

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**  
**ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф

**ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Под редакцией  
профессора кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф  
БелМАПО, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача  
Республики Беларусь Бордакова В.Н. и проректора по научной работе  
БелМАПО, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля наук  
Республики Беларусь Гаина Ю.М.

Учебное пособие

Допущено Министерством образования Республики Беларусь в качестве  
учебного пособия для слушателей системы дополнительного образования  
взрослых по профилю образования «Здравоохранение»

Минск, БелМАПО  
2023

УДК 617.55-036.11-07:614.88(075.9)

ББК 54.574.6+53.43я78

Д 44

Допущено Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебного пособия для слушателей системы дополнительного образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение»

**Авторы:**

***В.Н. Бордаков, Ю.М. Гаин, П.В. Бордаков, А.В. Борисов, М.Ю. Гаин,  
С. Н. Дылевский, М.В. Доронин, Н.П. Новикова, А.Л. Станишевский,  
А.Л. Суковатых, Д.С. Третьяк, И.Е. Шиманский, Д.В. Юшкевич***

**Рецензенты:**

*Богдан В.Г.*, академик-секретарь отделения медицинских наук Национальной академии наук Беларуси, доктор медицинских наук, профессор;

*Алексеев С.А.*, заведующий кафедрой общей хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор;

*Кафедра общей хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Д 44      **Диагностика** острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе : учеб. пособие / под ред. В.Н. Бордакова, Ю.М. Гаина; авт.: В.Н. Бордаков [и др.] . – Минск : БелМАПО, 2023. – 179 с.

ISBN 978-985-584-808-1

Настоящее учебное пособие содержит сведения о наиболее распространённых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, которые становятся причиной обращения за неотложной медицинской помощью. В нем представлена современная информация о клинических проявлениях и диагностике экстренной абдоминальной хирургической патологии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи населению. Настоящее учебное пособие призвано обобщить существующие современные рекомендации в отношении диагностики и лечения острой абдоминальной патологии и, в какой-то мере, восполнить недостаток знаний врачей скорой помощи в этой важной области медицины.

Учебное издание предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Скорая медицинская помощь»: (дисциплина «Диагностика и скорая (неотложная) медицинская помощь при острых заболеваниях и травмах»; повышения квалификации врачей скорой медицинской помощи, врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей-хирургов; подготовки в клинической ординатуре и интернатуре.

УДК 617.55-036.11-07:614.88(075.9)

ББК 54.574.6+53.43я78

**ISBN 978-985-584-808-1**

© Бордаков В.Н. [и др.], 2023

© Оформление БелМАПО, 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. Общие вопросы диагностики и дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе	7
Глава 2. Острый аппендицит	39
Глава 3. Острый холецистит	61
Глава 4. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	68
Глава 5. Острый панкреатит	73
Глава 6. Ущемленная грыжа	82
Глава 7. Острая кишечная непроходимость	88
Глава 8. Острая и хроническая мезентериальная ишемия. Тромбоз мезентериальных сосудов	103
Глава 9. Острые гинекологические заболевания	113
Глава 10. Перитонит	124
Глава 11. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта	129
Глава 12. Аневризма брюшного отдела аорты	152
Приложение 1	158
Приложение 2	159
Приложение 3	160
Литература	173

## Список сокращений и условных обозначений

ОА	– острый аппендицит;
АД	– артериальное давление;
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ОХ	– острый холецистит;
УГ	– ущемленная грыжа;
ОП	– острый панкреатит;
ОКН	– острая кишечная непроходимость;
ОНМК	– острое нарушение мезентериального кровообращения;
ОМИ	– Острая мезентериальная ишемия
ОИИ	– Острая интестинальная ишеми
ПЯЖДК	– прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
ОГЗ	– острые гинекологические заболевания;
П	– перитонит;
ЖКК	– кровотечения из желудочно-кишечного тракта;
ВБ	– внематочная беременность;
АЯ	– апоплексия яичника;
СПГ	– синдромом портальной гипертензии;
ВОПТ	– верхние отделы пищеварительного тракта;
НОПТ	– нижние отделы пищеварительного тракта;
ОХЗБП	– острые хирургические заболевания органов брюшной полости

## ВВЕДЕНИЕ

Данное учебное пособие предназначено преимущественно для молодых врачей, интернов и слушателей системы последипломного образования, которые только начинают приобщаться к дежурствам на скорой помощи, к работе в выездных бригадах догоспитального этапа оказания медицинской помощи. Именно эти врачи часто вынуждены принимать судьбоносные для пациента решения, заключающиеся в постановке диагноза, оценке необходимости лечения и определении его вида, установлении нуждаемости в домашнем или стационарном лечении, оценке срочности госпитализации, определении способа транспортировки, объёма оказания медицинской помощи дома и во время транспортировки пациента. В связи с этим развитие медицинской науки, в частности реаниматологии, обязывает врача скорой помощи знать и умело применять всё совершенствующиеся методы оказания медицинской помощи в различных жизненных ситуациях.

В условиях скорой медицинской помощи, где возможности точной диагностики, как правило, ограничены, знание и умелое применение усвоенной тактики и приобретенных практических навыков приобретает первостепенное значение. Неточность или ошибка в диагностике, неуверенность, сомнения могут быть предотвращены или исправлены с помощью правильных тактических действий. Ошибка же в тактике при жизнеопасных состояниях, когда время и возможности упущены, может стать непоправимой, привести пациента к инвалидности или даже летальному исходу.

Приведены факты, свидетельствующие о необходимости внедрения в практику врачей скорой медицинской помощи правил, составляющих основу тактики при оказании экстренной помощи пациентам с острой хирургической патологией живота. Материал, представленный в издании, отражает многолетний опыт работы коллектива сотрудников кафедры скорой медицинской помощи, больницы скорой медицинской помощи, материалы, приведенные в ней, научно обоснованы, содержат иллюстративный материал и дифференциальные таблицы диагностики неотложных заболеваний органов брюшной полости.

Учебное пособие содержит краткие формуляры дифференциальной диагностики и лечебной тактики при конкретных формах острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, включает установочные рекомендации для врачей скорой медицинской помощи.

Издание не отражает всей полноты содержания лечебно-диагностической помощи пациентам. Оно не заменяет соответствующие учебные пособия и методические документы и не может служить в качестве строгих указаний для оказания медицинской помощи. Учебное пособие предполагает, что во всех случаях первичная медицинская помощь должна быть высокопрофессиональ-

ной, дифференцированной по объему в соответствии с характером основного и сопутствующих заболеваний, адекватной тяжести и стадии развития заболевания, а также рациональной и творческой по использованию реально доступных методов и лечебно-диагностических технологий.

В частных разделах учебного пособия по каждой из форм, составляющих перечень неотложных хирургических заболеваний, представлены основные клинические особенности каждой конкретной нозологии с акцентом на общую организацию лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе. Это послужило непосредственной причиной подготовки настоящего издания, посвященного догоспитальному этапу оказания медицинской помощи, с подробным изложением клинических проявлений и лечебных пособий при наиболее опасных острых заболеваниях органов брюшной полости.

# ГЛАВА 1

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

К острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости относят острые воспалительные заболевания, перфорации и разрывы органов, острую кишечную непроходимость, ущемленные грыжи (наружные и внутренние), некроз кишечника вследствие нарушения кровообращения по брыжеечным сосудам.

Особенность этих заболеваний, при всем различии их причин и патогенетических механизмов, заключается в том, что все они ведут к развитию перитонита, лечение которого возможно лишь в условиях хирургического стационара и требует, насколько это возможно, более раннего оперативного вмешательства. Основная трудность заключается в многообразии и вариабельности признаков этих заболеваний, сходстве их проявлений с другой патологией органов брюшной полости, забрюшинного пространства и даже грудной клетки, при которых показано хирургическое лечение и возможна госпитализация в хирургическое отделение.

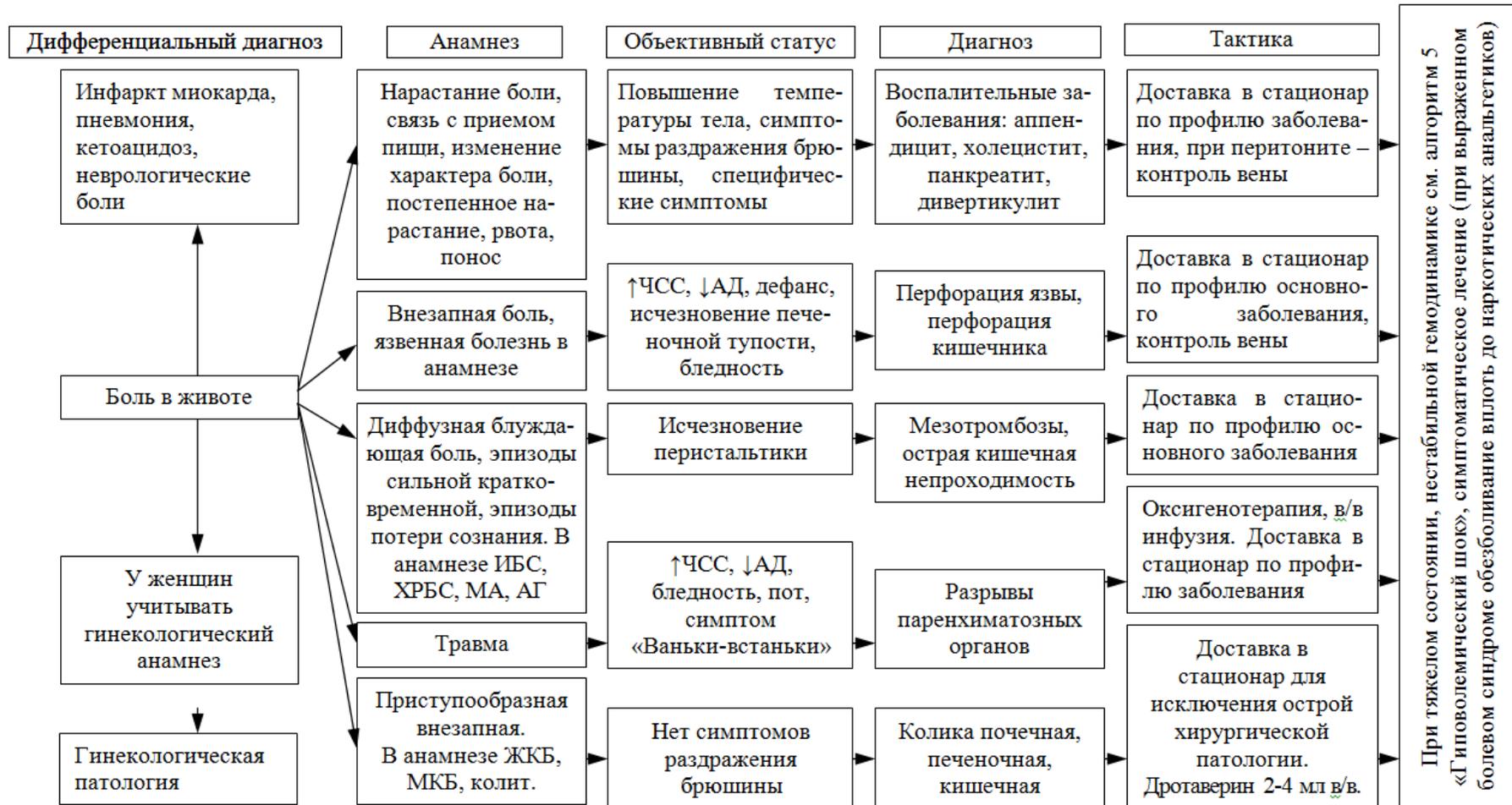
Диагностика острой хирургической патологии органов брюшной полости (ОХПОБП) в нашей республике регламентируется приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30 сентября 2010 г. № 1030 «Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению» (с изменениями, внесенными постановлением Минздрава от 30.21.2014 № 117). Изложенные в нем клинические протоколы представлены в форме алгоритмов и предназначены для использования при оказании скорой (неотложной) медицинской помощи (далее – СНМП) взрослому населению на всей территории Республики Беларусь (см. алгоритм 28 клинического протокола).

Ю. Ю. Джанелидзе и др. (1948), подчёркивая роль и значение врачей догоспитального этапа в правильной и своевременной диагностике, указывал, что «ни в одной, пожалуй, области роль эта не вырисовывается так рельефно, никогда положение врача не бывает столь трудным и ответственным, как перед лицом больных с острыми, внезапно наступившими заболеваниями органов брюшной полости. Именно здесь, от того, насколько быстро и правильно принято решение, зависит судьба больного, и не будет никаким преувеличением сказать, что участь его в значительной мере предрешает первый врач».

# Алгоритм диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости

(алгоритм 28 «Клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению»)

∞



При тяжелом состоянии, нестабильной гемодинамике см. алгоритм 5 «Гиповолемический шок», симптоматическое лечение (при выраженном болевом синдроме обезболивание вплоть до наркотических анальгетиков)

Примечание –  
ЭКГ-диагностика обязательна

С пациентами при острых хирургических заболеваниях органов живота первыми встречаются врачи общей практики поликлиник и/или врачи неотложной и скорой помощи. Они же в ограниченные сроки принимают решение о диагнозе и тактике. От того, насколько быстро и правильно будет принято решение, во многом зависят здоровье и даже жизнь пациента. На догоспитальном этапе верифицировать диагноз при заболеваниях, сопровождающихся абдоминальной симптоматикой, трудно, а нередко и невозможно, так как для диагностики можно воспользоваться лишь анамнестическими и физикальными данными. В этих условиях необходимо иметь четкое представление о возможных причинах абдоминальных болей и иных патологических признаках заболеваний органов брюшной полости.

Отличительной особенностью острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является быстрое развитие патологического процесса, поэтому фактор времени в ранней постановке диагноза и госпитализации имеют первостепенное значение. Позднее распознавание многих этих заболеваний во многих случаях предопределяет неблагоприятный исход лечения. Следовательно, распознавание острой абдоминальной патологии должно быть не только правильным, но и ранним.

Обследование пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости должно включать изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных осмотра, пальпации, аускультации и перкуссии. При сборе анамнеза следует обратить внимание на начало заболевания (острое, внезапное или постепенное), основные его признаки, динамику течения заболевания и лечебные мероприятия, проводившиеся пациенту до осмотра врачом, или детали самолечения (если пациент сам пытался облегчить свое состояние с использованием народных средств или традиционных лекарственных препаратов). Необходимо выяснить не только особенности последнего приступа заболевания, но и предшествующие ему симптомы. Впервые возникшая, внезапная, без видимой причины боль в животе заслуживает особого внимания врача. Большое клиническое значение имеет и интенсивность боли (например, кинжальная боль при перфоративной гастродуоденальной язве), ее постоянство (такая боль может быть связана с поражением брюшины) или периодичность (схваткообразная боль нередко служит первым проявлением механической кишечной непроходимости). Следует уточнить связь заболевания с характером питания пациента, установить наличие нарушений функции кишечника и мочеиспускания. Эти сведения важны для проведения дифференциальной диагностики. Необходимо также расспросить пациента о бывших в прошлом операциях на органах брюшной полости, имевшей место травме живота, которые нередко становятся причиной формирования сращений брюшины и развития спаечной кишечной непроходимости.

Диагностическое значение имеет выявление вредных привычек пациента: злоупотребление спиртными напитками, курение, погрешности в питании. При этом необходимо учитывать, что у лиц, злоупотребляющих спиртным, нередко встречаются острый и хронический панкреатит, цирроз печени, а погрешности в питании являются провоцирующим фактором развития различных острых заболеваний брюшной полости (острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость).

У женщин особенно тщательно следует собрать гинекологический анамнез (с уточнением наличия у них хронических воспалительных заболеваний придатков матки, нарушения менструального цикла, патологических выделений из влагалища, выяснением, как протекала беременность, роды и были ли при этом осложнения). Обязательно учитываются перенесённые ранее и имеющиеся на момент осмотра сопутствующие заболевания.

Для многих форм острой хирургической патологии живота характерно наличие сходных симптомов: боль в животе, тошнота, рвота, икота, вздутие живота, нарушение стула и мочеиспускания. Важно выяснить сроки развития и особенности проявления каждого из этих признаков с самого начала заболевания и уточнить их динамику.

В практике врачей скорой и неотложной помощи особую актуальность представляют заболевания, сопровождающиеся абдоминальной симптоматикой.

**Боль в животе** — один из самых частых поводов для обращения за медицинской помощью. Правильная интерпретация боли, особенно в сложных клинических ситуациях, возможна только при тщательном анализе анамнестических данных с учетом: времени возникновения боли; ее локализации; интенсивности и характера; особенности рецидивирования; иррадиации; изменения локализации, интенсивности и характера болей во времени; провоцирующих и облегчающих боль факторов; связи с приемом и характером пищи, дефекацией, мочеиспусканием, физической нагрузкой; связи с диспепсическими проявлениями и их характером; сопутствующих сосудистых реакций.

Наиболее часто болевой синдром при ОХЗБП обусловлен спазмом гладкой мускулатуры полых органов и выводных протоков, растяжением стенок полых органов и натяжением их связочного аппарата, нарушением кровообращения в сосудах абдоминального бассейна, а также структурными изменениями и повреждением органов. Нередко в формировании абдоминального болевого синдрома участвуют сочетанные механизмы, развивающиеся параллельно или последовательно (например, внутриполостная гипертензия, вторично вызывающая нарушение кровообращения, а затем структурные изменения в органе – воспаление, отёк, инфильтрация, увеличение, некроз), хотя и в этих случаях выделение ведущего механизма, основанное на правильном диагнозе,

остаётся актуальным для выбора тактики и назначения патогенетически оправданного лечения.

Боль, как правило, является первым и практически всегда постоянным признаком острой абдоминальной патологии. Чаще всего боли в животе возникают без каких-либо предвестников и могут носить различный характер. Она может быть тупой – при аппендиците, «кинжальной» – при перфоративной гастродуоденальной язве или прободении полых органов, режущей и схваткообразной – при кишечной непроходимости, схваткообразной – при инвагинации и спазме кишечника, в виде колик при заболеваниях желчной и мочевыделительной систем. В то же время, на догоспитальном этапе точно верифицировать диагноз при заболеваниях, сопровождающихся абдоминальной симптоматикой, трудно, а нередко и невозможно, так как для диагностики можно воспользоваться лишь анамнестическими данными и результатами физикального обследования. В этих условиях необходимо иметь четкое представление о возможных причинах абдоминальных болей и иных патологических симптомах со стороны органов брюшной полости (таблица 1.1).

Таблица 1.1. Характер боли в зависимости от хирургической патологии

<b>Характер боли</b>	<b>Острая хирургическая патология</b>
Коликообразная (схваткообразная)	Желчная колика, почечная колика, механическая кишечная непроходимость
Постоянно нарастающая	При воспалительных процессах
Кинжальная, внезапно начавшаяся	При перфорации полого органа
Диффузная тупая без четкой локализации	Ишемия кишечника

Болевые ощущения, связанные с раздражением париетальной брюшины, могут возникать как внезапно (например, при перфорации полых органов), так и постепенно (например, при остром аппендиците, при переходе воспаления с червеобразного отростка на брюшину). Для них характерна довольно четкая локализация с постепенным увеличением интенсивности и распространенности, усиление при повышении внутрибрюшного давления (например, при кашле, рвотных движениях, натуживании) или механическом давлении (или покалывании) на брюшную стенку в причинных местах. Перитонеальные боли не склонны к самопроизвольному исчезновению, хотя иногда (чаще в терминальных стадиях перитонита) интенсивность их может уменьшаться, что связано с истощением механизмов формирования боли и прогрессированием тормозных процессов в центральной нервной системе. Важным подспорьем в диагностике болей перитонеального происхождения являются данные объективного иссле-

дования. Вынужденное неподвижное положение пациента с приведенными конечностями и ограничением мобильности, зоны гиперестезии передней брюшной стенки или пальпаторная болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки (мышечный дефанс, по образному выражению Г. Мондора – «сверхпризнак любой абдоминальной катастрофы»), симптомы раздражения брюшины (в частности, *симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя*), в сочетании с признаками эндогенной интоксикации значительно облегчают диагностику. В случае, когда невозможно верифицировать диагноз, перитонеальный характер боли является абсолютным показанием для госпитализации.

При многих заболеваниях локализация боли по мере развития процесса изменяется, что часто связано с переходом висцеральной формы боли в соматическую. Наиболее широко известным примером является миграция болей при остром аппендиците: начальная стадия острого аппендицита сопровождается болью в эпигастральной или мезогастральной области (эпигастральная фаза острого аппендицита, или *симптом Волковича-Кохера*), которая затем смещается в правую подвздошную область. При прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки боль может локализоваться в правой подвздошной области в результате затека содержимого излившегося через язвенный дефект по правому боковому каналу в правую подвздошную ямку.

Очень важно оценить последовательность появления различных симптомов по отношению к боли в животе. При острой хирургической патологии боль в животе возникает чаще перед повышением температуры или появлением симптомов эндогенной интоксикации, характерно доминирование абдоминальной боли над диспепсическими симптомами.

Не меньшее значение имеет периодичность болей, их связь с приемом пищи. Так, для заболеваний пищевода характерны ранние боли, возникающие во время еды; для язвы кардиального отдела желудка, гастрита — боли сразу после приема пищи, а для гастродуоденита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — поздние боли, через 1–2 часа после еды, а также «голодные» и «ночные» боли. Для патологии билиарной системы и поджелудочной железы в начальном периоде характерны приступообразные боли, спровоцированные приемом пищи. При хронических колитах, сигмоидитах, проктосигмоидитах боли нередко связаны с актом дефекации.

Боль в животе при экстраабдоминальной патологии возникает вследствие перекрестной соматической иннервации афферентными волокнами, в результате раздражения которых возникает иррадиация болевых ощущений, иначе — отраженная боль. Причины отраженных болей, как составной части псевдоабдоминального синдрома, чрезвычайно разнообразны, они сложны как для интерпретации пациентом, так и для восприятия врачом. Заболевания и повреждения органов грудной полости, забрюшинного пространства, позвоночника и

таза, системные и инфекционные заболевания, декомпенсация эндокринной патологии, заболевания и повреждения центральной и периферической нервной системы, экзогенные и эндогенные интоксикации и т.д. могут сопровождаться абдоминальной болью, которая нередко становится доминирующей жалобой пациентов и поводом для обращения за медицинской помощью. Чаще всего в этих случаях боль носит спастический или сосудистый характер, хотя иногда болевые ощущения принимают характер соматической боли и иногда приводят к ошибочной лапаротомии. Спектр заболеваний при этом столь различен, что детализировать особенности абдоминальной боли при всех вариантах экстраабдоминальной патологии достаточно сложно. Ничуть не умаляя актуальности этой патологии, хочется отметить, что в данном издании эти состояния рассматриваются лишь в контексте дифференциальной диагностики с острой хирургической патологией, хотя излишний акцент на абдоминальной симптоматике при ряде заболеваний может стать фатальным для пациента (например, при инфаркте миокарда, кетоацидотической коме, интоксикации свинцом или таллием и др.). Прежде всего, необходимо обратить внимание на необходимость полного и тщательного сбора анамнеза и объективного исследования с использованием доступных на догоспитальном этапе физикальных приемов.

Кроме болевого синдрома, для диагностики и дифференциальной диагностики острой абдоминальной патологии необходим тщательный анализ дополнительных признаков, специфичных для клинической картины заболевания, которые могут стать решающими в установлении правильного диагноза. Наиболее частыми при абдоминальной патологии являются следующие признаки: дисфагия; тошнота и рвота; расстройства стула (задержка стула, запоры или поносы); вздутие живота (метеоризм); изжога; икота; гастростаз; желтуха; падение артериального давления; повышение температуры тела и другие признаки системной воспалительной реакции; симптомы нарастающей анемии; признаки эндогенной интоксикации.

Каждый из данных признаков нуждается в тщательном анализе и логичной интерпретации, так как именно он может стать главным признаком конкретной патологии. Как и в случае абдоминальной боли, данные признаки необходимо анализировать во временном аспекте, не упуская из виду провоцирующие и облегчающие факторы, связь с другими симптомами. Некоторые проявления (например, желтуха) при правильном анализе позволяют уже на догоспитальном этапе достаточно точно поставить диагноз даже без дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

**Тошнота и рвота.** Для выяснения их причины имеет значение сбор анамнеза. Наиболее часто к развитию тошноты и рвоты приводят: беременность, лекарственные и другие химические интоксикации, черепно-мозговая травма, вестибулярные расстройства. У всех женщин детородного возраста

необходимо иметь в виду возможность беременности. Головная боль, менингеальные знаки, нарушение психики или острая травма головы свидетельствуют о центральном механизме рвоты или тошноты. Если в анамнезе имеются сведения о головокружениях или присутствует нистагм, следует предположить вестибулярную патологию. Установлению причин способствует сведения о сопутствующих заболеваниях внутренних органов; психических заболеваниях или эмоциональных расстройствах, так как причиной тошноты и повторяющейся рвоты нередко является стресс или острая психогенная травма. Иногда психогенная рвота является следствием глубокой психотической депрессии или истерии. В данном случае большое значение имеют сведения об острой психической травме и изменение эмоционального состояния и психогенного статуса пациента на момент осмотра.

Рвота является частым симптомом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Однократная рвота чаще встречается при остром аппендиците, многократная не приносящая облегчения – при остром панкреатите, острой кишечной непроходимости и перитоните. Особенно характерна динамика рвотного содержимого при острой кишечной непроходимости, рвотные массы сначала содержат съеденную пищу, затем желчь и только потом кишечное содержимое с неприятным каловым запахом.

Примесь крови в рвотных массах обычно означает кровотечение из пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки. Кислый запах чаще свидетельствует о язвенной болезни, его отсутствие – об анацидном состоянии, что возможно при раке желудка. Рвота кровью, «кофейной гущей» наблюдается при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода (цирроз печени, *синдром Мэллори-Вейсса*) и осложнённых язв желудка и 12-перстной кишки. Алая кровь при рвоте, равно, как дегтеобразный стул, скорее говорят о локализации кровотечения в верхней части пищеварительного тракта. Рвота с кровью обычно отмечается при кровопотере более 500 мл и всегда сопровождается меленой. При этом у врача сразу появляется возможность дифференциальной диагностики причины кровотечения, поскольку при кровотечении из артерии пищевода в рвотных массах присутствует неизменная кровь, при кровотечении из варикозных вен пищевода кровь в рвоте темно-вишневого цвета, а при кровотечении из желудка рвотные масса приобретают характерный бурый цвет (цвет «кофейной гущи»). В последнем случае рвота «кофейной гущей» может одновременно содержать и неизменённую кровь, что указывает на низкий уровень кислотности в желудке пациента. Бурый цвет кровь приобретает при взаимодействии гемоглобина с соляной кислотой (солянокислый гематин). При массивном кровотечении и на фоне низкой кислотности кровь не успевает полностью окислиться, и рвота имеет смешанный характер. Необходимо получить информацию о количестве, консистенции, цвете, запахе рвотных масс и приме-

сях (алая или темная кровь, включение слизи, желчи и съеденной пищи). Гнилостный или каловый запах рвотных масс бывает при низкой тонкокишечной непроходимости, перитоните, желудочно-кишечном свище. Рвота, развивающаяся натощак (преимущественно по утрам), характерна для хронического гастрита у алкоголиков, а также часто бывает в ранние сроки беременности и при уремии. Рвота вскоре после еды характерна для острого гастрита, острой язвы желудка, пилороспазма. Рвота через 4 – 6 часов после еды или даже съеденной накануне пищей бывает при стенозировании выходного отдела желудка (язвенной или раковой этиологии).

**Задержка стула и газов** чаще всего наблюдается при острой кишечной непроходимости и перитоните. Следует отметить, прежде всего, ряд признаков, которые говорят о необходимости госпитализации, дополнительной диагностики и в ряде случаев неотложных оперативных мероприятий:

- остро возникшая, постоянная или нарастающая боль в животе;
- повторная, не приносящая облегчения рвота;
- задержка стула и газов либо тяжелый понос;
- защитное напряжение мышц передней брюшной стенки любой локализации и распространенности;
- неудовлетворительное общее состояние;
- беспокойное поведение пациента или вынужденное положение с испуганным выражением лица, с запавшими глазами, заострившимися чертами лица;
- гематомезис и/или мелена;
- сосудистый коллапс.

Выявление хотя бы одного из данных симптомов является абсолютным показанием для госпитализации, осмотра хирургом и дополнительных исследований, направленных на исключение либо подтверждение острой хирургической патологии.

Каждое из острых хирургических заболеваний органов живота имеет присущую ему *характерную клиническую картину* (совокупность проявлений, симптомов и синдромов, наиболее часто характеризующих то или иное заболевание). Особенности клинической картины зависят от возраста и общего состояния пациента, локализации патологического очага, глубины воспалительных изменений, их распространённости, физиологических состояний (например, беременности) и наличия у пациента сопутствующей патологии. Параллельно выраженности и распространённости воспалительных изменений нарастают перитонеальные симптомы, значительно ухудшая общее состояние пациента.

Для ранних стадий заболевания характерно преобладание локальной симптоматики. Общее состояние нарушается мало. Болезненность, напряжение

мышц, положительный *симптом Щёткина-Блюмберга* ограничиваются определённой областью живота.

При поздних стадиях заболевания боли в животе могут уменьшаться, но приобретают распространённый характер, отмечаются вздутие живота, угнетение перистальтики, перитонеальные симптомы определяются во всех отделах живота. Общее состояние пациентов существенно ухудшается. Они обычно лежат неподвижно с поджатыми к животу ногами и боятся сделать лишнее движение.

У детей острые хирургические заболевания органов брюшной полости, по сравнению со взрослыми, протекают тяжелее. Воспалительный процесс в брюшной полости не имеет тенденции к отграничению. Быстро развивается распространённый перитонит. Чаше бывает рвота. Быстро нарастает обезвоживание и признаки интоксикации, отмечается значительная тахикардия, напряжение мышц может быть выражено незначительно с сохранением брюшного типа дыхания.

У пациентов пожилого и старого возрастов, страдающих хроническими заболеваниями, реактивность организма снижена, поэтому у них быстрее развиваются некротические изменения в воспалённых органах. Клиническая картина острых заболеваний, как правило, стёртая. Всё это до некоторой степени затрудняет диагностику. Вместе с тем клинические проявления ОХЗОЖ у пожилых и стариков обычно бывают достаточно выражены для того, чтобы своевременно поставить правильный диагноз.

Основными условиями распознавания острой абдоминальной патологии являются получение полноценных данных обследования живота и их правильная интерпретация. Кроме жалоб и анамнестических данных, важнейшее значение в дифференциальной диагностике заболеваний с абдоминальной симптоматикой имеет физикальное обследование живота, оценка общего состояния, изменений кожных покровов и слизистых, артериального давления и пульса, осмотр, пальпация, аускультация живота и грудной полости, ректальное и вагинальное исследования. Независимо от выраженности субъективной симптоматики эти исследования *являются обязательными*. Их последовательность подчинена простейшему алгоритму — от простого к сложному:

1. Оценка общего состояния пациента: особенности поведения, положение в постели, адекватность, мобильность.

2. Определение частоты сердечных сокращений по пульсу, измерение артериального давления, оценка цвета кожных покровов и слизистых оболочек, выявление внешних повреждений, высыпаний, геморрагий, признаков гипогидратации (снижение тургора кожи и глазных яблок, исчезновение рельефа подкожных вен), нарушений микроциркуляции (мраморность, цианоз, симптом «пятна»).

3. Физикальное исследование органов грудной клетки — перкуссия и аускультация сердца и легких.

4. Осмотр живота (со спущенными на бедра трусами и обнаженными наружными гениталиями) для выявления выпячиваний, вздутия или западения, асимметрии, участия в дыхании, наличия рисунка подкожных вен, рубцов, воспалительных или иных высыпаний на передней брюшной стенке.

5. Ориентировочная поверхностная пальпация живота для выявления зон гиперестезии, болезненных участков, локального или распространенного защитного напряжения мышц передней брюшной стенки и неравномерного вздутия живота. Тщательное обследование типичных мест выхода наружных грыж живота.

6. Перкуторное исследование живота: оценка идентичности перкуторного звука над всеми отделами живота, выявление зон тимпанита или притупления, перкуторной болезненности. Особый акцент необходимо делать при исследовании отлогих мест (боковых отделов) живота, а также на изменение перкуторного звука при изменении положения тела и степень наполнения мочевого пузыря.

7. Первичная аускультация живота для оценки исходной (неспровоцированной) моторной активности кишечника.

8. Глубокая (но не грубая) поэтажная пальпация живота, начиная с наименее болезненных отделов. При этом иногда удается выявить спаечные или опухолевые конгломераты, локальную пальпаторную болезненность, наличие спазмированных участков ободочной кишки, увеличение печени, селезенки, почек.

9. Повторная аускультация для выявления локального усиления или появления кишечных шумов. Завершить ее целесообразно выявлением локализованного шума плеска (*симптом Матье-Склярова*).

10. Завершающим элементом по необходимости объективного обследования является пальцевое исследование прямой кишки в коленно-локтевом положении и/или на правом или левом боку: оценивается тонус сфинктера заднего прохода, объем и заполненность ампулы прямой кишки, наличие патологических образований, характер кала и наличие патологических примесей в нем, наличие болезненности и нависания передней стенки прямой кишки.

### **Обследование пациента**

**Осмотр.** Обращают внимание на внешний вид, окраску кожи, положение и состояние пациента. По положению пациента иногда ориентировочно можно предположить характер и локализацию поражения. Так, пациенты с перитонитом лежат неподвижно с согнутыми ногами, при кишечной непроходимости они могут принимать коленно-локтевое положение, при разрыве селезенки, пе-

чени, внутрибрюшном кровотечении характерен симптом «ваньки-встаньки», при коликообразных болях может отмечаться двигательное возбуждение.

Бледность кожных покровов и склер, «холодный пот» являются признаками анемии, коллапса. Страдальческое выражение лица с заострёнными чертами, запавшими глазами характерно для тяжёлых заболеваний, протекающих с явлениями интоксикации и обезвоживания (острая кишечная непроходимость, перитонит, панкреонекроз). Желтушность кожи и видимых слизистых оболочек может наблюдаться при механической желтухе, остром холецистите и панкреатите, а также циррозе печени.

Важное диагностическое значение имеет определение частоты пульса. Для острых воспалительных процессов и перитонита характерно учащение пульса (тахикардия). Внутрибрюшные и внутрикишечные кровотечения сопровождаются учащением пульса и снижением артериального давления. При исследовании грудной клетки необходимо исключить плеврит, пневмонию, межрёберную невралгию, которые могут сопровождаться болями в животе, поскольку брюшная стенка иннервируется межреберными нервами.

При осмотре и обследовании живота необходимо его обнажить, подняв одежду до сосков и опустив бельё до нижней трети бёдер. Обращают внимание на его форму, участие в акте дыхания, тщательно обследуют места возможного выхода наружных брюшных грыж. Живот может иметь нормальную форму и конфигурацию, а также быть асимметричным или вздутым (свойственно кишечной непроходимости), ладьевидно втянутым, и напряжённым (при прободной язве).

При острых заболеваниях органов брюшной полости возникает непроизвольное напряжение мышц передней брюшной стенки, которое, как правило, соответствует проекции воспалённого органа.

При пальпации живота определяют ряд *важных симптомов и признаков*, имеющих большое значение для диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Эпонимические симптомы и признаки, обусловленные развитием воспаления в брюшной полости:

**Закон Стокса** – воспалительные изменения в брюшной полости вызывают паралитическую непроходимость кишечника, острый деструктивный аппендицит при прогрессировании перитонита неизбежно сопровождается парезом кишечника.

**Лицо Гиппократа** (синоним – *facies Hippocratica*) – мертвенно-бледная с синюшным (зелёным) оттенком кожа лица, глубоко запавшие глаза и щёки, тусклые роговицы глаз, заострённый нос, наблюдается при распространённом перитоните в терминальной фазе патологического процесса.

**Правило Коупа** – если сильная острая боль в животе, возникающая на фоне полного благополучия, продолжается более 6 часов, требуется срочная операция, причина боли – острое хирургическое.

**Симптом Винтера** – при перитоните аппендикулярного и другого генеза передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания.

**Симптом Краснобаева** – напряжение прямых мышц живота (отмечается при перитоните).

**Симптом Родфорцера** – поздний максимальный подъём подмышечной температуры при перитоните.

Начинать обследование живота необходимо с поверхностной его пальпации и осторожной перкуссии. Только с помощью этих двух приёмов можно выявить произвольное мышечное напряжение брюшной стенки – признак перитонита. Глубокую пальпацию следует начинать с безболезненных участков и завершать обследование определением симптомов, характерных для определённых заболеваний (*симптомы Ровзинга, Воскресенского, Щёткина-Блюмберга* и др.).

**Симптом Ровзинга** (синоним – симптом Ровсинга) – боль в зоне локализации червеобразного отростка при прижатии толстой кишки в области сигмы и одновременном толчкообразном надавливании на нисходящую кишку (механизм данного признака – ретроградное распространение газов по толстой кишке и воздействие их на воспалённую слепую кишку и червеобразный отросток).

**Симптом Воскресенского** (синоним – симптом «рубашки») – появление боли в правой подвздошной области при быстром проведении ладонью (кончиками II, III и IV пальцев правой руки) через натянутую поверх живота рубашку (от мечевидного отростка по направлению к передневерхней ости подвздошной кости). Проверяется как признак асимметрии: слева – нет проявлений, справа – резкое усиление болей.

**Симптом Щёткина–Блюмберга** – при постепенном надавливании на брюшную стенку определяется нарастающее напряжение мышц брюшного пресса, при резком отпуске брюшной стенки отмечается значительное усиление болей.

**Симптом Маделунга** – значительное расхождение подмышечной и ректальной температуры. Наблюдается при распространённом перитоните.

При перкуссии живота определяют притупление в отлогих местах при наличии выпота, тимпанит при скоплении свободного газа в брюшной полости и прободении полых органов или в петлях кишечника, раздутых газами.

С помощью аускультации можно заподозрить острую кишечную непроходимость («шум плеска», «шум падающей капли», «гробовая тишина», высокие металлические перистальтические шумы). Исчезновение перистальтиче-

ских шумов характерно для перитонита и запущенных форм кишечной непроходимости.

**Правило Лежара** (синоним – правило Феликса Лежара) – поводом к экстренной операции при остром аппендиците (как и при ряде других интраабдоминальных инфекциях) служат три признака – нарастание болевого синдрома в брюшной полости, учащение пульса и появление или усиление признаков раздражения брюшины.

Обследование пациента завершается пальцевым исследованием прямой кишки, которое обязательно должно проводиться у всех пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При воспалительных процессах в малом тазу (воспаление придатков матки, ретроцекальный аппендицит, абсцессы и инфильтраты дугласова пространства) определяется нависание и болезненность тазовой брюшины. При острой кишечной непроходимости может отмечаться зияние заднего прохода и кровянистые выделения из прямой кишки (заворот сигмовидной кишки, инвагинация, тромбоз мезентеральных сосудов, обтурационная непроходимость толстой кишки на почве опухоли и т.д.).

Следует отметить определенную зависимость предполагаемого диагноза от локализации патологических симптомов (таблица 1.2).

Таблица 1.2. Зависимость предполагаемого диагноза от локализации патологических симптомов

Локализация	Предполагаемый диагноз
Правый верхний квадрант	Аппендицит при атипичном расположении червеобразного отростка Острый холецистит Перфоративная гастродуоденальная язва Абсцесс печени Рак печеночного угла ободочной кишки Правосторонняя нижнедолевая пневмония Правосторонний пиелонефрит Правосторонняя почечная колика Гепатит Гепатомегалия на фоне сердечной недостаточности
Правый нижний квадрант	Аппендицит Дивертикул Меккеля Болезнь Крона Внематочная беременность Перекрут или разрыв кисты правого яичника Рак слепой кишки
Левый верхний квадрант	Гастрит Стенокардия Инфаркт миокарда

	Левосторонняя нижнедолевая пневмония Левосторонний плеврит Левосторонний пиелонефрит Левосторонняя почечная колика Панкреатит Рак селезеночного угла ободочной кишки Инфаркт селезенки Травма селезенки
Левый нижний квадрант	Дивертикулит сигмовидной кишки Рак нисходящей ободочной и сигмовидной кишки Внематочная беременность Перекрут или разрыв кисты левого яичника

Ещё одна важная сторона диагностики — оценка особенностей экстраабдоминальных болей при патологии органов брюшной полости в результате иррадиации. Так, при заболеваниях желчных путей характерна иррадиация в правое плечо, надплечье, шею и под правую лопатку, при патологии двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы — в спину, при патологии в нижней части пищевода и кардиальном отделе желудка боли локализируются в грудной клетке и могут иррадиировать в шею и челюсть. Нередко иррадиирующие боли более интенсивны, чем боли в области основного процесса, что может приводить к ошибочному диагнозу.

Таблица 1.3. Характер абдоминальных болей

Заболевание	Локализация	Интенсивность	Иррадиация	Провоцирующие факторы
Острый аппендицит	Центр или правый нижний квадрант живота	Средняя	Возможна при атипичной локализации отростка	Кашель, движения
Острый холецистит	Правый верхний квадрант живота	Сильная	Плечо, спина, шея, под лопатку	Дыхание
Перфоративная язва	Верхняя часть живота	Сильная	Надплечья, шея	Движение, кашель
Острый панкреатит	Верхняя часть живота	Сильная	Левая поясничная область, спина	Движение
Дивертикулит	Нижняя часть живота	Средняя	—	Движения, кашель
Сальпингит	Нижняя часть живота	Средняя	Паховая область, бедро	—
Ущемленная грыжа	В паховой области	Средняя	Паховая область	Движения, кашель
Кишечная непроходимость	Симметричная в различных отделах живота	Сильная	—	—

Перечень вопросов, обязательных для диагностики острых абдоминальных болей:

1) Локализация и иррадиация, продолжительность, выраженность боли.

2) Какие факторы усиливают или уменьшают боль?

3) Какие признаки сопутствуют болевому синдрому (рвота понос, запор, расстройства мочеиспускания и др.).

4) Имеется ли связь боли с питанием (последний прием пищи и воды и т.д.); у женщин — с расстройством менструального цикла; с перенесенными операциями на брюшной полости.

При затруднении в проведении дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе не следует тратить время на уточнение частных форм острой хирургической патологии. Таких пациентов следует направлять в стационар на основании синдромального подхода.

Тактика врача при диагностике острой абдоминальной патологии на догоспитальном этапе заключается в экстренной госпитализации пациента и проведении (по показаниям) этиопатогенетической и симптоматической терапии. Если острое хирургическое заболевание органов брюшной полости или травма живота сопровождаются снижением систолического АД ниже 90 мм рт. ст., необходимо проведение инфузионной терапии, которая начинается с переливания кристаллоидных растворов (0,9% раствор натрия хлорида, раствор Рингера, ацесоль, трисоль). Скорость и объем инфузии зависят от уровня АД. Необходимо стабилизировать систолическое АД на уровне 90-100 мм рт. ст. Инфузионная терапия продолжается во время транспортировки пациента. При необходимости проводится болюсное внутривенное введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 10 мл /кг веса в течение 30 минут, при необходимости возможно введение 0,9% раствора натрия хлорида до суммарного объема 20 мл/кг. При отсутствии эффекта от максимальной дозы 0,9% раствора натрия хлорида решается вопрос о назначении инотропной поддержки (вазопрессоры).\*<sup>1</sup>

Транспортировка пациента производится на носилках в положении Фовлера с приподнятым головным концом туловища и полусогнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. В таком положении передняя брюшная стенка расслабляется, что способствует уменьшению болей в животе.

### **Дифференциальная диагностика с заболеваниями, симулирующими острые хирургические заболевания живота**

В практике врачей скорой и неотложной помощи особую актуальность имеют заболевания, сопровождающиеся абдоминальной симптоматикой. Боль в

---

\* - применение обезболивающих средств при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости на догоспитальном этапе строго ограничено, а иногда *противопоказано*.

животе — один из самых частых поводов для обращения за медицинской помощью. Этиологическая структура заболеваний, в клинической картине которых в определенном периоде преобладают патологические симптомы со стороны брюшной полости, чрезвычайно разнообразна. В то же время на догоспитальном этапе верифицировать диагноз при заболеваниях, сопровождающихся абдоминальной симптоматикой, трудно, а нередко и невозможно, так как для диагностики можно воспользоваться лишь анамнестическими и физикальными данными. В этих условиях необходимо иметь четкое представление о возможных причинах абдоминальных болей и иных патологических симптомах со стороны органов брюшной полости.

Практика показывает, что у большинства пациентов, острые боли в животе вызваны не хирургической патологией и могут насчитывать большое количество различных причин. В большинстве случаев причиной острых болей в животе являются все же распространенные, но иногда атипично протекающие заболевания. Информация, которую врач получает от пациента в виде жалоб, характера болевого синдрома, симптомов, выявляемых при объективном обследовании, требует правильной интерпретации. Чтобы избежать диагностических ошибок, следует иметь четкое представление о причинах, которые могут имитировать острую хирургическую патологию.

### **Острая патология желудочно-кишечного тракта не требующая хирургических вмешательств**

**Острый гастрит и гастроэнтерит.** Пациенты, страдающие данной патологией, нередко направляются в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит», поскольку имеют некоторые общие признаки: неожиданное появление болей в подложечной области или по всему животу, иногда больше справа, наличие рвоты. Отличительные признаки: а) начало заболевания связано с погрешностью в диете; б) рвота часто предшествует боли, которая локализуется в подложечной области, носит постоянный характер при гастрите и разлитая схваткообразная при гастроэнтерите; отсутствие миграции боли в правые нижние отделы живота (симптом Волковича-Кохера при аппендиците); в) жидкий стул с тенезмами при гастроэнтерите (при тазовом расположении аппендикса возможен жидкий стул, но без тенезмов); г) интоксикация проявляется в начале заболевания (головная боль, слабость, лихорадка); д) при пальпации отсутствует симптом защитного мышечного напряжения; е) эффективно устраняет проявления заболевания введение спазмолитических средств.

