

SEMIOLOGIA ABDOMENULUI ACUT.

**Doctor habilitat în
științe medicale,
profesor universitar
A.Bour**

Durerea în abdomen este unul din simptomele de bază, care necesită diagnosticare precoce și acordare rapidă a ajutorului medical. Alte simptome pot completa durerea, dar în majoritatea patologiilor chirurgicale acute ale abdomenului, durerea reprezintă simptomul de bază și acuzele de bază a bolnavului.

Utilizarea în asemenea cazuri a termenului de „abdomen acut” reprezintă o noțiune generală, și în acelaș timp este un sindrom, marcând o necesitate rapidă de diagnostic și măsuri curative de urgență. Pacienții cu abdomen acut necesită o îndreptare de urgență și spitalizare în secția de chirurgie, în acelaș timp „abdomenul acut” nu înseamnă o intervenție chirurgicală obligatorie.

La patologiile ce determină tabloul clinic al „abdomenului acut” se referă:

- 1. Maladiile inflamatorii ale organelor cavității abdominale** (apendicita acută, colecistita acută, colangita, diverticulita, pancreatita acută, boala Kron, patologiile inflamatorii ale uterului și anexelor etc.)

2. Perforarea organului cavitărilor în cavitatea peritoneală (ulcerul perforat al stomacului și duodenului, perforarea tumorii stomacale sau intestinale, perforarea apendicitei, perforarea vezicii biliare, perforarea ulcerărilor tifoide ale intestinului, ruptura spontană a esofagului, ruptura vezicii urinare, ruptura traumatică sau traumarea organelor cavitare).

3. Ocluzia intestinală acută -
stoparea pasajului bolului alimentar pe tractul intestinal (maladia aderențială, tumoare obturatorie a intestinului, invaginație, obturarea lumenului intestinal cu calcul biliar sau cu un ghem de ascaride, hernie strangulată, compresia intestinului din exterior cu un chist sau tumoare etc.)

4. Hemoragiile intraperitoneale:
spontane (graviditate
extrauterină întreruptă,
apoplexia ovarului, ruptură de
anevrism aortic) și traumatice
(ruptură de lien, ficat, rinichi, de
mezou intestinal, vase
magistrale).

La patologiile cu dureri abdominale ce pot provoca tabloul clinic asemănător cu cel al „abdomenului acut” se referă: infarctul miocardic, pneumonie bazală, toxicoinfecții alimentare și maladii infecțioase, colica hepatică și renală, diabet decompensat, vasculita sistemică etc.

DATELE SUBIECTIVE

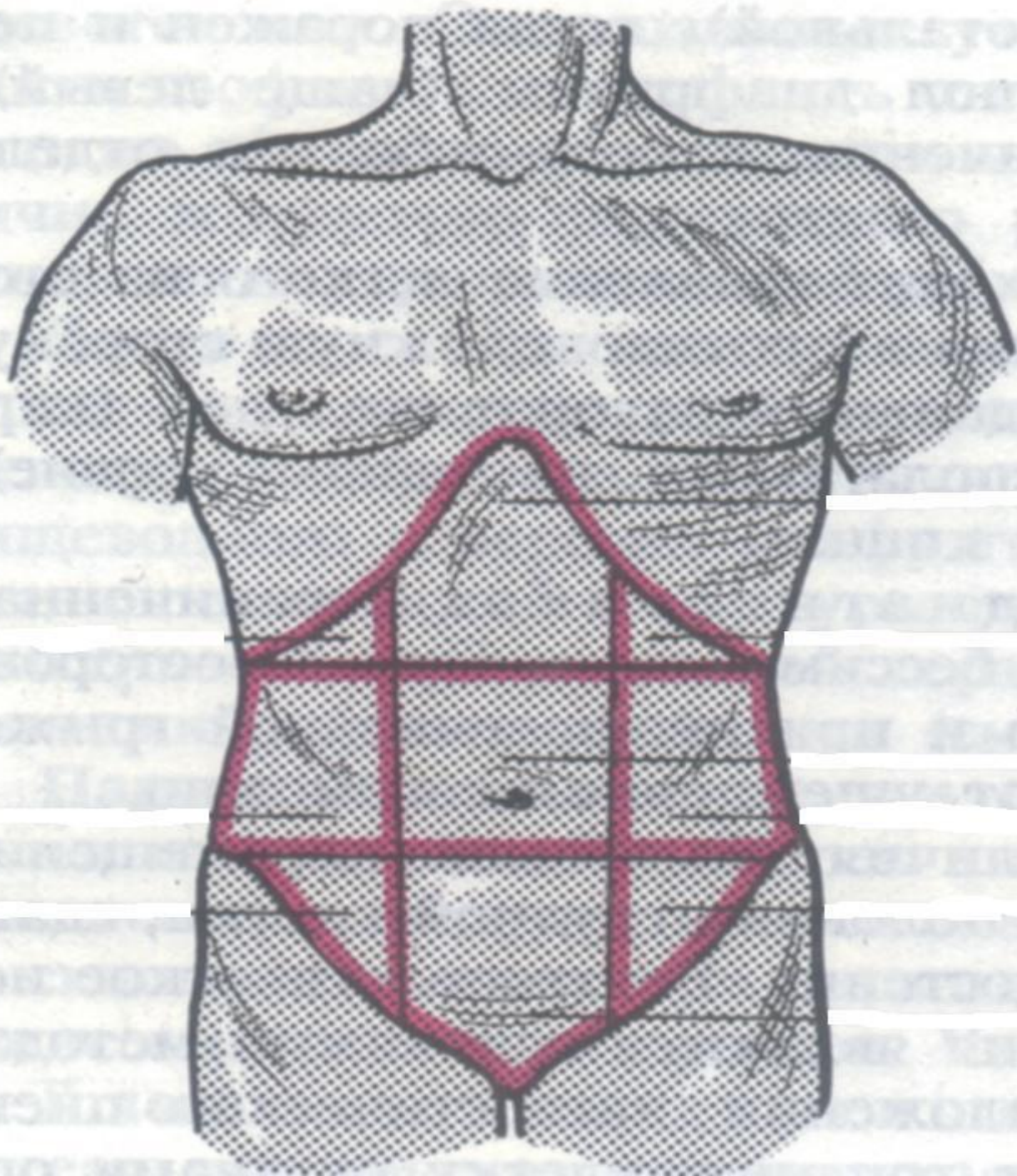
Necesitatea colectării minuțioase a anamnezei și a unei examinări clinice minuțioase a fiecărui pacient cu abdomen acut este indiscutabilă. Examinarea radiologică, ecografia, tomografia computerizată, și un spectru larg de examinări de laborator nu sunt în stare să compenseze examinarea nedeplină și superficială a pacientului.

