

# «Гострий живіт» та абдомінальний біль у практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини

**В.Б. Гоцинський, Л.С. Бабінець, Б.О. Мігенько, І.О. Боровик, В.М. Творко, С.С. Рябоконт**  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Діагностичні помилки на догоспітальному етапі обстеження хворого із болем у животі свідчать про те, що: 20% – це помилки від недосконалості знань; 50% – помилки від недотримання правил клінічного обстеження хворого; 30% – помилки, що пов'язані з важким станом хворого.

У статті наведено перелік основних патологій, які входять у поняття «гострий живіт», наведено діагностичну програму та програму диференціальної діагностики болю для допомоги в роботі лікаря загальної практики – сімейної медицини.

**Ключові слова:** «гострий живіт», патологія, програма диференціальної діагностики.

Хочемо наголосити на тому, що у діагностичній програмі «гострого живота» важливе значення має розуміння причин його виникнення. Так, у **хірургічні причини** включають:

1. Гострі запальні захворювання черевної порожнини.
2. Гострі порушення прохідності по травному тракту.
3. Перфорація порожнистих органів:
  - а) перфорація виразок шлунка або дванадцятипалої кишки;
  - б) перфорація дивертикулів;
  - в) перфорація пухлини.
4. Кровотеча в просвіт порожнистих органів або в черевну порожнину.
5. Порушення кровообігу в органах черевної порожнини.
6. Травми органів черевної порожнини з пошкодженням порожнистих та паренхіматозних органів.

Слід відзначити, що анамнез захворювання має велике значення для діагностики «гострого живота». Так, необхідно уточнити час виникнення захворювання і з'ясувати не тільки день, але, по можливості, годину і навіть хвилину початку захворювання.

Слід також з'ясувати характер і первинну локалізацію болю, його іррадіацію. Так, при гострому апендициті залежно від розташування відростка (підпечінкове, ретроцекальне, тазове, медіальне) біль може іррадіювати у праву підреберну ділянку, поперекову ділянку справа, у ділянку сечового міхура та пупка. При перфорації гастродуоденальних виразок біль зазвичай іррадіює у спину, надчеревну ділянку, праву половину шиї, при гострому панкреатиті – у лівий реберно-хребтовий кут. Завжди необхідно з'ясувати, що передувало виникненню болювого нападу (фізичне чи психічне навантаження, вживання значної кількості їжі, алкоголю тощо), чи були аналогічні напади болю у минулому, скільки разів вони повторювалися, чи оглядав хворого при цьому медичний працівник, чи відбулася госпіталізація, який був встановлений діагноз. Необхідно запитати хворого, чи зменшувався біль у процесі розвитку даного захворювання, оскільки поява некрозу у пошкодженому органі супроводжується зменшенням болювого синдрому або зникненням болювого відчуття на певний час. Особливо важливою ця обставина є, коли лікар оглядає пацієнта через відносно тривалий час (6 год і більше) від початку захворювання.

Під час збирання анамнезу слід також знати ділянки іррадіації болю при гострих захворюваннях органів черевної порожнини на передню черевну стінку:

*Верхній правий квадрант живота.* Гострий холецистит. Жовчна колька. Гепатит. Панкреатит. Перфоративна виразка. Підпечінкові та піддіафрагмальні абсцеси. Інфаркт міокарда. Пневмонія. Плеврит. Перикардит.

*Епігастральна ділянка.* Гострий гастрит. Перфоративна виразка. Гострий панкреатит. Розширююча аневризма аорти. Інфаркт міокарда.

*Мезогастральна ділянка.* Апендицит (епігастральна фаза). Тонкокишкова непрохідність, ентерит. Панкреатит. Тромбоз або емболія брижових судин. Защемлена пупкова грижа. Аневризма черевного відділу аорти. Коліт – переважно трансверзит. Мезентеріальний лімфаденіт. Туберкульозний перитоніт.

*Правий нижній квадрант.* Гострий апендицит. Ниркова колька. Мезоаденіт. Дивертикул Меккеля. Гострий аднексит. Апоплексія яєчника. Пухлина товстої кишки. Перфорація дванадцятипалої кишки. Защемлена пахова або стегнова грижа. Перекрут яєчка.

