

# Діагностика і терапія болю в животі у практиці сімейного лікаря

---

*І.П. Катеренчук, О.О. Гуцаленко, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

У повсякденній діяльності сімейного лікаря досить часто зустрічаються пацієнти, які скаржаться на гострий біль у животі, зумовлений різноманітними причинами. І лише висока професійна майстерність, глибоке знання патофізіологічних механізмів розвитку болю, вміння кваліфіковано проводити обстеження хворого та давати ґрунтовну й правильну оцінку виявленим ознакам визначають своєчасність і правильність надання медичної допомоги на амбулаторному, а за необхідності – та стаціонарному етапах, свідчать про грамотність і компетентність лікаря. Симптоми і синдроми, одним з проявів яких є біль у животі, можуть бути ознаками різних захворювань. Уміння швидко встановлювати правильний діагноз визначає своєчасність проведення необхідного лікування (хірургічного чи терапевтичного). Проблема правильної оцінки і трактування болю у животі є однією з найскладніших у сучасній клініці внутрішніх захворювань. Це, з одного боку, зумовлено розмаїттям захворювань (хірургічних, терапевтичних, гінекологічних тощо), для яких біль у животі є провідним клінічним синдромом, з іншого – з можливістю незвичного їх перебігу, коли ті чи інші ознаки абдомінального болю є атиповими, що може стати причиною діагностичних помилок.

## **Причини болю у животі**

Загалом біль у животі може бути однією або поєднанням декількох причин, з яких найбільш частими і значимими є:

- запальне пошкодження очеревини;
- розтягнення або спазм шлунка та/або кишечника;
- розтягнення капсули органа (наприклад, печінки);
- ішемія органів черевної порожнини внаслідок надмірного розтягнення брижі, інвагінації, защемленої грижі.

Виходячи із загальних ознак, визначають 5 груп причин, що зумовлюють розвиток гострого болю у животі:

### **I. Запалення парієтальної очеревини:**

- викликане хімічним подразненням:
  - перфоративна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки;
  - панкреонекроз;
  - перфорація тонкої кишки;
- викликане бактеріальним зараженням:
  - перфорація апендикса;
  - запалення органів тазу;
  - перфорація стінки товстої кишки;
  - бактеріальне запалення внутрішніх органів.

### **II. Обструкція порожнини внутрішнього органа:**

- тонкої або товстої кишки;
- жовчовивідних шляхів;
- сечоводів;
- сечового міхура.

### **III. Судинні:**

- емболії або розрив судин;
- тромбози судин;
- ішемія при перекуті або здавлюванні;

- серповидно-клітинна анемія.

IV. Розтягнення капсули внутрішнього органа (печінки, селезінки, нирок).

V. Захворювання передньої черевної стінки (деформація кореня брижі, патологія м'язів).

Хоча причини болю можуть бути різними, його характер у животі значною мірою визначається особливостями іннервації.

*Соматичний біль* – проводиться волокнами симпатичної нервової системи з парієтальної очеревини, зміни в якій є джерелом больових відчуттів. Хворий характеризує цей біль як гострий, пекучий, колочий та такий, що посилюється при зміні положення тіла та рухах. Біль має чітко визначену локалізацію. Рефлекторні механізми зумовлюють ригідність м'язів над ділянкою болю, яка визначається при пальпації кишечника.

*Вісцеральний біль* – зумовлений подразненнями рецепторів, розміщених у вісцеральній очеревині, які реагують на збільшення внутрішньопорожнинного тиску або закупорку порожнистого органа. На відміну від парієтального, вісцеральний біль переважно не має чіткої локалізації, часто поєднується з ознаками подразнення вегетативної нервової системи: нудотою, блюванням, відчуттям серцебиття, блідістю шкіри і профузним потовиділенням.

