

Острый живот. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Абдурахманов М.М.

К острым хирургическим заболеваниям (ОХЗ) органов брюшной полости относят острые воспалительные заболевания, перфорации и разрывы органов живота, острую непроходимость полых органов, ущемленные грыжи (наружные и внутренние), заболевания органов брюшной полости вследствие развития их острой ишемии.

Особенностью ОХЗ при всем различии причин их возникновения и патогенетических механизмов является то, что все они представляют непосредственную угрозу для жизни больного и не только вследствие деструкции того или иного внутреннего органа или развития перитонита, лечение которых возможно лишь в условиях хирургического стационара и, естественно, не входит в задачи догоспитальной помощи. Динамика ОХЗ во многих случаях приводит к развивающемуся в течение очень короткого времени фатальному нарушению жизненно важных функций организма; при этом появляются четкие показания для проведения экстренной операции, что уменьшает на догоспитальном этапе потребность в точном топическом диагнозе.

Таким образом, в задачи врачей, оказывающих медицинскую помощь при ОХЗ на догоспитальном этапе, входит проведение следующих мероприятий:

- оценка симптомов заболевания и квалификации пациента как больного с ОХЗ органов брюшной полости;
- выявление и оценка угрожающих жизни клинических синдромов;
- профессиональное поддержание жизнедеятельности организма больного в течение всего времени, необходимого для транспортировки пациента в стационар;
- как можно более спешная и целенаправленная транспортировка пациента в стационар.

От того, сколько времени прошло от момента начала заболевания до поступления больного в стационар, напрямую зависят количество осложнений и летальность при ОХЗ: летальность среди больных, госпитализированных спустя 24 часа от начала заболевания, более чем в два раза превышает таковую при оказании стационарной помощи в течение первых суток от начала заболевания .

Таким образом, способность врача СВП профессионально диагностировать ОХЗ и принять дальнейшие решения в точном соответствии с реальной клинической ситуацией, является одним из наиболее важных и доступных путей оптимизации оказания догоспитальной помощи при острой патологии органов брюшной полости. Основные симптомы, характерные для ОХЗ

органов брюшной полости, как правило, появляются в течение первых 24 часов от начала заболевания. Наиболее часто развиваются:

- острая боль в брюшной полости;
- тошнота и рвота;
- диарея;
- желтуха;
- кровотечение;
- общие синдромы: коллапс, интоксикация, дегидратация, лихорадка.

Острая боль в животе, являющаяся основным симптомом ОХЗ органов брюшной полости, широко варьирует по интенсивности, локализации и иррадиации. Кроме того, острая абдоминальная боль (ОАБ) развивается не только при ОХЗ, но и при целом ряде заболеваний, не требующих хирургического лечения. Таким образом, врачу СВП необходимо ориентироваться в основных параметрах ОАБ не столько для того, чтобы вынести точный нозологический диагноз, сколько для того, чтобы обнаружить основания для экстренной госпитализации больного.

Определение причины острой боли в животе — одна из наиболее сложных задач, которую приходится решать врачу. Причиной ОАБ в большинстве случаев является внезапно развившееся заболевание одного из органов брюшной полости.

Следует иметь в виду, что острая боль в животе может быть связана с метаболическими расстройствами при эндогенных интоксикациях: диабетическом кетоацидозе, надпочечниковой недостаточности, порфирии, уремии. ОАБ могут возникнуть и под влиянием ряда экзогенных факторов: хронической интоксикации свинцом, укусе ядовитого насекомого.

Нередко причиной острой боли в животе являются заболевания органов, находящихся вне полости живота: болезни органов малого таза, пневмония, плеврит, инфаркт миокарда, пиелонефрит и паранефрит и т. д.

ОАБ может развиваться при заболеваниях нервной системы, приводящих к поражению чувствительных нервов: при опоясывающем лишае, каузалгии, а также иметь психогенный характер.

При опросе больных необходимо, насколько это возможно, выяснить точное время (час и минуту) появления боли, а также обстоятельства, при которых она возникла. Внезапная боль возникает практически мгновенно (в течение секунд или минут) и, как правило, носит выраженный характер. Такое начало заболевания характерно для перфорации внутреннего органа, разрыва аневризмы аорты, перекрута яичника, спонтанного пневмоторакса, деструкции межпозвонкового диска. Постепенное начало боли (в течение десятков минут, часов или дней) сопровождается ее неуклонным нарастанием. Такое начало болезни характерно для острого холецистита, аппендицита, дивертикулита, непроходимости тонкой кишки, острой

мезентериальной ишемии, острой задержки мочи и т. д. Медленное развитие боли (в течение нескольких дней или недель) характерно для злокачественных новообразований, например при развитии кишечной непроходимости в случае обтурирующей опухоли толстой кишки. Особую группу образуют пациенты, недавно перенесшие закрытую травму живота (автомобильную травму, избиение и т. д.). В этих случаях выявление временной связи между эпизодом травмы и развитием ОАБ позволяет заподозрить разрыв того или иного органа брюшной полости.