*Верхній лівий квадрант живота.* Кишкова непрохідність. Панкреатит. Розрив селезінки. Інфаркт селезінки. Гастрит. Інфаркт міокарда. Пневмонія. Плеврит. Кишкова непрохідність.

*Нижній лівий квадрант живота.* Кишкова непрохідність. Дивертикуліт товстої кишки. Защемлення грижі. Ниркова колька. Позаматкова вагітність. Апоплексія яєчника. Ендометриоз. Перекрут яєчка. Розрив аневризми аорти. Розширення аорти. Кишкова непрохідність. Заочеревинний абсцес. Ниркова колька.

Також не повинні залишитися без уваги лікаря запаморочення, непритомність, тривала втрата свідомості, блювання (однократне, багаторазове), характер блювотних мас (їжа, жовч, кров, застійний вміст, «фекалоїдна» тощо), нудота, відрижка, гикавка. Особливу увагу слід приділити особливостям та характеру калу (його колір, консистенція, наявність крові), відходженню або затримці газів, сечовипусканню (нормальне, прискорене, утруднене, повна затримка, біль під час сечовипускання). Також необхідно з'ясувати, чи були коли-небудь подібні напади, чи лежав у лікарні, який був встановлений діагноз; чи були хірургічні втручання і які. Для жінок – час останньої менструації, кількість пологів, абортів, викиднів, гінекологічні захворювання.

Під час збирання анамнезу необхідно також звернути увагу на можливий зв'язок даних анамнезу з гострими абдомінальними захворюваннями (таблиця).

Виділяють такі типи болю в животі:

- вісцеральний;
- соматичний;
- відзеркалений;
- психогенний.

Кожний з них має свої характерні особливості, знання яких полегшує процес з'ясування причин болювих відчуттів.

*Вісцеральний біль* виникає безпосередньо в ураженому органі, носить тяжкий характер і часто супроводжується

Можливий зв'язок даних анамнезу з гострими абдомінальними захворюваннями

Дані анамнезу	Гострі абдомінальні захворювання, які можна запідозрити
Непроникаюча травма живота (1–3 тиж та більше до моменту проявлення)	Розрив органа (печінка, селезінка) у два етапи
Попередня операція на органах черевної порожнини	Спайкова кишкова непрохідність
Виразка шлунка або дванадцятипалої кишки	Перфорація, кровотеча, рубцева деформація дванадцятипалої кишки
Печінкова колька, жовтяниця	Гострий холецистит, панкреатит
Прогресуючий закріп, кров'янисті виділення з прямої кишки	Пухлина товстої кишки
Туберкульоз	Специфічний перитоніт із гострим початком, непрохідність кишечника
Хвороба Крона	Симуляція клініки гострого апендициту (гостра форма). Некроз виразки з наступним перитонітом, параколіальний абсцес, норичі у сусідні органи, кровотеча (хронічна форма)
Неспецифічний виразковий коліт	Токсична дилатація товстої кишки, перфорація товстої кишки, кишкова кровотеча, непрохідність (стриктура товстої кишки)
Черевний тиф	Перфорація кишкової виразки
Геморагічний діатез, алергія	Абдомінальна пурпура
Атеросклероз	Розшаровуюча аневризма аорти, тромбоз мезентеріальних судин
Ендокардит, тиреотоксикоз	Інфаркт кишечника, селезінки, емболія мезентеріальних судин
Дивертикул кишечника, дивертикуліт	Перфорація, кровотеча

потовиділенням, нудотою, блюванням, різким зблідненням шкіри. Усі намагання хворого зменшити біль, змінюючи положення тіла в ліжку, виявляються марними.

Залежно від того, який саме орган уражений, цей біль може локалізуватися у надчерев'ї, навколупупкової ділянки або над симфізом.

*Соматичний біль* спричинює подразнення парієтальної очеревини. Він вирізняється значною інтенсивністю, при цьому хворий може чітко визначити його локалізацію. Знання його проєкції дозволяє клініцисту правильно визначити джерело больового синдрому. Соматичний біль більш характерний для перфорації порожнистого органа.

*Віддзеркалений біль* у животі спостерігається під час захворювання головного мозку, мозкових оболонок і багатьох внутрішніх органів. Він виникає внаслідок інтенсивного подразнення ураженого органа і передається по всьому нейромеридіану, а іноді іррадіює навіть у сусідні органи.

