

# **Семиология острого живота.**

**Доктор хабилитат  
медицинских наук,  
профессор А.Боур**

Понятие «острый живот» включает остро возникшее, угрожающее жизни больного заболевание или заболевания, требующие немедленного применения определённых лечебных мероприятий, при которых боли и основные симптомы заболевания локализируются в животе.

Больные с острым животом  
нуждаются в неотложной  
медицинской помощи, а  
иногда и в операции.

Острый живот может быть обусловлен следующими заболеваниями:

1. Воспалительные заболевания брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, холангит, дивертикулит, острый панкреатит, болезнь Крона, воспалительные заболевания матки и придатков и др.)

2. Перфорация полостного органа в брюшную полость (прободная язва желудка и 12-п кишки, перфорация опухоли желудка или кишечника, перфорация червеобразного отростка при аппендиците, перфорация желчного пузыря, тифоидных язв кишечника, спонтанный разрыв пищевода, разрыв мочевого пузыря, травматический разрыв полостных органов).

3. Острая кишечная непроходимость: рак толстой кишки, спайки (спаечная болезнь), наружные и внутренние ущемленные грыжи, желчные камни, инвагинация кишечника, заворот его, сдавливание кишечника извне кистой или опухолью и др.

4. Внутрибрюшные кровотечения: спонтанные (прерванная внематочная беременность, апоплексия яичника, разрыв аневризмы аорты) и травматические (разрыв селезёнки, печени, почек, брыжейки кишечника, магистральных сосудов).

К патологиям, в которых встречаются боли в животе похожие с клинической картиной «острого живота», относятся: инфаркт, базальная пневмония, алиментарные токсикоинфекции и инфекционные заболевания, печёночная и почечная колики, декомпенсированный диабет, системный васкулит и др.



# Субъективные данные.

Каждому больному необходимо выполнить тщательный сбор анамнеза и полное клиническое обследование.

# Возраст больного.

Частота разных заболеваний ограничена определенным возрастом. К примеру, инвагинация кишечника с развитием кишечной непроходимости развивается только у детей до 2 лет. Острая непроходимость кишечника, обусловленная закрытием опухолью его просвета, характерна для больных старше 50 лет.

Прободная язва редко встречается у пациентов младше 15 лет, а острый панкреатит – младше 20 лет.

# Время начала заболевания.

Очень часто важен следующий вопрос заданный пациенту: Что Вы делали в момент появления болей? Часто больные с аппендицитом просыпаются ночью во сне из-за болей в животе. Больные с прободной язвой могут с точностью назвать время начала болей.

Очень важно знать если болям не предшествовала какая-то травма. К примеру, разрыв селезёнки может наступить после незначительной травмы или, сдавливании нижней части грудной клетки слева или левого подреберья. Ущемлённые грыжи появляются обычно после физической нагрузки или при резкой перемене положения тела.

# Начало заболевания.

Для перфорации прободной язвы желудка и 12-п кишки, острого панкреатита и разрыва аневризмы аорты характерно молниеносное начало болевого синдрома.

У пациентов развивается коллаптоидное состояние и они теряют сознание. У женщин прерывание внематочной беременности сопровождается также коллаптоидным состоянием.

Большинство случаев кишечной непроходимости имеют медленное постепенное начало, за исключением странгуляционной формы для которой характерно острое начало.

Особое внимание придается началу болевого синдрома, его распространению и характеру.

