



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская помощь

Под редакцией
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия,
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

Глава 6

Неотложные состояния при заболеваниях органов брюшной полости

6.1. ОСТРАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ

А.А. Захаренко, Р.И. Миннуллин, П.А. Ярцев

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Часто причиной вызова СМП является острая боль в животе. Острая абдоминальная боль — локализующаяся в области живота, возникшая остро или постепенно в течение от нескольких минут до 7 сут. Абдоминальная боль является неспецифическим симптомом для целого ряда заболеваний как хирургического, так и терапевтического профиля.

Этиология и патогенез

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Абдоминальная боль при острых хирургических заболеваниях различается в зависимости от этиологии и патогенеза вызвавшего ее заболевания. Каждое заболевание (при классическом варианте развития) характеризуется специфичной характеристикой болей. Они могут локализоваться по всему животу или локально, мигрировать, распространяться или, наоборот, концентрироваться в одной области, менять интенсивность. Заболевания некоторых внутренних органов сопровождаются болью вполне определенной локализации. Возникновение боли в проекции пораженного органа обусловлено раздражением париетальной брюшины (например, при остром холецистите и аппендиците). Поэтому в первую очередь следует предположить заболевание тех органов, которые расположены в непосредственной близости от очага боли. Заболевания органов забрюшинного пространства (почек, поджелудочной железы) обычно сопровождаются болью в спине или в боку, но нередко вызывают и острую боль в животе, определяя ложное направление диагностического поиска. Заболевания органов, не контактирующих с париетальной брюшиной, а также невоспалительные заболевания органов брюшной полости (например, начальная стадия механической тонкокишечной непроходимости) сопровождаются разлитой болью без четкой локализации. Заболевания органов, расположенных в непосредственной близости друг от друга, часто дают настолько сходную клиническую картину, что дифференциальный диагноз сложен и для опытного врача.

Заболевания, связанные с воспалением или реактивным изменением брюшины:

- аппендицит;
- панкреатит;
- холецистит;
- язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки;
- осложненная перфорацией (пенетрацией);
- абсцессы брюшной полости;
- дивертикулит, перитонит.

Боли, возникающие при этих заболеваниях, характеризуются постепенным развитием клинических проявлений и характерной локализацией. Они появ-

ляются и нарастают постепенно, с течением времени. Для острого аппендицита характерна миграция болей из эпигастральной в правую подвздошную область, постепенное их нарастание. Развитию холецистита часто предшествуют схваткообразные боли в правом подреберье (печеночная колика), в последующем боли приобретают постоянный характер. При осложненных формах острых хирургических заболеваний брюшной полости (при развитии перитонита) боли с определенной локализацией приобретают разлитой характер, усиливаются. Исключение составляет перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в этом случае боль возникает внезапно, носит острый характер, характеризуется высокой интенсивностью. Данная клиническая картина обусловлена выходом кислого содержимого желудка в брюшную полость, что вызывает сильное раздражение брюшины и обуславливает болевой синдром. С течением времени боль приобретает разлитой характер (распространение желудочного содержимого по брюшной полости), ослабевает (период мнимого благополучия), но не проходит, а снова усиливается (разлитой перитонит), определяя клиническую картину перфорации полого органа.

Заболевания, связанные с нарушением пассажа в полом органе:

- ущемленная грыжа;
- острая кишечная непроходимость;
- желчная колика;
- обструктивный панкреатит.

Боли при заболеваниях, связанных с нарушением пассажа в полом органе, характеризуются схваткообразным — коликой. Приступы колики могут чередоваться со светлыми промежутками различной длительности. При острой кишечной непроходимости боли со временем приобретают распирающий характер, становятся постоянными.

Заболевания, связанные с нарушением или прекращением кровотока в органах брюшной полости:

- мезентеральный тромбоз;
- ишемический колит;
- острый тромбоз селезенки;
- тромбоз воротных и печеночных вен;
- расслоение (разрыв) аневризмы аорты.

