

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

“Затверджено”
на засіданні кафедри
внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри
Професор Скрипник І.М.

Протокол № 2 від 15.09.2016 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль</i>	Сучасна практика внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Ведення пацієнтів з основними симптомами та синдромами в гастроентерологічній клініці
<i>Тема заняття</i>	Ведення хворого з болем в животі
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медичний №1

1. Актуальність теми

Абдомінальний біль у гастроентерології та абдомінальній хірургії - одна з основних проблем як з діагностичної, так і з лікувальної точки зору. З цією проблемою щодня стикаються лікарі багатьох спеціальностей, в першу чергу, дільничні терапевти та лікарі "швидкої допомоги". Хронічний абдомінальний біль в більшості випадків є основним симптомом гастроентерологічного захворювання. Причини його виникнення численні, а механізми різноманітні. Разом з тим, основні характеристики болю різної етіології (інтенсивність, локалізація, час виникнення, тривалість тощо) не мають суворої специфічності і часто схожі між собою, що може призводити до діагностичних помилок і правильності лікування.

Абдомінальний больовий синдром є ведучим в клініці більшості захворювань органів травлення. Біль - це спонтанне суб'єктивне відчуття, що виникає внаслідок вступу в центральну нервову систему патологічних імпульсів з периферії (на відміну від хворобливості, яка визначається при обстеженні, наприклад, при пальпації). Тип болю, її характер не завжди залежать від інтенсивності ініціальних стимулів. Органи черевної порожнини зазвичай нечутливі до багатьох патологічних стимулів, які при дії на шкіру викликають сильний біль. Розрив, розріз або розчавлювання внутрішніх органів не супроводжуються помітними відчуттями. В той же час розтягування і напруга стінки порожнистого органу дратують больові рецептори. Так, натягнення очеревини (пухлини), розтягування порожнистого органу (наприклад, жовчна колька) або надмірне скорочення м'язів викликають абдомінальні болі. Больові рецептори порожнистих органів черевної порожнини (стравохід, шлунок, кишківник, жовчний міхур, жовчні і панкреатичні протоки) локалізуються в м'язовій оболонці їх стінок. Аналогічні рецептори є в капсулі паренхіматозних органів, таких як печінка, бруньки, селезінка, і їх розтягування також супроводжується болем. Брижа і парієтальна очеревина чутливі до больових стимулів, тоді як вісцеральна очеревина і великий сальник позбавлені больової чутливості

2. Конкретні цілі.

Студент повинен знати:

- Епідеміологію, етіопатогенез і патоморфологію абдомінального болю;
- Вміти проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із абдомінальним болем
- Проаналізувати механізми виникнення різних варіантів абдомінального болю
- Трактувати основні клінічні синдроми; особливості клінічного перебігу
- Діагностичні можливості додаткових методів дослідження: лабораторних, ФГС, рентгенологічних, ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, дихальні тести, відео капсульна ендоскопія).
- Пояснити принципи диференціального діагнозу абдомінального болю;
- Виявляти основні варіанти клінічного перебігу та ускладнень
- Знати тактику ведення хворих в залежності від причини
- Скласти план обстеження та лікування
- Сучасний підхід до лікування абдомінального болю,
- Проводити первинну та вторинну профілактику
- Обґрунтувати прогноз та працездатність.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отриманні навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови органів ШКТ
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості ШКТ
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез, абдомінального болю

4	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Симптоматологія абдомінального болю. Клінічні варіанти перебігу. Володіння методами обстеження хворого з абдомінальним болем. Зміни результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
5	Фармакологія	Принципи лікування абдомінального болю, рецептура

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

№	Термін	Визначення
1	Гострий біль	Розвивається, як правило, швидко або, рідше, поступово і має невелику тривалість (хвилини, рідко декілька годин)
2	Хронічний абдомінальний біль	- це складний синдром, цілий комплекс місцевих, неврологічних, нейропсихічних та інших ознак, що відображають серйозне захворювання всього організму, що супроводжується різким погіршенням якості життя і вимагає багато направленої корекції.
3	Гострий живіт	Симптомокомплекс, що характеризується сильним болем у животі, який з'являється протягом декількох годин чи днів, супроводжується диспепсичними розладами, ознаками подразнення очеревини і тяжким загальним станом хворого.
4	Харчове отруєння	Захворювання, пов'язане з прийманням разом з їжею отруйних речовин, які не мають відношення до збудників інфекційних хвороб.
5	Токсикоінфекція	Захворювання, що виникло внаслідок потрапляння в організм разом з їжею збудників інфекцій.
6	Грижа стравохідного отвору діафрагми	— це періодичний вихід кардії і частини шлунка або тільки фундального відділу шлунка в грудну порожнину через стравохідний отвір діафрагми.
7	Френікус-симптом	Болючість під час натискання в ділянці ніжок правого грудиноключично-соскового м'яза.

8	Симптом Ортнера—Рашби	Поява локального болю в зоні жовчного міхура при постукуванні по краю правої реберної дуги
9	Симптом Мерфі	Хворий не може зробити вдих при натисканні пальцем на ділянку жовчного міхура
10	Симптом Штернберга	Болючість під час глибокої пальпації внутрішньої поверхні реберної дуги

Теоретичні питання до заняття

1. Визначення абдомінального болю
2. Етіологія і патогенез абдомінального болю
3. Основні клінічні симптоми абдомінального болю
4. Класифікація
5. Особливості клінічного перебігу
6. Діагностика
7. Диференційна діагностика при хронічному абдомінальному болю
8. Складання плану обстеження, додаткові лабораторні, інструментальні методи обстеження (Рентгеноскопія ШКТ, верхня та нижня ендоскопія, УЗД, загальні та біохімічні аналізи)
9. Ускладнення
10. Тактика ведення хворих в залежності від основних причин
11. Консервативне та хірургічне лікування
12. Первинна та вторинна профілактика
13. Прогноз, працездатність

Студент повинен вміти

- цілеспрямовано зібрати скарги і анамнез у хворого;
- провести обстеження, виявити і дати оцінку змінам в його стані;
- сформулювати попередній діагноз
- скласти план додаткових обстежень і оцінити його результати.
- дати оцінку лабораторним і інструментальним методам дослідження.
- скласти схему диференційованого діагнозу
- сформулювати обґрунтований клінічний діагноз згідно вимогам сучасної класифікації
- скласти план лікування в залежності від варіанту перебігу
- призначити відновлювальне лікування на різних етапах реабілітації
- визначити тактику вирішення питань медико-соціальної експертизи, працевлаштування, профілактики

Зміст теми

За швидкістю виникнення і тривалості біль прийнято розділяти на гострий і хронічний. Гострий біль виникає раптово, розвивається швидко, його тривалість не перевищує 3-х місяців. Його зазвичай кваліфікують як "сигнал тривоги", тобто первинний симптом, що відображає появу патології. Біль, який виник нещодавно, гострий біль має важливе значення не тільки для хворого, але і для лікаря, так як вимагає негайного реагування і швидкого з'ясування його причини. Повторювані епізоди гострого болю можуть з часом трансформуватися в хронічний, проте хронічний біль не можна розглядати тільки як тривало існуючий симптом або як суму повторюваних приступів гострого болю. Хронічний біль - це не просто симптом. Це складний синдром, що відображає серйозне захворювання і характеризує не тільки локальні зміни, але і порушення з боку центральної і периферичної нервової системи. Стосовно до шлунково-

кишкового тракту ці зміни зумовлені порушенням взаємодій між хворим органом-мішенню і регуляторними системами, тому що будь-який вісцеральний орган перебуває під контролем численних регулюючих впливів.

Етіологія і патогенез

Органи черевної порожнини звичайно не чутливі до багатьох стимулів, які при дії на шкіру провокують сильний біль. Порізи, розриви або інші ушкодження внутрішніх органів черевної порожнини не викликають больових відчуттів. Основними впливами, до яких вісцеральні болючі волокна чутливі, є розтягання або порушення стінки кишечника. Це можуть бути: натяг очеревини (наприклад, при пухлині), розтягання порожнього органа (наприклад, при жовчній кольці) або сильні м'язові скорочення (наприклад, при кишковій непрохідності). Нервові закінчення волокон, що відповідають за біль у порожніх органах (кишківник, жовчний міхур, сечовий міхур), локалізуються в м'язових шарах. У паренхіматозних органах (печінка, нирки, селезінка) нервові закінчення знаходяться в їх капсулі і відповідають на її розтягання при збільшенні обсягу органа. Брижі, парієтальна плевра і перитонеальне вистилання задньої стінки черевної порожнини чутливі до болю, тоді як вісцеральна плевра і великий сальник ні. Для появи болю швидкість наростання напруги повинна бути досить великою. Поступове ж наростання напруги, наприклад, таке, як при пухлинній обструкції жовчовивідних шляхів, може довго протікати безболісно.

Запалення і ішемія також здатні викликати вісцеральний біль, при цьому запалення може підвищувати чутливість нервових закінчень і знижувати поріг чутливості до болю від інших стимулів (в тому числі й у процесі розвитку одного захворювання в різні його фази). У механізмах виникнення та прогресування болю при запаленні беруть участь багато біологічні активні речовини (брадікінін, серотонін, гістамін, простагландини та ін).

Перераховані коротко патофізіологічні механізми формування абдомінального болю нерідко приводить до пізньої, в кращому випадку відстроченої діагностики.

Біль у животі, на який найчастіше скаржаться хворі із захворюваннями органів травлення, через свою характерність нерідко дає змогу визначити причину захворювання навіть без залучення додаткових методів обстеження. Виділяють три типи болю в животі: вісцеральний, соматичний і віддзеркалений. Кожний з них має специфічні риси, знання яких полегшує з'ясування причин больових відчуттів.

Вісцеральний біль біль виникає за наявності патологічних стимулів у внутрішніх органах і проводиться симпатичними волокнами. Основними імпульсами для його виникнення є раптове підвищення тиску в порожнистому органі і розтягування його стінки (найбільш часта причина), розтягування капсули паренхіматозних органів, натягнення брижі судинні порушення. Вісцеральний біль виникає безпосередньо в ураженому органі, носить тяжкий характер і часто супроводжується потовиділенням, нудотою, блюванням, різким зблідненням шкіри. Всі намагання хворого зменшити біль, змінюючи положення тіла в ліжку, виявляються марними. Залежно від того, який саме орган уражений, цей біль може локалізуватися в надчерев'ї, навколо пупкової ділянки або над симфізом.

Соматичний біль обумовлений наявністю патологічних процесів в парієтальній очеревині і тканинах, що мають закінчення чутливих спинномозкових нервів. Основними імпульсами для його виникнення є ушкодження черевної стінки і очеревини. Він вирізняється значною інтенсивністю, при цьому хворий може чітко визначити його локалізацію.

Віддзеркалений біль у животі спостерігається при захворюваннях головного мозку, мозкових оболонок і багатьох внутрішніх органів. Він виникає внаслідок інтенсивного подразнення ураженого органа, передається по всьому нейросегменту, а іноді іррадіює навіть у сусідні органи.

Таблиця . Характеристика вісцеральних і соматичних болей

Ознаки	Тип болю	
	Вісцеральний	Соматичний
Характер	Давлячий. спастичний, тупий	Гострий інтенсивний
Локалізація	Розлитий, невизначений, по серединній лінії	Точковий в місці роздратування
Тривалість	Від хвилини до місяців	Постійний
Ритмічність (зв'язок з їдою, часом доби, актом дефекації та ін.)	Характерна (ритм може бути правильним і неправильним)	Відсутній
Іррадіація	Виникає при інтенсивному характері і відповідає ураженому органу	Присутній в більшості випадків
Хворобливість при пальпації	В місці локалізації болю	В місці локалізації хворого органу
Лікарська терапія	Ефективні препарати, які нормалізують моторну функцію ураженого органу	Неефективна і протипоказана
Клінічні приклади	Не ускладнена виразкова хвороба, жовчна колька, дисфункція сфінктера Одді, виразки шлунку або кишківника, спастична дискінезія товстої кишки, перитоніт, пухлини з роздратуванням парієтальної очеревини	Перфоративні і пенетруючі

Особливу увагу потрібно звертати на біль, що виник недавно, оскільки він нерідко буває провісником так званого гострого живота — симптомокомплексу, що характеризується сильним болем у животі, який з'являється протягом декількох годин чи днів, супроводжується диспепсичними розладами, ознаками подразнення очеревини і тяжким загальним станом хворого. Таким чином, термін «гострий живіт» є збірним поняттям, яке

характеризує клінічні прояви цілої низки захворювань, що вимагають негайної госпіталізації хворого в хірургічний стаціонар або термінової консультації хірурга.

З'ясування причини гострого болю в животі завжди викликає значні труднощі через анатомічні особливості черевної порожнини, а також внаслідок спільності багатьох симптомів найрізноманітніших захворювань, які потрібно диференціювати.

Крім того, діагностику як початкових, так і пізніх стадій гострих захворювань органів черевної порожнини досить часто ускладнюють такі об'єктивні чинники, як низька реактивність організму в старечому і ранньому місячному віці, атиповість розвитку і перебігу захворювання на тлі інших патологічних процесів (особливо у хворих з екзо- і ендогенними ураженнями центральної нервової системи та ендокринних органів), індивідуальні варіанти анатомії внутрішніх органів (наприклад, ретроцекальне розташування червоподібного відростка, виутрішньопечінкове розташування жовчного міхура), наслідки раніше виконаних операцій (відмежування запаленого органа від вільної черевної порожнини спайками) та ін.

Тактика ведення хворого в залежності від причини

Передумовою правильної оцінки болю в животі, і отже, визначення сутності патологічного процесу і призначення хворому адекватного лікування насамперед є вірно зібраний анамнез. Для цього необхідно:

1. Встановити місце максимального відчуття болю, його іррадіацію. Доцільно попросити хворого, якщо це можливо, вказати на місце локалізації болю рукою.
2. Визначити характер болю (тупий, гострий, стискаючий, постійний, переймоподібний), його динаміку (зростання, вщухання та ін.).
3. Виявити обставини, з якими, на думку хворого, пов'язане виникнення болю (порушення в дієті, різкі рухи, фізичне перевантаження, хвилювання та ін.).
4. З'ясувати, чи впливають на біль зміна положення тіла (зокрема, вимушене положення), споживання їжі, блювання, дефекація, чи існує залежність болю від дихальних рухів, кашлю тощо.
5. Виявити розлади травлення (здуття живота, блювання, пронос), супутні болю в животі; співвідношення цих явищ у часі, збіг зі зміною кольору шкіри, сечі, калу.
6. Розпитати пацієнта, чи були у нього в минулому аналогічні больові приступи і як часто, чи є зв'язок цих приступів з порою року тощо.