Необходимо помнить, что острая боль в животе может возникать как при новом патологическом процессе (кишечной непроходимости, остром аппендиците), так и при внезапном обострении хронического заболевания (перфорации пептической язвы). И в том и в другом случае ОАБ могут предшествовать «продромальные» симптомы: снижение артериального давления при нарушенной внематочной беременности, ускорение перистальтики кишечника и понос при остром мезентериальном тромбозе, интенсивная кислотозависимая боль при пептической язве.

Интенсивность боли. Эту характеристику ОАБ трудно оценить объективно, поскольку восприятие боли в животе очень индивидуально и эмоционально окрашено. Больного можно попросить сравнить его боль с более или менее характерными зубной, родовой, ожоговой и т. д. или охарактеризовать ее как легкую, умеренно выраженную или сильную. Впрочем, поведение и внешний вид пациента во многих случаях могут достоверно свидетельствовать о степени интенсивности боли.

Динамика боли. Прогрессирование или стихание от момента ее начала, а также изменение характера боли — это ключевые факторы в диагностике ОАБ. Именно эти параметры характеризуют понятие «острый живот», которое часто используют для определения боли при ОХЗ органов брюшной полости. Ведущим симптомом «острого живота» является сильная, внезапно начавшаяся и быстро нарастающая до максимальной интенсивности боль в брюшной полости. Как правило, позднее боль приобретает устойчивый характер: становится продолжительной, тупой, не очень интенсивной в покое и усиливающейся при любом физическом напряжении или движении больного, что свидетельствует о раздражении брюшины. Такой «сценарий» развития ОАБ наиболее характерен для перфорации любого из полых органов живота с последующим развитием более или менее разлитого перитонита. Это состояние возможно при прободной пептической язве, деструктивном холецистите или аппендиците, перфорации кишечника при ущемленной грыже или кишечной непроходимости, разрыве фаллопиевых труб, панкреонекрозе. Интенсивность этого типа боли зависит от количества и биохимических свойств вещества, воздействующего на париетальную брюшину. Наибольшее раздражение вызывает желудочный или панкреатический сок, в то время как попадание нейтрального, хотя и инфицированного содержимого толстой кишки вызовет боль меньшей силы.

Скорость, с которой секреты достигают контакта с брюшиной, также влияет на интенсивность и динамику острой боли. Например, случаи прободной пептической язвы могут иметь различную клиническую картину, поскольку перфоративная язва может быть частично или полностью прикрыта салъником, что замедляет попадание желудочного сока в полость брюшины. Уменьшение интенсивности ОАБ далеко не всегда отражает регрессию основного заболевания. Так, при аппендиците боль в животе может уменьшаться в случае перфорации червеобразного отростка, что вызывает его декомпрессию и одновременно приводит к развитию перитонита с изменением картины ОАБ.

Характер ОАБ. Существует множество способов описания характера острой боли в животе. Пациенты могут определять ее как грызущую, тянущую, колющую, ноющую и т. д. Тем не менее из этого множества эмоциональных характеристик врач должен выбрать те, которые позволят установить характер боли: постоянная или перемежающаяся (коликообразная). Примером постоянной ОАБ может служить типичная картина «острого живота», о которой мы говорили выше.

Приступообразную или интенсивную схваткообразную боль, возникающую при обструкции полых внутренних органов, часто называют коликой. Эта боль развивается в результате сокращений гладких мышц полых органов и протоков при их интенсивном растяжении, возникновении препятствия на пути их опорожнения (желчная, мочева или кишечная колика, кишечная непроходимость). Приступы боли в данном случае могут чередоваться относительно спокойными промежутками различной длительности, которых, впрочем, может и не быть. Так, внезапное расширение желчевыводящих путей и панкреатического протока приводит к развитию острой, сильной и постоянной боли, которая часто усиливается в постели и несколько облегчается в вертикальном положении. Приступообразная боль часто сопровождается сильным чувством страха и возбужденным состоянием.

В большинстве случаев больной может без затруднений указать **глубину ОАБ**. Эта характеристика помогает выявить те патологические процессы, которые прилежат или тесно связаны с передней брюшной стенкой или находятся вне полости брюшины (грыжи передней брюшной стенки, гематома влагалища прямой мышцы живота).