Timpul debutului bolii.

Adesea este foarte utilă întrebarea adresată pacientului: **ce făceați când au apărut durerile?** Des bolnavii cu apendicită se trezesc noaptea din somn de dureri în abdomen. Pacienții cu ulcer perforat pot indica timpul debutului durerilor cu precizie până la un minut. De asemenea, este important de menționat, dacă durerile nu sunt anticipate de vreo traumă.

Ca exemplu, ruptura splinei poate surveni la o traumă neesențială, sau compresie asupra regiunii inferioare a carcasului costal pe stânga sau hipohondrului stâng. Herniile strangulate de obicei se declanșează după un efort fizic-ridicarea unei greutăți sau schimbarea bruscă a poziției corpului.

Pentru comoditatea evaluării simptoamelor, abdomenul, des, este divizat în patru cadrane de către niște linii perpendiculare imaginare ce trec prin ombilic: cadranul superior-dextra; superior-sinistra; inferior-dextra și inferior sinistra. Altă sistemă divizează abdomenul în nouă regiuni. Denumirea lor este utilizată pentru concretizarea localizării procesului: epigastrală (ce include hipocondrul drept și stâng și propriu zis regiunea epigastrală), mezogastrică (ce include regiunea periombilicală, flancurile laterale stâng și drept) și hipogastrică (suprapubiană, iliacă dreaptă și stângă).



Localizarea inițială a durerii.

Când în cavitatea abdominală liberă brusc nimereste acid gastric (în perforație de ulcer stomacal), sânge (în extrauterină întreruptă în graviditate tubară) sau a puroiului (în ruptură de piosalpinx), - durerea din start este percepută pe tot abdomenul. Dar, intensitatea maximală a durerii în debut este simțită de bolnav în etajul superior (în primul caz) și în partea inferioară a abdomenului în următoarele două cazuri.

Durerea de la patologiile colonului inițial este localizată în hipogastru sau corespunzător zonei afectate.

Durerea în regiunea inghinală poate apărea la o hernie inghinală sau femurală strangulată.

Deplasarea durerii.

Deplasarea durerilor peste câteva ore de la debutul acut din epigastru în regiunea iliacă dreaptă mărturisește despre apendicită acută și reprezintă simptomul clasic Kocher.

Când durerile intensive au început în regiunea toracică, iar apoi se deplasează în cavitatea abdominală este necesar de suspectat un anevrism disecant al aortei.

Caracterul durerii

Durerea sub formă de „lovitură de pumnal” este caracteristică pentru ulcerul perforat al stomacului sau al duodenului (semnul Dieulafoy); durere permanentă chinuitoare - pentru pancreatita acută; durerea acută sub formă de crampă ce impune bolnavul la stop respirator - pentru colică hepatică (biliară) și renală; dureri extensive - în anevrismul disecant al aortei; durerea în crampă periodică - în ocluzia intestinală; durere în continuu intensivă - în majoritatea cazurilor pentru apendicita acută; durere oarbă permanentă - în pielonefrită.

Iradierea durerii

poate avea o valoare informativă prețioasă, în special, aceasta este caracteristic pentru colici, în care durerea iriază în regiunea nervilor ce inervează segmentul afectat: în colica biliară (hepatică) durerea iriază în regiunea unghiului inferior al omoplatului drept, iar colica renală în organele genitale externe și în coapsă pe partea afectată.

Durerea în pancreatita acută are o iradiere tipică - în regiunea lombară din dreapta și stânga sau are un caracter de „centură”.

Durerile în patologiile uterului sau a rectului iradiază în mijlocul osului sacru.

Frecvența vomei.

Voma de o singură dată la debutul bolii este caracteristică pentru apendicita acută. Voma frecventă pe parcursul evaluării tabloului clinic de apendicită acută vorbește despre alipirea și progresarea peritonitei. În ocluzia intestinală, cauzată de obstrucția înaltă a intestinului subțire este asociată cu vomă frecventă și abundentă.