# Висцеральная боль

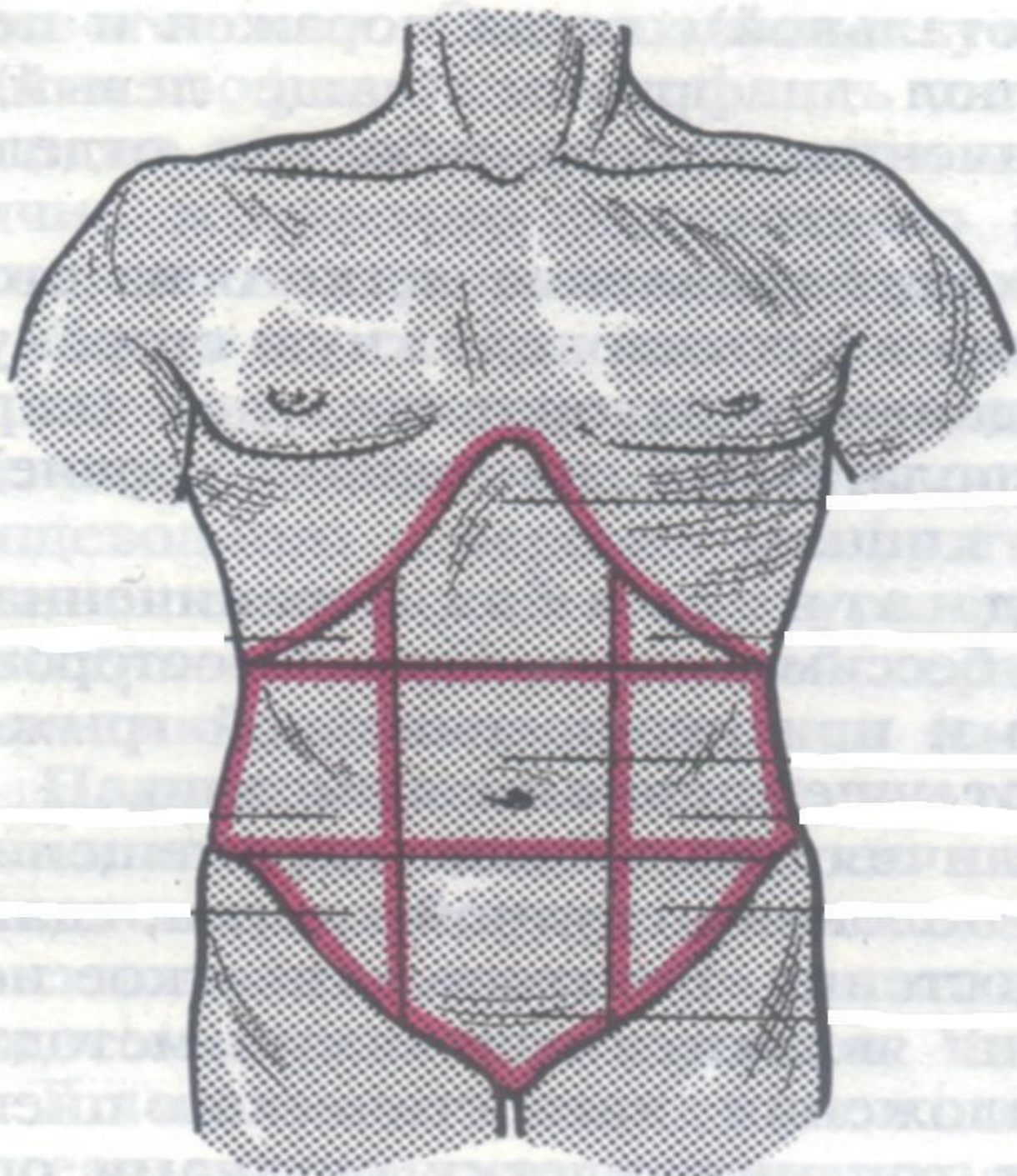
Исходит от органов брюшной полости, иннервируемых ветвями вегетативной нервной системы. Висцеральные боли возникают при растяжении, вздутии, спазме органов пищеварительного тракта, мочевой системы. Висцеральная боль воспринимается как диффузная, симметрично распространяющаяся вдоль средней линии живота. Часто больные не могут указать на точную локализацию боли.

# Соматические боли

Возникают при раздражении чувствительных волокон межрёберных нервов, иннервирующих париетальную брюшину, брыжейки, малый сальник и забрюшинное пространство. Соматические боли четко ограничены, локализованны, бывают режущими и жгучими, носят постоянный характер.



В клинической практике выделяют 3 области передней брюшной стенки: верхняя – надчревная (epigastrium), средняя – чревная (regio mesogastrium) и нижняя – подчревная (hypogastrium). Линии, проведенные вдоль наружных краёв прямых мышц живота, делят каждую из этих областей ещё на 3 области. Таким образом живот делят на 9 областей.



# Первичная локализация боли.

Когда в свободную брюшную полость попадает внезапно соляная кислота (при прободной язве желудка), кровь (при внематочной беременности) или гной (при пиосальпинксе), боли появляются в начале по всему животу.

Боли в паховой области могут появляться при паховой или ущемленной бедренной грыжи.

# Смещение болей.

Перемещение болей в течении нескольких часов из эпигастральной области в правую подвздошную, свидетельствует о наличии острого аппендицита (симптом Кохера).

Когда острые боли перемещаются из грудной клетки в брюшную полость можно подозревать наличие расслаивающейся аневризмы аорты.

# Характер болей

Часто бывает важным в установлении источника болезни. Например, наличие «кинжальных болей» характерно для прободной язвы желудка и 12-п кишки (симптом Dieulafoy), постоянная изнуряющая боль – для острого панкреатита, острая судорожная боль – для печёночной и почечной колики и др.

# Иррадиация боли

Может иметь важное диагностическое значение, особенно в случае разных колик при которых боли иррадиируют в области нервов ответственных за данный сегмент: при желчной (печёночной) колики боли отдают в области нижней части правой лопатки, при почечной колики – в области наружных половых органов и в области бедра со стороны поражения.

