

СОДЕРЖАНИЕ

Редакционная коллегия	VII	Уровень сознания, пониженный	136
Коллектив авторов	VIII	Олигурия	149
Список сокращений	VIII	Сердцебиения	154
Предисловие	IX	Изменения позы	156
Вступление	X	Пульс слабый или отсутствующий	159
		Пульсовое давление, уменьшенное	166
		(Пульсовое давление, увеличенное)	169
		Пульс аритмичный	171
		Пульс альтернирующий	173
		Пульс парадоксальный	175
		Изменения зрачков	179
		Боль в мошонке	186
		Судороги генерализованные тонико-клонические	187
		Кожа, пятнистое поражение	196
		Тахикардия	199
		Тахипноэ	207
		Потеря зрения	215
		Свистящие хрипы в легких	218
Опасные признаки и симптомы			
Боль в животе	2		
Ригидность мышц живота	14		
Анурия	17		
Апноэ	22		
Боль в спине	27		
Кишечные шумы, отсутствующие	31		
Кишечные шумы, усиленные	34		
Кишечные шумы, ослабленные	37		
Брадикардия	40		
Брадипноэ (редкое дыхание)	43		
Запах изо рта, каловый	48		
Запах изо рта, фруктовый	50		
Карпопедальный спазм	52		
Боль в груди	54		
Дыхание Чейна – Стокса	63		
Гиперемия конъюнктивы	65		
Запор	67		
Болезненность в области реберно-позвоночного угла	70		
Цианоз	73		
Понос (диарея)	78		
Одышка (диспноэ)	82		
Выбухание родничка (у младенца)	89		
Головная боль	91		
Рвота кровавая (гематемезис)	98		
Кровохарканье	104		
Гиперпноэ (гипервентиляция)	108		
Гипертензия	112		
Гипертермия	119		
Гипотензия	124		
Гипотермия	133		
		Самотест	223
		Рекомендуемая литература	227

Боль в животе

Источниками боли в животе могут быть внутренние органы, находящиеся в брюшной полости и полости малого таза, париетальная брюшина или капсулы печени, почек и селезенки. Боль может быть острой или хронической, диффузной или локализованной. Висцеральная боль медленно развивается в тупую с трудом локализуемую больным в эпигастрии, вокруг пупка или в нижней половине части живота. Соматическая боль, напротив, развивается быстро после инсульта; она острая, более интенсивная, четко локализуемая больным. Движения или кашель усиливают эту боль.

Иногда боль иррадирует (передается) в полость живота из другой области, имеющей ту же самую или сходную иннервацию. Эта острая, четко локализованная боль в коже или более глубоких тканях нередко сопровождается кожной гиперестезией и мышечной гипералгезией (см. *Виды абдоминальной боли*).

В основе абдоминальной боли могут лежать различные механизмы: растяжение или напряжение стенки кишечника, мышечная тяга брюшины или брыжейки, интенсивные сокращения кишечника, воспалительные процессы, ишемия или раздражение чувствительных нервов. Стойкая боль может быть обусловлена наличием крови в брюшной полости, перфорацией и ишемией органов, расположенных в брюшной полости, или их воспалением. Схваткообразные (судорожные) боли в животе могут указывать на обструкцию полого органа.

Вопросы к больному

Постарайтесь понять проблему больного, задавая ему указанные ниже вопросы.

- Когда у больного началась боль, в каком месте, внезапно или нарастала постепенно, она локализованная или диффузная?

- Пусть больной опишет ее подробно — тупая, острая, постоянная, прерывистая, схваткообразная, коликообразная или же только болезненность. Меняется ли интенсивность боли? Иррадирует ли боль в другие области, такие как грудная клетка, спина? Если боль прерывистая, то как долго продолжаются периоды боли? Уменьшается или усиливается боль при перемене положения тела, движении, ходьбе, кашле, рвоте, приеме пищи, напряжении, перистальтике кишечника?

- Повышена ли температура тела у больного? Если да, то когда она повысилась — до или после появления боли? Есть ли у больного одышка или тахипноэ, изменился ли у него аппетит, ощущает ли он тошноту и была ли у него рвота? Если была рвота, то когда она началась и как часто повторялась? Был ли у больного до этого запор или понос или какие-либо заметные изменения в консистенции стула и когда был последний раз стул? Нет ли у него учащенного мочеиспускания или императивных позывов на мочеиспускание и не испытывает ли он боли при мочеиспускании? Какая моча — прозрачная, мутная или с розоватым оттенком?

- У пациентки детородного возраста спросите, когда была последняя менструация, изменился ли менструальный цикл, возможна ли беременность, есть ли кровянистые выделения из влагалища или какие-либо половые расстройства (диспареуния)?

- Были ли в последнее время у больного головные боли?

- Выезжал ли больной недавно в другую страну, где он мог употребить в пищу загрязненные напитки или продукты?

- Есть ли у больного другие медицинские проблемы, такие как заболевание надпочечников, одышка, сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, недавняя инфекция, гемоглобинопатия, хронический лейкоз или тупая травма живота, подвздошной области или грудной клетки? Проходил ли он курс лучевой терапии, не было ли у него операций на органах брюшной полости?