*Діафрагмальний біль* – зумовлений проведенням больових імпульсів по діафрагмальному нерву з діафрагми, печінки, шлунка, селезінки з іррадіацією у плече. По суті, цей біль є варіантом вісцерального болю. Кашель і дихальні рухи, як правило, біль підсилюють.

*Переймоподібний біль* – визначається як колька, може періодично повторюватися. Зумовлений надзвичайно сильними скороченнями порожнистого органа (спазмами).

*Відбитий (віддзеркалений) біль* – виникає у разі проведення вісцерального болю по чутливих волокнах цереброспинальних нервів. Прикладом може бути біль у правому верхньому квадранті живота і підключичній ділянці при діафрагмальному плевриті або піддіафрагмальному абсцесі. Біль, відбитий від органів грудної клітки, часто супроводжується ригідністю черевних м'язів. Характерною ознакою його є те, що він зменшується під час вдиху, тоді як біль, зумовлений патологією органів черевної порожнини, наявний протягом двох фаз дихання. Пальпація живота не підсилює відбитий біль, а іноді може навіть зменшувати його.

*Біль метаболічного походження* – його класичним проявом є біль у животі різної локалізації та інтенсивності, який виникає при розвитку уремії та у хворих на цукровий діабет. Біль при гострій порфірії або колька при отруєнні свинцем можуть імітувати біль при кишковій непрохідності. Варто пам'ятати, що біль метаболічного характеру може нашаровуватися на біль при патології органів черевної порожнини.

*Психогенний біль* – різноманітний за характером і локалізацією біль. Зустрічається переважно у дівчат або жінок, що страждають на істерію. Рідко поєднується з нудотою або блюванням, ригідністю м'язів черевної стінки. Навіть якщо є деякий спазм мускулатури черевної стінки, він триває недовго і зникає, якщо відволікти увагу хворого.

*Абдомінальний біль атеросклеротичного походження* – при атеросклеротичному ураженні мезентеріальних судин виникає переймоподібний біль у животі, особливо після вживання їжі, і зникає після прийому спазмолітичних засобів. Крім облітеруючого атеросклерозу, причиною аналогічного болю можуть бути облітеруючий тромбангіт, коарктація черевного відділу аорти. При емболії або тромбозі верхньої брижової артерії біль виникає раптово та розповсюджується з ознаками перитоніту і судинного колапсу. Емболії мезентеріальних артерій частіше зустрічаються у хворих на інфекційний ендокардит, з інфарктом міокарда та при порушеннях серцевого ритму.

Стійкий і гострий біль у животі може зумовлювати аневризма черевного відділу аорти, яка пульсує, і її наявність можна встановити при проведенні пальпації й аускультатії живота. Сильний біль у животі спостерігається при розшаровуючій

аневризмі аорти.

Найчастішими причинами гострого болю у животі можуть бути гострий апендицит, гострий холецистит, печінкова колька, перфорація порожнистих органів (шлунок, кишечник), гострий панкреатит, гострий холангіт, кишкова непрохідність, защемлена грижа, перекути або розрив оваріальної кисти, позаматкова вагітність, гострий сальпінгіт або аднексит.

Значно рідше гострий біль у животі можуть викликати розрив аневризми аорти, тромбоз мезентеріальних судин, гострий піелонефрит, загострення пептичної виразки, оперізуючий лишай, гостра затримка сечі, закрита травма живота.

Рідко причиною гострого болю у животі бувають гематома, інфаркт селезінки, пневмонія, інфаркт міокарда, діабетичний кетоацидоз, хвороби крові.

Хоча сімейний лікар може добре знати про наявність тих чи інших захворювань у пацієнта, скарги на гострий біль у животі завжди є несподіваними і вимагають швидкого прийняття рішення. І в цих умовах першочергового значення набувають прості загальноприйняті методи обстеження – опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация. Саме ці методи дозволяють визначити попередній діагноз і спектр подальших лабораторних та інструментальних досліджень.