Немалые трудности сопровождают врача первого этапа при диагностике инфекционных заболеваний, особенно **острых кишечных инфекций**. В этих ситуациях принципиальное значение имеет не только исключение острого хирургического заболевания, но и диагностика собственно инфекции. Многие из

инфекционных заболеваний сопровождаются болями в животе, связанными со спазмом или парезом кишечника, увеличением печени и селезенки, мезентериальных узлов, отеком стенки желчного пузыря или поджелудочной железы, парезом или воспалением мочевого пузыря, поражением прямых мышц живота («ценкерровский некроз» при тифах). Для **пищевых токсикоинфекций, сальмонеллеза, отдельных форм острой дизентерии, начального периода вирусного гепатита, крымской геморрагической лихорадки** характерны боли в эпигастриальной области. Боли в правом подреберье отмечаются при вирусном гепатите, в левом подреберье — при **малярии, висцеральном лейшманиозе**. Боли в правой подвздошной области наблюдаются при **брюшном тифе, аденовирусной инфекции, кишечном иерсиниозе, амебиазе**. При кишечных инфекциях наблюдаются преимущественно разлитые или мезогастральные боли, подобные боли могут быть и при абдоминальной форме **туляремии** в результате специфического мезаденита.

При **сыпном тифе** возможно развитие надлобковых болей (**нижний симптом Говорова**) или в эпигастриальной области (**верхний симптом Говорова**) в результате переполнения и пареза мочевого пузыря или поражения солнечного сплетения соответственно. **Лептоспироз** нередко сопровождается очень интенсивными болями в верхней правой части живота, иногда опоясывающего характера, напоминая картину холецистита или холецистопанкреатита. Явления пельвиоперитонита с соответствующими местными проявлениями наблюдаются при **брюшном тифе** и других сальмонеллезах. Особого внимания заслуживает **ботулизм**, который на начальных этапах может проявляться лишь эпигастриальными болями, тошнотой и рвотой, сухостью во рту и признаками пареза кишечника.

**Острый мезаденит** — быстрое увеличение в размерах лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки, особенно в области ее терминального отдела вследствие проникновения в них бактерий и развитие в них воспаления.

Заболевание имеет общие признаки, напоминающие развитие острого аппендицита: а) внезапное появление острых болей в животе, главным образом около пупка, но иногда охватывающих и правую подвздошную область; б) тошнота, рвота; в) метеоризм; г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Различают неспецифические и специфические мезадениты. Неспецифические наблюдаются в основном в детском и юношеском возрасте на фоне или после перенесенных острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины. При этом отмечается сезонность — чаще в весенне-осенний период. К специфическим относят мезаденит туберкулезной этиологии, который протекает на фоне достаточно выраженной интоксикации. Обращает на себя внимание вялость пациента, отсутствие аппетита, бледность, частые головные боли, субфебрилитет, повышенная утомляемость. Имеет место несоответствие жалоб на сильные боли в

животе с общим видом и поведением пациентов, которые остаются активными, частота пульса соответствует температуре тела. Причиной мезаденита может стать иерсиниоз (инфицирование микроорганизмами *Yersinia enterocolitica* или *Yersinia pseudotuberculosis*). Кишечный иерсиниоз, часто протекающий с поражением илеоцекального отдела кишечника, иногда клинически нельзя отличить от острого аппендицита. Описан случай групповой вспышки аппендицита, когда за ночь хирург выполнил около десяти аппендэктомий у детей, посещавших один и тот же детский коллектив. При бактериологическом исследовании во всех случаях выявлен иерсиниоз. Данный пример лишний раз подтверждает важность оценки эпидемиологического анамнеза, даже в случаях с типичной клиникой острого хирургического заболевания.

При постоянных болях в животе и неустойчивом стуле, наличии субфебрильной температуры, снижении аппетита, тошноте наряду с исхуданием пациента следует помнить о возможности наличия у него **туберкулеза кишечника и туберкулезного мезаденита**. Эти поражения могут возникать не только при активном туберкулезе легких, но и через несколько лет после его излечения, причем воспаление лимфоузлов чаще всего локализуется в илеоцекальной области.

Распространение воспалительного процесса с лимфоузлов на брюшину сопровождается клиникой вялотекущего перитонита. Как правило, боли при мезадените появляются внезапно, обычно в районе пупка, но иногда охватывают и правую подвздошную область.

При пальпации отмечается болезненность главным образом по косой линии, описанной А. Я. Штернбергом (1927), проходящей с левого подреберья через пупок в правую подвздошную область (по ходу корня брыжейки тонкой кишки). Одновременно с болью часто отмечается вздутие живота и повышение температуры тела до 38°C.

Острое воспаление лимфатических узлов дистального отдела подвздошной кишки может сопровождаться диареей. В отличие от острого аппендицита не встречается характерной миграции боли (**симптом Волковича-Кохера**). При динамическом наблюдении отсутствует нарастание лейкоцитоза и частоты сердечных сокращений, свойственных деструктивным формам острого аппендицита. В сложных диагностических случаях, когда нельзя исключить острый аппендицит, выполняют лапароскопию.

**Аллергическая кишечная колика.** Реакция между антигеном и антителом у пациентов с atopической формой аллергии может локализоваться в слизистой желудка, тонкой или толстой кишки. Это может проявляться достаточно сильной схваткообразной болью в животе с секрецией серозной жидкости в брюшную полость. Если реакция развивается в слизистой толстой кишки, боль в животе может возникнуть через 1-2 суток после приема пищевого аллергена.

Дифференцировать заболевание приходится в основном с острым аппендицитом. Отличительные признаки: а) в анамнезе — пищевая аллергия, поллиноз; б) боли носят преимущественно схваткообразный характер; в) часто одновременно с болью развиваются признаки анафилаксии – гипотония, обморок, тахикардия, крапивница, отек Квинке, одышка и др.; г) колика часто непродолжительная и заканчивается выделением кашицеобразного кала с примесью слизи на его поверхности; в кусочках этой слизи под микроскопом обнаруживается много эозинофилов и кристаллов Шарко-Лейдена. Установить правильный диагноз нетрудно, если колика возникла не впервые и пациент знает пищевые продукты или лекарственные вещества, вызывающие у него острую боль в животе. Эффективно введение антигистаминных препаратов.

**Острый алкогольный гепатит** (алкогольный стеатонекроз, токсический гепатит, острая печеночная недостаточность хронических алкоголиков). Это состояние часто сочетается с жировой дистрофией печени, алкогольным фиброзом или циррозом. Фульминантный вариант острого алкогольного гепатита является наиболее тяжелым и отличается быстротой прогрессирования. Причинами возникновения болей в правом подреберье или эпигастральной области являются отек печени и растяжение капсулы Глиссона, часто сопровождающиеся желтухой, выраженным лейкоцитозом. Острое начало заболевания может напоминать острый холецистит, панкреатит, холангит, механическую желтуху. Отличительные признаки: а) чаще развивается у мужчин в возрасте 30-40 лет на фоне длительного злоупотребления алкоголем; б) отмечаются анорексия, похудание, слабость, диарея, тремор рук, век, языка, *facies alcoholica*; в) характерно сочетание гепатомегалии, желтухи и лихорадки (ремиттирующей или постоянной); г) нередко наличие печеночных знаков (телеангиоэктазий на коже, ладонная эритема), признаков портальной гипертензии («голова медузы», асцит); д) боль имеет диффузный, а не локальный характер, поскольку болезненна вся печень. При выявлении перитонеальных симптомов, защитного мышечного напряжения, несмотря на присутствие отличительных признаков, не следует забывать о возможном их сочетании с закрытой травмой живота, которую пациент скрывает, или другой острой хирургической патологией. В таких случаях разобраться с диагнозом поможет лапароскопия.

**Дивертикулит** — воспаление дивертикула кишки. Образования развиваются во всех отделах пищеварительного тракта. Чаще осложнения отмечаются со стороны дивертикулов толстой кишки. Клиническое значение заболевания определено М. Шайн (2003): «Острый дивертикулит можно представить себе как левосторонний аппендицит, который, однако, обычно излечивается без операции». Следует различать истинные и ложные дивертикулы кишки. Истинный дивертикул образуется путем выпячивания всех слоев кишечной стенки и редко служит причиной острых болей в животе. Чаще всего он встречается в двена-

дцатиперстной и подвздошной кишке (дивертикул Меккеля). Дуоденальные дивертикулы, локализующиеся вблизи Фатерова соска, могут проявляться переходящей желтухой или панкреатитом. В Меккелевом дивертикуле, который образуется в результате неполной облитерации желточно-кишечного канала и локализуется в терминальном отделе подвздошной кишки (на расстоянии до 1 м от илеоцекального узла), может развиваться не только воспаление, но и язвенный процесс. Такие язвы возникают вследствие эктопирования слизистой оболочки желудка и нередко осложняются перфорацией и кровотечением. Ложные дивертикулы возникают на почве дегенеративных изменений стенки толстой кишки под воздействием повышенного внутрипросветного давления. При этом мышечный слой как бы раздвигается, и происходит выпячивание слизистой и серозной оболочек. Этому способствуют особенности прохождения кровеносных сосудов, которые пронизывают кишечную стенку со стороны брыжеечного края. В основном такие дивертикулы локализуется в сигмовидной кишке, где чаще всего возникают сегментарные сокращения и никогда не образуются в прямой кишки. Следует различать дивертикулез, являющийся случайной находкой при колоноскопии или ирригографии, и дивертикулит, для которого характерны острые боли в животе. Накопленный нами опыт показывает, что клинические проявления ложного дивертикулита часто диагностируются как **спастический колит, острый сигмоидит**.

При наличии долихосигмы петля кишки нередко перемещается в правую подвздошную область, тогда воспаление дивертикула протекает с клиникой острого аппендицита. В большинстве случаев острый дивертикулит успешно излечивается с помощью консервативных мероприятий. У 15 – 30 % пациентов воспалительный процесс в дивертикуле прогрессирует, что способствует развитию абсцесса, перфорации, перитонита, кишечного свища, острой кишечной непроходимости. Отличительные признаки: а) ложный дивертикулит развивается в пожилом возрасте; б) отсутствие симптома Волковича-Кохера; в) боли локализуются чаще в левом нижнем квадранте живота, сопровождаясь лихорадкой; г) живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области, где определяются спазмированная сигмовидная кишка либо инфильтрат\*.<sup>2</sup>Если в процессе динамического наблюдения пациента с дивертикулитом выявляются признаки прогрессирования гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, следует определить показания к экстренному хирургическому вмешательству.

**Заболевания органов грудной полости.** В основе причин псевдоабдоминального синдрома при патологии органов грудной клетки является общность иннервации грудной клетки и брюшной полости симпатическими, блуждаю-

---

\* - при подозрении на острый дивертикулит проведение колоноскопии достаточно рискованно в связи с высокой вероятностью перфорации дивертикула избыточной инсуффляцией.

щими и диафрагмальными нервами, в результате которой зоны сегментарной иннервации сердца, легких и диафрагмы, с одной стороны, и верхних отделов желудочно-кишечного тракта — с другой, могут совпадать. Кроме этого, спинальные нервы (Th10 – L1), иннервирующие париетальную брюшину, проходят сначала в грудной стенке, а затем распространяются в передней брюшной стенке, а межреберные нервы связаны с симпатическими нервами, иннервирующими органы брюшной полости.

Заболевания легких и плевры часто сопровождаются абдоминальной симптоматикой, особенно у детей. При **нижнедолевой пневмонии или плеврите** могут возникать боль в животе и метеоризм, пальпаторно в этих случаях определяются болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки. Описаны случаи, когда таких пациентов не только направляли в хирургические отделения, но и оперировали в связи с предполагаемой острой хирургической патологией. В этих случаях необходимо отметить ряд характерных признаков дыхательной патологии:

- признаки нарушения функции внешнего дыхания (одышка, цианоз, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры) при отсутствии на начальных этапах развития патологии аускультативных и перкуторных проявлений;
- быстрое повышение до фебрильных цифр температуры тела, причем температура в подмышечной впадине не отличается от ректальной, а пульс соответствует температуре (то есть отсутствует симптом «токсических ножниц»);
- поверхностная пальпация живота более болезненна, чем глубокая, с уменьшением выраженности напряжения мышц передней брюшной стенки по мере углубления в брюшную полость; это связано с наличием гиперестезии кожи, а не собственно висцеральной или соматической абдоминальной боли;
- зона гиперестезии при плевропульмональной патологии занимает обширную площадь нижней части груди и половины живота в отличие от хирургической патологии.

**Пневмония.** При базальной пневмонии вследствие распространения воспалительного процесса и раздражения межреберных нервов T<sub>VI</sub> – T<sub>XII</sub> может появиться острая боль в животе, рвота, метеоризм, что нередко симулирует перфоративную дуоденальную или желудочную язву, острый холецистит, аппендицит. Острая боль в животе наблюдается только в начале пневмонии (иногда ранее физических и рентгенологических признаков заболевания), что затрудняет ее диагностику. Такая пневмония может быть бактериальной или вирусной, долевой или мелкоочаговой. Отличительные признаки: а) активное поведение пациента; боль не усиливается при изменении положения тела; б) появление боли сопровождается лихорадкой, ознобом, одышкой, кашлем, гиперемией лица, нередко герпесом на губах; в) ригидность мышц передней брюшной стенки отмечается только с одной стороны, занимая соответственно поражению легко-

го правую или левую половину; г) непостоянство рефлекторной мышечной защиты, которая исчезает, если проводить осторожную пальпацию, отвлекая внимание пациента; при этом удается безболезненно провести даже глубокую пальпацию (преодолимый «дефанс»); д) отсутствие пареза кишечника (выслушиваются перистальтические шумы через каждые 4-5 секунд); е) безболезненное ректальное исследование.

**Инфаркт миокарда.** Заболевания сердечно-сосудистой системы могут симулировать ОХЗБП, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Наиболее часто ошибки наблюдаются при так называемой **абдоминальной форме инфаркта миокарда** (чаще в области задней стенки левого желудочка). Помогают дифференциальной диагностике признаки тяжелых нарушений сердечно-сосудистой системы (тахикардии, гипотония, вплоть до коллаптоидного состояния, нарушение сердечного ритма, одышка, цианоз); при этом болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки, как и при плевропульмональных заболеваниях, более выражены при поверхностной, а не при глубокой пальпации. Электрокардиографические изменения в начальных стадиях заболевания могут отсутствовать. Следует помнить и об холецистокардиальном синдроме (С.П. Боткин) – иррадиации болей в область сердца при остром холецистите.

В.П. Образцовым и П.Д. Стражеско (1910) описана абдоминальная форма инфаркта миокарда (*status gastralgicus*), которая сопровождается острой болью в эпигастрии, тошнотой, рвотой и метеоризмом. Встречается у 3-4% пациентов с инфарктом миокарда при локализации процесса на задней (базальной) стенке сердечной мышцы. Болевые импульсы, проходя через блуждающие нервы и симпатическую нервную систему, могут вызывать спазм или парез мускулатуры желудочно-кишечного тракта, различные микроциркуляторные нарушения в кишечной стенке. При этом образуются острые эрозии и язвы в желудке и кишечнике, которые быстро рубцуются. Выделяют также пищеводную форму инфаркта миокарда, когда доминируют явления дисфагии. Чаще всего заболевание приходится дифференцировать с острым панкреатитом, холециститом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Отличительные признаки: а) беспокойное поведение пациента, которые меняют положение тела; характерно чувство страха смерти, одышка, акроцианоз; в анамнезе кардиальная патология; нарушение сердечного ритма, гипотония; б) возникновение боли часто связано с физической нагрузкой или эмоциональным напряжением; в) боль носит волнообразный характер, распространяется за грудину, иррадирует в левое надплечье и не сопровождается многократной рвотой; г) редко обнаруживаются болезненность при пальпации живота, перитонеальные симптомы и ригидность мышц брюшной стенки; д) уменьшение боли при глубокой пальпации эпигастрия — характерно для инфаркта

миокарда, усиление боли — для острого панкреатита (*симптом Джанелидзе*); е) характерные для инфаркта миокарда изменения на ЭКГ.

**Острая правожелудочковая недостаточность.** Резкая боль в правом подреберье может наблюдаться у пациентов с митральным стенозом, осложнившимся мерцательной аритмией или пароксизмальной тахикардией. Боль возникает вследствие быстрого увеличения размеров печени и растяжения глиссоновой капсулы, симулируя приступ острого холецистита.

Отличительные признаки: а) в анамнезе митральный порок сердца; б) возникновение боли не связано с погрешностью в диете; в) при пальпации живот мягкий, одинаково болезненны и увеличены как правая, так и левая доли печени; г) отсутствие иррадиации боли, перитонеальных симптомов и защитного мышечного напряжения брюшной стенки; д) при нормальной температуре тела выраженная тахикардия; е) симптомы, характерные для правожелудочковой недостаточности – одышка, цианоз губ, покраснение щек, вздутие яремных вен, застойные хрипы в легких; ж) на ЭКГ признаки мерцательной аритмии и гипертрофия правых отделов сердца; з) внутривенное введение препаратов дигитоксина приводит к уменьшению тахикардии, одышки и боли в животе.

**Патология почек и верхних мочевых путей.** Проявляется симптомокомплексом под названием «почечная колика». Наиболее часто она связана с нарушением уродинамики почки или нарушением оттока мочи из почки. Почечная колика проявляется не только мучительными болями, но и таит в себе возможное развитие тяжелых осложнений. При возникновении острой окклюзии верхних мочевых путей вследствие повышения внутрилоханочного давления происходит выраженное нарушение почечной уродинамики. Наибольшие диагностические трудности возникают при локализации конкремента в средней и нижней трети мочеточника. В таких случаях почечную колику приходится часто дифференцировать с острым аппендицитом. Не даром хирурги говорят, что более 1/3 пациентов, поступающих в хирургический стационар по поводу обострения мочекаменной болезни, имеют рубец после аппендэктомии. Вместе с тем, нужно иметь в виду, что у пациентов, страдающих заболеванием почек и мочеточников, может возникнуть и приступ острого аппендицита. Предпосылкой для диагностических ошибок является топографическая близость правого мочеточника и червеобразного отростка.

Отличительные особенности: а) начало заболевания связано с физической работой, ездой на транспорте, переохлаждением; б) боли носят очень интенсивный характер, что обуславливает беспокойное поведение больного; в) отсутствие миграции боли (симптома Волковича-Кохера); г) в зависимости от локализации окклюзии мочевых путей определяется характерная иррадиация боли (в поясницу, подреберье, пупок, переднюю поверхность бедра, надлобковую область, мошонку, половые губы); д) боль и рвота возникают почти однове-

менно; е) дизурия, макрогематурия; ж) при пальпации живот мягкий, болезненный по ходу мочеточника; з) положительные симптомы поколачивания по поясничной области, Лорина-Эпштейна; и) если присоединяется пиелонефрит, то характерно преобладание общих симптомов (лихорадка, озноб, общая слабость, головная боль) над местными (боли в животе), воспалительные изменения в моче\*.<sup>3</sup>

Следует отметить, что на высоте почечной колики моча чаще всего оказывается нормальной, поскольку фактически ее исследуют при поступлении в мочевой пузырь из здоровой почки. После того как произошла реокклюзия и почечная колика купирована, в осадке мочи появляются свежие эритроциты. Таким образом, если гематурия появляется после почечной колики, приступ наиболее вероятно обусловлен мочекаменной болезнью. Если наоборот, то это говорит об окклюзии верхних мочевых путей сгустками крови, что может быть вызвано опухолевым процессом в почке.

### **Эндокринные и прочие заболевания, протекающие с острым абдоминальным болевым синдромом**

**Сахарный диабет.** Абдоминальный синдром при сахарном диабете может сопровождаться достаточно убедительной картиной острого аппендицита, кишечной непроходимости и других хирургических заболеваний. Картина ложного «острого живота» у таких пациентов развивается на фоне декомпенсации диабета, чаще всего при развитии кетоацидотической комы. В этих случаях диагностике помогает наличие у пациента сильной жажды, запаха ацетона изо рта, сухости во рту, истощения, сухости кожи. Отмечаются глубокое учащенное дыхание (*типа Куссмауля*), падение артериального давления, полиурия, которые в своем развитии опережают появление болей в животе.

Изменение состояния пациента с сахарным диабетом, сопровождающееся кетоацидозом, может проявляться болями в области живота, перитонеальными явлениями, рвотой. При этом у пациента может развиваться прекоматозное состояние. Полагают, что абдоминальная боль и перитонеальные симптомы (т.н. «диабетический перитонизм») возникают вследствие нарастающей дегидратации брюшины и возникновении в ней мелкоточечных кровоизлияний. Нередко такие пациенты поступают в хирургические отделения с диагнозами острого аппендицита, холецистита, панкреатита, острой кишечной непроходимости, перитонита неясной этиологии. Отличительные признаки: а) «острый диабетический живот» всегда развивается постепенно; б) характерны заторможенность больного, одышка с глубоким затрудненным дыханием; на высоте выдоха от-

---

\* - макрогематурия, является важным диагностическим признаком почечной колики и позволяет дифференцировать ее с острым аппендицитом.

мечается расслабление мышц живота; в) изо рта запах ацетона; рвотные массы также имеют характерный кислый плодовой запах; г) при лабораторном исследовании наблюдается высокий уровень гликемии, наличие в моче глюкозы и кетоновых тел; д) исчезновение болей в животе после корригирующей терапии диабетического кетоацидоза и выведения больного из прекоматозного состояния\*.<sup>4</sup> Для правильной диагностики важно учитывать особенности возникновения боли. Она появляется при истинной острой хирургической патологии живота у больного сахарным диабетом внезапно среди полного здоровья (компенсация диабета), в отличие от псевдоабдоминального синдрома у пациента с кетоацидозом, когда болевая реакция развивается постепенно (вслед за развитием декомпенсации диабета).

**Ревматизм.** Впервые сведения о болях в животе при ревматизме сообщил немецкий врач Эдуард Генрих Генох в 1895 году. Абдоминальные проявления ревматизма связаны с развитием полисерозита, распространяющегося не только на суставы, но и на париетальную брюшину. При этом в брюшной полости образуется прозрачный экссудат с последующим формированием спаек. Кроме брюшины, могут поражаться плевра и перикард. Интенсивный характер болей, локализованных в правой подвздошной области, тошнота, рвота и нередко выраженная мышечная защита могут затруднить диагностику ревматической атаки и симулировать острый аппендицит. Отличительные признаки: а) чаще болеют дети; б) артралгия в большинстве случаев предшествует абдоминальной симптоматике; в) если боли в животе предшествовали артралгии, то наблюдается их исчезновение при возникновении последней; г) боли носят волнообразный характер с периодами затишья; д) мигрирующие перитонеальные явления, сопровождающиеся лихорадкой; е) поскольку ревматический процесс поражает париетальную брюшину, то поверхностная пальпация будет резко болезненна уже в самом начале заболевания; ж) характерно отсутствие разницы в болевых ощущениях при поверхностной и глубокой пальпации; з) на ЭКГ отмечаются изменения со стороны миокарда.

**Тиреотоксикоз.** Острая боль в животе, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, тошнота и рвота нередко отмечаются при тяжелых формах базедовой болезни (тиреотоксическом кризе). Такая симптоматика развивается в основном после хирургических вмешательств на щитовидной железе, значительно реже при скрытом течении тиреотоксикоза. Для постановки правильного диагноза необходимо очень тщательно собирать анамнез и выявлять симптомы, отличающие данную патологию от острого хирургического заболевания (острый панкреатит, холецистит,

---

\* - в ряде случаев к декомпенсации сахарного диабета может привести острый воспалительный процесс в брюшной полости или забрюшинном пространстве, который быстро прогрессирует, поздно распознается и часто сопровождается тяжелыми осложнениями.

аппендицит). Отличительные особенности: а) высокая психическая возбудимость (лабильность) пациента, судороги, диарея, гипертермия, сопровождающаяся обильным ночным потоотделением; б) тахикардия до 140-160 уд. в мин., аритмия, гипотония; в) боли в животе нелокализованные; г) усиленная перистальтика кишечника; д) симптом защитного мышечного напряжения носит рефлекторный характер (преодолимый «дефанс»); е) под влиянием анти-тиреоидной терапии вегето-сосудистые нарушения и желудочно-кишечные расстройства, носящие функциональный характер, проходят.

**Спинная сухотка.** Приступы сильных болей, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, могут наблюдаться в поздних стадиях сифилиса. Для диагностики большое значение, наряду с анамнестическими данными, имеют неврологические симптомы: деформации зрачков с отсутствием фотореакции, отсутствие коленных и других рефлексов.

**Неврологическая патология** с вовлечением в процесс корешков спинного мозга от Th<sub>10</sub> до L<sub>1</sub> (*опухоль спинного мозга, миелиит, рассеянный склероз, травматические повреждения*) подтверждается или исключается с помощью внимательного неврологического обследования. Сложная ситуация может возникнуть при дифференциации абдоминального синдрома у пациентов с отравлением свинцом или таллием.

**Свинцовая интоксикация.** Отравление может возникнуть не только на производстве, но и в результате пользования глиняной посудой, покрытой глазурью. При этом свинец, депонированный в печени и костях, может мобилизоваться под влиянием различных факторов (прием алкоголя, пищевая интоксикация, общие заболевания) и привести к свинцовой интоксикации. В этих случаях картина «острого живота» достаточно демонстративна и включает интенсивную схваткообразную боль в животе наряду с разлитой пальпаторной болезненностью. Установлению правильного диагноза способствует выявление сероватого окрашивания краев десен («свинцовая кайма»), землистый оттенок кожных покровов, выраженная артериальная гипертензия, а также уменьшение болей при глубокой пальпации.

**Интоксикация таллием.** Сопровождается интенсивными схваткообразными болями в животе, повторной рвотой, наблюдаются диарея и признаки обезвоживания. При этом виде отравления диагностика практически невозможна без дополнительных исследований, однако заподозрить его можно при наличии в анамнезе контакта с мышьяковым ядом.

**Псевдоабдоминальный синдром** наблюдается при:

- **тетании**, обусловленной дефицитом кальция и связанной с ним атонией кишечника (**симптом Хвостека** — сокращение мимических мышц при ударе неврологическим молоточком в проекции ствола лицевого нерва, - удлинение интервала QT на ЭКГ);

- **узелковом периартериите, капилляротоксикозе**, для которых характерны геморрагические высыпания на коже, высокая артериальная гипертензия, артралгии, примесь крови в кале и рвотных массах.

Значительные трудности возникают при диагностике **периодической болезни**, которая сопровождается острой болью в животе, клиникой псевдоперитонита. При первом приступе пациента обычно оперируют по поводу острого аппендицита, перфоративной язвы, распространенного перитонита, при повторных приступах в связи со стереотипной картиной диагноз установить легче. Следует учитывать национальность пациента — чаще это выходцы из стран Средиземноморья, аналогичные заболевания часто выявляются у родственников, характерна гипертермия с самого начала болезни. **Синдром (болезнь) Сигалья–Маму** (синонимы – периодический перитонит, рецидивирующий полисерозит, периодическая семейная болезнь, синдром Сигалья–Коттена–Маму, синдром Джейнуэя–Мозенталя, периодическая болезнь рейманна, Siegal–Mamou syndrome) характеризуется периодическими, остро возникающими приступами боли в животе (реже в грудной клетке, суставах), лихорадкой. После приступа продолжительностью 2–3 дня проявления могут исчезать. Слабо выраженные продромальные явления сменяются приступом разлитой боли по всему животу (сильнее у пупка), который длится от нескольких часов до нескольких дней. Приступ боли сопровождается ригидностью мышц передней брюшной стенки, рвотой, вздутием живота, неотхождением газов и кала, ознобом, высокой температурой (39–40°C) и резким падением её на 2–3-й день болезни. При локализации боли в груди глубокий вдох невозможен. Пароксизм может разрешиться поносом. В крови нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ (во время приступа). Со временем приступы учащаются. По мере прогрессирования может развиться амилоидоз внутренних органов. Болезнь имеет хроническое течение и длится десятки лет. Этиопатогенез не известен. Предполагают, что заболевание генотипическое, поражает 4–5 поколений.

Поражение жировой клетчатки внутренних органов при абдоминальном варианте **ненагнаивающегося панникулита (болезнь Вебера–Крисчена)** также сопровождается псевдоабдоминальным синдромом. Диагностике способствует выявление единичных или множественных округлых узлов наряду со втянутыми рубцами на коже, образующимися на месте асептического некроза и последующего рубцевания узлов. При отсутствии выраженных кожных проявлений диагностика весьма затруднительна.

**Опоясывающий лишай (Herpes Zoster)**. При вирусном поражении нервных корешков Th<sub>x</sub>–Th<sub>xII</sub>, участвующих в иннервации передней брюшной стенки, могут появиться резкие боли в животе (часто в правой подвздошной области), заставляя думать об остром аппендиците. Отличительные особенности: а) боли жгучего характера, распространяющиеся со спины по направлению к пе-

редней брюшной стенке, не пересекая ее среднюю линию; б) отсутствие аппендикулярных и перитонеальных симптомов; в) характерные мелкоточечные высыпания (пузырьки) на коже, располагающиеся полосой в соответствующем сегменте, иннервируемым пораженным нервным корешком\*.<sup>5</sup>

**Синдром отмены при употреблении наркотиков** (наркотическая «ломка»). Перерыв в регулярном приеме наркотика часто сопровождается рвотой, интенсивными схваткообразными болями в животе, метеоризмом. Затруднения в установлении правильного диагноза могут быть связаны с психологическими особенностями таких пациентов, которые в надежде получить инъекцию наркотического анальгетика от медицинского персонала нередко искусно агравируют, демонстрируя признаки острой абдоминальной патологии. Принимая во внимание распространенность наркозависимости среди населения, необходимо представлять основные особенности таких состояний. Отличительные особенности: а) боли в животе сопровождаются бледностью кожных покровов, выраженной потливостью, расширением зрачков, повышенной возбудимостью; б) жалобы на судороги в икроножных мышцах и мышечные подергивания; в) следы от инъекций в проекции подкожных вен; г) другие специфические признаки наркотической интоксикации.

Хочется отметить, что представленные выше признаки не претендуют на исчерпывающую информацию по дифференциальной диагностике всех заболеваний, протекающих с симптомами острой абдоминальной патологии. Были рассмотрены лишь наиболее часто встречающиеся во врачебной практике ситуации, которые могут помочь врачу на догоспитальном этапе в установлении правильного диагноза. Однако, когда имеются сомнения, решающее слово в исключении острой хирургической патологии всегда должно оставаться за хирургом.

Список заболеваний, сопровождающихся псевдоабдоминальным синдромом, можно было бы продолжить, однако состояния, кроме представленных выше, встречаются крайне редко, упоминания о них можно найти в специальной литературе (дифференциальная диагностика с ними находится в компетенции врачей-хирургов). Абдоминальный симптомокомплекс при любых из них может быть как основным, так и дополнительным в клинической картине заболевания и требует тщательного анализа. При этом всегда следует помнить о возможности сочетания экстраабдоминальной патологии с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости (например, при сахарном диабете, ревматизме, плевропульмональной патологии и др.).

---

\* - боли в животе обычно возникают за 2-4 дня до появления экзантемы, что усложняет диагностику в начале заболевания; важным в этом случае является правильная интерпретация болевого синдрома.

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все пациенты с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости подлежат немедленному направлению в учреждение здравоохранения. Пациент в зависимости от тяжести заболевания и характера заболевания транспортируется соответствующим образом в приемное отделение больничной организации здравоохранения. Пациенты, находящиеся в критических, неотложных состояниях, угрожающих жизни, транспортируются бригадами СМП непосредственно в реанимационные отделения, минуя приемные отделения организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

При отказе пациента от медицинского вмешательства или от транспортировки в необходимое учреждение здравоохранения ему либо сопровождающим его лицам (супругу(е), при его (ее) отсутствии – близким родственникам, а если это касается ребенка, то родителям, опекунам, попечителям) медицинским работником службы СМП в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ пациента от медицинского вмешательства, а также от его транспортировки в соответствующее учреждение здравоохранения оформляется записью в карте вызова с указанием возможных последствий и подписывается пациентом либо лицами, указанными выше, а также медицинским работником (приложение 1).

В случае отказа от госпитализации в стационаре, пациент документально оформляет и подписывает отказ от госпитализации. При самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента, назначить активный вызов терапевта (врача общей практики) на дом.

В случае, если пациента не удалось убедить в необходимости его транспортировки в соответствующее учреждение здравоохранения для лечения в стационарных условиях, врач (фельдшер, выезжающий самостоятельно) СМП обязан:

при критических, угрожающих жизни состояниях пациента, связанных с тяжелой травмой, обусловленных острой кровопотерей, отравлением, острым психозом, иных критических состояниях, обусловленных заболеванием, известить руководителя смен оперативного отдела или представителя администрации станции (отделения) СМП для привлечения им сотрудников органов внутренних дел при осуществлении транспортировки или решения вопроса о необходимости повторного выезда к пациенту;

безотлагательно в рабочее время передать информацию в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по месту жительства (месту пребывания) пациента о необходимости его

активного посещения врачом-терапевтом (при необходимости врачом-специалистом).

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с острой хирургической патологией брюшной полости, противопоказано применение местной гипертермии, обезболивающих препаратов, клизм, слабительных препаратов.

Передача пациента бригадой СМП в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, подтверждается подписью дежурного врача (фельдшера, медицинской сестры) приемного отделения в карте вызова бригады СМП (форма N 110/у-19 Карта вызова бригады скорой медицинской помощи), утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 2 от 04.01.2020 «О вопросах организации деятельности службы скорой медицинской помощи», с указанием даты и времени приема пациента, заверенной штампом приемного отделения соответствующего учреждения здравоохранения (приложение 2).

Правильное тактическое решение, принимаемое при оказании СМП на догоспитальном этапе, обеспечивает оказание пациенту оптимального объема медицинской помощи и транспортировку его в организацию здравоохранения в кратчайшие сроки, предупреждая тем самым развитие опасных для жизни осложнений.

### **Транспортировка в организации здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях**

Транспортировке подлежат пациенты:

- с признаками острой хирургической патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- с явными признаками угрожающих жизни состояний и угрозой развития опасных для жизни осложнений;
- при невозможности исключения патологических процессов и осложнений, требующих круглосуточного медицинского наблюдения и интенсивного лечения, диагностических и лечебных мероприятий в стационарных условиях;
- представляющие опасность для окружающих по инфекционно-эпидемическим и психиатрическим показаниям;
- внезапно заболевшие и (или) пострадавшие, находящиеся в общественных местах;
- повторно обратившиеся за скорой (неотложной) медицинской помощью в течение суток.

Завершая изложение материала, посвящённого общим вопросам диагностики и дифференциальной диагностики острой хирургической абдоминальной патологии на догоспитальном этапе, следует констатировать:

Каждое заболевание имеет собственный набор субъективных и объективных более или менее специфических признаков, характерных для абсолютного большинства пациентов с данной патологией.

В большей части случаев внимательный расспрос, и объективное исследование пациента позволяют поставить правильный клинический диагноз (предварительный диагноз) без применения дополнительных методов диагностики.

От правильного предварительного диагноза зависят адресность и сроки госпитализации пациента

Госпитализация не по назначению при отсутствии многопрофильного стационара нередко негативно влияет на исход заболевания.

Наличие предварительного догоспитального диагноза является важной составной частью единого дифференциально-диагностического процесса, направленного на установление истины и определения для определения направления дальнейших исследований пациента

В случае диагностических затруднений, связанных с дифференциацией ОХПОБП, независимо от характера наиболее вероятной, по мнению врача, патологии, завершать диагностические мероприятия необходимо в условиях специализированного (чаще хирургического) стационара.

Увлечаться дифференциальной диагностикой на догоспитальном этапе нецелесообразно, а иногда и опасно.

Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний не входит в задачи скорой медицинской помощи. Для определения показаний и направления госпитализации пациентов с нехирургическими причинами острой боли в животе на догоспитальном этапе важно исключить наиболее распространенные острые хирургические заболевания.

Показанием для экстренной госпитализации является не только выявленная хирургическая патология, но и подозрение на нее.

Принцип вынужденной гипердиагностики абдоминальной патологии, особенно при небольшом (да и при большом) практическом опыте, является на догоспитальном этапе оправданным и целесообразным.

## ГЛАВА 2

### ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

**Острый аппендицит (ОА)** – инфекционное воспаление червеобразного отростка, обусловленное преимущественно неспецифической микрофлорой. Кроме того, ОА может быть следствием специфического инфекционного заболевания – сальмонеллеза, дизентерии, иерсиниоза, псевдотуберкулеза.

#### Классификация

*Формы ОА:* - катаральный, - флегмонозный, - гангренозный, - перфоративный.

Различают следующие *осложнения ОА:* - аппендикулярный инфильтрат; - распространенный перитонит; - абсцессы брюшной полости: малого таза, поддиафрагмальный, межкишечный и др.; - забрюшинную флегмону; - пилефлебит.

#### Клиника

Диагностика ОА на догоспитальном этапе не всегда проста, т.к. клинические признаки этого заболевания разнообразны и выражены в большей или меньшей степени в зависимости от воспалительных изменений в червеобразном отростке, его расположения, времени, прошедшего от начала заболевания, возраста пациента, его индивидуальных особенностей и ряда других условий.

Основным и наиболее частым признаком острого аппендицита являются боли в животе, возникающие внезапно, на фоне полного благополучия, в любое время суток. Боли чаще бывают постоянными, реже – схваткообразными, постепенно нарастают, иногда сопровождаются диспептическими явлениями и нарушением функции кишечника.

В первые часы заболевания боли обычно локализуются в правой подвздошной области или в правой половине живота, но в 10 – 12 % они возникают в подложечной области и спустя несколько часов смещаются в правую подвздошную область (*симптом Волковича-Кохера*). При ретроцекальном аппендиците боли могут локализоваться в поясничной области. Боли усиливаются при ходьбе и кашле, часто сопровождаются учащённым и болезненным мочеиспусканием.

Общее состояние пациента с ОА вначале удовлетворительное, оно ухудшается по мере нарастания воспалительных явлений, интоксикации и развития перитонита.

Температура тела в первые часы заболевания обычно бывает нормальной или повышенной до 37,5 – 38<sup>0</sup>. По мере нарастания воспалительных изменений она может повышаться и сопровождается тахикардией до 90 – 100 уд. в минуту.

Информативна сравнительная оценка температуры тела в подмышечной области и прямой кишке. При ОА разница в этих показателях составляет больше 1<sup>0</sup>С.

Пациенты с острым аппендицитом обычно лежат на спине или правом боку. Язык влажный, часто обложен, при деструктивном аппендиците – сухой. При осмотре живота форма его, как правило, не изменена, он участвует в акте дыхания; в более поздних стадиях заболевания пациент при дыхании щадит правую половину живота.

При лёгкой перкуссии брюшной стенки удаётся определить болезненность в правой подвздошной области или правой половине живота. Осторожной, щадящей поверхностной пальпацией живота определяют болезненность и напряжение мышц брюшной стенки. Болезненность является важнейшим признаком ОА. Обычно она локализуется в правой подвздошной области и определяется уже в первые часы заболевания. Зона болезненности может варьировать в зависимости от расположения червеобразного отростка.

Ценным и ранним признаком ОА является локальное напряжение мышц брюшной стенки, которое в подавляющем большинстве случаев ограничивается правой подвздошной областью, но при распространении воспалительного процесса может определяться по всей правой половине живота или даже по всей передней брюшной стенке.

Большое диагностическое значение имеет симптом Щёткина-Блюмберга. При его определении надо осторожно надавить на живот рукой и затем резко её отнять. Появление или усиление при этом боли говорит о положительном симптоме. Важно не просто определить, есть ли напряжение мышц живота и симптом Щёткина-Блюмберга, но и оценить локализацию, степень выраженности и распространённость этих признаков.

**Боль в правой подвздошной области** (перемещение боли из эпигастальной или околопупочной областей в правую подвздошную область через 2-3 ч от начала заболевания – **симптома Кохера-Волковича**).

**Тошнота, рвота** (одно-двукратная) рефлексорного характера.

**Отсутствие стула** (при ретроцекальном и тазовом расположении червеобразного отростка – неоднократный жидкий стул).

**Дизурические явления** – в случаях прилегания червеобразного отростка к правой почке, мочеточнику или мочевому пузырю.

#### **Диагностика на догоспитальном этапе**

**Общее состояние** при катаральном и флегмонозном аппендиците, как правило, удовлетворительное; при гангренозной и перфоративной формах – определяются признаки системной воспалительной реакции: тахикардия, снижение артериального давления и др.

**Осмотр живота** позволяет выявить выраженное в той или иной степени отставание в акте дыхания правой половины живота.

**При пальпации** – болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать:

- в ранние сроки заболевания;
- при ретроцекальном, забрюшинном и тазовом расположении червеобразного отростка;
- у пациентов пожилого и старческого возраста.

### **Специфические симптомы ОА:**

**Симптом Бартомье-Михельсона** – болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении пациента на левом боку, когда червеобразный отросток становится более доступным для пальпации из-за смещения петель тонкой кишки и большого сальника, ранее его прикрывавших;

**Симптом Бандалевича** – у лежащего на левом боку пациента при ОА поднять свисающий живот и резко его отпустить, отмечается усиление боли.

**Симптом Басслера (синоним – симптом Васслера)** – болезненность при надавливании в точке, находящейся посередине условной линии, соединяющей пупок и передневерхнюю ость подвздошной кости.

**Симптом Бен Ашера** – появление боли в правой подвздошной области при надавливании кончиками двух пальцев в левом подреберье во время глубокого вдоха или кашля.

**Симптом Вахенгейма–Редера** – появление боли в правой подвздошной области при пальцевом исследовании прямой кишки.

**Симптом Видмера (синонимы – признак Видмера, симптом Хессе)** – в правой подмышечной впадине или в правой паховой складке температура выше, чем в левой.

**Симптом Воскресенского (симптом «рубашки»)** - резкая боль в правой подвздошной области при быстром скольжении рукой вдоль передней брюшной стенки от реберной дуги до паховой связки и обратно через рубашку пациента.

**Симптом Данфи** – усиление боли в правой подвздошной области при остром аппендиците во время кашля.

**Симптом Долинова** – усиление боли в правой подвздошной области при сильном втяжении живота («под ремень») или резком напряжении мышц брюшного пресса.

**Симптом Завьялова** – усиление боли в правой подвздошной области при резком отпуске поднятой кожной складки в гипогастрии.

**Симптом Икрамова** – усиление боли в правой подвздошной области при прижатии правой бедренной артерии.

**Симптом Коупа** – боль в правой подвздошной области при проведении ротационных движений правой ноги, согнутой в коленном и тазобедренном суставах, в положении пациента на спине.

**Симптом Крымова** – появление или усиление боли в правой боковой области при исследовании пальцем наружного отверстия правого пахового канала (у мужчин);

**Симптом Ланца** – болезненность при пальпации в точке Ланца, на границе наружной и средней трети (справа) линии, соединяющей обе передне-верхние ости подвздошных костей.

**Симптом Локвуда** – урчание или шум перетекающей жидкости при пальпации правой боковой области (пациент лежит на спине с согнутыми в коленях ногами). Выявляют при остром аппендиците и при наличии спаек в брюшной полости.

**Симптом Манро** – болезненность при надавливании в точке Манро – точка на пересечении линии, соединяющей пупок с правой передней верхней остью подвздошной кости, с наружным краем правой прямой мышцы живота.

**Симптом Менделя** – при лёгком поколачивании кончиками пальцев по брюшной стенке (в области пупка) возникает боль в правой подвздошной области.

**Симптом Мертенса** – одновременное появление боли и рвоты указывает на деструктивный аппендицит.

**Симптом Мерфи** – во время перкуссии правой боковой области четырьмя пальцами подряд тимпанический звук отсутствует, появление небольшой зоны притупления перкуторного звука в правой подвздошной области при ОА свидетельствует о начавшемся местном перитоните.

**Симптом Морриса** – болезненность при пальпации живота в точке, которая находится в 5 см от пупка на линии, соединяющей его с правой передней верхней подвздошной остью.

**Симптом Мортюла** – надавливание на переднебоковую стенку живота в области пупка вызывает боль, наиболее интенсивную – в зоне локализации воспалённого червеобразного отростка (в правой подвздошной области). Интенсивность боли определяет степень выраженности перитонита.

**Симптом Образцова** – появление боли при пальпации правой подвздошной области в момент поднимания выпрямленной правой ноги в результате давления натянутой m. Psoas на ретроцекально расположенный червеобразный отросток;

**Симптом Ровзинга** – левой рукой прижимают сигмовидную кишку к крылу подвздошной кости, перекрывая ее просвет. Правой рукой выше этой зо-

ны производят толчкообразные движения передней брюшной стенки. Перемещение газов толстой кишки вызывает колебание червеобразного отростка и боль в правой подвздошной области;

**Симптом Раздольского** – боль в правой подвздошной области (зоне локализации аппендикса) в виде овала при поколачивании пальцами по брюшной стенке, симптом проверяется как признак асимметрии: слева – нет проявлений, справа – резкое усиление болей.

**Симптом Ситковского** – появление или усиление боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку, что связано с натяжением (смещением) воспаленно измененной брюшины в области слепой кишки и брыжейки червеобразного отростка (более характерен для повторных приступов ОА, когда в правой подвздошной области имеется спаечный процесс).

**Симптом (признак) Феррети** – ослабление и укорочение перкуторного звука над правой передневерхней остью подвздошной кости необязательно является признаком аппендицита, а может свидетельствовать о формировании аппендикулярного инфильтрата.

**Симптом Филатова** – сочетание самопроизвольной боли и пальпаторной болезненности в правой подвздошной области. Признак острого аппендицита у детей. Усиление боли на определённом участке в правой боковой области при пальпации живота у детей.