- Нет ли у больного заболеваний, предрасполагающих к эмболиям, таких как митральный стеноз, инфекционный эндокардит, мерцание предсердий, микротромбы в левом желудочке, ревматические заболевания сердца, тромбозы нижней полой вены или вен нижних конечностей, застойная сердечная недостаточность (ЗСН) или недавний инфаркт миокарда (ИМ). Страдает ли больной заболеванием, которое может суживать просвет артерий (периаартериит), серповидно-клеточной анемией, склеродермами, атеросклерозом или артериолонефросклерозом. Проводились ли ему в последнее время урологические процедуры или урологические операции?

- Вводит ли больной себе внутривенно наркотики (или другие препараты), злоупотребляет ли алкоголем? Проводилось ли ему недавно переливание крови или кровезаменителей? Если больной мужчина, вступает ли он в гомосексуальные связи?

- Какие препараты принимал больной в последнее время? Обратите особое внимание на те лекарственные средства, которые могут вызывать панкреатит, такие как азатиоприн, этакриновая кислота, фуросемид, опиаты, кортикостероиды, сульфаниламиды и тиазидные диуретики, а также на препараты, способствующие развитию застойной сердечной недостаточности (ЗСН), такие как β -блокаторы, кортикостероиды или биоло-

гически активные вещества, вызывающие гепатит (пероральные контрацептивы) или инфаркт миокарда (кокаин).

Физикальное обследование

Оцените состояние больного на основании собранной вами информации. При обследовании живота больного всегда выполняйте аускультацию до пальпации и перкуссии, чтобы не нарушить частоту и интенсивность кишечных шумов перед их оценкой.

Осмотр больного. Осмотрите кожу больного, чтобы выявить потливость и желтушность, указывающих на обструкцию печени или желчного пузыря. Обратите внимание на наличие или отсутствие бледности, похолодания или отечности рук и ног, так как эти явления обычно указывают на уменьшенные оксигенацию и сердечный выброс. Проверьте тургор кожи. Осмотрите кожу живота и груди — нет ли на ней следов травмы, рваных или колотых ран, кровоподтеков (экхимозов). На наличие тупой травмы живота может указывать ограниченный цианоз кожи вокруг пупка (признак Каллена) и в боковых отделах живота (признак Тернера).

Проверьте, не вздут ли живот, измерьте его окружность на уровне пупка и запишите эту исходную цифру. Последующее увеличение этого параметра может указывать на кровотечение в брюшную полость. Посмотрите, нет ли видимых волн перистальтики кишечника и не вздуты ли шейные вены больного. Отметьте частоту и глубину дыхания больного. Не испытывает ли он затруднения при дыхании, регулярно ли оно, нет ли тахипноэ (учащенное дыхание) или дыхания Куссмауля? Оцените уровень сознания больного. При последующем наблюдении за больным отмечайте малейшие из-

Виды абдоминальной боли

ПОРАЖЕННЫЙ ОРГАН	ВИСЦЕРАЛЬНАЯ БОЛЬ	ПАРИЕТАЛЬНАЯ БОЛЬ	ОТРАЖЕННАЯ БОЛЬ
Желудок	Средняя часть эпигастрия	Средняя часть эпигастрия и верхний левый квадрант	Плечи
Тонкий кишечник	Область вокруг пупка	Над областью поражения	Средняя часть спины (редко)
Аппендикс	Область вокруг пупка	Правый нижний квадрант	Правый нижний квадрант
Проксимальный отдел толстой кишки	Область вокруг пупка и правый бок для восходящей кишки	Над областью поражения	Правый нижний квадрант и спина (редко)
Дистальный отдел толстого кишечника	Гипогастрий и левый бок для нисходящей ободочной кишки	Над областью поражения	Левый нижний квадрант и спина (редко)
Желчный пузырь	Средняя часть эпигастрия	Правый верхний квадрант	Правая подлопаточная область
Мочеточники	Реберно-позвоночный угол	Над областью поражения	Паховая область, мошонка у мужчин, половые губы у женщин (редко)
Поджелудочная железа	Средняя часть эпигастрия и левый верхний квадрант живота	Средняя часть эпигастрия и верхний левый квадрант	Спина и левое плечо
Яичники, фаллопиевы трубы и матка	Гипогастрий и паховая область	Над областью поражения	Внутренняя поверхность бедра

менения его сознания. Отметьте цвет и запах мочи больного.

Аускультация. Проведите аускультацию живота больного, отметив высоту кишечных шумов и их звонкость, наличие или отсутствие гиперактивности перистальтики (см. *Локализация кишечных шумов*).

Затем послушайте частоту сердечных сокращений и тоны серд-

ца. При аускультации легких обратите внимание на хрипы и приглушенные звуки дыхания или их отсутствие. Контролируйте артериальное и определите пульсовое давление.

Пальпация. При последовательной пальпации живота, полости таза и эпигастрия обратите внимание на наличие любых опухоле-

видных масс, ригидности мышц брюшной стенки, болезненности с защитой мышц или при внезапном ослаблении давления (симптом Шеткина — Блюмберга) либо вследствие увеличения органов, находящихся в брюшной полости (см. *Определение рикошетной боли*, с. 7). Для определения размеров почек пропальпируйте боковые отделы живота. Проверьте частоту, ритм и наполнение (интенсивность) пульса.