При огляді спостерігається різка блідість шкіри і слизових оболонок. При перитоніті – очі запалі, блідо-сірий колір шкіри, покритий краплями холодного поту. Слід звернути увагу на форму живота і вигляд передньої черевної стінки: втягнений живіт характерний для перфорації порожнистого органа, здутий і асиметричний – для непрохідності кишечника. Незабаром після початку захворювання на поверхні язика утворюється білий, жовтий або бурий наліт. При наростаючих явищах інтоксикації він стає сухим, як щітка. Важливу роль мають оцінка пульсу й артеріального тиску. У міру розвитку перитоніту частота пульсу зростає, а наповнення його зменшується.

***Під час опитування хворого з гострим болем у животі лікар повинен одержати відповідь на такі запитання:***

- 1. Початок болю – поступовий, повільний, раптовий.*
- 2. Інтенсивність – легка, помірна, сильна.*
- 3. Динаміка – стихання, наростання, зміна характеру.*
- 4. Характер болю – постійний, переймоподібний.*
- 5. Глибина – поверхневий, глибокий.*
- 6. Залежність болю від: рухів, сечовиділення, дефекації.*
- 7. Локалізація болю – у конкретному місці, дифузний, поза животом.*
- 8. Стійкість – стабільний (у одному місці), мігруючий.*
- 9. Іррадіація болю – посегментарна, відбита в уражені органи.*
- 10. Вплив медикаментів – вживані ліки, їх ефективність.*

***Якщо пацієнт скаржиться на біль у животі, під час опитування обов'язково слід з'ясувати:***

- 1. Як розпочався біль – раптово чи розвинувся поступово.*
- 2. Виразність болю загалом і у якому місці біль є найбільш вираженим.*
- 3. Куди іррадіює біль.*
- 4. Яка тривалість болю.*
- 5. Які фактори підсилюють або зменшують біль.*
- 6. Які інші прояви захворювання наявні одночасно з болем – блювання, пронос, запор, дизурічні прояви.*
- 7. Чи є зв'язок болю з прийомом їжі або води.*
- 8. Чи не пов'язаний біль у животі з менструальним циклом або його розладами (у жінок).*

***Проводячи огляд, пальпацію та аускультацию живота, необхідно встановити наявність:***

1. Асиметричності живота.
2. Незвичних випинань у ділянці передньої черевної стінки.
3. Здуття живота.
4. Видимої перистальтики кишечника.
5. Ригідності передньої стінки живота.
6. Болючих або пульсуючих утворень, які визначаються пальпаторно.
7. Симптомів подразнення очеревини.
8. Кишечних шумів.

Спочатку здійснюють орієнтовну поверхневу пальпацію живота. Глибоку пальпацію необхідно проводити дуже обережно, оскільки вона може викликати захисну напругу м'язів передньої черевної стінки, що не дозволить у подальшому оцінити стан органів черевної порожнини. Пальпація живота дозволяє визначити ознаки перитоніту, при перфорації порожнистого органа з'являється «дошкоподібний живіт».

При обмеженому перитоніті в ослаблених хворих, осіб похилого віку напруга м'язів передньої черевної стінки може бути відсутня.

Перкусія живота дозволяє визначити межі печінкової тупості або її зникнення, що характерно для перфорації порожнистого органа, наявність вільної рідини у черевній порожнині, яка визначається при кровотечі. При кишковій непрохідності виявляється виражений тимпаніт, зумовлений накопиченням газів у кишечнику.

Аускультация живота дозволяє оцінити перистальтику, виявити «шум плескоту», звук «падаючої краплі», що дозволяє запідозрити кишкову непрохідність.

При ректальному дослідженні можна виявити патологічні процеси у дистальному відділі прямої кишки (наприклад, пухлину) і параректальній клітковині, різку болючість передньої стінки прямої кишки, що свідчить про накопичення ексудату у порожнині малого тазу. Зниження тону сфінктера заднього проходу і розширення ампули прямої кишки (симптом Обухівської лікарні) – характерні ознаки непрохідності кишечника.