**Симптом Отта** – в положении на левом боку пациент испытывает тянущую боль в правой подвздошной области.

**Симптом Панкратова** – при медленном надавливании на самую болезненную точку пациента просят надуть живот и в этот момент быстро отнимают руку, при ОА боль резко усиливается.

**Симптом Петрова** – резкая боль, возникающая в правой боковой области в момент надавливания на брюшную стенку при одновременном переводе пациента из положения лёжа в положение сидя.

**Симптом Пиулакса** – боль и резкое мышечное напряжение с отнятием пациентом руки хирурга при пальпации последним правой рукой правее передней верхней ости подвздошной кости с одновременным надавливанием левой рукой на поясничную область справа (слева этого не происходит – симптом асимметрии).

**Симптом Пржевальского (синоним – симптом Пшевальского I)** – при ОА иногда отмечается припухлость (пастозность) над правой паховой связкой, обусловленная реактивным воспалением лимфатических узлов вокруг артерии, огибающей бедро.

**Симптом Редера** – болезненность брюшной стенки в точке, расположенной несколько ниже и медиальнее точки Мак-Бурнея (ориентировочно боль

выше и правее точки, соответствующей месту перехода сигмовидной кишки в прямую).

**Симптом Ризваши–Розанова** – усиление боли в правой подвздошной области при глубоком дыхании (на высоте глубокого вдоха и глубокого выдоха).

**Симптом Рудкевича** – усиление боли в животе при попытке отведения слепой кишки медиально.

**Симптом Самнера** – при лёгкой пальпации живота в правой подвздошной области повышается тонус мышц передней брюшной стенки – признак острого деструктивного аппендицита (а также другой острой патологии органов брюшной полости, сопровождающейся воспалением брюшины).

**Симптом Сорези** – при пальпации области правого подреберья у пациента, лежащего на спине с согнутыми в коленях ногами, при покашливании возникает боль в правой подвздошной области (в точке Мак-Бурнея) – признак ОА.

**Симптом Тежерины–Фозера–Ингама** – При надавливании на левую подвздошную область, а затем резком отпускании руки возникает острая боль в правой подвздошной области.

**Симптом Трессдера** – у пациента с ОА в положении лёжа на животе может отмечаться ослабление или исчезновение боли в правой подвздошной области.

**Симптом Форкампа** (синоним – симптом «угасающей болезненности») – при равномерном надавливании одновременно на две болевые точки боль в очаге воспаления более выраженная и сохраняется более длительное время (например, при ОА – в зоне локализации отростка).

**Симптом Чейза** – боль, возникающая в правой боковой области живота при быстрой и глубокой пальпации по ходу поперечной ободочной кишки слева направо при одновременном пережатии другой рукой исследующего нисходящей ободочной кишки. Наблюдают при аппендиците, острых воспалительных процессах в правой половине толстой кишки.

**Симптом Черёмского** (синонимы – симптом Черёмского–Кушниренко, симптом Караванова–Черемского–Кушниренко, кашлевой симптом) – появление или усиление боли в правой подвздошной области при кашле (2–3 лёгких покашливания) – признак ОА.

**Симптом Шиловцева** – в положении лёжа на спине выявляют болевую точку в правой боковой области и, не отнимая руки, предлагают пациенту повернуться на левый бок. Если нет спаечного процесса и слепая кишка смещается, то боль в этой точке уменьшается и смещается ниже и левее. При этом для ОА симптом оценивают как положительный.

**Симптом Щёткина–Блюмберга** – при постепенном надавливании на брюшную стенку определяется нарастающее напряжение мышц брюшного

пресса. При резком отпускании брюшной стенки отмечается значительное усиление болей (они намного интенсивнее, чем при надавливании на брюшную стенку).

**Треугольник Шеррена** – треугольник, образованный линиями, соединяющими пупок, правую верхнюю ость подвздошной кости и правый лонный бугорок. Изменения в этой зоне (боль, гиперестезия) указывают на наличие аппендицита.

Приведённые симптомы ОА встречаются не одинаково часто, и практическая ценность их различна. В связи с этим важно помнить высказывание Мондора о том, что «при остром аппендиците симптомы не подсчитываются, а взвешиваются». Однако болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области являются кардинальными признаками типично протекающего острого аппендицита.

Наличие или отсутствие отдельных симптомов не определяют диагноза острого аппендицита, который устанавливается на основании совокупности общих и местных проявлений заболевания и данных клинического обследования. Следует помнить об атипичной клинике ОА при различном анатомическом расположении червеобразного отростка (ретроцекальном, забрюшинном, тазовом, медиальном, подпечёночном, левостороннем).

Чем более распространён воспалительный процесс, тем резче выражены основные клинические симптомы. При позднем обращении пациента за медицинской помощью в клинической картине преобладают явления тяжёлой интоксикации: слабость, недомогание, озноб, тахикардия, повышение температуры тела. Увеличивается сухость и обложенность языка, нарастает болезненность при ощупывании живота, появляется его вздутие, ослабевает или прекращается перистальтика кишечника. Пальпацией живота иногда можно определить аппендикулярный инфильтрат. Чем сильнее и резче выражены симптомы, указанные выше, тем тяжелее заболевание, и тем быстрее пациент должен быть доставлен в хирургический стационар. При сомнении в диагнозе больного также следует срочно госпитализировать.

### **Симптомы острого аппендицита, связанные с атипичным расположением червеобразного отростка**

**Симптом Барышниковой** – усиление боли в правой подвздошной области при поколачивании по мягким тканям правой поясничной области при остром аппендиците с ретроцекальным расположением отростка.

**Симптом Блюмера** – ректальное исследование пальцем выявляет болезненное выпячивание стенки прямой кишки. Характерен для ОА при тазовом расположении.

**Симптом Бржозовского** – одновременная пальпация поясничной и подвздошной областей справа (бимануальная пальпация) вызывает болезненность при ретроцекальном аппендиците.

**Симптом Войно–Ясенецкого** – при расположении воспалённого червеобразного отростка или аппендикулярного инфильтрата в тазу, по соседству с прямой кишкой, наблюдаются симптомы проктита – тенезмы, понос со слизью.

**Симптом Габая** – при ретроцекальном и ретроперитонеальном аппендиците, осложнённом развитием забрюшинного целлюлита, – усиление боли при отпускании пальцев после надавливания на правую поясничную область в зоне треугольника Пти (по аналогии с симптомом Щёткина–Блюмберга).

**Симптом Гаусмана–Образцова** – при двусторонней пальпации поясничного отдела позвоночника при ОА боль появляется справа и локализуется за брюшиной (что обусловлено участием в процессе воспаления симпатического нерва справа).

**Симптом Гентера** – в норме перкуссия передне-верхней ости таза сопровождается тимпаническим звуком. Внутривнутрибрюшинный экссудат и внутрибрюшинно расположенные опухоли большого и малого таза не изменяют перкуторного звука. В то же время забрюшинные инфильтраты при аппендиците, параметрите, остеомиелите таза, кровоизлияния в широкую связку матки и опухоли костей таза способствуют притуплению перкуторного звука в этой зоне.

**Симптом Губергрица (синоним – тазовая точка аппендикса)** – боль, возникающая при надавливании под паховой связкой в скарповском треугольнике.

**Симптом Донелли** – появление боли при надавливании на живот в правой подвздошной области в момент разгибания и приведения пациентом правой ноги (при ретроцекальном расположении червеобразного отростка).

**Симптом Заттлера** – боль в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной правой ноги в положении сидя. Характерна для ОА при ретроцекальном расположении.

**Симптом Ионаса–Рабиновича** – усиление боли в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной правой ноги при остром аппендиците (обусловлено смещением и трением воспалённого отростка о сокращённую пояснично-подвздошную мышцу и соседние органы).

**Симптом Канаматова** – врач обхватывает пациента, лежащего на животе, обеими ладонями за живот (в подвздошных областях) и пытается приподнять. При остром аппендиците пациент отклоняет таз влево. Специфичен для атипичного течения заболевания. При этом воспалённый червеобразный отросток, изменённая слепая кишка или экссудат перемещаются ближе к передней

брюшной стенке, что манифестирует болевые проявления при подобном воздействии на живот.

**Симптом Коупа (синонимы – псосас-симптом, симптом Коупа–Ляроша)** – в положении на левом боку возникновение боли в правой подвздошной области при резком переразгибании правого бедра. В положении на спине боль возникает в правой подвздошной области при ротации согнутой в колене ноги. Положителен при ретроцекальном расположении воспалённого отростка.

**Симптом Михельсона** – признак острого аппендицита у беременных – усиление боли в правой половине живота (вследствие давления беременной матки на воспалённый очаг) в положении лёжа на правом боку.

**Симптом Моутира (синоним – симптом «башмака»)** – появление боли в правой подвздошной области, когда пациент ставит правую ногу на стул и начинает застегивать башмак. Симптом характерен для ОА с ретроцекальной локализацией отростка.

**Симптом Образцова (синоним – псоас-симптом Образцова)** – при надавливании на подвздошную область слева пациент свободно и высоко поднимает выпрямленную левую ногу, при надавливании справа он резко ограничивает подъём ноги (вследствие придавливания воспалённого отростка между подвздошно-поясничной мышцей и пальцами врача). Положителен при ретроцекальной локализации червеобразного отростка.

**Симптом Островского I** – резкое усиление боли в правой подвздошной области при быстром (резком) отпускании врачом выпрямленной и поднятой кверху правой ноги – признак ОА с ретроцекальным расположением отростка.

**Симптом Островского II** – пациент поднимает выпрямленную в колене правую ногу вверх (на 130-140°) и удерживает её в таком положении. Когда врач насильно пытается вернуть ногу в горизонтальное положение, пациент испытывает болезненность в правой подвздошной области. Положителен при ретроцекальной локализации червеобразного отростка.

**Симптом Пайра** – гиперестезия анального сфинктера с тенезмами и спастическим стулом, отмечаемая у пациентов с ОА и тазовым расположением червеобразного отростка.

**Симптом Пржевальского (синоним – симптом Пшевальского II)** – в положении лёжа пациенту трудно поднять выпрямленную ногу из-за боли в правой подвздошной области. Характерен для ОА при ретроцекальном расположении червеобразного отростка.

**Симптом Редера** – появление острой боли в правой подвздошной области во время дефекации при ОА и тазовом расположении червеобразного отростка.

**Симптом Розанова–Яуре** – при ретроцекальном (ретроперитонеальном) аппендиците – болезненность при надавливании в области правого треугольника Пти.

**Симптом Супольта–Селье** – при вдохе у пациента возникает боль за мочевым пузырём. Характерна при тазовом расположении червеобразного отростка.

**Симптом Яворского–Мельцера (синоним – симптом Яворского)** – в положении лёжа на спине пациент пытается поднять правую ногу, в то время как исследующий удерживает её, надавливая на колено. При ОА возникает боль в области слепой кишки, зависящая от напряжения подвздошно-поясничной мышцы и воспалительного процесса в червеобразном отростке.).

Для распознавания патологии ретроцекально расположенного червеобразного отростка нельзя забывать о пальпации правой поясничной области с целью выявления болезненности, напряжения мышц и симптома Щеткина-Блюмберга в этой зоне.

**Симптомы альтернативных заболеваний, с которыми проводится дифференциальная диагностика**

**Признак Образцова** – громкое урчание во время пальпации слепой кишки при энтерите.

**Симптом Битторфа** – возникновение боли в области правой почки при надавливании на область яичек или яичников. Проверяется при дифференциальной диагностике ОА и патологии почек. Характерен для мочекаменной болезни.

**Симптом Жендринского** – дифференциально-диагностический признак ОА и острого аднексита. При нахождении пациента в положении лёжа пальцем нажимают на точку в брюшной стенке, расположенную на 2 см вправо и ниже пупка (точке Кюммеля), и, не отнимая пальцев, предлагают пациенту при-встать. Усиление болезненности свидетельствует об аппендиците, ослабление – об аднексите.

**Симптом Заславского** – надавливание рукой спереди назад на правую половину беременной матки в позднем сроке усиливает боль при ОА, на левую – нет.

**Симптом Зевальда** – молниеносное сокращение верхнего края прямых мышц живота на высоте глубокого вдоха характерно для правостороннего плеврита, но не для ОА (дифференциально-диагностический признак).

**Симптом Зонненбурга** – иррадиация болей во внутреннюю поверхность правого бедра характерна для острого аднексита, а не для ОА.

**Симптом Зонненбурга** – при аппендиците боль – всегда первичное явление, а рвота – вторичное, при гастроэнтерите – наоборот.

**Симптом Кадена** – частые позывы и жидкие испражнения геморрагического характера у взрослых характерны для инвагинации кишки. Используют для дифференциальной диагностики ОА и инвагинации кишки.

**Симптом Клейна I** – при перитоните, в отличие от воспалительных процессов грудной полости, отмечается снижение (исчезновение) брюшных рефлексов (дифференциально-диагностический тест).

**Симптом Клейна II** – в положении пациента лёжа на спине на 3–4 см правее и ниже пупка пальпируется болезненная точка, левая половина живота безболезненна. При повороте на левый бок на 1–2 мин чувствительная зона смещается влево от пупка. В положении на правом боку боль слева через некоторое время исчезает и появляется справа. Симптом характерен для острого мезентериального лимфаденита (мезаденита).

**Симптом Куйяра** – отмечаемые при аскаридозе покраснение и отёчность кончика языка.

**Симптом Лорин-Эпштейна** – для дифференциальной диагностики острого аппендицита и почечной колики производят потягивание за правое яичко. Усиление боли (в том числе и в поясничной области) подтверждает наличие почечной колики.

**Симптом Мак-Фэддена** – Болезненность у наружного края правой прямой мышцы живота на 2-4 см ниже пупка. Выявляют при мезентериальном лимфадените (мезадените).

**Симптом Ольшанецкого** – при пальпации передней брюшной стенки в положении пациента стоя (корпус наклонен под углом 90° по отношению к нижним конечностям) передняя брюшная стенка расслабляется и органы, расположенные в брюшной полости, легко пальпируются. В это же время органы, расположенные забрюшинно (мочеточник, почка), не испытывают давления. В случаях, когда червеобразный отросток воспалён, возникает боль при пальпации – симптом положителен. Если пальпация органов, расположенных забрюшинно, безболезненна – симптом отрицательный. Используют для дифференциальной диагностики острого аппендицита и правосторонней почечной колики.

**Симптом Падалки** – дифференциально-диагностический признак ОА и брюшного тифа. Определение притупления перкуторного звука и урчания под пальцами в правой подвздошной области при брюшном тифе в сочетании с клинической триадой (высокой лихорадкой, выраженной и нарастающей болью в животе, нарушением сна). Данный признак требует обязательного обследования пациента на брюшной тиф.

**Симптом Подоненко-Богдановой** – в положении Тренделенбурга глубокая пальпация живота ладонями, обращенными к лону, сопровождается болью в надключичных областях (чаще в правой). Появление боли связано с раздра-

жением диафрагмальных нервов током крови, перемещенным в поддиафрагмальное пространство из нижних отделов брюшной полости при внематочной беременности. Применяют для дифференциальной диагностики с ОА.

**Симптом Штернберга** – боль, возникающая при пальпации по ходу корня брыжейки, т. е. по косой линии Штернберга, идущей из правой боковой области в левую подрёберную. Определяют при мезадените. Служит для дифференциальной диагностики между хроническим аппендицитом и мезаденитом. На практике симптом чаще всего проверяют, вдавливая ребро ладони в живот по линии Штернберга, а затем перпендикулярно ей. Сильная боль отмечается у пациента при первом варианте обследования.

В настоящее время разработана бальная оценка острого аппендицита, позволяющая на догоспитальном периоде дать оценку клинической картины острого аппендицита (**Шкала Альварато, Alvarado scoring system**).

Таблица 2.1. Бальная оценка острого аппендицита по Альварато

Симптомы	Баллы
Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	1
Тошнота, рвота	1
Потеря аппетита	1
Болезненность в правой подвздошной области	2
Напряжение в правой подвздошной области	1
Симптом Щеткина-Блюмберга	1
Температура выше 37,3 С	1
Лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$	2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов более 75%)	1

Примечание:

менее 5 баллов – острый аппендицит маловероятен;

5-6 – острый аппендицит возможен, пациент нуждается в наблюдении;

7-8 баллов – острый аппендицит вероятен;

9-10 баллов – острый аппендицит имеется, пациент нуждается в хирургическом вмешательстве;

чувствительность метода – 78,9%, прогностическая ценность положительная на острый аппендицит 94,2%, прогностическая ценность положительная на отсутствие острого аппендицита 54%.

### **Дифференциальная диагностика острого аппендицита**

Диагностика ОА при типичной клинической картине не представляет затруднений. Однако диагностические ошибки встречаются как на догоспиталь-

ном этапе, так и в стационаре. Ошибки в диагностике ОА можно объяснить не которыми причинами:

- отсутствием классической картины острого заболевания;
- недостаточными знаниями врачей, особенно первично осматривающих пациента, клиники ОА и заболеваний, с которыми его необходимо дифференцировать;
- недостаточно полный сбор анамнеза о перенесенных заболеваниях и оперативных вмешательствах;
- незнанием клиники заболевания при атипичном расположении червеобразного отростка.

Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику можно разделить на 5 групп:

- острые и хронические заболевания органов брюшной полости;
- заболевания почек и мочевыводящих путей;
- заболевания сердечно-легочной системы;
- инфекционные заболевания (кишечные инфекции, глистная инвазия, пищевая токсикоинфекция);
- острыми и хроническими гинекологическими заболеваниями.

### **Острые и хронические заболевания органов брюшной полости**

***Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.*** Клиническая картина прободной язвы типична своим проявлением – внезапно возникающие боли в эпигастральной области, которые сравнивают с ударом кинжалом. При осмотре больного в этой стадии перфорации отмечается резкое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. Пациент бледен, покрыт «холодным потом», имеют место брадикардия, снижение систолического артериального давления.

Трудности в диагностике возникают в случае, когда перфоративное отверстие язвы после перфорации прикрывается сальником или соседним органом. Желудочное содержимое, попавшее в брюшную полость, спускается по правому флангу в правую подвздошную область, где вызывает воспаление брюшины, создавая ложную картину ОА. Боли при прикрытой перфорации язвы в эпигастральной области уменьшаются, а в правой подвздошной области усиливаются. Однако умеренная болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастрии остаются\*.<sup>6</sup>

---

\* - избежать ошибки позволяет правильно собранный анамнез, исчезновение печеночной тупости при перкуссии, обнаружение свободного газа при рентгенологическом исследовании.

В стационаре диагноз можно подтвердить с помощью фиброгастродуоденоскопии с последующей обзорной рентгенографией брюшной полости и путём применения лапароскопии.

**Острый холецистит.** Клиническая картина острого холецистита и острого аппендицита в части случаев бывает сходной, что связано с высоким расположением слепой кишки или червеобразного отростка у края печени. При проведении дифференциального диагноза этих двух заболеваний необходимо уточнение данных анамнеза: наличие камней в желчном пузыре и ранее перенесенных приступов печеночной колики. Клиника острого холецистита проявляется в большинстве случаев болями нарастающего характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку, рвотой, появлением желтухи (при наличии камней в холедохе), могут присоединяться боли опоясывающего характера\*\*.

**Острый панкреатит.** Дифференциальная диагностика с острым панкреатитом имеет важное значение, поскольку лечение острого панкреатита в начальной стадии, как правило, консервативное и проводится в течение суток, а при остром аппендиците необходима срочная операция. Таким образом, при неустановленном диагнозе острого аппендицита воспалительный процесс будет прогрессировать и может привести к развитию перитонита.

Характерными симптомами острого панкреатита считаются интенсивные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения, обычно после погрешностей в еде. Характерна иррадиация болей в левую поясничную область. По мере прогрессирования воспалительного процесса нарастает интоксикация, состояние больного неуклонно ухудшается. При осмотре определяется болезненность в эпигастральной области и в области левого подреберья (*симптом Мейо-Робсона*), в область сердца (*симптом Березняховского*), что не характерно для ОА. Имеются признаки тяжёлой интоксикации, нарушения микроциркуляции, органические нарушения\*\*\*.

**Острая кишечная непроходимость.** Трудности в дифференциальной диагностике острого аппендицита и острой кишечной непроходимости обычно встречается редко. При острой кишечной непроходимости боли носят схватко-

---

\*\* - в дифференциальной диагностике между ОА и острым холециститом большое значение имеет УЗИ, при котором устанавливается диагноз острого холецистита: увеличение размеров желчного пузыря, расслоение его стенки, с наличием в просвете конкрементов.

\*\*\* - для подтверждения диагноза острого панкреатита используют дополнительные методы исследования: лабораторные (характерно резкое увеличение амилазы в крови в начальной фазе развития острого панкреатита), УЗИ и лапароскопия.

образный характер, присоединяется многократная рвота, что не является патогномичным для острого аппендицита.

При возникновении аппендикулярного инфильтрата и нарушении пассажа кишечного содержимого в илеоцекальной области может развиваться кишечная непроходимость, но тогда ей предшествует клиническая картина аппендицита. В таких случаях особенно важным являются данные анамнеза и сроки заболевания. Течение острой кишечной непроходимости нередко характеризуется «светлыми» промежутками, при ОА боли носят постоянный нарастающий характер.

При осмотре пациента с острой кишечной непроходимостью характерным является вздутие живота, его асимметрия, болезненность по всему животу, разлитые положительные симптомы раздражения брюшины, а при аускультации – усиление или отсутствие кишечной перистальтики, сотрясение брюшной стенки (*sucussio*) вызывает характерный «шум плеска»\*.<sup>8</sup>

Ошибочно диагноз острого аппендицита может быть установлен при илеоцекальной инвагинации (один из видов кишечной непроходимости), что обусловлено сходством клинической картины. Илеоцекальная инвагинация чаще бывает у малолетних детей, начинается, как правило, внезапно. Боли носят схваткообразный характер, сопровождаются локальным вздутием и видимой перистальтикой кишок, рвотой. При пальпации живота имеется болезненность в правой подвздошной области, где определяется болезненное колбасовидное образование с гладкой поверхностью, что может быть расценено как аппендикулярный инфильтрат. В момент приступа болей отмечаются тенезмы и частый жидкий стул с примесью слизи и крови.

**Острый гастрит.** В начальной стадии острый гастрит имеет сходную клиническую картину с начальными проявлениями острого аппендицита при наличии симптома Кохера. Дифференциальная диагностика основывается на том, что при остром гастрите боль локализуется только в эпигастральной области и более никуда не распространяется, а при ОА боли в эпигастрии отмечаются временно и только вначале заболевания, а затем перемещаются в правую подвздошную область. При остром гастрите отсутствуют аппендикулярные симптомы, зато преобладают многочисленные диспептические проявления (изжога, тошнота, вздутие живота и др.).

**Мезаденит** – острое или хроническое воспаление лимфатических узлов брыжейки кишечника, которое может иметь специфическую или неспецифическую этиологию. Специфический лимфаденит чаще обусловлен туберкулезом и

---

\* - на обзорной рентгенограмме живота видны множественные уровни жидкости в растянутых кишечных петлях и характерная поперечная исчерченность в виде “рыбьего скелета”.

псевдотуберкулезом, что можно выяснить при сборе анамнеза. Неспецифический мезаденит развивается в результате инфекции из различных источников, которая попадает в лимфатические узлы энтерогенным или лимфогенными путями. Одним из источников мезаденита может быть червеобразный отросток, и в таком случае имеется сочетание острого аппендицита и мезаденита.

Мезаденит может возникнуть после вирусных и бактериальных инфекций (грипп, ангина), а также при глистной инвазии или острой кишечной инфекции. Чаще всего мезаденит начинается не с болей в животе, а с повышения температуры тела и головных болей. Считается, что наличие высокой температуры и головных болей в самом начале заболевания, ставит под сомнение диагноз «острый аппендицит».

Начало заболевания и клинические проявления острого мезаденита бывают сходны с острым аппендицитом, но при этом отсутствуют выраженные аппендикулярные симптомы. Вместе с тем, появление ноющих болей в правой подвздошной и пупочной областях, повышение температуры тела, сохранение болезненности в правой подвздошной области при пальпации не позволяют исключить острый аппендицит\*.<sup>9</sup>

**Острое воспаление меккелева дивертикула.** Клиническая картина этого заболевания совпадает с клиникой острого воспаления червеобразного отростка. Единственным отличием дивертикулита от аппендицита являются кишечные кровотечения в анамнезе. Однако и в этом случае следует больного оперировать.

**Болезнь Крона.** Дифференциальная диагностика между острым аппендицитом и терминальным илеитом в острой фазе (болезнь Крона) бывает чрезвычайно сложна, поэтому истинный диагноз часто устанавливается лишь во время операции.

Этиология болезни Крона остается малоизученной. Существует мнение, что это заболевание развивается в результате аутоиммунного поражения всех слоев кишечной стенки в виде гранулематозного инфильтративного воспаления.

При проведении дифференциального диагноза следует учитывать данные анамнеза: наличие в прошлом диспепсических явлений, болей в животе, повышение температуры тела, результаты рентгенологического и эндоскопического исследований, если таковые производились. Макроскопическая картина стенки кишки представлена утолщением вплоть до фиброзного опухолеподобного образования, которое спаивается с окружающими органами и чаще всего с петля-

---

\* - в затруднительных случаях дифференциальной диагностики между ОА и мезаденитом используют лапароскопию, реже - диагностическую лапаротомию.

ми тонкой кишки. В этом конгломерате нередко обнаруживаются внутренние межкишечные свищи.

**Туберкулез тонкой кишки.** Редкое заболевание, при этом чаще всего встречается локализованное поражение илеоцекального отдела, реже – множественное на протяжении тонкой кишки, которое обычно возникает на фоне генерализации туберкулеза. Локализованная форма может протекать как изолированное туберкулезное поражение (даже как первичный очаг туберкулеза). Туберкулезный илеотифлит может протекать в виде псевдотуморозного процесса, при этом пальпируется крупный инфильтрат в правой подвздошной области, встречаются и язвенно-склерозирующие формы заболевания, приводящие к стенозу кишки и кишечной непроходимости. Важно знать, аппендикулярный инфильтрат образуется после острого приступа заболевания, туберкулезный – постепенно, никогда не рассасывается и сопровождается лимфоцитозом. Заболевание возникает с появления неприятных ощущений и болей в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат. Иногда в кале имеется примесь темной крови, возможна острая перфорация подвздошной кишки. Существенную помощь в диагностике оказывают рентгенологическое исследование легких и кишечника, а также колоноскопия\*.<sup>10</sup>

**Рак слепой кишки.** Рак слепой кишки и ОА могут иметь сходную клиническую картину в случае перифокального воспаления опухоли, протекающего с повышенной температурой и лейкоцитозом. Чаще всего следует проводить дифференциальную диагностику между аппендикулярным инфильтратом, особенно у пожилых людей. Иногда принимается хирургами за аппендикулярный инфильтрат и, наоборот, аппендикулярный инфильтрат принимают за раковую опухоль и выполняют ошибочную правостороннюю гемиколэктомию.

При этом заболевании боли локализуются в правой подвздошной области, где определяется болезненный инфильтрат. Если нет срочных показаний к операции, установить характер образования можно с помощью колоноскопии или ирригоскопии. Установлению правильного диагноза способствуют данные хорошо собранного анамнеза (наличие или отсутствие симптома Кохера, смещение болей, давность заболевания и т.д.).

### **Острые заболевания женской половой сферы**

**Острое воспаление придатков матки.** Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом трудна. Клинические симптомы этих двух заболеваний

---

\* - в отличие от ОА, лечение специфическое, консервативное. При четко локализованных формах заболевания, особенно с признаками кишечной непроходимости, показана операция с резекцией пораженной кишки в пределах здоровых тканей, чаще – правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом. До и после операции больному показана специфическая терапия под наблюдением фтизиатра.

сходны, особенно при тазовом расположении червеобразного отростка. При воспалительном процессе придатков матки боли внизу живота носят постоянный характер, не мигрируют в отличие от ОА, иррадируют в бедро, промежность, поясничную область, может быть рвота и, в отличие от аппендицита, слабые симптомы раздражения брюшины. Пациенты часто периодически лихорадят, но состояние их не настолько тяжелое, как при воспалении червеобразного отростка. В дифференциальной диагностике следует учитывать данные анамнеза, наличие воспаления придатков матки в прошлом, нарушения менструального цикла, наличие выделений из влагалища и т.д.

При осмотре пациентов с подозрением на воспалительный процесс в малом тазу важное значение имеет исследование через влагалище, при котором можно обнаружить болезненные увеличенные придатки матки, а также выявить положительный **симптом Промптова** (болезненность при смещении матки в обе стороны и кверху). При тазовом расположении червеобразного отростка может наблюдаться частый жидкий стул и учащенное мочеиспускание, что практически не встречается при воспалении придатков. Нередко воспаление придатков матки обостряется во время менструального периода. Следует помнить об ОА на фоне аднексита.

**Внематочная беременность.** Наиболее часто внематочная беременность встречается с правой стороны. Трудности в дифференциальной диагностике внематочной беременности и ОА возникают при нарушении трубной беременности без разрыва стенки маточной трубы (трубный аборт), что сопровождается скудным постоянным кровотечением в полость матки или брюшную полость. При этом выделение крови из влагалища иногда принимают за менструацию. В этих случаях общими симптомами ОА и внематочной беременности являются: боли в правой половине живота, тошнота рвота. При осмотре живот мягкий, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует или слабо выражено, но имеется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При ректальном осмотре отмечается болезненность в дугласовом пространстве (**симптом Куленкампа**) и нависание передней стенки прямой кишки, что может быть при этих двух заболеваниях. Данный признак в дифференциальной диагностике имеет относительное значение.

Совсем другая клиническая картина наблюдается при нарушенной внематочной беременности с разрывом маточной трубы и массивным кровотечением в брюшную полость. Момент разрыва трубы характеризуется сильной болью в нижних отделах живота, рвотой, иногда потерей сознания, головокружением. Боли отдают в прямую кишку, нередко в лопатку и плечо в связи с раздражением диафрагмальной брюшины излившейся кровью (**«симптом «Ваньки-встаньки»**). При диагностике следует учитывать в таких случаях предшествующую задержку менструации, бледность кожных покровов и видимых слизи-

стых, чего не бывает при остром аппендиците, даже осложненном перфорацией отростка. При пальпации живот часто остается мягким, но резко болезненным за счет наличия крови в брюшной полости (*симптом Куленкампа*).

**Разрыв яичника.** Клиническая картина разрыва яичника может иметь проявления как внутрибрюшного кровотечения, так и болевой формы, как при ОА. Это заболевание чаще встречается у девушек и молодых женщин в межменструальном периоде в результате разрыва фолликулов яичника во время овуляции, в так же кисты желтого тела. Заболевание начинается внезапно, появляются боли в нижних отделах живота тупого, колющего или схваткообразного характера. При значительном кровотечении в брюшную полость боли могут иррадиировать под лопатку, в область ключицы, что связано с затеканием крови под диафрагму. Могут быть головокружение и обморочное состояние. При пальпации определяется болезненность в нижних отделах живота и в правой подвздошной области, что затрудняет диагностику разрыва яичника. Напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины встречаются редко. Выраженность клиники разрыва яичника зависит от количества излившейся крови в брюшную полость.

**Перекрут кисты яичника.** В начале заболевания клиника перекрута кисты яичника может быть сходна с клиникой острого аппендицита. В зависимости от характера заворота (постепенное или острое) боли могут возникнуть внезапно или нарастать постепенно. Суть заболевания сводится к ишемии перекрученной кисты и развитием признаков интоксикации: тошнота, рвота, вздутие живота, тахикардия. При внезапном перекручивании ножки кисты более 180° резко нарушается кровообращение кисты, вследствие чего возникает кровоизлияние в брюшную полость с развитием сильных болей в животе, что может довести пациенток до состояния шока. При осмотре обнаруживаются опухолевидное образование округлой формы, болезненное при пальпации и положительные симптомы раздражения брюшины. В такой ситуации следует проводить дифференциальную диагностику с аппендикулярным инфильтратом\*.<sup>11</sup>

**Мочекаменная болезнь.** ОА часто приходится дифференцировать с правосторонней почечной коликой по двум причинам. Во-первых, ретроцекальный и ретроперитонеальный ОА сопровождается болями в пояснице и гематурией; во-вторых, почечная колика при миграции камня в нижних отделах правого мочеточника вызывает боль и напряжение мышц в правой подвздошной области. При обоих заболеваниях возможны повышение температуры и лейкоцитоз в гемограмме. Недаром, многим больным, поступившим в стацио-

---

\* - в этих случаях часто решающим становится хорошо собранный анамнез, данные, полученные при УЗИ и лапароскопии.

нар по поводу очередного приступа почечной колики, в прошлом был удален червеобразный отросток, однако после этого они не избавились от прежних болей. Отличительными признаками почечной колики от ОА являются следующее: а) боли при почечной колике начинаются в поясничной области, возникают остро в виде сильного приступа, от которых пациенты мечется и не находят себе места, чего не бывает при ОА; б) боли иррадиируют в правое бедро, яичко, половую губу и промежность, сопровождаются учащенным и иногда болезненным мочеиспусканием, гематурией и выраженным симптомом поколачивания по поясничной области; в) по прошествии приступа болей пациент чувствует себя почти здоровым до очередного приступа, что не характерно для ОА; г) при почечной колике пальпация живота не столь болезненная, как при аппендиците, и без резко выраженных симптомов раздражения брюшины; д) в диагностике помогают хорошо собранный анамнез начала заболевания и его динамики. В дифференциальной диагностике и тактике используют алгоритм 36 «Почечная колика» «Клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению (приказ Минздрава от 30 сентября 2010 года № 1030, в ред. постановления Минздрава от 30 декабря 2014 года № 117).

### **Заболевания сердечно-легочной системы**

**Воспалительные заболевания легких и плевры.** При вовлечении диафрагмальной плевры могут имитировать острое хирургическое заболевание верхних отделов живота, также ОА. В анамнезе при острых заболеваниях легких возникновение болей в грудной клетке нередко сопровождается сухим или влажным кашлем с мокротой, учащенным дыханием до 30-40 в минуту. При аускультации определяется ослабленное везикулярное дыхание и крепитация, шум трения плевры\*.<sup>12</sup>

**Острый инфаркт миокарда.** Боли в эпигастральной области, верхней половине живота или в правом подреберье могут быть ведущими при остром инфаркте миокарда задней стенки сердца. Реже определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Однако основным признаком острого инфаркта миокарда являются сильные боли за грудиной и в области сердца.

Кроме того, обширный инфаркт миокарда может привести к развитию кардиогенного шока. Большое значение в дифференциальной диагностике инфаркта миокарда и ОА имеет электрокардиографический метод исследования.

---

\* - на рентгенограмме грудной клетки при пневмонии отмечается характерное гомогенное затемнение во всей доле или в отдельных сегментах. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

## **Острая инфекционная и паразитарная патология**

**Острые инфекции.** Пищевую токсикоинфекцию, острый гастрит или энтероколит можно ошибочно принять за острый аппендицит в раннем его периоде, в так называемой эпигастральной фазе (*симптом Кохера-Волковича*). В таких случаях не следует слишком торопиться с окончательным диагнозом. Анамнестические данные (связь с употреблением продуктов сомнительного качества и происхождения), отсутствие четкой локализации болей, отсутствие прогрессирования перитонита позволяют исключить это заболевание.

**Острый инфекционный гастроэнтерит.** Заболевание характеризуется сильными болями схваткообразного характера в средних отделах живота, сопровождается неоднократной рвотой с примесью желчи и частым жидким стулом, высокой температурой, резкой общей слабостью. В анамнезе имеются данные об употреблении недоброкачественной пищи

**Иерсиниоз.** Возбудитель заболевания иерсиния по своим свойствам сходен с возбудителями чумы и псевдотуберкулеза. Внедрение возбудителя происходит в нижних отделах тонкой кишки, развивается картина терминального илеита. Лимфогенно возбудитель достигает мезентериальных лимфатических сосудов (мезаденит). Основными клиническими формами проявления иерсиниоза являются: гастроэнтероколитическая, аппендикулярная, септическая и субклиническая. Заболевание начинается остро, температура тела повышается до 38-40°C. Преобладают симптомы общей интоксикации (озноб, головная боль, боли в мышцах и суставах). При гастроэнтероколитической форме появляются схваткообразные боли в животе, чаще в нижних его отделах или в пупочной области, тошнота, рвота. Стул жидкий, зловонный до 10 раз в сутки. При аппендикулярной форме – симптомы острого аппендицита. Тщательное динамическое наблюдение за пациентом и добросовестно собранный анамнез позволяют исключить ОА.

**Аскаридоз.** Инициатором заболевания служит аскарида, паразитирующая во взрослой стадии в тонкой кишке. В миграционной стадии (первые 6-8 недель после заражения) личинки аскарид оказывают механическое и сенсибилизирующее действие, вызывая кровоизлияния, эозинофильные инфильтраты в тканях различных органов. В миграционной фазе заболевание часто протекает под маской ОРЗ, бронхита, возможны эозинофильные инфильтраты в легких. В кишечной фазе клиническая картина проявляется схваткообразными болями вокруг пупка, тошнотой, иногда расстройством стула. Следует помнить, что аскариды могут стать причиной ОА при закупорке гельминтом червеобразного отростка.

Осложнения аскаридоза проявляются в виде аскаридозной кишечной непроходимости, особенностью которой являются выделение аскарид с рвотными массами и пальпация подвижной «опухоли» – клубка гельминтов, аскаридозно-

го аппендицита, перфоративного перитонита, аскаридоза печени с развитием желтухи, гнойного холангита, абсцесса печени, аскаридоза поджелудочной железы с симптомами острого панкреатита. Диагноз ранней фазы аскаридоза основывается на обнаружении личинок нематод в мокроте и антител в крови, поздней кишечной фазы – яиц аскарид в фекалиях.

### **Формулировка развернутого диагноза**

После обследования пациента на догоспитальном этапе врач вправе поставить диагноз:

1. острый аппендицит – при достаточно хорошо выраженной клинической картине заболевания;
2. перитонит аппендикулярного происхождения (разлитой, ограниченный);
3. аппендикулярный инфильтрат;
4. ОА (предполагается наличие острого деструктивного аппендицита; перитонита, других осложнений и сопутствующих заболеваний нет).
5. Острый аппендицит. Местный неограниченный перитонит.
6. Аппендикулярный инфильтрат (предполагается наличие острого деструктивного аппендицита в инфильтрате, признаков неограниченного перитонита нет).

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все пациенты с подозрением на острый аппендицит или с установленным диагнозом острого аппендицита подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения.

В случае отказа от госпитализации пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом.

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с ОА, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов.

На догоспитальном этапе пациентам с ОА никаких лечебных процедур не проводится. **Назначение обезболивающих и седативных препаратов запрещается!** Исключается также приём пищи и воды. Транспортировка пациента осуществляется на носилках в положении лёжа. При вынужденной задержке с транспортировкой в стационар показано применение холода на живот (пузырь со льдом). Если наличие ОА не удастся исключить, пациент госпитализируется в хирургическое отделение для динамического наблюдения.

## ГЛАВА 3 ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

**Острый холецистит (ОХ)** – острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи, что связано, чаще всего, с ущемлением камня или развитием воспалительного процесса в шейке желчного пузыря (таблица 3.1).

Таблица 3.1. Клинико-морфологическая классификация острого холецистита

НЕОСЛОЖНЕННЫЙ	ОСЛОЖНЕННЫЙ
<b>(КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ, БЕСКАМЕННЫЙ)</b>	
Катаральный Флегмонозный (эмпиема желчного пузыря) Гангренозный	Околопузырный инфильтрат Околопузырный абсцесс Перфорация Перитонит Холедохолитиаз Механическая желтуха Холангит Наружный или внутренний желчный свищ Билиарный панкреатит Реактивный гепатит

### **Осложнения ОХ:**

1. Гепатопакреатобилиарная зона: механическая желтуха (сдавление общего печеночного протока шейкой желчного пузыря), паренхиматозная желтуха (токсический или контактный гепатит), синдром Мириззи (миграция вклиненного камня из шейки желчного пузыря в протоки), холангиолитиаз, перихоледохеальный лимфаденит, холангит, внутренние билиодигестивные свищи, острый и хронический панкреатит.

2. Брюшная полость: перитонит – ограниченный (инфильтрат, абсцесс), неограниченный (местный, распространенный), по форме воспаления (серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, специфические формы), по стадиям (реактивная, токсическая, терминальная или полиорганной недостаточности).

3. Общие: сепсис, пневмония, органные и системные дисфункции и т.п.

**Клиника.** Основные клинические проявления ОХ связаны с развитием острой пузырной обструкции (для калькулезного холецистита) или острым нарушением кровоснабжения желчного пузыря (для бескаменного) – боль в животе, напряжение мышц брюшной стенки, желтуха, и общей гнойной интоксикации – повышение температуры тела, диспепсические расстройства, лейко-

цитоз и др. ОХ протекает по типу стихающего или прогрессирующего воспаления.

Ведущим симптомом ОХ является *сильная и постоянная боль в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, плечо или лопатку*, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает. Иногда боль иррадирует в область сердца, что может симулировать клинику стенокардии (**холецистокоронарный синдром Боткина**). Постоянные симптомы ОХ – *тошнота и повторная рвота*, которая не приносит облегчения больному. *Повышение температуры тела* отмечается с первых дней заболевания. Все пациенты ОХ или при подозрении на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в хирургический стационар.

**Диагностика.** Комплексная диагностика ОХ основывается на оценке клинических проявлений, данных объективного, лабораторного и инструментального обследования и редко представляет значительные трудности. Общее состояние пациента зависит от формы заболевания. Кожный покров, как правило, обычной окраски. Умеренная иктеричность склер может проявляться в случаях локального гепатита или при перихоледохеальном лимфадените с застоем желчи в гепатикохоledoхе. Выраженная желтуха и иктеричность склер указывают на механический характер внепеченочного холестаза, что может быть связано с холангиолитиазом или стриктурой большого дуоденального сосочка (БДС). Частота пульса колеблется от 80 до 120 ударов в минуту и выше. Частый пульс – грозный симптом, свидетельствующий о тяжелых воспалительных изменениях в желчном пузыре и/или брюшной полости. Специфическими симптомами острого холецистита являются:

**Симптом Айзенберга** – в положении стоя пациент поднимается на носки и затем быстро опускается на пятки, при положительном симптоме появляется боль в правом подреберье вследствие сотрясения воспаленного желчного пузыря.

**Симптом Бергмана** – болезненность в орбитальной точке справа.

**Симптом Боаса** – болезненность при пальпации правых паравертебральных точек в области 9-12 грудных позвонков.

**Синдром Боткина** (синонимы – холецисто-коронарный синдром, синдром Боткина–Кушелевского). Кардиалгия, наблюдаемая при холецистите, проявляется колющей, схваткообразной болью в области сердца, левой лопатки и левого плеча, иррадирующей из верхней половины живота. Часто предшествует желчной колике или сопровождает её. Могут быть изменения на ЭКГ (явления ишемии, экстрасистолия). Подобная иррадиация может способствовать развитию спазма венечных артерий и ишемическому поражению миокарда.

**Симптом Гаусмана** – появление боли при коротком ударе ребром ладони ниже правой реберной дуги на высоте вдоха).

**Симптом Йонаша** – болезненность в точке затылочного нерва.

**Симптом Кера** – боль при пальпации в проекции желчного пузыря на высоте вдоха.

**Симптом Мерфи** – произвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации в проекции желчного пузыря.

**Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)** – болезненность при надавливании пальцем правой надключичной ямки между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

**Симптом Лепене-Василенко** – болезненность при поколачивании по мечевидному отростку.

**Симптом Макензи-Рудольского** – расширение зрачка при пальпации в точке желчного пузыря.

**Симптом Мерфи** – резкое усиление болезненности при надавливании в проекции желчного пузыря на вдохе.

**Симптом Мюсси-Георгиевского** – болезненность при надавливании в правой надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

**Симптом Накома** – зона повышенной чувствительности в затылочной области в месте прикрепления трапецивидной мышцефона большого затылочного нерва).

**Симптом Ортнера** – болезненность при поколачивании спереди на правой реберной дуге.

**Симптом Ослера** – интермиттирующая желтуха с лихорадкой и ознобом. Характерна для холедохолитиаза.

**Симптом Пекарского** – болезненность при надавливании на мечевидный отросток, возникающая за счет раздражения чревного сплетения, вовлеченного в воспалительный процесс.

**Симптом Свирского-Айзенберга** – болезненность в проекции желчного пузыря при поколачивании сзади по правой реберной дуге.

**Симптом Харитонова** – болезненность в лопаточной точке – зона гиперестезии в области угла правой лопатки.

**Симптом Шоффара** – болезненность в холедохо-панкреатической зоне.

**Триада Шарко** – боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха.

**Пентада Рейнольдса** – боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха артериальная гипотония и нарушение сознания.

Таблица 3.2. Дифференциально-диагностическая клиническая характеристика различных видов желтухи у взрослых

ПОКАЗАТЕЛИ	ВИД ЖЕЛТУХИ		
	ПОДПЕЧЕНОЧНАЯ (механическая)	ПЕЧЕНОЧНАЯ (гепатоцеллюлярная)	НАДПЕЧЕНОЧНАЯ (гемолитическая)
	КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ		
Боль в области печени	Резко выражены	Могут быть	Возникают при калькулезе желчного пу-
Кожный зуд	Резко выражен	Может быть	Отсутствует
Лихорадка	Резко выражена	Умеренно выражена, иногда отсутствует	Возникает при гемо-литических кризах
Оттенок желту-	Зеленоватый	Красноватый	Лимонно-желтый
Сосудистые «звездочки» и	Отсутствуют	Могут быть	Отсутствуют
Размер печени	Резко увеличена	Умеренно увеличена	Незначительно увеличена
Размер селезенки	Не увеличена	Умеренно увеличена или не увеличена	При хроническом течении значительно увеличена
Цвет кала	Светлый	Нормальный или светлый	Нормальный или темный

### Дифференциальная диагностика острого холецистита

Основной симптом острого холецистита – боль в правой подреберной области живота. В ряде случаев боль может располагаться не только в правом подреберье, но и в эпигастральной области. По локализации боли в правой подреберной области живота дифференциальную диагностику острого калькулезного холецистита необходимо провести с острым панкреатитом, язвенной болезнью, острым аппендицитом и приступом почечной колики.

