

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской хирургии им. проф. Ю.М.Лубенского

РЕФЕРАТ

По теме

“Острый живот. Догоспитальная диагностика”

Заведующий кафедрой: Д.М.Н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

Выполнил:

Клинический ординатор 1 года
Попов Валерий Александрович

Проверил:

Д.М.Н., доцент
Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович

г.Красноярск, 2020г.

Определение понятия и его фактический смысл

Словосочетание «острый живот» - не нозологический диагноз, а собирательное понятие, обозначающее формализованное выражение тревоги, настороженности врача, обнаружившего при первичном осмотре больного угрожающие признаки брюшной катастрофы. Именно такое образное сравнение использовал известный французский хирург Генри (фр. Анри) Мондор в книге «Неотложная диагностика. Живот», вызвавшей большой интерес российских хирургов после публикации в переводе с французского в 1940 г. Из этой же публикации в российскую медицинскую литературу перешло обобщающее понятие - «острый живот». Следует признать, что избранное автором сопоставление с катастрофой вполне корректно. Согласно сложившимся представлениям, под катастрофой в широком смысле принято понимать событие чрезвычайной значимости, неизбежно приводящее к несовместимым с жизнью многих людей или одного человека последствиям при отсутствии надлежащей неотложной помощи извне.

Спустя десятилетие после публикации перевода книги Мондора термин «острый живот» закрепился в лексиконе отечественных хирургов, получил широкое распространение и обрёл право на официальное существование в качестве предварительного первичного диагноза благодаря изданию, а затем переизданию в дополненном варианте в 1952 г. монографии Н.Н. Самарина «Диагностика острого живота». Автор справедливо посвятил свою книгу сельскому врачу, вынужденному работать в условиях, когда возможность использования дополнительных аппаратных и лабораторных методов диагностики резко ограничена. Однако вскоре оказалось, что пропагандируемые Мондором и Самариним принципы неотложной диагностики востребованы и в более благоприятных условиях работы. Сохраняют они актуальность при оказании неотложной лечебно-диагностической помощи и поныне. В значительной мере востребованность этих принципов обусловлена двумя важными обстоятельствами.

✓ Объективной тенденцией к подразделению общей хирургии на более или менее самостоятельные частные разделы со своими диагностическими и лечебными технологиями. Обратная сторона такой тенденции - узкая специализация хирургов, влекущая неизбежную утрату навыков общеклинической диагностики, абсолютно необходимых в решении неотложных клинических задач.

✓ Созданием в крупных городах и отдельных регионах страны научно-исследовательских институтов или многопрофильных больниц скорой помощи, выполняющих функции методических центров неотложной хирургии, прежде всего абдоминальной. В них концентрируется наиболее сложный контингент больных острыми хирургическими заболеваниями и травмами.

Таким образом, формируется организационная и методическая основа совершенствования дифференцированного подхода к данному виду медицинской помощи в крупных городах и административных центрах. Вполне естественно, что обеспечение такого подхода требует соответствующей подготовки медицинских кадров. При этом следует иметь в виду, что методика постановки предварительного диагноза на догоспитальном этапе и постановка нозологического диагноза после доставки в стационар имеют существенные различия в соответствии с различием практических задач.

На догоспитальном этапе главная цель состоит в том, чтобы на основании индивидуального опыта, анамнестических данных и ограниченного набора физикальных признаков определить, нуждается ли пациент в срочной госпитализации в стационар, где ему может быть оказана полноценная неотложная хирургическая

помощь, или после симптоматического пособия, устраняющего остроту ситуации, он может быть направлен на плановое обследование и лечение в больницу либо на обследование в условиях поликлиники. При этом постановка нозологического диагноза необязательна, если такой диагноз не может быть подтверждён убедительными объективными данными. В случае сохраняющихся обоснованных сомнений относительно диагноза допустимо сформулировать его в обобщающем предварительном варианте. Этим вариантом и служит термин «острый живот». Если предварительный диагноз при сохраняющихся сомнениях может быть выражен в виде более конкретного предположения (допустим, предположения об остром аппендиците или перфоративной язве), его документируют в направлении на госпитализацию после обобщающего диагноза под знаком вопроса, но с обязательным последующим обозначением (также под вопросом) какого-либо альтернативного предположения, с учетом которого, по мнению принимающего решение врача, следует проводить дифференциальную диагностику.