Боли в надключичной области при остром холецистите, при прободной язве связаны с раздражением диафрагмального нерва.

При остром панкреатите боли иррадируют в правую и левую поясничную области и носят опоясывающий характер.

# Рвота.

Одноразовая рвота в начале заболевания характерна для острого аппендицита. Частая рвота на фоне развития клинической картины острого аппендицита свидетельствует о развитии перитонита.

Частая рвота характерна для острого холецистита и панкреатита, при высокой кишечной непроходимости.



## Выделение газов и калловых масс.

Отсутствие выделения газов и фекалий в течении нескольких дней является тяжелым признаком кишечной непроходимости, особенно при наличии болей и вздутия живота.

Однако при высокой кишечной непроходимости (на уровне тонкой кишки), выделение газов и калловых масс может быть сохранено на определенное время от начала заболевания.

Диарея характерна для острого гастроэнтерита и может иметь место при тазовом расположении острого аппендицита.

Наличие крови и слизистых выделений является классическим симптомом инвагинации кишечника.

# Сухость во рту

Встречается во многих хирургических заболеваниях органов брюшной полости, но особенно выражено при перитонитах, панкреатитах и при кишечной непроходимости, сопровождающиеся нарушениями водно-электролитного равновесия.

# История болезни.

Необходимо собрать информацию от пациента о перенесенных операциях и самое главное – была ли когда-нибудь такая ситуация.

Очень важно определить имеется ли связь между началом болезни и приёмом пищи. Если боли появляются после еды и сохраняются в течении 2-3 часов, это свидетельствует о наличии язвы 12-п кишки.

# Клиническое обследование

## Общий осмотр.

Необходимо обратить внимание на внешность больного и цвет кожных покровов.

Бледный или серый цвет кожных покровов, покрытые холодным потом характерны для прободной язвы, странгуляционной кишечной непроходимости, цианоз лица и шеи для острого панкреатита (симптом Mondor).

Серо-землянистый цвет кожных покровов, острое выражение, осунувшееся лицо, кожные покровы покрытые холодным потом составляют клиническое выражение «лицо Гиппократата», характерное для поздних стадий перитонита.

# Положение больного в постели

Является дополнительным дифференциальным клиническим признаком.

При выраженной колике пациенты не могут себе найти место, в отличие от больных с перитонитом, которые лежат неподвижно. При генерализованной форме перитонита ноги больного согнуты в коленных суставах для релаксации мышечного напряжения живота.

При разрыве селезёнки больные находятся в вынужденном положении на бок и определяется симптом «Ванька – встанька». Попытка перевести больного в положение на спине сопровождается усилением болей и больные вновь принимают начальную позицию – на бок или сидя.



# Пульс.

Учащение пульса является постоянным симптомом наличия генерализованной формы перитонита или внутрибрюшного кровотечения.

# Артериальное давление.

Снижение показателей артериального давления может свидетельствовать о наличии внутрибрюшного кровотечения, шока или сосудистой недостаточности в результате поздних стадий острой кишечной непроходимости.

# Частота дыхания

Является важным диагностическим тестом для проведения дифференциального диагноза между заболеваниями грудной клетки и брюшной полости.

Однако, в случае генерализованной формы перитонита, кишечной непроходимости или внутрибрюшного кровотечения дыхание может быть учащенным.

# Температура

При острых хирургических заболеваниях брюшной полости может быть пониженной, нормальной или повышенной. Все три типа температур могут быть при одном и том же заболевании, но в разное время.

Пониженная  $t$  (35-36С) может быть при состояниях шока: в начальных стадиях острого панкреатита, острой странгуляционной непроходимости, прободной язве и др.

В начале развития острого аппендицита температура тела обычно нормальная, затем через несколько часов становится субфебрильной ( $37,3 - 37,5^{\circ}\text{C}$ ).

При перфорации червеобразного отростка или при прогрессирующем перитоните температура тела достигает  $38^{\circ}\text{C}$ .

Если у пациента с болями в животе в начале заболевания температура повышается до 40 - 41<sup>o</sup>C, тогда вероятные причины заболевания являются патологией легких или почек. Высокая температура абсолютно не характерна для острой хирургической патологии живота.

## Осмотр живота.

При осмотре живота обращают внимание на его размеры, симметричность, наличие местного или общего вздутия живота. Причинами симметричного увеличения живота могут быть ожирение, асцит при циррозе печени или вздутие живота. Ассиметричное его увеличение встречается при кишечной непроходимости, когда вздутая петля или кишечные петли контурируются через брюшную стенку, и в случае опухоли больших размеров так же деформируется брюшная стенка.