### Острый аппендицит

Клиническая картина острого холецистита и острого аппендицита будет во многом схожей при подпеченочном расположении червеобразного отростка. При холецистите заболевают пожилые и чаще женщины. Приступ холецистита вызывается погрешностью в диете, употреблением жирной, обильной пищи. Аппендицит же начинается без видимой причины. Следует, однако, помнить,

что при остром аппендиците боль в начале заболевания локализуется в эпигастральной области и с течением времени перемещается в правую боковую область живота. Кроме того, у пациентов с острым аппендицитом отсутствует «печеночный» анамнез, а также выраженные диспептические явления. Иррадиация болей при холецистите и аппендиците носит различный характер, при холецистите иррадиация в поясничную область. Болезненность в точке желчного пузыря позволяют исключить аппендицит. Для острого аппендицита характерно: начинается с острой боли в эпигастральной области - кратковременно, спустя 2-4 часа боль перемещается в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича), сочетается с напряжением брюшной стенки. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона.

### **Острый панкреатит**

При остром панкреатите ноющая боль в начале заболевания сразу же локализуется в собственно эпигастральной области, реже располагается в левом подреберье и распространяется на всю эпигастральную область с иррадиацией в левое или правое надплечье, спину, приобретая характер опоясывающей. Боль постоянная, непрерывно нарастающая, нередко сопровождается неукротимой рвотой. Но в отличие от острого панкреатита, где иррадиация болей под левую лопатку, подложечную область, в левое подреберье, при остром холецистите боли локализованы в правой подреберной области и не имеют опоясывающего характера. Температура тела субфебрильная.

### **Язвенная болезнь:**

Дифференциальная диагностика острого холецистита и обострения язвенной болезни вначале основывается на анамнестических данных, свидетельствующих о сезонности заболевания, наличии у пациента изжоги, голодных болей, указании на частое стационарное или амбулаторное лечение по поводу гастрита или язвенной болезни. Вместе с тем перечисленные анамнестические данные могут и отсутствовать, особенно у лиц молодого возраста. Боли в эпигастральной области, различной интенсивности, связанные с приемом пищи, купирующиеся приемом антацидов. Боли при холецистите не носят такой закономерности, как при язвенной болезни, а рвота и кровотечение - частые симптомы язвы. Боли и рвота, возникают на высоте болевого приступа, характерны для язвы. Заболевания желчного пузыря ведут к повышению температуры, а язвенная болезнь протекает с нормальной температурой. При язве проявляются диспепсические расстройства - запоры, поносы, а так же наличие язвенного анамнеза и хронического течения.

Для перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки или желудка, как правило, характерна триада Мондора – внезапно возникшая кинжальная боль в

эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки и язвенный анамнез. Наряду с этим отмечается положительный симптом Спигарного – исчезновение печеночной тупости. Перитонеальная симптоматика при перфорации язв развивается в первый час от начала заболевания. Пациенты с перфорацией язв обычно указывают на появление ноющей боли в эпигастрии за 2-3 суток до внезапного ухудшения общего состояния. Эта боль чаще появляется натошак.

### **Почечная колика**

Камни правой почки дают приступы болей - почечную колику. Боли в пояснице, приступообразные, чрезвычайно интенсивные, уменьшаются применением спазмолитиков. Боли иррадируют вниз в бедро, лобок, в яичко. При холецистите боли иррадируют вверх: в плечо, лопатку, шею. Поведение пациентов при холецистите и почечной колике различно. Пациенты с почечной коликой обычно беспокойны, стараются переменить свое положение, что для холецистита не характерно. Большое значение имеет исследование мочи. При почечной колике мы часто находим кровь в моче. Возможна дизурия. В анамнезе мочекаменная болезнь.

### **Правосторонняя пневмония, плеврит**

Сопровождаются появлением кашля, одышки; изменяются характер дыхания и хрипов в легких, перкуторный звук над легким. При дифференциации основное значение имеет рентгенограмма легких. Следует учитывать, что ОНКХ может осложняться эмпиемой плевры, что может затруднить дифференцировку.

### **Формулировка развернутого диагноза**

- Острый калькулезный деструктивный холецистит.
- Острый катаральный калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.
- Острый флегмонозный калькулезный холецистит. Механическая желтуха.

Обоснованный срок нахождения пациента в приемном отделении – 1 час. Если ОХ не удастся исключить в течение этого времени, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар.

**Оказание помощи на догоспитальном этапе.** Все пациенты с подозрением на острый холецистит подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения в положении лежа.

В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из прием-

ного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом. На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с ОХ, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов. Введение спазмолитиков не противопоказано.

## ГЛАВА 4

### ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Прободение язвы** – тяжелое осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящее к развитию перитонита. Под прободением (перфорацией) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки следует понимать острое нарушение целостности всех слоёв стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в зоне язвы с поступлением их содержимого в свободную брюшную полость. Гастродуоденальные язвы чаще осложняются перфорацией у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, с коротким язвенным анамнезом (до 3 лет), обычно в осенний или весенний период. Для молодых людей характерна перфорация язв, локализующихся в двенадцатиперстной кишке (85 %), для пожилых – в желудке.

#### **Классификация**

1. По этиологии различают перфорацию хронической и острой симптоматической язвы (гормональной, стрессовой и др.);

2. По локализации:

а) язвы желудка (малой или большой кривизны, передней или задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе либо в теле желудка);

б) язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные).

3. По клинической форме:

а) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);

б) атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);

в) сочетание перфорации с кровотечением в желудочно-кишечный тракт.

4. По фазе перитонита (по клиническим периодам):

1) фаза «абдоминального шока» (химического перитонита);

2) фаза «мнимого благополучия» (бактериального перитонита и нарастающей интоксикации);

3) фаза распространенного перитонита (синдрома системной воспалительной реакции и тяжелого абдоминального сепсиса).

В диагностике перфоративной язвы основную трудность представляют атипичные формы перфорации и так называемые «прикрытые перфорации», а также установление диагноза в фазу «мнимого благополучия».

**Диагностика.** Для прободной язвы характерна **триада Мондора** – язвенный анамнез, «кинжальная» боль в эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки («доскообразный» живот).

**Первый период (первая фаза)** продолжается до 6 часов с момента перфо-

рации. Боль возникает внезапно и носит характер удара кинжалом (*симптом Делафуа*). Сначала боль локализуется в верхних отделах живота, при прободении дуоденальной язвы – больше справа от средней линии. Довольно быстро боль распространяется по правой половине живота, включая правую подвздошную область, а затем охватывает все его отделы. Определяется характерная иррадиация боли в правое плечо, надключичную область и правую лопатку, что обусловлено раздражением излившимся содержимым диафрагмального нерва (*френикус-симптом Элекера*). Рвота не характерна для этого периода. Она, как правило, возникает гораздо позже – при развитии распространенного перитонита. Пациент занимает вынужденное положение – неподвижно на правом боку с приведенными к животу ногами. Кожный покров бледный, покрыт холодным потом, частое поверхностное дыхание открытым ртом («рыбье» дыхание). Характерна начальная брадикардия – частота пульса нередко падает до 50-60 ударов в минуту (так называемый вагусный пульс) вследствие ожога брюшины и нервных окончаний желудочным соком. Артериальное давление может быть снижено. Язык в первые часы после прободения остается чистым и влажным. Живот в дыхании не участвует, ладьевидно втянут. Обращает внимание выраженное напряжение мышц брюшного пресса («доскообразный» живот). Для этого периода характерны:

***Симптом Дзбановского*** – у худощавых молодых людей обе прямые мышцы живота рельефно вырисовываются в виде продольных валиков, разделенных сухожильными перемычками в поперечном направлении.

***Симптом Бернштейна*** – при осмотре обращает на себя внимание подтягивание яичек к наружному отверстию паховых каналов.

Напряжение мышц передней брюшной стенки может не иметь столь выраженного характера у лиц пожилого и старческого возраста, при ожирении, у истощенных больных из-за дряблости тканей, в случаях атипичной перфорации.

Даже если мышечное напряжение охватывает всю переднюю брюшную стенку, оно почти всегда максимально в месте первоначального появления болей, т.е. в эпигастральной области или в правом подреберье, где одновременно определяются симптомы раздражения брюшины (*симптом Щеткина-Блюмберга*).

***Симптом Спизарного*** – характерным признаком прободения язвы служит появление свободного газа в брюшной полости, что приводит к исчезновению или уменьшению зоны печеночной тупости при перкуссии. Следует, однако, помнить, что укорочение или исчезновение печеночной тупости может быть следствием интерпозиции ободочной кишки. Вместе с тем, в случаях незначительного объема газа, поступившего в брюшную полость, этот характерный симптом можно не выявлять. Кроме того, в зависимости от количества выпота в

брюшной полости, перкуторно можно определить притупление в отлогих местах живота.

**Симптом Бреннера** – металлический шум трения брюшины, выслушиваемый над XII ребром слева в положении пациента сидя (связан с поступлением пузырьков газа и экссудата в поддиафрагмальное пространство).

**Триада Гюстена** – распространение сердечных тонов до пупка, перитонеальное трение в области края реберной дуги, напоминающее шум трения плевры, и «металлический» шум, появляющийся при вдохе, что связано с выходом воздуха через перфорационное отверстие.

**Симптом Жобера (синоним – симптом Кларка)** – уменьшение или исчезновение «печёночной тупости» при перкуссии живота в положении пациента лёжа с высоким тимпанитом перкуторного звука

**Синдром Книгина (синоним – триада Книгина)** – боль, напряжённый живот (по описанию автора – «деревянный живот»), язвенный («желудочный») анамнез в 60 – 75 % случаев, характерные изменения пульса (вначале пульс «вагусный» – брадикардия, затем «перитонеальный» – тахикардия), исчезновение «печёночной тупости», газовый пузырь под диафрагмой (в 85 % случаев через 4 часа).

**Симптом Куленкампа** – в первые часы заболевания в большинстве случаев удается обнаружить резкую болезненность тазовой брюшины при пальцевом ректальном и вагинальном исследовании.

**Симптом Юдина–Якушева** – при пальпации передней брюшной стенки в надчревной области ощущается толчок газов.

**Симптом Ратнера–Виккара** – длительное стойкое напряжение мышц в правом верхнем квадранте живота при достаточно хорошем общем состоянии пациента, отмечается при прикрытых (шницлеровских) перфорациях.

**Второй период** (6-12 часов). Пульс, артериальное давление и температура нормализуются. Дыхание перестает быть поверхностным. Язык сухой, обложен. Передняя брюшная стенка менее ригидна, между тем при пальпации сохраняется болезненность в эпигастрии и правой половине живота. В случае прикрытой перфорации боль в верхних отделах живота постепенно стихает. В связи с затеканием желудочного или дуоденального содержимого по правому боковому каналу и скоплением перитонеального экссудата в правой подвздошной ямке появляются боль, локальное напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области, что симулирует клинику ОА. При наличии большого количества свободной жидкости в брюшной полости, в отлогих ее местах по правому и левому боковым каналам определяется тупой перкуторный звук. Перистальтика ослаблена или отсутствует. При ректальном исследовании можно обнаружить нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность.

**Третий период** (позже 12 часов). Состояние пациентов прогрессивно ухудшается. Первым симптомом прогрессирующего перитонита является рвота – многократная, обезвоживающая и изнуряющая. Пациент беспокоен. Кожный покров и слизистые оболочки становятся сухими. Развивается клиника синдрома системной воспалительной реакции: температура тела повышается, пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, артериальное давление стойко снижается. Снова появляется учащенное дыхание. Язык сухой, густо обложен налетом, имеющим вид корок грязно-коричневого цвета. Появляется вздутие живота, перистальтические шумы не выслушиваются, в отлогих местах живота определяется большое количество жидкости.

#### **Дифференциальная диагностика**

Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего приходится дифференцировать от острых хирургических заболеваний других органов брюшной полости, сопровождающихся резким болевым синдромом или развитием перитонита. Это прежде всего: острый холецистит и печеночная колика, острый панкреатит, прободной рак желудка, острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, острое расширение, заворот желудка и другие.

**Прободной рак желудка.** Проявляется такой же клинической картиной, как и перфоративная язва. В отличие от последней для рака желудка характерны более пожилой возраст пациентов, некоторые анамнестические данные до прободения опухоли (желудочные жалобы, общая слабость, похудание, снижение аппетита и др.). При пальпации живота может определяться опухолевидное образование. Заболеванию может предшествовать ахилический гастрит. Но в некоторых случаях и эти симптомы могут отсутствовать, тогда правильный диагноз устанавливается при срочной гастроскопии или только во время операции.

При остром холецистите боли носят острый характер, но не достигают такой силы, как при перфоративной язве, локализуются в правом подреберье и иррадиируют в правое плечо и лопатку. Наблюдаются частая рвота, высокая температура. Характерно повторение подобных приступов болей или желтухи в прошлом. При холецистите редко наблюдается доскообразное напряжение мышц живота, нередко пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь. Резкими болями в правом подреберье сопровождается печеночная колика при желчнокаменной болезни, но в отличие от прободной язвы боли при ней носят схваткообразный характер, быстро купируются применением спазмолитических средств, отсутствуют перитонеальные явления и воспалительные реакции (повышение температуры, лейкоцитоз в крови).

**Острому панкреатиту** свойственны резкие боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократная рвота. Отмечается вздутие живота, но отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки. Пациенты ча-

сто беспокойны, мечутся от болей. Имеется и ряд других симптомов (Мейо-Робсона, Воскресенского и др.), не характерных для прободной язвы. Высокие показатели диастазы мочи и амилазы крови, отсутствие свободного газа в брюшной полости позволяют исключить диагноз прободной язвы.

**Острая кишечная непроходимость** характеризуется сильными, но в отличие от прободной язвы не постоянными, а схваткообразными болями в животе и частой рвотой. При ней не наблюдается напряжения мышц, но отмечается вздутие, свойственны асимметрия живота, усиленная перистальтика кишечника. Анамнез заболевания, рентгенологические и другие исследования почти всегда дают возможность отличить кишечную непроходимость от перфоративной язвы.

**Оказание помощи на догоспитальном этапе.** Необходимо избегать назначения наркотических анальгетиков до постановки точного диагноза. Показана срочная госпитализация для оперативного лечения, транспортировка на носилках. В период «мнимого благополучия» в связи с некоторым улучшением состояния пациента может теряться время для оперативного вмешательства. Все пациенты с подозрением на прободную язву подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения в положении лежа. В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом. На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с прободной язвой, противопоказано применение обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов. Консервативный способ лечения перфоративных язв не применяется на догоспитальном периоде. При невозможности выполнить операцию (отказ пациента, крайне–тяжелое состояние решение консилиума врачей, отсутствие технического обеспечения), может быть использован **метод консервативного лечения Тейлора**: положение Фовлера, постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, холод на живот.

ЭКГ – всем пациентам для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.

#### **Формулировка развернутого диагноза**

1. Язвенная болезнь. Острая язва двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией.
2. Язвенная болезнь. Хроническая язва желудка, осложненная перфорацией.

Пациенты с сомнительной клинической картиной подлежат обязательной госпитализации в хирургическое отделение.

## ГЛАВА 5 ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**Острый панкреатит (ОП)** – острое поражение поджелудочной железы (ПЖ), в основе которого лежат процессы аутоферментативного некробиоза, некроза и эндогенного инфицирования с вовлечением в патологический процесс окружающие железу ткани забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органных систем внебрюшинной локализации. В соответствии с эволюцией заболевания в патогенезе ОП выделяют три последовательных периода и две основные фазы.

- ферментативная фаза (первые 5 суток заболевания);
- реактивная фаза (вторая неделя заболевания);
- фаза асептической или септической секвестрации (начиная с 3-ей недели заболевания и до 2-3 месяцев).

**Классификация.** В основе классификации ОП (Атланта, 1992) лежит выделение морфологических форм заболевания, внутрибрюшных и системных осложнений с учетом характера и распространенности некротического поражения ПЖ и различных отделов забрюшинной клетчатки, фазового течения некротически-воспалительного процесса – от абактериального к инфицированному.

Таблица 5.1. Классификация острого панкреатита

Фазы острого панкреатита	Клиническая форма	Патоморфологическая форма	
Ферментативная фаза (первые 5 суток заболевания)	Острый панкреатит лёгкой степени	Отёчный острый панкреатит	
	Острый панкреатит средней степени	Мелкоочаговый (до 0,5см) Среднеочаговый (0,5-1,0 см)	Панкреонекроз
	Острый панкреатит тяжёлой степени	Крупноочаговый (более 1,0 см) Субтотально-тотальный	
Реактивная фаза (2-я неделя заболевания)	Инфильтративно-некротический панкреатит (перипанкреатический инфильтрат)	Мелкоочаговый (до 0,5см) Среднеочаговый (0,5-1,0 см) Крупноочаговый (более 1,0 см) Субтотально-тотальный	Панкреонекроз

Фазы острого панкреатита	Клиническая форма		Патоморфологическая форма	
Фаза расплавления и секвестрации (3-я неделя от начала заболевания и более)	Асептическая секвестрация	Киста ПЖ	Мелкоочаговый (до 0,5см) Среднеочаговый (0,5-1,0 см)	Панкреонекроз
		Свищ ПЖ	Крупноочаговый (более 1,0 см) Субтотально-тотальный	
	Септическая секвестрация	Гнойно-некротический панкреатит	Мелкоочаговый (до 0,5см) Среднеочаговый (0,5-1,0 см) Крупноочаговый (более 1,0 см) Субтотально-тотальный	Панкреонекроз
		Гнойно-некротический парапанкреатит	«А» - единичный абсцесс	
			«В» – множественные парапанкреальные абсцессы	
«С» – сливная некротическая парапанкреальная флегмона				
«D» - сливная некротическая флегмона и гнойник вне парапанкреальной клетчатки (по левому или по правому фланку)				
«Е» – распространённое поражение парапанкреальной клетчатки и отдалённых отделов забрюшинной клетчатки (по левому и по правому фланку)				

**Формы ОП:** 1) панкреатит отечный (интерстициальный); 2) панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный; 3) панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный; 4) панкреатический абсцесс; 5) псевдокиста ПЖ. Ключевыми признаками, характеризующими варианты течения некротического панкреатита и, в итоге, определяющими принципиальные различия подходов к лечению, в представленной классификации являются:

- наличие инфекции;
- преобладание некротического или жидкостного компонента в пораженной ПЖ и/или окружающих тканях.

*Панкреатический некроз* – диффузная или очаговая зона (зоны) нежизнеспособной паренхимы ПЖ, которая, как правило, сочетается с некрозом парапанкреатической жировой клетчатки.

*Инфицированный панкреатический некроз* – бактериально обсемененный инфильтрированный некротический массив ПЖ и/или клетчатки забрюшинного пространства, подвергающийся колликвации и/или нагноению, не имеющий отграничения от здоровых тканей. Инфицирование тканей происходит путём транслокации микрофлоры из пищеварительного тракта и гематогенно.

Выделяются *три варианта* скоплений жидкости при ОП:

*Острые скопления жидкости* – возникают на ранних стадиях развития ОП, отражая, как правило, тяжелое течение заболевания, располагаются внутри и около ПЖ и никогда не имеют стенок из грануляционной или фиброзной ткани. Могут самопроизвольно рассасываться или прогрессировать вплоть до формирования кист и абсцессов.

*Острая ложная киста* – скопление панкреатической жидкости, стерильной или инфицированной, окруженное стенкой из фиброзной или грануляционной ткани, возникающее после приступа ОП из-за разрушения панкреатического протока, с которым может быть связанным. Формирование ложной кисты продолжается 4 и более недель от начала заболевания.

*Панкреатический абсцесс* – отграниченное внутрибрюшное скопление гноя, обычно вблизи ПЖ, не содержащее некротических тканей или содержащее их в незначительном количестве, возникающее как осложнение ОП. Абсцесс ПЖ может представлять собой инфицированную кисту.

Эта классификация соответствует современным представлениям о патогенезе заболевания и подразумевает необходимость уточнение диагноза в ходе наблюдения в соответствии с динамикой патоморфологических изменений и тяжестью состояния больного, что позволяет дифференцированно подходить к выбору оптимальной лечебной тактики в конкретной ситуации.

*Лёгкий ОП* связан с минимальными нарушениями функций органов и беспрепятственным выздоровлением. Преобладающим проявлением патологического процесса служит интерстициальный отек ПЖ.

*Тяжёлый ОП* сопровождается недостаточностью органов и/или местными осложнениями (некроз (с инфекцией), ложная киста или абсцесс) в результате распространённого панкреонекроза. Клинические признаки тяжёлого заболевания могут наблюдаться и у пациентов с отёчным панкреатитом.

В повседневной клинической практике может применяться расширенная классификация ОП, предложенная на IX Всероссийском съезде хирургов в Волгограде (2000).

#### **Формы ОП:**

1. Отёчный (интерстициальный) панкреатит.
2. Панкреонекроз стерильный:
  - а) по характеру некротического поражения:
    - жировой, геморрагический, смешанный;

б) по масштабу (распространенности) поражения:  
– мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально-тотальный;

в) по локализации поражения:

– головчатый, хвостовой, с поражением всех отделов ПЖ.

3. Панкреонекроз инфицированный.

#### **Осложнения ОП:**

1. Парапанкреатический инфильтрат.

2. Перитонит: а) ферментативный (абактериальный); б) бактериальный.

3. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: а) парапанкреатической; б) параколической; в) паранефральной; г) тазовой.

4. Панкреатический абсцесс.

5. Псевдокиста: а) стерильная; б) инфицированная.

6. Эррозивное кровотечение.

7. Механическая желтуха.

8. Внутренние и наружные свищи ЖКТ.

#### **Диагностика на догоспитальном этапе**

Анамнез: а) сроки от начала заболевания; б) причина заболевания: употребление алкоголя, погрешность в питании (острая, жирная или жареная пища, переизбыток), травма (в т. ч. и операционная) и др.

Жалобы: а) интенсивная боль в эпигастриальной области (верхней половине живота), иррадиирующая в поясницу (боль опоясывающего характера); б) тошнота, многократная рвота, часто – неукротимая, не приносящая облегчения; в) задержка отхождения газов, отсутствие «стула».

Все пациенты ОП или при подозрении на наличие этого заболевания подлежат немедленному направлению в хирургический стационар для госпитализации и оказания неотложной хирургической помощи.

**Объективное обследование.** Пациенты, как правило, беспокойны. В ранние сроки заболевания температура тела субфебрильная, при развитии распространенных стерильных и инфицированных форм некротического панкреатита наблюдается гектическая лихорадка. Пульс учащён, в большинстве случаев соответствует температуре. Уровень АД в начале заболевания в пределах нормального, в дальнейшем отмечается тенденция к гипотонии. *При осмотре:* а) живот участвует в дыхании, вздут (преимущественно в верхних отделах, в более поздние сроки определяется равномерное вздутие живота); б) кожа и слизистые оболочки чаще бледные, могут отмечаться желтуха и иктеричность склер, цианоз лица и конечностей. Специфические симптомы ОП:

**Симптом Мондора** – фиолетовые пятна на лице;

**Симптом Грея-Турнера** – пятна цианоза на боковых стенках живота (околопупочные экхимозы);

**Симптом Грюнвальда** – цианоз околопупочной области. В поздние сроки заболевания цианоз может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица – т. н. «**калликреиновое лицо**»;

**Симптом Воскресенского** – отсутствие пульсации брюшного отдела аорты из-за увеличения в размерах ПЖ и отека забрюшинной клетчатки;

**Симптом Мейо-Робсона** – выраженная болезненность при пальпации поясничной области, особенно левого реберно-позвоночного угла;

**Симптом Куллена** – цианоз кожи в области пупка;

**Симптом Керте** – наличие резистентности брюшной стенки в виде пояса, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы.

*При перкуссии:* а) выраженный тимпанит вследствие пареза поперечной ободочной кишки; б) притупление в отлогих местах живота при наличии выпота в брюшной полости.

*При аускультации* – ослабление или отсутствие кишечных шумов как проявление динамической кишечной непроходимости. При *электрокардиографии (ЭКГ)* у пациентов ОП могут отмечаться выраженные метаболические нарушения, диффузные и очаговые изменения миокарда (основа ошибочной диагностики острого инфаркта!), аритмии.

**Клиническая картина острого панкреатита в ферментативной фазе заболевания.** Как правило, острый панкреатит начинается с панкреатической колики, для которой характерны следующие особенности: а) интенсивная боль носит постоянный характер, часто сопровождается беспокойством, возбуждением; б) боль иррадирует в подреберья, поясницу, левую лопатку, носит опоясывающий характер; в) появлению боли часто предшествует нарушение диеты, обильный приём жирной или острой пищи, употребление алкоголя; г) у женщин, страдающих желчнокаменной болезнью, часто желчная колика предшествует панкреатической.

В большинстве случаев боль сопровождается тошнотой и рвотой, которая, как правило, бывает мучительной, многократной, не приносящей облегчения. При тяжёлом панкреатите рвотные массы могут быть окрашены в коричневый цвет типа «кофейной гущи» из-за геморрагического эрозивно-язвенного эзофагита, гастродуоденита.

Ранние признаки эндотоксикоза могут выявляться при физикальном исследовании органов и систем: а) ЦНС – заторможенность или наоборот беспокойство, возбуждение, делирий; б) «кожные симптомы» – мраморность, бледность (расстройства микроциркуляции), «нездоровый румянец» на щеках (повышение уровня серотонина в плазме крови); в) сердечно-сосудистая система – тахикардия или наоборот брадикардия (эффект брадикинина), гипотензия; г) дыхательная система – тахипноэ; д) мочевыделительная система – олигурия, изменение цвета мочи типа «мясных помоев», повышение уровня мочевины в

плазме крови; е) эксикоз – сухость языка, гипогидроз кожи, увеличение концентрации гемоглобина; ж) печёночная недостаточность – желтушность кожи, повышение уровня билирубина и трансаминаз в плазме крови; з) эндокринная недостаточность поджелудочной железы – гипергликемия; и) энтеральная недостаточность – парез кишечника, сопровождающийся снижением интенсивности перистальтики, вздутием живота, задержкой стула и газов.

**Диагностика парапанкреатического инфильтрата.** Парапанкреатический инфильтрат (асептическая воспалительная реакция на очаги некроза в ПЖ и парапанкреатической клетчатке) является одним из промежуточных вариантов эволюции патоморфологического процесса при некротическом панкреатите, формируется к 5-6-м суткам и максимально выражен на 2-й неделе заболевания. Клиническая картина характеризуется местными и общими проявлениями асептического воспаления:

- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области без четких границ, неправильной (вытянут в поперечном направлении) формы, плотной консистенции;
- болевой синдром (боль тупая, постоянная, локализуется в верхних отделах живота, без иррадиации);
- рвота, как правило, приносящая облегчение;
- субфебрильная лихорадка 37,5-38,0°C, без озноба и проливного пота;
- лабораторные признаки: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево; увеличение СОЭ; повышение концентрации фибриногена, С-реактивного белка, лимфопения;
- симптомы сдавления окружающих органов: высокая гастродуоденальная непроходимость; механическая желтуха и холестааз; подпеченочный вариант синдрома портальной гипертензии (вследствие сдавления воротной вены или тромбоза селезеночной вены).

К концу 2-й недели заболевания определяется один из трёх возможных исходов парапанкреатического инфильтрата: а) рассасывание, что сопровождается купированием местных и общих симптомов системной воспалительной реакции, нормализацией лабораторных показателей, тенденцией к восстановлению размеров и структуры ПЖ по данным УЗИ; б) асептическая секвестрация с исходом в кисту ПЖ проявляется нормализацией самочувствия и стиханием системной воспалительной реакции, при этом сохраняются размеры инфильтрата («застывший» инфильтрат), отмечается длительная гиперамилаземия (-урия); по данным УЗИ и КТ определяются полостные образования; в) септическая секвестрация характеризуется увеличением инфильтрата, который становится болезненным при пальпации и горячим наощупь, ухудшением состояния больных, появлением клинических и лабораторных признаков системной воспалительной реакции. При УЗИ и КТ визуализируются полостные образования с не-

четкими границами, неоднородной структуры, локализующиеся в парапанкреатической и клетчатке забрюшинного пространства.

**Диагностика гнойных осложнений ОП.** Клиническими формами некротического панкреатита в фазу септического расплавления и секвестрации (3-я неделя и позже от начала заболевания) являются инфицированный панкреонекроз, панкреатический абсцесс, фибринозно-гнойный перитонит и гнойно-некротический парапанкреатит (флегмона забрюшинного пространства).

Клинико-лабораторные признаки гнойных осложнений ОП:

- а) гектическая лихорадка 38,0-39,0°C, с ознобом и проливным потом;
- б) перитонеальные симптомы (при панкреатическом абсцессе – болезненный инфильтрат в верхних отделах живота, нередко с флюктуацией; в) при забрюшинной флегмоне – отек и боль в поясничной области);
- г) стойкий парез кишечника;
- д) признаки септического (инфекционно-токсического) шока и септической ПОН (при панкреатическом абсцессе – менее выражены).

#### **Формулировка развернутого диагноза**

- Острый панкреатит, отечная форма.
- Острый панкреатит. Неинфицированный мелкоочаговый некроз поджелудочной железы. Ферментативный оментобурсит.
- Острый панкреатит. Неинфицированный некроз поджелудочной железы (тяжелое течение). Ферментативный перитонит. Панкреатогенный шок.

#### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика острого панкреатита представляет сложную клиническую задачу.

Острый панкреатит часто напоминает острый инфаркт миокарда, острую окклюзию артерий и вен мезентериального бассейна, перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки, острую кишечную непроходимость. Проведение дифференциального диагноза с инфарктом миокарда и острым панкреатитом (панкреонекрозом) строится на основании анализа ЭКГ, исследования биохимических маркеров острого повреждения миокарда, уровня амилазы, липазы крови и мочи. Следует помнить, что при тяжелых формах панкреонекроза могут наблюдаться изменения на ЭКГ (депрессия сегмента Т во II и III отведениях, двухфазность волны Т в I и III отведениях), которые отражают функциональные изменения в сердечной мышце. Если диагностические сомнения не разрешаются целесообразно прибегнуть к ультрасографии и лапароскопии.

Для перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в отличие от острого панкреатита характерно внезапное появление "кинжальных" болей. При этом пациенты стараются лежать неподвижно, а при панкреатите больные обычно беспокойны. В отличие от панкреатита при прободении рвота не является характерным симптомом. Диагностические сомнения удаётся раз-

решить при выявлении свободного газа под куполом диафрагмы при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости. Следует отметить, что определение амилазы крови или мочи не имеет существенного дифференциального значения при прободной язве, так как она может всасываться в избыточном количестве из брюшной полости в кровь. Окончательно верифицировать диагноз можно при проведении диагностической лапароскопии. Картину острого панкреатита может симулировать обострение пенетрирующей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. В этих случаях всегда следует придавать должное значение симптомам обострения язвенной болезни. Но при увеличении уровня амилазы в крови или моче и симптомах острого панкреатита исключить его практически не представляется возможным.

Странгуляционная кишечная непроходимость, так же, как и острый панкреатит, характеризуется острым началом, интенсивным болевым синдромом, многократной рвотой. Однако в отличие от панкреатита при странгуляционной непроходимости кишечника боли преимущественно носят схваткообразный характер, сопровождаются видимой на передней брюшной стенке перистальтикой кишечника, которая носит звонкий и резонирующий характер (панкреатит сопровождается угасанием перистальтики). Вместе с тем, при кишечной непроходимости часто наблюдается амилазурия, поэтому этот лабораторный тест не имеет решающего значения. Окончательное решение возможно при выполнении обзорной рентгенографии органов брюшной полости (выявление множественных уровней жидкости в кишечнике при непроходимости).

Острая окклюзия (тромбоз, эмболия мезентериальных сосудов) в отличие от острого панкреатита возникает чаще всего у пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, мерцательной аритмией. При этом боль в животе нарастает быстро, как при перфорации язвы. Боль и напряжение мышц передней брюшной стенки могут быть разлитыми. Характерен лейкоцитоз, достигающий  $20-30 \times 10^9$  /л. Иногда наблюдается стул с примесью крови. Амилазурия в целях дифференциальной диагностики имеет относительное значение, поскольку повышается при некрозе кишки.

Разрыв аневризмы (расслоение) брюшного отдела аорты в отличие от острого панкреатита характеризуется острым началом заболевания, сопровождающимся симптомами внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока: потерей сознания, головокружением, стойкой гипотонией, острой анемией. В брюшной полости пальпируется объемное пульсирующее образование, над которым выслушивается систолический шум. Аналогичные шумы выслушиваются на бедренных артериях. Диагностические сомнения разрешаются при выполнении ультрасонографии аорты, лапароскопии, ангиографического исследования.

### ***Оказание помощи на догоспитальном этапе***

Все пациенты подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения. В случае отказа от госпитализации пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом.

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с ОП, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов. На догоспитальном этапе пациентам с ОП никаких лечебных процедур не проводится. Назначение обезболивающих и седативных препаратов запрещается. Исключается также приём пищи и воды. Транспортировка пациента осуществляется на носилках в положении лёжа. При вынужденной задержке с транспортировкой в стационар показано применение холода на живот (пузырь со льдом).

Если наличие ОП не удается исключить, пациент госпитализируется в хирургическое отделение для динамического наблюдения. Пациенты отечным панкреатитом направляются на госпитализацию в общехирургическое отделение для проведения базисного лечебного комплекса: а) голод; б) постановка желудочного зонда для аспирации содержимого, а также с целью перфузии охлажденных растворов, что усиливает эффект местной гипотермии (назальное зондирование предпочтительнее назогастральное из-за лучшей переносимости); в) местная гипотермия (холод на эпигастральную область); г) новокаиновые (паранефральная, сакроспинальная) блокады; д) спазмолитики (папаверина гидрохлорид 2% -  $2,0 \times 3-4$  р/сут в/мышечно, но-шпа  $2,0 \times 2-3$  р/сут в/мышечно); дротаверин в/в медленно, 40 – 80 мг (раствор 2% – 2 – 4 мл). Допустим приём нитроглицерина под язык в таблетках (0,25 мг или полтаблетки) или спрея (400 мкг или 1 доза); е) обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций; ж) инфузионная терапия кристаллоидными растворами через периферический венозный доступ в объеме 800 мл и более в/в капельно: (раствор натрия хлорида 0,9 %).

## ГЛАВА 6

### УЩЕМЛЁННАЯ ГРЫЖА

**Ущемленная грыжа (УГ)** – внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах или грыжевом мешке, приводящее к нарушению его кровоснабжения и иннервации. Могут ущемляться как наружные (в различных щелях и дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи.

Различают следующие формы ущемления:

1) **эластическое ущемление** – возникает после внезапного выхождения большого объема брюшных внутренностей через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления под воздействием сильного физического напряжения. Вышедшие органы в брюшную полость самостоятельно не вправляются. Вследствие сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия ущемленных органов, что приводит к выраженному болевому синдрому. В свою очередь он вызывает стойкий спазм мышц передней брюшной стенки, что усугубляет ущемление. Неликвидированное эластическое ущемление приводит к быстрому (в течение нескольких часов, минимум – 1-2 часа) некрозу грыжевого содержимого.

2) **каловое ущемление** – сдавление грыжевого содержимого возникает в результате резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел этой кишечной петли расширяется и сдавливается в грыжевых воротах или грыжевом мешке вместе с прилежащей брыжейкой. Сдавление венозного коллектора оттока крови из органа приводит к пропотеванию жидкой части крови в просвет кишки и интерстициальные пространства кишечной стенки, резко увеличивая в размерах отводящую петлю. Позднее это приводит к сдавлению артериального коллектора кровоснабжения кишки с развитием абсолютной её ишемии. В конечном счете, развивается картина странгуляции, подобная той, которая наблюдается при эластическом ущемлении. Вместе с тем, для развития некроза кишки при каловом ущемлении необходим более длительный срок (часы или, даже, сутки). Ведущими механизмами калового ущемления считаются нарушение моторики кишечника и замедление перистальтики, что часто встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Кроме того, существенную роль играют перегибы и скручивание петель кишечника, составляющих грыжевое содержимое, и их сращения со стенками грыжевого мешка. Иными словами, каловое ущемление обычно возникает как осложнение длительно существующей невправимой грыжи.

3) **ретроградное ущемление (ущемление Майдля)** характеризуется тем, что в грыжевом мешке находятся, по меньшей мере, две кишечные петли в от-

носителем благополучном состоянии, а наибольшие изменения претерпевает третья, соединяющая их петля, которая расположена в брюшной полости. Она находится в худших условиях кровоснабжения, поскольку ее брыжейка несколько раз перегибается, входя в грыжевой мешок и выходя из него. Подобный вид ущемления наблюдается нечасто, но протекает значительно тяжелее, так как основной патологический процесс (нарушение кровоснабжения кишечной петли) развивается не в замкнутом грыжевом мешке, а в свободной брюшной полости. В данном случае существует опасность возникновения перитонита. При ретроградном ущемлении хирург во время операции в обязательном порядке должен осмотреть петлю кишки, находящуюся в брюшной полости.

4) **пристеночное ущемление (грыжа Рихтера)**. Ущемлению подвергается стенка кишки, как правило, по противобрыжеечному краю. При этом сохраняется пассаж содержимого по кишечнику, однако возникает реальная опасность некроза кишечной стенки. Распознавать подобное ущемление достаточно сложно из-за отсутствия выраженных болей (не ущемляется брыжейка кишки). Пристеночному ущемлению чаще подвергается тонкая кишка, однако описаны случаи пристеночного ущемления желудка и толстой кишки. Этот вид ущемления никогда не встречается при грыжах большого размера, он характерен для небольших грыж с узкими грыжевыми воротами (бедренная, пупочная грыжа, грыжа белой линии живота).

5) **грыжа Литтре** – ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже. Эту патологию можно приравнять к обычному пристеночному ущемлению с той только разницей, что в связи с худшими условиями кровоснабжения дивертикул быстрее подвергается некрозу, чем обычная стенка кишки.

Среди ущемленных грыж преобладают паховые и бедренные грыжи, реже пупочные, послеоперационные, еще реже грыжи белой линии живота и других локализаций. Ущемленная грыжа может сопровождаться ОКН, протекающей по типу странгуляционной непроходимости, выраженность которой зависит от ее уровня. При всех видах и формах УГ тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от фактора времени, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий. При жалобах пациента на внезапно возникшую боль в животе, сочетающуюся с симптомами ОКН, всегда следует исключить ущемление грыжи, что требует обязательного обследования мест возможного выхождения грыж.

**Клиника.** Ущемление грыжи распознается по внезапно появившейся боли в области грыжи или по всему животу, невозможности вправления грыжевого выпячивания в брюшную полость, отсутствию передачи кашлевого толчка. Грыжевое выпячивание увеличивается в объеме, становится напряженным и болезненным. При перкуссии над грыжей определяется притупление (если в грыжевом мешке содержится жидкость или сальник) или тимпанит (раздутая

петля кишки). Ущемление грыжи часто сопровождается *рвотой*. При ущемлении кишки наблюдаются *симптомы ОКН*, при ущемлении мочевого пузыря может быть учащенное, болезненное мочеиспускание. Определенные диагностические трудности могут встречаться при ретроградном, пристеночном, интестинциальном ущемлении, при ущемлении первично возникших грыж, а также при ущемлении редких форм грыж: внутренних (особенно диафрагмальных), грыж боковых отделов живота, промежностных, поясничных и других грыж нетипичной локализации.

Боли максимально интенсивные в области грыжевого выпячивания и возможно иррадиирующие в область пупка, в эпигастральную область или по всему животу. Через несколько часов после ущемления, когда наступает некроз ущемленного органа интенсивность болей может уменьшиться, что создает ложную картину улучшения состояния. Позднее при нарастании явлений кишечной непроходимости и перитонита, боли возобновляются. Отсутствие передачи кашлевого толчка так же имеет важное диагностическое значение. Спастическое сокращение грыжевого кольца вызывает разобщение грыжевого мешка с брюшной полостью, в результате чего повышение давления в брюшной полости во время кашля не передается в область грыжевого мешка (симптом кашлевого толчка отрицательный).

У пациентов пожилого возраста, страдающих грыжей много лет, при длительном пользовании бандажом вырабатывается известное привыкание к болезненным и другим неприятным ощущениям в области грыжи. У таких пациентов при подозрении на ущемление особенно важно выявить момент появления интенсивных болей и других необычных симптомов. При поздних сроках от начала заболевания развивается клиника ОКН кишечника, флегмоны грыжевого мешка, перитонита.

### ***Дифференциальная диагностика ущемленной грыжи***

В хирургической практике встречается целый ряд заболеваний, клинические проявления которых в той или иной степени схожи с симптоматикой ущемленной грыжи.

***Неправимая грыжа с болевым синдромом.*** Отсутствуют острое начало, интенсивные боли, напряжение грыжевого выпячивания и резкая болезненность при его пальпации. Пациент отмечает неправимость грыжи в течение длительного времени. В положении лежа болевой синдром стихает. Общее состояние пациента не страдает. Живот не вздут, вне грыжевого выпячивания безболезненный, газы отходят. При обзорной рентгенографии живота отсутствуют уровни жидкости в тонкой кишке (***чаши Клойбера***), при УЗИ кишечные петли не расширены, без маятникообразных движений, следов жидкости в брюшной полости нет. Однако в некоторых случаях не представляется возможным убедительно исключить раннюю стадию формирования калового ущемле-

ния у пациентов с большими невправимыми грыжами и нарушением (задержкой) эвакуации по кишке вследствие спаечного процесса в грыжевом мешке. В таких сомнительных ситуациях правомочен принцип «лучше в срочном порядке прооперировать невправимую грыжу, чем пропустить грыжу ущемленную».

**Острый пахово-бедренный лимфаденит.** При остром воспалении крупный лимфатический узел (*Розенмюллера-Пирогова*) и тем более пакет лимфоузлов могут представлять собой весьма значительное по объему, болезненное и плотное при пальпации образование. Пациенты отрицают наличие у них грыжи и какое-либо сильное физическое напряжение перед появлением образования. В анамнезе могут быть или картина инфекционного заболевания, или воспалительно-гнойный процесс на нижней конечности. Возможно повышение температуры тела. Как правило, удастся исследовать наружное отверстие пахового канала и убедиться в отсутствии грыжевого выпячивания.

**Острый орхоэпидидимит и фуникулит.** Заболевание никогда не возникает внезапно, непосредственно не связано с физическим напряжением. В анамнезе могут быть аденовирусная или уrogenитальная инфекции, ушиб или длительная травматизация мошонки. Пациенты отрицают наличие грыжи. Картина увеличенного, плотного и болезненного яичка (возможно с утолщенным и болезненным канатиком) сочетается с неизменным наружным паховым кольцом и отсутствием каких-либо признаков грыжи.

**Гематома мошонки, водянка оболочек яичка.** В подавляющем большинстве случаев оба патологических состояния являются непосредственным результатом (гематома) или отдаленным последствием (водянка) травмы мошонки и яичка. Анамнестические и клинические признаки паховой грыжи отсутствуют. При гематоме всегда имеются типичные изменения цвета кожи мошонки и корня полового члена. При водянке ультразвуковым методом определяется жидкость вокруг яичка.

**Ложное ущемление (грыжа Брока)** – болевой синдром в области грыжи при перитоните другой этиологии. При разлитом перитоните грыжевое выпячивание становится местом наибольшей болезненности при пальпации живота. Вследствие паретического расширения петель тонкой кишки и скопления воспалительного экссудата в грыжевом мешке увеличиваются размеры грыжевого выпячивания, оно становится напряженным и очень болезненным из-за раздражения брюшины. В подобных ситуациях очень высока вероятность диагностической и тактической ошибок. Правильный анализ жалоб пациента, тщательно собранный анамнез и полноценное обследование пациента позволяют определить истинный источник перитонита и выбрать рациональный вариант срочного оперативного вмешательства.

### ***Диагностика на догоспитальном этапе***

Основанием для диагноза УГ являются:

наличие напряженного, болезненного и не вправляющегося самостоятельно грыжевого выпячивания при отрицательном кашлевом толчке;  
клинические признаки ОКН или перитонита при наличии у пациента грыжи.

Предельный срок нахождения пациента в приемном отделении при ясной клинической картине – не более 1 часа. Если наличие УГ не удастся исключить, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар и немедленно оперирован. В сомнительных случаях (невправимая грыжа, многокамерная послеоперационная грыжа) вопрос должен решаться в пользу экстренной операции. Задержка операции за счет расширения объема обследования недопустима. При самопроизвольном вправлении УГ пациент подлежит госпитализации в хирургический стационар и тщательному наблюдению. На момент госпитализации должен быть сформулирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы и всех выявленных осложнений.

#### ***Формулировка развернутого диагноза***

- 1) Пупочная грыжа после ущемления и самопроизвольного вправления (предполагается наличие пупочной грыжи без признаков ишемии ранее ущемленного органа, перитонита, непроходимости и т. п.)
- 2) Ущемленная бедренная грыжа (предполагается наличие ущемленной бедренной грыжи. Признаков гангрены ущемленного органа, ОКН, перитонита, других осложнений и сопутствующих заболеваний нет.)
- 3) Ущемленная паховая грыжа. Острая кишечная непроходимость. Флегмона грыжевого мешка. Распространенный перитонит.

#### ***Хирургическая тактика***

Методом лечения пациентов с УГ является неотложная операция. Единственное противопоказание к операции – агональное состояние пациента. Любая попытка вправления грыжи представляется недопустимой из-за опасности перемещения в брюшную полость органа, подвергшегося необратимой ишемии, а также возможности «мнимого (ложного) вправления», когда в брюшную полость вправляется грыжевое содержимое с ущемляющим кольцом.