Dar, există multe patologii abdominale în care voma este rară sau chiar lipsește, în hemoragiile intraabdominale provocate de o sarcină extrauterină întreruptă sau ruptură de lien, grețurile și voma lipsesc.

Deasemenea voma nu este caracteristică perforației ulcerului gastroduodenal. În ocluzia intestinală joasă (la nivelul colonului) voma este un simptom rar iar dacă apare, apare târziu.

Emisia de gaze și mase fecale.

Lipsa emisiei de gaze și fecale pe parcursul a câtorva zile este un semn grav în ocluzia intestinală, în deosebi dacă se asociază cu dureri și balonarea abdomenului.

Și, vice versa, în ocluzia intestinală înaltă (la nivelul intestinului subțire), emisia de gaze și fecale poate să fie păstrată pe un anumit interval de la debutul bolii.

Diareea este tipică pentru gastroenterita acută și poate să fie întâlnită într-o localizare pelviană a apendicitei acute.

Prezența sângelui și a mucozităților în eliminările rectale este un simptom clasic al invaginației intestinale.

Istoricul bolii.

Este necesar de interogat bolnavul despre antecedentele suportate (operații suportate, peritonite, apendicită, pneumonie, colelitiază și urolitiază etc.). Una din întrebările de bază adresate pacientului este următoarea: A mai fost cândva asemenea situație?

Este necesar de concretizat dacă debutul bolii nu este corelat cu alimentele. Durerea ce apare după folosirea mâncării și se menține 2-3 ore, mărturisește despre un ulcer duodenal. La dureri permanente în epigastru, care se intensifică după folosirea alimentelor se suspectă un cancer stomacal sau ulcer cronic gastric. Durerea în hipocondrul drept corelată cu mâncarea vorbește despre prezența colelitiazei.

EXAMENUL CLINIC

Inspecția generală.

Simpla observare a discomfortului repetat sau a grimasei de durere pe fața bolnavului poate indica chirurgului despre prezența durerilor colicative. Fața palidă sau sură a bolnavului, acoperită cu transpirații reci poate vorbi despre un ulcer perforat, pancreatită acută sau strangulare a intestinului. Fața extrem palidă a unei femei poate vorbi despre o extrauterină întreruptă.

Culoarea sur-pământie a pielii, orbitele înfundate, nuanță ascuțită a feței, ochii sclipitori, tegumentele acoperite cu transpirații reci alcătuiesc exprimarea clasică a „feței lui Hipocrate” sau a „feței abdominale”, caracteristică pentru peritonita avansată.

Poziția bolnavului în pat

este un semn clinic diferențial suplimentar, într-o colică puternică pacienții nu-și pot găsi locul, care îi deosebesc de pacienții cu peritonită, care sunt nemișcați, încercați să-i propuneți unui pacient cu ulcer perforat să se întoarcă lateral și veți observa cu ce greutate și atenție vor fi asociate mișcările lui. În peritonită generalizată picioarele bolnavului, de obicei, sunt flexate în genunchi pentru a relaxa defansul muscular al abdomenului.

În ruptură de lien sau ficat pacienții se află în poziție forțată - decubit lateral, și se constată simptomul „hopa mitică”; încercarea de a aduce bolnavul în poziție de decubit dorsal se asociază cu intensificarea durerilor, și bolnavii imediat își recapătă poziția inițială - decubit lateral sau șezândă.

Pulsul.

Accelerarea frecvenței pulsului - este un simptom constant prezent în peritonita generalizată și a hemoragiei intraabdominale.

Într-o peritonită avansată pulsul este frecvent (în așa fel că este imposibil de numărat) și slab că uneori este imposibil de palpat. Așa puls mărturisește despre starea terminală a pacientului și este un semn pronostic nefavorabil.

Tensiunea arterială.

Măsurarea tensiunii arteriale adesea ajută la diagnosticul durerilor în abdomen. Micșorarea indicilor TA poate indica la o hemoragie intraabdominală, șoc sau la o insuficiență circulatorie ca rezultat al ocluziei intestinale avansate.

Temperatura.

Patologiile chirurgicale acute ale abdomenului pot fi asociate cu temperatură scăzută, normală sau ridicată. Toate trei feluri de temperaturi pot fi întâlnite în una și aceeași patologie dar în diferit timp.

Temperatură scăzută ($35-36^{\circ}$) poate să se întâlnească în stările de șoc: în faza incipientă a pancreatitei acute, ocluziei intestinale prin strangulare, ulcerului perforat sau a unei hemoragii abdominale grave.

La debutul apendicitei acute temperatura corpului de obicei este normală, iar cu timpul (în câteva ore), la momentul adresării după ajutor medical ea devine subfebrilă (37,3-37,5°).

La perforarea apendixului în apendicita acută sau într-o peritonită progresivă temperatura corpului poate ajunge cifrele de 38°C.

Dacă pacientul cu durere în abdomen de la debut are temperatura de 40-41°, atunci cauzele probabile ale bolii este patologia plămânilor sau a rinichilor. Temperatura înaltă absolut nu este caracteristică pentru patologiile chirurgicale acute ale abdomenului.

Inspecția abdomenului.