Уменьшение объёма живота встречается при кахексиях связанных с каким-то патологическим процессом, к примеру декомпенсированным пилородуоденальным стенозом или опухолевым процессам.

В обязательном порядке необходимо обследовать все слабые грыжевые места брюшной стенки, в особенности бедренные и паховые области.



# Цвет кожных покровов

В большинстве случаев острой патологии живота не меняется. Однако, при острых холангитах, холециститах, панкреатитах часто появляется иктеричность кожных покровов. Бледность их появляется при внутрибрюшных кровотечениях (внематочная беременность, разрыв селезёнки и др.), а цианоз кожных покровов – при тромбозах мезентериальных сосудов.

При осмотре живота у больного циррозом печени можно выявить расширение подкожных околопупочных вен. Наличие фиолетовых пятен в околопупочной области (симптом Cullen) или по боковым поверхностям живота (Grey-Turner) характерно для острого панкреатита. Так же необходимо обратить внимание на наличие послеоперационных рубцов.

## Участие живота в акте дыхания

При прободной язве весь живот не участвует в акте дыхания, а в случае острого аппендицита с местным перитонитом ограничено в движении только правая подвздошная область.

# Пальпация

Живота осуществляется в положении больного на спине. Руки должны быть вдоль туловища а ноги слегка согнуты в коленных суставах. Такое положение позволяет пальпировать живот при максимальном расслаблении передней брюшной стенки. Руки врача должны быть теплыми, а пальпацию живота осуществлять 4-мя пальцами правой руки. Необходимо начинать пальпацию с менее болезненного места живота.

Например, при остром аппендиците необходимо начинать пальпацию с левой подвздошной области, а при остром холецистите – с нижних отделах живота. При пальпации необходимо выявить распространенность и интенсивность мышечного напряжения, наиболее болезненное место, симптомы раздражения брюшины и возможно наличие наружных грыж.

# Болезненность.

Определение  
местонахождения боли  
является одним из главных  
признаков для установления  
диагноза.

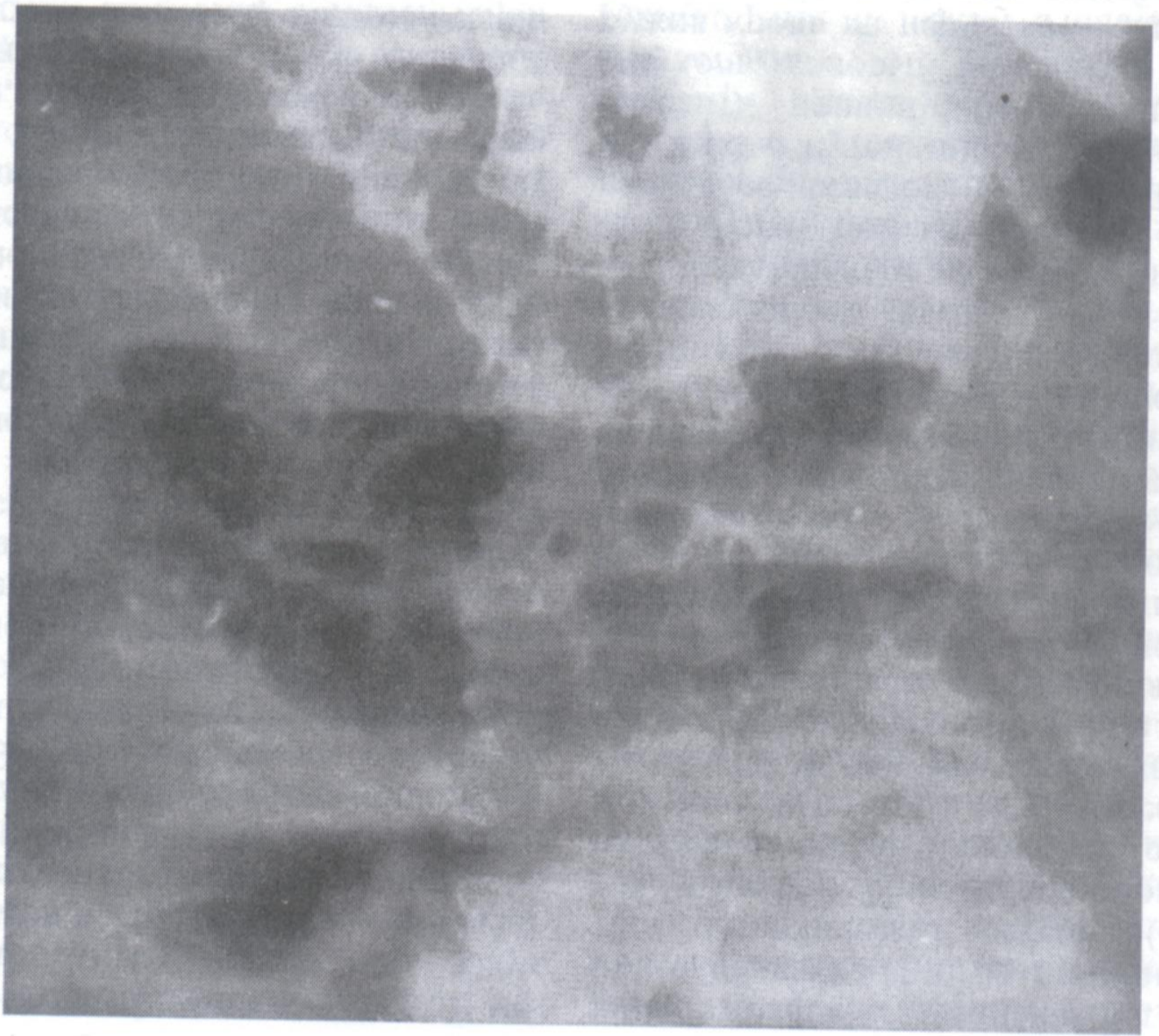
# Раздражение брюшины.