Такое поэтапное приближение к нозологическому диагнозу, уже начиная с первичного осмотра, нередко оказывается полезным для хирургов стационара, куда поступает больной, поскольку в более поздние сроки после начала заболевания семиотика острого живота может оказаться менее яркой либо видоизмененной. Выносить в предварительный диагноз более двух альтернативных предположений нецелесообразно, поскольку это может ещё более запутать и без того непростую клиническую ситуацию.

На госпитальном этапе решают задачи иного уровня. Здесь от полноты диагностической информации и конкретной формулировки диагноза зависит не только суждение о выборе хирургической тактики, но также объём предполагаемой операции, сроки и характер предоперационной подготовки, выбор метода анестезиологического пособия, т. е. решения, оказывающие влияние на исход лечения. Требуемую диагностическую информацию получают в ходе реализации отработанных для каждой из основных нозологических форм острого живота типовых алгоритмов, учитывающих материальное оснащение и профессиональные возможности специалистов конкретного хирургического стационара.

Диагностика острого живота на догоспитальном этапе

Организационно-тактические принципы

Обычно первично диагностируют острый живот врачи линейных бригад скорой помощи либо хирурги поликлиники при обращении больных с острыми болями в животе.

Эффективность диагностики в том и другом случае зависит от внимательности, профессиональных навыков и опыта врача. Менее благоприятный вариант догоспитальной диагностики применительно к острой хирургической патологии складывается, когда первичный осмотр проводит на дому или в поликлинике недостаточно подготовленный или излишне осторожный, уклоняющийся от ответственных самостоятельных решений врач общей практики, назначающий консультации специалистов - хирургов, гинекологов, инфекционистов. В результате неоправданно затягивается время и снижается эффективность необходимой неотложной помощи. Ещё большую опасность представляют попытки больных устранить беспокоящие их ощущения путём самолечения: применения грелок на живот, спазмолитических, обезболивающих препаратов или послабляющих средств.

По существу, врач при первичном обследовании больного, предъявляющего жалобы на боли в животе, рвоту и другие диспепсические расстройства, сопоставляет

свое решение о диагностической и лечебной тактике применительно к четырём группам пациентов.

✓ **Первая группа** - больные, имеющие убедительные признаки острых воспалительно- деструктивных заболеваний или закрытых повреждений органов живота. В этом случае вопрос о необходимости срочной госпитализации в хирургический стационар не вызывает сомнения.

✓ **Вторую группу** составляют больные, у которых без использования дополнительных, лабораторных или аппаратных диагностических методов (но не по причине нерешительности или профессиональной некомпетентности врача!) исключить острые воспалительно- деструктивные заболевания или закрытые повреждения внутренних органов не представляется возможным. В таком случае вопрос о необходимости срочной госпитализации также решается положительно, а в качестве диагноза в направлении на госпитализацию может быть использовано обобщающее понятие «острый живот», дополненное предположительными суждениями об одной или двух нозологических формах со знаком вопроса либо без дополнений.

✓ **Третья группа** нередко вызывает значительные диагностические затруднения. Речь идет о больных с острыми или хроническими заболеваниями терапевтического профиля (пневмонией, гастритом, абдоминальными кризами при системных заболеваниях гематологической или сосудистой природы), у которых наблюдают проявления, не позволяющие исключить брюшную катастрофу. Здесь многое зависит от опыта врача, проводящего обследование, его знаний, широты диапазона клинического мышления, однако затягивать диагностический процесс на догоспитальном этапе даже в трудной ситуации не следует. Кроме того, необходимо помнить, что для части грозных острых заболеваний органов брюшной полости, требующих хирургического лечения (например, перфоративных гастродуоденальных язв и острой кишечной непроходимости (ОКН)), характерен период мнимого благополучия, когда больной перестаёт ощущать острую боль и даже отказывается от госпитализации. Правильная форма поведения врача в подобном случае - терпеливое убеждение с привлечением родственников, разъяснение возможных опасных последствий отказа. При настойчивом категорическом отказе больного от госпитализации, несмотря на убеждение, врач обязан представить соответствующее сообщение о результатах вызова на подстанцию скорой помощи для передачи в поликлинику по месту жительства больного и организации контрольного осмотра хирургом на дому. Таким же образом подобная ситуация разрешается и в случае отказа больного от госпитализации после обследования в приёмном отделении стационара.