Перкуссия. Проведите перкуссию каждого квадранта живота, обращая внимание на перкуторные тоны, а также любую болезненность или усиливающуюся боль. Тупой перкуторный тон обычно указывает на наличие свободной жидкости в брюшной полости, коробочный перкуторный тон говорит о наличии в этом месте воздуха. Проведите перкуссию в области реберно-позвоночного угла для исключения там любой болезненности.

Состояния, угрожающие жизни
Результаты обследования больного могут заставить вас заподозрить одно или несколько из указанных ниже состояний.

Аневризма брюшной аорты (расслаивающая). Постоянная тупая боль в верхнем отделе живота, иррадиирующая в нижний отдел спины и сопровождающаяся быстрым увеличением размеров аневризмы, может предшествовать ее разрыву (см. *Боль в животе: связь ее локализации с причиной*, с. 8). Боль обычно усиливается в положении больного лежа и уменьшается при наклоне вперед или когда он садится. При пальпации обнаруживается объемное образование в эпигастрии, которое пульсирует перед разрывом аневризмы (но не после него) и болезненность над аневризмой. Над аневризмой прослушивается также систолический

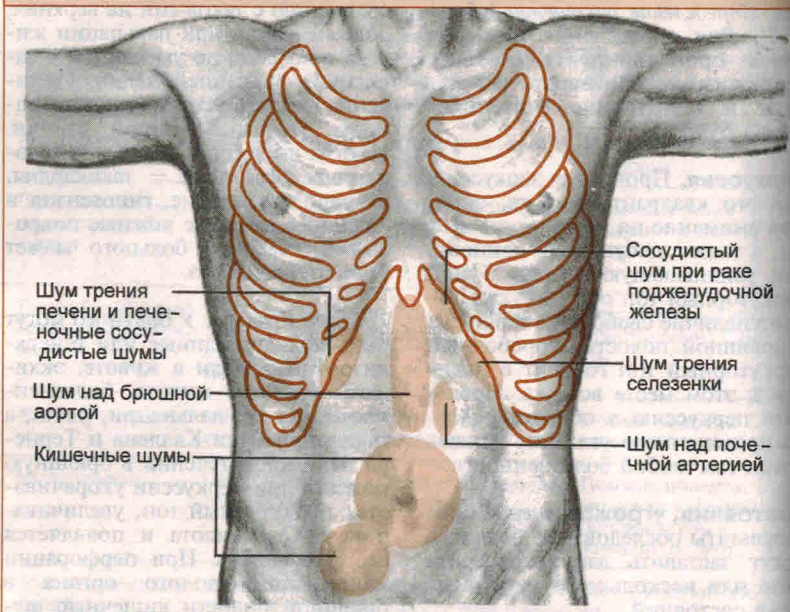
шум. Кроме того, другими признаками и симптомами могут быть пятнистость на коже ниже пояса, отсутствие пульса на бедренной артерии и тыльной артерии стопы, более низкое артериальное давление на нижних конечностях по сравнению с таковыми на верхних, болезненность при пальпации живота от слабой до умеренной с защитной фиксацией мышц, увеличение окружности живота и ригидность мышц брюшной стенки. Иногда имеются признаки гиповолемического шока — тахикардия, учащенное дыхание, гипотензия и холодные влажные кожные покровы. В анамнезе больного может быть атеросклероз.

Травма живота. У больного могут быть локализованные или генерализованные боли в животе, экхимозы на коже живота, болезненность при его пальпации, рвота, а также признаки Каллена и Тернера. При кровотечении в брюшную полость при перкуссии укорачивается перкуторный тон, увеличивается его ригидность. При перфорации какого-либо полого органа в брюшной полости кишечные шумы становятся глухими либо вообще отсутствуют. Если кишечные шумы прослушиваются в грудной клетке, то, вероятнее всего, у больного произошел разрыв диафрагмы.

Надпочечниковый криз. Для этого состояния характерны сильные боли в животе в сочетании с тошнотой, рвотой, слабостью, анорексией и повышенной температурой. В анамнезе больного могут быть заболевание надпочечников, недавнее перенесенные сильные головные боли (что может быть предвестником наступления надпочечникового криза) или же нарушение режима приема кортикостероида.

Локализация кишечных шумов

При аускультации живота вы обнаружите, что определенные шумы в некоторых местах слышны более отчетливо. На рисунке показано, где и какие шумы лучше прослушивать.



Аппендицит. Для этого заболевания характерны неприятные ощущения или острая боль в области эпигастрия или пупка, обычно на фоне анорексии, тошноты, рвоты, диареи или запора. Боль локализуется в точке Мак-Берней в правом нижнем квадранте живота. Это состояние может сопровождаться ригидностью мышц живота, резкой нарастающей болезненностью, особенно над точкой Мак-Берней, болезненностью при внезапном ослаблении давления и втягиваниями живота при дыхании. Начало заболевания может быть резким или проявиться более

слабыми и гриппоподобными симптомами в течение нескольких часов или дней, прежде чем больной обратится за медицинской помощью (см. также *Определение причин отраженной боли*, с. 9).