Під час розпитування потрібно враховувати тяжкість стану хворого, іноді частину інформації можна отримати від його родичів. Дані анамнезу доповнюють оглядом пацієнта, фізичним дослідженням. При цьому особливу увагу необхідно звернути на таке:

1. Зовнішній вигляд хворого — вираз його обличчя, міміка, поведінка (скутість чи руховий неспокій), хода, вимушене положення, участь живота в диханні, колір шкіри, слизових оболонок, стан зіниць (розширюються у відповідь на сильне больове відчуття, іноді з одного боку).

2. Існування зон шкірної гіпералгезії, перкуторної болючості, болючості окремих органів при пальпації, напруження передньої черевної стійки, симптому Боткіна-Блюмберга.

3. Наявність чи відсутність здуття живота, перистальтики, м'язового напруження (кишкова непрохідність, перитоніт), жовтяниці (жовчнокам'яна хвороба), атеросклерозу аорти і вінцевих артерій (можливість інфаркту міокарда, тромбозу мезентеріальних артерій), запаху ацетону з рота, розм'якшення очних яблук (діабетична прекома), ціанозу, набряків великих розмірів, болючості печінки з рівною поверхнею (серцева недостатність) тощо.

4. Зміни в інших органах і системах як реакція на біль. Насамперед це стосується серцево-судинної системи (зміна частоти серцевих скорочень, артеріального тиску), а також органів дихання і сечовиділення. В разі скарг хворих на гострий біль у животі і диспепсичні явища, навіть за відсутності характерної локальної симптоматики, лікар повинен перш за все подумати про гостре хірургічне захворювання. При підозрі на гострий процес у черевній порожнині хворим не можна призначати знеболювальні і антиспастичні засоби, оскільки вони затушовують клінічну картину, перешкоджають своєчасному встановленню точного діагнозу, що становить реальну загрозу для життя хворого.

Серед багатьох причин гострого болю в животі лікар передусім повинен враховувати такі:

I. Захворювання стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки: 1) защемлення грижі стравохідного отвору діафрагми; 2) перфорація виразки шлунка або дванадцятипалої кишки; 3) гострий заворот шлунка; 4) гострий гастрит, флегмона шлунка; 5) гострі харчові отруєння; гостре транспілоричне випадіння слизової оболонки шлунка.

II. Захворювання печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози: 1) жовчнокам'яна хвороба; 2) гострий безкам'яний холецистит або загострення хронічного; 3) перфорація жовчного міхура і жовчних шляхів; 4) гострий панкреатит або загострення хронічного.

III. Захворювання кишок: 1) гостра кишкова непрохідність; 2) перфорація кишки (при хворобі Крона, черевному тифі, пухлинах кишок, неспецифічному виразковому та ішемічному колітах); 3) гострий апендицит.

IV. Захворювання мезентеріальних судин: 1) тромбоз, емболія, здавлювання мезентеріальних артерій; 2) тромбоз мезентеріальних вен; 3) вузликовий періартеріїт.

V. Захворювання очеревини і брижі: 1) перитоніт (перфоративний, гематогенний); 2) піддіафрагмальний абсцес.

VI. Гінекологічні захворювання: 1) позаматкова вагітність; 2) перекручення ніжки кісти; 3) гострий аднексит; 4) апоплексія яєчника; 5) перфорація матки (аборт, розрив при вагітності).

VII. Захворювання нирок і сечовивідних шляхів: 1) сечокам'яна хвороба; 2) гострий пієлонефрит; 3) гострий паранефрит; 4) інфаркт нирки; 5) нефротичний криз.

VIII. Захворювання селезінки: 1) закупорювання селезінкової артерії або вени; 2) розрив селезінки (травматичний або спонтанний — при спленомегалії).

IX. Захворювання нервової системи: 1) гострі сегментарні порушення; 2) солярний синдром; 3) герпес оперізуючий; 4) табетичний криз; 5) «черевна епілепсія»; 6) мігрень.

X. Захворювання легенів, серця: 1) гостра пневмонія; 2) діафрагмальний плеврит; 3) емболія легеневої артерії; 4) гостра правошлуночкова недостатність; 5) інфаркт міокарда; 6) перикардит; 7) розрив розшаровуючої аневризми аорти.

XI. Інші захворювання: 1) діабетична кома; 2) тиреотоксичний криз; 3) гіпо- і гіперпаратиреоз; 4) криз при хворобі Аддісона; 5) порфіринова хвороба; 6) абдомінальний криз при інтоксикації свинцем; 7) хвороба Шеілейна—Геноха (абдомінальна пурпура); 8) ревматизм; 9) лейкоз; 10) гемолітичний криз; 11)

періодична хвороба.

Значна частота грижі стравохідного отвору діафрагми обумовлює її клінічну значимість як причини абдомінального болю, а іноді і гострого живота.

Грижа стравохідного отвору діафрагми — це періодичний вихід кардії і частини шлунка або тільки фундального відділу шлунка в грудну порожнину через стравохідний отвір діафрагми, (цьому сприяють вроджені аномалії («короткий стравохід»), гіперстенічний тип конституції, похилий вік, закрепи. Грижа стравохідного отвору діафрагми клінічно проявляється болем і відчуттям тиску або «кілка» за грудниною, печією. Іноді біль віддає в шию і ділянку ключиці і супроводжується відчуттям страху, депресією. Він частіше виникає після споживання грубої, гострої, кислої і холодної їжі, особливо в положенні лежачи або в разі нахилення тулуба вперед. У ряді випадків захворювання поєднується з жовчнокам'яною хворобою і дивертикулітом товстої кишки (тріада Санта). Діагноз підтверджується за допомогою рентгенологічного, езофагоскопічного і езофаготономіо графічного досліджень.

Защемлення може виникнути при будь-якому типі діафрагмальної грижі, за винятком ковзної. Воно характеризується раптовим різким болем у нижній частині грудної клітки або у верхніх відділах живота, часто біль іррадіює в надключичну ділянку. Якщо сталося защемлення езофагокардіальної ділянки, то блювання за наявності нестерпних позивів до нього може бути неможливим через здавлювання кардіального відділу шлунка або термінального відділу стравоходу. При цьому відзначається повна дисфагія. В разі крайового защемлення шлунка спочатку виникає блювання шлунковим вмістом, потім у блювотних масах з'являється домішка жовчі, а в подальшому — нерідко кров.

До постійних ознак защемленої діафрагмальної грижі, окрім різкого болю, відноситься також відчуття тиску в грудній клітці, яке виявлене тим сильніше, чим більше об'єм защемленого грижового вмісту. З посиленням здуття защемлених порожнинних органів і збільшенням накопичення плеврального випоту зростає задишка.

В разі перфорації змертвілого защемленого органа у плевральну порожнину виникає різкий біль у грудній клітці, розвивається колапс. Через деякий час може розвинути картина перитоніту внаслідок проникнення інфікованого вмісту з плевральної порожнини в черевну.

Одним з найпоширеніших захворювань травного каналу, що супроводжується болем у животі, є **гострий гастрит**, зокрема гострий екзогенний простий (катаральний) гастрит, який розвивається, як правило,

протягом перших двох діб після дії патогенного чинника, найчастіше — дієтичних порушень. Для такого гастриту характерні нудота, блювання неперетравленою їжею зі слизом і жовчю. Хворі скаржаться на загальну слабкість, тиск і розпирання в надчеревній ділянці, тупий, а іноді і досить різкий біль там же, неприємний смак у роті, відразу до їжі. У більш виражених випадках підвищується температура тіла, частішає пульс, дещо знижується артеріальний тиск. Симптомів перитоніту немає.

Анамнестичні дані, сукупність симптомів та ендоскопічне дослідження дозволяють встановити правильний діагноз.

Флегмона шлунка (флегмонозний гастрит) є одним із найтяжчих і найнебезпечніших різновидів гастриту, коли гнійне запалення, яке виходить з підслизового шару, розповсюджується на всі шари стінки шлунка аж до серозної оболонки. Флегмона локалізується найчастіше поблизу воротаря, або в ньому. Саме тут триваліше, ніж в інших відділах шлунка, затримується їжа, яка травмує слизову оболонку. Рідше флегмона розповсюджується на весь шлунок, ще рідше спостерігається ізольоване флегмонозне ураження тіла або кардіального відділу шлунка.

Серед факторів, що сприяють виникненню флегмони шлунка, найсуттєвішими є травми слизової оболонки рибними кістками, оболонкою зерна і випадково проковтнутими гострими предметами, а також опіки слизової оболонки кислотами та лугами. Важливими факторами сприяння є хронічний ахілічний гастрит, виразкова

хвороба і рак шлунка. Багато хворих пов'язують виникнення захворювання з дієтичними порушеннями. Якщо запальний процес поширюється в бік слизової оболонки, то в деяких випадках можливе самовиліковування— прорив гнійника в порожнину шлунка чи зворотний розвиток запалення. В разі розповсюдження процесу в бік серозного покриву, що буває частіше, приєднується перитоніт. Флегмона шлунка спостерігається переважно у чоловіків віком 20—40 років, які займаються фізичною працею, і характеризується дуже бурхливим перебігом і тяжким станом хворого. Постійним і різко вираженим симптомом є ріжучий біль у надчеребній ділянці, причому цей біль стає ще сильнішим після проковтування навіть невеликої кількості води або їжі. Іноді біль у надчеребній ділянці поєднується з болем у правому чи лівому підребер'ї, але в надчеребній ділянці він завжди сильніший. Залишаючись переважно ріжучим чи ниючим, біль може ставати і переймоподібним, що спостерігається перед блюванням.

Біль дещо зменшується, якщо хворий приймає вертикальне положення, і тому навіть, тяжкохворі намагаються хоча б на короткий час встати або сісти. Це пояснюється тим, що шлунок, який поважчав-через загальний набряк, у положенні хворого лежачи тисне на хребет і натягує чутливу печінково-шлункову зв'язку. Уже на підставі цього симптому можна розпізнати флегмону шлунка.

Блювання також є постійним симптомом флегмони шлунка і виникає одночасно з болем у надчеребній ділянці. В блювотних масах спочатку виявляють залишки їжі, а потім жовч, гній і прожилки крові. Гній у блювотних масах служить наочним доказом існування флегмони шлунка. Після блювання настає незначне і короткочасне поліпшення самопочуття хворих.

Дуже часто з самого початку захворювання з'являється озноб, температура тіла підвищується до 38—40 °С.

До розвитку перитоніту при огляді пацієнта частіше не вдається виявити симптоми, якими можна пояснити тяжкість його загального стану. Живіт бере участь у диханні, при пальпації відзначається болючість і легке напруження м'язів у надчеребній ділянці. Іноді пальпується болючий еластичний тяж, який розташований поперечно. Під час рухів біль у животі не посилюється. Загальний аналіз крові виявляє лейкоцитоз, що досягає 20—40-109/л, з різким зрушенням лейкоцитарної формули вліво. Рентгеноскопія і фіброгастроскопія дозволяють підтвердити діагноз.

Для больового синдрому при **виразковій хворобі** характерний зв'язок з прийманням їжі (полегшення настає після блювання), сезонність появи болю, інтенсивність якого може бути різною, але локалізація виявляється чітко. Перфорація виразки є частим і небезпечним ускладненням виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки у хворих будь-якого віку. Потрібно пам'ятати про існування «німих» виразок, першим проявом яких може бути перфорація. Провідною ознакою перфораційної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки є біль. Він виникає раптово в надчеребній або в правій підреберній зоні («як від удару кинджалом у живіт»), дуже інтенсивний і постійний, нерідко розповсюджується на праву пахвову ділянку, праве плече і праву лопатку. Через надмірний біль хворий вимушений лежати нерухомо, в напівзігнутому положенні, з приведеними до живота нижніми кінцівками; намагається обмежити дихальні рухи.

При прориві виразки біль настільки сильний, що хворий не може встати на ногах; нерідко виникає стан непритомності. У випадку вільної неприкритої перфорації біль швидко розповсюджується на весь живіт.

Другою важливою ознакою перфорації є різке напруження м'язів передньої черепної стінки. Живіт стає дошкоподібно напруженим, втягнутим, у диханні участі не бере. Через потрапляння в черевну порожнину газу печінкова тупість змінюється тимпанітом. Обличчя хворого бліде, покрите холодним потом, пульс сповільнений.

Оцінюючи стан хворого, необхідно враховувати час, який минув з моменту виникнення больового синдрому, бо через 2—4 год, з розвитком перитоніту, в клінічній картині починають переважати його симптоми: напруження черевної стінки

зменшується, зростає здуття живота, з'являється блювання, язик стає сухим, пульс частішає, підвищується температура тіла. При дослідженні крові виявляють нейтрофільний лейкоцитоз і лімфопенію. Описана картина характерна для перфорації виразки малої кривини чи передньої стінки шлунка і дванадцятипалої кишки. Утруднення для діагностики виникають при перфорації задньої стінки шлунка, оскільки при цьому вміст шлунка виливається в сальникову сумку і прояви розлитого перфоративного перитоніту спочатку можуть не виявлятися. Перфорація задньої стінки шлунка також починається з різкого болю в надчеревній ділянці, але його інтенсивність менша. Частіше буває блювання. Під час пальпації виявляють болючість і незначне здуття в надчеревній ділянці. Напруження м'язів черевної стінки виражене меншою мірою і тільки у верхньому відділі живота. Випіт у черевній порожнині не визначається, печінкова тупість збережена. Через деякий час розвивається перитоніт, спричинений витіканням шлункового вмісту з сальникового отвору. Якщо виразка знаходиться в місцях, не прикритих очеревиною (висока кардіальна виразка і виразка задньої стінки дванадцятипалої кишки), то шлунковий вміст при перфорації виливається в ретроперитонеальний простір. Для таких випадків характерні біль у верхній частині живота без чіткої локалізації і поява підшкірної емфіземи.

У разі прикритої перфорації, тобто коли невеликий перфоративний отвір прикривається сусідніми органами (малим сальником, лівою часткою печінки, підшлунковою залозою) або масивними фіброзними спайками, клінічна картина спочатку не відрізняється від картини прориву у вільну черевну порожнину. Однак через 2-3 год. вона змінюється: загальний стан хворого значно поліпшується, біль вщухає, але м'язове напруження на обмеженій ділянці (частіше у верхній третині правого прямого м'яза) зберігається протягом 2—3 днів. Іноді прикрита перфорація служить джерелом розвитку обмеженого гнійника і свищів у черевній порожнині, при цьому вільний газ у цій порожнині не визначається.

Діагностика прориву виразки полегшується, якщо анамнестичні дані засвідчують наявність у хворого виразкової хвороби.

Заворот шлунка зустрічається рідко. В його виникненні мають значення опущення шлунка, подовження зв'язкового апарату, зближення між кардіальною частиною і воротарем, довга брижа поперечної ободової кишки, іноді травма шлунка.