В случаях спонтанного вправления УГ (факт ущемления установлен достоверно) длительностью заболевания свыше 2 часа при явлениях ОКН или перитонита, служит показанием к экстренной операции или диагностической лапароскопии. Ущемленный орган в обязательном порядке находят и оценивают его жизнеспособность.

В остальных случаях спонтанного вправления:

- 1) при сроках ущемления менее 2 часов;

2) при сомнении в достоверности имевшего место ущемления, – необходимо динамическое наблюдение за пациентом. В тех ситуациях, когда состояние брюшной полости в ближайшие сутки после ущемления не вызывает тревоги: нет боли и признаков интоксикации, – пациент может быть оставлен в стационаре и после необходимого обследования подвергнут плановому грыжесечению.

Если в процессе наблюдения у пациента повышается температура тела, сохраняется боль в животе и появляются симптомы раздражения брюшины, производят экстренную операцию – срединную лапаротомию с оценкой жизнеспособности органа, подвергшегося ущемлению.

Спонтанное вправление грыжи может произойти по пути в операционную, во время вводного наркоза или начала местной анестезии. Несмотря на это, необходимо выполнить операцию.

### ***Оказание помощи на догоспитальном этапе***

Если возникнет малейшее подозрение на ущемление, грыжу следует считать ущемленной. Попытки вправления такой грыжи недопустимы. Пациенты с подозрением на ущемление грыжи подлежат немедленной госпитализации. Все пациенты с подозрением на ущемленную грыжу подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения в положении лежа, на носилках. Транспортировка на носилках, чтобы обеспечить максимальный покой и минимальную боль.

Экстренной госпитализации также подлежат пациенты с самостоятельно вправившимся ущемлением независимо от того, когда произошло вправление – до прибытия бригады СМП, во время осмотра или при транспортировке в стационар. Такому пациенту ставят диагноз «Ущемлённая грыжа, давностью столько-то часов, вправившаяся самостоятельно». В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом. На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с ущемленной грыжей, противопоказано применением любых анальгетиков и спазмолитических препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов.

## ГЛАВА 7

### ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

**Острая кишечная непроходимость (ОКН)** – прекращение или нарушение пассажа содержимого по ЖКТ, обусловленное механической обструкцией просвета кишки либо нарушением ее моторной функции.

#### **Классификация**

А. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая непроходимость:

- а) спастическая;
- б) паралитическая.

2. Механическая непроходимость:

- а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление);
- б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма);
- в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

В. По уровню препятствия:

1. Тонкокишечная непроходимость:

- а) высокая;
- б) низкая.

2. Толстокишечная непроходимость.

Г. По развитию патологического процесса:

- 1. Стадия острого нарушения кишечного пассажа («илеусного крика»);
- 2. Стадия острых расстройств внутристеночной кишечной гемодициркуляции;
- 3. Стадия перитонита.

#### **Клиника**

Ведущими симптомами ОКН являются *боль в животе, его вздутие, рвота, задержка отхождения газов и стула*. Они имеют различную степень выраженности в зависимости от вида непроходимости, уровня и длительности заболевания.

*Боль схваткообразного характера без четкой локализации*. При обтурационной кишечной непроходимости вне схваткообразного приступа боль обычно полностью исчезает. Странгуляционной непроходимости свойственна постоянная резкая боль, периодически усиливающаяся. При прогрессировании заболевания острая боль, как правило, стихает на 2-3-и сутки, когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянной тупой распирающей болью в животе.

*Рвота* вначале носит рефлекторный характер, при продолжающейся непроходимости рвотные массы представлены застойным желудочным содержимым. В позднем периоде она становится неукротимой, рвотные массы приобретают «каловый» вид и запах. «Каловая» рвота – несомненный признак механической кишечной непроходимости, часто указывает на «неизбежность летального исхода» (Г. Мондор). Чем выше уровень непроходимости, тем более выражена рвота. В промежутках между ней пациент испытывает тошноту, его беспокоят отрыжка, икота. При низкой локализации препятствия в кишечнике рвота возникает позже и протекает с большими промежутками времени.

*Задержка отхождения газов и отсутствие стула* – патогномоничный признак ОКН. Это ранний симптом низкой непроходимости. При высоком её характере в начале заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть «стул», иногда многократный, за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При инвагинации, из заднего прохода иногда появляются кровянистые выделения. Это может стать причиной диагностической ошибки, когда ОКН принимается за дизентерию.

### **Диагностика на догоспитальном этапе**

*Осмотр живота* пациента с подозрением на ОКН обязательно следует начинать с обследования всех возможных мест выхода грыж, чтобы исключить их ущемление, при этом особое внимание следует уделять распознаванию бедренных грыж у пожилых женщин.

К наиболее постоянным признакам ОКН относится *вздутие живота*. При высокой непроходимости оно может быть незначительным и часто асимметричным, чем ниже уровень препятствия, тем больше выражен этот симптом. Диффузный метеоризм характерен для паралитической и обтурационной толстокишечной непроходимости. Как правило, по мере увеличения сроков заболевания увеличивается и вздутие живота.

*Неправильная конфигурация живота и его асимметрия* более присущи странгуляционной кишечной непроходимости.

*Видимая «на глаз» перистальтика* – несомненный признак механической непроходимости кишечника.

**Симптом Валя** – локальное вздутие живота при пальпируемой в этой зоне раздутой петле кишки, над которой определяется высокий тимпанит – ранний симптом механической кишечной непроходимости.

Пальпация живота в межприступный период до развития перитонита, как правило, безболезненна. Напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует, как и симптом Щеткина-Блюмберга. Иногда при пальпации удается определить опухоль, тело инвагината или воспалительный инфильтрат, послужившие причиной непроходимости.

**Симптом Матье-Склярова** – при перкуссии, толчкообразной пальпации или сотрясении живота можно услышать «шум плеска». Его выявлению помогает аускультация живота с помощью фонендоскопа во время нанесения рукой толчкообразных движений передней брюшной стенки в проекции раздутой петли кишки. Этот симптом с большой долей вероятности указывает на механический характер непроходимости.

**Аускультация** живота, по образному выражению Мондора, необходима для того, чтобы «услышать шум начала и тишину конца». В начальном периоде ОКН выслушивается звонкая резонирующая перистальтика, что сопровождается появлением или усилением болей в животе.

**Симптом Спасокукоцкого-Вильмса** – «шум падающей капли» после звуков переливания жидкости в растянутых петлях кишечника. Перистальтику можно вызвать или усилить путем поколачивания брюшной стенки или ее пальпацией. По мере развития непроходимости и нарастания пареза кишечные шумы делаются короткими, редкими, и более высоких тонов. В позднем периоде все звуковые феномены постепенно исчезают, и на смену приходит «мертвая (могильная) тишина» – несомненно, зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны.

Обследование пациента ОКН обязательно должно быть дополнено пальцевым ректальным исследованием. При этом можно определить «каловый завал», опухоль прямой кишки, головку инвагината и следы крови.

**Симптом Обуховской больницы**, описанный И.И. Грековым – признак низкой толстокишечной непроходимости, определяемый при ректальном исследовании, характеризуется атонией анального жома и баллонообразным вздутием пустой ампулы прямой кишки.

Оценивается степень обезвоживания – тургор кожи, сухость языка, наличие жажды; фиксируется интенсивность рвоты, ее частота, объем и характер рвотных масс.

### **Специфические симптомы ОКН**

**Симптом Анштютца** – вздутие слепой кишки при толстокишечной непроходимости;

**Симптом Байера** – асимметрия живота «косой» живот;

**Синдром Валя** (синдром приводящей петли) – живот «волнами», расширение приводящей петли, перкуторно над ней – тимпанит, усиленная перистальтика приводящей петли;

**Симптом Голда** – при бимануальном ректальном осмотре определяется расширенная («колбасообразная») приводящая кишечная петля

**Симптом Грекова (Обуховской больницы)** – зияющий анус, расширенная и пустая ампула прямой кишки (обусловлен развитием непроходимости на уровне левой половины толстой кишки);

**Симптом Гангольфа** – притупление в отлогих местах живота (выпот);

**Симптом Данса** – «пустая подвздошная область» – не пальпируется слепая кишка (признак подздошно-ободочной инвагинации);

**Симптом Кивуля** – металлический перкуторный звук над животом;

**Симптом Матье** – при быстрой перкуссии надпупочной области слышится шум плеска;

**Симптом Омбредана** – геморрагические или типа «малинового желе» выделения из прямой кишки при инвагинации.

**Симптом Руше** – пальпация гладкого, болезненного образования при инвагинации;

**Симптом Спасокукоцкого-Вильмса** – шум «падающей капли»;

**Симптом Шланге** – признак паралича кишечника: при выслушивании живота отмечается полная тишина.

### **Дифференциальный диагноз**

В практической деятельности врачи разных специальностей сталкиваются с заболеваниями, симулирующими ОКН. Острая кишечная непроходимость имеет целый ряд признаков, которые наблюдаются при многих острых заболеваниях брюшной полости.

#### ***Острый аппендицит***

ОА и острая кишечная непроходимость имеют такие общие признаки, как боль, тошноту, рвоту, задержку газов и стула. При остром аппендиците боли обычно начинаются в эпигастральной или правой подвздошной области и не бывают настолько выраженными, как при острой кишечной непроходимости. Боли при ОКН носят разлитой характер, часто бывают схваткообразными. Задержка газов и стула в основном кратковременна. При ОА определяется напряжение мышц в правой подвздошной области, отмечаются повышение температуры, лейкоцитоз, что не свойственно ОКН на ранней стадии. Кроме того, при ОА не прослушивается обилие кишечных шумов, не определяются рентгенологические изменения в брюшной полости, характерные для кишечной непроходимости.

#### ***Острый холецистит***

ОХ также имеет ряд общих признаков с ОКН, таких, как острая внезапная приступообразная боль, тошнота, рвота, вздутие живота. В то же время боли при ОХ локализуются обычно в правом подреберье, иррадиируют в правую ключицу, плечо и лопатку. Пальпаторно в правом подреберье определяется напряжение мышц брюшной стенки, иногда можно прощупать напряженный

желчный пузырь. Нередко при этом заболевании отмечаются симптом Щеткина-Блюмберга, желтуха и высокая температура, увеличение количества лейкоцитов. Перечисленных признаков при ОКН, как правило, не наблюдается. Рентгенологически при ОХ не бывает признаков, свойственных ОКН.

### ***Острый панкреатит***

ОП и ОКН характеризуются следующими совместными признаками: общее тяжелое состояние пациента, бледность кожных покровов, холодный пот, внезапное возникновение сильных болей, парез кишечника, вздутие живота, задержка газов, стула и частая рвота. Явления динамической кишечной непроходимости при остром панкреатите обычно объясняются отеком брыжейки ободочной кишки, которая анатомически тесно связана с поджелудочной железой. Боли, как правило, локализуются в верхнем отделе живота, носят опоясывающий характер, отдают в спину, что не свойственно острой кишечной непроходимости. Вздутие живота при остром панкреатите бывает только в верхнем отделе, часто пальпируется раздутая поперечная ободочная кишка. Рвота при остром панкреатите неукротимая, с примесью желчи, а при кишечной непроходимости часто с каловым запахом. Задержка газов и стула у пациентов острым панкреатитом не бывает столь длительной и постоянной, как при острой кишечной непроходимости, усиленная перистальтика отсутствует. Важным диагностическим признаком острого панкреатита является значительное повышение в крови и моче уровня амилазы. При острой кишечной непроходимости она повышается редко и незначительно.

***Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки*** имеет следующие общие симптомы с ОКН: сильные боли в животе, внезапное начало, задержка газов и стула. В начале заболевания температура не повышена. В то же время при прободной язве желудка не наблюдается вздутия живота, рвота бывает редко и отсутствует бурная перистальтика кишечника. При кишечной непроходимости живот длительное время остается мягким, малоболезненным, пальпаторно часто прощупывается раздутая кишечная петля, в то время как при прободной язве живот бывает резко напряженным («доскообразным»), болезненным, глубокую пальпацию брюшной полости из-за напряжения брюшной стенки провести не удастся, симптом Щеткина-Блюмберга отмечается резко положительным. Положение пациента при прободной язве желудка вынужденное с приведенными к животу коленями, движения ограничены, в то время как при кишечной непроходимости пациент часто меняют положение, мечутся в постели.

При перкуссии в случае прободной язвы желудка отсутствует печеночная тупость, а при кишечной непроходимости ее всегда можно определить. Аускультацией при прободной язве отмечается отсутствие перистальтики кишечника, а при непроходимости прослушиваются многочисленные шумы, по-

следние исчезают только в терминальной стадии заболевания. Рентгенологическим исследованием брюшной полости при прободной язве определяют свободный газ в брюшной полости, при непроходимости - чаши Клойбера. Кроме того, посредством фиброгастроскопии при прободной язве можно выявить перфоративное отверстие.

**Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты** часто сопровождается болями в животе, тошнотой, рвотой, отсутствием перистальтических шумов в кишечнике. Но эта патология нередко сопровождается также анемией, брюшная стенка при этом несколько втянута, участвует в акте дыхания. Пальпаторно по средней линии живота и несколько вправо определяется плотное, продолговатой формы опухолевидное образование, часто пульсирующее под пальцами.

### ***Острая артериального мезентеральная ишемия***

Характер клинической картины при нарушении артериовенозного мезентериального кровообращения зависит от скорости и степени окклюзии сосуда, локализации тромба и протяженности пораженного кишечника. При окклюзии верхнебрыжеечной артерии заболевание, как правило, начинается остро и протекает бурно. Боль в животе вначале может носить характер кишечной колики, которая в дальнейшем переходит в постоянную, резкую, упорную и невыносимую. При прекращении кровоснабжения в кишечной стенке и брыжейке наступают кровоизлияния и пропотевание крови в брюшную полость, что приводит к значительным гемодинамическим изменениям, появлению рвоты и стула с примесью крови. Лицо пациента бледное, покрыто холодным потом. Пульс частый, слабого наполнения. Артериальное давление в начале заболевания может быть несколько повышенным, а затем падает. Расстройство гемодинамики может сопровождаться резким сосудистым кризом с развитием шокового состояния. В начале заболевания живот слегка вздут, мягкий, болезненный на ограниченном участке. Пальпаторно иногда можно определить опухолевидное образование, перкуторно – изолированную тупость. Перистальтические шумы кишечника в этом периоде могут прослушиваться. В начальном периоде нарушения мезентериального кровообращения отмечается явное несоответствие между тяжестью клинического течения и характером местных проявлений заболевания. В дальнейшем перистальтические шумы кишечника ослабевают и прекращаются полностью, возникает метеоризм, появляются напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины. Стул в начале заболевания бывает жидким, а затем наступает задержка газов и стула. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется кровь.

При тромбозе верхней брыжеечной вены у пациентов появляются сильные боли в животе неопределенной локализации, неустойчивый стул с поносами. При тромбозе ветвей мезентериальных вен развивается вялотекущая форма

заболевания со слабо выраженным болевым синдромом. Наблюдаются общее недомогание, тошнота, рвота, понос.

В установлении диагноза мезентериальной непроходимости большое значение придается экстренной ангиографии. С этой целью применяют селективную артериографию верхней брыжеечной артерии и брюшную аортографию. Для эмболии артерии характерным является резкий «обрыв» сосуда, контур препятствия прямой, выпуклый, стенки сосуда в области окклюзии ровные. При тромбозе окклюзия выглядит как постепенно суживающийся конус, стенка сосуда в области окклюзии неровная, отсутствует коллатеральное кровообращение. В диагностике мезентериальной кишечной непроходимости определенное значение придается экстренной лапароскопии.

При диагностике острой кишечной непроходимости важным является уточнить вид непроходимости (механическая или функциональная, динамическая непроходимость), так как методы лечения этих видов непроходимости различные. При механической кишечной непроходимости вздутие кишечника выражено менее значительно, чем при динамической, и в большинстве случаев отмечается в одной из частей брюшной полости. Боли при функциональной кишечной непроходимости бывают чаще постоянными, в то время как при механической носят схваткообразный характер.

**Функциональная кишечная непроходимость.** При рентгенологическом исследовании в случаях функциональной кишечной непроходимости диафрагма определяется высоко расположенной и ограниченной в подвижности, желудок расширен, в нем устанавливается значительное количество газа. Чаши Клойбера при этом виде патологии отмечаются в небольшом количестве, нечетко контурирующиеся, уровни жидкости располагаются на одной высоте, перемещения жидкости из одной петли в другую не наблюдается. В чашах отмечается небольшое количество жидкого содержимого, в то же время определяются раздутые газом петли кишечника. Ценным дифференциально-диагностическим средством в этих случаях является двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада. При функциональной кишечной непроходимости после нее обычно наблюдается улучшение состояния пациента, исчезает клиническая симптоматика. Особенно большие трудности представляет дифференциальная диагностика ОКН в раннем послеоперационном периоде у пациентов с вяло текущим перитонитом. У этих пациентов обычно отсутствует положительная динамика, нарастает слабость, их беспокоят постоянные тупые боли в животе, сохраняются тахикардия, субфебрильная температура, увеличивается напряжение мышц живота, повышается количество лейкоцитов с появлением незрелых форм нейтрофилов.

### ***Почечная колика***

Почечная колика и ОКН также имеют ряд общих признаков: внезапные, резко выраженные, приступообразные боли в животе, вздутие живота, задержка газов и стула, беспокойное поведение пациента. В то же время боли при почечной колике иррадиируют в поясницу и паховую область, положительным является симптом Пастернацкого, имеются дизурические расстройства, чего не бывает при ОКН. При почечной колике живот правильной конфигурации, не вздут, в моче обнаруживается в большинстве случаев большое количество эритроцитов, при ОКН моча бывает неизменной. Рентгенологически при почечной колике можно определить камни в почках или мочеточниках, при ОКН - раздутые петли кишки, чаши Клойбера, арки. В неясных случаях проводят хромоцистоскопию - при почечной колике отсутствует выделение синьки из устья мочеточника.

***Нарушенная внематочная беременность*** с ОКН имеет следующие общие признаки: сильные внезапные боли в животе, мягкий, слабо болезненный при пальпации живот, свободная жидкость в брюшной полости, нормальная температура. Боли при нарушенной внематочной беременности, как правило, локализуются внизу живота, а при кишечной непроходимости чаще по всему животу. Кроме того, при нарушенной внематочной беременности обычно имеются сдвиги со стороны менструального цикла, головокружение, обмороки и слабость. В крови уменьшается содержание гемоглобина и количество эритроцитов. Важное значение имеет пункция свода влагалища - при нарушенной внематочной беременности в пунктате определяется кровь.

### ***Энтероколит и токсическая форма дизентерии***

Кишечную непроходимость следует дифференцировать от энтероколитов и токсической формы дизентерии. При этих заболеваниях схваткообразные боли обычно усиливаются перед актом дефекации, наблюдаются усиленная перистальтика кишечника, частый необильный стул. Живот при пальпации мягкий. Очень важно исключить заболевания брюшной полости, при которых оперативные вмешательства не показаны, например, пищевую токсикоинфекцию, печеночную колику, токсическую форму гриппа, уремию и др. Идентичность ряда ведущих клинических симптомов приводит к тому, что некоторые пациенты с кишечной непроходимостью госпитализируются в терапевтические или инфекционные стационары.

### ***Пищевая токсикоинфекция***

При пищевой токсикоинфекции в анамнезе иногда имеются указания на употребление недоброкачественной пищи. Болевой синдром не является ведущим при этом заболевании. Боли в животе обычно предшествуют обильному жидкому стулу, после опорожнения кишечника боли успокаиваются и пациент отмечает временное улучшение. При ОКН боли носят приступообразный ха-

раक्टर, жидкий стул может быть только в начале заболевания, когда освобождается дистальный отдел кишечника. Температура при пищевой интоксикации часто отмечается значительно повышенной, в то время как при острой кишечной непроходимости она бывает в пределах нормы. При пищевой токсикоинфекции нет рентгенологической картины, характерной для кишечной непроходимости.

Клиническая картина ОКН иногда может совпадать с таковой при заболеваниях сердца и легких.

### ***Абдоминальная форма инфаркта миокарда***

При абдоминальной форме инфаркта миокарда у пациентов определяются боли в животе, вздутие живота, тошнота, рвота и задержка газов и стула. В то же время при инфаркте миокарда на первое место выступают следующие симптомы: тахикардия, падение артериального давления, глухие тоны сердца, расширение границ сердца. Исследование электрокардиограммы в этих случаях является одним из решающих методов.

***Нижнедолевая пневмония*** также может сопровождаться болями в животе, напряжением мышц брюшной стенки и вздутием живота. При пневмонии обычно наблюдаются румянец на щеках, одышка, ограниченная подвижность трудной клетки на стороне воспаления. Аускультативно в легких прослушиваются разнокалиберные хрипы, ослабление дыхания, шум трения плевры, при перкуссии - притупление легочного звука. Рентгенологическое исследование трудной клетки и брюшной полости подтверждает наличие пневмонии и исключает острую кишечную непроходимость.

### ***Уремия***

Может протекать с болями в животе, его вздутием, задержкой газов и стула. В то же время при этой патологии обычно определяется запах мочевины изо рта, наблюдаются значительные изменения со стороны анализа мочи, высокие цифры мочевины в крови, не свойственные острой кишечной непроходимости в раннем периоде.

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все пациенты с подозрением на острую кишечную непроходимость подлежат экстренной госпитализации в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения.

В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом.

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с ОКН, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов.

Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к экстренной госпитализации в хирургический стационар.

Обязательными компонентами предоперационной подготовки служат:  
а) опорожнение и декомпрессия верхних отделов ЖКТ через желудочный зонд, для предотвращения регургитации; б) опорожнение мочевого пузыря.

Наличие выраженных клинических признаков общего обезвоживания и эндотоксикоза является показанием для инфузионной терапии.

При сомнениях в диагнозе ОКН, а также если синдром ОКН развивается на фоне длительного существования спаечной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократных операций, показано сочетанное проведение:  
а) дифференциальной диагностики; б) консервативных лечебных мероприятий по устранению ОКН (до окончательного решения вопроса об операции); в) общесоматической инфузионной терапии, которая служит одновременно и подготовкой к возможной операции.

Консервативные мероприятия по устранению ОКН включают:  
а) двухстороннюю сакроспинальную блокаду на уровне Th<sub>v-vii</sub>; б) постоянную декомпрессию верхних отделов ЖКТ через назогастральный зонд; в) нужно обеспечить венозный доступ, следить за витальными функциями пациента.

Во время транспортировки в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% 400 мл, раствор глюкозы 5% — 400 мл.

### **Примеры формулировки развернутого диагноза:**

- Спаечная болезнь брюшной полости. Странгуляционная тонкокишечная непроходимость. Распространенный серозный перитонит.

- Спаечная болезнь брюшной полости. Обтурационная тонкокишечная непроходимость.

Заворот сигмовидной кишки. Странгуляционная толстокишечная непроходимость. Гангрена сигмовидной кишки. Распространенный перитонит.

## КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кишечная непроходимость опухолевой этиологии относится к обтурационной кишечной непроходимости (без участия брыжейки) и в подавляющем числе случаев является толстокишечной. К развитию данного синдрома могут приводить, прежде всего, злокачественные новообразования ободочной кишки, ректосигмоидного отдела и прямой кишки. Значительно реже кишечная непроходимость опухолевой этиологии бывает вызвана новообразованиями тонкой кишки.

Кишечная непроходимость, вызванная опухолью толстой кишки, представляет непосредственную угрозу жизни пациенту и, соответственно, является проблемой неотложной хирургии.

К характерным особенностям контингента госпитализируемых по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза следует отнести возраст старше 60 лет (80 – 90 % случаев), наличие сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем (практически у 100 % пациентов), поздняя (в сроки более 3-х суток с момента заболевания) обращаемость за медицинской помощью (60 – 90 % случаев).

**Клиническая картина обтурационной толстокишечной непроходимости** определяется, в основном, локализацией опухолевого очага.

*Особенности клинического течения обтурационной непроходимости правой половины толстой кишки:*

1. Выраженный токсико-анемический синдром.
2. Непроходимость чаще вызывают большие, длительно растущие опухоли (широкий просвет кишки и жидкая консистенция содержимого в этом отделе). Справа большие экзофитно растущие опухоли, первым симптомом которых является анемия и кровотечение. В левом фланге опухоли, как правило, маленькие (с грецкий орех), но циркулярно суживающие просвет.
3. Учитывая продолжительность заболевания и интенсивное кровоснабжение правой половины толстой кишки, достаточно часто наблюдаются генерализация опухолевого процесса, наличие отдаленных метастазов в печень, канцероматоз брюшины.
4. Большой объем постстенотического участка толстой кишки определяет низкую эффективность консервативного лечения.

*Особенности клинического течения обтурационной непроходимости левой половины толстой кишки:*

1. Непроходимость чаще вызывают небольшие по размеру, циркулярно растущие эндофитные опухоли (относительно узкий просвет кишки и плотная консистенция содержимого в этом отделе).
2. Раннее проявление толстокишечной непроходимости.

3. Учитывая сравнительно раннее развитие непроходимости и небольшие размеры, опухоли, как правило, операбельны, отсутствуют отдаленные метастазы, даже при декомпенсированной стадии заболевания.

4. Большой объем супрастенотического участка толстой кишки обуславливает более медленное развитие декомпенсации непроходимости.

*Для опухолей прямой кишки характерно:*

1. Травматизация опухоли плотным содержимым кишки, что проявляется ректальными кровотечениями. Опухоли анального канала отличаются быстрым возникновением болевого синдрома и крайне редким развитием непроходимости.

2. Симптомы декомпенсированной формы нарушения толстокишечной проходимости появляются при очень больших, длительно существующих опухолях. К моменту диагностики опухоли, как правило, неоперабельны, часто имеются отдаленные метастазы.

3. Симптомы декомпенсации, ввиду большой емкости супрастенотического отдела толстой кишки, развиваются медленно, чаще пациенты поступают в стационар с клиникой субкомпенсированной стадии непроходимости.

### **Классификация**

Клиническая классификация нарушений толстокишечной проходимости опухолевого генеза, основанная на выделении форм (стадий) непроходимости, позволяет четко обосновать выбор тактики лечения и объема оперативных вмешательств в зависимости от степени кишечной непроходимости.

1. Компенсированная форма нарушения толстокишечной проходимости.
2. Субкомпенсированная форма нарушения толстокишечной проходимости.
3. Декомпенсированная форма нарушения толстокишечной проходимости (острая толстокишечная непроходимость):
  - а) острая толстокишечная непроходимость легкой степени;
  - б) острая толстокишечная непроходимость средней степени;
  - в) острая толстокишечная непроходимость тяжелой степени.

Для клинической картины *компенсированной формы* заболевания характерно учащение привычных запоров, являющихся фоновым состоянием для рака толстой кишки. Запоры продолжительностью до 2-3 суток, не сопровождаются вздутием живота. Запоры самостоятельно регулируются диетой и приемом слабительных. Общее состояние, как правило, удовлетворительное, признаков ЭИ нет.

При проведении колоноскопии возможен полный осмотр толстой кишки, включая престенотические отделы.

На обзорных рентгенограммах живота специфических изменений со стороны толстой кишки может и не быть.

*Субкомпенсированная форма* заболевания отличается упорными запорами (до 3-5 суток), которые сопровождаются вздутием живота. На фоне запоров у пациентов появляются тошнота, чувство дискомфорта и боль в животе ноющего характера. Характерны слабость и плохой аппетит. Могут определяться признаки ЭИ. При пальпации отмечается вздутие по ходу толстой кишки, аускультативно выслушивается усиленная перистальтика.

Следует отметить, что соблюдением диеты возможно поддерживать состояние субкомпенсации достаточно длительное время.

*Декомпенсированная форма* нарушения проходимости соответствует острой толстокишечной непроходимости, в развитии которой заметную роль играет погрешность в питании (прием пищи, содержащей большое количество клетчатки).

*Легкая степень* характеризуется задержкой отхождения газов, отсутствием «стула» до 1 – 2, реже до 3 суток, постоянной болью ноющего характера (могут быть эпизоды схваткообразной боли), тошнотой, одно(дву-) кратной рвотой. Состояние пациентов чаще всего удовлетворительное. Вздутие живота за счет переполнения толстой кишки умеренное. При пальпации определяется раздутый участок толстой кишки. Перистальтика усилена.

При выполнении колоноскопии осмотр возможен только до уровня стенозирующей опухоли.

На обзорных рентгенограммах живота – пневматоз толстой кишки.

Основной особенностью начальной стадии кишечной непроходимости является то, что у большинства пациентов возможно успешное проведение консервативных мероприятий по разрешению непроходимости.

*Средняя степень* острой толстокишечной непроходимости характеризуется «развернутой» клинической картиной: задержка отхождения газов, отсутствие «стула» до 3 – 5 суток, схваткообразная боль в животе, постоянная тошнота, повторные позывы к рвоте. Состояние пациентов чаще средней тяжести за счет нарастания эндогенной интоксикации. Отмечается вздутие живота, могут определяться слабо положительные симптомы раздражения брюшины, аускультативно – усиление перистальтики, «шум плеска».

Попытки проведения консервативных мероприятий по разрешению непроходимости чаще всего неэффективны.

Острая толстокишечная непроходимость *тяжелой степени* носит запущенный характер. В патологический процесс вовлекается тонкая кишка. Происходит контаминация и транслокация толстокишечной флоры через стенку тонкой кишки в кровеносное русло и полость брюшины. Развивается синдром энтеральной недостаточности. Существенное расширение просвета кишки содержимым, сопровождающееся выраженными нарушениями кровообращения

ее стенки, опасно возникновением диастатической перфорации, локализуемой чаще всего в правой половине поперечно-ободочной кишки.

Состояние пациента тяжелое вследствие выраженной эндогенной интоксикации. Боль носит постоянный характер, многократная рвота. При пальпации живота выявляются его значительное вздутие, болезненность без четкой локализации, положительные симптомы раздражения брюшины. Аускультативно перистальтика не выслушивается, определяется «шум плеска» по всей поверхности живота.

В запущенных случаях обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза могут выявляться инфекционно-воспалительные осложнения как следствие перфорации (микروперфорации) опухоли или приводящих отделов толстой кишки (диастатические разрывы): а) инфильтрат брюшной полости, б) межпетлевой абсцесс, в) абсцесс брыжейки кишки, абсцесс или флегмона забрюшинного пространства, г) местный неотграниченный или распространенный перитонит.

Клиническое течение опухолевой ОКН может маскироваться другими проявлениями прогрессирования опухоли толстой кишки:

Метастазирование – в печень, легкие, кости, поджелудочную железу. Появляется соответствующая клиническая картина, требующая применения дополнительных методов исследования и минимизации объема оперативного вмешательства.

Кишечное кровотечение – в сочетании с ОКН встречается редко и бывает незначительным по тяжести кровопотери. Более характерна сопутствующая хроническая анемия смешанного генеза.

Проращение опухоли в полые органы с формированием свищей (тонко-толстокишечных, толстокишечно-желудочных, толстокишечно-пузырных, толстокишечно-влагалищных) – редкие осложнения, требующие соответствующих методов диагностики. При их возникновении симптомы ОКН могут спонтанно регрессировать.

### **Формулировка развернутого диагноза**

1. Рак сигмовидной кишки, осложненный острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.
2. Рак восходящей ободочной кишки, осложненной острой обтурационной толстокишечной или толсто-тонкокишечной непроходимостью.
3. Рак нисходящей ободочной кишки, осложненной обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Установленный диагноз опухолевой толстокишечной непроходимости до угрозы возникновения диастатической перфорации и развития неотграниченных инфекционно-воспалительных осложнений является показанием к экс-

тренной госпитализации в хирургический стационар, при этом должны соблюдаться следующие условия:

- голод,
- покой,
- постоянная декомпрессия желудка через назогастральный зонд,
- внутримышечное введение спазмолитиков,
- инфузия кристаллоидных растворов и растворов глюкозы.

*Следует помнить, что при толстокишечной ОКН запрещается применение слабительных препаратов и стимуляция перистальтики кишечника.*

Основная задача СМП – экстренная госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара. Нужно обеспечить венозный доступ, следить за витальными функциями пациента и поддерживать их в соответствии с общереанимационными принципами.

Во время транспортировки в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9 % 400 мл, раствор глюкозы 5 % — 400 мл.

## ГЛАВА 8

### ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ. ТРОМБОЗ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Острая мезентериальная ишемия (ОМИ) – острое нарушение мезентериального кровоснабжения тонкой и/или толстой кишки.

Различают две формы тромбоза мезентериальных сосудов: первичный (в результате генетических нарушений) и вторичный (как следствие приобретенных заболеваний: атеросклероз, ревматические пороки сердца, сердечная недостаточность, мерцательная аритмия, различные онкологические и воспалительные заболевания, тромбоэмболические осложнения в послеоперационном периоде, после травмы, при циррозе печени, портальной гипертензии, после эндоскопической склеротерапии, при использовании оральных контрацептивов. Все эти факторы ведут к гиперкоагуляции и тромбообразованию.

#### Диагностика острого нарушения мезентерального кровообращения

##### Причины артериальной и венозной окклюзии

АРТЕРИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ	ВЕНОЗНАЯ ОККЛЮЗИЯ	
	ПЕРВИЧНАЯ	ВТОРИЧНАЯ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• эмболия верхней брыжеечной артерии</li> <li>• пристеночный тромб при сердечной недостаточности и артериальной фибрилляции</li> <li>• пороки сердца</li> <li>• тромбоз верхней брыжеечной артерии</li> <li>• атеросклероз сосудов</li> <li>• острая обструкция при хронической артериальной ишемии</li> <li>• расслаивающая аневризма аорты</li> <li>• васкулит и артериит</li> <li>• травма</li> <li>• эндотоксиновый шок</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• дефицит протеинов С, S, антитромбина III, фактора V Leiden,</li> <li>• антифосфолипидный синдром</li> <li>• пароксизмальная ночная гемоглобинурия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• атеросклероз сосудов</li> <li>• онкологические заболевания</li> <li>• панкреатит</li> <li>• воспалительные заболевания кишечника и органов брюшной полости</li> <li>• цирроз печени и портальная гипертензия</li> <li>• предшествующая склеротерапия варикозных вен</li> <li>• спленомегалия и спленэктомия</li> <li>• послеоперационные состояния</li> <li>• травма</li> <li>• оральные контрацептивы</li> </ul>

Острую интестинальную ишемию делят на 2 вида:

*Окклюзионный:*

а) эмболический (наиболее частый), который возникает в результате смещения эмболов из сердца (как осложнение фибрилляции предсердий, при забо-

леваниях клапанов, при тромбозе левого желудочка, сердечно-сосудистом атеросклерозе, атероматозе аорты, постинфарктных изменениях в сердце). Острый угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты делает ее «ловушкой» для эмболов. Основным источником эмболий брыжеечных артерий является левая половина сердца. Редкими источниками эмболий являются аневризмы аорты, тромбоз легочных вен, флеботромбозы различной локализации. В этих случаях тромботические массы могут попасть из венозной системы в артериальный кровоток через незаращенное межпредсердное отверстие. В литературе описаны редкие виды эмболий брыжеечных артерий: бактериально-грибковую, жировую, тканью опухоли.

б) тромботический вид окклюзии развивается в результате острого артериального тромбоза, который почти всегда локализуется в устье верхней брыжеечной артерии и сопровождается почти тотальной ишемией всей тонкой кишки и правой половины ободочной кишки. Образованию тромбов в ушке и предсердии способствует аритмия.

*Неокклюзионный* – развивается вследствие замедления кровотока и нарушения кровоснабжения на микроциркуляторном уровне при сохраненном магистральном кровотоке. Эти нарушения связаны с различными патогенетическими факторами, которые в процессе болезни комбинируются или сменяют друг друга: низкий сердечный выброс (при кардиогенном шоке), обкрадывание брыжеечного кровотока (при назначении инотропной поддержки), уменьшение перфузионного давления, гиповолемия, неполная окклюзия артерий, спазм брыжеечных сосудов.

Мезентериальный венозный тромбоз (окклюзия венозного кровотока) чаще всего обусловлен гиперкоагуляцией (вследствие истинной полицитемии) или замедлением портального кровотока (цирроз печени).

Особая клинико-патологическая форма острого мезентериального кровообращения тонкой кишки — воспалительное мезентериальное (мезентериальный тромбофлебит) или портальное (пилефлебит) веноокклюзионное поражение. При этом сердечная недостаточность и стойкая артериальная гипотензия (септический шок) могут привести к летальному исходу, сопровождающемуся в том числе, острой портальной гипертензией (регионарной или системной), нарушением притока портальной крови к печени, ее ишемией и нарушением кровообращения в кишечнике. При этом некрозов кишечной стенки, как правило, не возникает.

### **Острая (артериальная) интестинальная ишемия**

Ранние симптомы ОИИ не патогномичны. Клинические признаки зависят от вида нарушения кровоснабжения тонкой кишки, уровня окклюзии ВБА, стадии заболевания и распространенности поражения.

Клиническая картина ОМИ обусловлена стадией заболевания:

стадия *ишемии (геморрагического пропитывания при венозном тромбозе)* – начинается сразу же после возникновения окклюзии и продолжается 6 – 12 часов, обратимая и характеризуется рефлекторными и гемодинамическими нарушениями;

стадия *инфаркта* – диагностируют в период с 12 до 24 часов с момента заболевания, присоединяется интоксикация и изменения в брюшной полости;

стадия *перитонита*, может развиваться уже с первых 12 часов заболевания, отмечается выраженная интоксикация, гемодинамические расстройства и перитонеальные явления.

Степень выраженности болевого синдрома зависит от уровня окклюзии верхней брыжеечной артерии и протяженности поражения тонкой кишки.

Наиболее интенсивна боль при поражениях I сегмента верхней брыжеечной артерии. Характерной особенностью поражения I сегмента верхней брыжеечной артерии является поведение пациента: из-за выраженных болей в животе наблюдается беспокойное поведение пациента: пациент стонет, мечется в пределах постели, не находит удобного положения. В ишемическую фазу, особенно при окклюзии I сегмента верхней брыжеечной артерии, клиническая картина сопровождается интенсивными и острыми болями в животе, тошнотой, рвотой, жидким стулом, у подавляющего числа пациентов в стадии ишемии отмечается жидкий стул (ишемическое опорожнение тонкой кишки), из них у 50% пациентов двукратный, что приводит иногда к ошибочной госпитализации пациентов в инфекционное отделение. Пульс аритмичный, артериальное давление чаще повышенное.

Особенностью отличия болевого синдрома ОМИ от такового при других острых заболеваниях брюшной полости является несоответствие его выраженности физикальным данным – мягкий живот, отсутствует мышечное напряжение передней брюшной стенки (в начальной стадии). Боль в животе в начале заболевания при ОМИ обусловлена спастическими сокращениями кишки, обычно не локализованная. Ишемическая стадия продолжается в зависимости от уровня, вида окклюзии (эмболия или тромбоз) и выраженности коллатерального кровотока от 6 до 12 час.

Ствол верхней брыжеечной артерии делят на:

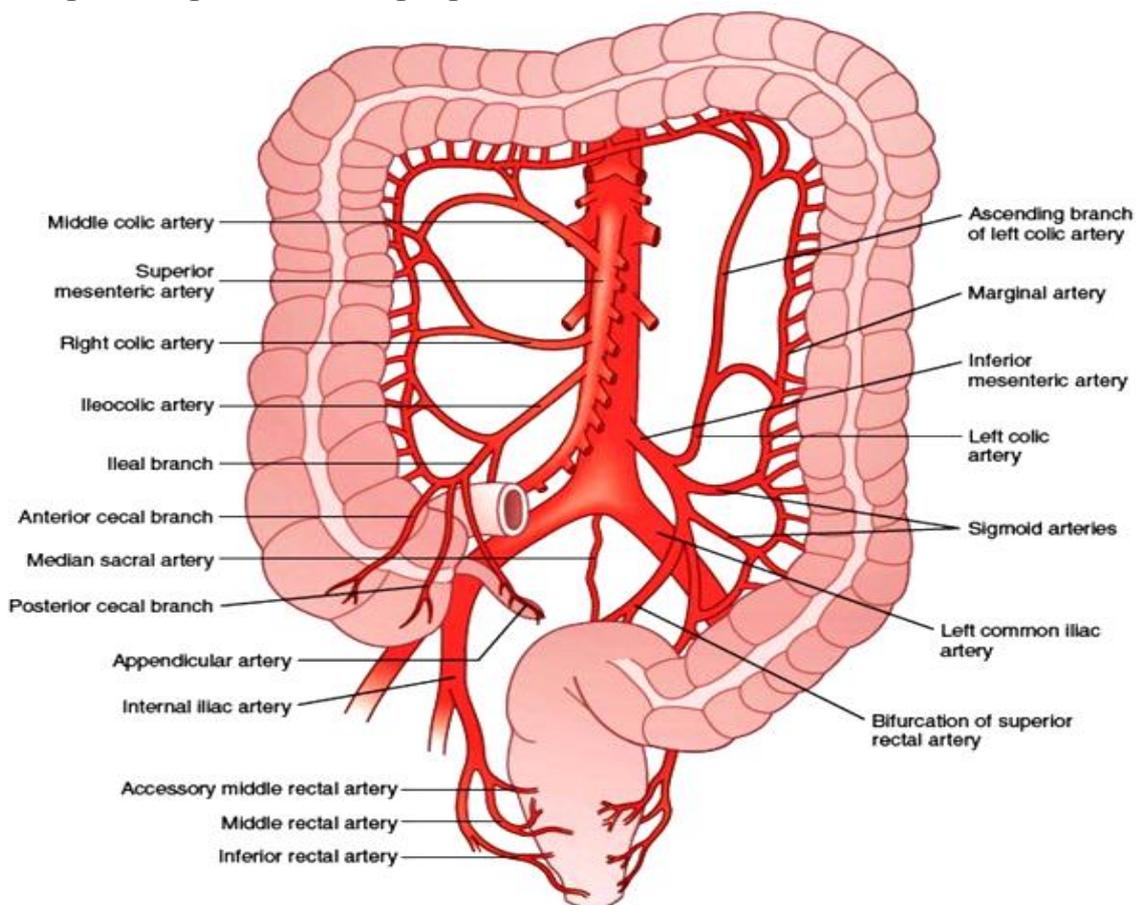


Рисунок 8.1. Артериальное кровоснабжение тонкой и толстой кишки

- I сегмент (верхний) от устья верхней брыжеечной артерии до *a.colica media*, боль обычно не имеет четкой локализации и распространяется по всему животу у 1/3 пациентов и концентрируется в эпигастральной области у 37 – 40 % пациентов, что обусловлено раздражением верхнебрыжеечного и солнечного сплетений. У 45 % пациентов боль изначально локализуется в правой подвздошной области из-за некроза терминальной части подвздошной кишки и длится от нескольких часов до суток. При тромбозе 1 сегмента верхней брыжеечной артерии наступает некроз всей тонкой и правой половины ободочной кишки.

- II сегмент (средний) от *a.colica media* до *a. ileocolica* в 75 % боли локализуется в эпи – и мезогастррии справа и в правой подвздошной области, поражаются преимущественно тощая, подвздошная и слепая кишка.

- III сегмент (нижний) от *a. ileocolica* до дистальных ветвей. В большинстве случаев боли локализуется в правой подвздошной области. В анамнезе у этих пациентов обычно: атеросклероз, ревматический порок сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь нарушения ритма и др. Преимущественно поражается подвздошная и слепая кишка. Боль локализуется в правой подвздошной области в 60 % случаях, в 30 % - в нижних отделах живота. У неко-

торых пациентов можно определить болезненное опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции (*симптом Мондора*). Периодически отмечается рвота, иногда рвота типа «кофейной гущи». Стул с примесью крови наблюдается у 1/3 пациентов – кровянистая слизь в испражнениях, напоминающая малиновое желе. Нарушается эвакуаторная функция кишки. Задержка стула и газов наблюдается 50% пациентов. Язык становится сухим, живот вздувается, при пальпации остается мягким. Перистальтические шумы отсутствуют в результате пареза и гангрены кишки.

Эмболическую природу ОИИ подозревают, если: а) клиника острого живота развивается на фоне сопутствующей патологии сердца и идентифицирован (на основе данных эхокардиографии) вероятный источник эмболии – пристеночный тромб в левом желудочке, предсердии или ушке, кальциноз створок клапанов; б) в анамнезе уже были эпизоды эмболии в других сосудистых бассейнах (верхних, либо нижних конечностях, сонных, почечных артериях).

Для тромбоза верхней брыжеечной артерии помимо острой симптоматики у некоторых пациентов характерным является наличие продромальных признаков: за несколько дней либо недель до развития ОМИ появляются периодические боли в животе, тошнота, рвота, расстройство стула, вздутие живота; приступы болей обычно связаны с приемом пищи, причиной этого было сужение верхней брыжеечной артерии вызванное атеросклеротическим поражением или развитием пристеночного тромбоза.

В стадии инфаркта кишки (II стадия заболевания ОМИ) - начинается необратимая деструкция, гангрена кишечной стенки. В клинической картине инфаркта кишки преобладают симптомы, связанные с дегидратацией, интоксикацией, гиповолемией, кровопотерей. Появляются локальные симптомы со стороны передней брюшной стенки (болезненность и напряжение при пальпации, притупление в отлогих местах при перкуссии и пр.). Интенсивность болей несколько уменьшается, они становятся постоянными в 88% случаях, появляется болезненность при пальпации у 94% пациентов.

При мезентериальном венозном тромбозе клиническая картина вообще неспецифична, боли в животе могут сохраняться несколько дней, пока не появятся перитонеальные симптомы. Лечение этой патологии резко отличается от терапии артериальной ишемии.

Вследствие нарушения мезентериального кровообращения наступает ишемия стенки кишки, что приводит к изменениям, варьирующим от ишемического до геморрагического инфаркта. Степень и протяженность поражения кишки зависят от локализации и распространенности патологического процесса. При окклюзии небольшой артериальной ветви страдает лишь ограниченный участок кишки, при облитерации основного ствола некроз наступает во всех отделах в зоне их кровоснабжения.