Застойная сердечная недостаточность. Боли в правом верхнем квадранте живота обычно сопровождаются такими признаками этого заболевания, как расширенные шейные вены, одышка, трескучие хрипы в базальных отделах легких с обеих сторон, тахикардия и периферические отеки. Другими симптомами могут быть учащенное ды-

шание (тахипноэ), ортопноэ, нормальное или пониженное артериальное давление, тошнота, рвота, отеки, зависящие от положения тела, асцит, гепатомегалия, кашель с отделением мокроты, холодные конечности, зябкость, цианоз во рту и ложа ногтей. При аускультации иногда прослушивается предсердный или желудочковый ритм галопа. В анамнезе больного могут быть заболевание сердца, отеки, увеличение массы тела, чувство усталости, потливость или прогрессирующая одышка. Во все время все эти явления могут быть следствием нарушения больным лекарственного режима. Медикаментозный анамнез больного может включать применение амиодарона, карбамазепина, энкаинида, флекаинида, рекомбинантного α -интерферона, рекомбинантного интерлейкина-2, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, β -блокаторов кальциевых каналов, кортикостероидов или нестероидных противовоспалительных средств — любой из этих препаратов способен спровоцировать застойную сердечную недостаточность.

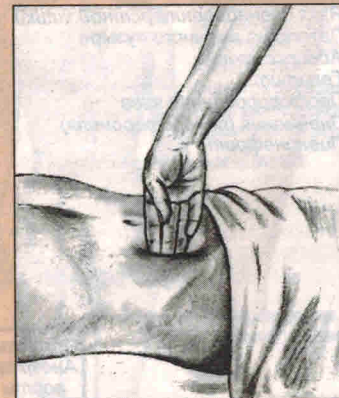
Диабетический кетоацидоз. Хотя и редко, но больной с диабетическим кетоацидозом может страдать сильными острыми стреляющими и опоясывающими болями в животе, продолжающимися в течение нескольких дней. Эти боли иногда сопровождаются полидипсией, полиурией, полифагией, потерей массы тела и слабостью. К другим признакам и симптомам относятся фруктовый запах изо рта, гипотензия, покраснение лица, уменьшенное пульсовое давление, слабый и учащенный пульс, дыхание Куссмауля, тошнота, рвота, пониженный тургор кожи. Из-за потери натрия и внеклеточной жидкости могут развиваться эпизодические припадки и ступороз-

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

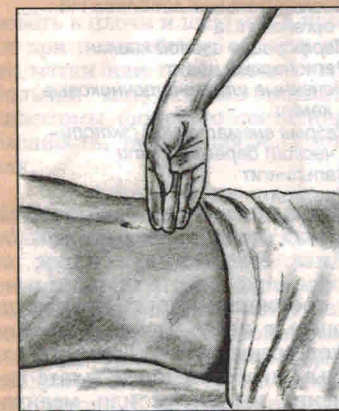


Определение рикошетной боли

Чтобы определить рикошетную боль, надавите глубоко и несильно кончиками пальцев на живот больного.



Затем быстро отнимите от живота ваши пальцы. Если больной чувствует боль, то, возможно, у него раздражение брюшины вследствие аппендицита.



Боль в животе: связь ее локализации с причиной

Этот рисунок показывает, что означает боль в различных участках живота. Заболевания, угрожающие жизни, выделены курсивом.

Правый верхний квадрант

Колит
Застойная сердечная недостаточность
Дивертикулит
Язва двенадцатиперстной кишки
Патология желчного пузыря
Абсцесс печени
Гепатит
Перфорированная язва
Пневмония (правосторонняя)
Пиелонефрит

Левый верхний квадрант

Аневризма брюшной аорты
Дивертикулит
Язва желудка
Панкреатит
Воспалительные заболевания органов таза
Перфорация толстого кишечника
Перфорация язвы
Пневмония (левосторонняя)
Пиелонефрит
Инфаркт селезенки
Спленомегалия

Область пупка

Аневризма брюшной аорты
Острый панкреатит
Дивертикулит
Аппендицит на ранней стадии
Ишемия мезентериальной артерии
Уремия

Правый нижний квадрант

Аппендицит
Дивертикулит
Мезентериальный аденит
Оофорит
Киста яичника
Воспалительные заболевания органов таза
Перфорация слепой кишки
Регионарный илеит
Почечные или мочеточниковые камни
Разрыв внематочной (эктопической) беременности
Сальпингит
Уретерит

Левый нижний квадрант

Дивертикулит
Оофорит
Киста яичника
Воспалительные заболевания органов таза
Перфорация толстой кишки
Регионарный илеит
Почечные или мочеточниковые камни
Разрыв внематочной (эктопической) беременности
Сальпингит
Язвенный колит