Зависимость и усиление боли от движения (при кашле, чихании, глубоком дыхании, натуживании), а также при физиологических отправлениях является патогномичным симптомом перитонита при ОХЗ органов брюшной полости. Пациенты, страдающие от колики, а также ОХЗ вследствие ишемии внутренних органов, напротив, не могут находиться в покое, мечутся в постели из-за боли, которая не облегчается ни в каком положении. Глубокое дыхание приводит к усилению боли, связанной с раздражением диафрагмы, например при поддиафрагмальном абсцессе.

Важно установить, связана ли ОАБ с приемом пищи. Так, у больных с острым панкреатитом или холециститом боль в животе усиливается сразу после еды. У больных с острым аппендицитом прием пищи нередко вызывает усиление боли, появление тошноты и рвоты.

Локализация ОАБ. Острая боль в животе обычно бывает диффузной или локализованной над органом, в анатомической проекции которого она определяется. Устойчиво локализованная ОАБ является свидетельством воспаления париетальной брюшины. Однако необходимо помнить о возможном распространении и иррадиации боли за пределы пораженной области и о том, что связь между ОАБ и органом, в проекции которого она локализована, весьма относительна. После развития разлитого перитонита локализация и характер боли могут существенно измениться. Диффузная боль часто сопровождает непроходимость тонкой кишки, мезентериальную ишемию, почечную колику или, напротив, свидетельствует об интактности париетальной брюшины.

В эпигастральной области боль обычно локализуется при заболеваниях желудка, поджелудочной железы, желчных протоков и печени, а также если речь идет об отраженной боли при заболеваниях сердца, перикарда и плевры.

В средних отделах живота локализуется боль при заболеваниях тонкой кишки, брыжейки и брюшной аорты. Острая боль в околопупочной области часто встречается в начале аппендицита.

Существует много причин возникновения острой боли в нижних отделах живота. Чаще всего это аппендицит (правый нижний квадрант живота и точка McBurney), воспалительные заболевания органов малого таза, дивертикулит, острый пиелонефрит, толстокишечная непроходимость, острая задержка мочи. Тем не менее необходимо помнить, что часто боль в нижних отделах живота развивается вследствие перфорации полого органа, при попадании в полость брюшины содержимого желудочно-кишечного тракта, а также при стекании воспалительного экссудата из верхних отделов брюшной полости (например, при панкреонекрозе).

Миграция боли. Устойчивая локализация боли характерна для медленно развивающихся хирургических заболеваний органов живота: ущемленной грыжи, мезентериальной ишемии, воспалительных заболеваний половых органов и желчного пузыря. В большинстве случаев подобная боль встречается при заболеваниях брыжейки, хотя распространено мнение, что боль сосудистого, ишемического генеза возникает внезапно, носит диффузный, очень интенсивный характер и неизбежно приводит к фатальным последствиям. На практике боль при ишемии сосудов брыжейки постоянная, разлитая, не очень сильная и появляется за несколько дней до развития коллапса или перитонита. Кроме того, дебют заболевания сопровождается повышенной перистальтикой кишечника, диареей и метеоризмом, которые трансформируются в устойчивое вздутие кишечника.

Изменение локализации боли относительно начала заболевания наиболее характерно для острых деструктивных заболеваний, течение которых сопровождается образованием перитонита. Так, при перфорации пептической язвы боль, возникающая в эпигастральной области, впоследствии смещается в правый нижний квадрант живота или малый таз, поскольку там же оказывается секрет желудка или двенадцатиперстной кишки. Миграция ОАБ очень характерна для острого аппендицита, при котором боль обычно начинается в средних отделах живота, а затем смещается в правый нижний квадрант живота (*синдром Кохера*). Различие между миграцией и иррадиацией боли в том, что острая первичная боль при миграции полностью исчезает, свидетельствуя о значимой динамике патологического процесса.

Иррадиация боли. Характер иррадиации ОАБ имеет очень большую диагностическую ценность. Наиболее часто боль иррадирует в пределах зоны иннервации спинно-мозговых стволов, соответствующих пораженному органу). При этом боль часто распространяется на органы, расположенные близко к пораженному. Другой механизм иррадиации заключается в распространении острой боли в пределах круга нормальных функциональных связей между органами и системами, которые закладываются в процессе эмбриогенеза (типичная локализация боли при остром холецистите в правую лопатку и подлопаточную область) или формируются в течение жизни человека (индивидуальный паттерн иррадиации боли при остром аппендиците). Характерным примером является боль при раздражении диафрагмы, распространяющаяся по ходу диафрагмального нерва и часто локализуемая между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (*френикус-симптом*). Так, диафрагмальный плеврит при пневмонии или инфаркте легкого, равно как и поддиафрагмальный абсцесс, может вызвать острую боль одновременно в подключичной области, шее и правом наружном квадранте живота.