## **Клиника**

В клинической картине, как правило, превалирует триада симптомов: *боль в животе, шок и понос*.

Основным симптомом заболевания является *боль в животе* – от умеренно выраженной до нестерпимой.

Характерно несоответствие между тяжелым общим состоянием и изменениями, выявляемыми при осмотре живота: *вздутие, умеренная болезненность без симптомов раздражения брюшины*, что чаще всего и является причиной запоздалой диагностики заболевания.

Классически болевой синдром не соответствует физикальным данным в течение 2-3 часов с момента заболевания. При запоздалой диагностике определяются признаки «острого живота»: *вздутие, напряжение передней брюшной стенки, лихорадка, рвота, диарея, гипотензия*.

При окклюзии сосудов брыжейки выделяют 3 стадии заболевания:

*Течение заболевания:* а) с компенсацией мезентериального кровотока (выздоровление без последствий); б) с субкомпенсацией мезентериального кровотока; в) с декомпенсацией мезентериального кровотока (быстро прогрессирующее течение; медленно прогрессирующее течение).

## **Виды инфаркта кишечника:**

- *геморрагический* пропитывание интенсивное стенки и брыжейки кишки: наличие геморрагического выпота в брюшной полости, наиболее выражен при венозных тромбозах.

- *анемический*: стенка кишки серая, истонченная, выпот скудный серозный или серозно-геморрагический, развивается при высоких окклюзиях артериального русла

- *смешанный*: чередование участков анемического и геморрагического поражения

Учитывая разнообразие клинического течения, а также в зависимости от преобладания тех или иных симптомов, выделяют следующие **формы тромбозов мезентериальных сосудов**:

1) ангиоспастическая, связанная с повторными спазмами сосудов;

2) форма, с самого начала протекающая с клинической картиной непроходимости кишечника;

3) форма, сопровождающаяся клинической картиной диареи;

4) форма, протекающая с клинической картиной, имитирующая острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат или перитонит аппендикулярного происхождения;

5) атипичные формы, связанные с закупоркой мелких сосудов и протекающие с клинической картиной простых язв или стеноза тонкой и толстой кишки на почве рубцевания язв.

Начало заболевания может быть постепенным или же сразу возникает *сильная неопределенная боль*, которая не купируется даже наркотическими препаратами. В некоторых случаях начало заболевания протекает в два этапа, когда повторный приступ интенсивной боли возникает после непродолжительного светлого промежутка. В первые часы боль имеет прерывистый характер, затем становится равномерной, постоянной и интенсивной.

Иногда заболеванию предшествуют различной выраженности *приступы «брюшной жабы»*. Симптомоконекс «брюшной жабы» представляет собой *боль в животе*, как правило, связанную с приемом пищи, что влечет за собой отказ от еды и похудание, *метеоризм, нарушение функции ЖКТ*. Вместе с болевым синдромом почти постоянно наблюдаются *тошнота, рвота, позывы на «стул» или «стул» с примесью крови*.

Окклюзия верхней брыжеечной артерии начинается с внезапной схваткообразной боли с максимумом в правой половине живота и вокруг пупка. Кожа покрывается холодным липким потом, развиваются резкая общая слабость, тахикардия и гипотония.

Как правило, в начале шока возникает рвота, а через несколько часов или к концу суток отмечается жидкий «стул» с примесью крови и слизи. В первые часы болезни живот вздут, стенка его болезненна при пальпации. На обзорной рентгенограмме живота отмечается повышенная пневматизация кишечных петель. К концу суток в расширенных кишечных петлях появляются горизонтальные уровни.

Ишемия толстой кишки в 4—30 % случаев наблюдается при хирургическом лечении разрыва аневризмы. Нижняя брыжеечная артерия имеет два основных анастомоза: один - сообщение с верхней мезентериальной артерией через проходящие анастомозы между средней и левой толстокишечными артериями; другой - обеспечивается геморроидальной циркуляцией, коллатеральными сосудами с верхней геморроидальной артерией, идущей от нижней мезентериальной, с одной стороны, и нижней и средней геморроидальными артериями, которые выходят из гипогастральной артерии, с другой стороны. Причины некроза толстой кишки:

- анатомическая аномалия коллатерального кровотока, отсутствие маргинальных артерий (2-10%);
- атеросклероз, окклюзия после лигирования обеих гипогастральных, подвздошных артерий с уменьшением геморроидального кровообращения;
- эмболия тромботическими массами, пристеночный тромбоз из аневризматического мешка с окклюзией коллатеральных сосудов;

- стеноз или окклюзия верхней мезентериальной артерии с отсутствием коллатерального кровообращения из средней толстокишечной артерии.

При тромбозии ствола нижней брыжеечной артерии внезапно возникшая боль локализуется в нижней половине живота и малом тазу. Боль сопровождается рвотой, может быть жидкий «стул» с примесью крови и слизи. Передняя брюшная стенка в начале болезни не напряжена, пальпация нижней половины живота болезненна. Постепенно развивается парез кишечника.

Общее состояние пациента уже при поступлении, как правило, тяжелое и обусловлено заболеванием, на фоне которого развилось нарушение мезентериального кровообращения, гемодинамическими нарушениями, коллапсом, а в стадии некроза кишки – перитонитом и интоксикацией.

Диагностическое значение приобретает появление в рвотных массах крови в виде легкого розового окрашивания, «кофейной гущи» или значительной по объему примеси в сгустках.

Задержка отхождения газов и отсутствие «стула» отмечаются примерно у  $\frac{1}{3}$  пациентов, а жидкий «стул» у половины пациентов, «стул» может быть с примесью крови.

### **Объективные данные**

Отмечаются бледность кожных покровов с землисто-серым оттенком, липкий пот, акроцианоз. Пациент мечется, меняет положение, стонет и даже кричит от боли. При прогрессировании заболевания состояние ухудшается, пациент становится адинамичным, утихает, принимает вынужденное положение на спине или на боку с подтянутыми к животу конечностями.

По мере прогрессирования заболевания с развитием перитонита и интоксикации язык становится сухим, покрывается налетом.

При остром начале пульс частый, слабого наполнения. В первые часы АД повышено с тенденцией к быстрому снижению в дальнейшем. Повышение АД объясняется спазмом сосудов кишечника, который рефлекторно распространяется на всю артериальную систему.

Изменения температуры тела не имеют определенной закономерности. В начале заболевания температура в пределах нормы, если нет причин для ее повышения (гнойные заболевания, тромбозы и др.). При развитии интоксикации и перитонита температура может быть ниже нормы.

В начальном периоде живот участвует в дыхании, его конфигурация не изменена, в дальнейшем появляется постепенно прогрессирующее вздутие. При закупорке сосудов брыжейки живот умеренно вздут, без заметной перистальтики.

При пальпации живота болезненность возникает до развития воспалительных изменений в брюшной полости. Как правило, в начале заболевания

определяется мягкая брюшная стенка, без напряжения мышц и малоболезненная, что не соответствует общему состоянию пациента, который страдает от невыносимой боли в животе. Через несколько часов появляется резкая болезненность по всему животу (наиболее выраженная в месте пораженной кишки) и напряжение мышц передней брюшной стенки. В стадии развившегося перитонита определяются выраженная болезненность по всему животу и положительные перитонеальные симптомы.

**Симптом Мондора** – при пальпации живота обнаруживается умеренно болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции, без четких границ, неподвижное или слегка подвижное. Над образованием определяется тупой перкуторный звук. Этот симптом обусловлен резким отеком пораженной инфарктом кишки и ее брыжейки. При перкуссии живота типичным, по выражению Мондора, является «метеоризм с притуплением», имеется чередование участков тимпанита и притупления. Симптом Мондора встречается, главным образом в стадии ишемии, и может определяться только у пациентов с дряблой брюшной стенкой.

В стадии инфаркта начинается процесс пропотевания жидкости в брюшную полость и появляется широкая зона притупления в центре живота, а затем в отлогих местах.

В начале заболевания определяется нормальная или даже усиленная перистальтика, но по мере развития процесса она ослабевает, что свидетельствует об ишемии кишки. Характерным считается полное отсутствие перистальтических шумов вследствие некроза кишки.

При пальцевом исследовании прямой кишки обнаруживаются нависание передней стенки кишки, на перчатке – кровь (от следов до значительной по объему примеси). Мелена встречается в 15 % случаев, скрытое кровотечение – почти у половины больных.

### **Диагностика**

Диагностика острых нарушений мезентериального кровообращения основывается на анализе клинических проявлений (следует обращать внимание на несоответствие данных физикального обследования общему тяжелому состоянию пациента).

### **Хроническая мезентериальная ишемия**

Хроническая абдоминальная ишемия известна под названием «брюшная жаба» и может быть заподозрена, когда пациент сообщает о боли в животе обычно после еды и длящейся в течение 1 – 3 часов. В начальной стадии боль может быть минимальной, но она прогрессирует в течение недель и месяцев, ухудшая состояние. Из-за боязни возникновения боли пациенты стараются не

есть, теряют в весе. Тяжелые стенозы и полная обструкция 2-х из 3-х крупных артерий обычно уже имеются до очевидных симптомов заболевания, т.к. формируются хорошие коллатерали. Одним из наиболее грозных осложнений острого тромбоза – развитие некроза кишки. Диагностика трудна, т.к. у большинства пациентов имеется асимптоматическое течение заболевания в связи с расширением коллатеральных вен. Когда в тромбоз вовлекаются воротная вена или вены селезенки, первоначальным проявлением может быть кровотечение из варикозных вен, спленомегалия и асцит.

Для хронической абдоминальной ишемии характерна триада симптомов: а) приступообразные боли в животе, развивающиеся после приема пищи на высоте пищеварения; б) дисфункция кишечника; в) прогрессирующая потеря веса.

По локализации и характеру клинических проявлений различают следующие формы: а) чревная; б) брыжеечная тонкокишечная; в) брыжеечная толстокишечная; г) смешанная.

В клиническом течении выделяют три стадии:

*Стадия компенсации:* пациенты испытывают преходящие кратковременные боли в животе.

*Стадия субкомпенсации:* возникают чувство тяжести в эпигастральной области, вздутие живота, чувство переедания после приема небольшого количества пищи, беспричинные запоры, сменяющиеся поносами.

*Стадия декомпенсации:* боли в животе, которые носят ноющий характер, зависят не от качества, а от количества принятой пищи. В далеко зашедших случаях боли носят постоянный характер, и их связь с приемом пищи теряется. При поражении чревного ствола боли локализуются в эпигастральной области, с иррадиацией в правое подреберье, при поражении верхней брыжеечной артерии – в мезогастральной области с иррадиацией по всему животу, при поражении нижней брыжеечной артерии – в левой подвздошной области с иррадиацией по всему животу,

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все пациенты с подозрением на острый мезотромбоз, хроническую мезентериальную ишемию подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения в положении лежа.

В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом.

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с острым мезотромбозом, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов.

## ГЛАВА 9

### ОСТРЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Причины острой хирургической патологии брюшной полости, связанные с гинекологической патологией, условно можно разделить на три группы:

- 1) острые внутрибрюшные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
- 2) нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут ножки опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/или некроз миоматозного узла);
- 3) острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины.

#### ***Внематочная беременность (ВБ)***

Является следствием экстраутеральной имплантации и развития оплодотворенного яйца за пределами матки. В зависимости от локализации различают *внематочную трубную (интерстициальную, истмическую, ампулярную и фимбриальную), яичниковую и брюшную беременность*. Типичным местом имплантации трофобласта (до 95 %) является ампула маточной трубы. При нарушении трубной беременности эмбрион с сохраненной хориальной оболочкой может попадать в брюшную полость, создавая предпосылки для возникновения вторичной брюшной беременности. Возможно сочетание маточной и ВБ, частота такой патологии составляет 0,6 %. По клиническому течению выделяют развивающуюся и прервавшуюся ВБ.

Первостепенную роль в этиологии ВБ отводят воспалительным процессам в придатках матки, следствием чего являются структурно-функциональные нарушения маточных труб. К другим причинам ВБ относят использование внутриматочных контрацептивов, нарушающих перистальтику маточных труб, инфантилизм и эндометриоз маточных труб, врожденную их непроходимость или патологическую асимметрию, наличие в них полипов и опухолей, перенесенные ранее пластические и консервативные операции на трубах, стрессовые влияния, никотиновую интоксикацию, длительную послеродовую лактацию.

В силу скудной клинической симптоматики прогрессирующая трубная беременность на ранней стадии распознается крайне редко. В организме пациентки происходят изменения, свойственные для маточной беременности ранних сроков: *предположительные* (тошнота, рвота, изменение обонятельных ощущений, сонливость, слабость) или *вероятные* (нагрубание молочных желез, цианотичность слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, незначительное увеличение размеров матки и смягчение ее консистенции, положительные тесты на гормоны трофобласта) *признаки*. Задержка менструации может

отсутствовать, но если менструация наступает в срок, то проявляет себя необычно (в виде скудных кровяных выделений).

Трубная беременность, как правило, прерывается на 4-6 или 7-8 неделях вследствие внедрения в стенку маточной трубы ворсин хориона, что вызывает ее разрушение и расплавление с образованием слоя фибринозного некроза. Это приводит к истончению и растяжению стенки с последующей деструкцией нервных волокон и стенок кровеносных сосудов.

Наиболее частым вариантом прерывания ВБ является *трубный аборт*. В 30% случаев отмечается разрыв маточной трубы. Достаточно редким исходом трубной беременности любой локализации служит ранняя гибель зародыша и его резорбция с последующим образованием гемато- или гидросальпинкса. При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно чаще всего погибает (затем может подвергнуться обезызвествлению и мумификации). Кровотечение из трубы останавливается самостоятельно в крайне редких случаях.

### ***Клиника***

Трубный аборт сопровождается пёстрой клинической картиной: у некоторых женщин наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения, у других же симптоматика настолько скудна, что выявить заболевание довольно трудно. Дифференцировать эктопическую беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта, чаще всего следует с такими заболеваниями, как а) самопроизвольный аборт при маточной беременности, б) обострение хронического сальпингоофорита, в) апоплексия яичника, а также г) пищевая интоксикация. Нередко (до 30% случаев) пациентов с ВБ госпитализируют в хирургические стационары с подозрением на ОА.

Для правильной диагностики трубного аборта следует подробно изучить анамнез, характер боли и кровянистых выделений из половых путей. Особое внимание обращают на выяснение особенностей последних 2 - 4 менструальных циклов, так как задержка месячных может быть от нескольких дней до 2 - 3 месяцев. Боль чаще всего имеет приступообразный характер (от нескольких минут до нескольких часов), кровотечение из половых путей или совпадает с первым болевым приступом либо появляется после него. Кровянистые выделения напоминают «кофейную гущу». При влагалищном исследовании выявляют незначительное увеличение и размягчение тела матки, не соответствующее сроку задержки менструации, пастозность и болезненность придатков матки, сглаженность и/или напряжение заднего свода влагалища, резко болезненного при пальпации, иногда удается определить перитубарную гематому в виде образования без четких контуров в проекции придатков матки или позади нее.

В анализе крови отмечают снижение гемоглобина, гипохромная анемия и сдвиг лейкоцитарной формулы влево (особенно при вялотекущем и продол-

жительном трубном аборте). Вместе с тем, почти в 90% наблюдений патологические изменения формулы крови отсутствуют, так же как отсутствуют или бывают не выражены характерные приступообразность и иррадиация боли, задержка менструации.

Разрыв маточной трубы протекает остро с выраженной клинической картиной, обусловленной кровотечением в брюшную полость. Резкий болевой приступ возникает на фоне полного благополучия (часто боль первоначально локализуется на стороне поражения). Он имеет характерную иррадиацию: в область прямой кишки, подреберье, межлопаточную область, ключицу (*френикус-симптом*), нередко сопровождается тенезмами и жидким «стулом».

### ***Диагностика на догоспитальном периоде***

При осмотре наблюдаются апатия и заторможенность пациенток, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, одышка, тахикардия, снижение АД. Пальпация живота выявляет резкую болезненность и симптомы раздражения брюшины при мягкой передней брюшной стенке (*симптом Куленкампа*), притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, граница которого перемещается с изменением положения тела пациентки. Отмечается резкая анемизация пациентки, но врач не должен ожидать выраженного снижения гемоглобина в первые часы заболевания, когда еще не развилась гемодилуция, компенсирующая снижение ОЦК.

### **Апоплексия яичника (АЯ)**

Внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов графова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Встречается в возрасте от 14 до 45 лет, чаще в 20-35 лет. Известны случаи кровоизлияния в яичник у маленьких девочек. Частота АЯ среди гинекологической патологии составляет до 3 %. Рецидив заболевания достигает 60 %.

АЯ – сложный по патогенезу процесс, обусловленный физиологическими циклическими изменениями кровенаполнения органов малого таза. У большинства пациенток (90 %) АЯ происходит в середину или во вторую фазу менструального цикла. Это связано с особенностями яичниковой ткани, в частности, с повышенной проницаемостью сосудов и увеличением их кровенаполнения, возникающих в период овуляции и перед менструацией. Апоплексия правого яичника встречается в 3 раза чаще, чем левого за счет более обильного его кровоснабжения (правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая – от почечной артерии).

Предрасполагающими факторами возникновения разрыва яичника служат воспалительные процессы органов малого таза и варикозное расширение ова-

риальных вен, ведущие к застойному полнокровию. Кровотечения из яичников могут наблюдаться при заболеваниях крови и длительном приеме антикоагулянтов. Указанные условия создают фон для воздействия экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к апоплексии яичника. Среди экзогенных выделяют травму живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховую езду, спринцевание, влагалищное исследование и т. д. Эндогенными причинами могут быть неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу и т. д. У ряда пациенток никаких провоцирующих моментов выявить не удастся, разрыв яичника возникает у них в состоянии покоя или во время сна.

### ***Классификация***

Для выбора адекватной тактики ведения пациентки выделяют болевую, анемическую и смешанную формы АЯ.

А. Болевая форма.

В. Геморрагическая форма:

I легкая степень (внутрибрюшное кровотечение не превышает 150 мл);

II средняя степень (кровопотеря 150-500 мл);

III тяжелая (объем внутрибрюшной кровопотери более 500 мл).

### ***Клиника и диагностика***

Болевая форма АЯ наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела без кровотечения в брюшную полость. Клиническая картина этой формы и легкой степени геморрагической формы АЯ сходны. Заболевание проявляется приступом боли внизу живота без иррадиации. Иногда болевой синдром сопровождается тошнотой и рвотой, однако признаки внутрибрюшного кровотечения отсутствуют. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс и АД в пределах нормы. Язык чистый, влажный. Пальпаторно живот мягкий, но возможна незначительная ригидность мышц передней брюшной стенки в нижних отделах. Отмечается болезненность в подвздошной области, чаще справа, перитонеальные симптомы отсутствуют. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не выявляется. При гинекологическом осмотре определяется матка нормальных размеров, несколько увеличенный болезненный яичник. Своды влагалища глубокие, свободные. По УЗИ органов малого таза разрыв яичника непосредственно визуализировать почти никогда не удастся, вместе с тем можно обнаружить незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве с мелкодисперсной взвесью (фолликулярная жидкость с примесью крови). В клиническом анализе крови выражен-

ные изменения не отмечаются (умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево).

**Геморрагическая форма АЯ** средней и тяжелой степени проявляется симптомами, связанными с внутрибрюшным кровотечением. Заболевание начинается остро, часто связано с внешними воздействиями (половой акт, физическое напряжение, травма и т. д.). Боль локализуется в нижних отделах живота и часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы. Болевой синдром сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обморочными состояниями. Выраженность данной симптоматики зависит от объема внутрибрюшной кровопотери. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается холодный липкий пот. Тахикардия, снижение АД. Язык сухой, живот напряжен, возможно незначительное его вздутие. При пальпации определяется резкая болезненность в одной из подвздошных областей или по всему гипогастрию. Перитонеальная симптоматика наиболее выражена в нижних отделах. Перкуторно определяется свободная жидкость в отлогих местах живота (правый и левый боковые каналы).

### **Перекрут ножки опухоли внутренних половых органов**

Возможен перекрут ножки любой опухоли, но чаще (до 25% наблюдений) этому патологическому процессу подвержены опухоли яичника, особенно имеющие высокую подвижность зрелые тератомы, параовариальные кисты и плотные фибромы яичника. Встречается также перекрут маточной трубы, неизмененного яичника и даже всей матки или ее придатков.

В клинической практике различают анатомическую и хирургическую ножки опухоли (кисты) яичника. Анатомическая ножка состоит из растянутых связок (воронкотазовой и собственной) яичника и его брыжейки. В ней проходят сосуды, питающие опухоль и ткань яичника (яичниковая артерия, ветвь восходящей части маточной артерии), лимфатические сосуды и нервы. Хирургическая ножка образуется в результате перекрута. В нее, помимо анатомической ножки, входит растянутая в длину маточная труба.

Причины перекрута ножки опухолей не всегда ясны. Считают, что для возникновения перекрута имеют значение внезапная остановка вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, танцы), физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления. В этом случае вращение опухоли вокруг своей ножки продолжается по инерции, что приводит к перекручиванию. Ему способствуют асимметричная форма опухоли, неравномерная плотность и значительная длина.

В момент перекрута перегибаются питающие яичник ветви маточной и яичниковой артерий вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем наступает некроз и асептическое воспаление,

распространяющееся на брюшину малого таза. Перекрут может быть полным (более 360°) и частичным (менее 360°). При частичном перекруте, прежде всего, нарушается венозный отток при относительно сохраненном артериальном притоке. Все явления носят значительно менее выраженный характер и могут исчезнуть даже без лечения. Вторичные изменения в опухоли (некроз, кровоизлияния) обычно выявляются у таких пациенток во время операции.

**Клиника** определяется нарушением питания опухоли. При быстром перекруте ножки опухоли клиника настолько характерна, что сразу позволяет установить правильный диагноз. Заболевание начинается внезапно с появления *резкой боли* внизу живота на стороне поражения, *тошноты, рвоты, пареза кишечника (задержка отхождения газов, отсутствие «стула»)*. При медленном перекруте симптомы заболевания выражены менее резко, имеют склонность периодически усиливаться или исчезать.

**Диагностика** перекрута ножки опухоли основана на жалобах, данных анамнеза (указание на наличие кисты или опухоли яичника), характерных симптомах заболевания, данных объективного исследования. При осмотре: кожные покровы бледные, покрыты холодным, липким потом, температура тела повышена (обычно до 38°C), пульс учащен. Язык сухой, обложен налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в месте проекции опухоли, мышцы передней брюшной стенки напряжены, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

### **Некроз миоматозного узла**

Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям внутренних половых органов. Некроз миоматозных узлов наступает примерно у 7% пациенток миомой матки и нередко происходит во время беременности, в послеродовом или после-абортном периодах.

Некроз миоматозного узла может быть связан либо с перекрутом его ножки при субсерозной локализации, либо с недостаточной его васкуляризацией. Во время беременности создаются предпосылки для возникновения некроза миоматозных узлов: снижение кровотока в миометрии с повышением сосудистого тонуса и нарушением венозного оттока. Следует учитывать также и быстрое увеличение их размеров параллельно с ростом беременной матки. Некроз сопровождается развитием отека, кровоизлияний, асептического воспаления в узле. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит.

**Клиническая картина** перекрута ножки миоматозного узла развивается остро – возникает *схваткообразная боль* внизу живота, *тошнота, рвота, озноб, сухость во рту, нарушение функции кишечника*. При недостаточном кровоснабжении (нарушении питания) миоматозного узла клиника менее выражена. Пациентку беспокоит *периодически усиливающаяся тянущая боль* внизу

*живота и пояснице. В момент приступа боли отмечаются тошнота, озноб, субфебрильная температура, тахикардия.*

*Диагностика* перекрута ножки или нарушения питания миоматозного узла основывается на анамнестических указаниях о наличии миомы матки, жалобах, клинических проявлениях заболевания. При *физикальном осмотре* обнаруживают бледность кожных покровов. Язык сухой, обложен налетом. Живот вздут, ригиден, при пальпации болезненный в нижних отделах, там же определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

**Эндометриоз яичников** занимает первое место в группе наружного генитального эндометриоза и нередко распространяется на другие органы и ткани: кишечник, мочеточники, мочевого пузыря, ректовагинальную клетчатку малого таза. Поражение яичников эндометриозом может происходить гематогенным, лимфогенным или имплантационным путем. Не исключается эмбриональный генез заболевания. Эндометриоидные гетеротопии, образующиеся в ткани яичника, представляют собой псевдокисты до 5-10 см и более в диаметре, заполненные содержимым бурого цвета. Стенка кисты выстлана цилиндрическим или кубическим эпителием. Выделяют несколько гистологических разновидностей эндометриоза яичников: железистый, кистозный, железисто-кистозный и стромальный. Железисто-кистозный эндометриоз яичников обладает наибольшей способностью к пролиферативному росту и малигнизации.

Эндометриоз яичников до определенного времени может быть бессимптомным – пока не возникает микроперфорация камер эндометриоидной кисты и в процесс вовлекается брюшина таза и прилегающих органов.

У пациенток появляется *тупая боль в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, промежность*. Боль усиливается во время менструации (чаще в последние дни или после ее окончания). У 70 % пациенток отмечается *альгодисменорея и диспареуния*. Спаечный процесс и распространение очагов эндометриоза по брюшине усиливают болевой симптом при физических нагрузках и половых контактах. Клиническая картина сходна с хроническим рецидивирующим аднекситом.

Перфорация (разрыв) эндометриоидных кист проявляется внезапно возникающей *острой приступообразной болью в животе*, сопровождающейся *тошнотой и рвотой*. Может наблюдаться потеря сознания. Появляются симптомы раздражения брюшины, и развивается картина «острого живота», сходная с таковой при ВБ (разрыв трубы) и АЯ.

**Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов** занимают первое место в структуре гинекологической патологии. Тесная анатомическая связь внутренних половых органов с другими органами брюшной

полости и малого таза создают предпосылки к распространению инфекционного процесса путем непосредственного контакта, по кровеносным или лимфатическим сосудам. В зависимости от возбудителя, воспалительные заболевания внутренних половых органов могут быть специфическими и неспецифическими. По локализации патологического процесса различают: *эндомиометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит и параметрит*.

Факторами, приводящими к распространению инфекции в половых путях, служат различные внутриматочные манипуляции (зондирование матки, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки, гистеросальпингография, гистероскопия, искусственные аборты, введение ВМК), менструация, роды, операции на органах брюшной полости и органах малого таза. При восходящем пути инфицирования из матки инфекция распространяется в маточную трубу, вовлекая в воспалительный процесс все ее слои (сальпингит). У половины пациентов процесс захватывает яичник (оофорит), часто вместе со связочным аппаратом (сальпингоофорит). Воспалительный экссудат, скапливаясь в просвете маточной трубы, может привести к спаечному процессу и закрытию фимбриального отдела ее, образуя мешотчатое образование (сактосальпинкс). Скопление гноя в трубе ведет к образованию пиосальпинкса, серозного экссудата – гидросальпинкса. Проникновение микроорганизмов в ткань яичника может осложниться абсцедированием. Слияние абсцессов приводит к расплавлению овариальной ткани. Яичник превращается в мешотчатое образование, заполненное гноем (пиовар). Одним из осложнений острого аднексита является тубоовариальный абсцесс, образующийся в результате расплавления стенок пиовара и пиосальпинкса.

При определенных условиях, инфекция через фимбриальный отдел маточной трубы, а также при разрыве абсцесса яичника или пиосальпинкса может проникнуть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины малого таза (пельвиоперитонит), клетчатки (параметрит), а затем и других этажей брюшной полости (распространенный перитонит) с развитием абсцессов (ректовагинального углубления, межкишечных).

В анамнезе у пациенток с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов отмечаются бесплодие, нарушения менструального цикла, связанные с указанными причинами обострения воспалительных процессов, периодическое появление патологических белей.

*Клиническая картина* весьма разнообразна. Острому началу предшествует плохое самочувствие, снижение работоспособности, субфебрильная температура. Боль локализуется в малом тазу с иррадиацией в паховую область и внутреннюю поверхность бедра. Температура тела постепенно повышается. Появляется дискомфорт со стороны ЖКТ и мочевыделительной системы (болезненность при дефекации, учащенное и болезненное мочеиспускание). Тош-

нота и рвота присоединяются значительно позже, когда в воспалительный процесс вовлекается значительная часть брюшины. При гнойных поражениях маточных труб нередко воспалительный процесс имеет прогрессирующий характер. В силу истончения стенки маточной трубы и последующего прорыва в свободную брюшную полость может возникнуть разлитой гнойный перитонит. Открытая форма пельвиоперитонита по симптомам сходна с распространенным хирургическим перитонитом и часто является следствием восходящей гонококковой инфекции.

### **Острая восходящая гонорея**

Чаще встречается в молодом возрасте и связана с началом половой жизни или случайными внебрачными связями, нередко обостряется с началом менструации. Брюшина малого таза находится в состоянии острого воспаления. В остальных отделах брюшины развивается реактивное воспаление.

Пациенты предъявляют жалобы на боль внизу живота, больше в области малого таза, и гнойные разъедающие бели, частое болезненное мочеиспускание. Отмечается высокая температура, частый пульс, рвота, атония кишечника (метеоризм). Живот мягкий (!), резко болезненный, особенно в нижних отделах. Выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс соответствует температуре, АД в пределах нормы.

В отличие от хирургического перитонита общее состояние пациентов не столь тяжелое, хотя болезненность в нижних отделах живота выражена резко. При осмотре зеркалами слизистая оболочка шейки матки и влагалища гиперемирована. Из шеечного канала наблюдается гнойное отделяемое. При двуручном влагалищно-брюшностеночном обследовании из-за резкой болезненности определить внутренние половые органы не удастся. Смещение матки болезненно. Своды достаточно глубокие и болезненные.

*Клиническая картина* гинекологического перитонита во многом сходна с клиникой прободного перитонита при хирургических заболеваниях (аппендицит, перфорация желудка или кишечника) и требует срочного оперативного вмешательства. Прорыв гнойника (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальный абсцесс) обычно связан с физической нагрузкой, половым актом или грубым гинекологическим осмотром. Прободение гнойной опухоли с излитием гноя в брюшную полость сопровождается коллапсом, появлением острой боли по всему животу, холодного пота. Черты лица пациентки заостряются, пульс частый, слабого наполнения. Язык сухой, обложенный. Брюшная стенка практически не участвует в дыхании, резко напряжена и болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Перистальтика кишечника слабая или вообще не выслушивается. При значительном объеме гнойного содержимого выявляется приглушение перкуторного звука в отлогих местах живота.

Прободному гинекологическому перитониту часто предшествует ряд симптомов: схваткообразная боль в животе, сопровождающаяся тенезмами или дизурическими явлениями (признаки прорыва гнойной опухоли в кишку или мочевого пузырь). Общее состояние пациенток резко ухудшается: температура тела быстро повышается, учащается пульс, отмечается задержка отхождения газов, отсутствие «стула», редко – рвота. Нарастают симптомы раздражения тазовой брюшины (пельвиоперитонит).

**Дифференциально-диагностические признаки  
распространенного и тазового перитонита (Брауде И.Л., 1957)**

<b>РАСПРОСТРАНЕННЫЙ</b>	<b>ТАЗОВЫЙ ПЕРИТОНИТ</b>
Самочувствие плохое, резкий упадок сил, взгляд выражает беспокойство, страх смерти, глаза запавшие	Самочувствие удовлетворительное
Пульс частый, не соответствует температуре, быстрое снижение АД	Пульс учащен, соответствует температуре, АД в пределах нормы
Мучительная тошнота, рвота, икота	Умеренная тошнота, рвота, икоты нет
Постоянная, постепенно нарастающая боль по всему животу, резко усиливающаяся при малейшем движении пациентки в постели	Резкая коликообразная боль по всему животу только в начале заболевания, затем боль ослабевает и локализуется внизу живота
Вздутие живота и напряжение прямых мышц. При пальпации живот резко болезненный, определяются положительные перитонеальные симптомы	Вздутие живота и напряжение прямых мышц выражены умеренно только внизу живота, могут определяться контуры воспалительной опухоли.
При значительном объеме выпота в отлогих местах живота определяется приглушение перкуторного звука, проясняющееся при перемене положения пациентки	Этого признака нет
Отхождение газов и появление стула даже при благоприятном течении заболевания наступает не скоро	Отхождение газов и появление стула наступает вскоре

Труднее всего дифференцировать острое воспаление придатков матки с хирургической патологией (ОА, воспалительными заболеваниями и опухолями кишечника). Для ОА характерно более острое начало, чаще возникает рвота, боль первоначально локализуется в эпигастральной области. В постановке диагноза помогают симптомы Воскресенского, Ровзинга и др.

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все пациенты с подозрением на острую гинекологическую патологию подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием гинекологического или хирургического отделения в положении лежа. При наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС >100 ударов в мин) и гипотония (АД <100 мм рт.ст.) инфузионная терапия (с целью возмещения дефицита ОЦК), начать переливание жидкости в/в капельно: 0,9 % раствор натрия хлорида 500 – 1000 мл, раствор глюкозы 5 % – 400 мл, гидроксиэтил крахмала 400 мл; внутривенное введение гемостатических препаратов (препараты транексамовой кислоты по схеме).

В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом. На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с острой гинекологической патологией, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов.

## ГЛАВА 10

### ПЕРИТОНИТ

**Перитонит** (от греч. *peritonaion* – брюшина), воспаление брюшины. В большинстве случаев является осложнением других заболеваний, травм и операций на органах брюшной полости.

#### **Этиологическая классификация перитонита**

##### *1. Первичный перитонит:*

- спонтанный перитонит у детей;
- спонтанный перитонит у взрослых;
- перитонит у пациентов с постоянным перитонеальным диализом;
- туберкулезный перитонит.

Крайне редкая форма перитонита гематогенного происхождения с инфицированием брюшины из экстраперитонеального источника. Предрасполагающий фактор – асцит, особенно у пациентов с циррозом печени, но может развиваться у женщин вследствие транслокации бактерий из влагалища в брюшную полость через фаллопиевы трубы. В большинстве случаев гематогенный первичный перитонит вызывают эшерихии, клебсиеллы, энтерококки, стафилококки. В случаях выявления асцита анаэробы выделяют редко вследствие высокого содержания кислорода в асцитической жидкости. Часто возбудитель остается не выявленным.

Спонтанный перитонит у детей вызывают в основном стрептококки и пневмококки. Как правило, возникает в неонатальном периоде и в возрасте от 4 до 5 лет. В последнем случае предрасполагающими факторами развития перитонита являются системные заболевания (системная красная волчанка) и нефротический синдром. Спонтанный перитонит у взрослых чаще всего является осложнением асцита при циррозе печени. Вызывается энтеробактериями (*E. coli*). У пациентов, которым проводят постоянный перитонеальный диализ, перитонит чаще всего связан с инфицированием грамположительными микроорганизмами и лишь в 3 – 4% случаев *Ps. aeruginosa*. Туберкулезный перитонит приобретает особую значимость в связи с увеличением заболеваемости туберкулезом и ВИЧ инфекцией. Инфицирование происходит гематогенным путем из пораженного кишечника при туберкулезном сальпингите или туберкулезном нефрите.

##### *2. Вторичный перитонит:*

- в результате перфорации или деструкции органов брюшной полости;
- послеоперационный перитонит;
- посттравматический перитонит;
- вследствие закрытой травмы живота;
- вследствие проникающих ранений живота.

Наиболее частая форма абдоминальной инфекции и основная причина абдоминального сепсиса у хирургических пациентов. В 80 % случаев причиной вторичного перитонита являются деструктивные поражения органов брюшной полости; в 20% случаев послеоперационный перитонит развивается после различных вмешательств на органах брюшной полости.

### 3. Третичный перитонит:

- перитонит без идентифицированного возбудителя;
- перитонит, вызванный грибковой микрофлорой;
- перитонит, вызванный бактериями с низкой патогенностью.
- внутрибрюшные абсцессы (связанные с первичным перитонитом; связанные со вторичным перитонитом; связанные с третичным перитонитом).

Перитонит представляет особую проблему в отношении как диагностики, так и хирургического и антибактериального лечения. Эта рецидивирующая и персистирующая форма перитонита развивается у пациентов в критическом состоянии с повреждением механизмов противoinфекционной защиты. Клинические проявления такого перитонита стерты, характеризуются гипердинамическими нарушениями кровообращения, умеренной гипертермией, полиорганной дисфункцией без четкой местной симптоматики внутрибрюшной инфекции. При лапаротомии причины перитонита обнаружить не всегда удается даже при повторных оперативных вмешательствах. Причиной этой формы перитонита является инфицирование мультирезистентными штаммами коагулазонегативных стафилококков, энтерококков, энтеробактерий, псевдомонад или грибами *Candida spp.*, что характерно для нозокомиальной инфекции. Эффективное проведение антибактериальной терапии при третичном перитоните – весьма сложная проблема. Более того, пока не получено убедительных данных о влиянии системной антибиотикотерапии на результаты лечения этой формы перитонита, которые остаются крайне неутешительными.

По *распространенности* выделяют:

1. Ограниченный перитонит
  - инфильтрат брюшной полости;
  - абсцесс брюшной полости.
2. Неограниченный местный перитонит.
3. Разлитой (распространенный).

Под *ограниченным перитонитом* следует понимать воспалительный процесс в виде сформировавшегося гнояника или инфильтрата, локализованного в непосредственной близости от источника инфекции или вдали от него.

*Неограниченным* местным перитонитом называют воспалительные изменения в зоне источника инфекции без ограничивающих сращений, но охватывающие не более двух анатомических областей.

Воспалительные изменения с тотальным (субтотальным) поражением всего серозного покрова органов и стенок брюшной полости относят к *разлитому (распространенному)* перитониту.

*Характеристика экссудата:*

1. *по форме воспаления* (серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный);

2. *по характеру примеси* (желчный, ферментативный (панкреатогенный), геморрагический, каловый, асцит (асцит-перитонит) и др.

*Микробиологическая характеристика:*

- аэробный; - анаэробный; - смешанный (анаэробно - аэробный);
- обусловленный полиинфекцией (вызывается несколькими возбудителями одного и того же вида).

*По степени тяжести эндогенной интоксикации:*

- легкая;
- средняя;
- тяжелая
  - a. компенсированная;
  - b. субкомпенсированная;
  - c. декомпенсированная;
- обратимый
- необратимый.

*По признакам выраженности септической реакции:*

- неосложненный абдоминальным сепсисом (по ряду параметров соответствует реактивной фазе по классификации К.С. Симоняна),
- осложненный абдоминальным сепсисом, тяжелым сепсисом и септическим шоком:
  - сепсис (соответствует токсической стадии),
  - тяжелый сепсис (соответствует терминальной стадии)
  - септический (инфекционно-токсический) шок

*Осложнения:*

- внутрибрюшные: оментит, кишечные свищи, абсцессы органов;
- флегмона брюшной стенки, забрюшинной клетчатки, эвентрация и т.д.;
- раневая инфекция;
- внутригрудные: инфекция верхних и нижних дыхательных путей (трахеобронхит, нозокомиальная пневмония), медиастенит, эмпиема и др.;
- ангиогенная инфекция;
- уроинфекция.

## Формулировка развернутого диагноза

Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Распространенный гнойно-фибринозный перитонит.

### *Эпонимические признаки перитонита*

**Лицо Гиппократа** – мертвенно-бледная с синюшным (зелёным) оттенком кожа лица, глубоко запавшие глаза и щёки, тусклые роговицы глаз, заострённый нос, безучастность;

**Симптом Щёткина–Блюмберга** – при постепенном надавливании на брюшную стенку напряжение мышц брюшного пресса;

**Симптом Менделя** – резкая боль при поколачивании кончиками пальцев брюшной стенки;

**Симптом Блюмера** – болезненное выпячивание слизистой оболочки прямой кишки, определяемое при ректальном исследовании;

**Симптом Гольца** – рефлекторное замедление или даже остановка сердца вследствие раздражения блуждающего нерва при острых заболеваниях органов брюшной полости;

**Симптом Грэхема** (синоним – *симптом Грагама*) – пациент с острым распространённым перитонитом лежит с приведенными к животу коленями;

**Симптом Клейбрука** (синоним – *симптом Федеричи*) – при аускультации живота вместо кишечных шумов выслушиваются сердечные тоны – вероятный признак перфорации пищеварительного тракта и перитонита;

**Симптом Маделунга** – разница между температурой в подмышечной ямке и температурой в прямой кишке у пациентов перитонитом;

**Симптом Тренделенбурга** – резко напряжённая передняя брюшная стенка с подтянутыми к паховым отверстиям яичками (вследствие сокращения *m. cremaster*) при перитоните.

Все пациенты с подозрением на перитонит, и наличием перитонита подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения. В случае отказа от госпитализации пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом.

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с перитонитом, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов. На догоспитальном этапе большинству пациентов с перитонитом никаких лечебных процедур не проводится. Пациентам в терминальной стадии заболевания при транспортировке возможны инфузионная терапия по Алгоритму 5 и симптоматическое лечение в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь

от 30.09.2010 № 1030 «Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению» (с изменениями, внесенными постановлением Минздрава от 30.21.2014 № 117). Назначение обезболивающих и седативных препаратов запрещается. Исключается также приём пищи и воды. Транспортировка пациента осуществляется на носилках в положении лёжа. При вынужденной задержке с транспортировкой в стационар показано применение холода на живот (пузырь со льдом).

Предоперационная подготовка включает:

- катетеризацию периферической (центральной) вены для проведения дозированной по объему, времени и качеству инфузионной терапии, мониторинга центрального венозного давления;
- катетеризацию мочевого пузыря для измерения почасового диуреза, как объективного критерия эффективности проводимой терапии;
- установка назогастрального зонда;
- оксигенотерапию;
- инфузию кристаллоидных и коллоидных растворов в объеме не менее 1000 мл.

## ГЛАВА 11

### КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Кровотечение (haemorrhagia)** – процесс выхождения крови из кровеносных сосудов при повреждении или нарушении проницаемости их стенок.

**Кровопотеря** – состояние организма, возникающее вслед за кровотечением с уменьшением объема циркулирующей крови, характеризующееся развитием ряда приспособительных и патологических реакций.

**Острая кровопотеря (ОК)** – внезапная утрата организмом определенного объема циркулирующей крови (ОЦК) в результате быстрого и интенсивного кровотечения, ведущая к развитию острой гиповолемии, нарушениям в системе гемостаза и потере носителей кислорода (эритроцитов).

#### Классификация кровотечений

##### По локализации:

- **петехия** (petechia) – небольшое ограниченное кровоизлияние в кожу;
- **пурпура** (purpura) – кровоизлияние в слизистые оболочки;
- **экхимоз** (ecchymosis) – обширное кровоизлияние в кожу или слизистую оболочку;
- **гематома** (haematoma) – ограниченное скопление крови в тканях;
- **кровотечение из носа** – эпистаксис (epistaxis);
- **кровотечение из кишечника** – энтероррагия (enterorrhagia), **дегтеобразный стул при кишечном кровотечении** - мелена (melaena);
- **отхаркивание и откашливание крови** – гемоптоэ (haemoptoe, haemoptysis);
- **рвота кровью** – гематемезис (haematemesis);
- **выделение крови с мочой** – гематурия (haematuria);
- **кровотечение из матки** – метроррагия (metrorrhagia);
- **кровоизлияние в полость перикарда** – гемоперикард (haemopericardium);
- **в плевральную полость** – гемоторакс (haemothorax);
- **в полость брюшины** – гемоперитонеум (haemoperitoneum);
- **во влагалищную оболочку яичка** – гематоцеле (haematocеле),
- **в полость сустава** – гемартроз (haemarthrosis).

Кровотечения бывают физиологическими (менструация) и патологическими.

##### Анатомическая классификация:

- артериальные;
- венозные;
- капиллярные;

- паренхиматозные;
- смешанные.

**По причине возникновения:**

- травматические (haemorrhagia per rhexin);
- аррозивные (haemorrhagia per diabrosin);
- диапедезные (haemorrhagia per diapedesin).

**По клиническим проявлениям:**

- наружные;
- скрытые (наружные);
- внутренние.

**По скорости и объему:**

- острые;
- хронические.
- вторичные (ранние, поздние, повторные).

Л.Н. Бисенков (2000) предлагает следующую обобщенную классификацию кровотечений, отраженную в таблице 11.1.

Таблица 11.1. Классификации кровопотери по Бисенкову Л.Н. (2000)

№ п/п	Классификация кровопотери
1.	ПО ВИДУ: травматическая (раневая, операционная), патологическая (при заболевании, патологическом процессе), искусственная (эксфузия, лечебное кровопускание)
2.	ПО БЫСТРОТЕ РАЗВИТИЯ: острая (>7% ОЦК за час), подострая (5-7% ОЦК за час), хроническая (<5% ОЦК за час)
3.	ПО ОБЪЕМУ: малая 5-10% ОЦК (0,5 л); средняя 10-20 % ОЦК (0,5-1,0 л); большая 21 -40 % ОЦК (1,0-2,0 л); массивная 41-70 % (2,0-3,5 л); смертельная более 70% ОЦК (более 3,5л)
4.	ПО СТЕПЕНИ: легкая (дефицит ОЦК 10-20%, глобулярного объема до 30%, шока нет; средняя (дефицит ОЦК 21-30%, глобулярного объема 30-45%, шок развивается при длительной гиповолемии); тяжелая (дефицит ОЦК 31-40 %. глобулярного объема 46-60%, шок неизбежен); крайне тяжелая (дефицит ОЦК более 40%, глобулярного объема более 60%, шок, тяжелое состояние)
5.	ПО СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ: 1 период - компенсации (дефицит ОЦК до 10%); 2 период - относительной компенсации (дефицит ОЦК до 20%); 3 период - нарушения компенсации (дефицит ОЦК 30-40%); 4 период - декомпенсации (дефицит ОЦК более 40%)

В современной литературе широкое распространение имеет классификация кровопотери, разработанная Американской Коллегией хирургов в 1982 году, по которой выделяют 4 класса кровотечений (табл. 11.2)

Таблица 11.2. Классификация кровотечений Американской Коллегии хирургов (P.L. Marino, 1998)

Класс	Клинические симптомы	Объем кровопотери, %
I	Ортостатическая тахикардия	15
II	Ортостатическая гипотензия	20-25
III	Артериальная гипотензия в положении лежа на спине, олигурия	30-40
IV	Нарушение сознания, коллапс	более 40

**Класс I** - соответствует потере 15% объема циркулирующей крови (ОЦК) или менее. При этом клинические симптомы отсутствуют или имеется только ортостатическая тахикардия (ЧСС при переходе из горизонтального положения в вертикальное увеличивается на 20 или более уд./ мин.).