*Психогенний біль* виникає у разі периферійного впливу, який відіграє роль пускового або сприяючого чинника. Особливе значення в його виникненні має депресія, яка часто перебігає латентно і не відчувається хворим. Тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем пояснюється спільними біохімічними процесами і, насамперед, недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Характер психогенного болу визначається відповідними рисами особистості, впливом емоційних, когнітивних, соціальних чинників, психологічної стабільності хворого і його минулим «больовим досвідом». Основними ознаками цього болу є його тривалість, монотонність, дифузний характер і поєднання з іншими локалізаціями (головний біль, біль у спині, у всьому тілі). Віддзеркалений біль та психогенний біль характерні для «несправжнього гострого живота».

Відповідно до рекомендацій IASP (International Association of the Study of Pain), при з'ясуванні скарг необхідно уточнити п'ять характеристик болу: локалізація, уражені системи, часові характеристики, інтенсивність і час з моменту початку болу, етіологія.

Для збору найбільш важливих даних анамнезу при болу в животі IASP рекомендує алгоритм PQRST:

**P** – фактори, що полегшують (palliate) або підсилюють (provoke) біль у животі, наприклад, якщо біль зменшується після дефекації, можна припустити захворювання товстого кишечника;

**Q** – якісні (qualities) характеристики болу (пекучий, гострий, переймоподібний);

**R** – іррадіація (radiation) болу, наприклад при захворюваннях жовчовивідних шляхів біль іррадіює в ділянку правої лопатки, при захворюваннях підшлункової залози – у спину, в плече;

**S** – інтенсивність (severity) болу;

**T** – фактори часу (temporal), наприклад тривалість болу, постійний біль або мінучий, пов'язаний з їжею або дефекацією.

**Блювання як ознака «гострого живота».** Наступним за частотою симптомом після болу при «гострому животі» є блювання, яке носить рефлекторний характер. Часто хворі вказують на зв'язок блювання з характером прийнятої їжі, але ця інформація у разі недостатньо повного і всебічного обстеження пацієнта може стати причиною діагностичних помилок, коли замість «гострого живота» діагностують харчове отруєння і роблять марні, а іноді шкідливі спроби очищення шлунка й кишечника (клізми, проносні засоби, промивання шлунка).

Важливою ознакою, на яку звертають увагу самі хворі, та яку необхідно вияснити під час спілкування з ними, це затримка нормального відходження кишкових газів і випорожнень. У деяких випадках при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит у дітей, апендицит із тазовим розташуванням відростка, пневмококовий перитоніт) із самого початку їхнього розвитку спостерігають часті рідкі випорожнення, що також може бути причиною неправильної діагностики.

**Об'єктивне дослідження хворого включає:**

1. Визначення загального стану хворого:
  - а) ступінь тяжкості стану (вкрай важкий, дуже важкий, важкий);
  - б) його поведінки (спокійний, стогне від болу);
  - в) типовий вид особи, «маска Гіппократа», положення хворого (змушене положення – на спині, напівсидячи, з приведеними до живота ногами);
  - г) тип статури й ступінь жировідкладень;
  - д) стан шкірних покривів (колір, блідість, рум'янець), тургору шкіри (звичайний, знижений), її вологість (холодний піт, суха);
  - е) температури тіла (підвищена, знижена – у градусах);

є) стан серцево-судинної системи (зниження артеріального тиску, тахікардія, шум тертя перикарда) і легень (шум тертя плеври, наявність випоту в плевральній порожнині, високе стояння діафрагми);

ж) огляд язика (сухий, має наліт);

з) стан свідомості.

2. Дослідження органів черевної порожнини:

*Огляд:* форма, втягнення живота або його здуття, асиметричність, ступінь участі в акті дихання (не бере участь, бере участь поверхнево, не бере участь права, ліва або нижня половина живота).

*Пальпація:* біль (локалізація й ступінь вираженості), напруження черевних м'язів (локалізація, ступінь вираженості), симптоми подразнення очеревини – Щоткіна-Бломберга й Менделя (їхня локалізація та ступінь вираженості), наявність і розміри пальпованого інфільтрату, його локалізація, характер поверхні, рухливість, пальпація печінки і селезінки, їхні межі, поверхня, консистенція, край, болочість.