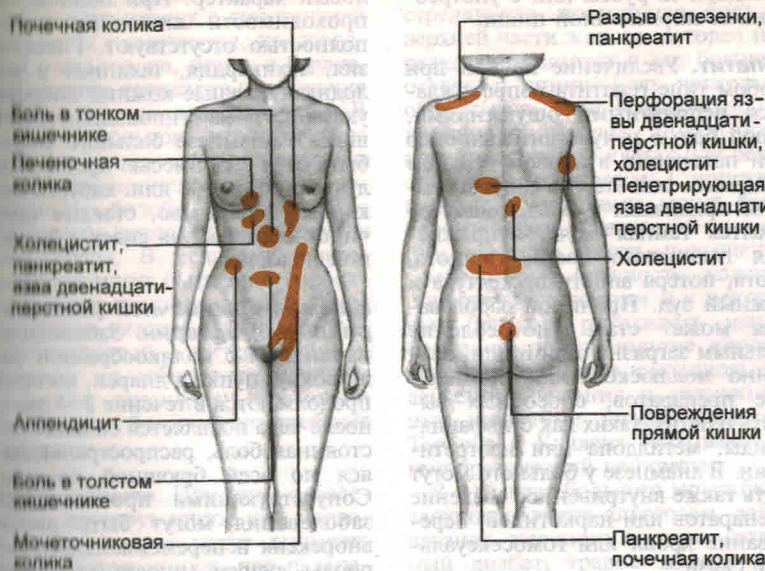
ное состояние, иногда прогрессирующие в кому. Такое состояние может возникнуть у больного сахарным диабетом в результате нарушения им диеты или медикаментозного режима.

Эктопическая беременность.

При этом состоянии боль внизу живота может быть острой, тупой или схваткообразной, непрерывной или периодической. Она может сопровождаться кровавыми-

Определение причин отраженной боли

На этих рисунках показаны причины отраженной боли в брюшной полости.



ми выделениями из влагалища, тошнотой, рвотой, учащенным мочеиспусканием. В области придатков иногда прощупывается светлая болезненная опухолевидная масса; грудные железы также при этом несколько болезненны или увеличены. В анамнезе больной, как правило, отсутствие менструации в течение 1–2 мес после полового сношения. (Если пациентка подросток, то имейте в виду, что она может не признаться в этом, особенно в присутствии родителей.)

Разрыв фаллопиевой трубы сопровождается резкой болью внизу живота, которая может иррадии-

ровать в плечи и шею и усиливается при пальпации в области шейки матки или придатков. У такой больной могут также появиться симптомы шокового состояния — бледность, тахикардия и гипотензия.

Абсцесс печени. Болезненность в области правого верхнего квадранта живота — наиболее важный симптом при этом редком заболевании, при котором могут также часто появляться устойчивые и сильные боли в правом верхнем квадранте живота или в середине эпигастрия. К другим признакам и симптомам заболевания относятся

анорексия, диарея (понос), тошнота, повышение температуры, потливость и иногда рвота. В анамнезе больного может быть недавний эпизод бактериемии, связанной с холангитом, недавней поездкой за рубеж или с употреблением загрязненной пищи.

Гепатит. Увеличение печени при любом типе гепатита сопровождается неприятными ощущениями, тупой болью и чувствительностью при пальпации в правом верхнем квадранте живота. К сопутствующим признакам и симптомам относятся темная моча, испражнения глинистого цвета, тошнота, рвота, потеря аппетита, желтуха и кожный зуд. Причиной заболевания может стать употребление большим загрязненной пищи, особенно моллюсков, или применение препаратов, способных вызывать гепатит, таких как сульфаниламиды, метилдопа или изотретиноин. В анамнезе у больного могут быть также внутривенное введение препаратов или наркотиков, переливание крови или гомосексуальные связи.

Кишечная непроходимость. При этом состоянии короткие периоды интенсивной схваткообразной боли судорожного характера сменяются безболевыми периодами. К сопутствующим признакам и симптомам относятся вздутие живота, его болезненность и защитная фиксация мышц, метеоризм, видимые через брюшную стенку волны кишечной перистальтики, стойкий запор и вызванное болью возбуждение больного. При аускультации проксимальнее кишечной обструкции прослушиваются высокие по тону, звонкие или гиперактивные кишечные шумы, а дистальнее ее — низкие по тону, гипоактивные кишечные шумы (возможно и их полное отсутствие). При непроходимости двенад-

цатиперстной или тощей кишки ранними симптомами являются тошнота и желчная рвота. При дистальной тонкокишечной или толстокишечной непроходимости тошнота и рвота часто имеют каловый характер. При полной непроходимости кишечные шумы полностью отсутствуют. Гипотензия, тахикардия, тахипноэ и холодные влажные кожные покровы указывают на гиповолемический шок. В анамнезе больного может быть стул с примесью крови либо лучевая терапия или хирургическое вмешательство, ставшее причиной образования спаек в брюшной полости.

Ишемия брыжеечной (мезентериальной) артерии. Заболевание начинается с коликообразной боли вокруг пупка и диареи, которые продолжаются в течение 2–3 дней, после чего появляется сильная постоянная боль, распространяющаяся по всей брюшной полости. Сопутствующими проявлениями заболевания могут быть рвота, анорексия и перемежающиеся периоды диареи (иногда кровавой) или запоров. На более поздних стадиях заболевания нередко развивается сильная болезненность живота с ригидностью мышц брюшной стенки. Гипотензия, тахикардия, учащенное дыхание и холодная влажная кожа указывают на гиповолемический или септический шок. В анамнезе больного могут быть недавний эпизод гипоперфузии, такой как гипотензия, застойная сердечная недостаточность или сердечная аритмия.