✓ **Четвёртая группа** представлена больными с симптомами острого живота и явными признаками острых инфекционных заболеваний, прежде всего кишечных инфекций. Организационные вопросы дифференциальной диагностики применительно к этой группе рассмотрены в одном из последующих разделов главы. Завершая этот раздел, необходимо ещё раз напомнить, что термин «острый живот» может служить лишь ориентировочным, предварительным диагнозом, и только на догоспитальном этапе. Этим диагнозом не следует пользоваться излишне часто. Он предназначен для отражения тревожной ситуации, настраивает на активную хирургическую тактику и вместе с тем носит характер предположения, неполной уверенности врача в своем заключении в связи с нечёткой клинической картиной и ограниченными диагностическими возможностями.

Этот диагноз служит, прежде всего, основанием для неотложного направления в хирургический стационар, где процесс дифференциальной диагностики продолжается на более совершенном уровне, начиная с приёмного отделения.

Семиотика острого живота, её патоморфологическая и патофизиологическая природа

В клиническом смысле острый живот - синдром, но синдром своеобразный. Обычно под синдромом (от греч. *syndrome* - скопление) понимают закономерное сочетание нескольких характерных признаков (симптомов), связанных единством патогенеза. При этом характерные признаки могут соотноситься с разными уровнями диагностического процесса: жалобами на момент обследования, анамнестическими данными о начальных признаках заболевания, данными объективного осмотра или физикальными симптомами, а также результатами лабораторного и рентгенологического исследований. Чем больше характерных признаков удастся выделить, тем большую определённость обретает синдром и этим приближается к нозологической форме диагноза.

Однако с синдромом острого живота всё обстоит иначе. Он соотносится только с догоспитальным этапом диагностики, исключающим использование лабораторных, лучевых или иных специальных дополнительных методов исследования. Он заведомо исходит из предположения о нескольких нозологических формах заболевания, предполагает также нестабильность, динамическую изменчивость отдельных признаков в зависимости от истинной природы заболевания. Так, при перфоративных язвах желудка или ДПК боль в животе изначально носит резкий, кинжальный характер, затем, утрачивая начальную остроту, становится разлитой и постоянной, усиливающейся от изменения положения тела, а потом может вообще проходить, что знаменует наступление периода мнимого благополучия, когда у больного создаётся иллюзия завершения приступа.

Сходным образом при развитии острой тонкокишечной непроходимости боль сначала носит схваткообразный, перемежающийся характер. Интенсивность схваток может достигать силы симптома, образно названного «илеусным криком», и сопровождается выраженной перистальтикой приводящего отдела кишки, а затем по мере функционального истощения и нарастания эндотоксикоза постепенно утрачивает интенсивность, хотя пато-морфологические изменения нарастают. Развитие острого панкреатита также сопровождается интенсивными болевыми проявлениями с характерной иррадиацией (опоясывающая боль).

Данные объективного обследования при различных заболеваниях, составляющих понятие синдрома острого живота, также имеют существенные различия и склонны к динамической изменчивости.

Наконец, главное, что отличает синдром острого живота от других синдромов, - его практическая ценность определяется не количеством клинических признаков, соответствующих определённому патологическому состоянию. Признаков острого живота описано немало.

Каждый, как правило, имеет своего автора (а то и нескольких). Однако значимость каждого из них в распознавании синдрома острого живота зависит главным образом от умения (своего рода искусства) врача выявлять физикальные симптомы, раскрывающие единый патогенетический механизм, - раздражение рецепторов брюшины как высокореактивной и высокочувствительной покровной ткани агрессивным содержимым полых органов и развивающимся в них воспалением. В определённом смысле справедливо говорить о единой патогенетической природе синдрома острого живота. Несмотря на различие инициальных механизмов при отдельных нозологических формах, брюшина отвечает на раздражение однотипно: сначала реактивным, а затем (по мере накопления экссудата и транслокации в него микроорганизмов из внутренних микробиоценозов) обретающим инфекционную природу воспалением.