*Перкусія:* високий тимпаніт, притуплення перкуторного звуку над інфільтратом при обмеженому перитоніті, притуплення перкуторного звуку в пологих місцях, розміри печінки за Курловим (збільшення розмірів печіночної тупості нагору). За допомогою перкусії також діагностують симптом пневмоперитонеуму (скупчення повітря у черевній порожнині), зумовлений надходженням повітря з порожнистих органів живота при їхніх розривах або перфорації. У цих випадках відзначається зникнення притуплення перкуторного звуку відповідно зоні розташування печінки («зникнення печінкової тупості»).

*Аускультация:* перистальтичні шуми, ступінь їхньої вираженості, відсутність перистальтики, «шум плеску» і «шум падаючої краплі».

При вагінальному або ректальному дослідженні – навісання заднього склепіння піхви, випирання у просвіт передньої стінки прямої кишки, бімануально, чи визначає інфільтрат у малому тазі, його розміри, рухливість, біль, наявність флюктуації, взаємовідношення з органами малого таза.

Для проведення додаткових обстежень необхідно врахувати специфіку роботи сімейного лікаря. Якщо пацієнт прийшов на прийом до лікаря в амбулаторію, то обов'язковим є загальний аналіз крові та сечі. За необхідності – рентгенологічне дослідження органів грудної та черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини, ЕКГ.

У разі підозри на «гострий живіт» необхідна термінова госпіталізація хворого у хірургічний стаціонар у лежачому положенні. Категорично заборонено введення спазмолітичних та знеболювальних препаратів без виявлення причин виникнення цього захворювання.

### **Хірургічні причини «гострого живота»**

*Гострий апендицит.* Незалежно від первинної локалізації болю, надалі в абсолютній більшості хворих біль і симптоми подразнення очеревини локалізуються у правому нижньому відділі живота, визначаються позитивні симптоми:

– Кохера–Волковича (переміщення болю з епігастральної ділянки у праву здухвинну);

– Ровзинга (посилення болю у правій здухвинній ділянці при поштовхах над притиснутою розправленими пальцями руки до крила клубової кістки сигмоподібної кишки);

– Ситковського (посилення болю у правій здухвинній ділянці внаслідок подразнення брижі, коли хворий лягає на лівий бік);

– Бартон'є–Міхельсона (значне посилення болю під час пальпації правої здухвинної ділянки, коли хворий лежить на лівому боці);

– Роздольського (посилення болю під час постукування над вогнищем запалення);

– Воскресенського (симптом «сорочки» – швидке зміщення/ковзання пальців правої руки при натягнутій на животі сорочці від середньої лінії в напрямку правої здухвинної ділянки супроводжується різким болем у правій здухвинній ділянці);

– Щоткіна–Бломберга (деструктивні форми апендициту).

Фіксують наростаючий лейкоцитоз і збільшення ШОЕ. За відсутності тенденції до нормалізації названих показників і при наростанні симптоматики показана лапаротомія. Необхідно мати на увазі і лівосторонню локалізацію процесу при повному зворотному розташуванні органів.

### **Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки**

Клінічно у хворих виникає різкий раптовий біль в епігастрії або правому підреб'ї, що обмежується верхнім відділом живота. Потім біль поширюється у праву, іноді – у ліву пахвинну ділянку, а далі – по всьому животу з іррадіацією в плече, праву лопатку. Блювання у цих хворих носить суто рефлекторний характер, пізніше при перитоніті воно стає закономірним. Втягнений живіт, що не бере участі в акті дихання, може бути невиразним у хворих похилого віку і повних осіб з кволими та атрофічними м'язами.

Отже, у всіх хворих помітна триада ознак (Мондора):

– біль;

– напруження м'язів передньої черевної стінки;

– виразковий анамнез.

Крім того, можуть бути і функціональні ознаки: блювання, затримка газів, стільця і сильна спрага. Різкий біль у першу годину може призвести до шокowego стану, сповільнення пульсу, який у процесі розвитку перитоніту частішає (симптом Жобера). При цьому слід пам'ятати, що у випадках, коли перфорації передувало загострення виразкової хвороби із супутнім гострим панкреатитом, який супроводжується здуттям попереочноободової кишки (симптом сторожової петлі), печінковий кут її може вклинюватись між реберною дугою і печінкою, що перкуторно також проявляється зникненням печінкової тупості.

