

**А.П. Власов  
М.В. Кукош  
В.В. Сараев**

 **БИБЛИОТЕКА  
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА**

**ХИРУРГИЯ**

# **Диагностика острых заболеваний живота**

**Москва**



**ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»**

**2014**

# Глава 1

---

## Общие принципы диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости

Обследование больных, поступающих в хирургический стационар по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, имеет ряд особенностей, которые, несомненно, следует учитывать. Это позволит провести грамотную своевременную диагностику — основу успешного лечения этой сложной категории больных.

Эти особенности определены темпами прогрессирования острых заболеваний органов брюшной полости, тяжестью состояния больных, обусловленной наличием клинического симптомокомплекса «острого живота», указывающего на фазу развивающихся или уже развившихся осложнений основного заболевания. Методика диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости должна представлять собой строгую систему, использующую в процессе обследования больного все современные достижения — как клинические, так и лабораторно-инструментальные.

Непременным условием успешной диагностики для хирурга, оказывающего помощь больным с острой патологией органов брюшной полости, должна быть высокая

эрудиция и всесторонние клинические знания в смежных областях медицины. Знания заболеваний мочеполовой, легочной, сердечно-сосудистой, нервной систем, а также инфекционных болезней, особенностей возрастной патологии — обязательные составляющие в дифференциальной диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Дифференциальная диагностика должна быть всесторонней и включать в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, физикального обследования, результатов необходимых лабораторных и инструментальных исследований. Своевременная точная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а также их дифференциальная диагностика с рядом других заболеваний в настоящее время немыслимы без участия в этом процессе целого ряда представителей других специальностей: гинеколога, уролога, терапевта, эндоскописта, рентгенолога и др.

Клиническое обследование больного экстренной хирургической патологией органов брюшной полости должно включать обязательное тщательное изучение общих сведений о больном, данных субъективного и объективного обследования.

Субъективное обследование включает сведения, полученные при выяснении жалоб больного, анамнеза заболевания (*anamnesis morbi*), анамнеза жизни (*anamnesis vitae*).

Объективное обследование является результатом оценки состояния больного на момент осмотра (*status praesens communis et localis*).

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

При выяснении жалоб необходимо в первую очередь спокойно и терпеливо выслушать все жалобы, предъявляемые пациентом, по возможности уточняя ту или иную жалобу, задавая больному дополнительные вопросы. Форма вопросов должна носить уточняющий характер. Это особенно важно при жалобах, носящих неопределенный характер, заставивших больного обратиться за медицинской помощью. Характер предъявляемых жалоб в большинстве случаев зависит от тяжести развившегося острого заболевания. При этом нельзя забывать об индивидуальных особенностях пациента: его общее развитие, культурный уровень, возраст, психоэмоциональное и физическое состояние. Способность четкого определения характера болевых ощущений с указанием их

локализации, времени появления, интенсивности, иррадиации значительно облегчает процесс оценки субъективных жалоб в сопоставлении с результатами местного объективного обследования.

Гораздо сложнее выяснение жалоб у больных, находящихся в тяжелом состоянии, у детей раннего возраста, больных, доставленных в приемный покой в бессознательном состоянии, пациентов, находящихся в состоянии наркотической прострации или алкогольного опьянения, психически больных. В этих случаях следует прибегнуть к помощи лиц, доставивших больного, родственников, родителей. При этом необходимо логическое построение анамнестических данных, сообщаемых этими лицами, в цепочку сведений, которые имеют большее значение в комплексе необходимого всестороннего экстренного обследования.

Боль как самый частый симптом острой хирургической патологии органов брюшной полости становится одним из основных проявлений, возникающих вследствие раздражения окончаний вегетативной нервной системы или раздражения спинальных нервов. Сам факт возникновения болей и жалобы больного, связанные с их появлением, объясняются сложным механизмом эмоциональной переработки периферического болевого раздражения в промежуточном мозге. Индивидуальное восприятие болевых ощущений и их характеристика больным весьма субъективны. Часто больной не может точно охарактеризовать свои ощущения, связанные с возникновением болей.

Болевое раздражение — результат возбуждения болевых рецепторов или болевого воздействия на чувствительные нервные волокна. Наряду с физическими, химическими и биологическими раздражителями в механизме возникновения боли большую роль играют такие вещества, как гистамин, серотонин, плазмакинин и другие гистаминоподобные соединения.

Проводниками болевых ощущений служат две различные системы. С поверхности тела по быстрым или медленным нервным волокнам от внутренних органов идут болевые импульсы, которые, достигая коры головного мозга или подкорковых центров, вызывают различающиеся по своему характеру болевые ощущения.

В составе спинальных нервов быстрые волокна проходят к поверхности тела, соответствуя соматическим чувствительным проводникам. Проходя по тонким миелиновым быстрым волокнам через дифференцированный в проекциях тела зрительный бугор, болевой импульс, достигая коры головного мозга, вызывает корковую боль. Характерной чертой корковых болей становится их точная анатомо-топографическая локализация. Проецируясь в корковых центрах головного мозга, эти

боли точно локализируются больными, носят постоянный или постепенно нарастающий характер, сопровождаются, как правило, защитным напряжением мышц брюшной стенки. Больные часто лежат в постели неподвижно, поскольку любые изменения положения тела усиливают боли. Именно поэтому принято относить такие боли к соматическим.

Происхождение соматических болей связано с вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, брыжейки тонкой и толстой кишок, нервных окончаний малого сальника или забрюшинного пространства. Положение больного в постели с подтянутыми ногами характерно для болей соматического происхождения, исходящих из забрюшинного пространства. Указание больными на точную локализацию, постоянный и строго ограниченный характер болей возможен только при соматическом происхождении болевых ощущений, указывающих на вовлечение в воспалительный процесс париетальной брюшины.

Безмиелиновые, медленные нервные волокна, проходя в составе вегетативной нервной системы, иннервируют внутренние органы, частично поверхность тела, стенки кровеносных сосудов. Их принято считать проводниками висцеральной чувствительности. Оканчиваясь в подкорковых структурах головного мозга, медленные безмиелиновые нервные волокна обуславливают характер подкорковых, или так называемых висцеральных болей. Висцеральные боли бывают различной интенсивности, носят разлитой нелокализованный характер и выявляются часто не только в области пораженного органа, но и в других отделах брюшной полости. Неспособность ЦНС точно дифференцировать исходный очаг болевого раздражения объясняется тем, что в нейронах задних рогов спинного мозга встречаются афферентные волокна как от внутренних органов, так и с поверхности тела. Именно поэтому достаточно часто передача болевого раздражения с медленных безмиелиновых нервных волокон в задних рогах спинного мозга на быстрые нервные волокна приводит к проецированию их не в исходном пункте, а в филогенетически соответствующем сегменте поверхности тела, относящемся к так называемым зонам Гёда. Типичными примерами висцеральных болей, проявляющихся спонтанными не только болями в пораженном органе, но и явлениями гипералгезии, возникающей в зонах Гёда, может служить иррадиация боли в правую лопатку, правое надплечье при остром холецистите или печеночной колике. Для почечной колики зонами иррадиации болей чаще становятся передне-внутренняя поверхность бедра на стороне пораженного органа, половые органы. При разрыве селезенки, наряду с появлением спонтанных болей в области левого подреберья, больные указывают на иррадиацию этих болей в левое надплечье (симптом Кера).