Острый мезентериальный тромбоз характеризуется возникновением болей в животе различного характера: от умеренных до нестерпимых (в зависимости от уровня и полноты окклюзии, развитости коллатералей), боли быстро усиливаются. Разрыв аневризмы брюшной аорты сопровождается внезапно возникшими резкими болями в околопупочной области, с иррадиацией в спину, паховую область, нередко обмороком.

ТРАВМЫ ЖИВОТА

При закрытых повреждениях (травмах) живота боль может быть обусловлена как наличием ушиба тканей передней брюшной стенки, так и повреждениями внутренних органов. Все повреждения внутренних органов могут быть разделены на две группы:

- травмы, осложненные внутрибрюшным кровотечением;

- разрыв селезенки;
- разрыв печени;
- разрыв мезентериальных сосудов;
- травмы, осложненные разрывом полого органа:
- кишки;
- мочевого пузыря.

Травмы, осложненные внутрибрюшным кровотечением, характеризуются возникновением боли в месте удара (возникшей в момент получения травмы) и постепенным нарастанием разлитой боли в животе вследствие прогрессирующего внутреннего кровотечения, обусловленного повреждением внутреннего органа (часто с иррадиацией в плечо, ключицу).

При повреждениях полых органов характер боли интенсивный; боль нарастает по мере прогрессирования перитонита.

При открытых повреждениях живота (ранениях) диагностика острой абдоминальной боли обычно не вызывает затруднений, так как ее причина обычно обусловлена наличием открытого повреждения (раны) на передней брюшной стенке или в смежных областях, а также возможными соответствующими повреждениями брюшины и внутренних органов.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Острые гинекологические заболевания часто имитируют клиническую картину хирургических заболеваний нижнего этажа брюшной полости. Схожесть клинических проявлений заболевания обусловлена тесной топографо-анатомической связью женских половых органов с органами пищеварения и схожестью основных патофизиологических механизмов.

Острые заболевания внутренних половых органов являются наиболее частой причиной развития «острого живота» у женщин детородного возраста, опережая по частоте возникновения даже острый аппендицит. Острые гинекологические заболевания по аналогии с острыми хирургическими заболеваниями можно разделить на несколько групп.

Заболевания, связанные с воспалением или реактивным изменением брюшины:

- киста яичника с болевым синдромом;
- воспалительные заболевания матки;
- придатков матки;
- в том числе осложненные формы.

Болевой синдром характеризуется локализацией в нижних отделах живота, боли ноющего характера с тенденцией к усилению с течением времени. В отличие от острого аппендицита, при гнойных заболеваниях матки и ее придатков никогда не встречается симптом Кохера.

Заболевания, связанные с нарушением или прекращением кровотока в органах малого таза:

- киста яичника с нарушением питания;
- миома матки с нарушением питания узла;
- перекрут придатков.

Для этих заболеваний характерно острое начало, проявляющееся внезапно возникшими интенсивными болями в нижних отделах живота. Интенсивность болей постоянно нарастает. При развитии перитонита боли распространяются на всю брюшную полость.

Заболевания, связанные с дисфункцией яичников и формированием осложненных кист яичников:

- апоплексия яичника;
- разрыв кисты яичника.

Апоплексия яичника характеризуется острейшим началом, нередко с потерей сознания на высоте болей. Боли вызваны излитием содержимого кисты, крови в дугласово пространство. Иррадиируют в задний проход, поясницу, ногу. Боли со временем (1–2 сут) постепенно ослабевают. В случае геморрагической формы на первый план выходит клиническая картина внутрибрюшного кровотечения. Боли распространяются по всему животу, приобретают постоянный характер, выражены значительно (раздражающее действие крови на брюшину).

Заболевания, связанные с патологией беременности:

- угрожающий аборт;
- начавшийся аборт;
- нарушенная эктопическая беременность.

Данная группа заболеваний клинически проявляется ноющими или схваткообразными постепенно усиливающимися болями в нижних отделах живота без выраженной иррадиации. Интенсивность болей — от незначительных до резко выраженных.