Вагінальне дослідження дозволяє оцінити стан внутрішніх статевих органів і провести диференціальний діагноз з гострими захворюваннями органів черевної порожнини. Болючість при зміщенні шийки матки свідчить про залучення у запальний процес внутрішніх статевих органів.

Основні симптоми, характерні для патології органів черевної порожнини, з'являються протягом першої доби. Серед них найбільш частими є:

- гострий біль у черевній порожнині;
- нудота;
- блювання;
- жовтяниця;
- кровотеча;
- загальні (колапс, інтоксикація, лихоманка).

Слід зазначити, що гострий біль у животі є суб'єктивним відчуттям, яке кожний пацієнт може розцінювати по-різному. Здатність об'єктивно оцінювати ступінь і характер болю залежить від характерологічних особливостей, інтелекту, культурного рівня й умов, у яких знаходився пацієнт під час виникнення болю.

При опитуванні хворого необхідно з'ясувати час появи болю та найбільш імовірну причину його виникнення.

Особливості початку болю такі:

- сильний біль, що виник раптово, характерний для перфорації внутрішнього органа (наприклад, гострий біль, що нагадує удар кинджалом при перфорації шлунка, біль при перфорації кишечника);
- сильний біль із раптовим початком може відзначатися при розриві аневризми аорти (аорталгії), перекуті яєчника, спонтанному пневмотораксі;
- біль із поступовим наростанням інтенсивності (протягом хвилин, годин, іноді днів), характерний для гострого апендициту, холецистити, дивертикуліту, непрохідності

тонкої кишки, гострої мезентеріальної ішемії, гострої затримки сечі тощо;

- повільний (протягом декількох днів або навіть тижнів) розвиток болю, характерний для злоякісних новоутворень (наприклад, розвиток обтураційної кишкової непрохідності при пухлині товстої кишки).

Досить часто біль у животі поєднується з іншими симптомами, визначення й аналіз яких має важливе діагностичне значення.

Гострий біль у животі в поєднанні з колапсом та анемією, яка поступово наростає, характерний для:

- розриву аневризми черевної аорти;
- розриву маткової труби за наявності позаматкової вагітності;
- апоплексії яєчника (у разі значної кровотечі).

Гострий біль у животі в поєднанні зі зниженням артеріального тиску (АТ) найчастіше спостерігається при:

- абдомінальному варіанті гострого інфаркту міокарда;
- розшаровуючій аневризмі черевного відділу аорти;
- гострій недостатності кори надниркових залоз;
- тромбозі брижових судин;
- гострому панкреатиті;
- розриві маткової труби за наявності позаматкової вагітності (при незначній кровотечі);
- перфоративній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки;
- спонтанному пневмотораксі;
- защемленій діафрагмальній грижі.

Гострий біль у животі в поєднанні з гарячкою спостерігається при:

- оперізуючому лишаї;
- гострій нижньочастковій пневмонії;
- діафрагмальному плевриті;
- періодичній хворобі;
- гострому апендициті;
- гострому холециститі;
- гострому аднекситі;
- гострому паранефриті;
- геморагічному васкуліті;
- гострому пієлонефриті;
- гострому перикардиті;
- абсцесі печінки;
- піддіафрагмальному абсцесі;
- карбункулі нирки;
- вузликовому поліартеріїті;
- гострому брижовому лімфаденіті.

Поєднання гострого болю у животі з багаторазовим блюванням спостерігається при:

- жовчнокам'яній хворобі;
- гастралгічній формі гострого інфаркту міокарда;
- гострому панкреатиті;
- гострому завороті шлунка;
- діабетичному кетоацидозі;
- непрохідності кишечнику;
- загостренні пептичної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки;
- перекруті ніжки кісти яєчника або його пухлини;
- гастритичній формі харчової токсикоінфекції.