Инфаркт миокарда. При инфаркте миокарда у больного могут быть загрудинные боли, не купируемые нитроглицерином. Нередко они иррадируют в живот, левую руку, нижнюю челюсть, шею, плечи или лопатки. К сопутствующим признакам и симптомам относятся

бледность, общая слабость, потливость, головокружение, тошнота, рвота, беспокойство, одышка и чувство страха (боязнь умереть). Гипотензия, тахикардия, тахипноэ и холодная влажная кожа указывают на кардиогенный шок. У такого больного наряду с гипотензией возможны гипертензия, предсердный ритм галопа, шумы в сердце, шум трения перикарда и трескучие хрипы в нижних отделах легких. В анамнезе больного нередко заболевание сердца, гипертензия или гиперхолестеринемия. Эпизод загрудинных болей может быть также первым проявлением заболевания сердца. В медикаментозном анамнезе могут быть такие препараты, как декстротирокин, эс-крантин-натрия, фосфат и рекомбинантный интерлейкин-2, которые способствуют развитию инфаркта миокарда. Возможно также, что больной употребляет кокаин.

Язвы яичника. При этом заболевании перекут кисты или крововливание в нее могут вызывать боль и болезненность при пальпации в правом или левом нижнем квадранте живота. Боль резко усиливается, если больная внезапно останавливается или наклоняется, но становится непродолжительной и прерывистой, если перекут кисты сам по себе расправляется, или тупой и диффузной по прошествии нескольких часов, если перекут не расправляется. К сопутствующим признакам и симптомам относятся небольшое повышение температуры, слабая тошнота и рвота, болезненность живота при пальпации, пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости, иногда аменорея. При больших кистах яичника возможно вздутие живота. Раздражение брюшины или ее разрыв и перитонит сопровождаются высокой температурой, ригидностью

мышц брюшной стенки и сильными тошнотой и рвотой. Анамнез больной — обычно без особенностей.

Панкреатит. Характерным симптомом этого заболевания является стреляющая постоянная боль в верхней части живота, которая нередко иррадирует в его боковые отделы и спину. Боль несколько облегчается, если больной сидит, наклоняясь вперед, подтягивает колени к грудной клетке или безостановочно двигается. Сопутствующими симптомами могут быть болезненность живота при пальпации, тошнота, рвота, повышение температуры, бледность кожных покровов, тахикардия и у некоторых больных ригидность мышц брюшной стенки, вздутие живота, болезненность при внезапном ослаблении давления и гипоактивные кишечные шумы. Симптом Тернера и Каллена указывают на геморрагический панкреатит.

В анамнезе больного могут быть злоупотребление алкоголем, заболевание желчного пузыря, сахарный диабет, травма живота или укус скорпиона, а также прием препарата, способного вызывать панкреатит, например тиазидного диуретика.

Перфоративная язва. Внезапная сильная изнуряющая боль в эпигастрии может иррадиировать через всю брюшную полость в спину. К другим признакам и симптомам относятся доскообразное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при пальпации с защитной фиксацией брюшных мышц, болезненность при внезапном ослаблении давления (симптом Щеткина — Блюмберга), отсутствие кишечных шумов, klokoчущее и поверхностное дыхание и повышенная температура. Гипотензия, тахикардия, учащенное дыхание и холодная влажная кожа

указывают на гиповолемический шок. В анамнезе больного может быть язва желудка или двенадцатиперстной кишки, либо жалобы на частые расстройства желудка, изжогу или боли в эпигастрии.

Перитонит. Для перитонита характерна внезапная сильная боль, диффузная или локализованная в области пораженного органа. Так, при аппендиците боль локализуется в правом нижнем квадранте, а при внематочной беременности или кисте яичника — в нижней части полости таза. При движении больного боль усиливается.

В некоторых случаях характер начальной боли изменяется до появления симптомов заболевания. Например, при разрыве аппендикса боль на короткое время может утихнуть. При разрыве фаллопиевой трубы или кисты яичника боль внезапно может стать очень интенсивной. У больного с перитонитом нередко отмечаются повышение температуры, озноб, тошнота, рвота, гипоактивность или отсутствие кишечных шумов, вздутие живота, его болезненность, при пальпации ригидность мышц брюшной стенки, болезненность при внезапном ослаблении давления (симптом Щеткина — Блюмберга), защитная фиксация мышц и гиперлагезия (повышенная болевая чувствительность). Наличие гипотензии, тахикардии, тахипноэ и холодной влажной кожи указывают на септический шок. За несколько часов или дней до обращения за медицинской помощью у больного могли появиться боли в животе и гриппоподобные симптомы.