При нарушенной внематочной беременности клиническая картина идентична апоплексии яичника.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Онкологические заболевания и их осложнения:

- первичные и вторичные опухоли, проявляющиеся сдавлением или обтурацией полого органа;
- опухоли с распадом;
- опухолевые инфильтраты;
- новообразования, проявляющиеся выраженным болевым синдромом.

Нередко раковая болезнь манифестирует появлением болей в животе. При этом причиной возникновения болей, как правило, являются тяжелые осложнения рака брюшной полости. Болевой синдром зависит от локализации опухоли, типа роста, стадии заболевания. Клиническая картина при этом будет определяться ведущим патологофизиологическим механизмом развития осложнения:

- непроходимость;
- перфорация;
- кровотечение.

РЕАКТИВНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ

Нередко в клинической практике встречаются состояния, которые характеризуются возникновением так называемых реактивных болей в животе.

Реактивные боли локализуются в проекции различных участков передней брюшной стенки. Они по своим характеристикам схожи с абдоминальными болями, однако патогенетически не связаны с заболеваниями органов и систем, находящихся в брюшной полости.

Все реактивные боли в зависимости от расположения источника делятся на следующие группы.

Заболевания, связанные с поражением органов и систем, располагающихся в грудной клетке:

- нижнедолевая пневмония;

- плеврит;
- перикардит;
- ИМ.

Боли носят упорный выраженный характер в верхних отделах живота (при инфаркте миокарда больше слева). Дифференциально-диагностическим признаком в данном случае может являться усиление болей при физической нагрузке или при глубоком вдохе/выдохе.

Заболевания, связанные с поражением органов и систем забрюшинного пространства:

- почечная колика;
- острый пиелонефрит;
- острый цистит.

При урологической патологии (почечной колике) боли нередко носят приступообразный характер, их характеризует выраженная интенсивность на высоте приступа. Локализованы в нижних отделах живота (в соответствии со стороной поражения). Требуется дифференциальная диагностика с острой хирургической и гинекологической патологией.

Решающее значение в дифференциальной диагностике урологической и хирургической патологии имеют результаты лабораторного исследования мочи и УЗИ мочевыделительной системы.

Заболевания опорно-двигательного аппарата и нервной системы с абдоминальным болевым синдромом:

- остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- корешковый синдром;
- межреберная невралгия;
- сирингомиелия;
- истерия и т.д.

Перечисленные заболевания могут проявляться разлитыми ноющими болями в животе, без связи с положением тела, слабо изменяющиеся по интенсивности и локализации с течением времени.

Диагноз данной группы является диагнозом исключения и может быть установлен только при исключении острой хирургической, гинекологической, урологической патологии врачом-неврологом при обнаружении соответствующей неврологической симптоматики.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Заболевания, связанные с инфекционной патологией желудочно-кишечного тракта:

- гастрит;
- гастроэнтерит;
- колит;
- гепатит;
- инфекционный мононуклеоз;
- распространенные формы герпеса и т.д.

Заболевания данной группы могут проявляться болями в животе без четкой локализации. Сопровождаются диспептическими расстройствами (рвота, диарея) и синдромом общей инфекционной интоксикации. Лечение таких пациентов должно проходить в специализированных инфекционных стационарах с привлечением консультанта-хирурга в случае необходимости.

ТОКСИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ

Заболевания, связанные с экзогенной интоксикацией:

- хроническое отравление соединениями ртути и свинца;
- ядовитыми грибами;
- метиловым спиртом;
- укусы ядовитых животных и т.д.

Боли в животе, как правило, являются не основной жалобой. Носят разлитой характер, данными анамнеза подтверждается связь их возникновения с вредным препаратом, продолжительной работой на вредном производстве или перенесенным укусом ядовитого животного.

Заболевания, связанные с эндогенной интоксикацией:

- порфирия;
- кетоацидоз;
- уремия.

Боль носит постоянный или часто возникающий характер, связана с нарушением диеты или пропуском приема лекарственного препарата. Интенсивность болей усиливается с течением времени и по мере нарастания интоксикации.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Иммунологические расстройства включают следующие:

- анафилактический шок;
- васкулиты;
- ангионевротический отек.