Початок захворювання раптовий, стрімкий. Характерні різка болючість у верхній частині живота, позиви до блювання. Загальний етап хворого тяжкий, можливий колапс. Спостерігаються болісна гикавка, різка сухість язика. Відзначається западіння живота, з'являється припухлість у лівому підребер'ї, спричинена роздуванням живота газами. Хворі частіше приймають положення напівсидячи, вони страждають від сильної спраги і негайного блювання після декількох ковтків води. Під час пальпації у ділянці випинання виявляють слабку болючість, перкуторно — виражений тимпаніт. Видимої перистальтики, як правило, немає.

Переймоподібний біль у надчеревній ділянці, що виникає відразу після їди, при підйманні тягарів або різких рухах, може бути обумовлений **транспілоричним пролапсом** слизової оболонки шлунка у дванадцятипалу кишку. Цей феномен зустрічається приблизно в 0,5—1 % випадків рентгенологічних досліджень травного каналу, особливо у хворих на гастрит і виразкову хворобу.

У виникненні транспілоричного пролапсу слизової оболонки шлунка основну роль відіграють дві групи факторів— збільшення об'єму і рухливості складок слизової оболонки шлунка і підвищення внутрішньошлункового тиску внаслідок його гіперперистальтики. Можуть мати значення і природжені особливості будови слизової оболонки і гастродуоденального з'єднання. Больовий синдром при цьому захворюванні, як правило, раптово з'являється і так само раптово зникає.

У діагностиці гострого транспілоричного випадіння слизової оболонки шлунка в дванадцятипалу кишку суттєва роль належить рентгенологічному дослідженню. В ряді

випадків знаходять характерний часточковий дефект наповнення з чіткими поліциклічними контурами, зв'язаний з воротарем. Цей дефект нагадує гриб, парасольку або цвітну капусту. Іноді виявляється складка слизової оболонки, яка переходить з розширеного пілоричного каналу шлунка в цибулину дванадцятипалої кишки. Досить характерною є мінливість рентгенологічної картини за рахунок вправлення (релапсу) слизової оболонки і її повторного випадіння, що можна задокументувати з допомогою декількох прицільних рентгенограм. Діагностичне значення має також гастродуоденоскопія. Іноді випадають у цибулину рухомі («на ніжці») поліпи слизової оболонки.

Серед помилкових діагнозів, що їх ставлять на догоспітальному етапі хворим з ознаками гострого живота, нерідко зустрічаються такі, як **«харчове отруєння»** і **«харчова токсикоінфекція»**. Несвоєчасна діагностика названих станів призводить до посилення інтоксикації і розповсюдження інфекційного агента, що значно погіршує прогноз у цих хворих. Проте не менш небезпечна і їх гіпердіагностика. По-перше, хворих залишають для спостереження і лікування вдома або направляють в інфекційні відділення, звідки зі значним запізненням їх переводять до хірургічного стаціонару. По-друге, таким хворим нерідко призначають протипоказане їм лікування.

Під харчовим отруєнням розуміють захворювання, пов'язані з прийманням разом з їжею отруйних речовин, які не мають відношення до збудників інфекційних хвороб. Захворювання, що виникли внаслідок потрапляння в організм разом з їжею збудників інфекцій, відносять до токсикоінфекцій. Передумовою виникнення харчових токсикоінфекцій обов'язково буває попереднє потрапляння і розмноження в харчових продуктах мікробів — збудників цих захворювань.

Провідне місце серед харчових токсикоінфекцій належить сальмонельозу. Ріст захворюваності на сальмонельоз за останні десятиліття пов'язують із зростаючою зараженістю домашніх тварин, зокрема птиці, внаслідок широкого застосування тваринних кормів — м'ясної, кров'яної, кісткової і рибної муки, які нерідко заражені сальмонелами, а також з порушеннями правил догляду за тваринами, технології виготовлення м'ясних продуктів тощо.

Найчастішою клінічною формою харчових токсикоінфекцій є шлунково-кишкова, яка перебігає в декількох варіантах (гострий гастрит, гастроентерит, гастроентероколіт, ентерит, ентероколіт, коліт). Суттєвою особливістю шлунково-кишкової форми сальмонельозної токсикоінфекції є тривалість інкубаційного періоду від 7 до 24 год, і тільки у 20 % хворих цей період триває менше як 6 год.

Захворювання починається, як правило, гостро — з ознобу, значного підвищення температури тіла (до 39—40°); швидко розвивається і прогресує загальна слабкість. Більшість хворих скаржаться на головний біль, запаморочення, ломоту, біль у суглобах, у животі. Нудота і блювання відзначаються у 50—60% хворих і, як правило, передують проносу, який супроводжується бурчанням у животі. У водянистих випорожненнях видно слиз і м'ясні волокна. Часті пронос і блювання призводять до значного зневоднення організму хворих. Однак харчова токсикоінфекція і токсикоінтоксикація ніколи не викликають такого сильного болю в животі, який типовий для гострих хірургічних захворювань, що їх найчастіше неправильно розпізнають як харчове отруєння або харчову токсикоінфекцію. Крім того, біль у животі при токсикоінфекції не має певної локалізації і не іррадіює; він дещо посилюється перед дефекацією чи під час її, але не при кашлі чи глибокому вдиху і не при переміні положення тіла, що, як відомо, властиво гострим хірургічним захворюванням, ускладненим перитонітом.

Блювання спостерігається при дуже багатьох формах гострого живота, буває воно і при харчових інтоксикаціях. Однак при гострому животі блювання виникає, як правило, на фоні затримки випорожнень і газів або одночасно з дуже сильним болем у животі (вузлоутворення, перфорація виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, гострий холецистит та ін.) рефлексорно, за відсутності проносу. В таких випадках думати про

харчову інтоксикацію не доводиться, оскільки при ній блювання дуже часто виникає до появи болю в животі.

Інтоксикація, що супроводжується проносом і блюванням, призводить до швидкого погіршення стану хворого. На відміну від хворих з гострим «хірургічним» животом, такі пацієнти хоча і неспокійні, але рухливі, не намагаються зберегти певне положення, а часто змінюють його, і ця рухова активність не супроводжується посиленням болю в животі.

Існує дуже мало форм гострого живота, які починаються з різкого підвищення температури тіла, судом у литках (флегмона шлунка і кишок); натомість для харчових токсикоінфекцій такий початок типовий.

Огляд живота не дає суттєвої інформації для діагностики токсикоінфекції, проте допомагає підмовитися від припущення про деякі форми гострого живота, що перебігають з самого початку з перитонітом, — черевна стінка не втягнута, частіше не здута, симетрична, бере участь у диханні. Живіт м'який, доступний пальпації, дещо болючий навколо пупка чи по ходу товстої кишки. Відсутність симптомів втягування в патологічний процес очеревини, наявність вираженої чи навіть бурхливої перистальтики кишок значно частіше спостерігаються при токсикоінфекції, ніж при гострій хірургічній патології.

Остаточне підтвердження наявності харчової токсикоінфекції можливе тільки за допомогою бактеріологічного дослідження.

Переймоподібний біль у правому підребер'ї, що виникає при захворюваннях жовчовивідних шляхів (жовчнокам'яна хвороба, холецистит, стриктура і здавлювання жовчних проток, стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки, наявність гелмінтів чи чужорідних тіл у жовчних шляхах, дискінезія жовчних шляхів), називається **печінковою колькою**.

Біль виникає внаслідок порушення відтікання жовчі і обумовлений спастичним скороченням гладеньких м'язів жовчного міхура і проток. При цьому різко підвищується тиск у жовчовивідній системі. Найчастіше відтікання жовчі порушується при переміщенні жовчних каменів і заклинюванні їх у лійці або шийці жовчного міхура і протоках. Порушення відтікання жовчі може спостерігатися також при переміщенні жовчного

«піску», слизових мас тощо. Заклинений камінь може або відійти назад у жовчний міхур, або проштовхнутися в загальну жовчну протоку, а потім і в дванадцятипалу кишку (іноді виявляється в калі). При зникненні перешкоди відтіканню жовчі біль відразу припиняється.

Чинниками, що провокують виникнення приступу печінкової кольки, є негативні емоції, порушення в дієті (велика кількість їжі, вживання жирів, пряностей, гострих приправ, алкоголю, охолоджених газових напоїв), фізичне перевантаження, їзда по поганій дорозі, а також робота в нахиленому положенні. Іноді провісниками приступу бувають нудота, відчуття важкості у правому підребер'ї чи в надчеревній ділянці; часто ці провісники вказують на запальний характер захворювання. У жінок печінкова колька нерідко збігається з менструаціями або настає після пологів. Частіше больовий приступ починається раптово у вечірні і нічні години. Біль локалізується у правому підребер'ї (іноді в надчеревній ділянці), нерідко іррадіює в праве плече і лопатку, шию, іноді розповсюджується з правого підребер'я на весь живіт.

Рідше біль іррадіює вліво, в ділянку серця, імітуючи приступ стенокардії. Приступ печінкової кольки може супроводжуватися багаторазовим блюванням, яке не приносить полегшення. Тривалість больового приступу - від декількох хвилин до декількох годин, у деяких хворих до двох діб з хвилеподібним посиленням та послабленням. Частіше хворий збуджений, стогне, блідий, укритий потом. Під час больового приступу живіт його здутий, черевна стінка напружена, хворий береже живіт при диханні. Пальпація правого підребер'я виявляє різку болючість, м'язовий захист

утруднює її. У міру вщухання болю вдається промацати збільшену болючу печінку, а іноді — розтягнутий жовчний міхур. Під час тривалого больового приступу і після нього інколи спостерігаються скороминуче шкірне свербіння, гіперестезія шкіри у правому підребер'ї, френікус-симптом (болючість під час натискання в ділянці ніжок правого грудиноключично-соскового м'яза).

Приступ може супроводжуватися короткочасним підвищенням температури тіла, наявності інфекції в жовчному міхурі і жовчних ходах.

Нейтрофільним лейкоцитозом; іноді з'являються симптоми подразнення очеревини. Тривалі больові приступи в разі закупорювання печінкової або загальної Жовчної протоки каменем закінчуються розвитком механічної жовтяниці, що є важливою диференціально-діагностичною ознакою. Для з'ясування природи болю в міжприступний період обов'язково проводять ультразвукове дослідження, холецистографію, рентгенологічне та ендоскопічне дослідження шлунка і кишківника.

Гострий холецистит займає друге місце у структурі гострих захворювань органів черевної порожнини. Різноманітні причини розвитку гострого холециститу можна розділити на такі групи: висхідна і низхідна інфекція, гіпертензія в жовчовивідних шляхах, жовчнокам'яна хвороба, порушення дієти, захворювання шлунка, що супроводжується ахілією, порушення імунного стану організму, локальна ішемія слизової оболонки жовчного міхура в зв'язку зі спазмом судин міхура і порушенням реологічних властивостей крові. На гострий холецистит частіше хворіють жінки (співвідношення чоловіків і жінок становить 1:3).

Безкамянний гострий холецистит залежно від запальних змін у жовчному міхурі може бути катаральним, флегмонозним, гангренозним і перфоративним.

Найхарактернішим симптомом гострого катарального холециститу є біль у правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече і лопатку. У половини хворих спостерігаються нудота і блювання. Температура тіла нормальна. Живіт м'який, печінка не збільшена, жовчний міхур не пальпується. Відзначаються позитивні симптоми Ортнера—Рашби (поява локального болю в зоні жовчного міхура при постукуванні по краю правої реберної дуги) і Мерфі (хворий не може зробити вдих при натисканні пальцем на ділянку жовчного міхура).

Клінічна картина деструктивного (флегмонозного і гангренозного) холециститу характеризується наявністю постійного болю у правому підребер'ї, блюванням, високою температурою тіла (до 38—40°C), появою жовтяниці. При об'єктивному дослідженні виявляють різку болючість у правому підребер'ї, напруження м'язів, збільшення жовчного міхура, а також печінки (за наявності жовтяниці), позитивні симптоми Ортнера, Мерфі, Щоткіна—Блумберга, френікус-симптом.

Потрібно завжди пам'ятати, що при гангренозному холециститі біль на момент огляду хворого лікарем може зменшитися внаслідок руйнування інтероцепторів, закладених у стінці жовчного міхура, але стан хворого погіршується і наростають прояви важкої інтоксикації.

Гангренозна форма гострого холециститу частіше спостерігається в осіб похилого і старечого віку, причому іноді вона перебігає і без вираженої температурної реакції.

Під час приступу гострого холециститу хворий намагається знаходитися в положенні лежачи на правому боці, але, коли стомлюється, може повернутися на лівий бік чи на спину. Відсутні скутість, боязнь кожного руху, що властиві хворим із перфоративними виразками шлунка і дванадцятипалої кишки, хоча і хворі з гострим холециститом відзначають, що повороти і переміщення у ліжку, глибокий вдих, кашель і натужування посилюють біль у животі. Клінічна картина перфоративного холециститу характеризується появою розлитого болю в животі. Найчастіше перфорація жовчного міхура настає через 48—72 год від початку захворювання, а іноді і в більш пізній термін.

Серед активних форм гострого холециститу відома так звана кардіальна форма, при якій больовий синдром перебігає не у вигляді жовчної кольки, а у вигляді гострого

болю в ділянці серця чи за грудниною, на що ще 1883 р. звернув увагу С. П. Боткін. В основі цього симптому, очевидно, лежить рефлекторний вплив на вінцеві артерії.

У разі ускладнення гострого холециститу холангітом і гепатитом з самою початку виникає висока інтермітуюча гарячка з ознобом, проливним потом і жовтяницею. Інтوكсикація організму проявляється симптомами розладу функцій головного мозку (загальмованість, пригнічений стан чи, навпаки, ейфорія, а іноді і непритомність). Жовтяниця, як правило, інтенсивна. При об'єктивному обстеженні визначають збільшену і болючу печінку, може промацуватися збільшений жовчний міхур, а іноді й інфільтрат. Цінними є дані біохімічних досліджень: збільшення вмісту білірубіну, зниження концентрації протромбіну, загального білка, альбумінів, активності амінотрансфераз. Грізним симптомом є падіння діурезу. Він свідчить про порушення фільтраційної функції нирок і розвиток печінково-ниркової недостатності.

Гострий початок захворювання, нерідко на тлі іншої гострої патології органів черевної порожнини, властивий **абсцесам печінки**, які частіше локалізуються в її правій частці і можуть бути як поодинокими, так і численними. Стан хворого тяжкий: спостерігаються висока гарячка гектичного типу з ознобом; виражена інтоксикація, іноді потьмарення свідомості. Як правило, з самого початку з'являється біль у правому підребер'ї, нерідко сильний, що розповсюджується на праву половину грудної клітки.

Майже завжди визначається гепатомегалія різного ступеня, різка болючість печінки. Жовтяниця спостерігається рідко, частіше при численних або дуже великих абсцесах. Як правило, збільшується селезінка.