**Класс II** - соответствует потере от 20 до 25% ОЦК. Основным клиническим признаком его является ортостатическая гипотензия или снижение АД при переходе из горизонтального положения в вертикальное на 15 или более мм рт. ст. Диурез сохранен.

**Класс III** - соответствует потере от 30 до 40% ОЦК. Проявляется гипотензией в положении лежа на спине, олигурией (мочи менее 400 мл/сутки).

**Класс IV** - потеря более 40 % ОЦК. Характеризуется коллапсом (крайне низкое АД) и нарушением сознания вплоть до комы.

### Методы оценки величины кровопотери

Достаточно часто врач скорой медицинской помощи вынужден начинать инфузионную терапию экстренно, на догоспитальном периоде, когда еще нет лабораторных данных пациента, а также в условиях отсутствия лабораторного контроля водно-электролитного и кислотно-основного баланса. В такой ситуации определение степени кровопотери проводится ориентировочно по индексу шока Алльговера-Бурри, по характеру и локализации повреждений, а при обширных поверхностных ранах по размеру раневой поверхности (открытая ладонь раненого – 0,5 л), по классификации кровотечений Американской Коллегии хирургов (P.L. Marino, 1998), по классификации кровопотери Бисенкова Л.Н. (2000), по классификация кровопотери Брюсова П.Г.).

Хорошо известна триада острой кровопотери – низкое артериальное давление (АД), частый нитевидный пульс и холодная влажная кожа, что позволило оценить степень тяжести шока и кровопотери.

Цвет и влажность кожных покровов, температура кожи – это простой, но важный показатель состояния пациента, характеризующий состояние периферического кровотока, и степень выраженности артериального и венозного спазма. Даже частичное прекращение кровоснабжения кожи и подкожной жировой клетчатки в ответ на снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) отражает процесс «централизации кровообращения». При расстройствах гемодинамики – геморрагическом шоке и «децентрализации кровообращения» кожа приобретает мраморный оттенок или серовато-синюшную окраску, температура ее снижается. После надавливания на ногтевую пластину капилляры ногтевого ложа заполняются медленно. Снижение ОЦК приводит к активации симпатико-адреналовой системы и одновременному торможению венозного центра, что сопровождается тахикардией. При кровопотере от 46 до 60% дефицита ГО частота пульса возрастает до 120-130 ударов в минуту, что обеспечивает поддержание сердечного выброса при снижении общего кровотока. Однако, если частота сердечных сокращений (ЧСС) больше 150 ударов в минуту, то сердечный выброс снижается, уменьшаются длительность диастолы и наполнение желудочков. Поэтому, изменения ЧСС при острой кровопотере является важным клиническим признаком определения степени кровопотери, наибольшая ценность которого проявляется при динамическом наблюдении. А.П. Зильбер указывает, что в клинической практике нередко уровень АД ошибочно считают единственным показателем состояния гемодинамики и кровотока. Однако состояние гемодинамики характеризуют несколько показателей.

◆ Косвенные методы:

- по частоте сердечных сокращений;
- по уровню систолического артериального давления;
- по шокowому индексу Альговера-Бурри (отношению частоты пульса к уровню систолического АД), который в норме меньше 1;

Оценка объема кровопотери на основании плотности крови и величины гематокрита представлена в таблице 11.3.

Таблица 11.3. Клинические и лабораторные показатели при оценке объема кровопотери

Степень кровопотери	Легкая	Средней тяжести	Тяжелая	Крайне тяжелая
Объем кровопотери, мл	До 800	800-1500	1500-2000	Более 2000
ЧСС, уд. в 1 мин.	До 80	80-100	100-120	Более 120
Систолическое АД, мм рт. ст.	110	90-110	60-90	Менее 60
Шоковый индекс (индекс Альговера-Бурри), ед.	До 0,78	до 0,99	до 1,5	Более 1,5
Содержание эритроцитов, (Ег), $\times 10^{12}/л$	3,5-4,0	3,0-3,5	2,5-3,0	Менее 2,5
Содержание гемоглобина, г/л (НЬ), г/л	100	80-100	60-80	Менее 60
Гематокрит (Ht), %	30	25-30	20-25	Менее 20
Удельный вес крови, ед.	Норма (1,054-1,057)	1,050-1,053	1,044-1,049	Менее 1,044

## КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

### Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

Острое кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) – тяжелое осложнение большого числа заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, патологии панкреатобилиарной системы, а также системных заболеваний организма. Наибольшую практическую значимость в структуре этих кровотечений представляют геморрагии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, симптоматических (так называемых вторичных, в т.ч., острых язвах) стрессового, лекарственного и иного происхождения, эрозивно-геморрагическом гастрите и синдроме Mallory-Weiss, встречающихся, 8 – 11 %.

Таблица 11.4. Причины кровотечений из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта

Частые	Менее частые	Редкие
<p>Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Острые язвы и эрозии желудка Синдром Мэллори — Вейсса Заболевания прямой кишки (геморрой, анальные трещины, выпадение ануса) Колоректальные полипы Рак Язвенный колит Неустановленный источник</p>	<p>Дуодениты, Варикозно расширенные вены пищевода и желудка Эзофагиты, Опухоли пищевода и желудка Ишемический колит, болезнь Крона Дивертикулярная болезнь, Ангиодисплазии.</p>	<p>Наследственные телеангиоэктазии Аортодуоденальные фистулы Дефекты гемостаза Псевдоксантомы Панкреатиты Ангиодисплазии Гастропатия при портальной гипертензии Аноректальные варикозные узлы Болезни тонкой кишки (дивертикулы, лимфома, саркома Капоши)</p>

Диагностические и лечебные мероприятия у пациентов с подозрением на кровотечение из ВОПТ должны решать следующие задачи:

1. Определение источника, характера и активности кровотечения
2. Оценка тяжести и гемодинамических последствий кровопотери, их активная и адекватная коррекция.
3. Клиническая оценка стабильности гемостаза и прогноза рецидива кровотечения.

### Клиника

Клинические проявления кровотечения из ВОПТ складываются из общих симптомов кровопотери (*резкая общая слабость, головокружение, сердцебиение, потеря сознания*) и проявлений, характерных для кровотечения в просвет ЖКТ (*рвота неизменной/малоизменной кровью или по типу «кофейной гущи»; мелена или гематохезия – наличие неизменной крови в кале*).

*Анамнез:* а) язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки; б) многократная рвота на фоне злоупотребления алкоголем; в) синдром малых признаков – неопределенные желудочные жалобы, отсутствие аппетита, похудание и нарушение общего состояния; г) болезни печени в) первую очередь – цирроз печени, повторные приступы тяжелого ОП; д) тяжелые терапевтические заболевания с выраженными гемодинамическими нарушениями (инфаркт мио-

карда, нарушение мозгового кровообращения и др.), лечение аспирином, гормональными препаратами, антикоагулянтами, нестероидными противовоспалительными препаратами, медикаментами, обладающими «ульцерогенным» эффектом, наличие системных заболеваний (болезни крови, уремия и др.). Кроме того, важно выяснить длительность кровотечения; отмечались ли обморочные состояния или потеря сознания; имелись ли единичные или повторные эпизоды кровавой рвоты, каковы объем и характер рвотных масс (алая или темная кровь, сгустки, «кофейная гуща»); установить частоту эпизодов мелены.

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика должна проводиться между состояниями, которые сопровождаются гиповодемией и дефицитом ОЦК: а) токсическим шоком; б) анафилактическим шоком; в) кардиогенным шоком; г) травматическим шоком; д) геморрагическим шоком иного происхождения.

Объединяют их общие клинические проявления: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодные кожные покровы, беспокойное поведение пациента, одышка, частый малый пульс, снижение уровня АД, уменьшение ОЦК и сердечного выброса, плохое кровоснабжение периферических тканей, снижение диуреза, иногда потеря сознания.

Клинический симптомокомплекс, включающий лихорадку гектического типа, сопровождающуюся ознобами, повышенную потливость, общую слабость, головную боль, нередко одышку, токсический понос, боли в области сердца, прогрессирующую анемию, позволяют заподозрить *септический шок*, исключив диагноз геморрагического шока. Такое мнение подтверждается наличием нередко увеличенной селезенки, характерных эмболических и ишемических проявлений со стороны различных органов (очаговый гломерулонефрит, гнойный перикардит, плеврит), а также соответствующими изменениями в крови (выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, анемия).

Проявление *анафилактического шока*, несмотря на возможное разнообразие его манифестации, имеет свои особенности. После поступления антигена в организм, развитию развернутой клинической картины в большинстве случаев предшествует продромальный период, который проявляется беспокойством пациента с выраженным чувством страха, головной болью, шумом в ушах, чувством жара, гиперемией и зудом кожи, уртикарной сыпью, нередко отеком Квинке, спастическим кашлем, учащением дыхания, сердцебиением, а затем резким снижением АД, анурией. Чем короче продромальный период (10-15 мин.) тем более тяжелая картина шока развивается в виде резкого падения сердечной деятельности, вплоть до остановки сердца. Выключается сознание, пульс на магистральных артериях не определяется, отсутствует дыхание. Кожные проявления могут отсутствовать или проявляться через 30-40 минут.

Обычно вначале возникают расстройства дыхания, а затем нарушения гемодинамики и функций ЦНС. *Анафилактический шок* может протекать по нескольким вариантам: *астматический* – обусловлен спазмом дыхательных путей с возможным развитием отека легких, *церебральный* – проявляется психомоторным возбуждением с нарушением сознания и судорогами, *абдоминальный* – протекает с тошнотой, рвотой, болями по всему животу с симптомами раздражения брюшины.

*Кардиогенному шоку* часто предшествует стенокардия. Его клиника развивается медленно, но иногда внезапно без видимых причин. Чаще провоцируется отрицательными эмоциями, физическим перенапряжением, резкой сменой метеорологических условий. В течение нескольких предшествующих дней возможно возникновение повторяющихся и нарастающих приступов стенокардии с одышкой и неприятными ощущениями в области сердца, чередующихся со светлыми промежутками. Нередко инфаркт миокарда возникает ночью, во время сна, особенно на фоне гипертонического криза. Это состояние часто сопровождается нарушением сердечного ритма, а срочная ЭКГ позволяет уточнить диагноз.

Диагностика *травматического шока* обычно не вызывает затруднений. Однако его тяжесть нередко усиливается сопутствующим внутренним кровотечением, особенно при закрытой травме живота (разрыв селезенки, печени, повреждение сосудов) и грудной клетки (гемоторакс), что требует соответствующих дополнительных исследований (рентгенологические, эндоскопические и др.). Проведенная таким образом дифференциальная диагностика при первичном осмотре пациента позволяет остановиться на предварительном диагнозе ЖКК. Однако уверенность в диагнозе появляется при обнаружении крови или продуктов её распада в испражнениях или рвотных массах. При отсутствии стула и рвоты ускорить получение информации позволяет пальцевое исследование ампулы прямой кишки, а также осмотр содержимого желудка, полученного при помощи аспирации через тонкий зонд путем промыванием желудка физиологическим раствором NaCl или 0,5 % раствором аминокaproновой кислоты.

Вместе с тем, необходимо учитывать, что наличие крови в ЖКТ может быть связано с заглатыванием ее при легочном кровотечении (опухоли бронхов, туберкулез легких, бронхиты и бронхоэктазии, эхинококк и нагноительные поражения легких), инфаркте миокарда или повреждениях сосудов носа и полости рта. Однако, встречается и обратная картина, когда профузное кровотечение в желудке и, особенно, в пищеводе с последующей кровавой рвотой иногда приводит к тому, что кровь переполняющая рот и нос частично аспирируется, а затем откашливается, проявляясь кровохарканием.

Главные признаки, которые позволяют отличить кровохаркание от кровавой рвоты

Таблица 11.5. Отличительные признаки кровохарканья от кровавой рвоты

<b>Кровохарканье</b>	<b>Кровавая рвота</b>
Кровь выкашливается	Кровь выделяется во время рвоты
Кровь алого цвета, имеет щелочную реакцию	Кровь часто темно-красного, иногда коричневого цвета, имеет кислую реакцию
Часть выделенной крови пенистая	Пенистая кровь не выделяется
После обильного кровохарканья в течение нескольких дней выделяются небольшие количества мокроты с примесью крови	После кровотечения мокрота не выделяется
Наличие в анамнезе болезней легких. Незадолго до начала кровохарканья в горле появляется ощущение щекотания или бульканья	Наличие в анамнезе болезней печени, желудка с диспепсическим и болевым синдромами. Перед началом кровавой рвоты часто наблюдается обморок
Мелена после кровохарканья появляется очень редко	Мелена после кровавой рвоты наблюдается очень часто
Кровохарканье продолжается обычно несколько часов, иногда даже несколько дней	Кровавая рвота, как правило, бывает кратковременной и обильной

Проведение дифференциального диагноза начинается с тщательного сбора анамнеза. Обращают внимание пациента на наличие различных «пятен» (сосудистых образований) на коже и слизистых оболочках, на систематическое употребление им рецептурных и безрецептурных препаратов, которые могут вызвать лекарственные поражения слизистых оболочек, например, НПВС. При наследственной геморрагической телеангиоэктазии сосудистые образования появляются одновременно, чаще на губах, слизистой оболочке носа, языка, твердом небе. Их также можно обнаружить на ладонях, под ногтями, на пятках и др. Телеангиоэктазии имеют вид темно-красных, слегка возвышающихся образований с нечеткими контурами и радиальными ответвлениями. При выраженной анемии они становятся малозаметными, а после переливания крови, наоборот, легко обнаруживаются. В случае голубого пузырьчатого невуса, имеющего синеватую окраску, надавливание на него, вызывает запускание, которое затем медленно заполняется кровью. При эндоскопическом исследовании можно выявить ангиодисплазии, которые выглядят как плоские или слегка приподнятые поражения слизистой оболочки округлой или звездчатой формы диаметром до 2-5 мм, светлеющие при компрессии или слегка кровоточащие при ми-

нимальном контакте, окруженные бледным «нимбом». Кровотечение из аномальных сосудов бывает струйным или капельным через точечный дефект слизистой оболочки. Эндоскопическая диагностика ангиодисплазий нередко затруднена из-за их малых размеров, маскировкой их толстыми грубыми складками, скоплением крови в местах их расположения, а также анемией и снижением объема перфузии кишечника вследствие нарушений гемодинамики. Кожные проявления обнаруживаются также при других причинах ЖКК неясной этиологии:

- целиакия проявляется герпетиформным дерматитом;
- синдром иммунодефицита – саркомой Капоши, синдром Пламмера-Винсона – кератодермией, эластичной псевдоксантомой, ломкими ложкообразными ногтями;
- синдром Эгерса-Данло – кожей, напоминающей оципанного цыпленка, ангиоидными полосами на сетчатке;
- геморрагический васкулит – популезно-геморрагической, иногда булезной сыпью: неврофиброматоз – багрово-цианотичными пятнами и множественными опухолями кожи и подкожной клетчатки.

Тяжелые ЖКК могут возникать у пациентов с синдромом Клиппеля-Треноне, проявляющемся гемигипертрофией конечностей и наружных половых органов.

#### ***Диагностика на догоспитальном этапе:***

Основанием для диагноза кровотечения из ВОПТ являются следующие признаки:

- коллаптоидное состояние и холодный липкий пот в сочетании с язвенным анамнезом;
- бледность кожи, снижение гемоглобина в сочетании с язвенным анамнезом;
- рвота малоизмененной кровью и/или содержимым по типу «кофейной гущи»;
- мелена и/или черный кал при пальцевом исследовании прямой кишки.

*Проводятся* а) измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и АД, установление или исключение факта кровотечения; б) аспирация содержимого из желудка толстым желудочным зондом, пальцевое исследование прямой кишки, взвешивание пациента, определение степени тяжести кровопотери.

*Рвота кровью (гематомезис)* возможна только тогда, когда источник кровотечения находится в пищеварительном тракте выше дуоденоюнального перехода (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка). При контакте крови с соляной кислотой меняется ее цвет до «кофейного». Однако при массивной кровопотере и при отсутствии полного контакта крови с соляной кислотой рвотные массы могут иметь ярко-красный или темный синевато-красный цвет.

Но по цвету рвотных масс не всегда возможно точно определить источник кровотечения.

*Мелена* является следствием воздействия на компоненты крови кишечной микрофлоры. Типичный стул при мелене черный как деготь, блестящий, липкий и обычно неоформленный. Важно дифференцировать мелену и стул после приема препаратов висмута, железа, черники, черемухи, ежевики (такой стул обычно нормальной консистенции и формы).

Рвота кровью, сгустки крови в кале не всегда специфичны для острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, так как они могут быть проявлением патологических процессов в тонкой и даже толстой кишке. Ярко-красная кровь в кале может быть связана с обильной кровопотерей из верхних отделов пищеварительного тракта и ускоренной перистальтикой, приводящей к дефекации в первые 8 часов от момента кровопотери.

При подозрении на связь гематохезии с поражением прямой кишки причины кровотечения (геморроидальные узлы, анальные трещины, злокачественные опухоли и ворсинчатые аденомы) могут быть установлены уже при ректальном пальцевом исследовании.

О косвенных признаках кровопотери, когда само кровотечение довольно долго может оставаться скрытым вследствие длительной задержки крови в просвете желудка и кишечника, можно судить жалобам пациента на слабость и головокружение; бледность кожных покровов и конъюнктивы глаз; частому мягкому, слабого наполнения пульсу, снижению АД, язвенному анамнезу, рвоте «кофейной гущей».

Таблица 11.6. Характеристика кровопотери по степеням тяжести

<b>Признаки кровопотери</b>	<b>Легкая степень</b>	<b>Средняя степень</b>	<b>Тяжелая степень</b>
Клинические признаки	Нормальная окраска или легкая бледность кожных покровов. Физическая активность сохранена, пациент свободно переносит вертикальное состояние. Резкий переход в него из горизонтального положения не сопровождается снижением АД более чем на 10 мм рт.ст. (ортостатический градиент АД). Возможна однократная рвота свежей или измененной кровью. Оформленный	Выраженная (хорошо заметная) бледность кожных покровов. Физическая активность значительно ограничена, сопровождается головокружением и одышкой, в вертикальном положении возможен обморок. В анамнезе неоднократная рвота свежей или измененной кровью, мелена, нередко повторная, могла быть однократная потеря сознания. Ортостатиче-	Резкая бледность и снижение температуры кожных покровов, часто имеется холодный липкий пот. Пациент адинамичен, нередко нарушено сознание. В анамнезе многократная рвота кровью и обильная повторная мелена

Признаки кровопотери	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
	стул черного цвета может быть повторным.	ский градиент АД составляет более 20 мм рт.ст.	с эпизодами потери сознания.
Систолическое АД (мм рт. ст.)	Выше 100	90 - 100	Ниже 90
Частота пульса в 1 мин	Ниже 100	100 -120	Свыше 120
Дефицит ОЦК (%)	До 15	15-30	Более 30
Ориентировочный объем кровопотери (мл)	Около 500	Около 1000	Более 1500

Таблица 11.7. Классификация острой кровопотери (Гостищев В.К., Евсеев М.А., 2005)

Тяжесть кровопотери	Дефицит ОЦК (%)	Критерии диагностики (1 и 2 отдельно или в совокупности)*	
		1. Клинические проявления	2. Лабораторные показатели
<b>I степень</b> (легкая)	$\leq 15\%$	Ортостатическая тахикардия или отсутствие симптомов	Hb >100 г/л Ht 40-45%
<b>II степень</b> (средней тяжести)	15 – 25%	Ортостатическая гипотензия (падение АД <sub>сисст.</sub> более чем на 15 мм рт. ст.) и ортостатическая тахикардия (увеличение ЧСС более чем на 20 уд/мин)	Hb 80-100 г/л Ht 30-40%
<b>III степень</b> (тяжелая)	25 – 35%	Артериальная гипотензия ( $80 < \text{АД}_{\text{сисст.}} < 100$ мм рт. ст.), тахикардия (ЧСС > 100 уд/мин), тахипноэ ( $30 > \text{ЧДД} > 25$ в мин.), периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), диурез < 20 мл/ч), ортостатический коллапс	Hb > 83-60 г/л Ht 20-30%

Тяжесть кровопотери	Дефицит ОЦК (%)	Критерии диагностики (1 и 2 отдельно или в совокупности)*	
		1. Клинические проявления	2. Лабораторные показатели
IV степень (крайней тяжести)	≥35%	Артериальная гипотензия ( $АД_{сис.т.} < 80$ мм рт. ст.), тахикардия ( $ЧСС > 120$ ударов в мин.), тахипноэ ( $ЧДД > 30$ в мин.), периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), анурия, нарушение сознания	$Hb < 60$ г/л $Ht < 20\%$

\* 1 - в ситуациях, когда имеется несоответствие критериев 1 и 2 группы, оценку тяжести кровопотери следует проводить с учетом показателей, в наибольшей степени отличных от нормальных значений; 2 – зафиксированное коллаптоидное состояние на высоте кровотоечения всегда является критерием тяжелой кровопотери.

### Формулировка развернутого диагноза

- Язвенная болезнь. Хроническая язва двенадцатиперстной кишки, осложненная остановившимся кровотечением. Кровопотеря легкой степени. Риск рецидива.

- Язвенная болезнь. Хроническая язва двенадцатиперстной кишки, осложненная продолжающимся кровотечением. Кровопотеря тяжелой степени.

Каждый пациент с острым кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта оценивается по критериям возможного рецидива кровотечения и риска развития геморрагического шока. Высокий риск повторного кровотечения и смерти обусловлен сочетанием рвоты и мелены, появлением свежей крови в кале, продолжающимся кровотечением или его рецидивом, возрастом свыше 60 лет, кардиореспираторными заболеваниями в анамнезе, терапией нестероидными противовоспалительными средствами;

Общие мероприятия при оказании помощи указанным пациентам включают: абсолютный покой, холод (пузырь со льдом) на живот, исключением приема пищи. Необходимо быстрее доставить пациента в хирургическое отделение на носилках с приподнятым ножным концом.

Пациенты с продолжающимся струйным (профузным) кровотечением направляются непосредственно в операционную в сопровождение врача-анестезиолога, где неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещаются с предоперационной подготовкой.

Пациенты с тяжелой кровопотерей без признаков продолжающегося профузного кровотечения подлежат госпитализации в ОАР для проведения следующих мероприятий:

- катетеризация периферической или центральной вены,
- неинвазивная оценка центральной гемодинамики,

- противошоковая и трансфузионная терапия,
- гемостатическая и противоязвенная терапия (в т. ч., ингибиторы протонной помпы, сандостатин или октреотид),
- гемостатический мониторинг (мониторинг общего состояния и гемодинамики, постоянное зондирование желудка, регистрация ЧСС и АД, контроль Нв, Нт, количества эритроцитов, тромбоцитов и ОЦК),
- кровопотеря крайне тяжелой и тяжелой степени (может служить показанием к ранней операции после стабилизации состояния пациента и компенсации кровопотери).

Пациенты с легкой и средней степенью кровопотери без признаков продолжающегося профузного кровотечения, в т. ч., с остановившимся кровотечением, и клинически незначимой кровопотерей подлежат госпитализации в хирургическое отделение для дообследования и проведения патогенетической терапии.

Постельный режим, инфузионно-трансфузионная терапия последствий кровопотери и гиповолемии, гемостатический мониторинг (постоянное зондирование желудка, почасовая регистрация ЧСС и АД, контроль показателей «красной крови»), гемостатическая терапия, антацидная терапия (всем пациентам с момента поступления ингибиторы протонной помпы (омез, омепразол и др.) по показаниям – сандостатин или октреотид), местный гемостаз (промывание желудка ледяной водой, введение гемостатических средств через нозогастральный зонд).

Инфузионная терапия должна быть начата с момента установки диагноза кровотечения из ВОПТ, вне зависимости от тяжести кровопотери, уже в приемном отделении стационара.

### **Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода**

Пациенты с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, обусловленным синдромом портальной гипертензии (СПГ) составляют особую группу. Наиболее часто развитие СПГ связано с циррозом печени вследствие перенесенного вирусного гепатита. При наличии даже одного из видимых симптомов СПГ (увеличение печени и селезенки, асцит, расширенные вены передней брюшной стенки) и сомнения в диагнозе цирроза печени следует исходить из предположения о его наличии. В этом случае жизненную угрозу в связи с кровотечением представляет не только сама кровопотеря, но и возможность развития универсальной печеночной недостаточности с исходом в кому, что определяет особую опасность промедления с остановкой кровотечения.

*Консервативная терапия:* компрессия кровоточащих вен пищевода зондом-обтуратором Sengstaken-Blakemore, постельный режим, инфузионно-трансфузионная терапия последствий кровопотери и гиповолемии, гемостати-

ческий мониторинг, регистрация ЧСС и АД, контроль показателей «красной крови», гемостатическая терапия, антацидная терапия, гипотензивная фармако-терапия СПГ (вазоконстрикторы, дилататоры и констрикторы нижнего пище-водного сфинктера).

Таблица 11.8. Способ введения и дозировка препаратов для коррекции пор-тальной гипертензии

ПРЕПАРАТЫ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ И ДОЗЫ		
	Первичное болюсное введение	Постоянная инфузия	Продолжитель-ность лечения
<b>Вазопрессин (глипрессин)</b>	10-20 БД в 200 мл 5% раствора глюкозы в течение 15-20 минут	1 БД/час	2 суток
<b>Октреотид</b>	50 мкг внутривенно струйно в 10 мл 0,9%-го раствора NaCl	50 мкг/ч внутривенно (500 мкг в 100 мл 0,9%-го раствора NaCl, 10 мл/час)	до 5 дней
<b>Сандостатин</b>	250 мкг, внутривенно	25 мкг/ч, внутривенно	до 5 дней

Снижению портального давления способствует использование  $\beta$ -блокаторов, нитратов (глицеротринитрат 20 мг трансдермально на 24 часа или 40-70 мкг/мин внутривенно), блокаторов кальциевых каналов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

### **Кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта**

Кровотечение из нижних отделов пищеварительного тракта (НОПТ) – одно из самых тяжелых состояний в гастроэнтерологической практике, характеризующееся кровопотерей из источника, расположенного дистальнее связки Трейтца. Кровотечения из нижних отделов ЖКТ могут быть явными (умеренно выраженными или массивными) или скрытыми (оккультными).

Основные причины кровотечений из нижних отделов ЖКТ следующие:

- ангиодисплазии тонкой и толстой кишки;
- дивертикулез кишечника (в том числе дивертикул Меккеля);
- опухоли и полипы толстой кишки;
- опухоли тонкой кишки;
- хронические воспалительные заболевания кишечника;
- инфекционные колиты;
- ишемические поражения кишечника;
- радиационный колит;
- туберкулез кишечника;
- геморрой и анальные трещины;

- инородные тела и травмы кишечника;
- аортокишечные свищи;
- гельминтозы.

Кровотечение из НОПТ составляет примерно от 10 до 20 % всех кровотечений из ЖКТ, чаще встречается у мужчин и является патологией лиц преимущественно пожилого возраста.

#### *Клиника*

Диагностический поиск кардинально не отличается от такового при кровотечениях из ВОПТ. Тем не менее, при сборе жалоб и анамнеза должны быть выяснены:

- *характер и длительность кровотечения, включая частоту и цвет «стула»,* что позволяет предварительно предположить возможный уровень кровотечения и его интенсивность. У большинства пациентов с клинически значимым кровотечением из НОПТ наблюдается *выделение неизменной или мало измененной крови (гематомезис),* что может наблюдаться и в 11-15% случаев кровотечений из ВОПТ. В свою очередь, при кровотечении из тонкой и правой половины толстой кишки вполне вероятно появление мелены;

- ассоциированные симптомы, включая *боль в животе, недавнее изменения в характере «стула» и его частоты, лихорадку, тенезмы и неотложные позывы, похудание;*

- ранее наблюдаемые эпизоды кровотечения, травмы и операции на брюшной полости, язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки и воспалительные заболевания кишечника в анамнезе, облучение органов таза или брюшной полости, тяжелые заболевания сердечно сосудистой и легочной системы, почек и печени;

- прием медикаментов, включая неспецифические противовоспалительные средства, аспирин, антикоагулянты;

- аллергический анамнез;

- наличие болей в грудной клетке или сердцебиения, одышки в покое и физической нагрузки, головокружения;

- результаты измерения ЧСС и АД, подтверждающие или исключающие факт кровотечения;

- данные пальцевого ректального исследования (образования, содержимое ампулы – кал, кровь, мелена), результаты определения степени тяжести кровопотери.

*Кавернозные гемангиомы и ангиодисплазии* слизистой оболочки тонкой и толстой кишок (артериовенозные мальформации) оказываются причиной массивных кишечных кровотечений в 30% случаев. Выделяют три типа ангиодиспластических поражений кишечника.

*Ангиодисплазии I типа* выявляются главным образом у пожилых людей и локализируются в толстой кишке. Размеры пораженных сосудов обычно не превышают 5 мм, что затрудняет их диагностику даже при лапаратомии. Нередким бывает сочетание указанных сосудистых изменений со стенозом устья аорты или пролапсом митрального клапана.

*Ангиодисплазии II типа* носят, как правило, врожденный характер, выявляются у лиц моложе 50 лет, локализируются в тонкой кишке, имеют больший размер по сравнению с ангиодисплазиями I типа и обычно хорошо видны на операции.

К ангиодисплазиям III типа, обозначаемым обычно как *синдром Вебера-Ослера-Рандю*, относятся телеангиоэктазии, которые могут располагаться в любом отделе ЖКТ и сочетаться с телеангиоэктазией слизистой оболочки полости рта, носоглотки, а также кожных покровов. Этот синдром наследуется по аутосомно-доминантному типу, и его признаки у родственников пациента часто удается выявить при сборе семейного анамнеза.

*Дивертикулез кишечника* как причина массивных кишечных кровотечений обнаруживается в 17% случаев. При этом, несмотря на более частую локализацию дивертикулов в левой половине толстой кишки, источником кровотечения служат преимущественно дивертикулы правой половины. Кровотечения чаще возникают при наличии дивертикулита, но могут наблюдаться и при отсутствии воспаления, развиваясь вследствие травматизации кровеносных сосудов.

Массивные кровотечения могут быть вызваны изъязвлениями слизистой оболочки дивертикула подвздошной кишки (*дивертикула Меккеля*). Изъязвленные *злокачественные опухоли и полипы толстой кишки* редко выступают причиной массивных кишечных кровотечений, чаще способствуя развитию умеренно выраженных или скрытых кровотечений. Кровотечения могут встречаться при воспалительных заболеваниях кишечника (*неспецифическом язвенном колите* или *болезни Крона*), *острых инфекционных колитах (псевдомембранозном колите)*, *опухолях тонкой кишки (лимфомы)*, *туберкулезе кишечника*. Другими причинами кровотечений из нижних отделов ЖКТ могут быть *острые ишемические поражения кишечника*, возникающие в результате тромбоза или эмболии ветвей мезентериальных артерий (при атеросклерозе, васкулитах, травме живота); *радиационный колит*, развивающийся у пациентов, получавших курсы лучевой терапии по поводу злокачественных новообразований органов брюшной полости и забрюшинного пространства (включая опухоли гинекологической и урологической сфер); *анальные трещины*; *инородные тела* в кишечнике и кишечные камни, вызывающие образование пролежней и изъязвлений стенки кишки; *гельминтозы* (например, анкилостомидоз); в редких случаях – *амилоидоз и сифилис кишечника*.

Профузное кишечное кровотечение может развиваться в результате разрыва аневризмы брюшного отдела аорты в просвет двенадцатиперстной или тонкой кишок, которое возникает спонтанно или же оказывается поздним осложнением реконструктивных операций, проводимых на аорте. Иногда кишечное кровотечение наблюдается у спортсменов во время бега на марафонские дистанции.

Определенное диагностическое значение имеет цвет выделяющейся крови. Чаще всего при кишечных кровотечениях отмечается появление неизменной крови (гематохезия). Считается справедливым правило, которое гласит, что чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее расположен источник кровотечения. Действительно, алая кровь свойственна преимущественно кровотечениям, связанным с поражением сигмовидной кишки, тогда как темно-красная кровь (цвета «бургундского вина») указывает обычно на локализацию источника кровотечения в более проксимальных отделах толстой кишки. В то же время кровотечения, обусловленные поражением тонкой кишки, могут в ряде случаев манифестироваться в виде мелены, тогда как типичная гематохезия может, наоборот, сопровождать кровотечения из верхних отделов ЖКТ (табл. 11.9).

Таблица 11.9. Клинические проявления кровотечений из нижних отделов ЖКТ

<b>Характеристика кровотечений</b>	<b>Возможный источник</b>
Алая кровь, выделяется каплями	Геморрой, трещина прямой кишки
Прожилки алой крови в кале коричневого цвета	Поражение сигмовидной кишки
Темно-красная кровь равномерно перемешанная с калом	Поражение проксимальных отделов толстой кишки
Черный дегтеобразный стул (мелена)	Поражение тонкой кишки

При кровотечениях, связанных с поражением анальной области прямой кишки (геморрой, трещины), выделяющаяся кровь (в виде следов на туалетной бумаге или капель, попадающих на стенки унитаза) обычно не смешана с калом, который в таких случаях сохраняет присущую ему коричневую окраску. Если источник кровотечения располагается проксимальнее ректосигмоидного отдела толстой кишки, то кровь бывает более или менее равномерно перемешана с калом, так что идентифицировать его нормальную коричневую окраску, как правило, не удастся. Наличие болей в животе, предшествующих эпизоду кишечного кровотечения, свидетельствует в пользу острых инфекционных или хронических воспалительных заболеваний кишечника, острых ишемических

поражений тонкой или толстой кишки. Внезапные резкие боли в животе, сопровождающиеся затем кишечным кровотечением, могут быть обусловлены разрывом аневризмы аорты в просвет двенадцатиперстной кишки. Боли в области прямой кишки, сопровождающие акт дефекации или усиливающиеся после нее, наблюдаются обычно при геморрое или трещине заднего прохода. Безболезненное массивное кишечное кровотечение может отмечаться при дивертикулезе кишечника, телеангиэктазиях, изъязвлении дивертикула Меккеля.

Таблица 11.10. Болевой синдром при кровотечениях из нижних отделов ЖКТ

<b>Характер болей</b>	<b>Возможные причины</b>
Боль предшествует кишечным кровотечениям	Острые и хронические воспалительные заболевания кишечника
Внезапная боль с последующим обильным кровотечением	Разрыв аневризмы аорты с кровотечением в просвет тонкой кишки
Боль в области прямой кишки во время дефекации или после неё	Геморрой, трещины прямой кишки
Безболезненное кровотечение	Телеангиэктазии слизистой оболочки кишечника

Важное диагностическое значение имеют другие клинические симптомы, сопутствующие кишечным кровотечениям. Остро возникшая лихорадка, боли в животе, тенезмы и диарея свойственны инфекционным заболеваниям толстой кишки. Длительная лихорадка, потливость, похудание, диарея часто присутствуют в клинической картине туберкулеза кишечника. Наличие лихорадки, артрита, афтозного стоматита, узловатой эритемы, первичного склерозирующего холангита, поражений глаз (ирита, иридоциклита) характерно для хронических воспалительных заболеваний кишечника. Сочетание гематохезии, болей в животе, диареи, лихорадки, геморрагических высыпаний на симметричных участках кожных покровов, полиартрита, изменений в анализах мочи (гематурия, протеинурия) может говорить о наличии у пациента геморрагического васкулита (болезни Шенлейна - Геноха). При радиационном проктите имеющиеся симптомы (учащенный стул, тенезмы) нередко сочетаются с клиническими проявлениями лучевого энтерита (обильный водянистый стул, стеаторея, признаки синдрома мальабсорбции).

### **Оказание помощи на догоспитальном этапе**

Все пациенты с подозрением на желудочно-кишечные кровотечения подлежат экстренной госпитализации в лечебное учреждение с наличием хирургического отделения в положении лежа. Все перемещения пациента гастродуоденальным кровотечением при транспортировке в стационар осуществляются только на каталке и в положении «лежа». При тяжелом состоянии пациента во

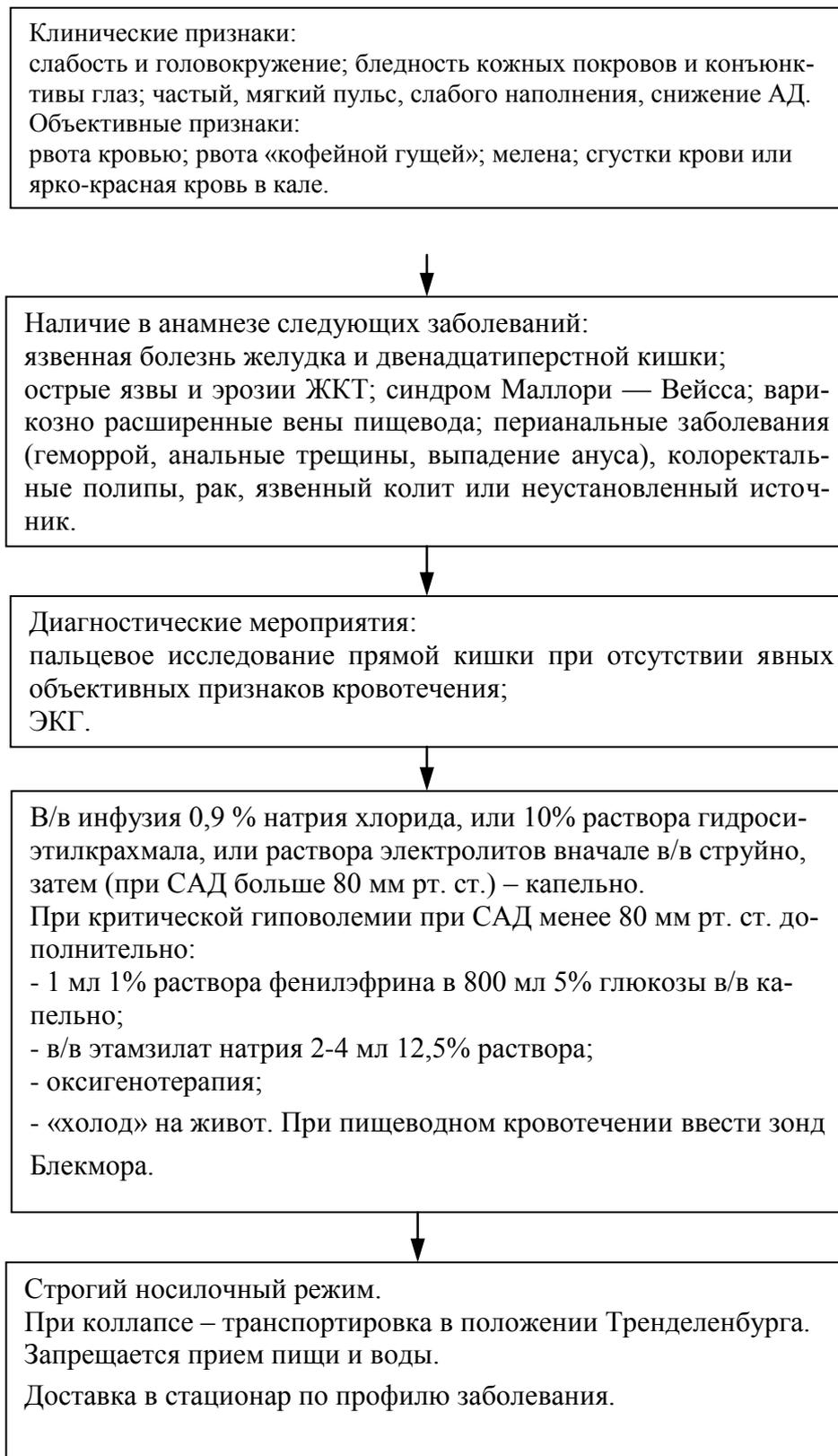
время транспортировки проводится инфузионная терапия. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции. К мероприятиям первой врачебной помощи относятся:

- при наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС >100 ударов в мин) и гипотония (АД <100 мм рт.ст.) инфузионная терапия (в целях коррекции дефицита ОЦК), начать переливание жидкости в/в капельно: 0,9 % раствор натрия хлорида 500 – 1000 мл, раствор глюкозы 5 % – 500 мл, гидроксиэтилкрахмала 400 мл;

- внутривенное введение гемостатических препаратов (препараты транексамовой кислоты по схеме), местная гемостатическая терапия (например, введение гемостатических препаратов через назогастральный зонд);

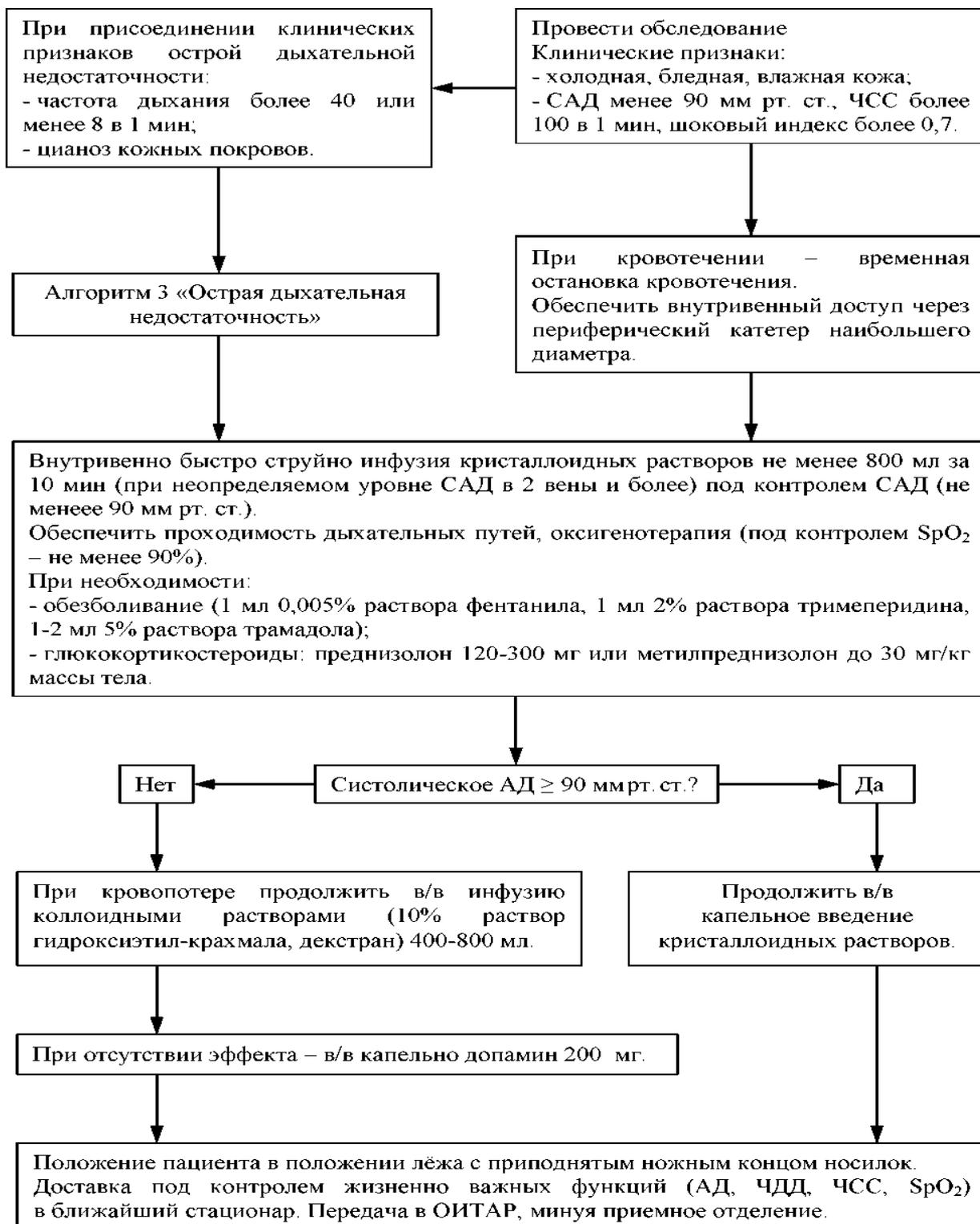
## Алгоритм диагностики и лечения «Острые желудочно-кишечные кровотечения»

Приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь № 1030 от 30 сентября 2010 г.  
«Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи  
взрослому населению»



## Алгоритм диагностики и лечения гиповолемического шока

Приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь № 1030 от 30 сентября 2010 г.  
«Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи  
взрослому населению»



- при клинических признаках портальной гипертензии введение вазоконстрикторов (вазопрессин и его синтетические аналоги — терлипрессин (реместип) в виде болюсной инъекции в дозе 2 мг;
- соматостатин (октреотид и др. аналоги) болюсно 50 — 100 мкг, в последующем 25 – 50 мкг/час;
- нитроглицерин при стабильной гемодинамике — 1.0 1% раствора на 400 мл раствора Рингера в/в капельно (10 — 20 капель в минуту);
- тампонада кровоточащих вен пищевода с помощью зонда-обтуратора Sengstaken-Blakemore является наиболее целесообразным экстренным средством помощи пациентам с продолжающимся кровотечением.

В случае отказа от госпитализации, пациент документально оформляет отказ от госпитализации и подписывает; при самостоятельном уходе из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента назначить активный вызов хирурга на дом.