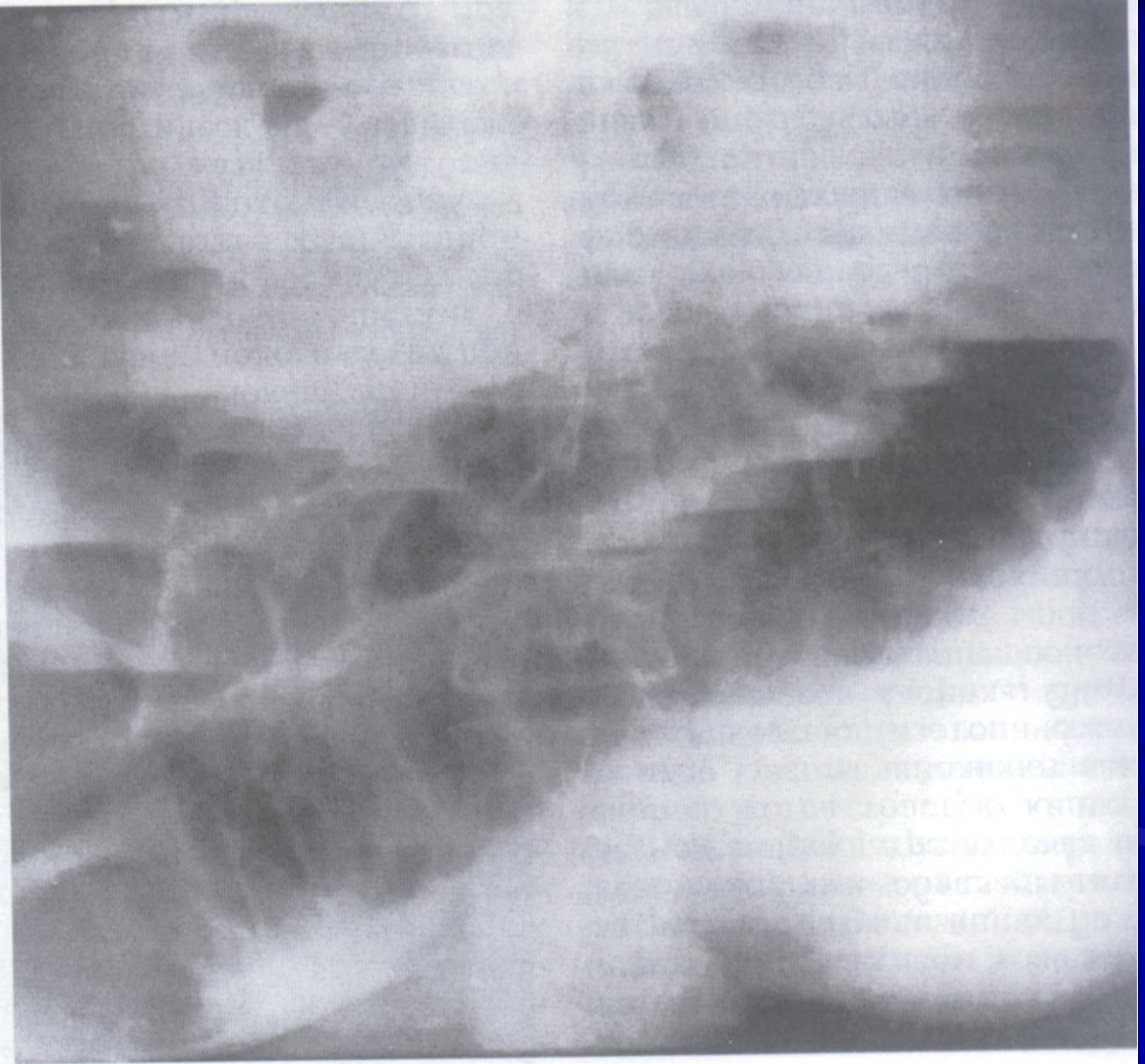
Классическим симптомом раздражения брюшины является симптом Блюмберга, который определяется следующим образом: выполняется глубокая пальпация тканей живота подвздошной области, затем рука отнимается, при воспалении брюшины это вызывает сильные боли.