Поєднання гострого болю у животі з проносом спостерігається при:

- загостренні хронічного панкреатиту;
- ентероколітичній формі харчової токсикоінфекції;
- хворобі Крона;

- синдромі Золінгера-Елісона;
- неспецифічному виразковому коліті;
- виразковому туберкульозі кишок.

Гострий біль у животі в поєднанні з гепатомегалією спостерігається при:

- гострій правшлуночкової недостатності внаслідок тромбоемболії легеневої артерії або інфаркті міокарда правого шлуночка;
- безжовтяничній формі гострого вірусного гепатиту;
- синдромі Бадда-Кіарі.

Гострий біль у животі в поєднанні зі змінами у сечі спостерігається при:

- сечокам'яній хворобі;
- інфаркті нирки;
- геморагічному васкуліті;
- гострій інтерміттивній порфірії.

Гострий біль у животі в поєднанні із запором спостерігається при:

- непрохідності товстої кишки;
- кільці при отруєнні свинцем;
- дивертикуліті;
- атонічній дискінезії кишок.

У дітей, на відміну від дорослих, біль у животі може мати й інші причини. Так, у дітей віком до 6 місяців біль у животі часто зумовлюється попаданням повітря у шлунок або кишечник, внаслідок чого виникає своєрідна колька. Дитина може плакати, витягувати ніжки, притискати їх до живота і протягом однієї години вести себе неадекватно. Після відходження газів дитина може заспокоїтись. Як правило, такий колькоподібний біль у дітей віком від 6 місяців зникає самостійно. Новонароджені також можуть страждати від закупорки шлунка або кишкового тракту. Про це свідчить блювання або здуття живота.

У дітей після шестимісячного віку типовою причиною болю у животі є запалення шлунка і кишечника, зумовлене вірусною або бактеріальною інфекцією. Біль у животі супроводжується проносом, блюванням, високою температурою тіла, нервовим збудженням і загальним занепокоєнням. Іноді знижується апетит і дитина відмовляється від їжі.

Діти старшого віку можуть відчувати біль у животі внаслідок грипу або гострої респіраторної вірусної інфекції. При обстеженні дитини з болем у животі можна виявити ангіну, високу температуру тіла, нежить, головний біль, блювання. Іншою можливою причиною болю у животі може бути пахова грижа. Часто разом з болем у нижній частині живота відмічається блювання. У дітей дошкільного віку причиною болю у животі можуть бути запор, інфекції сечового тракту, пневмонія. Якщо причиною є запор, то біль значно зменшується або зникає після випорожнення. Інфекцію сечового тракту супроводжують підвищена температура тіла, дискомфорт при сечовиділенні. При супутній пневмонії наявні кашель, висока температура тіла, біль у грудях. Іншою можливою, але менш поширеною причиною може бути харчове отруєння, при якому біль у животі має судомний характер, з одночасними блюванням і проносом.

У дітей шкільного віку причиною болю у животі можуть бути запальні процеси у слизовій оболонці шлунка, удари у живіт, інфекції сечового тракту, вірусні інфекції.

### **Гострий живіт**

Гострий живіт – це збірне поняття, яке об'єднує різні захворювання черевної порожнини, загальною ознакою яких є, у переважній більшості випадків, необхідність надання невідкладної хірургічної допомоги.

**Гострий живіт** – це своєрідний комплекс, який поєднує симптоми:

- сильний біль у животі, який виникає протягом декількох годин чи днів;
- диспепсичні симптоми (нудота, блювання);

- ознаки подразнення очеревини;
- тяжкий загальний стан постраждалого.

Для правильної оцінки болю в животі та визначення суті патологічного процесу необхідно:

- визначити місце максимального відчуття болю та його іррадіацію;
- з'ясувати обставини, з якими пов'язане виникнення болю та його зменшення (порушення дієти, різкі рухи, фізичне навантаження, хвилювання, блювання, дефекація тощо);
- виявити супутні розлади травлення (здуття, блювання, діарею), співвідношення цих явищ у часі, співпадання зі зміною кольору шкіри, сечі, калу.