Діагностувати абсцес печінки важко. Дуже важливо диференціювати основне захворювання, ускладненням якого став, абсцес. При абсцесі завжди спостерігаються високий нейтрофільний лейкоцитоз, іноді підвищується активність лужної фосфатази. При рентгенологічному дослідженні у випадку, якщо абсцес знаходиться близько до купола діафрагми, виявляють обмеження його рухливості, нерідко — реактивний плевральний випіт. За наявності газоутворюючої мікрофлори з допомогою оглядової рентгенограми печінки можна виявити газ з гори-зонтальним рівнем рідини під ним.

Локалізацію і розміри абсцесу можна підтвердити за допомогою ультразвукового дослідження, радіоізотопного сканування печінки і комп'ютерної томографії. Завершальним етапом діагностики може бути селективна печінкова артеріографія.

При **гострому панкреатиті** поява болю пов'язана з переїданням, вживанням жирної їжі, алкоголю. Гострий панкреатит може також розвинути внаслідок травми підшлункової залози, порушення кровообігу та ін. Клінічна картина гострого панкреатиту залежить від форми захворювання (гострий набряк, панкреатонекроз, гнійний панкреатит). Біль у надчеревній ділянці, що починається, як правило, через деякий час після споживання жирної чи гострої їжі, досить інтенсивний. При тотальному ураженні підшлункової залози він оперізуючий, але може бути і обмеженим — у надчеревній чи поперековій ділянках (у разі ураження тіла залози), праворуч від середньої лінії живота (якщо уражена головка підшлункової залози). Біль відзначається тривалістю, свердлячим, стискувальним характером. Іноді він періодично послаблюється, але повністю не припиняється; в тяжких випадках розповсюджується на весь живіт. До болю приєднується блювання, часто неприборкуване, що не приносить полегшення.

Під час пальпації промацати підшлункову залозу частіше не вдається. Розвивається метеоризм, але при вислуховуванні в перші години визначають нормальну перистальтику кишок. М'язовий захист на початку захворювання не виражений. У подальшому болючість, яку виявляють під час пальпації, розповсюджується на весь живіт; розвивається парез кишок, посилюється здуття живота, але напруження черевної стінки виражене меншою мірою, ніж при перфорації виразки.

Діагностика гострого панкреатиту ґрунтується на даних анамнезу, фізичного та лабораторного дослідження. Уже в перші години захворювання з'являється гіперферментемія, що тримається декілька діб. Частіше визначають підвищену

активність амілази в крові і сечі, однак цей фермент виробляється не лише підшлунковою залозою, а й іншими органами, що утруднює оцінку результатів дослідження.

Біль у животі найчастіший симптом **кишкової непрохідності**, яка характеризується порушенням просування вмісту кишок унаслідок їх обтурації, здавлювання або розладу їхньої функції. Залежно від механізмів розвитку виділяють механічну і динамічну (спастичну і паралітичну) кишкову непрохідність.

Механічна непрохідність може бути странгуляційною (вузлоутворення кишок, заворот кишки, здавлювання кишки і ділянки брижі зовні з місцевим порушенням кровообігу, різні види защемлення) і обтураційною (обтурація кишки чужорідним тілом, харчовими масами, жовчними і каловими каменями, клубком аскарид; звуження кишки пухлиною, спайковим процесом, рубцеве звуження кишки, здавлювання кишки запальним інфільтратом або пухлиною зовні). Кишкова інвагінація одночасно виявляється обтураційною і странгуляційною непрохідністю. Тромбоз і емболія мезентеріальних судин також можуть призвести до кишкової непрохідності.

Клінічні ознаки гострої кишкової механічної непрохідності такі: 1) переймоподібний біль у животі; 2) нудота і блювання; 3) затримка відходження газів і калу.

При странгуляції біль, як правило, виникає гостро, буває надзвичайно інтенсивним, переймоподібним. У разі великого завороту тонкої кишки і при вузлоутворенні може швидко розвинути больовий шок. Для обтураційної непрохідності більш характерне повільне наростання болю, який майже ніколи не буває інтенсивним.

Біль, спричинений кишковою непрохідністю, спочатку локалізується в зоні патологічного вогнища, пізніше він стає розлитим. Припинення болю настає в разі повного некрозу кишки, що проявляється тяжким загальним станом хворого.

Блювання (спочатку їжею, потім жовчю, а на більш пізніх етапах — кишковим вмістом із каловим запахом) — постійний симптом високої кишкової непрохідності. Чим нижче (дистальніше) розташована перешкода, тим менша інтенсивність блювання. При низькій товстокишковій непрохідності блювання може не бути.

Затримка випорожнення і газів один із найважливіших симптомів кишкової непрохідності. Намагання хворих, що нерідко відчують нестерпні тенезми, випорожнити кишки виявляються марними.

При високій непрохідності після очисної клізми з нижчерозташованих відділів кишок може виділитися незначна кількість калу і газів, але при цьому полегшення хворий не відчуває. Він лежить на спині чи правому боці або приймає колінно-ліктьове положення. Чим сильніший больовий приступ, тим вираженіший руховий неспокій. Шкірні покриви бліді, зі збільшенням терміну захворювання зростає ціаноз, риси обличчя загострюються. Температура тіла тривалий час залишається нормальною.

Оглядаючи хворого, потрібно з'ясувати, чи є в нього рубці на передній черевній стінці, оскільки раніше перенесені операції та поранення можуть стати причиною спайкової кишкової непрохідності. Здуття живота буває рівномірним або займає обмежену ділянку. Іноді в період больового приступу контурується роздута кишкова петля з хвилями перистальтики і буркотінням, чутним на відстані. При високій кишковій непрохідності здуття живота спостерігається не завжди.

Заворот кишок як різновид странгуляційної кишкової непрохідності являє собою перекручування будь якого відрізка кишок разом з його брижею навколо осі, направленої від кореня брижі до кишкової трубки, і характеризується особливо тяжким перебігом.

Гострий початок захворювання і типовий для переважної більшості хворих тяжкий стан утруднюють контакт з ними, тому зібрати анамнез важко. Все ж вдається встановити, що біль виник раптово, супроводжувався нудотою і блюванням, носить переймоподібний характер. Майже у половини хворих за 1—2 дні до приступу спостерігаються провісники: загальна слабкість, нездужання, важкість у животі. Інколи

відзначаються зниження апетиту і рідкі випорожнення протягом декількох днів до появи нестерпного болю в животі. У частини хворих в анамнезі є дані про перенесені операції на органах черевної порожнини, існування різних запальних захворювань.

Блювання— один з найпоширеніших симптомів завороту тонкої кишки, при цьому частота блювання, кількість і характер блювотних мас залежать від висоти завороту, а також від ступеня наповнення шлунка і кишок у момент завороту. Типовим для завороту тонкої кишки є значне зменшення діурезу аж до оліго- чи навіть анурії.

Дуже багато інформації дає огляд пацієнта, спостереження за його поведінкою. Яким би тяжким не був стан хворого, він не шукає спокою, а знаходиться в пошуках найзручнішого положення. Як тільки виникає пауза між приступами болю, хворий заспокоюється.

Перистальтику кишок можна спостерігати візуально і вислуховувати після початку завороту тонкої кишки, але чим тяжчий ступінь завороту, тим швидше вона зникає. Метеоризм розвивається поступово, і більший ступінь його вираженості дає більше підстав думати про парез кишок і наступаючу нежиттєздатність тонкої кишки.

У багатьох хворих з заворотом тонкої кишки уже через декілька годин після початку захворювання вдається визначити притуплення перкуторного звуку у пологих місцях живота внаслідок нагромадження в черевній порожнині значної кількості серозного випоту. Чим більша ділянка кишки і брижі втягнута в заворот, тим раніше з'являється випіт і тим більше його в черевній порожнині.

При завороті великого сальника вираженість симптомів гострого живота значною мірою обумовлена кількісно обертів сальника навколо своєї осі та величиною тієї його ділянки, що завернулася.

Гострий апендицит (найчастішим серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Захворювання може розпочатися раптово, але досить часто йому передуює протягом 2—3 год тупий біль у надчеревній ділянці. Тривалість і інтенсивність болю залежать від ступеня вираженості запальних і деструктивних змін; частіше він не буває сильним, продовжується не більше доби, постійний.

У половини хворих до больових відчуттів приєднуються нудота і блювання, виникає затримка випорожнень. Положення в ліжку вимушене, щадне; руховий неспокій відсутній. З'являються симптоми інтоксикації: відсутність апетиту і прискорення пульсу, що не відповідає підвищенню температури тіла. У разі розвитку гангренозного і деструктивного апендициту біль супроводжується ознобом, можлива поява гостро виражених сечових симптомів: протеїнурії, циліндрурії, еритроцитурії. Важливою діагностичною ознакою є локальний симптом Щоткіна—Блумберга, але він може бути відсутнім при ретроцекальному розташуванні червоподібного відростка. Дещо рідше зустрічається симптом Ровзінга. У разі виникнення значних запальних змін може пальпуватися інфільтрат. Лейкоцитоз досягає 10-109/л, при гнійному апендициті — до 20- 109/л; відзначається зрушення лейкоцитарної формули вліво. У момент деструкції біль дещо послаблюється і посилюється в разі розвитку перитоніту.

Гострий апендицит в осіб похилого і старечого віку перебігає з нечіткою картиною. Іноді навіть при деструктивних формах клінічні симптоми виражені мало. Клінічна картина гострого апендициту у вагітних затушовується через збільшення матки. Біль локалізується високо, напружений черевної стінки не завжди чітко виражене.

Картину гострого апендициту часто нагадують клінічні прояви термінального ілеїту (**хвороби Крона**). При цьому з'являються зростаючий біль у правій клубовій ділянці, нудота, блювання, гарячка, нейтрофільний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, але ознаки подразнення очеревини частіше відсутні. У разі локалізації гранулематозного запалення у дванадцятипалій кишці розвивається її стеноз з постійним блюванням, зростаючою

анемією, гіпопротеїнемією, зменшенням маси тіла. З ускладнень хвороби Крона найчастіше спостерігається перфорація виразок кишки, в основному прикрита, яка спричинює формування абсцесів і нориць (міжкишкових, між кишкою і жовчним міхуром, ректовагінальних та ін.).

Перфорація виразок товстої кишки при **неспецифічному виразковому коліті**, особливо у виснажених хворих, не лікованих глюкокортикостероїдами, може перебігати атипово, без різкого болю, напруження м'язів передньої черевної стінки та інших ознак запалення очеревини. З цим пов'язана складність розпізнавання як самої перфорації, так і перитоніту, що розвивається слідом за нею.

Передперфоративним станом у хворих на неспецифічний виразковий коліт, при якому необхідне оперативне втручання, є токсична дилатація товстої кишки, що супроводжується дуже вираженою інтоксикацією, нудотою, блюванням, болем у животі, гарячкою, зростанням лейкоцитозу, здуттям живота.

Прорив черевнотифозних виразок тонкої, рідше товстої кишки спостерігається частіше на 8—15-й день хвороби. Він швидше розпізнається у разі легкого перебігу черевного тифу (різкий біль у животі, погіршення стану хворого), тимчасом як при тяжкому перебігу захворювання симптоми перфорації можуть маскуватися погіршенням загального стану хворого. У таких випадках прорив не супроводжується вираженим больовим синдромом і чіткими ознаками перитоніту.

Інколи **рак товстої кишки** ускладнюється картиною перитоніту на ґрунті перфорації. Якщо розрив кишки над пухлиною при обтурації зустрічається досить часто, то розпад і перфорація пухлини зі швидким розвитком дифузного перитоніту спостерігаються рідко і переважно у хворих віком понад 50 років.

Стан хворих після перфорації ракової пухлини товстої кишки завжди дуже тяжкий, картина перитоніту виражена різко. Однак іноді у пацієнтів похилого віку реакція на запалення очеревини знижена, що зумовлює пізню діагностику перитоніту.

Окрім перфоративного (вторинного) перитоніту інколи зустрічається первинне ураження очеревини внаслідок проникнення мікроорганізмів у черевну порожнину гематогенним або лімфогенним шляхом, а також через жіночі статеві органи (частіше у дівчаток).

Найчастіше розвиток **піддіафрагмального абсцесу** спричинюють гастроудоденальні виразки, гострий апендицит і захворювання жовчних шляхів. Розповсюдження інфекції у піддіафрагмальний простір може відбуватися контактним, лімфогенним і гепатогенним шляхом. Частіше виникають правобічні піддіафрагмальні абсцеси, дещо рідше — лівобічні.

Клінічна картина піддіафрагмального абсцесу складається з трьох симптомокомплексів: 1) симптоми загального гнійного захворювання; 2) клінічні ознаки первинного захворювання, яке стало причиною розвитку гнійника; 3) місцеві симптоми піддіафрагмального абсцесу, які можуть розвиватися як поступово, так і гостро, що залежить від попереднього стану хворого, вірулентності інфекції і застосування антибіотиків.

У разі гострого розвитку клінічної картини піддіафрагмального абсцесу у хворого з'являється пекучий або колючий біль у ділянці десятого- одинадцятого міжребер'їв з іррадіацією в передню черевну стінку, спину і підключичну ділянку. Під час дихання і рухів біль посилюється. У ліжку хворий займає підвищене положення на спині, іноді із зігнутою шиєю і приведеними до живота нижніми кінцівками. Часто з'являється гикавка (подразнення діафрагмального нерва). Іноді хворих турбують відчуття стискання у грудній клітці, нестерпний сухий кашель (приєднання реактивного плевриту). Під час огляду виявляють на боці ураження відставання дихальних рухів грудної клітки і болісність при надавлюванні на нижні ребра; у верхній частині живота — напруження м'язів.

При правобічному надпечінковому піддіафрагмальному абсцесі гнійник відтискає печінку донизу, а випітний реактивний плеврит, що приєднується, проявляється відповідними симптомами (спочатку з'являється шум тертя плеври, пізніше спостерігаються перкуторне притуплення і відсутність голосового дрижання).

Клінічна картина гострого живота властива багатьом **захворюванням вісцеральних судин**, при цьому особливо тяжкими є гострі порушення мезентеріального кровообігу (летальність досягає 85 % і більше). Вони виникають, як правило, у хворих на атеросклероз, інфаркт міокарда і ревматичні вади серця; рідше — у хворих на вузликовий періартеріїт, васкуліт, ендартеріїт, рак. Припинення кровообігу у певній ділянці брижі призводить до некрозу відповідної петлі кишки. Клінічні прояви різних варіантів гострої оклюзії мезентеріальних артерій подібні. Вона розпочинається раптовим гострим приступом болю в животі, який не знімається наркотичними анальгетиками, але дещо послаблюється після приймання нітрогліцерину, що свідчить про судинне походження захворювання. Характерними ознаками є нудота і блювання з домішкою жовчі і крові. Клінічна картина нагадує гостру високу кишкову непрохідність. На початку захворювання можуть бути тенезми, іноді пронос з домішкою крові, здуття живота. Захисного напруження м'язів живота спочатку немає, перистальтика не прослуховується. В подальшому з'являються симптоми перитоніту, відзначається затримка газів і випорожнень. При ректальному дослідженні кров на рукавичці. Температура тіла на початку захворювання знижена, надалі може бути субфебрильною. Пульс частий, малий, артеріальний тиск знижений. Обличчя бліде, шкіра вкрита холодним потом. Дослідження крові виявляє значний лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво.