# Перкуссия живота

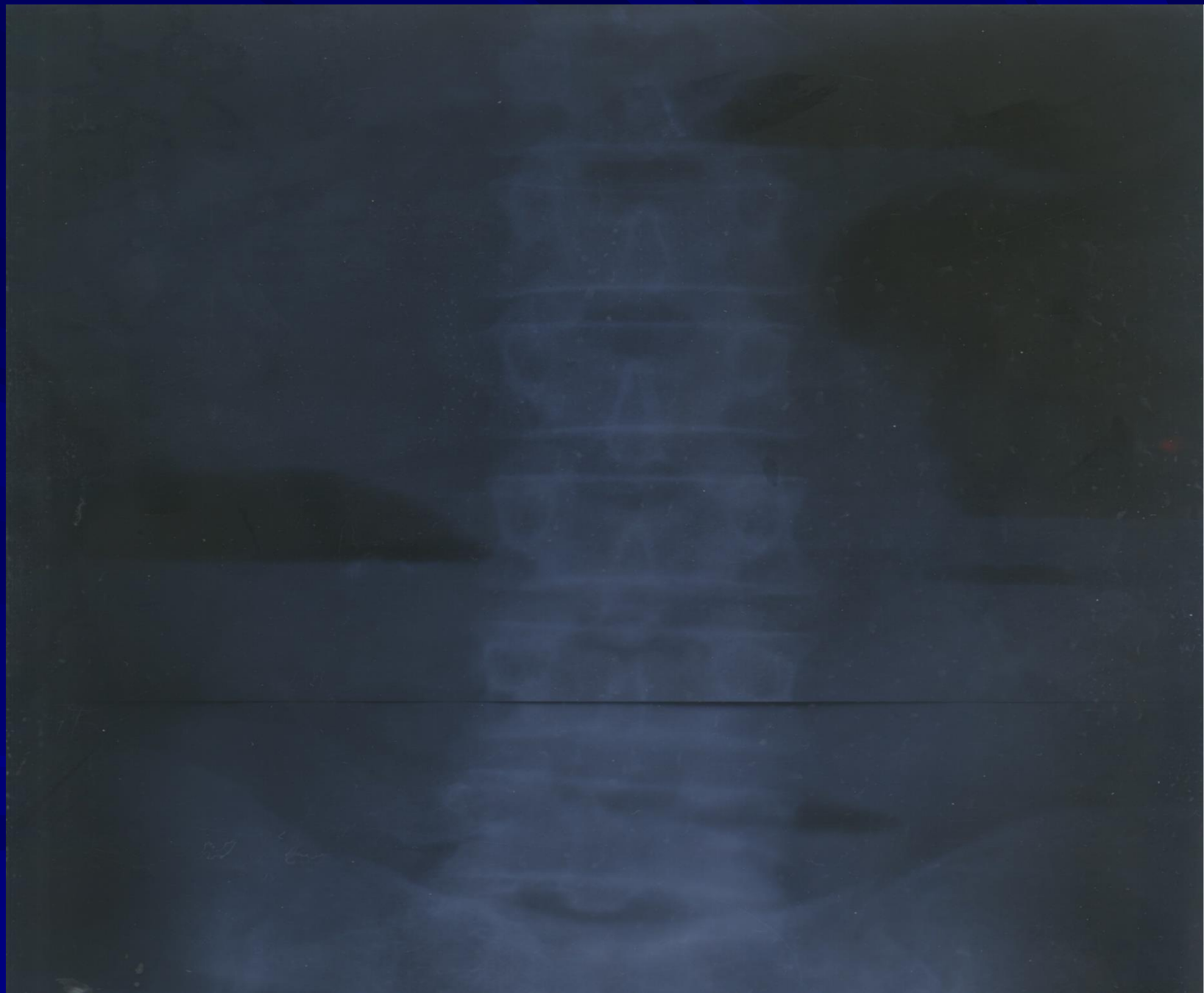
МОЖЕТ ВЫЯВИТЬ ТИМПАНИЧЕСКИЙ  
звук при вздутии кишечника и  
тупой звук при накоплении  
жидкости, можно так же  
определить размер желудка и  
печени.