При фізикальному дослідженні хворого необхідно звернути увагу на:

- зовнішній вигляд;
- вираз обличчя, міміку, поведінку (скутість чи рухливе занепокоєння), ходу, вимушену позу, участь живота в диханні, колір шкіри, слизові оболонки, стан зіниць;
- зони шкірної гіперальгезії, перкуторної болючості, болючості окремих органів при пальпації, напругу передньої черевної стінки, симптом Щоткіна-Блюмберга;
- здуття живота, наявність чи відсутність перистальтики, м'язової напруги, жовтяниці;
- зміни в інших органах і системах – наявність атеросклерозу аорти і вінцевих артерій (інфаркт міокарда, тромбоз мезентеріальних судин), запах ацетону з рота, розм'якшення очних яблук (діабетична прекома), ціаноз, набряки, болючість із рівною поверхнею печінки (серцева недостатність).

Найбільш частими причинами виникнення гострого болю в животі, при яких діагностують синдром гострого живота:

I. Захворювання органів черевної порожнини:

- защемлення гили стравохідного отвору діафрагми;
- перфорація виразки шлунка або кишки;
- жовчнокам'яна хвороба та гострий холецистит (печінкова колька);
- гостра кишкова непрохідність;
- гострий апендицит;
- гострий панкреатит, панкреатонекроз;
- гострий тромбоз мезентеріальних судин.

II. Гінекологічні захворювання:

- позаматкова вагітність;
- перекручення ніжки кісти;
- гострий аднексит;
- апоплексія яєчника.

III. Захворювання нирок і сечових шляхів:

- сечокам'яна хвороба;
- гострий пієлонефрит;
- інфаркт нирки.

IV. Інші хвороби:

- захворювання нервової системи;
- гостра пневмонія;
- спонтанний пневмоторакс;
- інфаркт міокарда;
- розшаровуюча аневризма аорти.

Диференціально-діагностичні ознаки захворювань, що найчастіше є причиною першочергового встановлення синдрому гострого живота, представлені у [таблиці](#).

Клініко-діагностичні ознаки перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки:

- виразковий анамнез;
- раптовий «кинжалний» біль у надчеревній ділянці (при виразці шлунка) або правому підребер'ї (при виразці дванадцятипалої кишки);

- хворий лежить на спині або на правому боці, боязнь поворухнутися;
- живіт утягнений, «дошкоподібний», не бере участі в акті дихання;
- позитивні симптоми подразнення очеревини;
- перкуторно – зникнення печінкової тупості;
- рентгенологічно – газ під правим куполом діафрагми.

Клініко-діагностичні ознаки гострого апендициту:

- поява раптового болю навколо пупка, який потім зміщується у здухвинну ділянку;
- біль може поширюватися на промежину, яєчко або мати характер кольки;
- нудота, одно- або дворазове блювання, як правило, на початку захворювання;
- захисне напруження м'язів та симптоми подразнення очеревини у правій здухвинній ділянці;
- позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Ровзінга, Сітковського;
- гарячка без ознобу або незначне підвищення температури;
- лейкоцитоз, паличкоядерний нейтрофільний зсув.

Клініко-діагностичні ознаки гострого холециститу (жовчної кольки):

- сильний біль у правому підребер'ї з іррадіацією у спину, праву лопатку;
- локальна болючість у правому підребер'ї;
- симптоми подразнення очеревини (при деструктивних формах);
- підвищення температури тіла, озноб;
- багаторазове блювання жовчю;
- позитивні симптоми Ортнера, Мюсі;
- хворий лежить переважно на правому боці, але боязні рухатись, скутості, як при перфоративній виразці, немає;
- нейтрофільний лейкоцитоз, прискорена швидкість зсідання еритроцитів (ШЗЕ).