La inspecția vizuală a abdomenului se atrage atenție la dimensiunile lui, simetrismul, prezența balonării locale și generale. Cauza măririi simetrice în dimensiuni a abdomenului pot servi obezitatea, ascita în ciroza hepatică, sau balonarea abdomenului. Mărirea asimetrică în dimensiuni a abdomenului se întâlnește în ocluzia intestinală, când ansa sau ansele intestinale balonate se conturează prin peretele abdominal și într-o tumoare de dimensiuni mari ce deformează peretele abdominal.

Micșorarea în volum a abdomenului se întâlnește în cașexii, condiționate de un proces patologic ca, de exemplu stenoză piloroduodenală decompensată sau de o tumoare malignă.

Este obligatoriu ca întotdeauna să fie examinate toate locurile herniale, îndeosebi regiunea canalului femural, unde la pacienții obezi e posibil de a nu observa o hernie femurală de dimensiuni mici.

Culoarea tegumentelor

În majoritatea cazurilor de patologie acută a abdomenului nu se modifică. Dar, ictericitatea adesea apare în colecistita acută, colangită , paliditatea - apare în hemoragii intraabdominale (extrauterină întreruptă, ruptură de lien), cianoza feței și gâtului (semnul Mondor) în pancreatita acută.

la inspecția abdomenului se poate observa dilatarea venelor subcutanate periombilicale în ciroza hepatică, prezența petelor violete periombilical (Cullen) și pe flancurile laterale în pancreatita acută (Gray-Turner), excoriații și hemoimbiții la o traumă bontă a abdomenului. De asemenea, se atrage atenția la prezența cicatricilor postoperatorii.

Participarea abdomenului în actul de respirație

Încetinirea mișcărilor respiratorii ale peretelui abdominal este un semn important în patologia chirurgicală acută a abdomenului, în ulcerul perforat tot abdomenul devine nemișcat și nu participă în actul de respirație, pe când în apendicita acută cu peritonită locală, adesea se limitează cu participarea în respirație numai regiunea iliacă dreaptă, în colecistita acută, se diminuează mișcărilor respiratorii ale diafragmei și regiunii epigastrale.

Palparea.

Palparea abdomenului se efectuează în poziție de decubit dorsal. Capul pacientului se sprijină liber pe pernă, mâinile de-a lungul corpului, iar picioarele flexate leger în articulațiile genunchilor. Această poziție permite relaxarea maximă a peretelui abdominal anterior și facilitează palparea. Palparea urmează a fi efectuată din partea dreaptă a bolnavului. Mâinile examinatorului trebuie să fie calde, iar palparea abdomenului se efectuează cu patru degete a mâinii drepte.

Palparea atentă și legeră -
sunt condițiile necesare acestei
manevre. Palparea brutală și
dureroasă nu numai că este
insuportabilă pentru pacient
dar poate crea imagine
greșită.

Palparea întotdeauna se inițiază din locul mai puțin dureros al abdomenului. De exemplu: la suspiciunea apendicitei acute palparea se va începe din regiunea iliacă stângă, iar în colecistita acută -din regiunile inferioare ale abdomenului. La palpație se va determina răspândirea și intensitatea încordării musculare, locul maxim dureros, zonele de hiperestezie, simptomele de iritare a peritoneului și prezența prolabărilor (hernii).

Defansul muscular

O contractare reflectorie a mușchilor abdominali ca reacție de răspuns la inflamația și iritarea peritoneului.

Defansul muscular poate fi foarte pronunțat, constant, și răspândit pe toată suprafața abdomenului alcătuind așa numitul „**abdomen de scândură**“.