Абдоминальная боль при иммунологических расстройствах не является основной жалобой. На первый план обычно выступают кожные проявления:

- петехии;
- высыпания;
- синячковые элементы.

При анафилактических реакциях — отек. Эти проявления связаны с поступлением в организм аллергена (в составе вакцины, пищи и др.).

Острая абдоминальная боль вследствие большого числа возможных причин возникновения может различаться по характеру, локализации, интенсивности и продолжительности. Не каждый патологический процесс, проявляющийся острыми болями в животе, требует срочной госпитализации. Поэтому решение вопроса о необходимости госпитализации и определения дальнейшей лечебной тактики (в первую очередь для решения вопроса о необходимости выполнения экстренного оперативного вмешательства) является наиболее важным на догоспитальном этапе СМП.

Классификация

Острую абдоминальную боль принято классифицировать следующим образом.

- По наиболее вероятной причине происхождения:
 - ✧ хирургическая;
 - ✧ гинекологическая;
 - ✧ урологическая;
 - ✧ нехирургическая (при инфекционных заболеваниях);
- по наличию или отсутствию синдрома «острого живота».

В соответствии с наиболее вероятной причиной происхождения острой абдоминальной боли на догоспитальном и стационарном этапах СМП определяется дальнейший маршрут пациента.

Клиническая картина

Наибольшую сложность для диагностики на догоспитальном этапе представляют заболевания, относящиеся к группе «острого живота»:

- острый панкреатит;
- острый аппендицит;
- острый холецистит;
- острая кишечная непроходимость;
- язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией, кровотечением;
- ущемленная грыжа;
- желудочно-кишечное кровотечение.

Они характеризуются следующими особенностями.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит — остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы с последующим некрозом железы и присоединением вторичной (гношной) инфекции.

Заболевание характеризуется постепенным возникновением и нарастанием опоясывающей боли в эпи- и мезогастральной области, правом подреберье (с иррадиацией в поясницу), сухостью во рту, тошнотой, неукротимой рвотой, предшествующей заболеванию погрешностью в диете (алкоголь, жирная пища). Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

При исследовании живота определяются боль при поверхностной пальпации в верхней половине живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Заболевание проявляется постоянными болями в правой подвздошной области ноющего характера, как правило, без иррадиаций. Характерным признаком острого аппендицита является жалоба на миграцию болей из эпигастральной области (околопупочной области) в правую подвздошную (симптом Кохера).

Пациенты часто предъявляют жалобы на тошноту, однократную рвоту, жидкий или кашицеобразный стул, недомогание, повышение температуры тела до субфебрильных значений.

При исследовании живота определяются боль при поверхностной пальпации в правой подвздошной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины.

Подробно острый аппендицит описан в соответствующем разделе настоящего Руководства.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит — воспаление желчного пузыря, одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни. Клинически проявляется ноющими

или схваткообразными болями в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, надплечье, правую половину шеи, тошнотой и рвотой, повышением температуры тела. Часто имеет место желтушность кожи и видимых слизистых. Для острого холецистита характерны тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения.

При физикальном обследовании могут определяться болезненность в правом подреберье, локальный дефанс мышц передней брюшной стенки, положительные перитонеальные симптомы, субфебрильная или фебрильная температура тела.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) — синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту, обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника.

Характеризуется болями по всему животу с локальным усилением при пальпации, сопровождается тошнотой, рвотой или отсутствием отхождения стула и газов, отсутствием или усилением перистальтики кишечника.

Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10–15 мин. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2–3-е сутки, когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Общими симптомами являются вздутие и асимметрия живота, боли в животе.

ПЕРФОРАТИВНАЯ (ПРОБОДНАЯ) ЯЗВА ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Перфоративная (прободная) язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки — это осложнение язвенной болезни желудка (двенадцатиперстной кишки), характеризующееся попаданием содержимого желудка в брюшную полость через образовавшийся сквозной дефект в стенке желудка (двенадцатиперстной кишки).

