- a) Диффузная болезненность;
 - b) Иррадиация в спину;
 - c) Локализованная боль в области грыжевого выпячивания;
 - d) Миграция болей.
18. Для расслоения аневризмы брюшного отдела аорты характерно:

- a) Резкая, внезапная боль в центральные отделы живота, в области пульсирующего образования;
 - b) Напряжение мышц передней брюшной стенки живота;
 - c) Вынужденное положение пациента на спине;
 - d) Иррадиация болей в левое подреберье.
19. Для болей в животе при остром аппендиците у беременных во 2 – 3 триместре, характерно:
- a) Иррадиация болей в спину;
 - b) Смещение болей вверх по правому боковому каналу, с увеличением срока беременности;
 - c) Локальное напряжение мышц передней брюшной стенки живота;
 - d) Отсутствие динамики развития болевого синдрома.
20. Для хронической мезентериальной ишемии характерно:
- a) Диффузные боли в животе;
 - b) Иррадиация болей в левое плечо
 - c) Локализованная боль в эпигастрии или околопупочной области через 30-40 минут после приема пищи;
 - d) Вынужденное положение пациента на спине.

Эталоны ответов к тестовым заданиям:

1. a	6. a	11. c	16. d
2. c	7. a	12. a	17. c
3. d	8. a	13. d	18. a
4. a	9. b	14. a	19. b
5. c	10. b	15. a	20. c

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной В., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на боли по правому боковому каналу и правой подвздошной области, иррадиирующие в правое яичко, тошноту, повышение температуры тела до 38.5. Из анамнеза заболевания: болеет более 24 часов. Началось все с того, что сначала появились неопределенные боли в эпигастральной области, была однократная рвота. Самостоятельно принимал в таблетках Нош-пу, без эффекта. Позже отметил появление болей в правой подвздошной области и повышение температуры тела до 37.5. Нарастание болей, общей слабости и повышение температуры тела заставило обратиться за медицинской помощью.

Объективно: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38.5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 96 уд. в минуту. Язык пониженной влажности, обложен белым налетом. Отмечается бледность носогубного треугольника. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания.

При пальпации живота отмечается болезненность по правому боковому каналу с эпицентром в правой подвздошной области. Отмечается локальное вздутие живота в правой подвздошной области. Симптомы Раздольского, Ситковского, Ровзинга отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. При положении пациента на левом боку выявлен положительный симптом Яуре - Розанова. Мочеиспускание свободное, учащенное, слегка болезненное. Газы и стул отходят.

Дополнительные методы исследования: В общем анализе крови отмечено повышение уровня лейкоцитов до $20 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ до 25 мм/ч. В общем анализе мочи признаки микрогематурии. Биохимический анализ крови без изменений. Инструментальные исследования: При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено локальное вздутие купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Отсутствие перистальтики в терминальном отделе подвздошной кишки. Незначительное количество выпота в илеоцекальной области. Визуализировать червеобразный отросток не удалось.

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Абдоминальные боли, какого типа развились у пациента?
3. Какой инструментальный метод исследования нужно назначить для подтверждения диагноза?

Задача № 2.

Больная А., 45 лет доставлена СМП в приемный покой с жалобами на тупые острые боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38.0, однократную рвоту желчью. Из анамнеза заболевания: боли в животе появились через 2 часа после ужина (употребление жирной пищи). Из анамнеза жизни: страдает сахарным диабетом 2 типа, коррекция углеводного обмена достигается инсулином.

Объективно: Состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38.0. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 88 уд. в мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается локальное напряжение мышц в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные. Мочеиспускание свободное безболезненное. Газы и стул отходят.

Дополнительные методы исследования: В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$, повышение СОЭ до 25 мм/ч. В общем анализе мочи патологических изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови отмечено, незначительное повышение общего билирубина до 30 мкмоль/л, АЛТ до 45 Ед/л, АСТ до 40 Ед/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенок до 1.0см, умеренный выпот в подпеченочном пространстве (рис. 1).



Рис.1. Ультразвуковая картина: увеличение размеров желчного пузыря, конкременты, утолщение стенок.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей у данной пациентки? Объясните их механизм.

Задача № 3.

Больная Е., 35 лет, доставлена СМП в приемное отделение с жалобами на боли коликообразного (спастического) характера в животе без четкой локализации, без иррадиации. Тошноту, однократную рвоту желудочным содержимом. Из анамнеза заболевания: 5 лет назад перенесла тяжелый психоэмоциональный стресс (развилась с мужем). После этого стала отмечать нарушение сна, частые пробуждения. Потеряла интерес к работе и жизни. Через 6 месяцев после развода, стала отмечать периодически диффузные боли спастического характера в животе, которые беспокоят уже на протяжении 5 лет. Сегодня после конфликтной ситуации на работе появились боли в животе. Нарастание болей заставило обратиться за

медицинской помощью. Из анамнеза жизни: наблюдается у психолога по поводу астено-депрессивного синдрома.

Объективно: Состояние больной относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые, влажные. Телосложение астеническое. Температура тела 37.2. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/70 мм.рт.ст. Пульс 86 уд. в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот, мягкий, доступен глубокой пальпации. При пальпации определяется умеренная болезненность во всех отделах, без четкой локализации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления не нарушены.

Дополнительные методы исследования: В общих клинических анализах крови и мочи патологии не выявлено. В биохимическом анализе крови также изменений не выявлено. При рентгенографии органов брюшной полости и ультразвуковом исследовании живота патологии со стороны внутренних органов не обнаружено.

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей имеется у пациентки? Объясните их механизм.

Задача № 4.