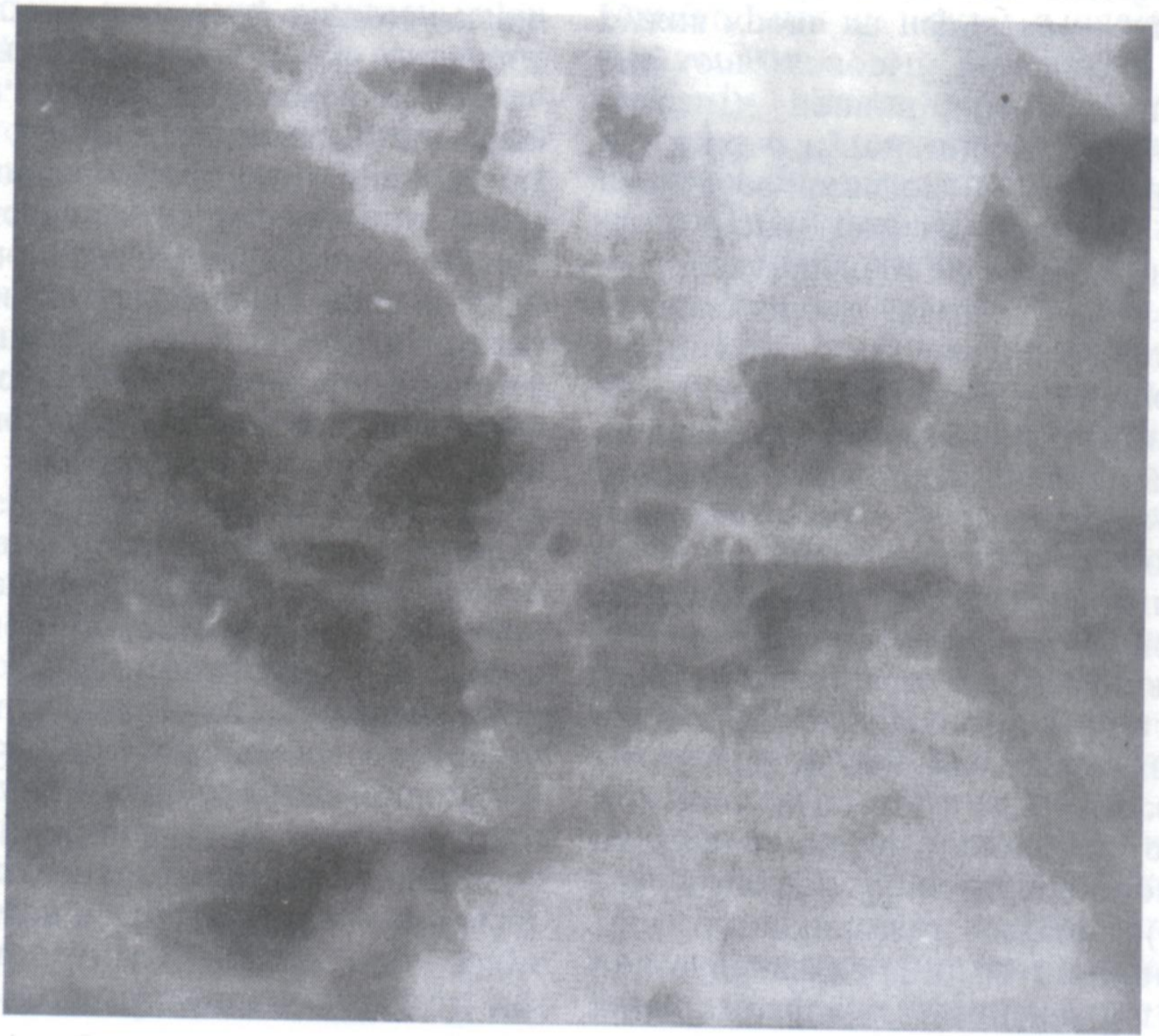
Dar, mai des, defansul muscular se localizează într-o anumită regiune: în hipocondrul drept - în colecistita acută; în epigastru - în pancreatita acută; în regiunea iliacă dreaptă - în apendicita acută și boala Chron.

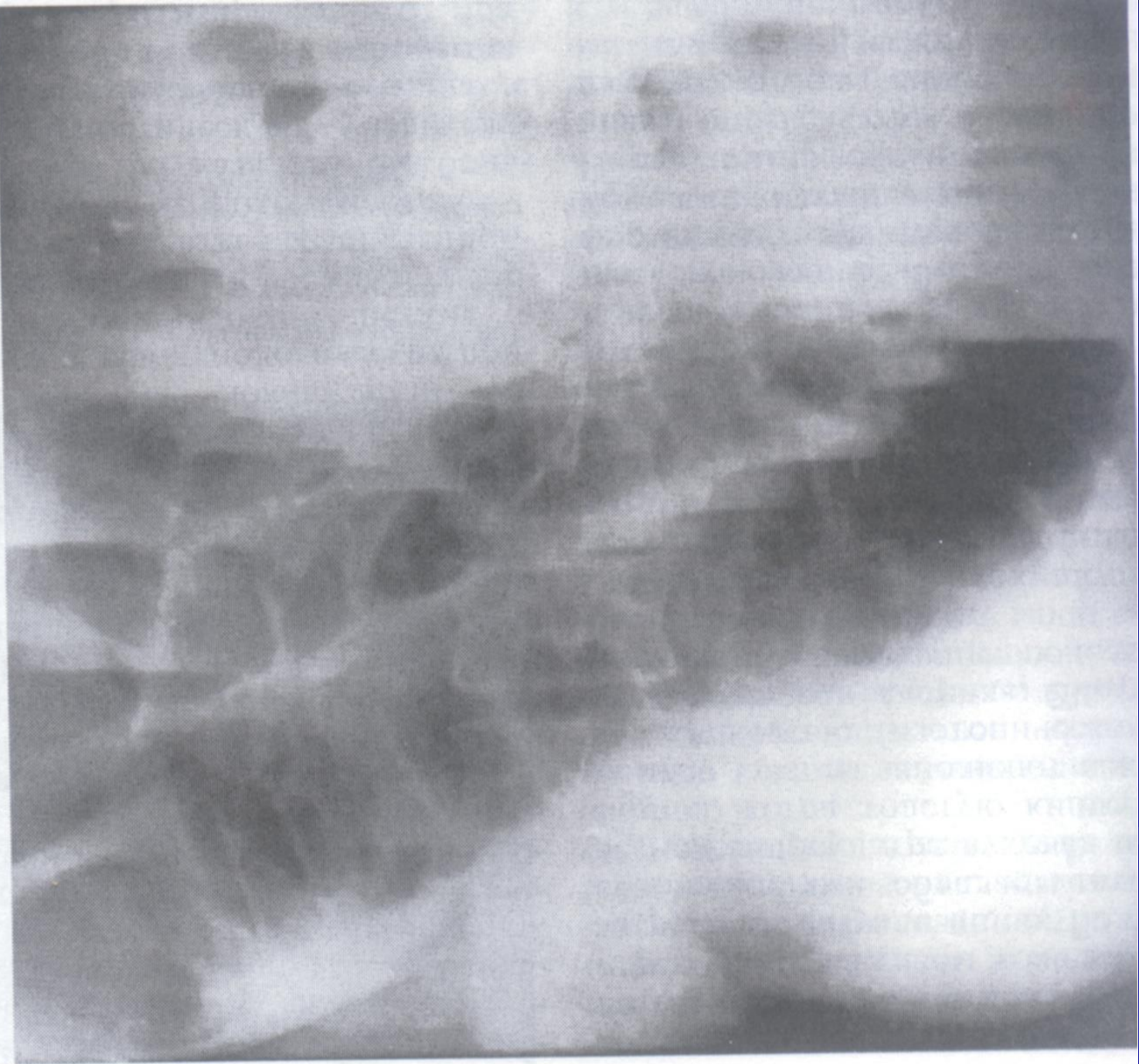
Iritarea peritoneului.