Різкий «кінджальний біль» у надчеревній ділянці (симптом Делафуа), що іррадіює у ділянку правої ключиці чи лопатки (симптом Елекера), іноді супроводжується колапсом. Власне, симптом Делафуа з досить високою вірогідністю може вказувати на діагноз «перфоративна виразка». Клініка, яка починається з цього симптому, зазвичай додатково підтверджує наявність у хворого перфорації. Прикриті перфоративні виразки можуть тривалий час викликати стійке напруження м'язів у правій верхній частині живота на тлі задовільного загального стану хворого. У деяких випадках захворювання має ремітуючий характер і дає нові спалахи гострого процесу.

За перебігом дана патологія ділиться на три періоди:

– шок;

– відносне благополуччя;

– перитоніт.

*Шок* продовжується до 6 год. Його тривалість залежить від діаметра перфоративного отвору, ступеня наповнення шлунка у момент перфорації та інших факторів, від яких залежить пошкодження очеревини вмістом шлунка.

У стадії відносного благополуччя виражені ознаки сходять нанівець і стан хворих поліпшується. У результаті парезу нервових закінчень біль поступово зменшується, живіт стає менш напруженим, повільно розвивається парез кишечника, метеоризм, наростає частота пульсу, підвищується температура тіла. Такий стан продовжується від 8 до 10 год.

Атипична перфоративна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки трапляється рідко. До неї належать виразки, розміщені позаочеревинно на задній стінці дванадцятипалої кишки, у кардіальному відділі шлунка або на задній його стінці. Шлун-

ковий вміст і вміст дванадцятипалої кишки надходять не у вільну черевну порожнину, а в заочеревинний простір, задне межистинна і чепцеву бурсу. Їхній перебіг характеризується гострим початком, а при прикритих перфораціях – ще й витканням у черевну порожнину вмісту перфорованого органа. Як тільки настає прикриття перфоративного отвору і обмеження процесу, помітно поліпшується загальний стан хворого, біль і напруження передньої черевної стінки значно зменшуються.

Якщо прикриття відбувається одразу після перфорації, або коли вміст виливається у добре обмежену спайковим процесом ділянку черевної порожнини, початкова картина захворювання може пройти непомітно для лікаря. У подальшому ускладнення, пов'язані з формуванням обмежених гнійників черевної порожнини, ще більше нівелюють клінічну картину, але напруження в епігастрії і короткочасний біль у животі в анамнезі свідчать про можливість прикритої перфорації.

**Холецистит, емтієма і водянка жовчного міхура.** Локалізація болю у правому верхньому відділі живота із симптомами подразнення очеревини або без таких. Є позитивні симптоми Кера ( посилення болю під час глибокого вдиху під час пальпації у правій підребровій ділянці і в проекції жовчного міхура), симптом Мерфі (затримка дихання під час пальпації лівою рукою у проекції жовчного міхура), симптом Ортнера (болючість під час постукування по реберній дузі ребром долоні, симптом Мюссі–Георгієвського (біль під час пальпації між ніжками правого груднино-ключично-соскоподібного м'яза).

Лейкоцитоз із зсувом формули вліво і збільшення ШОЕ. При загостренні хронічного холециститу у пацієнтів літнього віку при закупорці протоки міхура без симптомів запалення зазначені ознаки можуть бути відсутні. Таку саму симптоматику може дати і гострий апендицит (при значній його довжині і підпечінковому розташуванні).

Найбільш надійним діагностичним прийомом в даній ситуації є ультразвукове дослідження, оскільки рентгенологічне дослідження при гострому і загостренні хронічного процесу не є інформативним.

**Перитоніт.** Виникає внаслідок перфорації запальних, гнійно-запальних, виразкових процесів і трофічних (у тому числі ішемічних) розладів травного тракту (виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, проста виразка тонкої кишки, виразка товстої кишки при неспецифічному виразковому коліті, виразки тонкої кишки при черевному тифі, перфорація апендикса, жовчного міхура, дивертикула тонкої або товстої кишки, гострого деструктивного панкреатиту, перфорації пухлини). При цьому біль стає розлитим, наростають явища інтоксикації.