На догоспитальном этапе при транспортировке пациента с ЖКК, противопоказано применением обезболивающих препаратов, местной гипертермии, клизм, слабительных препаратов.

## ГЛАВА 12

### АНЕВРИЗМА БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Первые описания аневризмы брюшной аорты относятся к XVI в. (Vesalius, 1557 г.; A. Page, 1561 г.). Laennek впервые описал симптомы разрыва аневризмы брюшной аорты. Среди аневризм всех локализаций аневризмы брюшной аорты составляют 29 – 37,8 %. Из всех патологических расширений аорты на долю брюшной ее части приходится 80 %. Это тяжелое заболевание в клиническом и прогностическом плане и часто осложняется разрывом аневризмы. Основной причиной (80 – 85 %) развития аневризм брюшного отдела аорты является атеросклероз.

#### Классификация

Наиболее рациональная классификация аневризм брюшной аорты (АБА), которой пользуется большинство авторов, предложена А.В. Покровским и Р. С. Ермолюк (1968 г.). Она построена с учетом этиологии, морфологического признака, локализации, клинического течения аневризмы.

#### I. По этиологии:

##### 1. Приобретенные:

- невоспалительные (атеросклеротические, травматические).
- воспалительные (специфические - сифилитические, инфекционные; неспецифические - при аортоартериите).

2. Врожденные (вследствие фибромускулярной дисплазии, кистозного медионекроза Эрдгейма, синдрома Марфана и др.).

#### II. По морфологическому признаку:

##### 1. Истинные.

##### 2. Ложные (травматические).

##### 3. Расслаивающие.

#### III. По форме:

##### 1. Мешковидные.

##### 2. Диффузные.

#### IV. По клиническому течению:

##### 1. Неосложненные.

##### 2. Осложненные (разрыв).

##### 3. Расслаивающие.

#### V. По типу:

1-й тип — аневризма проксимального сегмента брюшной аорты с вовлечением висцеральных ветвей.

2-й тип - аневризма инфраренального отдела без вовлечения бифуркации.

3-й тип - аневризма инфраренального отдела с вовлечением бифуркации аорты и подвздошных артерий.

4-й тип - тотальное поражение брюшной аорты.

тип I - инфраренальные;

тип II - юкстаренальные;

тип III пара- или интерренальные;

тип IV - супраренальные – соответствует IV типу торакоабдоминальных аневризм;

по течению и клинике заболевания (АБА):

асимптомное течение;

безболевого течение.

Важно отметить, что большинство аневризм (90 – 95 %) локализируются в инфраренальном отделе.

Самым важным этиологическим фактором является гипертензия, она имеется у 70 – 90 % пациентов, у которых развивается расслаивающая аневризма аорты. Врожденные заболевания, приводящие к этому состоянию, включают синдром Марфана, синдром Элерса — Данлоса, врожденный двустворчатый аортальный клапан, коарктацию аорты, синдром Тернера, гигантоклеточный аортит и рецидивирующий полихондрит.

Также имеется взаимосвязь с беременностью. Половина всех случаев расслоения стенки аорты у женщин моложе 40 лет возникает во время беременности, чаще всего в III триместре. Подобно острому инфаркту миокарда, внезапной сердечной смерти и остановке сердца расслаивающая аневризма подвержена циркадным и сезонным ритмам. Она чаще развивается в утренние часы и в зимние месяцы года. Эти изменения коррелируют с физиологическими колебаниями уровня артериального давления.

### **Клиника**

Аневризмы до 4 – 7 см в диаметре не вызывают субъективных жалоб, иногда выявляется случайно. Асимптомное течение болезни может наблюдаться у 25 – 45 % пациентов.

Основные симптомы аневризмы брюшной аорты (АБА):

пациенты отмечают тупые, ноющие боли в животе в 90 % случаев;

наличие пульсирующего образования (60 %);

отсутствие аппетита, похудание, отрыжка, рвота, неустойчивый стул или запоры (может быть обусловлено компрессией двенадцатиперстной кишки или вовлечением в патологический процесс висцеральных ветвей аорты).

В 75 % случаев над аневризматическим расширением выслушивается систолический шум.

Может наблюдаться ишиорадикулярный синдром с чувствительными и двигательными расстройствами. Он вызван компрессией корешков спинного

мозга в поясничном отделе. Симптомы ишемии нижних конечностей могут быть связаны с эмболией фрагментированными тромботическими массами из полости аневризмы и сопутствующими окклюзирующими поражениями магистральных и периферических артерий.

Дифференциальный диагноз проводится с забрюшинной липомой, пакетом увеличенных забрюшинных лимфатических узлов, лимфосаркомой, опухолями желудка, кишечника, поджелудочной железы. Ошибочный диагноз возможен при наличии опухоли или подковообразной почки, при опущенной, блуждающей почке, когда она прилежит к аорте и имеет передаточную пульсацию. Данные проведенного исследования уточняют клиническую картину.

Лечение аневризм только хирургическое.

### **Осложнения аневризмы брюшной аорты**

К осложнениям аневризмы брюшной аорты относятся разрыв и тромбоз аневризматического мешка. Наибольшие сложности в диагностическом и лечебном плане вызывают расслоения и разрывы стенки аневризмы аорты.

**Расслаивающая аневризма аорты** – дефект внутренней оболочки аневризматически расширенной аорты, сопровождающийся образованием гематомы, продольно расслаивающей сосудистую стенку с формированием ложного канала. Расслаивающая аневризма аорты проявляется внезапной интенсивной болью, мигрирующей по ходу расслоения, подъемом артериального давления, признаками ишемии сердца, головного и спинного мозга, почек, внутреннего кровотечения.

Патологоанатомически выделяют следующие варианты заболевания:

- 1) разрыв аорты без расслоения ее стенки;
- 2) надрыв внутренних слоев аорты - расслоение стенки аорты кровью - прорыв внутрестеночной гематомы (расслаивающей аневризмы) в окружающие аорту ткани;
- 3) прорыв гематомы в просвет аорты - образование хронической расслаивающей аневризмы аорты с циркуляцией крови по двум параллельным руслам;
- 4) организация непрорвавшейся внутрестеночной гематомы.

Клиническая картина расслаивающей аневризмы может быть разнообразной в зависимости от места начала расслоения:

Разрыв аневризмы наступает внезапно, без каких-либо предвестников.

Большинство пациентов отмечает усиление болей в животе, диспептические расстройства, увеличение размеров аневризмы.

Начальный момент расслоения сопровождается острой болью «морфинного характера» в животе или спине, иррадиирующей в поясничную область, вдоль позвоночного столба, в бедро, нарастанием анемии.

При распространении диссекции с грудной аорты отмечается острая за-  
грудинная боль, гипотония.

Вследствие сужения и обтурации ветвей брюшной аорты могут появиться  
симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, сосудистые шумы, анурия,  
ишемия нижних конечностей.

Пульсирующее образование в брюшной полости определяется не у всех  
пациентов. Тяжелый прогноз оправдывает абсолютные показания к хи-  
рургическому лечению.

Наиболее часто разрыв аневризмы происходит в забрюшинное простран-  
ство (65 – 85 %), затем в двенадцатиперстную кишку (26 %), в свободную  
брюшную полость (14 – 23 %) и более редко в нижнюю полую вену и в тонкий  
кишечник. Большинство пациентов поступают в клинику в состоянии шока.

Клиническая картина в значительной степени зависит от места разрыва  
аневризмы.

**Разрыв в забрюшинное пространство** наиболее часто встречается в хи-  
рургической практике, так как период относительной стабилизации состояния  
пациента достаточно продолжительный, чтобы доставить пациента в клинику и  
предпринять хирургическое вмешательство. Клиническая картина характеризу-  
ется остро возникшей и продолжительной болью в животе и поясничной обла-  
сти слева, которая часто сопровождается тошнотой и рвотой. В большинстве  
случаев определяется пульсирующее образование в брюшной полости. В ре-  
зультате распространения гематомы в полость малого таза боли иррадируют в  
паховую область, бедро, половые органы. Вследствие сдавления тканей может  
появиться отек нижних конечностей. При высоком расположении гематомы  
боль иррадирует вверх, чаще в область сердца. В начальный период симптомы  
раздражения брюшины могут отсутствовать. По мере распространения гемато-  
мы болезненность и напряжение брюшной стенки вследствие раздражения  
брюшины гематомой могут явиться причиной ошибочной диагностики аппен-  
дицита, холецистита, панкреатита, опухоли, паранефрального абсцесса. В ряде  
случаев клинические признаки выражены слабо и степень болевого синдрома  
не соответствует объективным данным со стороны живота. Синдром кровопо-  
тери выражен умеренно, так как кровотечение в забрюшинное пространство  
происходит медленно. Наиболее острые проявления кровопотери (коллапс, та-  
хикардия, потеря сознания) наблюдаются у 20% пациентов.

**При разрыве аневризмы в свободную брюшную полость** быстро раз-  
виваются симптомы внутреннего кровотечения. У всех пациентов наблюдаются  
резкие боли в животе, тошнота, рвота, коллапс. Выражена бледность кожных  
покровов, холодный пот. Пульс нитевидный, давление низкое. Живот вздут,  
резко болезненный во всех отделах, выражены симптомы раздражения брюши-  
ны. Вследствие гипотонии наблюдается олигурия или анурия.

**При прорыве аневризмы в органы желудочно-кишечного тракта** появляется внезапная боль в животе. Выражены симптомы профузного желудочно-кишечного кровотечения: внезапный коллапс, кровавая рвота. При прорыве аневризмы в нижнюю полую вену характерны жалобы на одышку, сердцебиение, отеки нижних конечностей, боли в нижней половине живота и пульсирующее образование в нем. Быстро нарастает сердечная недостаточность по правожелудочковому типу. Патогномичным симптомом является появление грубого систолодиастолического шума, который проводится по току венозной крови, и дрожание по типу «кошачьего мурлыканья».

У большинства пациентов с разрывом аневризмы аорты установить правильный диагноз можно на основании клинических данных:

боли в животе и пояснице,

увеличение пульсирующего образования в брюшной полости, коллапс, анемия.

Иногда все происходит катастрофически быстро, и нет времени для применения специальных методов исследования, например, ультразвукового исследования и компьютерной и магнитно-резонансной томографии, которые дают достоверную информацию практически в 100% случаев. Более травматичной является аортография, но она позволяет определить взаимоотношения аневризмы с висцеральными ветвями брюшной аорты, наличие патологических свищей, затекание контраста по расслаивающейся стенке аорты. В ряде случаев помощь в дифференциальной диагностике оказывает срочная лапароскопия, позволяющая оценить состояние кишечника, наличие гематомы и характер ее распространения.

Спектр диагностических ошибок при разрыве аневризмы достаточно высок: острый панкреатит, тромбоз мезентериальных сосудов, кишечная непроходимость, почечная колика, инфаркт миокарда. Проведение дифференциального диагноза разрыва аневризмы аорты иногда представляет большие трудности даже для опытного клинициста.

При установлении диагноза осложненной АБА или при наличии обоснованного предположения о развитии у пациента осложнений АБА, пациент направляется в отделение хирургии сосудов больничной организации здравоохранения в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Необходима экстренная госпитализация (кардиореанимационной бригадой) в специализированное (сердечно-сосудистое) хирургическое отделение.

Оказание первой медицинской помощи при расслаивающей аневризме аорты и разрывах аорты:

1) борьба с болевым синдромом – обезболивание от ненаркотических (анальгин, баралгин, спазмалгин) до наркотических (промедол, омнопон, морфин) анальгетиков;

2) борьба с шоком – проведение легочно–сердечной реанимации;

3) снижение АД до нормальных цифр при высокой гипертензии (прием гипотензивных препаратов).

Отказ от оказания медицинской помощи, транспортировки бригадой СМП  
в больничную организацию здравоохранения  
Я,

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, либо законного представителя, либо супруга(ги), близкого родственника пациента)

зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_  
отказываюсь от

\_\_\_\_\_  
-.  
(меня, моего супруга(ги), моего ребенка, моего близкого родственника (ФИО))

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях моего отказа.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись пациента, либо законного представителя, либо супруга(ги), либо близкого родственника)

(ФИО, подпись врача СМП/фельдшера)

-----  
Раздел заполняется в случае отказа пациента либо законного представителя от подписи  
Гражданин

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

от подписи в отказе от  оказания медицинской помощи,  транспортировки бригадой СМП в больничную организацию здравоохранения отказался.

Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена.

ФИО и подписи свидетелей (не менее 2)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Приложение 2  
к карте вызова бригады  
скорой медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
(наименование организации  
здравоохранения)

Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Карта вызова бригады скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Транспортировка  
(заполняется в случае оформления карты вызова бригады скорой медицинской помощи  
в электронном виде)

ФИО пациента

\_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ или возраст \_\_\_\_\_ лет (меся-  
цев)

Адрес вызова

\_\_\_\_\_  
Транспортирован в

\_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)

Передача пациента медицинскому работнику \_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_  
(дата) (время)

Медицинский работник, принявший пациента:

\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_/

(должность) (ФИО) (подпись)

Алгоритм обследования пациентов с острой хирургической патологией живота на догоспитальном периоде

160

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
<b>1. Начало</b>	Постепенное	Внезапное	Внезапное	Внезапное	Внезапное, при обтурационной КН – постепенное	Внезапное – при острой кровопотере, постепенное – при хронической кровопотере	Внезапное	Внезапное	Внезапное, может предшествовать неопределенная боль внизу живота
<b>2. Жалобы</b>	Боль в правой подвздошной области постоянного характера; <b>Тошнота;</b> <b>Рвота</b> (рефлекторная), редко обильная и многократная; <b>Отсутствие «стула»</b> , при ретроцекальном и	Боль в правом подреберье и эпигастральной области, постоянная, нарастающая, иррадирует в правые надключичную область, плечо, лопатку, в область сердца (холецистокардиальный синдром Боткина); <b>Тошнота;</b> <b>Рвота</b> , много-	Боль в верхних отделах живота (в эпигастральной области, правом и/или левом подреберье), внезапная, постоянная, интенсивная, иррадирует в левое подреберье, по-	Боль внезапная, жесткая («кинжальная»), заставляющая больного согнуться; локализуется в верхних отделах живота с последующим распространением по правой по-	Боль сразу сильная и мучительная (при обтурационной КН – нарастает постепенно), схваткообразная (приступы боли вызываются перистальтикой кишечника), локализуется в месте препятствия,	Общие признаки кровопотери: <b>слабость, головокружение, бледность, обморочное состояние;</b> <b>Рвота по типу «кофейной гущи»;</b> «Дегтеобразный» стул (мелена).	Боль в проекции грыжевого выпячивания, постоянная, реже – схваткообразная; Признаки КН – <b>тошнота, рвота, неотхождение газов и отсутствие «стула»</b> ,	Боль в поясничной области, резкая, схваткообразная, характерна иррадиация по ходу мочеочечника, в паховую область, бедро, половые органы; <b>Тошнота, рвота</b> (воз-	Боль внезапная, интенсивная, часто – приступообразного характера, локализуется над лоном или разлитая в нижних отделах живота, иррадирует в задний проход, бедро, крестец, наруж-

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
	тазовом расположении ЧО – частый жидкий «стул»; <b>Нарушение мочеиспускания</b> (при атипичном расположении ЧО).	кратная, не приносящая облегчения; <b>Горечь во рту, отрыжка.</b>	ясницу (опоясывающая боль), межлопаточную область, за-грудинно, в область сердца, почти не усиливается при кашле, натуживании, глубоком вдохе;	ловине живота и по всему животу. Характерна иррадиация боли в надключичную область с обеих сторон и правую лопатку (френикус-симптом);	однако быстро распространяется по всему животу. При странгуляционной КН – постоянная боль резко усиливается во время приступа;		<b>метеоризм.</b> При ущемлении тонкой кишки – резкий болевой синдром, ранняя многократная, не приносящая облегчения рвота, асимметрия живота, метеоризм выражен незначительно;	никающие рефлекторно при каждом приступе боли); <b>Дизурические явления</b> (частые позывы к мочеиспусканию); <b>Парез кишечника</b> (рефлекторный);	ные половые органы, под-реберье, межлопаточную область, ключицу (френикус-симптом); <b>Тенезмы и жидкий «стул»</b> нередко сопровождаются болью; <b>Тошнота, рвота;</b>
<b>3. Жалобы</b>			<b>Тошнота; Рвота</b> появляется одновременно с болью, многократная, мучи-	<b>Рвота</b> наблюдается крайне редко, возникает в поздние сроки забо-	<b>Рвота</b> многократная, не приносящая облегчения, возникает одновременно первым		При ущемлении толстой кишки: умеренный болевой синдром,	Признаки острого воспалительного процесса: <b>повышение темпе-</b>	Общие признаки кровопотери: <b>слабость, головокружение, бледность,</b>

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
			тельная, не приносящая облегчение; <b>Метеризм, неотхождение газов, отсутствие «стула»</b> (динамическая КН).	левания при развитии перитонита, бывает многократной, обильной.	приступом боли (чем выше непроходимость, тем выраженнее рвота); <b>Неотхождение газов, отсутствие «стула»</b> (в ранние сроки заболевания за счет опорожнения дистальных отделов кишечника отмечается «стул» и могут отходить газы); <b>Метеоризм;</b>  <b>Перистальтика кишечника</b> (короткая и частая – тон-		неинтенсивная рвота, резко выражен метеоризм.	ратуры тела до 39-40°C, потрясающий озноб, проливной пот, общая слабость.	обморочное состояние; <b>Задержка или необычный характер менструации;</b> <b>Кровяные выделения из половых путей</b> (скудные, напоминают «кофейную гущу», кровотечение совпадает с первым болевым приступом или появляется после него).

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
					кокишечная непроходимость, длинная и редкая – толстокишечная непроходимость				
<b>4. Анамнез</b>	Боль возникает в эпигастральной (с-м Кохера) или окологупочной (с-м Кюммеля) областях, может иметь блуждающий по всему животу характер. Спустя 2-3 ч боль, постепенно усиливаясь, перемещается	Наличие конкрементов в желчном пузыре, приступы печеночной колики, погрешность в питании.	Заболевания желчевыводящей системы, ожирение, алкоголизм; погрешность в питании (обильная жирная пища, алкоголь).	Язвенный или желудочный анамнез	Перенесенные в прошлом воспалительные заболевания органов брюшной полости, операции на органах брюшной полости, травмы живота; Погрешность в питании, внезапное резкое физическое	Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, опухоль желудка, эрозивный гастрит, варикозное расширение вен пищевода и кардии; многократная рвота на фоне алкоголизма или переедания	Наличие грыжи, моменту ущемления предшествует, как правило, значительное физическое напряжение.	Указания на мочекаменную болезнь	Признаки беременности, прерывание беременности наступает, как правило, на 4-6-й неделе после непродолжительной задержки менструации. Воспалительные процессы внутренних половых органов, киста

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
	в правую подвздошную область.				напряжение.	(синдром Меллори-Вейса).			или опухоль яичника, применение ВМК. Травма живота, физическое напряжение, половой акт.
<b>5. Внешний вид, положение пациента</b>	Обычный; пациент стремится сохранять покой.	Страдальческое выражение лица; пациент стремится сохранять покой.	Черты лица заострены; испуган, беспокоен, стонет, мечется от боли.	Страдальческое выражение лица; испуган, занимает вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами, избегает малейшего движения, усиливающего боль.	Черты лица заострены; испуган, во время приступа стремится найти положение, облегчающее страдание, по мере прогрессирования заболевания – наступает заторможенность, апатия.	пациент заторможен, безучастен, сохраняет покой.	Черты лица заострены; пациент испуган, беспокоен.	Страдальческое выражение, черты лица заострены; пациент испуган, мечется по комнате, принимает самые разнообразные положения для уменьшения боли.	пациентка заторможена, апатична, стремится сохранять покой

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
<b>6. Общее состояние пациента</b>	В начале заболевания страдает мало: температура тела субфебрильная, соответствующая пульсу; язык влажный, обложен белым налетом; отмечаются общая слабость, недомогание. При прогрессировании заболевания состояние ухудшается за счет нарастания интоксикации: язык сухой,	Тяжелое: - кожный покров бледный с желтушным оттенком, холодный липкий пот, - язык сухой, обложен, - температура тела > 38°C, - пульс > 100-120 в минуту.	Средней тяжести и тяжелое. В ранние сроки заболевания температура тела субфебрильная, при некротическом панкреатите – гектическая лихорадка. Пульс учащен, в большинстве случаев соответствует температуре. АД в пределах нормального, в дальнейшем – тенденция к гипото-	Тяжелое, приступ боли может вызвать состояние шока: - бледность, холодный липкий пот, - похолодание конечностей, - потеря сознания (иногда). В начале заболевания: - температура нормальная или понижена (при развитии перитонита повышается), - брадикар-	Стадия «илеусного крика» (первые 12 ч) – боль может вызвать шок, в «светлые» промежутки общее состояние значительно не страдает. Стадия интоксикации (13- 36 ч) – повышение температуры, пульс учащен, АД несколько снижено. Терминальная стадия (позже 36 ч) – язык сухой, обложен коричневым налетом,	Зависит от степени кровопотери: при легкой – относительно удовлетворительное (головокружение, слабость, умеренная тахикардия); при средней и тяжелой – коллапс, шок (бледность, холодный липкий пот, заостренные черты лица, похолодание конечностей, частый слабый пульс, снижение АД, кратковременная потеря со-	Приступ боли может вызвать состояние шока: - снижение АД, - частый, слабый пульс, - бледность кожного покрова, цианоз, холодный, липкий пот, - помрачение сознания, олигоанурия.	При почечной колике общее состояние значительно не страдает. В случаях острого воспалительного процесса (пиело- или паранефрит) состояние тяжелое: - повышение температуры тела, - пульс, соответствующий температуре, - потрясающий	Зависит от степени кровопотери: - бледность кожного покрова, холодный пот, - одышка, - тахикардия, - снижение АД.

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
	обложен; тахикардия; повторная рвота; снижение АД; пациент бледен, адинамичен.		нии. Язык сухой, обложен; могут определяться иктеричность склер, желтушность кожного покрова.	дия, - АД снижено, - дыхание частое, поверхностное открытым ртом – «рыбье» дыхание.	«каловая» рвота, частый слабый пульс, снижение АД.	знания).		озноб, сменяющийся проливным потом, - общая слабость.	
<b>7. Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота</b>	<b>При осмотре:</b> отстаивание в дыхании правой половины живота. <b>При пальпации:</b> в правой подвздошной области определяются болезненность, защитное напряжение	<b>При осмотре:</b> отстаивание в дыхании правого верхнего квадранта живота. <b>При пальпации:</b> в правом подреберье определяются болезненность и защитное напряжение	<b>При осмотре:</b> живот участвует в дыхании, вздут (преимущественно в верхних отделах, в более поздние сроки - равномерное вздутие всего живота);	<b>При осмотре:</b> живот в дыхании не участвует, ладьевидно втянут, определяется рельефность передней брюшной стенки (с-м Дзбановского).	<b>При осмотре:</b> вздутие и асимметрия живота, видимая на глаз перистальтика кишечника; наличие послеоперационных рубцов, оценивают состояние грыжевых ворот.	Объективное исследование направлено на выявление основного заболевания (опухоль желудка или кишечника, увеличение печени и селезенки, асцит и т.д.).	<b>При осмотре:</b> обращают внимание на места наиболее вероятного выхода грыжи – грыжевое выпячивание хорошо заметно, не исчезает и не меняет очертаний;	<b>При осмотре:</b> живот участвует в дыхании, умеренно вздут в нижних отделах. <b>При пальпации:</b> живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, где может определяться	<b>При осмотре:</b> живот участвует в дыхании, умеренно вздут в нижних отделах. <b>При пальпации:</b> живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, где может определяться

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
								напряжение	
<b>8. Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота</b>	мышц передней брюшной стенки, положительный с-м Щеткина-Блюмберга. <b>При перкуссии</b> – без особенностей. <b>При аускультации</b> – урежение перистальтических шумов. При прогрессировании заболевания (развитие перитонита) определяются вздутие живота,	мышц передней брюшной стенки, положительный с-м Щеткина-Блюмберга, могут быть выявлены увеличенный, напряженный и резко болезненный желчный пузырь (с-м Курвуазье), болезненный инфильтрат. <b>При перкуссии и аускультации</b> – без особенностей.	<b>При пальпации:</b> боль в эпигастральной области, редко - защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и с-м Щеткина-Блюмберга; <b>При перкуссии:</b> вырванный тимпанит (парез поперечной ободочной кишки), притупление в отлогах живота (при наличии	<b>При пальпации:</b> живот доскообразно напряжен, резко болезненный в верхних отделах, где определяются положительный с-м Щеткина-Блюмберга, кожная гиперестезия. <b>При перкуссии:</b> исчезновение или уменьшение размеров печеночной тупости (с-м Спигарного), притуп-	<b>При пальпации:</b> живот мягкий, практически безболезненный (до развития перитонита), могут определяться колбасовидное, эластической консистенции, смещаемое образование (раздутая петля кишки), опухоль, инвагинат, воспалительный инфильтрат. <b>При перкуссии:</b> шум «плеска», неравномерность тимпа-	<b>Пальцевое исследование прямой кишки</b> позволяет судить о характере кровотечения (по виду каловых масс).	могут определяться асимметрия живота и видимая на глаз перистальтика кишечника. <b>При пальпации:</b> грыжевое выпячивание увеличено в размерах и резко напряжено, неправильно, отсутствует передача кашлевого толчка, отмечается болезнен-	мышц поясничной области на стороне поражения. <b>При перкуссии и аускультации</b> – без особенностей. <b>Тест Лорина-Эпштейна</b> (потягивание за яичко) – натяжение семенного канатика при почечной колике приводит к усилению боли <b>Новокаиновая бло-</b>	положительный с-м раздражения брюшины (с-м Куленкампа – резкая болезненность при отдергивании руки при мягкой передней брюшной стенке). Может определяться объемное образование в области придатков матки овальной формы, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижное, в

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
	притупление перкуторного звука в местах скопления выпота, отсутствие перистальтических шумов.		выпота в брюшной полости). <b>При аускультации:</b> ослабление или отсутствие кишечных шумов (динамическая КН).	ление в отлогих местах живота (зависит от объема выпота в брюшной полости). <b>При аускультации:</b> перистальтика ослаблена или отсутствует, могут выслушиваться сердечные тоны.	нического звука за счет его притупления, что соответствует расположению опухоли, инвагината, воспалительного инфильтрата или скоплению жидкости в отлогих местах живота. <b>При аускультации:</b> в ранние сроки – усиленная перистальтика		ность в области грыжевых ворот. <b>При перкуссии:</b> тимпанит сменяется тупым звуком за счет скопления грыжевой воды. <b>При аускультации:</b> выше препятствия выслушивается усиленная перистальтика приводящего отдела ущемленной кишки. <b>Per rectum</b>	<b>Када</b> семенного канатика (круглой связки матки) <b>по Лорину-Эпштейну</b> – при почечной колике боль купируется немедленно или через 2-3 мин., проходят рефлекторные явления (рвота, метеоризм, ишурия и др.).	проекции опухоли – резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный с-м Щеткина-Блюмберга. <b>При перкуссии:</b> притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
							– атония анального сфинктера, расширение ампулы		
<b>9. Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота</b>					(многочисленные, различные по высоте кишечные шумы). При развитии пареза кишечника наступает «мертвая тишина». <b>Per rectum</b> – атония анального жома и баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки.		прямой кишки (с-м Обуховской больницы); малая вместимость дистального отдела толстой кишки при сифонной клизме (с-м Цеге-Мантейфеля).		<b>При аускультации</b> – без особенностей.

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
<b>10. Специфические симптомы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Раздольского;</li> <li>- Ровзинга;</li> <li>- Воскресенского;</li> <li>- Ситковского;</li> <li>- Бартомье-Михельсона;</li> <li>- Крымова;</li> <li>- Яуре-Розанова.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Кера;</li> <li>- Мерфи;</li> <li>- Ортнера-Грекова;</li> <li>- Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом);</li> <li>- Курвуазье;</li> <li>- Пекарского;</li> <li>- Боаса.</li> </ul>	<p>Цветные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мондора;</li> <li>- Грея-Турнера;</li> <li>- Грюнвальда.</li> </ul> <p>В поздние сроки заболевания – яркая гиперемия лица («калликреиновое лицо»).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Воскресенского;</li> <li>- Мейо-Робсона;</li> <li>- Кера.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дзбановского;</li> <li>- Спизжарного;</li> <li>- Берштейна;</li> <li>- Куленкампа;</li> <li>Аускультативные симптомы:</li> <li>- Бруннера;</li> <li>- триада Гюс-тена.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Спасокукоцкого;</li> <li>- Матвеев-Склярова;</li> <li>- Обуховской больницы (Грекова);</li> <li>- Цеге-Мантейфеля;</li> <li>- синдром Валя (видимая асимметрия, видимая перистальтика, пальпируемая раздутая петля кишки, высокий тимпанит);</li> <li>- Кивуля (металлический звук).</li> </ul>	Не характерны	<ul style="list-style-type: none"> <li>- невра-ви-мость грыжи;</li> <li>- напряже-ние грыжевого выпячи-вания и увеличе-ние его размеров;</li> <li>- отсут-ствие пе-редачи кашлево-го толчка;</li> <li>- симпто-мы КН (шум плеска, Обухов-ской больни-цы, Валя и др.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- псоас-симптом (нога на стороне поражения согнута в коленном и тазобед-ренном су-ставах и приведена к животу) – характе-рен для пара-нефрита;</li> <li>- Пастер-нац-кого (болезнен-ность при поколачи-вании по-ясничной области на стороне пораже-ния).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Кулен-кампа (резкая бо-лезненность при мягкой передней брюшной стенке);</li> <li>- Ваньки-Встаньки (больная предпочита-ет сидеть, т.к. в гори-зонтальном положении излившаяся кровь раз-дражает диафрагму).</li> </ul>

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
<b>11. Лабораторные и инструментальные методы исследования</b>	Лейкоцитоз с палочко-ядерным сдвигом лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ.	Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы, синдром <b>холестаза</b> (механическая жел-туха): повышение уровня общего и прямого (связанного) билирубина, щелочной фосфатазы, синдром <b>цитоллиза</b> (паренхиматозная жел-туха): увеличение доли непрямого (несвязанного) билирубина и активности аминотрансфераз, снижение коэффициента de Ritis (отношение	Амилаземия (-урия), признаки сгущения крови, лимфопения, по данным коагулограммы - гиперкоагуляция, угнетение фибринолиза. Обзорная рентгенография живота (изолированное вздутие поперечной ободочной кишки – с-м Гобье), УЗИ, лечебно-диагностическая лапароскопия,	Обзорная рентгенография живота – («серп» воздуха под правым куполом диафрагмы), ФГДС.	Обзорная рентгенография живота: - чаши Клойбера, - уровни жидкости, - поперечная исчерченность раздужой газами тонкой кишки («скелет селетки» - с-м Кейси). Количество уровней жидкости при тонкокишечной непроходимости больше, чем при толстокишечной. При тонкокишечной непрохо-	Уменьшение числа эритроцитов, снижение показателей гемоглобина и гематокрита, лейкоцитоз. ФГДС позволяет установить источник и характер кровотечения, выполнить эндоскопический гемостаз.	Обзорная рентгенография живота: - чаши Клойбера, - уровни жидкости.	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ, содержания С-реактивного белка; повышение уровня креатинина и мочевины; гематурия, протеинурия, бактериурия, пиурия. Обзорная урография (тень конкремента), УЗИ, экскреторная урография.	Лейкоцитоз с палочко-ядерным сдвигом лейкоцитарной формулы, снижение гемоглобина, гипохромная анемия. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища, УЗИ, лапароскопия.

	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА								
	ОА	ОХ	ОП	ПЯЖ/12ПК	ОКН	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	УГ	Урологические заболевания	Гинекологические заболевания
		АсАТ/АлАТ) ниже 1,0. УЗИ, ФГДС.	ФГДС.		димости высоты чаш Клойбера меньше их ширины, при толстокишечной непроходимости высота чаш превалирует над их поперечником.				

## Литература

### Основная:

1. Мак-Интайр, Р. Б. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии : пер. с англ. / Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 744 с.
2. Хирургические проблемы неотложной гастроэнтерологии / С. Ф. Багненко [и др.]. – М. : ГИС, 2009. – 520 с.
3. Володченко, Н. П. Абдоминальная травма : учеб. пособие / Н. П. Володченко. – Благовещенск : Амур. гос. мед. акад., 2018. – 109 с.
4. Гаин, Ю. М. Неотложная хирургия органов брюшной полости : избран. лекции для студентов мед. ВУЗов / Ю. М. Гаин. – Минск : БелАКК, 2004. – 284 с.
5. Хирургические болезни: симптомы и синдромы : в 2 т. / Ю. М. Гаин [и др.] ; под общ. ред. Ю. М. Гаина, Ю. Е. Демидчика ; Нац. акад. наук Беларуси. – Минск : Беларус. навука, 2013. – Т. 1. – 479 с.
6. Аппендицит / Ю. М. Гаин [и др.] // Хирургические болезни. Симптомы и синдромы : учеб. пособие : в 4 т. / под ред. Ю. М. Гаина, М. А. Герасименко. – Минск, 2018. – Т. 1, гл. 1., разд. 1.4. – С. 165–217.
7. Хирургические заболевания опорно-двигательного аппарата // Хирургические болезни. Симптомы и синдромы : учеб. пособие : в 4 т. / под ред. Ю. М. Гаина, М. А. Герасименко. – Минск, 2018. – Т. 3, гл. 9. – С. 232–436.
8. Галкин, Р. А. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение / Р. А. Галкин, И. Г. Лещенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 431 с.
9. Абдоминальная хирургическая инфекция. Российские национальные рекомендации / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Кириенко, Н. Н. Хачатрян ; Рос. ассоц. специалистов по хирург. инфекциям [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МИА, 2018. – 164 с.
10. Госпитальная хирургия. Синдромология : учеб. пособие / А. Г. Абдуллаев [и др.] ; под ред. Н. О. Миланова, Ю. В. Бирюкова, Г. В. Синявина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 435 с.
11. Неотложная абдоминальная хирургия : справ. пособие для врачей / А. А. Гринберг [и др.] ; под ред. А. А. Гринберга. – М. : Триада-Х, 2010. – 496 с.
12. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 46 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
13. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с хронической атеросклеротической аневризмой нисходящего отдела грудной и брюшной аорты» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 47 // Консультант-

- Плюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
14. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 46 // Консультант-Плюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
  15. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 46 // Консультант-Плюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
  16. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 46 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
  17. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка, прободной язвой двенадцатиперстной кишки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 46 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
  18. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ущемленными грыжами при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 46 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
  19. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина ; Ассоц. мед. обществ по качеству, Рос. о-во хирургов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 903 с.
  20. Кохан, Е. П. Избранные лекции по ангиологии / Е. П. Кохан, И. К. Заварина ; М-во обороны Рос. Федерации, Гос. ин-т усовершенствования врачей МО РФ, Центр. воен. клин. госпиталь им. А. А. Вишневого МО РФ. – М. : Наука, 2000. – 383 с.
  21. Катэрино, Дж. М. Медицина неотложных состояний : пер. с англ. / Дж. М. Катэрино, С. Кахан ; ред. Д. А. Струтынский. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 336 с.

22. Клиническая хирургия : нац. рук. : в 3 т. / А. А. Адамян [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко ; Рос. о-во хирургов, Ассоц. мед. о-в по качеству. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008–2010. – 3 т.
23. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пострадавшим с повреждениями живота и органов брюшной полости в чрезвычайных ситуациях / Б. П. Кудрявцев [и др.] // Клинические рекомендации по политравме / Всерос. центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России. – М., 2016. – С. 69–90.
24. Ковалев, А. И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии / А. И. Ковалев. – М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2011. – 360 с.
25. Ковалев, А. И. Школа неотложной хирургической практики : учеб. пособие / А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 743 с.
26. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств при остром аппендиците / П. И. Кошелев [и др.] // Скорая мед. помощь. – 2004. – № 3. – С. 34–35.
27. Врачебные методы диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) : учеб. пособие / В. Г. Кукес [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 716 с.
28. Заболевания червеобразного отростка слепой кишки / А. А. Курыгин [и др.]. – СПб. : [Изд. А. Н. Индиенко], 2005. – 259 с.
29. Лебедев, Н. В. Системы объективной оценки тяжести состояния больных и пострадавших / Н. В. Лебедев. – М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 158 с.
30. Лежар, Ф. Неотложная хирургия : пер. с 9-го франц. изд. / Ф. Лежар ; ред. Ю. Ю. Джанелидзе. – Изд. перераб. и доп. – Л. : Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1941. – 547 с.
31. Неотложная абдоминальная хирургия : метод. рук. для практикующего врача / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, А. В. Сажина. – М. : МИА, 2018. – 488 с.
32. Неотложная хирургия органов брюшной полости : клин. рук. / Р. Л. Ахметшин [и др.] ; под ред. П. Г. Кондратенко, В. И. Русина. – Донецк : Изд. Заславский А. Ю., 2013. – 718 с.
33. Неотложная хирургия органов брюшной полости : учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко [и др.] ; под ред. В. В. Левановича. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288 с.
34. Общая и неотложная хирургия : пер. с англ. / под ред. Саймона Патерсон-Брауна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
35. Основы клинической хирургии : практ. рук. / Н. А. Кузнецов [и др.] ; под ред. Н. А. Кузнецова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 671 с.
36. Острый аппендицит / под ред. В. И. Колесова ; [сост. Ю. В. Берингер]. – Л. : Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1959. – 290 с.

37. О вопросах организации деятельности службы скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 4 янв. 2020 г., № 2 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
38. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2017 г., № 54 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
39. Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению и признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2006 г. № 484 [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 сент. 2010 г., № 1030 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
40. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний, травм живота и груди : метод. пособие / Н. В. Бордаков [и др.] ; под ред. В. Н. Бордакова, С. А. Жидкова. – Молодечно : Победа, 2012. – 279 с.
41. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева. – М. : Триада-Х, 2005. – 640 с.
42. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости : рук. для врачей / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева ; ред.-сост. А. И. Кириенко. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : МИА, 2014. – 532 с.
43. Руководство по скорой медицинской помощи. 2007 : для врачей и фельдшеров, оказывающих первич. мед.-сан. помощь / под ред. С. Ф. Багненко [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 816 с.
44. Русанов, А. А. Аппендицит / А. А. Русанов. – Л. : Медицина, Ленингр. отделение, 1979. – 173 с.
45. Седов, В. М. Аппендицит / В. М. Седов. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2002. – 229 с.
46. Совцов, С. А. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие / С. А. Совцов. – Челябинск : Юж.-Урал. гос. мед. ун-т, 2016. – 197 с.
47. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи / под ред. М. В. Гринева, И. Н. Ершовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Политехника, 1994. – 431 с.
48. Стерн, С. От симптома к диагнозу : рук. для врачей : пер. с англ. / С. Стерн, А. Сайфу, Д. Олткорн. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 816 с.
49. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 192 с.

*Дополнительная:*

1. Абдоминальная травма : рук. для врачей / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. А. С. Ермолова, М. Ш. Хубутия, М. М. Абакумова. – М. : Видар-М, 2010. – 504 с.
2. Василенко, В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев. – М. : Медицина, 1981. – 344 с.
3. Макаров, И. В. Обследование хирургического больного : учеб. пособие / И. В. Макаров, Р. А. Галкин, А. Ю. Сидоров ; Самар. гос. мед. ун-т. – Изд. 2-е, испр., доп. – Самара : Офорт, 2014. – 58 с.
4. Гребенев, А. Л. Непосредственное исследование больного : учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 304 с.
5. Грыжи живота. Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения : учеб. пособие / В. И. Белоконов [и др.]. – М. : Форум : Инфра-М, 2019. – 182 с.
6. Черных, А. В. Грыжи живота : иллюстрир. рук. / А. В. Черных, М. П. Попова, В. В. Алипов ; ред. Е. В. Погосян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с.
7. Диагностика трудных случаев острого аппендицита / А. А. Гринберг [и др.]. – М. : Триада-Х, 1998. – 128 с.
8. Диагностика и лечение острого панкреатита / А. С. Ермолов [и др.]. – М. : Видар-М, 2013. – 382 с.
9. Осложнения в хирургии живота : рук. для врачей / В. В. Жебровский [и др.]. – М. : МИА, 2006. – 445 с.
10. Ильченко, А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей : рук. для врачей / А. А. Ильченко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МИА, 2011. – 878 с.
11. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни / В. Т. Ивашкин [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – Т. 26, № 6. – С. 40–54.
12. Ковалев, А. И. Хирургия : учеб. / А. И. Ковалев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 576 с.
13. Котаев, А. Ю. Желудочно-кишечные кровотечения : учеб. пособие / А. Ю. Котаев, А. И. Чернооков, Б. А. Наумов. – М. : Феникс, 2015. – 240 с.
14. Лебедев, Н. В. Травма живота : учеб. пособие / Н. В. Лебедев, А. Е. Климов, А. А. Бархударов. – М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2016. – 64 с.
15. Леонкин, В. В. Симптомы и синдромы в терапии и хирургии / В. В. Леонкин, С. Э. Османов. – М. : Науч. кн., 2013. – 140 с.
16. Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Рус. мед. журн. – 2005. – Т. 13, № 14. – С. 902–907.
17. Национальные клинические рекомендации «Прободная язва» [Электронный ресурс] : приняты на XII съезде хирургов России «Актуальные вопросы хирургии», Ростов-на-Дону, 7–9 окт. 2015 г. / В. П. Сажин [и др.] ; Рос. о-

- во хирургов. – Режим доступа: [http://xn----9sdbbejx7bduahou3a5d.xn--p1ai/upload/perforated\\_ulcer.pdf](http://xn----9sdbbejx7bduahou3a5d.xn--p1ai/upload/perforated_ulcer.pdf). – Дата доступа: 13.07.2022.
18. Национальные клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость» [Электронный ресурс] : приняты на XII съезде хирургов России «Актуальные вопросы хирургии», Ростов-на-Дону, 7–9 окт. 2015 г. / С. Г. Шаповальянц [и др.] ; Рос. о-во хирургов. – Режим доступа: [http://xn----9sdbbejx7bduahou3a5d.xn--p1ai/upload/kishechnaya\\_neprohodimost.pdf](http://xn----9sdbbejx7bduahou3a5d.xn--p1ai/upload/kishechnaya_neprohodimost.pdf). – Дата доступа: 13.07.2022.
  19. Найхус, Л. М. Боль в животе : рук. по неотлож. диагностике заболеваний органов брюшной полости : пер. с англ. / Л. М. Найхус, Дж. М. Вителло, Р. Э. Конден. – Изд. 3-е, доп. и перераб. – М. : БИНОМ. Лаб. знаний, 2000. – 319 с.
  20. Неотложная хирургия груди и живота : рук. для врачей / Л. Н. Бисенков [и др.] ; под ред. Л. Н. Бисенкова, П. Н. Зубарева. – М. : СпецЛит, 2015. – 574 с.
  21. Неотложная хирургия : рук. для хирургов общ. практики : пер. с англ. / под ред.: В. Х. Грасиаса [и др.] – М. : Изд-во Панфилова, 2010. – 886 с.
  22. Неймарк, И. И. Диагностика и лечение острых заболеваний органов брюшной полости / И. И. Неймарк, Л. Н. Камардин. – Барнаул : Алтайск. кн. изд-во, 1963. – 212 с.
  23. Объективная оценка тяжести состояния больных и прогноз в хирургии / Ю. М. Гаин [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2005. – 298 с.
  24. Острый калькулезный холецистит: рекомендации Всемирного общества неотложной хирургии (WSES) 2016 г. / L. Ansaloni [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2017. – Т. 23, № 6. – С. 25–71.
  25. Прудков, М. И. Острый аппендицит. Клиника. Диагностика. Традиционное и минимально инвазивное хирургическое лечение : пособие для врачей / М. И. Прудков, С. В. Пискунов, А. И. Никифоров. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2001. – 42 с.
  26. Пугаев, А. В. Острый аппендицит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М. : Триада-Х, 2011. – 168 с.
  27. Справочное руководство для врача скорой помощи / под общ. ред. А. Л. Верткина. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 285 с.
  28. Болезни желудка, кишечника и брюшины / Т. Ташев [и др.]. – София : Медицина и физкультура, 1964. – 783 с.
  29. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике : учеб. пособие / Б. С. Суковатых [и др.]. – 2-е изд, перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 656 с.
  30. Хирургия осложненной язвенной болезни / С. В. Тарасенко [и др.]. – М. : Проспект, 2015. – 104 с.
  31. Черноусов, А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Т. В. Хоробрых ; ред. Д. Д. Проценко. – М. : Практ. медицина, 2016. – 352 с.

32. Чернин, В. В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки : рук. для врачей / В. В. Чернин. – М. : МИА, 2010. – 528 с.
33. Шимко, В. В. Грыжи живота : учеб. пособие / В. В. Шимко, А. А. Сысолятин. – Благовещенск : Амур. гос. мед. акад., 2010. – 150 с.

Учебное издание

**Бордаков Виктор Николаевич**  
**Гаин Юрий Михайлович**  
**Бордаков Павел Викторович**  
**Борисов Андрей Владимирович**  
**Гаин Михаил Юрьевич**  
**Дылевский Сергей Николаевич**  
**Доронин Максим Владимирович**  
**Новикова Наталья Петровна**  
**Станишевский Александр Леонидович**  
**Суковатых Андрей Леонидович**  
**Третьяк Дмитрий Станиславович**  
**Шиманский Игорь Евстафьевич**  
**Юшкевич Дмитрий Валерьевич**

**ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Учебное пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 07.10.2022. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 11,19. Уч.- изд. л. 8,58. Тираж 120. Заказ 29.

Издатель и полиграфическое исполнение –

государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распро-  
странителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распро-  
странителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп.3.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**  
**ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф

**ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ**  
**ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА**  
**ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Минск, БелМАПО  
2023