Simptomul clasic de iritare a peritoneului este **simptomul Blumberg**, care se determină în felul următor: se efectuează palparea profundă a abdomenului regiunii respective, iar apoi brusc mâna se înlătură- la inflamarea peritoneului aceasta provoacă dureri puternice, ce se observă prin reacția pacientului.

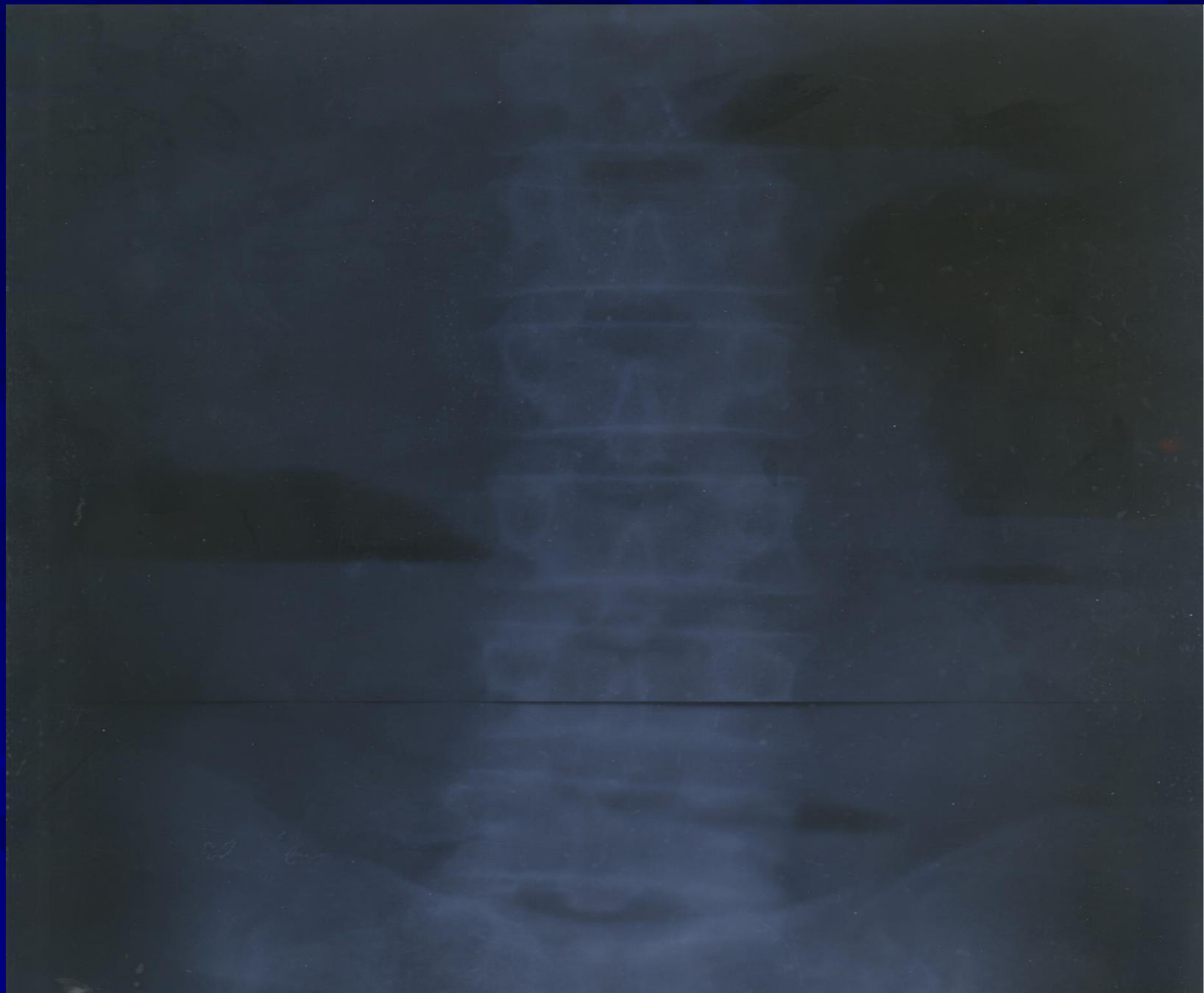
Percuția abdomenului

permite depistarea sunetului timpanic în balonarea intestinelor și sunetul mat în acumulări libere de lichide, de a stabili dimensiunile stomacului și de a determina matitatea ficatului.