Нерідко анамнестичні дані відповідають на питання про причину. Діагностика базується на виявленні рідини і вільного газу в черевній порожнині (УЗД і оглядова рентгеноскопія). Найбільш важливими діагностичними прийомами є ультразвукове дослідження (особливо в динаміці) і лапароскопія, яка одночасно може виявитися і лікувальною процедурою.

#### *Кишкова непрохідність.*

За механізмом розвитку: механічна (спайкова, внаслідок защемлення грижі, пухлини, інвагінації, частіше у дітей). У дорослих нерідко причиною інвагінації є поліпи кишки, виразкові рубці, закупорка просвіту сторонніми тілами (жовчні камені, безоара тощо). Під час обтурації біль переймоподібний, при странгуляції поряд з переймами біль постійний (часто явища шоку); паралітичний (внаслідок розладу іннервації та кровопостачання кишкової стінки); артеріальний або венозний тромбоз (емблія) мезентеріальних судин; при перитоніті.

У діагностиці цієї групи хворих велике значення має ретельний аналіз анамнестичних даних (у тому числі лікарський) і загального стану хворого, зокрема, судинних уражень в осіб літнього і старечого віку із захворюваннями серця і судин, що приводять до тромбозу і емболії мезентері-

альних вен. При цьому важливою діагностичною ознакою є кров'янисті рідкі випорожнення. Ця група хворих є найбільш не зрозумілою у практичному відношенні. Особливої уваги заслуговує хронічна (або часткова) кишкова непрохідність, яка часто є раннім симптомом пухлинної непрохідності і вимагає дуже ретельного обстеження хворого з обов'язковим використанням колоноскопії та комп'ютерної томографії.

**Защемлена грижа** – раптове або поступове перетискання вмісту грижі у воротах з наступним розвитком некрозу защемленого органа. Основною скаргою хворих при защемленні слід вважати різкий біль у ділянці грижі. Найчастіше він виникає після фізичного напруження й не затихає навіть тоді, коли воно припиняється. Частіше при цьому біль іррадіює за ходом грижового випинання. Під час огляду місця патології грижове випинання чітко контурується, не зникає й не змінюється при зміні положення хворого.

Важливою ознакою защемленої грижі є відсутність кашльового поштовху в ділянці грижового випинання. Відомо, що у хворих з грижами, що виправляються, кашльовий поштовх завжди чітко передається як через грижові ворота і вміст мішка, так і через стінку патологічного випинання до покладеної до нього руки. Навпаки, при защемленій грижі сполучення між черевною порожниною й грижовим мішком немає, внаслідок чого механізм кашльового поштовху у цих хворих не спрацьовує (відсутність симптому «кашльовий поштовх»). Перкуторно у ділянці випинання виявляють тимпаніт (при защемленні порожнистого органа) або притуплення перкуторного звуку (у випадках защемлення сальника чи інших подібних тканин).

З появою зовнішніх ознак защемленої грижі одночасно виникає клінічна картина гострої непрохідності кишечника. Нудота та блювання спочатку мають рефлексорний характер, що згодом переходить у застійний – блювотними масами зеленувато-бурого кольору з неприємним запахом. Газу у таких хворих не відходять. Аускультативно, вище місця випинання вислуховують підсилену перистальтику – звук «падаючої краплі» з наступним переходом у «гробову тишу», за якої може вислухатися пульсація черевних судин та дихальні шуми.

У клінічній практиці можуть зустрічатися такі ситуації, як явище несправжнього защемлення. У це поняття включають симптомокомплекс, клінічно подібний до загальної картини защемлення, проте спричинений він не защемленням, а іншим гострим захворюванням органів черевної порожнини. Наведений симптомокомплекс може служити підґрунтям для помилкового діагнозу защемленої грижі, у той час як дійсна причина хвороби лишається невиясненою. Подібна діагностична помилка найчастіше може виникати при таких захворюваннях, як странгуляційна непрохідність кишечника, геморагічний панкреонекроз, цироз печінки, проривна виразка шлунка.

Тривале защемлення призводить до розвитку флегмонозного запалення грижового вмісту. Це проявляється спершу в основному місцевими (зовнішніми), а згодом і загальними ознаками. До перших належать гіперемія шкіри над грижовим випинанням і набряк навколишніх тканин, а до загальних – підвищення температури тіла, частий пульс, лихоманка, розлади кровообігу тощо.