Больной И., 65 лет, обратился самостоятельно в приемное отделение с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, без четкой локализации, тошноту. Рвоту отрицает. Из анамнеза заболевания известно, что на протяжении года пациент страдает запорами по 3-4 дня. Три дня назад стал отмечать периодические схваткообразные боли в животе, без

четкой локализации. Стула не было три дня. Газы периодически с трудом отходят. Нарастание болей заставило обратиться за медицинской помощью. Из анамнеза жизни: 10 лет назад перенес операцию: резекцию желудка по Бильрот 2 по поводу кровотечения из хронической язвы.

Объективно: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноватые, сухие. Температура тела 36.8. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 86 уд. в минуту. Язык пониженной влажности, обложен белым налетом. Живот равномерно умеренно вздут, мягкий, не напряжен. При пальпации определяется умеренная болезненность во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы периодически отходят в небольшом количестве. Стула не было 3 дня. При ректальном осмотре выявлено, что ампула прямой кишки пустая. Четких образований на высоте пальца не выявлено.

Дополнительные данные исследования: В общем анализе крови выявлены признаки анемии гемоглобин 110 г/л, Эр. 3.9×10^{12} /л, повышение СОЭ до 35 мм/час. Лейкоциты в пределах нормы. В общем анализе мочи и биохимическом анализе крови патологических изменений не выявлено. При обзорной рентгенографии живота выявлены единичные чаши Клойбера, расположенные по периферии (рис.2).



Рис.2. Обзорный снимок живота (чаши Клойбера).

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей развился у больного?
3. Какой дополнительный метод исследования нужно назначить, чтобы подтвердить диагноз?

Задача № 5.

Больной И., 45 лет, доставлен СМП в приемное отделение с жалобами на резкие боли в центральные отделы живота, с иррадиацией в спину. Общую слабость. Из анамнеза: боли в животе появились резко 2 часа назад. Нарастание болей заставило обратиться за медицинской помощью. Из анамнеза жизни известно, длительное время страдает гипертонической болезнью, перенес два инфаркта.

Объективно: Состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Температура тела 36.9. Дыхание учащенное,

жесткое, единичные сухие хрипы. АД 120/60мм.рт.ст. Пульс 100 уд. в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут в центральные отделы, болезненный во всех отделах с эпицентром в околопупочной области, где пальпируется образование продолговатой формы размерами 10х8см, пульсирующее. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят с трудом. Стула не было два дня.

Дополнительные данные: В общем анализе крови выявлены признаки анемии Эр. $3.5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $12 \times 10^9/л$. В общем анализе мочи и биохимическом анализе крови патологических изменений не выявлено. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено, что имеется выраженный пневматоз кишечника. В проекции брюшного отдела аорты визуализировано образование размерами 8х6см, с двойным контуром по задней стенке (рис.3). Выпота в брюшной полости не обнаружено.



Рис. 3. Ультразвуковая картина расслоения аневризмы брюшного отдела аорты.

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей развились у больного?
3. Какой метод инструментальной диагностики нужно назначить, чтобы уточнить диагноз?

Эталоны ответов к ситуационным задачам:

Задача № 1.

1. Острый аппендицит. Ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение.
2. У данного пациента имеются отраженные, висцеральные боли.
3. Для уточнения диагноза дополнительно нужно назначить компьютерную томографию с внутривенным усилением органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Задача № 2.

1. Острый калькулезный холецистит.
2. У данной пациентки определяется париетальная боль. Механизм – вовлечение в воспалительный процесс листков брюшины.

Задача № 3.

1. Функциональное нарушение кишечника.
2. У данной пациентки - психогенная абдоминальная боль. Механизм – недостаточность моноаминергических механизмов.

Задача № 4.

1. Острая механическая обтурационная (опухолевая) кишечная непроходимость.
2. Боли в животе – висцерального типа.
3. С целью уточнения диагноза можно назначить компьютерную томографию брюшной полости с двойным контрастированием (внутривенным и пероральным) или динамическое рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта или видеоколоноскопию.

Задача № 5.

1. Расслоение аневризмы брюшного отдела аорты.
2. У пациента боли в животе висцерального типа.
3. С целью подтверждения диагноза нужно назначить КТ - ангиография брюшного отдела аорты и ее ветвей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Glasgow R.E., Mulvihill S.J. Abdominal pain, including the acute abdomen. Sleisenger & Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia – London – Toronto – Monreal – Sydney – Tokyo. 2003. Vol. 1. P. 80–90.
2. Rothschild J.G. Acute Abdominal pain / Therapy of digestive disorders, Elsevier, 2006. Section 8. P. 961–969.
3. Курилович С.А., Решетников О.В., Пыленкова Е.Д. Абдоминальные симптомы и качество жизни: эпидемиологические аспекты. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2005; 15(19, прил.):156.
4. Hunt R., Quigley E., Abbas Z., Eliakim A., Emmanuel A., Goh K.L., et al. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: A global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort May 2013. J Clin Gastroenterol 2014; 48(7):567-78.
5. Vivas D.A. Diagnostic laparoscopy for chronic abdominal pain / David A. Vivas; Richmond University Hospital [Электронный ресурс]. — 2012. — <http://www.downstatesurgery.org/files/cases/ChronicAbdominalPain.pdf>
6. Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т. Симптом висцеральной боли при патологии органов пищеварения. Врач 2008; 9:12-6.
7. Вилей Дж. Оценка и значение боли в животе // Патофизиология органов пищеварения / Дж. Хендерсон. СПб: Невский диалект, 1997.— 275 с.
8. Ивашкин В.Т. Боли в животе / В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин. – М. : МЕДпресс-информ, 2012 – 112 с.: ил.
9. БОЛЬ в животе. Парфенов А.И. РМЖ. 2011. Т. 19. № 17. С. 1047-1051.