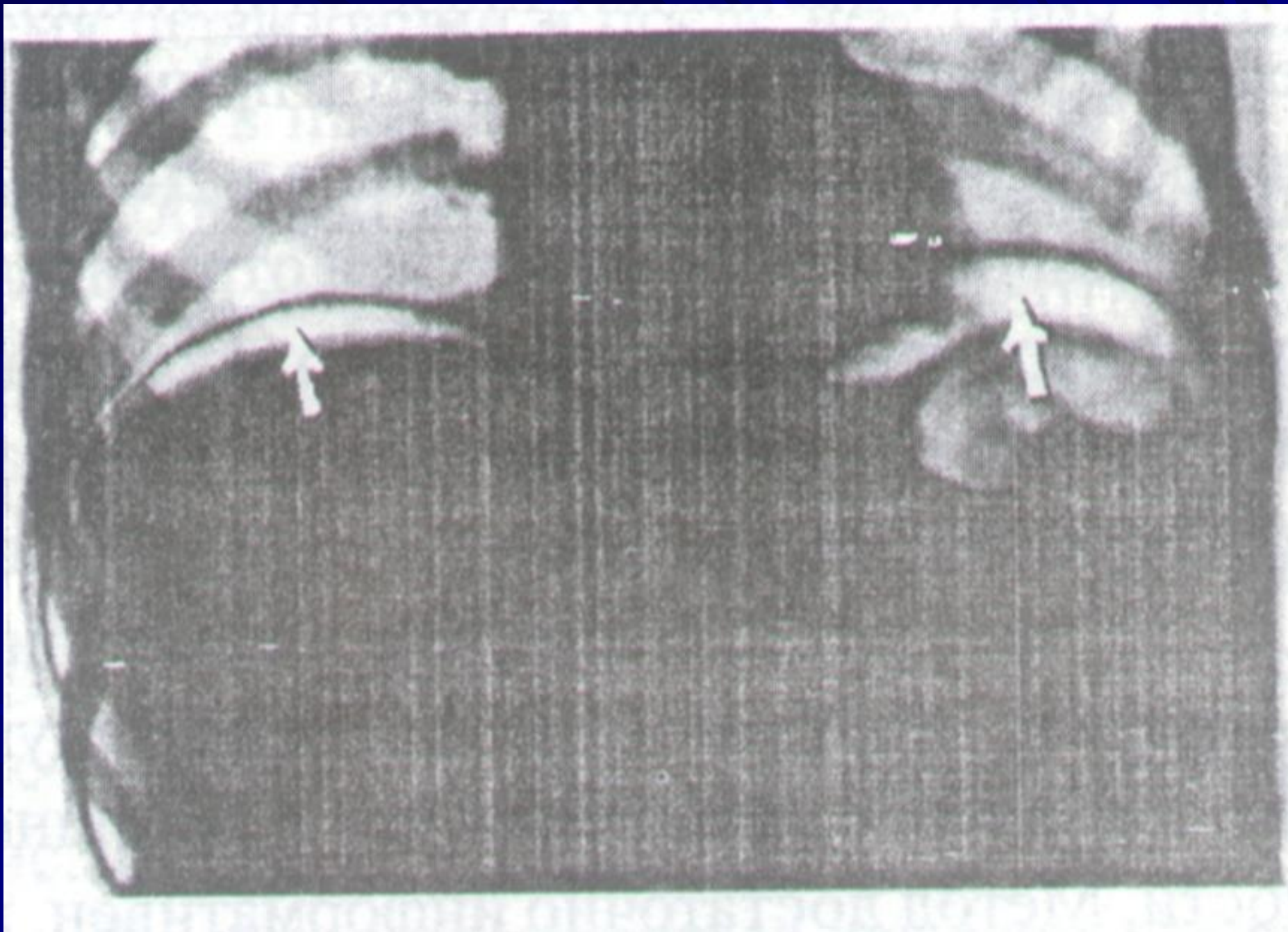




Matitatea ficatului.

Dacă la percuție matitatea ficatului lipsește atunci este vorba despre prezența aerului liber în cavitatea abdominală-pneumoperitoneum (semnul Klark), ceea ce poate fi în perforare de stomac sau intestin.

Dispariția matității ficatului poate fi și în ocluzia intestinală, atunci când ansa balonată intestinală se intercalează între ficat și peretele anterior abdominal.



Lichidul liber

În cavitatea peritoneală poate fi reprezentat prin puroi, bilă, sânge, urină sau poate fi de caracter seros. Pentru stabilirea lichidului liber intraperitoneal se percutează unul din flancurile abdominale, mai întâi în poziție decubit dorsal, iar apoi decubit lateral. Dacă are loc schimbarea nuanței sunetului percutor de la cel mat la timpanic atunci se vorbește despre prezența lichidului liber în cavitatea abdominală.

Auscultația.