Тромбоз мезентеріальних вен часто поєднується з тромбозом вен нижніх кінцівок або прямої кишки і розвивається головним чином у хворих на кишкові інфекції, злоякісні новоутворення, цироз печінки, спленомегалію, серцеву декомпенсацію, а також після хірургічних втручань. Він може мати характер висхідного починається в інтестинальних венах і поширюється потім на великі венозні стовбури.

Розвитку хронічної недостатності вісцерального кровообігу сприяє різке ураження непарних вісцеральних гілок черевної аорти як інтра-, так і екстравазального характеру. Інтравазальні зміни вісцеральних артерій у пацієнтів похилого віку насамперед обумовлені атеросклеротичними звуженнями в мезентеріальних артеріях і черевному стовбурі. Причинами інтравазальних звужень можуть бути: неспецифічний аортоартеріїт з локалізацією головним чином у верхній брижовій артерії, вузликовий періартеріїт, фіброзно-м'язова гіперплазія серозної оболонки, коарктація черевної аорти.

Екстравазальні звуження вісцеральних артерій, зокрема черевного стовбура і його гілок, спричинюються серединною дугоподібною зв'язкою та медіальними ніжками діафрагми, нейроангіопарною тканиною черевного сплетення, фіброзною тканиною, що утворилася внаслідок панкреатиту і іарипанкреатиту, пенетруючих виразок шлунка, пухлин підшлункової залози.

Провідним проявом хронічної недостатності вісцерального кровообігу є **черевна жаба** (angina abdominalis) — симптомокомплекс, патогенез якого подібний до патогенезу стенокардії. Больовий синдром виникає внаслідок ішемії органів травлення, накопичення в тканинах недоокислених продуктів, біогенних амінів. Певне значення може мати також спазм мезентеріальних артеріол. Ангінозний біль найчастіше виникає в період функціонального навантаження на органи травлення (після їди), тому деякі хворі обмежують себе в їжі через страх перед болем або викликають штучне блювання, що може призводити до вираженого схуднення. Типова картина черевної жаби нерідко маскується ознаками різних хронічних захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки, підшлункової залози, кишок. Приступи болю в животі, зумовлені черевною жабою, частіше виникають у пацієнтів похилого віку при вираженому атеросклерозі аорти та інших артерій, в тому числі вінцевих. Найчастіше сильний біль з'являється раптово і

може продовжуватися від декількох хвилин до 1—2 год, періодично послаблюючись або посилюючись. Іноді виникнення болю пов'язано з фізичним напруженням. Можливе поєднання грудної і черевної жаби: нерідко слідом за приступом болю в животі розвивається приступ стенокардії, і навпаки. Больовий синдром послаблюється або припиняється після приймання нітрогліцерину і введення спазмолітичних засобів, що може свідчити про роль спазму судин у його виникненні.

У частини хворих на фоні болю в животі і метеоризму виникає інтермітуючий смердючий пронос. Але підчас гострого болю живіт залишається м'яким при пальпації, іноді відзначається болючість. Важливою діагностичною ознакою ураження непарних вісцеральних артерій є систолічний шум над їх проекцією. Найчастіше шум вислуховується по середній лінії на 2—4 см вище від пупка. У деяких хворих спостерігаються стерті форми ішемії без приступів гострого болю. Вони характеризуються неприємними відчуттями в животі, що супроводжуються метеоризмом, розладом функції кишок.

Ураження органів травлення при **вузликовому періартеріїті** спостерігаються, нерідко саме вони визначають подальшу долю хворих. Клінічні прояви абдомінальної патології виникають внаслідок переважного ураження артерій середнього і дрібного калібру, зокрема травного каналу, нерідко у вигляді панартеріїту. При вузликовому періартеріїті в патологічний процес завжди втягується мікроциркуляторне русло. Особливо зловиясно перебігає захворювання при вираженій деструкції клубочків нирок і термінальних мезентеріальних судин, коли виникають вогнища некрозу, виразки, кровотечі, перфорація виразок і перитоніт. Найбільші зміни відбуваються в тонкій кишці, може спостерігатися ураження артерій червоподібного відростка і жовчного міхура з наступною деструкцією. Ішемічні інфаркти іноді виникають у підшлунковій залозі.

Системність ураження, послідовність включення різних судинних ділянок і відповідно органних змін обумовлюють клінічний поліморфізм захворювання. При цьому патологія органів черевної порожнини може виявлятися на початку, в розпалі чи у фіналі захворювання. Вона не має специфічних рис, а вузликовий періартеріїт можна лише запідозрити на підставі різноманітних клінічних проявів. Остаточного підтверджують діагноз за допомогою біопсії.

Частіше хворіють чоловіки середнього віку. Залежно від перебігу спостерігається різний ступінь вираженості загальних симптомів: підвищення температури тіла, слабкість, пітливість, порушення апетиту, схуднення, тахікардія. Часто з самого початку захворювання з'являються напади бронхіальної астми з великою еозинофілією (Є. М. Тарєєв), м'язовий біль, нерідко в поєднанні з артралгією і поліартритом.

Частота абдомінального синдрому при вузликовому артеріїті займає третє місце після ураження нирок і серця, нерідко він переважає у клінічній картині. Гострий біль у животі, залежно від органних змін, буває розлитим або локалізованим і супроводжується напруженням м'язів передньої черевної стінки.

Раптова поява гострого болю в животі з ознаками подразнення очеревини частіше пов'язана з перфорацією виразок, некротичними змінами і крововиливами у травний канал. Сильний біль у животі часто поєднується з нудотою і блюванням. Іноді у блювотних масах буває домішка крові, що може вказувати на ерозивне і виразкове ураження шлунка. Нерідко зустрічаються затяжні, масивні шлунково-кишкові кровотечі, що пов'язані з розривом аневризми артерії. Вони можуть спричинити смерть хворого, а отже, потребують негайного хірургічного втручання. Одним з найтяжчих ускладнень є розлитий перитоніт внаслідок перфорації виразок або гангрени кишки.

Виникнення гострого болю в животі у жінок може бути пов'язане з порушеною трубною вагітністю, розривом яєчника, перекрутом ніжки кісти чи пухлини яєчника, некрозом міоматозного вузла, гострим запальним процесом у придатках матки, розривом матки та ін.

Для **болю гінекологічного походження** типова локалізація в нижніх відділах живота, в ділянці крижової кістки і пахвинних ділянках. Біль частіше іррадіює вниз — у ділянку прямої кишки (при позаматковій вагітності) або в стегно (при запальному процесі). В окремих випадках він поширюється вгору. Біль може з'явитися раптово (позаматкова вагітність, перекрут ніжки кісти яєчника), буває відносно тривалим, з періодами посилення і послаблення (запальний процес у придатках матки).

При гінекологічних захворюваннях слідом за больовим синдромом виникають інші клінічні ознаки, характерні для тієї чи іншої форми патології. Так, у разі розриву маткової труби при позаматковій вагітності після больового приступу розвивається симптоми внутрішньої кровотечі, при перекруті ніжки кісти яєчника або розриві піосальпінкса біль поєднується з ознаками перитоніту, що розпочинається.

При загрозі розриву матки виникає сильний переймоподібний біль у животі, який не зникає в паузах між переймами. Матка напружена і болюча під час пальпації. У випадку розриву матки виникає різкий біль у животі, з'являються ознаки внутрішньої кровотечі, розвивається шок.

Гостре запалення придатків матки головним чином пов'язане з розвитком післяабортної (частіше) або післяпологової (рідше) інфекції, яка потрапляє в придатки матки по трубах. При цьому в нижніх відділах живота, в пахвинних ділянках з'являється різко виражений біль; температура тіла підвищується до 38—39 °С, буває озноб. При поширенні запального процесу на очеревину хворі скаржаться на нудоту, блювання. Пульс почашений відповідно до ступеня підвищення температури тіла.

При пальпації живота відзначають деяке напруження м'язів передньої черевної стінки та нижніх відділах і болючість під час поверхневої і глибокої пальпації. Особливо різку болючість викликає пальпація придатків.

Апоплексія яєчника виникає під час овуляції, частіше на 11—22-й день менструального циклу, і клінічно проявляється гострим болем у низу живота, який іррадіює у крижі, промежину, пряму кишку. Придатки матки дещо збільшені з одного боку, болючі. Внаслідок подразнення очеревини кров'ю, що вилилася, виникає нудота і нерідко блювання. В подальшому до болю приєднуються симптоми внутрішньої кровотечі.

Абдомінальний синдром може супроводжувати багато **захворювань нирок**, що обумовлено подразненням задньої парієтальної очеревини, прилеглої до неї жирової капсули нирки, зв'язками між нервовими сплетеннями органів та ін.

При диференціальній діагностиці сечокам'яної хвороби звертають увагу на раптовий, гострий початок болю який часто провокується фізичним напруженням; переймоподібний його характер, локалізацію в бічних відділах тулуба, попереку і животі. Крім того, враховують мінливість болю і його локалізацію, характерну для просування каменя; іррадіацію в пахвинну ділянку, стегна, статеві органи; неспокійну поведінку хворого (постійна зміна положення тіла, стогін, крики). В подальшому приєднуються диспепсичні і дизурічні явища, головний біль, озноб, підвищується температура тіла. Під час пальпації визначають болючість у ділянці відповідної нирки і сечоводу, позитивний симптом Пастернацького. При лабораторному дослідженні крові і сечі виявляють лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, лейкоцитурію, гематурію.

Діагностичну цінність мають оглядова і екскреторна урографія, ультразвукове дослідження нирок.

Основними диференціально-діагностичними критеріями при гострому пієлонефриті є такі: локалізація болю не тільки в животі, а й попереку, іррадіація його по ходу сечоводу або в стегно, повторний озноб; при бімануальній пальпації — напруження м'язів не тільки живота, а й поперекової ділянки, різка болючість при легкому постукуванні по ділянці попереку, нижче від XII ребра; лейкоцитоз, зрушення лейкоцитарної форму ли вліво, лейкоцитурія, бактеріурія.

Больовий абдомінальний синдром можливий і при гострому паранефриті, зокрема при його передньому і нижньому варіантах. На початку хвороби спостерігаються гарячка, озноб, біль у поперековій ділянці і животі, іноді напруження м'язів черевної стінки. У більш пізній період можна виявити інфільтрат у попереку і відповідному підребер'ї, набряк шкіри і підшкірної основи, приведення до живота стегна (псоас-симптом), при відведенні якого біль посилюється. Симптом Щоткіна-Блюмберга, як правило, негативний, але спостерігається скорочення м'язів попереку навіть під час легкої пальпації нирок. При дослідженні крові виявляють високий нейтрофільний лейкоцитоз, токсичну зернистість нейтрофільних гранулоцитів, збільшення ШОЕ; при пункції паранефральної клітковини — гній. Певну діагностичну цінність мають оглядова рентгенографія (обмеження рухливості діафрагми) та екскреторна урографія (обмеження або відсутність рухливості нирки на боці ураження).

Абдомінальний синдром можливий і при інфаркті нирки, що розвивається внаслідок порушення артеріального або венозного кровообігу. Найчастіше інфаркт нирки ускладнює хронічні серцево-судинні захворювання—ревматизм, вади серця, інфекційний

ендокардит

, гіпертонічну хворобу, атеросклероз, інфаркт міокарда.

Гострому тромбозу ниркових вен притаманне поєднання гострого болю в животі з гематурією і олігурією, а іноді й з анурією. Як правило, гострий тромбоз ниркових вен виникає на фоні попереднього захворювання (нефротичний синдром, висхідний тромбоз нижньої порожнистої або яєчникової вени, здавлювання пухлиною).

Клінічні симптоми при тромбозі ниркової артерії обумовлені швидкою оклюзією судин нирки, ішемією, можливо, розвитком інфаркту — раптова гіпертензія, гострий біль у животі і в поперековій ділянці (однобічний), олігурія, гематурія, лейкоцитоз. Діагноз ґрунтується на виявленні з допомогою інструментальних методів (ультразвукове дослідження, ангіографія, реносцинтиграфія) асиметрії ураження нирок.

Перитонеальні явища, лейкоцитоз, іноді лейкоцитурія, що з'явилися на тлі тяжкого перебігу нефротичного синдрому, супроводжуваного периферичними і порожнинними набряками, можуть бути проявом нефротичного кризу. Характерною для нього є поява бешихоподібної мігруючої еритеми на шкірі грудної клітки, живота, стегон.

Симптоми гострого живота спостерігаються в разі виникнення інфаркту селезінки при затяжному септичному ендокардиті, ревматичному ураженні, ішемічній хворобі та інших **захворювання серця, які супроводжуються миготливою аритмією**, особливо пароксизмальною формою. При цьому в абсолютній більшості випадків емболи виходять з лівої половини серця.

Рідко тромбоемболія селезінкової артерії розвивається при атеросклерозі і аневризмі аорти. Для неї характерні раптовий, іноді колючий, в інших випадках тупий біль у лівому підребер'ї, відчуття напруження в ділянці селезінки, болючість при диханні, обмеження дихальних екскурсій діафрагми. Важливими діагностичними ознаками є локальна болючість під час натискання на ділянку селезінки і шум тертя капсули селезінки об парієтальну очеревину, який з'являється через 1—2 дні. Інколи визначають помірне напруження м'язів передньої черевної стінки у лівому підребер'ї. У важких випадках може розвинути колапс. Специфічних змін лабораторних показників немає.

Розрив селезінки, що викликає картину гострої черевної катастрофи, може настати не лише внаслідок тупої травми живота і лівого підребер'я, а й як ускладнення захворювань, що супроводжуються патологічними змінами тканини селезінки. До них належать паразитарні, інфекційні, мієлопроліферативні захворювання, гемолітичні анемії, застійне набухання при порушенні відтоку венозної крові (портальна гіпертензія, хвороби накопичення та ін.

Розрив селезінки супроводжується раптовим гострим болем у лівому підребер'ї, симптомами перитоніту і ознаками масивної внутрішньої кровотечі. Іноді біль поширюється по всьому животу. Кров, що вилилася, подразнює діафрагму, і біль віддає в ліву лопатку, ключицю, надпліччя (френікус-симптом). Щоб зменшити біль, хворі часто вимушені сідати. При цьому кров, що накопичилась під діафрагмою, стікає вниз і біль зменшується. Однак при втраті крові хворий відчуває запаморочення, слабкість і вимушений знову лягти. Кров, що надходить із селезінки і затікає назад під діафрагму, повторно починає подразнювати діафрагмальний нерв, викликаючи біль, і хворий ще раз сідає. Подібна поведінка хворого одержала назву симптому «ваньки-встаньки» (А. А. Крилов і співавт., 1988).