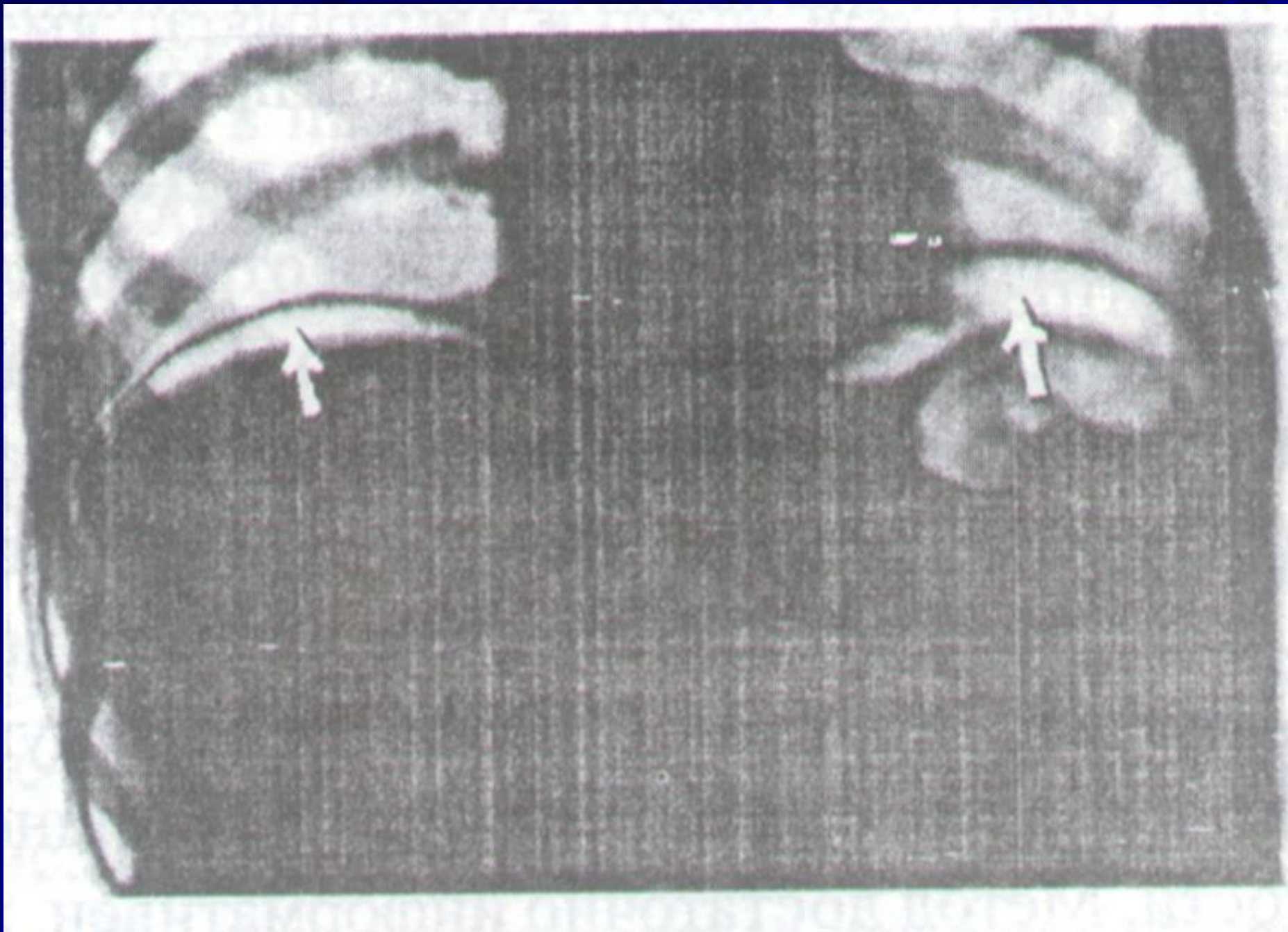






## Притупление печеночного звука.

Если отсутствует притупление печеночного звука это свидетельствует о наличии свободного газа в брюшной полости (пневмоперитонеум), что может быть при перфорации желудка или кишечника, при кишечной непроходимости, когда вздутая петля кишечника находится между печенью и передней стенкой живота.



# Свободная жидкость

в брюшной полости может означать наличие гноя, желчи, крови, мочи или может быть серозного характера. Для определения наличия свободной жидкости в брюшной полости перкутируются один из флангов живота в положении больного лёжа на спине или на боку.

# Аускультация.

Отсутствие звука свидетельствует о перитоните, когда учащенная перистальтика – о кишечной непроходимости. Кишечный перистальтизм определяется при аускультации живота околопупочной, правой и левой мезогастральной области.