Клініко-діагностичні ознаки гострого панкреатиту:

- інтенсивний біль у верхній ділянці живота, що виникає раптово, через деякий час після вживання жирної чи гострої їжі, алкогольних напоїв;
- біль оперізує або іррадіює у підребер'я та спину;
- біль надто сильний, частіше постійний, інколи супроводжується нападами;
- багаторазове блювання, часто невпинне, яке не приносить полегшення;
- живіт здутий, затримка випорожнень та виділення газів;
- гіперамілаземія.

Клініко-діагностичні ознаки гострої кишкової непрохідності:

- інтенсивний переймоподібний біль у животі, який змінюється періодом затишшя, а потім знову відновлюється;
- стійка нудота і багаторазове блювання їжею, потім жовчю, потім калове блювання;
- сильна спрага;
- відсутність випорожнень та відходження газів;
- нестерпні тенезми;
- хворий лежить на правому боці або знаходиться у колінно-ліктьовому положенні, під час нападів болю виражений неспокій;
- живіт збільшений нерівномірно за рахунок роздутих газом петель кишок;
- живіт м'який, симптомів подразнення очеревини немає, інколи визначається роздута кишкова петля з хвилями перистальтики;
- перкуторно – ділянки високого тимпаніту;
- аускультативно – гучні перистальтичні шуми, при повному паралічі кишок – «німий» живіт;
- ректально – пряма кишка порожня і роздута;
- дихальні екскурсії живота збережені.

Клініко-діагностичні ознаки тромбозу мезентеріальних судин:

- наявне ембологенне джерело, генералізований атеросклеротичний чи інший судинний процес, передумови венозного тромбозу;
- інтенсивний переймоподібний біль у животі, що супроводжується шокоподібним станом;



- відсутність перистальтики при аускультативі живота, поширена болючість при пальпації;
- біль надто сильний, іноді нестерпний, дещо зменшується при колінно-ліктьовому положенні пацієнта;
- одно- або дворазове блювання, при непрохідності – багаторазове;
- часті незначні випорожнення з домішками крові;
- гіперлейкоцитоз з паличкоядерним нейтрофільним зсувом.

## **Лікування**

Фактори, що визначають особливості лікування на догоспітальному етапі:

- недостатня виразність клінічної симптоматики, особливо на ранніх стадіях захворювання;
- відсутність у сімейного лікаря можливості для тривалого спостереження за пацієнтом з оцінкою динаміки розвитку й змін клінічних симптомів і синдромів;
- вирішення питання своєчасної госпіталізації;
- доцільність вибору оптимальної терапії до та під час транспортування хворого у лікувальний заклад.

При гострих хірургічних захворюваннях, першими проявами яких є біль у животі, необхідна якнайшвидша госпіталізація у хірургічний стаціонар, бо від того, скільки часу минуло від початку захворювання до госпіталізації, залежить кількість ускладнень і летальних випадків. Так, смертність серед госпіталізованих через 24 години від початку захворювання перевищує більш ніж вдвічі смертність серед пацієнтів, яким надавалась допомога протягом першої доби.

Основним правилом при гострому болю у животі є проведення термінових заходів з визначення причини болю і, за необхідності, – термінова госпіталізація, тому такий хворий підлягає негайній евакуації до стаціонарного лікарняного закладу.

Термінова госпіталізація доцільна за наявності хоча б однієї з таких ознак:

- гострий біль у животі, який розвинувся раптово;
- неодноразове блювання, яке не приносить полегшення;
- захисна напруга м'язів черевної порожнини;
- позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- тяжкий загальний стан пацієнта – запалі очі, загострений ніс, незрозуміле занепокоєння, судинний колапс, затримка випорожнень і газів або тяжкий пронос, виражений метеоризм.

Медична допомога на догоспітальному етапі при гострих хірургічних захворюваннях передбачає:

- виявлення та оцінку життєво небезпечних симптомів і синдромів;
- підтримання життєдіяльності організму хворого протягом часу, необхідного для транспортування пацієнта у стаціонар;
- швидке і цілеспрямоване транспортування пацієнта у стаціонар.