Поряд з болем майже завжди більш-менш чітко визначається напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо в лівому підребер'ї. Перкуторно при положенні хворого на спині в ділянці селезінки іноді визначають широку зону тупості. Ознакою кровотечі в черевну порожнину є зменшення цієї зони при повороті хворого на правий бік.

Клінічна діагностика закритої травми селезінки іноді досить складна. Ще важче діагностувати спонтанний розрив селезінки. Частіше джерело кровотечі в черевну порожнину встановлюють тільки під час операції. Певне діагностичне завдання має пункція черевної порожнини.

Біль оперізуючого характеру з дуже частою локалізацією в ділянці передньої черевної стінки може бути пов'язаний з **корінцевим синдромом** при спондилозі. Його можуть спричинити і травми хребців або їхні захворювання (туберкульоз, первинна або метастатична пухлина, локальне руйнування тканини при аневризмі аорти). Менінгомієліт, арахноїдит, екстремедулярна пухлина, туберкульозний спінальний пахіменінгіт, епідуральний абсцес також можуть стати причиною болю в животі, особливо в черевній стінці. Біль відчувається постійно, але інтенсивність його змінюється: наростає під впливом фізичних чинників (ходьба, носіння вантажів, нагинання, робота в нахиленому положенні) і зменшується після нічного відпочинку. Крім сегментарного характеру цього болю його відрізняє від болю, зумовленого ураженням внутрішніх органів, ще й те, що він неглибокий, а поверхневий і найчастіше комбінується з гіперестезією або розладами чутливості. Захворювання розпізнається під час рентгенологічного дослідження хребта: в ділянці Th viii-xii спостерігається сплюснення хребців, наявність остеофітів і вибухання міжхребцевих дисків.

Солярний синдром характеризується постійним, нечітко локалізованим болем у надчеревній ділянці, що триває протягом дня і не залежить від зміни положення тіла і дотримування дієти, поширюється латерально вздовж обох реберних дуг і супроводжується відчуттям стискування грудної клітки, нестачі повітря, почуттям страху. Нерідко хворий відчуває пульсацію аорти.

Під час пальпації двома руками перпендикулярно до черевної стінки і ходу аорти виявляють дифузну болючість між мечоподібним відростком і пупком. При цьому визначають місця максимального відчуття болю. Солярний синдром часто спостерігається при неврозі, але буває і соматогенним, пов'язаним з подразненням черевного сплетення місцевим пухлинним або запальним процесом, що диктує необхідність додаткового обстеження травного каналу.

Шкірні висипання у хворих на **оперізуючий герпес** також можуть супроводжуватись інтенсивним болем у животі відповідно до уражених сегментів, а іноді — і обмеженими паралічами м'язів. У разі розвитку парезу м'язів черевної стінки в них виникають випинання, які помилково можна прийняти за пухлими. Через декілька тижнів шкірні висипання зникають і біль минає. Діагностика цього захворювання може викликати труднощі лише до появи висипань.

«Шлункова криза», спричинена сухоткою спинного мозку, часто імітує біль при виразковій хворобі шлунка, жовчно- і сечокам'яній хворобі і навіть кишковій непрохідності. Він виникає раптово, періодично, найчастіше локалізується в ділянці

живота, триває декілька днів. Біль дуже сильний, має переймоподібний характер і, як правило, припиняється так само раптово, як і розпочався. Він може супроводжуватися нудотою, блюванням, дуже поганим загальним станом хворого, тахікардією, іноді гіпертензією. Проте, незважаючи на сильний біль, напруження черевної стінки ніколи не буває таким інтенсивним, як при гострому животі. Під час ретельного обстеження хворого виявляють ригідність зіниць. Крім того, наявність сухотки спинного мозку можна запідозрити в разі відсутності колінного рефлексу або його асиметричності.

До неврогенних черевних синдромів відноситься «черевна епілепсія»: періодичний переймоподібний біль у животі, виникнення якого може супроводжуватися потьмаренням свідомості. Після припинення болю настає сонливість, яка переходить у типовий епілептичний сон. Поставити точний діагноз допомагає енцефалографія.

Приступоподібний біль у животі, який супроводжується блюванням і поліурією, може спостерігатися і при мігрені. Діагноз ґрунтується на наявності приступів головного болю, який починається у висковій ділянці і поступово розповсюджується на всю половину голови. Приступ триває декілька годин і минає поступово. Відзначається також позитивний ефект при профілактичному призначенні антисеротонінових препаратів (дезергіну, сандомітрану).

Серед захворювань легень найчастіше симулюють гостру хірургічну патологію живота **пневмонія і плеврит**. Особливо значні діагностичні труднощі виникають у тих випадках, коли відсутні характерні дані фізичного і рентгенологічного досліджень. Поява несправжньої симптоматики гострого живота при цьому обумовлена спільністю іннервації органів грудної клітки, черевної порожнини, а також парієтальної очеревини. При запальних процесах у грудній клітці можливе подразнення нервів очеревини верхніх відділів живота, які там проходять, що зумовлює не лише больові відчуття в іннервованій ними ділянці, а й напруження м'язів передньої черевної стінки. Розвиток м'язового захисту може бути обумовлений подразненням нервів, розташованих в шести нижніх грудних сегментах спинного мозку, анастомозами між міжреберними нервами. Іноді виникає гіперестезія у верхніх відділах живота і міжреберних проміжках, відзначається болючість під час пальпації міжреберних проміжків, особливо по аксиллярній лінії (симптом Куленкамппфа). Характерно, що черевні рефлекси при цьому нормальні або посилені, тимчасом як при справжньому гострому животі вони нерідко зникають. Напруження м'язів черевної стінки непостійне, зокрема, воно послаблюється при обережній пальпації. Біль ніколи не буває дифузним, а локалізується в тій чи іншій половині живота і, як правило, пов'язаний з диханням і кашлем. Крупозна пневмонія нерідко на початку імітує картину гострого апендициту. Запальні процеси в легенях можуть також симулювати клінічну картину гострого холециститу, гострої кишкової непрохідності або перфоративної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. Симптоми гострого живота можуть виникнути при вогнищевій пневмонії зі втягуванням у патологічний процес плеври, після радикальних операцій на легенях, а також внаслідок міжреберної невралгії. Запальний процес спостерігається, як правило, в нижній частці легені, частіше справа, в основному в осіб молодого віку; перебігає з гострим болем у черевній порожнині, блюванням, метеоризмом, напруженням м'язів черевної стінки, болючістю в різних ділянках живота.

Діагностичні помилки при торакоабдомінальному синдромі спричиняються неуважним оглядом хворих і неповноцінним фізичним обстеженням серця і легень. Висока температура тіла, часте поверхнєве дихання, рум'янець на обличчі, ціаноз губ, участь у диханні крил носа, відставання і болючість при диханні ураженої частини грудної клітки і кашель дають підстави запідозрити пневмонію. Що стосується лабораторних досліджень крові і сечі, то результати їх (лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, протеїнурія) не допомагають у диференціальній діагностиці пневмонії і гострого живота.

Діагностичні труднощі іноді виникають при плевриті, особливо діафрагмальному. При ньому абдомінальні явища бувають часом настільки вираженими, що хворих оперують з приводу гострого живота. Проте біль у животі при плевриті майже ніколи не буває ізольованим. Як правило, його супроводжує біль у грудній клітці, що іррадіює в шию,

потилицю, надключичну ділянку і посилюється при глибокому вдиху, кашлі, рухах. Як і при пневмонії, при плевриті тривалою і обережною пальпацією все ж вдається добитися розслаблення м'язів черевного преса, на відміну від зростаючого напруження при гострому абдомінальному захворюванні.

Потрібно пам'ятати також про ознаку Шмідта: після декількох глибоких і частих вдихів при плевриті іноді з'являється посіпування у верхньому відділі прямого м'яза живота. Виявляється також болючість під час глибокої пальпації внутрішньої поверхні реберної дуги (симптом Штернберга). В разі подразнення діафрагмального нерва можлива поява позитивного симптому Георгієвського—Мюссі (болючість при натискуванні пальцем над ключицею між передніми ніжками правого грудиноключично-соскового м'яза). Звертає на себе увагу невідповідність між перитонеальними явищами і досить активною поведінкою хворого. Рентгенологічне дослідження свідчить про порушення рухливості діафрагми або наявність рідини у плевральній порожнині.

Іноді при **тромбоемболії легеневої артерії** поряд з типовими для цього захворювання болем у грудях, задишкою, ціанозом, кровохарканням з'являється і біль у животі, що має віддзеркалений спастичний і дисмікроциркуляторний характер. При цьому абдомінальний больовий синдром залежить від набухання печінки і розтягування її капсули внаслідок декомпенсації гострого легеневого серця. У діагностиці допомагає анамнез (тромбофлебіт нижніх кінцівок, нещодавно перенесені операції на органах малого таза і черевної порожнини, серцева недостатність, особливо при миготінні передсердь). На ЕКГ виявляють ознаки гострого перенавантаження правого шлуночка серця. Досить характерною

є рентгенологічна картина: корені легень часто розширені, периферичний легеневий малюнок бідний, нерідко спостерігається високе стояння купола діафрагми. Пізніше з'являються ознаки інфаркту легень

Гостра правошлуночкова недостатність, яка розвивається у хворих на мітральний стеноз, що ускладнився тахісистоличною формою миготливої аритмії чи пароксизмальною тахікардією, також супроводжується вираженим болем у правому підребер'ї. Причина цього болю, очевидно,

полягає в розтягуванні фіброзної оболонки печінки (Гліссонової капсули) внаслідок швидкого збільшення печінки. При цьому обидві частки печінки виявляються однаково збільшеними і болючими, тоді як у хворих на гострий холецистит болючою є головним чином ділянка жовчного міхура. Температура тіла і число лейкоцитів у крові при гострій правошлуночкової недостатності, якщо вона перебігає без супутніх захворювань, залишаються нормальними, а при холециститі вони підвищуються водночас із болем у правому підребер'ї. У хворих з гострою правошлуночковою недостатністю спостерігається виражена задишка, яка переходить в ортопноє, і помірна або значна кількість дрібнопухирчастих вологих хрипів, що виникли внаслідок застою крові в легенях. На ЕКГ — ознаки миготливої аритмії чи пароксизмальної тахікардії, гіпертрофії правих відділів серця. Ознаки подразнення очеревини у цих хворих виражені нерізно і за час спостереження не посилюються. Швидка дигіталізація приводить до помірного зменшення тахікардії, задишки і болю у правому підребер'ї.

У 2,7—4,9 % хворих на **інфаркт міокарда** спостерігається гастралгічна форма його з іррадіацією болю в надчеревну ділянку. Важливе діагностичне значення має поєднання болю в животі з болем у ділянці серця. При гастралгічній формі інфаркту міокарда, який іноді розвивається після порушення дієти або водночас із загостренням захворювання шлунка, хворих можуть направляти у стаціонар з помилковим діагнозом шлунково-кишкового захворювання. У деяких випадках загострення захворювань органів травлення стає провокуючим фактором розвитку гострої вінцевої недостатності. Біль у верхніх відділах живота може спостерігатися при інфаркті міокарда, який ускладнюється миготливою аритмією, перикардитом. Абдомінальна форма інфаркту міокарда супроводжується різким болем у животі і напруженням його передньої стінки. При цьому біль у надчеревній ділянці посилюється хвилюподібно, триває декілька годин і минає. Крім болю в животі відзначають біль у грудях, шиї, лівій руці,

знесилення, пітливість, характерні зміни ЕКГ, підвищення рівня креатинфосфокінази і трансаміназ у крові,

Ерозії, виразки у травному каналі розвиваються частіше в перші дні інфаркту міокарда у зв'язку з гіпоксією стінки шлунка і кишок, обумовленою загальними розладами гемодинаміки, підвищенням тону судин внутрішніх органів, а також ішемічною їх аноксією в початковий період хвороби, яка надалі змінюється застійною аноксією.

Біль при таких ускладненнях інфаркту міокарда сталий; супроводжується нудотою, блюванням, кровотечами з шлунка і кишок, іноді перфорацією виразок.

Диференціальна діагностика гастралгічної форми інфаркту міокарда і захворювань органів черевної порожнини ґрунтується насамперед на ретельному обстеженні хворих, вивченні особливостей больового синдрому. У хворих на інфаркт міокарда поряд з болем у животі в більшості випадків спостерігаються різного ступеня вираженості больові відчуття в ділянці серця, а також гіперестезія шкіри в передсердній, лівій підключичній ділянках, на внутрішній поверхні лівого плеча. Має значення наявність «серцевого анамнезу», зокрема вказівки на хронічну вінцеву недостатність.

Можливе поєднання патології органів черевної порожнини і хронічної чи гострої вінцевої недостатності. Зокрема, калькульозний холецистит і вінцевий атеросклероз нерідко розвиваються паралельно, тому для уточнення діагнозу вирішальне значення має ЕКГ-дослідження, іноді визначення в динаміці рівнів ферментативної активності (КФК, ЛДГ, АЛТ, АсАТ). Складність полягає в тому, що жовчний міхур і серце є досить інтимно взаємозв'язаними органами, між якими легко здійснюється вісцеро- вісцеральні рефлекси. При цьому можливі такі клінічні поєднання: а) абдомінальний тип інфаркту міокарда у формі печінкової кольки; б) рефлекторна стенокардія або інфаркт міокарда, які виникли внаслідок патології жовчного міхура і жовчних шляхів; в) одночасний розвиток інфаркту міокарда і гострого холециститу (гострого панкреатиту, перфоративної виразки та ін.).

Нерідко після видалення патологічно зміненого жовчного міхура приступи стенокардії зникають і показники ЕКГ можуть наближатися до норми. При підозрі на інфаркт міокарда, як і при захворюваннях легень, з диференціально діагностичною метою застосовують шийну вагосимпатичну блокаду. При цьому в разі наявності інфаркту міокарда напруження черевних м'язів зникає. За гастралгічним типом частіше перебігає гостра вінцева недостатність з вогнищами ураження на задній стінці лівого шлуночка.