Поскольку острая боль, отраженная в брюшную полость из грудной клетки и позвоночника, может создать трудности в диагностике ОХЗ органов живота у любого больного с ОАБ, необходимо думать о возможной патологии органов грудной клетки.

Вероятно, функциональные нейросенсорные связи могут формироваться при устойчивом патологическом процессе в том или ином органе, что и приводит к иррадиации ОАБ в пораженную ранее зону. Так, например, у больного с верифицированным заболеванием желчного пузыря боль при остром инфаркте миокарда может распространяться в эпигастральную область или же у пациента с ИБС и стенокардией желчная колика может приводить к иррадиации острой боли в область сердца и левое плечо.

Фармакологический анамнез при ОАБ. Пациенты, страдающие от острой боли, особенно при ее постепенном развитии, нередко пытаются принимать лекарства самостоятельно. Наиболее часто при ОАБ принимают спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и

аспирин. В ряде случаев это облегчает состояние больного, а иногда ухудшает его. Динамика боли под влиянием фармакотерапии является очень ценной информацией для диагностики ОХЗ органов брюшной полости. Так, прием НПВП не приводит к уменьшению боли при перитоните и коликах и значительно усиливает боль при пептической язве. Противокислотные средства, напротив, эффективны при пептической язве и патологии пищевода, но также бесполезны при перитоните и коликах. Желчную и почечную колику может облегчить введение метамизола натрия (спазгана, баралгина), оказывающего анальгетическое, жаропонижающее и слабое противовоспалительное действие. Введение миотропных спазмолитиков (но-шпы, дротаверина, дюспаталина) также способно облегчить приступообразную боль в животе. Однако необходимо помнить, что эти препараты, как и наркотические анальгетики ряда морфина, могут быть неэффективны и даже опасны при желчной колике, поскольку способны усиливать спазм сфинктера Одди. Известно, что выраженным спазмолитическим действием при желчной колике обладает принятый сублингвально нитроглицерин.

Проблема адекватного врачебного обезболивания ОАБ является одной из наиболее спорных в практике СВП, однако этот вопрос нередко возникает в самом начале обследования пациента. Распространено мнение, что обезболивающие средства затушевывают клиническую картину и затрудняют получение точных данных, поскольку уменьшается острота восприятия жалоб пациентом. Таким образом, нежелательность назначения наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе очевидна и обусловлена недостаточно точной диагностикой. Однако все переносят боль по-разному, и в ряде случаев обезболивание — единственная возможность установления контакта с больным и проведения углубленного осмотра. Таким образом, вероятными показаниями к проведению анальгезии на догоспитальном этапе могут быть: интенсивная боль в животе, угрожающая развитием болевого шока; отсутствие контакта с больным вследствие выраженного болевого синдрома; выраженная абдоминальная боль при условии полной уверенности в правильности установленного диагноза.

В любом случае вопрос о возможности назначения наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе требует всестороннего обсуждения с участием врачей СВП и хирургов и должен быть отрегулирован на уровне отраслевого стандарта.

Для купирования выраженной боли и профилактики болевого шока могут быть использованы наркотические анальгетики короткого действия: фентанил или морфин. При боли средней интенсивности, а также при заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы можно назначать ненаркотические анальгетики.

- **Кеторол.** Относится к НПВП с выраженным анальгетическим и незначительным противовоспалительным и жаропонижающим действием, ингибирует синтез простагландинов, является анальгетиком периферического действия. Противопоказан при пептической язвенной болезни, а также больным с выраженными нарушениями функции почек.
- **Парацетамол.** Обладает анальгезирующим и жаропонижающим действием. Блокирует синтез простагландинов в центральной нервной системе, нарушает проведение болевых импульсов в афферентных путях, уменьшает пирогенное действие простагландинов на центр терморегуляции в гипоталамусе, усиливает теплоотдачу. Противопоказан при идиосинкразии, выраженном нарушении функции почек и печени, анемии, беременности.

В случае некупирования ОАБ госпитализация обязательна. Вопрос, нуждается ли такой пациент в хирургическом лечении, должен решаться в условиях стационара после осмотра квалифицированным хирургом и специалистами с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.