Доцільно зупинитись на лікувальній тактиці при самостійному (спонтанному) вправленні защемленої грижі. Якщо таке вправлення відбулося на догоспітальному етапі (вдома, у машині швидкої допомоги, на шляху в лікарню або в приймальню відділі), таких хворих безперечно необхідно госпіталізувати у хірургічний стаціонар для постійного нагляду за станом хворого.

Спроба «ручного» вправлення защемленої грижі призводить до розриву грижового мішка або порожнистого органа, відриву грижі, або розриву її судин, вдаванню вправлення з переміщенням грижового мішка із защемленням кільцем у черевну порожнину, передочеревинну клітковину.



**Гострий панкреатит.** Гострим панкреатитом вважають захворювання підшлункової залози, в основі якого лежать дегенеративно-запальні процеси, викликані автолізом її тканин власними ферментами.

Захворювання починається раптово, найчастіше після надмірного вживання жирної й гострої їжі та алкоголю. Найхарактернішими ознаками гострого панкреатиту вважають біль, блювання та явища динамічної кишкової непрохідності. Біль у животі постійний і настільки сильний, що може призвести до шоку, найчастіше локалізований в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї. Деякі хворі відчувають біль у правому підребер'ї з іррадіацією у спину, попереку, надпліччя або за грудину. Через короткий проміжок часу після появи болю виникає повторне сильне блювання, що не полегшує стан хворого.

Взагалі блювання вважають частим і характерним симптомом. Воно буває повторним або безперервним, проте ніколи не приносить полегшення. Блювотні маси містять домішки жовчі, а при тяжкій формі гострого панкреатиту нагадують «кавову гущу». Нудоту, гикавку, відрижку та сухість у роті потрібно відносити до менш характерних симптомів цієї патології.

Під час огляду шкірні покриви бліді, часто субіктеричні. У деяких хворих виникає ціаноз із «мармуровим малюнком» внаслідок порушення мікроциркуляції. Пізніше до цього може приєднуватися і компонент дихальної недостатності. У разі прогресуючого перебігу гострого панкреатиту загальний стан хворого швидко погіршується, наростає інтоксикація, шкірні покриви вкриваються липким потом. Температура тіла у хворих на початку захворювання може бути нормальною. Вона підвищується при резорбції продуктів автолізу тканин і розвитку запального процесу в жовчаних шляхах. Пульс у більшості випадків спочатку сповільнений, надалі стає частим, помітно випереджаючи підвищення температури тіла. Артеріальний тиск знижується. Язик у перші години захворювання вологий, обкладений білим чи сірим нальотом. При блюванні жовчю наліт має жовтий або зеленуватий відтінок.

Живіт переважно здутий, перистальтичні шуми послаблені. Ознаки парезу шлунка та кишечника маніфестують рано. Їх треба пов'язувати із втягненням у патологічний процес кореня брижі кишки. Під час пальпації виявляють болючість в епігастральній ділянці та в правому, а іноді й у лівому підребер'ї. Проте, незважаючи на сильний біль у животі, живіт тривалий час залишається м'яким. Дещо пізніше виникає помірне напруження м'язів передньої черевної стінки.

Бідна місцева симптоматика при тяжкій інтоксикації характерна для раннього періоду гострого панкреатиту. Пізніше виникають симптоми подразнення очеревини, а при перкусії виявляють притуплення в латеральних частинах живота внаслідок накопичення рідини, а також ознаки асептичної флегмони заочеревинної клітковини у вигляді пастозності чи набряку поперекової ділянки.

**«Острый живот» и боль в животе в практике врача общей практики – семейной медицины**  
**V.B. Goshchinsky, L.S. Babinets, B.O. Migienko, I.O. Borovik, V.M. Tvorok, S.S. Ryabokon**

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе обследования больного с болью в животе свидетельствуют о том, что: 20% – это ошибки от нехватки знаний; 50% – ошибки от несоблюдения правил клинического обследования больного; 30% – ошибки, связанные с тяжелым состоянием больного.

В статье приведен перечень основных патологий, которые входят в понятие «острый живот», приведены диагностическая программа и программа дифференциальной диагностики боли для помощи в работе врача общей практики – семейной медицины.