Клиническая картина перфоративной язвы характеризуется острыми, крайне интенсивными (кинжальными), внезапно возникшими болями в эпигастральной области; вынужденным положением: ноги прижаты к животу, живот напряжен; доскообразным напряжением передней брюшной стенки.

УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

Ущемленная грыжа — внезапное сдавление содержимого грыжевого мешка: сальника, тонкой кишки, мочевого пузыря в грыжевых воротах, что приводит к нарушению кровообращения и некрозу.

Ущемление грыжи характеризуется внезапными резко возникшими болями в области грыжевого выпячивания. При длительном течении заболевания (свыше 2 сут) возможны жалобы на тошноту, рвоту, отсутствие стула, отхождения газов.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Желудочно-кишечные кровотечения — угрожающие жизни состояния, характеризующиеся выходом

крови из сосудистого русла в просвет желудочно-кишечного тракта.

Клиническая картина складывается из внешних проявлений кровотечения:

- черный стул (мелена), «малиновое желе»;
- рвота кровью, кофейной гущей;
- гемодинамические нарушения.

Выделяют скрытый период, когда отсутствуют очевидные признаки желудочно-кишечного кровотечения (общие симптомы) и период явных признаков:

- рвота;
- мелена.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Причиной «острого живота» у женщин часто является острая гинекологическая патология. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста доля гинекологической патологии в структуре заболеваемости при подозрении на «острый живот» составляет 64%.

Особенную сложность представляет дифференциальная диагностика острой хирургической и гинекологической патологии у женщин при разлитом характере болей и их локализации в нижних отделах живота.

Среди острых гинекологических заболеваний, представляющих угрозу для жизни больной и входящих в группу заболеваний «острого живота», выделяют:

- нарушенную внематочную беременность;
- геморрагическую форму апоплексии яичника;
- разрыв кисты яичника;
- перекрут придатков;
- гнойно-воспалительные заболевания матки и ее придатков;
- нарушение питания (некроз) миоматозного узла.

Подробнее о каждом из перечисленных заболеваний изложено в соответствующем разделе настоящего Руководства.

Наибольшую опасность для жизни больной представляют состояния, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением (нарушенная внематочная беременность и апоплексия яичника). Характерными особенностями этих заболеваний являются острое начало, выраженная боль в момент разрыва, эпизод потери сознания на высоте болей. Клинически обращают на себя внимание гемодинамические нарушения:

- тахикардия;
- снижение артериального давления (нарастающие пропорционально величине кровопотери).

Важной особенностью у женщин с абдоминальными болями является отсутствие возможности на догоспитальном этапе дифференцировать патологию по профилю госпитализации. Поэтому все женщины с абдоминальными болями нуждаются в госпитализации в многопрофильный хирургический стационар.

Советы позвонившему

При всех случаях внезапного возникновения острых абдоминальных болей необходимо:

- не давать больному есть и пить;
- уложить больного на спину, помочь принять удобную позу. В ряде случаев удобной может оказаться «поза лягушки» — со слегка разведен-

ными и согнутыми в коленях ногами с валиком из свернутого одеяла под коленями;

- не оставлять больного без присмотра;
- измерить температуру тела больного.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ПАЦИЕНТУ С БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ

- В каком месте живота Вы ощущаете боль?
- Каков характер боли (кинжальные, сжимающие, давящие, опоясывающие, схваткообразные)?
- Перемещалась ли боль с течением времени (откуда, куда)?
- Куда отдают боли (в спину, в поясницу, в ногу, под лопатку слева, в левое плечо)?
- Как давно Вы заболели?
- С чем связываете появление болей (с погрешностью в диете, физической нагрузкой, изменением положения тела)?
- Беспокоит ли Вас тошнота, была ли рвота (сколько раз, чем)?
- Как давно у Вас был стул? Отходят ли газы?
- Беспокоит ли Вас жидкий стул (сколько раз за сутки)?
- Изменился ли цвет стула (посветлел, стал бесцветным, черным)?
- Изменился ли цвет мочи (потемнела, стала красноватой)?
- Повышалась ли температура тела?
- Есть ли у Вас хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический панкреатит, язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь, грыжи передней брюшной стенки)?
- Были ли у Вас в прошлом операции на животе, какие, когда?