При підозрі на гострий живіт показане голодування. Враховуючи неможливість внутрішньовенного введення різноманітних розчинів, інколи доцільно дати хворому неміцний солодкий чай.

Якщо є можливість забезпечити місцеве охолодження живота (міхур з льодом), це варто зробити, не забуваючи про необхідність загального зігрівання хворого.

Промивання шлунка, очисні клізми при підозрі на гострий живіт протипоказані.

## **Застосування анальгетичних засобів**

При болю у животі, зумовленому гострими захворюваннями черевної порожнини, на догоспітальному етапі введення наркотичних і ненаркотичних анальгетиків є протипоказаним. Їх застосування може призвести у подальшому до діагностичних помилок, ціною яких може бути життя пацієнта. І хоча прибічники призначення медикаментів стверджують, що раннє призначення анальгетиків є профілактикою розвитку больового шоку і повинно проводитись для лікування неспецифічного

больового синдрому, така думка є необґрунтованою і хибною.

### **Антибактеріальні засоби**

У разі швидкої доставки хворого у стаціонар до остаточного визначення діагнозу призначення антибактеріальних засобів слід уникати.

### **Спазмолітичні засоби**

Можуть бути призначені при печінковій або нирковій кольках, синдромі подразненого кишечника, якщо у лікаря немає сумніву щодо правильності встановленого ним діагнозу.

### **Інфузійна терапія**

Інфузійна терапія на догоспітальному етапі може бути засобом для безпечного транспортування пацієнта. Внутрішньовенна інфузійна терапія може проводитись перед та під час транспортування хворого у стаціонар. Найбільш необхідним є проведення інфузійної терапії при шоківих станах, перфорації пептичної виразки, гострій кишковій непрохідності, гострому панкреатиті, перитоніті, внутрішньоочеревинній кровотечі.

### **Література**

1. Анохина Г.А. Абдоминальный ишемический синдром // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 1. – С. 42-47.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Абдоминальные боли: этиология, патогенез, диагностика, врачебная тактика // Практикующий врач. – 2002. – № 1. – С. 39-41.
3. Катеренчук І.П., Гуцаленко О.О. Диференційний діагноз болю у животі у практиці терапевта. – К.: Книга плюс, 2003. – 106 с.
4. Комаров Ф.И., Шептулин А.А. Боли в животе // Клиническая медицина. – 2000. – № 1. – С. 46-50.
5. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов В.И. Неотложная гастроэнтерология: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер Пабблишинг, 1997. – 512 с.
6. Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э. Конден. Боль в животе: Пер. с англ. – М.: Бином, 2000. – 320 с.
7. Мерта Дж. Справочник врача общей практики: Пер. с англ. – М.: Практика, 2000. – 1230 с.
8. Передерий В.Г., Викторов А.П., Щербак А.В. Острые абдоминальные синдромы при сахарном диабете // Клин. мед. – 1989. – № 8. – С. 33-38.
9. Фадеенко Г.Д. Абдоминальная боль в терапевтической практике: от патогенеза к лечению // Doctor. – 2003. – № 4. – С. 72-74.
10. Харченко Н.В., Родонежская У.В. Абдоминальная боль в практике гастроэнтеролога // Журнал практичного лікаря. – 2003. – № 4. – С. 8-12.
11. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // Клин. фармакология и терапия. – 2002. – № 3. – С. 1-8.
12. Drossman D.A. Chronic Functional abdominal pain. Sliesenger & Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Monreal-Sydney-Tokyo. – 2003. – Vol. 1. – P. 90-97.
13. Glasgow R.T., Mulvihill S.J. Abdominal pain, including the acute abdomen. Sliesenger & Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Monreal-Sydney-Tokyo. – 2003. – Vol. 1. – P. 80-90.