Пневмония. При нижнедолевой пневмонии могут возникать плевритические боли в грудной клетке и сильные отраженные боли в верхней части живота, а также болезненность при пальпации живо-

та и ригидность брюшных мышц; все эти симптомы уменьшаются на вдохе. К другим признакам и симптомам относятся повышение температуры, потрясающий озноб, учащенное дыхание, миалгия, слабость, анорексия, потливость, головная боль и одышка. У больного может быть также сухой частый кашель или кашель с отделением ржавой или кровянистой мокроты, иногда с неприятным запахом. При аускультации легких прослушиваются ослабленные дыхательные шумы, потрескивания, хрипы, пекторилоквия при шепоте или тахикардия. В анамнезе пациента могут быть контакт с больным пневмонией либо вдыхание вредных дымов или загрязненного воздуха, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) или курение.

Пневмоторакс. Внезапная острая боль в груди, одышка и цианоз — основные признаки пневмоторакса. Боль при этом может иррадиировать в верхний отдел живота и реберный край. Характерно внезапное возникновение боли и ее усиление при глубоком вдохе или движении. К сопутствующим признакам и симптомам относятся чувство тревоги, беспокойство, приглушенные или отсутствующие дыхательные шумы, ослабленное голосовое дрожание, гиперрезонанс и тимпанит над пораженным участком, подкожная эмфизема (крепитация), асимметричное расширение грудной клетки при дыхании, вовлечение в дыхание вспомогательных мышц, кашель без отделения мокроты (непродуктивный), учащенное дыхание и тахикардия. В анамнезе обычно имеются травма грудной клетки, хроническое обструктивное заболевание легких, канюляция подключичной вены, рак легкого или искусственная вентиляция легких под повышенным давлением. Од-

нако пневмоторакс может быть и спонтанным.

Пиелонефрит (острый). Это заболевание характеризуется прогрессирующей болью в верхнем квадранте живота с одной или двух сторон, болью в боковых отделах живота и болезненностью при пальпации в области реберно-позвоночного угла. Боль может иррадиировать в нижнюю часть средней области живота или пах. К другим признакам и симптомам относятся болезненность при пальпации живота и спины, высокая температура, потрясающий озноб, тошнота, рвота, гематурия, дизурия, тенезмы, учащенное мочеиспускание и императивные позывы на мочеиспускание. Моча больного имеет запах аммиака. Анамнез обычно включает инфекцию (чаще всего мочевых путей), недавнюю инвазивную процедуру, нейрогенный мочевой пузырь, сахарный диабет или нарушение функции почек. Женщины сексуально активного возраста и беременные особенно предрасположены к этому заболеванию.

Камни в почках. В зависимости от локализации камней в почке больной может испытывать сильные боли в животе или спине. Классическим симптомом, однако, считается сильная коликообразная боль, распространяющаяся от реберно-позвоночного угла к боковому отделу живота в надлобковую область и наружные гениталии. Она бывает тупой и постоянной или мучительной. У больного отмечается также вызванное болью возбуждение, тошнота, рвота, вздутие живота, повышение температуры, озноб и учащенные позывы на мочеиспускание. Анамнез обычно ничем не примечателен.

Инфаркт почки. При инфаркте почки у больного могут быть рез-

кие и постоянные боли в верхнем отделе живота, боковых его отделах и болезненность при пальпации в области реберно-позвоночного угла. К другим признакам и симптомам относятся анорексия, тошнота, рвота, гипоактивные кишечные шумы и повышенная температура. Перкуссия в области реберно-позвоночного угла вызывает болезненность. В анамнезе больного могут быть заболевания, предрасполагающие к эмболиям, такие как митральный стеноз и мерцательная аритмия, или ведущие к сужению просвета артерий, например атеросклероз.

Инфаркт селезенки. Это состояние вызывает внезапную быстро развивающуюся боль в левом верхнем квадранте живота и груди, которая усиливается на вдохе. Во многих случаях она иррадиирует в левое плечо. При дыхании больной может щадить левую сторону диафрагмы; отмечаются также защитная фиксация мышц брюшной полости и при аускультации шум трения селезенки. В анамнезе больного могут быть гемоглобинопатии или хронический лейкоз, которые являются предрасполагающими факторами к развитию инфаркта селезенки.

Уремия. Характеризуется болью по всему животу или вокруг пупка; интенсивность боли изменяется, как и ее локализация. Уремия обычно сопровождается различными желудочно-кишечными симптомами, такими как тошнота, рвота, анорексия и понос. Пальпация живота вызывает болезненность, различную по локализации и интенсивности, возможны также нарушения зрения, кровотечение, головная боль, пониженный уровень сознания, раздражительность, головокружения и олигурия или анурия. В анамнезе больного может быть заболевание почек.

Другие причины

Боль в животе может возникать и при других состояниях, которые не требуют немедленного вмешательства.

Заболевания. Боль в брюшной полости может возникнуть вследствие состояния тревоги, тошноты или рвоты, ее также вызывает рак желудка, холецистит, холелитиаз, цирроз печени, болезнь Крона, цистит, дивертикулит, язва двенадцатиперстной кишки, эндометриоз, язва желудка, гастрит, гастроэнтерит, амебиаз печени, опоясывающий герпес, илеит и клеточная интоксикация (вследствие укусов насекомых). Кроме того, боль в животе может быть обусловлена синдромом раздраженной толстой кишки (слизистый колит), непереносимостью лактозы, мезентериальным лимфаденитом, оофоритом, хроническим панкреатитом, воспалительным заболеванием органов таза, плевритом, простатитом, сальпингитом, кризом при серповидно-клеточной анемии, системной красной волчанкой, неспецифическим язвенным колитом и уретеритом (воспаление мочеточника).