У ЖЕНЩИН ДОПОЛНИТЕЛЬНО К ЭТИМ ВОПРОСАМ НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ

- Теряли ли Вы сознание в момент возникновения болей?
- Связываете ли возникновение болей с половым актом, резкой физической нагрузкой?
- Нет ли у Вас кровянистых выделений из половых путей?
- Когда началась последняя менструация, через сколько дней приходит очередная менструация?
- Делали ли Вы тест на беременность?
- Есть ли у Вас гинекологические заболевания (киста яичника, хронический аднексит, миома матки)?
- Не было ли у Вас внутриматочных вмешательств, родов, абортотв накануне обращения?

Результаты осмотра и физикального обследования

Обследование больных на догоспитальном этапе существенно ограничено из-за отсутствия условий и диагностического оборудования.

В этой связи особое значение имеют осмотр и физикальное обследование больного.

После сбора жалоб и анамнеза, уточнения обязательных вопросов необходимо оценить общее состояние пациента.

- *Поведение.* Пациент может быть возбужден или заторможен, проявлять беспокойство.
- *Поза.* Необходимо обратить внимание на позу, которую занимает пациент: вынужденная поза с приведенными к животу ногами свидетельствует в пользу перфорации желудка или двенадцатиперстной кишки. Неподвижность и скупость движений — при разлитом перитоните, невозможность принять горизонтальное положение — при скоплении излившейся крови в брюшной полости.
- *Дыхание.* Одышка или «осторожное», «щадящее» дыхание дает важную информацию о состоянии больного.
- *Цвет кожи и слизистых оболочек.* Бледная кожа и цианоз слизистых оболочек свидетельствуют о кровотечении; иктеричная окраска слизистых — о желтухе.
- *Исследование пульса, артериального давления* (тахикардия, артериальная гипотензия).
- *Осмотр живота:*
 - ✦ участвует в дыхании или нет (неподвижный живот — косвенный признак перитонита);
 - ✦ вздут или нет (равномерно вздутый живот — парез, кишечная непроходимость, перитонит);
 - ✦ плоский живот, втянутый живот — свежая перфорация желудка, двенадцатиперстной кишки;
 - ✦ равномерно увеличенный, круглый, напряженный живот — асцит;
 - ✦ симметричный или асимметричный (асимметричный живот — новообразование, грыжи передней брюшной стенки, кишечная непроходимость);
 - ✦ видимые перистальтические волны — кишечная непроходимость;
 - ✦ выраженный венозный рисунок на животе — признак портальной гипертензии, цирроза печени;
 - ✦ наличие послеоперационных рубцов от перенесенных операций — в некоторых случаях поможет исключить (аппендицит, холецистит) или заподозрить некоторые заболевания (спаечная болезнь).

АУСКУЛЬТАЦИЯ

- Перистальтика (усиление — кишечная непроходимость, начальные стадии), отсутствие перистальтики — «гробовая тишина» — перитонит.
- Шум «плеска», шум «падающей капли» — кишечная непроходимость.
- Сосудистые шумы — при аневризме аорты.

ПЕРКУССИЯ

- Тупой перкуторный звук по всему животу — асцит.
- Тимпанит — при наличии газа в брюшной полости.
- Притупление перкуторного звука в отлогах местах — скопление свободной жидкости в брюшной полости (выпот, кровь).
- Усиление болей при перкуссии — перитонит.

ПАЛЬПАЦИЯ

- Поверхностная: защитное напряжение мышц передней брюшной стенки при перитоните (тотальное — при разлитом, местное — при ограниченном).
- Глубокая: патогномичные симптомы острых хирургических заболеваний брюшной полости (Щеткина–Блюмберга, Ситковского, Воскресенского, Ровзинга, Мерфи, Ортнера, Валя, Склярова, Кивуля и др.).