Механизм развития опосредованных признаков раздражения брюшины убедительно описал в своей книге Мондор. Согласно изложенным им представлениям, этот механизм сводится к защитному сокращению мышц передней брюшной стенки и диафрагмы. При этом патофизиологическая подоплека физикального эффекта - непроизвольного местного уплотнения мышц передней брюшной стенки и ограничения дыхательных экскурсий диафрагмы также за счёт сокращения её мышечных структур - аналогична сокращению поперечнополосатой мускулатуры в ответ на раздражение излившейся кровью, реактивным выпотом или экссудатом синовиальной оболочки сустава в случае его повреждения. Это непроизвольное сокращение приводит к фиксации сустава в функционально выгодном, так называемом физиологическом положении, тем самым обеспечивая покой повреждённому или воспалённому сегменту конечности. При развитии перитонита возникает сходная ситуация, которую распознают при умелой поверхностной пальпации живота, а ограничение подвижности диафрагмы на стороне поражения внутренних органов легко выявляется при перкуссии нижних отделов груди и особенно отчётливо - во время рентгеноскопии.

О воспалении какого-либо из органов брюшной полости свидетельствует болезненность при пальпации живота в проекции органа или при создании эффекта сотрясения брюшной стенки в тех же отделах (симптомы Щёткина-Блюмберга, Раздольского и др.). В случае распространённого перитонита защитное напряжение мышц и болезненность при пальпации распространяются на другие отделы живота.

Нарушение стула при остром развитии синдрома тоже может носить сначала рефлекторный характер. В этом случае даже при странгуляционной тонкокишечной непроходимости может наступить императивное опорожнение нижних отделов кишечника, а затем, уже в связи с распространённым перитонитом, может развиться стойкий кишечный парез.

Учитывая недостаточную определённость субъективной диагностической информации, её получению не следует уделять излишне много времени. Регистрацию жалоб и анамнеза заболевания обычно совмещают с объективным физикальным обследованием. При этом условия достигают двойного эффекта: между врачом и пациентом возникает атмосфера взаимного доверия, в свою очередь, создающая наилучшие условия для воспроизведения достаточно тонких по ощущениям физикальных объективных симптомов.

Переходя к обсуждению приёмов и методов объективного обследования в комплексной диагностике острого живота, следует ещё раз напомнить, что именно участие в патологическом процессе брюшинного покрова (париетального и брыжеечного) как высокочувствительного и высокореактивного обширного рецепторного поля - главное обстоятельство, объединяющее объективные и субъективные клинические признаки в едином синдроме. Отсюда и особое внимание к признакам, служащим прямым или косвенным свидетельством включения брюшины в воспалительный процесс.

Уже при наружном осмотре пациента можно заметить, что содружественное сокращение мышц передней брюшной стенки и диафрагмы ограничивает амплитуду дыхательных движений. Этот эффект особенно убедительно проявляется во время рентгеноскопического исследования больных с перфорацией гастро-дуоденальных язв или при поддиафрагмальных абсцессах любой этиологии. Он получает также подтверждение в двух простых, легко выявляемых на догоспитальном этапе симптомах.

✓ Для воспроизведения первого из них достаточно после обнажения живота попросить больного сделать несколько глубоких вдохов. В этом случае при распространённом перитоните живот вообще не принимает участия в дыхании, а при

воспалении брюшины в верхнем этаже брюшной полости отчётливо заметно *ограничение дыхательных движений* в эпигастральной области.

✓ Другой симптом проявляется, если попросить больного покашлять. При этом вместо резкого сокращения мышц брюшного пресса, которое оттесняет диафрагму кверху и обычно сопутствует кашлю, создавая повышенное давление в бронхах, способствующее отхождению секрета, у больных с распространённым перитонитом возникает, по выражению Мондора, «абортивный», «несформировавшийся» кашель, отличный от резкого болезненного кашля, характерного для диафрагмального плеврита.