Отсутствие кишечной перистальтики может быть не только при перитоните, но и при травме живота, панкреатите, флегмонах забрюшинного пространства а также при интоксикациях. При кишечной непроходимости аускультативно можно выявить шум «плеска» и «шум падающей капли».

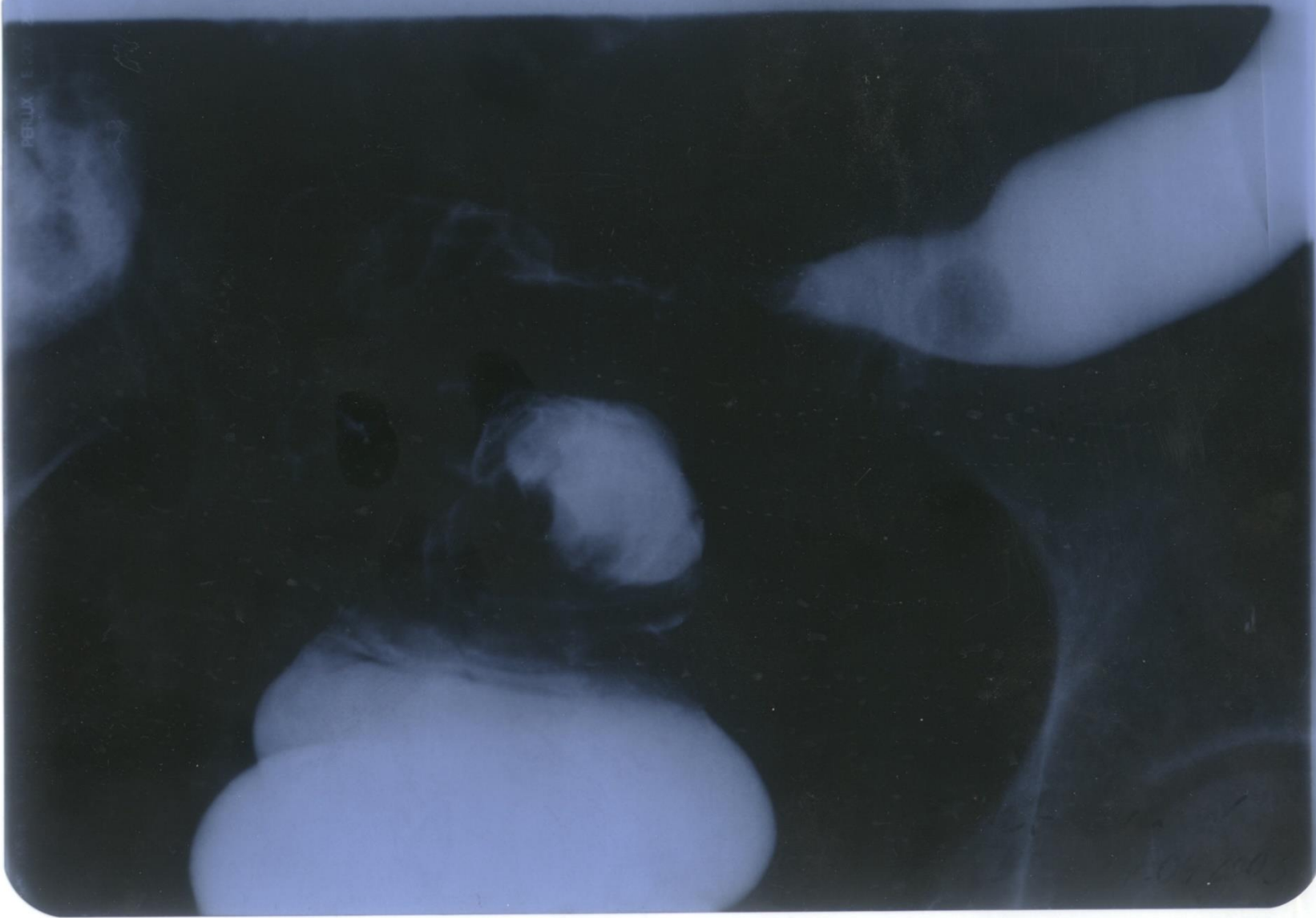
# Ректальное исследование.

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости пальцевое исследование прямой кишки имеет важное значение. При этом можно выявить опухоль которая закрывает просвет кишки или обнаружить инвагинат. Женщинам с клинической картиной острого живота необходимо выполнить влагалищное исследование.



XBM 203057

5 RETINA XBM 203057



PERLUX

20

Handwritten text, possibly a patient name or date, located in the bottom right corner of the image area.

Лабораторные и  
инструментальные  
исследования только  
дополняют и  
объективизируют  
клинический диагноз.