Як при **сухому, так і при ексудативному перикардиті** спостерігається не лише торакальний, а й абдомінальний біль. Основними клінічними симптомами сухого перикардиту є біль, шум тертя перикарда, характерні зміни ЕКГ на початку захворювання: конкордантний підйом сегмента ST, потім визначення двофазного або негативного зубця Т у багатьох відведеннях. У разі накопичення ексудату в порожнині перикарда відзначається значне розширення-ділянки серцевої тупості у всіх напрямках, поява притуплення зліва нижче від лопатки, ослаблення верхівкового поштовху і його зміщення всередину від лівої межі серця, а також послаблення тонів серця. У багатьох випадках уточнити діагноз допомагає рентгенологічне дослідження. Поява абдомінального болю при перикардиті залежить від топографічної близькості серцевої сорочки, діафрагмального нерва і діафрагми. Крім того, запальний процес, що зачіпає заднє середостіння, може зумовити іррадіацію болю в черевну порожнину через нижні міжреберні нерви. Перикардит, як і плеврит, буває не тільки первинним, а й вторинним — за рахунок залучення в процес серцевої сорочки і плевральних листків при захворюваннях органів черевної порожнини. Для розшаровуючої аневризми черевної аорти характерна пульсуюча пухлина черевної порожнини, яка збільшується в об'ємі.

Спонтанний розрив аорти супроводжується різким болем за грудниною, однак при цьому можливі також біль у верхній частині живота і напруження м'язів черевної стінки,

що може стати причиною помилкового діагнозу і навіть оперативного втручання з приводу запідозреного захворювання органів черевної порожнини.

При спонтанному **розриві аорти** з допомогою пальпації живота виявляють пульсуючу пухлину; крім того, характерне зникнення пульсу на нижніх кінцівках.

Біль у надчеревній ділянці, що супроводжується частим пульсом, блідістю шкіри, підвищеним потовиділенням, нудотою, іноді запамороченням або короткочасними епізодами ортостатичного колапсу, може бути ознакою початку утворення позаочеревинної гематоми внаслідок розвитку аневризми черевної аорти. Важливо запідозрити цю грізну хворобу саме в початковий період, коли хірургічне втручання може бути ефективним.

Біль у животі виникає при деяких **ендокринних захворюваннях**. Насамперед це стосується тяжких декомпенсованих форм цукрового діабету з кетонемією, особливо у молодих людей, а також в осіб середнього віку, хворих на цукровий діабет I типу. В таких випадках симптоми «черевної катастрофи» наростають поступово. Виникають нудота, метеоризм, біль у животі. Захворювання супроводжується слабкістю, головним болем, сонливістю; частота пульсу збільшується до 115—120 за 1 хв. Поступово поглиблюється дихання, стають сухими шкіра і слизові оболонки, посилюються спрага і поліурія, знижуються артеріальний тиск і тонус очних яблук. У подальшому виникає виснажливе блювання, з'являється запах ацетону з рота. Здуття живота і біль у ньому без чіткої локалізації/напруження черевних м'язів, найбільш виражені на висоті вдиху, є показанням до консультації хірурга. Проте для несправжнього гострого живота при цукровому діабеті характерні надзвичайна збудженість хворого, виражена синюшність і участь у диханні грудних, шийних і черевних м'язів. Під час вдиху м'язи живота розслаблюються і хворий майже не реагує на пальпацію. Тривале натискання рукою на живіт дозволяє подолати несправжнє напруження м'язів черевної стінки і промацати органи. Необхідно враховувати і те, що перитонізм частіше з'являється в разі повторного розвитку діабетичної прекоми або коми. У цій складній ситуації однією з найважливіших диференціально діагностичних ознак є виявлення так званого гематоренального синдрому: на фоні прекоми чи коми у хворих з гіперлейкоцитозом і незначним зрушенням лейкоцитарної формули вліво в сечі з'являється велика кількість формених елементів крові, білка і зернистих циліндрів, що, очевидно, обумовлено токсичним ураженням нирок і кровотворного апарату у зв'язку з кетоацидозом і гіперкаліємією. Характерною ознакою гематоренального синдрому є зникнення при інтенсивній інсулінотерапії патологічних змін у сечі і крові поряд з компенсацією цукрового діабету. Вважають, що причиною «гострого діабетичного живота» є діабетичний кетоацидоз. Кетонів тіла токсично впливають на нервову систему, спричиняючи, зокрема, атонію шлунка і кишок. Крім того, розвивається дегідратація очеревини, а іноді спостерігаються дрібнокрапчасті крововиливи в очеревину і тканину підшлункової залози.

Бурхливі прояви ураження травного каналу (приступи болю, блювання, пронос) можуть з'являтися при кризі у хворих на тиреотоксикоз, що іноді призводить до неправильного діагнозу і помилкового оперативного втручання. У таких випадках розвиваються виражена дисфункція

вегетативної нервової системи, спазми воротаря і посилена перистальтика кишок. У хворих на мікседему, навпаки, може спостерігатися парез кишок, внаслідок чого у них помилково діагностують кишкову непрохідність. Однак ретельно зібраний анамнез і обстеження пацієнта допомагають з'ясувати справжню причину хворобливого стану.

Приступи тонічних судом, що властиві гіпопаратиреозу і, як правило, охоплюють симетричні групи м'язів верхніх і нижніх кінцівок, обличчя і тулуба, в окремих випадках залучають діафрагму і супроводжуються моторними порушеннями з боку травного каналу. При таких вісцеральних формах гіпопаратиреозу виникають переймоподібний

біль у животі, пронос, блювання, гіперхлоргідрія. При гіперпаратиреозі (хворобі Реклінгхаузена) часто утворюються камені в ниркових мисках і протоках під шлункової залози, що спричинює больові приступи. Високий рівень кальцію в крові, який спостерігається при цьому захворюванні, веде до анорексії і сприяє пригніченню рухової функції шлунка і кишок. Гіперкальціємічний криз, що обумовлений різким підвищенням вмісту кальцію в крові (нормальний рівень становить 2,1—2,6 ммоль/л), крім гіперпаратиреозу характерний також для мієломної хвороби і метастазів злоякісних пухлин у кістках. Провідні ознаки гіперкальціємічного кризу визначаються порушенням функції тих органів, у яких процеси кальцинозу виражені найбільшою мірою. Так, наприклад гостра серцева чи гостра ниркова недостатність розвивається внаслідок масивного насичення кальцієм міокарда і нирок. Гіперкальціємічному кризу притаманні швидкий розвиток болю в надчеревній ділянці, блювання, спрага, олігурія, висока температура тіла. Розвиваються психоневрологічні порушення у вигляді потьмарення свідомості, що можуть переходити в ступор або психомоторне збудження. У разі подальшого підвищення рівня кальцію в крові розвивається загрозливий стан, при якому настає глибоке пригнічення функції центральної нервової системи, а також дихального і судинорухового центрів.

Абдомінальний синдром досить типовий для гострої надниркової недостатності (хвороби Аддісона), в основі якої лежать деструктивні і атрофічні процеси в надниркових. Він характеризується різким болем у животі, що супроводжується нудотою і блюванням, частими випорожненнями, різкою м'язовою слабкістю, похолодінням кінцівок, падінням артеріального тиску, порушеннями психіки (марення, деліріозний стан). Блювання і пронос спричинюють втрату рідини і електролітів. Підвищуються рівні залишкового азоту та сечовини і знижується вміст глюкози в крові.

Феохромоцитома також іноді супроводжується порушенням з боку травного каналу. Для цього захворювання характерні періодичні підйоми артеріального тиску, які супроводжуються блідістю шкіри, тремтінням, головним болем, підвищенням температури тіла, гіперлейкоцитозом. Під час катехоламінових кризів можуть виникати нудота, блювання, пронос, біль у животі. Останній буває настільки вираженим, що хворих іноді помилково оперують з приводу гострого живота. Вирішальне діагностичне значення мають цілісний аналіз клінічної картини, визначення вмісту катехоламінів (адреналіну, норадреналіну) в крові і сечі, фармакологічні проби з реджитином, тропafenом, фентоламіном, рентгенологічне і ультразвукове дослідження надниркових. Характерна ознака феохромоцитом — підйом артеріального тиску після пальпації пухлини.

Виділення у хворих з абдомінальним синдромом сечі рожевого або темно червоного кольору, особливо в разі виключення гематурії, дає підставу запідозрити порфіринову хворобу, яка розвивається через підвищене утворення і накопичення порфіринів внаслідок набутого чи спадкового порушення ферментативних процесів гемоглобіноутворення. Гострий абдомінальний синдром більшою мірою характерний для переміжної порфірії, яка зустрічається переважно в різних поколіннях однієї сім'ї, частіше у жінок. Біль у животі має спастичний характер, супроводжується блюванням і закрепом.

Клінічна картина порфіринової хвороби, окрім абдомінального синдрому, характеризується пігментацією на відкритих ділянках шкіри від сіро-землистого до бронзового кольору, загальною слабкістю, поліневритом, вегетативно-трофічними розладами, нервово-психічними порушеннями, тоді збільшенням розмірів печінки, паявністю «павучків» пальмарної еритеми, гіпербілірубінемії. В сечі виявляють велику кількість порфіринів, що остаточно підтверджує діагноз.

Приступи кишкової кольки може викликати **хронічне свинцеве отруєння**. При цьому черевна стінка напружена, але частіше безболісна. Приступи можуть супроводжуватися блюванням, сильним закрепом. Характерна брадикардія. Анамнез, а також такі симптоми свинцевого отруєння, як поява свинцевої окрайки на зубах,

базофільна крапчастість, порфіринурія, анемія, визначення свинцю в біологічних рідинах допомагають поставити правильний діагноз.

Гострий біль у животі іноді буває першою клінічною ознакою **геморагічного васкуліту**, який спостерігається головним чином в осіб чоловічої статі, частіше в дитячому і юнацькому віці. У більшості випадків цієї хвороби одночасно з'являються геморагічні висипання на шкірі і геморагії на слизових оболонках тонкої кишки.

Абдомінальна пурпура супроводжується також меленою і переймоподібним болем у животі. Біль частіше локалізується навколо пупка, але нерідко спостерігається у правій клубовій ділянці, правому підребер'ї, надчерев'ї, симулюючи гостру хірургічну патологію. Поряд з болем у животі у хворих відзначають блідість, запалі очі, загострені риси обличчя, сухий язик. Вони частіше лежать на боці, скорчившись і притиснувши нижні кінцівки до живота, часто змінюючи позу. Як правило, біль посилюється під час пальпації. Різного ступеня кишкова непрохідність розвивається майже в кожному випадку геморагічного васкуліту. Диференціальний діагноз повинен ґрунтуватися на результатах динамічного спостереження за порядком появи і ступенем вираження інших ознак захворювання. Ознаки подразнення очеревини не рідко відсутні або виражені досить помірно. Пурпура локалізується частіше на розгинальному боці нижніх кінцівок і нерідко супроводжується артралгією і періартикулярним набряком. При цьому суглоби нижніх кінцівок уражаються значно рідше, ніж верхніх. Помірна гарячка, лейкоцитоз і підвищення ШОЕ доповнюють цю картину. Причиною **ревматичного абдомінального синдрому**, який частіше спостерігається в дитячому і юнацькому віці, може бути як ревматичне ураження очеревини, так і ревматичний перигепатит, переспленіт, ендоваскуліт, емболія мезентеріальних судин, а також побічна дія протиревматичних лікарських засобів (саліцилати, кортикостероїди).

Прояви абдомінального синдрому у хворих на **лейкоз** іноді бувають настільки інтенсивними, що утруднюють діагностику основного захворювання. Причини болю при цьому різноманітні: розтягнення капсули печінки і селезінки, інфаркт селезінки і крововиливи в неї, перигепатит і периспленіт, крововиливи в Очеревину, лейкемічна інфільтрація слизового і підслизового шару шлунка і кишок, залучення у процес підшлункової залози тощо.

Діагноз у більшості випадків ставлять на підставі характерної картини крові і кісткового мозку.

У ряді випадків необхідно також виключити гемолітичний криз як прояв внутрішньосудинного гемолізу, при якому з'являється біль у животі внаслідок значного збільшення печінки, селезінки і утворення пігментних каменів у жовчовивідних шляхах, різких порушень мікроциркуляції. Характерними є також швидкий розвиток загальної слабкості, різке підвищення температури тіла, задишка, сильний головний біль, нудота, блювання (блювотні маси містять велику кількість жовчі), інколи буває пронос (кал рідкий, темного кольору). Стан хворих тяжкий, іноді коматозний. Колір шкіри оливково-жовтий, видимі слизові оболонки бліді. З'ясувати ситуацію допомагають основні ознаки підвищення гемолізу: поєднання анемії з жовтяницею, спленомегалія, збільшення концентрації некон'югованого білірубіну в крові, відсутність білірубіну в сечі, високий ретикулоцитоз, зниження осмотичної стійкості еритроцитів, підвищене виведення стеркобіліну з калом і уробіліну з сечею.

Гострий біль у животі — найбільш ранній і майже постійний симптом абдомінального варіанту **періодичної хвороби**, в основі якої лежить доброякісний рецидивуючий перитоніт. Хвороба часто має сімейний характер і в більшості випадків починається в дитинстві в осіб чоловічої статі єврейського, арабського і вірменського походження. Крім болю в животі періодична хвороба може проявлятися також гарячкою, суглобовим

синдромом. Нерідко приступу болю в животі передують нездужання, втрата апетиту, дисфункція кишок, відчуття тривоги, парестезії.

Поступово наростаючи, ці явища змінюються болем у животі, частіше у правій половині надчерев'я. На висоті болю, який буває переймоподібним або постійним, з'являється блювання, іноді повторне. Живіт при цьому може бути здутий, різко напружений; перистальтика відсутня, значно виражені симптоми подразнення очеревини. Часто збільшена печінка, рідше- селезінка. Може спостерігатися картина часткової кишкової непрохідності, але вона, як правило, не домінує і не має схильності до прогресування. При дослідженні крові виявляють нейтрофільний лейкоцитоз.

На відміну від кишкової непрохідності, що потребує хірургічного втручання, динамічна кишкова непрохідність при неускладненому приступі періодичної хвороби характеризується наявністю з самого початку перитонеальних явищ різною ступеню вираженості, гарячки; частим поєднанням болю в животі з болем у суглобах і в грудній клітці. Перистальтика, різко посилена на початку періодичної хвороби, на висоті приступу значно послаблюється. Початок відходження газів вказує на закінчення приступу. Велике значення мають анамнестичні дані про національність хворого, наявність подібних захворювань у родичів. Абдомінальні атаки нерідко супроводжують хворого все життя, але мають тенденцію до порідшання зі збільшенням віку і при розвитку амілоїдозу.