Если у больного симптомокомплекс острого живота выражен нерезко и это сказывается в сохранении подвижности нижней половины брюшной стенки, по совету Мондора можно прибегнуть к проверке ещё одного физикального признака, указывающего на сокращение диафрагмальных мышц. Для этого, предупредив больного о цели исследования, нужно положить ладонь на живот в поперечном направлении непосредственно ниже пупка и путём периодически усиливающегося надавливания оттеснять кишечные петли в направлении диафрагмы, вызывая этим её раздражение и сокращение. Положительный характер данного симптома фиксируют, когда каждый из таких мягких толчков сопровождается более или менее болезненной икотой.

Главным определяющим симптомом острого живота, согласно рекомендациям Мондора, Самарина, работам их современников и предшественников, служит ***распознавание локального или распространённого защитного произвольного напряжения мышц брюшной стенки***. При этом следует отметить, что классические рекомендации прошлых лет полностью сохранили значимость для диагностики острого живота и в настоящее время, особенно на догоспитальном этапе.

Объективное обследование больного начинают уже во время опроса по поводу жалоб и анамнеза заболевания. Для этого на обнажённой поверхности живота врач легко и свободно располагает руку, обязательно в стороне от той области, на боль в которой жалуется пациент. Соблюдению деталей здесь придают особый смысл и значимость, чтобы обеспечить оптимальные условия для восприятия искомой диагностической информации. Обращают внимание даже на необходимость предварительного согревания рук врача в зимнее время.

После того как врач убедится в полном спокойствии и доверии пациента, следует начинать поверхностную пальпацию живота. Её обязательно осуществляют всей ладонью и сомкнутыми пальцами с периодическим сопоставлением полученных ощущений в симметричных отделах правой и левой половины живота. Пальпацию проводят не только по передней стенке, но также в боковых и заднебоковых отделах живота, что даёт возможность распознать защитное напряжение мышц не только при внутрибрюшном, но и в случае внебрюшинного расположения инфекционно-деструктивного очага. Особую важность соблюдение представленных рекомендаций имеет при осмотре больных с ожирением, нередко приводящим к частичному жировому перерождению мышц передней брюшной стенки. У таких пациентов выявление главного симптома острого живота - произвольного мышечного сокращения (уплотнения, дефанса), становится доступным лишь для опытного врача- клинициста, обладающего «тактильным талантом» (выражение Мондора).

Существуют и дополнительные рекомендации, сводящиеся к выявлению внутренней боли при распространённом вовлечении брюшины в воспалительный процесс. Для этого необходимо во всех случаях прибегать к осторожному ***пальцевому исследованию прямой кишки***:

✓ Пальцем в перчатке, смазанной вазелином, проникают в ампулу кишки без насильственного преодоления сокращения мышц сфинктера.

✓ После нескольких секунд адаптации больного к необычным ощущениям производят лёгкое надавливание концом пальца на боковые стенки нижеампулярного отдела.

✓ При этом можно выявить реакцию воспалённой брюшины, не покрытой мышечным массивом брюшной стенки. Разлитая болезненность за пределами точек давления свидетельствует о распространённом воспалительном процессе в брюшной полости.

Особую значимость этот приём имеет у детей первых лет жизни, если у них подозревают весьма редкий в таком возрасте острый аппендицит. Дело в том, что вследствие естественного (физиологического) висцероптоза в раннем детстве червеобразный отросток вместе с кишечником опускается в малый таз, и распознавание его воспаления при пальпации живота оказывается значительно менее эффективным. Естественно, что у детей исследование прямой кишки следует осуществлять с особой осторожностью, мизинцем, избегая излишних манипуляций и наблюдая за реакцией ребенка во время надавливания на боковые стенки кишки, поскольку жалоб в словесном выражении он воспроизводить не может.

Другое исследование, связанное с выявлением внутренней боли, свойственной распространённому перитониту даже на ранних стадиях его развития, используют при начальных проявлениях пупочной грыжи (или грыжи брюшной стенки любой другой локализации). При мягком пальцевом давлении удаётся легко вправить такую грыжу, но при этом возникает разлитая болезненность за пределами грыжевого дефекта. Следует постоянно помнить, что пальцевое исследование прямой кишки и целенаправленная **пальпация всех мест типичного расположения грыж брюшной стенки** должны быть непременным правилом при обследовании всех больных с подозрением на синдром острого живота. Соблюдение этого правила способно уберечь от грубых диагностических ошибок, когда, к примеру, больных с выраженным ожирением при наличии у них пристеночного ущемления грыжи брюшной стенки в течение многих часов наблюдают с диагнозом «спаечная болезнь» или «частичная кишечная непроходимость». Такие диагнозы вообще нельзя употреблять в неотложной хирургии, поскольку они не содержат никакой информации для выбора хирургической тактики.