Лечение**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

В случае с абдоминальной болью установить диагноз и назначить патогномичное лечение не представляется возможным, поэтому основной задачей догоспитального этапа СМП является предварительная диагностика вышеперечисленных нозологических форм с дифференциальной диагностикой с другой патологией, проявляющейся острыми абдоминальными болями, но не требующей срочной госпитализации и оказания СМП в экстренной форме.

Все больные с острой болью в животе подлежат госпитализации в хирургический стационар или в инфекционную больницу в зависимости от предположительного диагноза. Транспортировка больных — лежа на носилках. Женщины с болями в животе подлежат госпитализации в многопрофильный стационар (обязательное условие — наличие гинекологического отделения).

Медицинские мероприятия на догоспитальном этапе (при наличии симптомов «острого живота» и общем тяжелом состоянии больного):

- обеспечение надежного венозного доступа;
- контроль и поддержание витальных функций;
- при признаках гиповолемии, артериальной гипотензии внутривенное введение 0,9% физиологического раствора — 400 мл с добавлением спазмолитиков [дротаверин (но-шпа*) 2,0 мл];
- при тошноте и рвоте допустимо введение метоклопрамида 10 мг (или церукала* 2,0 в/м);
- срочная транспортировка больного в хирургический стационар на носилках (женщин — в многопрофильный стационар с гинекологическим отделением).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

В ОСМПС необходимо разделить пациентов с острой абдоминальной болью в соответствии с предполагаемой причиной возникновения (см. раздел «Классификация острой абдоминальной боли»). Больные с диагнозом направления «острый живот» подлежат направлению к хирургу и должны быть обследованы в соответствии с требованием протокола «острый живот» (приказ МЗ РФ № 1410н от 24.12.2012).

В случае тяжелого состояния пациентов (нестабильная гемодинамика, продолжающееся желудочно-кишечное или внутрибрюшное кровотечение, признаки разлитого перитонита) пациенты

после оформления истории болезни подлежат переводу в хирургическую реанимацию, где им проводят интенсивную терапию, дополнительное обследование в минимальном объеме и затем в хирургическом отделении выполняют экстренное оперативное лечение по жизненным показаниям.

Остальные пациенты маршрутизируются в соответствии с принятой в отношении каждой из нозологических форм тактикой (см. соответствующие разделы настоящего Руководства).

В случае поступления в стационар женщин с подозрением на «острый живот» они должны быть обследованы у хирурга по утвержденному протоколу с добавлением ряда диагностических тестов, направленных на верификацию острой гинекологической патологии (УЗИ малого таза + тест на хорионический гонадотропин человека + консультация гинеколога при локализации болей в нижних отделах живота и отсутствии данных об острой хирургической патологии). Необходимо отметить, что обзорной рентгенографии органов брюшной полости должен предшествовать тест на хорионический гонадотропин человека (для исключения беременности раннего срока).

При выявлении острой хирургической патологии пациенты подлежат срочному оперативному лечению по жизненным показаниям.

При выявлении острой гинекологической патологии пациентки подлежат лечению (включая оперативное лечение) в условиях гинекологического стационара.

При невозможности исключения острой хирургической или гинекологической патологии пациенты должны быть оставлены для динамического наблюдения в отделении краткосрочного пребывания (или в отделении по предполагаемому профилю заболевания).

При исключении острой хирургической и гинекологической патологии пациенты подлежат выписке из стационара с рекомендациями наблюдаться у специалистов соответствующего профиля по месту жительства.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ:

- недооценка тяжести заболевания;
- применение болеутоляющих, антисекреторных препаратов, антацидов;
- применение антигистаминных препаратов;
- применение грелок и клизм;
- промывание желудка.

6.2. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Э.Г. Цветков

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острый аппендицит — острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Является наиболее частым хирургическим заболеванием органов брюшной полости, относится к группе «острый живот». Может возникнуть в любой возрастной группе, но наибольшая частота его отмечается в юношеском и молодом возрасте. Результаты лечения острого аппендицита имеют прямую зависимость от сроков оперативного вмешательства.