**Ключевые слова:** «острый живот», патология, программа дифференциальной диагностики.

Для діагностики гострого панкреатиту існує низка характерних симптомів, клінічна цінність яких неоднакова:

- симптом Мондора (фіолетові плями на обличчі й тулубі);
- симптом Лагермфа (різкий ціаноз обличчя);
- симптом Холстеда (ціаноз шкіри живота);
- симптом Грея–Турнера (ціаноз бокових стінок живота);
- симптом Куллена (жовте забарвлення шкіри біля пупка);
- симптом Керте (болюча резистентність у вигляді поперекової смуги в епігастральній ділянці на 6–7 см вище пупка);
- симптом Воскресенського (відсутність пульсації черевної аорти в епігастральній ділянці);
- симптом Мейо–Робсона (відчуття болю під час натискання пальцями у лівому реберно-хребтному куті);
- симптом Роздольського (болючість під час перкусії над підшлунковою залозою);
- симптом Щоткіна–Блюмберга у хворих на гострий панкреатит частіше буває слабовираженим.

Таку особливість цієї ознаки подразнення очеревини можна пояснити локалізацією патологічного процесу (в заочеревинному просторі).

У клінічному перебігу панкреонекрозу можна виділити три періоди (В.С. Савельєв і співавтори, 1978):

**I – період (гемодинамічних порушень і панкреатогенного шоку)** триває протягом 2–3 діб. Найхарактернішими ознаками вважають порушення центральної гемодинаміки, зменшення об'єму циркулюючої крові та розлади мікроциркуляції, що спочатку виникають внаслідок ангіоспазму, а надалі – в результаті приєднання внутрішньосудинного згортання.

**II період (недостатності паренхіматозних органів)** триває з 3-го по 7-й день хвороби. При цьому спостерігають порушення функцій основних органів і систем, ознаки серцево-судинної, печінкової й ниркової недостатності та наростання порушень дихання. У цей період можливі ураження центральної нервової системи: розлади психіки, розвиток делірії та коми, що є головною причиною смерті хворих.

**III період (постнекротичних дистрофічних і гнійних ускладнень)** настає через 1–2 тиж від початку захворювання. На тлі прогресування некротичних процесів у підшлунковій залозі розвиваються дегенеративні зміни, виникають парапанкреатичні інфільтрати та кісти, кістозний фіброз підшлункової залози. Поряд із тим може розвиватись також асептична заочеревинна флегмона, яка посилює інтоксикацію. У разі приєднання інфекції виникає гнійний панкреатит. Протягом цього періоду у хворих можуть розвиватись такі ускладнення, як ерозивні кровотечі, внутрішні чи зовнішні нориці, заочеревинна флегмона.

Ми усвідомлюємо те, що перераховані нозологічні форми не є повним переліком хвороб, що дають клінічну картину «острий живот», але все таки становлять більшу частину хвороб, що зустрічаються, і сподіваємося, що наведена клінічна, патогенетична і діагностична інформація виявиться корисною для сімейних лікарів.

**Acute abdominal pain in the practice of a general practitioner – family medicine**  
**V.B. Goshchinsky, L.S. Babinets, B.O. Migienko, I.O. Borovik, V.M. Tvorok, S.S. Ryabokon**

Diagnostic errors in the prehospital stage of the examination of a patient with abdominal pain are evidenced by the fact that: 20% – errors from imperfect knowledge; 50% – errors from non-compliance with the rules of clinical examination of a patient; 30% – errors related to the patient's severe condition.

The article lists the main pathologies included in the term “acute abdomen”, a diagnostic strategy for determination and differentiation of abdominal pain in the work of a general practitioner – family medicine.

**Key words:** «acute abdomen», pathology, differential diagnostics program.

**Сведения об авторах**

**Гощинский Владимир Брониславович** – Кафедра хирургии ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

**Бабинец Лилия Степановна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 352-07-43

**Мигенько Богдан Орестович** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 810-57-20

**Боровик Ирина Олеговна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

**Творко Вадим Михайлович** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

**Рябокоть Светлана Степановна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики–семейной медицины ДВНЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

*Список литературы находится в редакции*

*Статья поступила в редакцию 09.04.2018*