Особое внимание к описанию симптомов раздражения брюшины в диагностике острого живота вызвано тем, что умелое воспроизведение этих симптомов с соблюдением деталей исследования служит решающим аргументом диагностики. Вместе с тем воспроизведение с той же целью обширного набора симптомов, получивших широкую известность по именам предложивших их авторов, но воспроизводимых грубо, неточно и без понимания смысла связанной с ними информации, способно запутать и без того сложную диагностическую ситуацию. Это особенно отчётливо проявляется, когда при утреннем обходе больных после ночного дежурства приходится видеть синяки в правой подвздошной области. Это следы от пальцев - следы неграмотного воспроизведения широко известного симптома Щёткина-Блумберга у больных с подозрением на острый аппендицит.

Дополнительную диагностическую информацию при физикальном обследовании больных с синдромом острого живота привносит перкуссия. В зависимости от тембра (высоты) перкуторного звука в диапазоне от тупости до высокого тимпанита, а также от локализации выявленных изменений можно нередко получить весьма объективные представления о внутрибрюшной патоморфологии. Так, наиболее *высокий тимпанит* свидетельствует о скоплении газа в изолированной петле тонкой кишки, что может быть признаком странгуляционной кишечной непроходимости. Напротив, нечётко отграниченный низкий тимпанит в проекции паренхиматозных органов (исчезновение печёночной тупости) свидетельствует о пневмоперитонеуме, который может быть с

наибольшей вероятностью вызван перфорацией гастроуденальных язв или дивертикулов ободочной кишки и служит в том и другом случае свидетельством распространённого перитонита. Ограниченный тимпанит может свидетельствовать также о местном парезе кишечных петель, расположенных около очага воспалительной деструкции. Так, наличие тимпанита в проекции купола слепой кишки нередко служит признаком ретроцекального забрюшинного деструктивного аппендицита. В этой связи следует ещё раз напомнить, что в отличие от поперечнополосатой мускулатуры, реагирующей на близость инфекционно-воспалительного очага произвольным напряжением, гладкомышечные структуры кишечной стенки отвечают на воспаление устойчивым парезом.

Перкуссия живота с переменной положения тела пациента позволяет по изменению границ тупости в соответствии с перемещением жидкости в полости брюшины устанавливать скопление крови или экссудата, начиная с 400-500 мл.

Полезную дополнительную информацию в диагностику острого живота вносит аускультация. Она позволяет выявить усиленную перистальтику приводящих кишечных петель при ОКН, распознать пальпаторно спровоцированный *шум плеска* в изолированной петле кишки при странгуляции или распространённый феномен плеска при глубоком парезе, обусловленном тяжёлым перитонитом или запущенной низкой кишечной непроходимостью.

Начальный, догоспитальный этап диагностики острого живота завершают предварительным диагнозом. В зависимости от выявленных признаков его можно сформулировать достаточно определённо или в обобщённой форме, подтверждающей синдром острого живота без указания конкретной нозологической формы. Выставленный после первичного осмотра диагноз служит документальным аргументом для направления больного в хирургический стационар в целях дальнейшего уточнения диагноза, определения и реализации хирургической тактики либо для проведения лечебно-диагностического процесса в условиях поликлиники или домашнего режима. Неустранённые сомнения в правомерности диагноза острого живота также служат основанием для направления в хирургический стационар, где есть условия для безотлагательного уточнения диагноза и реализации решений об активной хирургической тактике, если такое решение будет принято.