Додаткові лабораторні та інструментальні методи дослідження

Таким чином, диференціальна діагностика захворювань, що супроводжуються гострим болем у животі, є досить складним і відповідальним завданням, у розв'язанні якого можуть надати допомогу цілеспрямовані лабораторно-інструментальні дослідження. Найнеобхіднішими із них є такі:

- 1) підозра на грижу стравохідного отвору діафрагми — рентгеноконтрастне дослідження стравоходу і шлунка;
- 2) підозра на виразкову хворобу — рентгенологічне та ендоскопічне дослідження;
- 3) підозра на перфорацію — рентгенологічне дослідження, яке виявляє наявність газу під діафрагмою;
- 4) при приступах гострого болю у правому підребер'ї, який іррадіює у праву лопатку та плече і супроводжується жовтяницею, може бути поставлений діагноз печінкової кольки, у разі відсутності жовтяниці для підтвердження діагнозу застосовують ультразвукове дослідження, холецистографію (пероральну, внутрішньовенну, трансдуоденальну) в період ремісії, а також визначення гемаглютамінотранспептидази, лужної фосфатази, ефіророзчинного білірубіну, які будуть позитивними за наявності холестази, що часто супроводжує жовчнокам'яну хворобу;
- 5) надмірне збільшення і чутливість шлунка під час пальпації — спорожнення і промивання шлунка за допомогою зонда з наступним дослідженням промивних вод, фіброгастроскопія;
- 6) підозра на абсцес печінки — гепатосцинтиграфія;
- 7) гострий біль у лівому підребер'ї, який іррадіює в поперекову ділянку, ділянку серця, ліву лопатку,—для підтвердження панкреатиту (гострого серозного чи загострення хронічного) необхідно повторно визначати рівні амілази в сечі та крові; кальцію (гіпокальціємія), сечовини, аспартатамінотрансферази, лужної фосфатази в крові (можливе підвищення);
- 8) біль у животі в жінок дітородного віку — тести на наявність вагітності;
- 9) підозра на ниркову кольку — повторні аналізи сечі (еритроцитурія), ультразвукове дослідження, урографія, сканування нирок;
- 10) пульсуюче утворення в животі, відсутність пульсу на променевій і (або) пахвовій

артерії — рентгенографія для виявлення кальцинатів у стійці судин; ретроградна аортографія від стегнової артерії або від плечової артерії за допомогою катетера;

11) відсутність колінних рефлексів, нерухомість зіниць — консультація невропатолога, серологічна реакція

12) підозра на інфаркт міокарда — ЕКГ, визначення у крові активності КФК, ЛДГ1,2, АлАТ, АсАТ, С-реактивного білка;

13) біль у суглобах, петехії — гостро фазові реакції (ревмопроби), проби Румпеля—Леєде і Нестерова;

14) підозра на базальну пневмонію — рентгенографія;

15) підозра на отруєння свинцем — визначення рівня свинцю в крові, виведення його з сечею, вмісту амінолевулінової кислоти сечі.

Перед остаточним прийняттям рішення про проведення лапаротомії з приводу гострого болю в животі неясної етіології необхідно ще раз усе зважити і виключити інфаркт міокарда, базальну пневмонію, гостру правшлуночкову недостатність, порфірію, гіперліпідемію, свинцеву кольку, табетичний криз.

Кожний прояв гострого абдомінального синдрому індивідуальний. Залежно від конкретної клінічної ситуації коло захворювань, що підлягають першочерговій диференціальній діагностиці, звужується або розширюється, але в кожному випадку неясного діагнозу потрібні інтенсифікація діагностичного процесу, творча співпраця терапевта, хірурга та інших спеціалістів,

Лікування

Основними напрямками купірування больового абдомінального синдрому є: а)

етіологічне і патогенетичне лікування основного захворювання;

б) нормалізація моторних розладів; в)

зниження вісцеральної чутливості;

г) корекція механізмів сприйняття болей

Проте точність діагностики причин абдомінального болю складає 50 %. Проміжок часу між появою болю в животі і остаточній верифікації діагнозу складає:

- при захворюваннях стравоходу (включаючи рак стравоходу) - 8-22 тижні;
- шлунку (включаючи рак шлунку) - 10-28 тижнів;
- підшлункової залози (включаючи рак підшлункової залози) - 12-26 тижнів;
- кишківника (включаючи колоректальний рак) - 24-37 тижнів.

Таким чином, актуальним є питання про **симптоматичне лікування** хронічного абдомінального болю - раціональне знеболення.

При появі болей в животі, особливо хронічних, хворі приймають ліки ще до звернення до лікаря. Найчастіше користуються дротаверином, антацидними препаратами, жовчогінними засобами і панкреатичними ферментами. Дротаверин, зазвичай, має тимчасовий знеболюючий ефект при болях в шлунку, кишківнику і жовчовивідних шляхах. Жовчогінні і ферментні препарати можуть сприяти стиханню болей, що викликаються розтягуванням кишківника газами. Припинення болі після прийому антацидних засобів характерно для кислотозалежних захворювань.

Принципи симптоматичної терапії при болях залежать від їх походження. При вісцеральному болі, пов'язаному із спазмами гладкої мускулатури, болезаспокійливу дію виявляють спазмолітичні і холінолітичні засоби з різним механізмом дії.

Антихолінергічні засоби, які блокують мускаринові рецептори постсинаптичних мембран органів-мішеней, знижують внутрішньоклітинну концентрацію іонів кальцію, що призводить до розслаблення м'язів. Як спазмолітики використовують неселективні (препарати красавки, метацин, платифілін, бускопан та ін.) так і селективні М1-холіноблокатори (пиренцепін та ін.). Механізм дії **міотропних спазмолітиків** зводиться до накопичення в клітині цАМФ і зменшенню концентрації іонів кальцію. Основними представниками цієї групи препаратів є дротаверин, но-шпа, но-шпа форте, бенциклан, отилонія бромід та ін.

Серед міотропних спазмолітиків звертає на себе увагу також гимекромон, вибірково діючий на сфінктери Одді і жовчного міхура.

До традиційних антихолінергічних і спазмолітичних препаратів відносяться атропін, дротаверин, папаверину гідрохлорид, платифіліну гидротартрат і метацин (0,002 г х 2 рази на добу), а також гіасцина бутилбромід що призначається по 10 міліграм х 3 рази в добу, блокатор м1-холінорецепторів пирензепін (0,05 г х 2-3 рази на добу), м-холіноблокатор дицикловерин - вводять в/м по 0,02 р.

Нині частіше застосовують **блокатори натрієвих і кальцієвих каналів**. Представниками останнього покоління подібних препаратів є мебеверин, пінаверія бромід і альверина цитрат.

Мебеверин блокує натрієві канали, що обмежує приплив калію і запобігає таким чином, м'язевому спазму. Препарат вибірково діє на кишківник і біліарний тракт. Призначають його по 0,2 г (1 капсула) 2 рази в добу, за 15-20 хвилин до їди.

Пінаверія бромід є спазмолітиком міотропної дії. Препарат вибірково блокує потенціал-залежні кальцієві канали L -типу гладкої мускулатури кишківника і перешкоджає надлишковому вступу кальцію всередину клітини. Препарат не має антихолінергічної, вазодилаторної і антиаритмічної дії. Його призначають по 0,05 г 3 рази в добу, до їди.

Альверина цитрат містить міотропний спазмолітик цитрат альверина і піногасник симетикон. Альверин має модулюючу дію на моторику, а симетикон знижує газоутворення в кишківнику. Препарат призначають по 1 капсулі 3 рази в добу перед їдою.

Спроби застосування **синтетичних аналогів енкефаліну** як регулювальники моторики, що зменшують болі, привели до створення тримебутину. Ефект тримебутину обумовлений впливом на опіодні рецептори ЖКТ. Встановлено що він знижує вісцеральну гіперчутливість слизової оболонки кишківника Тримебутин призначають по 0,1-0,2 г 3 рази на добу, перед їдою, тривалість лікування 2-4 тижні.

Для лікування хворих СРК з вираженою вісцеральною гіперчутливістю, психогенними болями слід застосовувати трициклічні **антидепресанти** (наприклад, амітриптилін). Встановлено, що антидепресанти і нейролептики чинять вплив на психогенний біль і здатні підвищувати поріг вісцеральної чутливості . Нині обговорюється можливість використання антидепресантів, антагоністів 5-НТЗ - рецепторів, агоністів k -опіодних рецепторів, аналогів соматостатина (октреотида).

З них найбільш вивченими є антидепресанти, протибольовий ефект яких реалізується двома шляхами :

- 1) за рахунок зменшення депресивної симптоматики (хронічний біль може бути маскою депресії);
- 2) за рахунок активації антиноцицептивних серотонінергічних і норадренергічних систем.

Антидепресанти амітриптилін, міансерин і т. д. призначаються в середніх дозах, тривалість їх прийому повинна складати не менше 4-6 тижнів.

Відбитий (відзеркальний) біль, що з'являється при запальних захворюваннях органів травлення, може зменшуватися під впливом анальгетиків - антипіретиків, **нестероїдних протизапальних препаратів**, що знижують чутливість нервових закінчень і гангліоблокаторів.

Біль, що з'являється внаслідок роздратування цереброспінальних нервових закінчень парієтальної очеревини або кореня брижі, є результатом перитоніту і купірується лише **наркотичними анальгетиками**.

Алгоритм купірування абдомінального болю

1. Препарати, які зменшують інтенсивність руйнування ентероцитів (антациди, вісмут)
2. Блокатори мускаринових рецепторів (препарати красавки, піренцепін)
3. Інгібітори фосфодіестерази, активатори аденілатциклази (дротаверин)
4. Інгібітори Са каналів (дицител), Інгібітори Na каналів (дюспаталін)
5. Ліганди сератонінових рецепторів антагоністи 5 НТЗ (алосетрон)
Антагоністи 5НТ4 (тегасерод),
6. Препарат 5 АСК (месалазин)
7. НПЗП
8. Антидепресанти
9. Опіати

Таким чином, абдомінальні болі обумовлені різними етіологічними чинниками і механізмами. Лікування больового синдрому має бути спрямоване на нормалізацію структурних і функціональних порушень ураженого органу а також нормалізацію функцій нервової системи, відповідальних за сприйняття болей.

Матеріали для самоконтролю

Задача 1

Хворий 27 років страждає виразковою хворобою на протязі 5 років. Останній місяць - скаржиться на біль в підложечній ділянці, який виникає через 1 годину після їжі, печію, закрепи. В останні дні з'явилась загальна слабкість, головокружіння, потемніння калу. Об'єктивно: блідість шкіри, обкладений язик. Пульс 86 ударів за хв., АТ 100/60 мм. рт. ст. Живіт м'який, незначно болючий в пілородуоденальній ділянці. Яка тактика дільничного лікаря у подальшому веденні хворого?

- А. Госпіталізація в хірургічне відділення стаціонару
- В. Спостереження. Не призначати лікування

- С. Госпіталізація в терапевтичне відділення
- Д. Направлення на консультацію до гастроентеролога
- Е. Амбулаторне лікування

Задача 2

Хворий 3. 55 років страждає виразковою хворобою шлунка протягом 10 років. За останні 6 місяців схуд на 15 кг, біль в епігастральній області із періодичною стала постійною, посилилась слабкість, появилась анорексія, відраза до м'ясної їжі. В крові: Нв - 92 г/л. Кал темно-коричневого кольору. Яке найбільш вірогідне ускладнення розвилось у хворого?

- А. Кровотеча.
- В. Стеноз привратника.
- С. Перфорація.
- Д. Пенетрація.
- Е. Малігнізація.

Задача 3

Хвора 50 років, протягом року страждає приступами болів в правому підребер'ї, які виникають переважно після жирної їжі. Останній тиждень приступи повторювались щодня, стали більш болючими. На 3-й день перебування в стаціонарі з'явилися жовтушність склер та шкіри, світлий стілець і темна сеча. Аналіз крові: Нв - 128 г/л, ретикулоцити - 2%, нейтрофільний лейкоцитоз (13,1*10⁹/л), ШЗЕ-28 мм/г. Що є найбільш ймовірною причиною жовтяниці?

- А. Хронічний панкреатит
- В. Жовчнокам'яна хвороба.
- С. Хронічний холестатичний гепатит.
- Д. Гемолітична анемія.
- Е. Гострий вірусний гепатит

Задача 4

Жінка 32 роки, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який з'являється через 2 години після їжі, нудоту, здуття живота, схильність до проносу. Об'єктивно: Субіктеричність склер. Живіт болючий при пальпації точці Губергрица-Скульського. Печінка біля краю реберної дуги У крові амілаза - 288 ммоль/л, загальний білірубін - 20 мкмоль/л. Яке захворювання найбільш імовірно?

- А. Хронічний панкреатит.
- В. Хронічний гепатит.
- С. Хронічний ентероколіт
- Д. Хронічний холецистит.
- Е. Хронічний гастрит.

Література:

1. Ткач С.М. Практические подходы к ведению больных с диспепсией //Гастроэнтерология -2016. №1 (59) -С.81-84 Ткач С.М.Функциональная диспепсия в свете Римских критериев IV //Гастроэнтерология-2016.-№4(62).-С.65—71.
2. Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроэнтерология-2015.-№4 (58).-С.94-100.
3. Ю.М.Степанов,И.Я.Будзак Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: что общего? // Гастроэнтерология 2016.- №1(59) -С.100-104
4. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГГК. – 2016. - №26(4). С. 124-128.

5. Drossman D.A. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction / D.A. Drossman, W.L. Hasler // *Gastroenterology*. – 2016. – № 150 (6). – P. 1257-1261.
6. Бельмер С.В. Современное понимание функциональной диспепсии / С.В. Бельмер // *Лечащий врач*. – М., 2011. – № 6. – С. 22-28.
7. Гастроентерологія Харченко Н.В., Бабак О.Я.-К.2007.
8. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/ Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
9. Клінічна гастроентерологія (Протоколи діагностики і лікування) (Філіпов Ю.О., Бойко Т.Й., Гравіровська Н.Г. та інші)-2003
10. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007.
11. Піманов, С. І. Діагностика та лікування функціональної диспепсії з позицій Римського консенсусу III / С. І. Піманов, Є. В. Макаренко // *Гастроентерологія*. 2007. Т. 9. № 1.
12. Сілівончик, М. М. Функціональна диспепсія у підлітків / Сілівончик М.М., Мірутко Д.Д. // *Медичні новини*. 2009 № 6 с. 31-34.
13. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основы внутренней медицины Том1. Підручник-К.,2009.-784 с.:іл.
14. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я,2003.
15. Гастроентерологія Харченко Н.В., Бабак О.Я.-К.2007
16. Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-К.:Здоров'я,2002.
17. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
18. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
19. Передерий В.Г., Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
20. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
21. Гастроентерологія Харченко Н.В., Бабак О.Я.-К.2007.
22. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я, 2003.
23. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007.
24. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. -Полтава. 2004.
25. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
26. Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за спеціальністю «Гастроентерологія».
27. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007.
28. Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // *Здоров'я України*. – 2009. - №23 (228). – С.
29. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
30. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010.
31. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська

- З.О. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.
32. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.
33. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.

Правильні відповіді

1-А, 2-Е, 3-В, 4-
А

Підготувала к.мед.н. доц.

Г.С. Маслова