Препараты. Салицилаты и нестероидные противовоспалительные средства часто вызывают изжогу и грызущие боли в левом верхнем квадранте живота или в области эпигастрия. Боль в животе вызывают также антигельминтные, антигиперлиппротеинемические, противомаларийные, холинергические и слабительные средства, цефалоспорины, прогестины, соли кальция и калия, а также цинкоксалин, клофазимин, циклобензапирин, дантролен, дапсон, дифеноксилат с атропином, дизопирамид, эритромицин, этамбутол, фенфлорамин, флекаинид, имипрамин, кетоконазол, лоперамид, мапротилин, метилдофа, метифе-

нидат, налидиксовая кислота, налтрексон, нитропруссид, нортриптилин, парааминосалицилат натрия, пемолин, протриптилин, хинидин, транлципромин, триметадион и тримипрамин.

Ригидность мышц живота

Ригидность мышц живота определяется при пальпации, при которой пальпирующая рука ощущает патологическое напряжение мышц брюшной стенки, их неподатливость. Ригидность может быть произвольной или непроизвольной. Произвольная ригидность (защитная фиксация мышц) может быть связана со страхом или нервозностью больного во время пальпации его живота. Непроизвольная ригидность при пальпации брюшной стенки может указывать на потенциально угрожающее жизни состояние, такое как раздражение брюшины или ее воспаление. При пальпации живота у детей бывает трудно различить произвольную или непроизвольную ригидность живота, так как дети испытывают страх перед возможной болью во время пальпации.

Вопросы к больному

Постарайтесь выяснить проблему больного, задавая ему указанные ниже вопросы.

- Есть ли боль в животе? Если да, то началась ли она одновременно с ригидностью мышц живота и какая она — локализованная или генерализованная?
- Иррадирует ли боль куда-нибудь, перемещается ли? Усиливается ли или уменьшается ригидность или боль при вдохе, кашле, изменении положения тела, ходьбе, рвоте или дефекации?
- Не было ли у больного в последнее время анорексии, рвоты,

диареи или запора? Нет ли у него повышенной температуры или гриппоподобных симптомов? Не был ли он укушен насекомым или пауком?

• Была ли у больного когда-нибудь травма живота? Страдает ли он сердечно-сосудистым заболеванием, сахарным диабетом, холециститом или пептической язвой желудка? Курит ли он и употребляет ли алкоголь?

• Принимает ли больной лекарственные средства, которые могут спровоцировать панкреатит, например азатиоприн, этакриновую кислоту или фуросемид, а также другие препараты, пероральные контрацептивы, сульфаниламиды, тиазиды, диуретики или кортикостероиды?

Физикальное обследование

Оцените состояние больного на основании собранной вами информации. При оценке состояния брюшной полости сначала проводите аускультацию живота, затем его пальпацию и перкуссию. Используя эту последовательность, вы не повлияете на частоту или интенсивность кишечные шумы перед их оценкой.

Обмотр больного. У худощавых пациентов перистальтика кишечника и вздутые кишечные петли могут быть видны через тонкую брюшную стенку. Наличие пятнистости кожи ниже талии говорит о нарушении кровообращения. Слабый тургор кожи и сухие слизистые указывают на состояние дегидратации.

Измерьте исходную величину окружности живота на уровне пупка. Дальнейшее увеличение этого показателя может означать кровотоечение в брюшную полость. Обратите внимание на частоту, глубину и характер дыхания (затрудненность, одышка и др.).

Аускультация. Кишечные шумы могут отсутствовать, быть гипоактивными или гиперактивными. Чтобы определить, отсутствуют ли кишечные шумы или они просто гипоактивны, следует проводить аускультацию над одним и тем же местом в течение по меньшей мере 5 мин. Затем поместите стетоскоп над брюшной аортой, чтобы прослушать абдоминальные шумы. Контролируйте артериальное и пульсовое давление больного.

Пальпация. Используйте легкую пальпацию, чтобы определить, имеется ли ригидность мышц брюшной стенки и является ли она локализованной или генерализованной. Оцените ее выраженность. Не путайте произвольную ригидность с непроизвольной (см. *Различия между произвольной и непроизвольной ригидностью мышц брюшной стенки*, с. 16). Обратите внимание на наличие опухолевых масс, особенно пульсирующих. Помните, что пальпация живота холодными руками заставляет сокращаться мышцы брюшной стенки, что мешает правильной оценке ригидности живота. Проверьте частоту, ритм и интенсивность периферических пульсов. Затем пропальпируйте пульс на бедренной артерии и дорсальной артерии стопы. Если они отсутствуют, то отметьте, с какой стороны (или с обеих сторон).

Перкуссия. При легкой перкуссии каждого квадранта живота проверяйте наличие боли, болезненности и патологических шумов.

Состояния, угрожающие жизни Результаты осмотра больного могут заставить вас заподозрить одно или несколько из указанных ниже состояний.