Aforisma chirurgicală mărturisește că abdomenul mut vorbește despre peritonită pe când cel cu peristaltică accelerată despre ocluzie intestinală. Peristaltismul intestinal se determină în regiunea mezogastrală periombilicală din dreapta și stânga. Lipsa sunetelor intestinale poate să fie nu numai în peritonită, dar și trauma abdomenului, patologie retroperitoneală (pancreatită, flegmon retroperitoneal), în intoxicații.

În afară de peristaltismul accelerat în ocluzia intestinală se poate ausculta și „simptomul clopotajului”. La percuția abdomenului în paralel cu auscultarea lui sunetul clopotajului se percepe deasupra ansei afectate ce conține lichid în volum mare și gaz. Aorta abdominală este auscultată în regiunea hipoombilicală pe linia mediană, în anevrismul aortic auscultativ se percepe un zgomot permanent, ce se amplifică odată cu unda pulsativă.

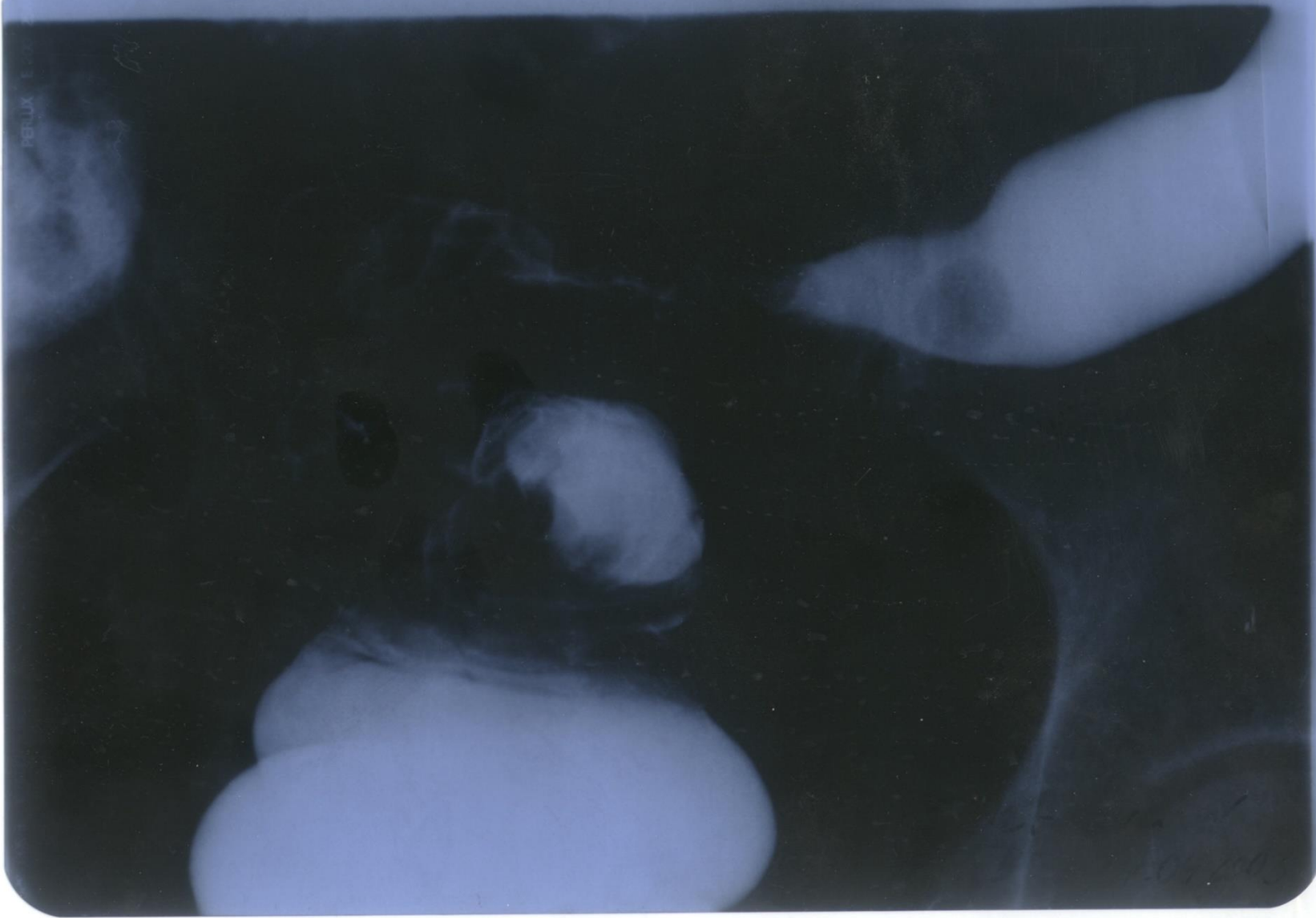
Examinarea rectală

La tușeul rectal se poate depista o tumoare, ce obturează lumenul, fiind cauza ocluziei intestinale, sau se palpează apexul invaginatului intestinal, în ocluzia intestinală de origine tumorală ampula rectală poate fi liberă și dilatată. La compresia peretelui anterior al rectului se poate aprecia dureri acute, ce poate fi în peritonitele pelviene sau acumularea de lichid patologic în spațiul Douglas. La femei de asemenea se efectuează examinarea vaginală.



XBM 203057

5 RETINA XBM 203057



PERLUX

20

203057

***Examinarea de laborator și
instrumentală doar
completează și obiectivizează
diagnosticul clinic.***