Организационно-тактические принципы дифференциальной диагностики острого живота на госпитальном этапе

В условиях больницы или другого клинического учреждения дифференциальную диагностику проводят, начиная с приёмного отделения. Уже в ходе осмотра пациента дежурным хирургом диагноз направления может быть отвергнут или уточнён на основании воспроизведения тех же клинических симптомов, что и на догоспитальном этапе, но в более поздние сроки и в исполнении более опытного клинициста-хирурга. Здесь же, в приёмном покое, можно выполнить элементарные лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи), а также обзорную рентгенографию или ультразвуковое исследование (УЗИ) органов живота. С помощью последних даже в период мнимого благополучия диагностируют признаки пневмоперитонеума, свидетельствующего о перфорации гастроуденальных язв или деструкции толстой кишки, а также уровни жидкости в кишечных петлях - признак непроходимости. Практика крупных стационаров показывает, что выполнение такого элементарного набора исследований во время обследования больного в приёмном отделении оказывается полезным. Однако расширять объём догоспитальных исследований до направления больного в лечебные подразделения нецелесообразно: в случае одновременного поступления нескольких пациентов организация работы приёмного

отделения затрудняется, а эффективность диагностического процесса снижается. Задержка больных в приёмном отделении тем более нерациональна, если наличие признаков синдрома острого живота при осмотре дежурным хирургом подтверждается, т. е. соответственно подтверждается и необходимость активной хирургической тактики. В зависимости от остроты клинической ситуации и, прежде всего, от тяжести состояния больного дальнейшую дифференциальную диагностику осуществляют в условиях госпитального отделения или отделения реанимации, а в исключительных случаях (например, при признаках внутреннего кровотечения при внематочной беременности) - в условиях операционной.

Если диагноз направления на госпитализацию сформулирован как «острый живот» и не содержит предположений относительно возможных нозологических форм заболевания органов живота, дифференциальную диагностику на госпитальном этапе следует начинать с исключения патологических состояний, способных симулировать симптомы острого живота.

Отсутствие патогномичных признаков делает этот этап дифференциальной диагностики весьма затруднительным, поскольку перечень возможных заболеваний и повреждений, способных вызвать проявления синдрома, весьма обширен, и сопоставление отдельных патологических симптомов, свойственных патологическим состояниям, относимым к различным нозологическим формам, малопродуктивно. Именно поэтому, отчетливо сознавая, что убедительно отвергнуть предварительный, неуточнённый синдромный диагноз острого живота возможно лишь, противопоставив ему диагноз конкретного заболевания, не требующего хирургического вмешательства на органах брюшной полости, в дифференциальной диагностике острого живота с другими нехирургическими патологическими состояниями приходится обращаться к синдромному подходу. В этой связи пользуются таблицей сопоставления синдромов, предложенной Н.Н. Самариным (1952) и в последующем рационально сокращённой и упрощённой А.А. Гринбергом (1988).

При убедительных клинических признаках тяжёлого распространённого перитонита подготовка к операции должна занимать минимальное время, необходимое для стабилизации основных жизненных функций больного. Задерживать операцию ради уточнения нозологической формы диагноза при наличии перитонита недопустимо. В более спокойной обстановке проведение рациональной дифференциальной диагностики между отдельными нозологическими формами острого живота оправдано, особенно если диагностические мероприятия сочетаются с лечебными в виде инфузионной терапии, региональных новокаиновых блокад, превентивного введения антибиотиков, опорожнения верхних отделов пищеварительной системы от застойного содержимого.

Выстраивание алгоритма дифференциальной диагностики между отдельными формами острого живота во многом определяется характером изначально сложившихся предположений (если они сложились) и зависит от оснащения конкретного стационара новыми лечебно-диагностическими технологиями. В целом алгоритм должен соответствовать логике диагностического процесса, а при его реализации необходимо соблюдать следующие принципиальные установочные положения.

✓ **Во-первых**, последовательность диагностических мероприятий следует определять, исходя из принципов «от простого - к сложному», «от неинвазивных исследований - к инвазивным».

✓ **Во-вторых**, планируя инвазивное исследование, связанное с той или иной степенью риска осложнений, вызванных самим его проведением, необходимо взвешивать предполагаемую полезность ожидаемой диагностической информации в сопоставлении с риском дополнительных повреждений. В связи с этим вряд ли допустимо даже в стационарах, обладающих возможностью круглосуточного

проведения эндовидеохирургических вмешательств, использовать этот метод на этапе первичной диагностики, не испытав предварительно диагностические возможности других, неинвазивных или менее травматичных методов. По крайней мере, рекомендовать такой подход в качестве общей рекомендации неправильно.

✓ **В-третьих**, применение инвазивного метода диагностики, например лапароцентеза, предполагает использование всех связанных с ним диагностических возможностей: лабораторного исследования промывной жидкости после введения в брюшную полость изотонического раствора в количестве 80 мл на 10 кг массы тела (приблизительно 700-800 мл) с количественным определением форменных элементов крови и содержания биохимических примесей. Так, при микроскопическом исследовании промывной жидкости в случае подозрения на продолжающееся кровотечение в брюшную полость диагностически значимым считают наличие 100 000 эритроцитов в 1 мл, для диагностики развивающегося перитонита доказательным считают наличие 10 000 лейкоцитов в 1 мл, а о развивающемся остром панкреатите свидетельствует активность 128 ЕД амилазы в 1 мл.

✓ **В-четвертых**, при обнаружении признаков острого живота нельзя осуществлять лапаротомию заведомо в качестве лишь диагностического акта («чтобы избежать ошибки в диагнозе»). Лапаротомия всегда предполагает возможность выполнения лечебного пособия. Иначе оперативное вмешательство, связанное пусть с относительно небольшим, но все же вполне реальным риском развития обусловленных им осложнений, нельзя считать оправданным. В определённой мере этот принцип соотносится также и с эндовидеохирургической лапароскопией. Несмотря на малую инвазивность, в практике неотложной абдоминальной хирургии она вполне сопоставима по риску осложнений с лапаротомией, а в отдельных случаях (при наличии послеоперационных рубцов брюшной стенки, свидетельствующих о вероятности спаечного процесса в полости брюшины) превышает этот риск.

В последние годы более отчетливо проявилась необходимость соблюдения и ещё одного принципа дифференциальной диагностики при клинической картине острого живота. Такая необходимость возникает, когда симптомы, указывающие на возможность внутрибрюшной катастрофы, сочетаются с объективными признаками инфекционных заболеваний, чаще всего кишечных инфекций. В этом случае инфекционное заболевание вполне может оказаться не диагностической альтернативой, а фоновым страданием, формирующим патоморфологический субстрат для развития синдрома острого живота. Как показывает опыт работы в очагах эпидемий, угроза которых возрастает в районах стихийных бедствий и длительных локальных вооружённых конфликтов, применение антибиотиков широкого спектра действия, способствующее нарушению естественного кишечного микробиоценоза, нередко нарушает известную цикличность классических инфекционных заболеваний, усиливая, например, при брюшном тифе вероятность образования язвенных дефектов кишечной стенки и их перфорации на всех этапах развития заболевания, в том числе и повторных перфораций. Кроме того, в последние годы доказана причастность некоторых возбудителей классических инфекционных заболеваний (сальмонеллёза, иерсиниоза, псевдотуберкулёза) к этиологии деструктивных форм острого аппендицита и острого холецистита, т. е. болезней, традиционно относимых к хирургическим инфекциям. Отсюда необходимость настороженного отношения к такого рода пациентам: признаки острого инфекционного заболевания сами по себе не исключают необходимости неотложного хирургического лечения, которое, естественно, необходимо осуществлять в условиях хирургического стационара, но с соблюдением противоэпидемического режима. К настоящему времени уже существуют материалы, обобщающие позитивный опыт работы хирургических отделений на базе крупных инфекционных больниц и

некоторых инфекционных госпиталей, обеспечивающих оказание медицинской помощи в особых условиях. Апробированная организационная форма подтверждает свою конструктивность.

Таковы организационно-тактические принципы дифференциальной диагностики острого живота, сложившиеся к настоящему времени. Если оценивать перспективу, то она в наибольшей мере связана с широкомасштабным внедрением в практику высокоинформативных методов лучевой диагностики, уже сегодня способных обеспечить достоверное распознавание локализации и патоморфологической характеристики многих инфекционно-деструктивных очагов, составляющих объективную основу диагностики острого живота.

Рекомендуемая литература

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. М. : МИА, 2014.
2. Шайн М., Роджерс П., Ассалия А. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. 3-е издание. Русский Суржинет, 2015. 651 с.