



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

Боль в животе

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП5**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: д.м.н., академик РАН, профессор Игорь Николаевич Денисов, заведующий кафедрой семейной ИПО ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по общей врачебной практике (семейный врач).

Члены рабочей группы:

Лебедев Анатолий Константинович — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, lebedev_ak@mail.ru

Кузнецова Ольга Юрьевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России; Вице-президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации, главный внештатный специалист города Санкт-Петербург по общей врачебной практике (семейный врач); oukuznetsova@mail.ru

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольникова Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); д.м.н., проф. Шапорова Н.Л.(Санкт-Петербург); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

Содержание

Методология создания

1. Определение
 2. Коды по МКБ-10
 3. Эпидемиология
 4. Факторы и группы риска
 5. Классификация
 6. Принципы диагностики заболевания у взрослых в амбулаторных условиях
 7. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях
 8. Острая боль в животе у пожилых пациентов
 9. Острая боль в животе у детей
- Список литературы

Список сокращений

АГ — артериальная гипертензия
 ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
 КТ — компьютерная томография
 НПВС — нестероидные противовоспалительные средства
 ОКС — острый коронарный синдром
 САД — систолическое артериальное давление
 СД — сахарный диабет
 ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
 ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
 УЗИ — ультразвуковое исследование
 ЭКГ — электрокардиограмма

Методология создания

Анализ баз данных, содержащих информацию о клинических рекомендациях, разработанных для врачей общей практики, касающихся синдрома «Боль в животе» включая NICE (National Institute for Health and Care Excellence, nice.org.uk), показал, что научно-обоснованные алгоритмы проведения диагностического поиска при этом синдроме, обладающие высокой степенью доказательности, в настоящее время отсутствуют. Вместе с тем, такой алгоритм важен для врачей общей практики, особенно в тех районах, где доступность современных диагностических методов ограничена.

Степень доказательности — доказательности уровня D (мнение экспертов).

1. Определение

Боль в животе — сложное ощущение, в котором непосредственное восприятие организмом повреждающих стимулов соединяется с субъективным опытом, включающим сильный эмоциональный компонент [1].

Выраженная боль в животе является поводом для постановки синдромального диагноза «Острый живот» и означает любое внезапное, спонтанное расстройство, для лечения которого может потребоваться срочная операция. При этом неоправданная задержка в диагностике и лечении отрицательно влияет на исход.

2. Коды по МКБ-10

R10.0 Острый живот.

Этот термин применяют только в рамках предварительного диагноза.

3. Эпидемиология

Данные по Российской Федерации отсутствуют, поскольку статистика ведется по отдельным заболеваниям, которые могут стать причиной острой боли в животе.

4. Факторы и группы риска.

В связи с разнообразием заболеваний, проявляющимися болями в животе, выделять факторы риска нецелесообразно. Принято выделять группу пожилых людей и детей, имеющих ряд анатомо-физиологических и клинических особенностей.

5. Классификация

Наиболее распространенные причины болей в животе [2]

I. Боли в животе, связанные с абдоминальными причинами

1. Воспаление париетальной брюшины

А. Бактериальная инфекция

- а. Перфоративный аппендицит или перфорация других внутренних органов
- б. Воспалительные заболевания тазовых органов

Б. Химическое раздражение

- а. Перфоративная язва
- б. Панкреатит
- в. Прием обезболивающих

2. Механическая обструкция полых внутренних органов

- А. Обструкция тонкой или толстой кишок
- Б. Обструкция желчных протоков
- В. Обструкция мочеточника

3. Сосудистые нарушения

- А. Эмболии или тромбозы
- Б. Разрывы сосудов
- В. Сдавление или торсионные окклюзии сосудов
- Г. Серповидноклеточная анемия

4. Брюшная стенка

- А. Перекруты или спайки брыжейки
- Б. Травма или инфекционное поражение мышц

5. Растяжение поверхности внутренних органов, например, кровоизлияние

- А. Печеночной капсулы
- Б. Почечной капсулы

6. Воспаление внутреннего органа

- А. Аппендицит
- Б. Брюшной тиф
- В. Тифлит

II. Боли, связанные с внебрюшинными причинами

1. Кардиоторакальная боль

- А. Острый инфаркт миокарда
- Б. Миокардит, эндокардит, перикардит
- В. Застойная сердечная недостаточность
- Г. Пневмония
- Д. Легочная эмболия
- Е. Плевродиния
- Ж. Пневмоторакс

3. Эмпиема
 - И. Заболевания пищевода, спазм, разрыв, воспаление
2. Урологические причины
 - А. Перекрут яичка
 - Б. Острая задержка мочи
3. Гинекологические причины
 - А. Эктопическая беременность
 - Б. Разрыв кисты яичника / перекрут ножки кисты / сальпингоофорит
 - В. Перекрут ножки / некроз миоматозного узла
- III. Метаболические причины
 1. Диабет
 2. Уремия
 3. Гиперлипидемия
 4. Гиперпаратиреоз
 5. Острая надпочечниковая недостаточность
 6. Семейная средиземноморская лихорадка
 7. Порфирия
 8. Дефицит С-1 ингибитора эстеразы (ангионевротический отёк)
- IV. Неврологические / психиатрические причины
 1. Опоясывающий герпес
 2. Спинная сухотка
 3. Каузалгия
 4. Радикулит
 5. Компрессии спинного мозга или нервных корешков
 6. Функциональные расстройства
 7. Психические расстройства
- V. Токсические причины
 1. Отравление свинцом
 2. Укусы насекомых или животных (укус паука «Черная вдова», укусы змей)
- VI. Неопределенные механизмы
 1. Отказ от наркотических препаратов
 2. Тепловой удар

Классификация болей по локализации позволяет определить рамки дифференциального диагноза [2].

Таблица 1.

Причины болей в животе в зависимости от локализации

Правое подреберье	Эпигастрий	Левый верхний квадрант
Холецистит	Язвенная болезнь	Инфаркт селезенки
Холангит	Гастрит	Разрыв селезенки
Панкреатит	ГЭРБ	Абсцесс селезенки
Пневмония / эмпиема плевры	Панкреатит	Гастрит
Плеврит / плевродиния	Инфаркт миокарда	Язва желудка
Поддиафрагмальный абсцесс	Перикардит	Панкреатит
Гепатит	Разрыв аневризмы аорты	Поддиафрагмальный абсцесс
Синдрома Бадда—Киари	Эзофагит	
Правый нижний квадрант	Область пупка	Левый нижний квадрант
Аппендицит	Ранний признак аппендицита	Дивертикулит
Сальпингит	Гастроэнтерит	Сальпингит

Паховая грыжа Внематочная беременность Нефролитиаз Воспалительные заболевания кишечника Брыжеечный лимфаденит Тифлит	Непроходимость кишечника Разрыв аневризмы аорты	Паховая грыжа Внематочная беременность Нефролитиаз Синдром раздраженной толстой кишки Воспалительные заболевания кишечника
Диффузная нелокализованная боль		
Гастроэнтерит Брыжеечная ишемия Непроходимость кишечника Синдром раздраженной толстой кишки Перитонит Диабет Малярия Семейная средиземноморская лихорадка Болезни обмена веществ Психиатрические заболевания		

6. Принципы диагностики заболевания в амбулаторных условиях

Для определения степени срочности оказания помощи и выбора метода диагностического подхода при общении с пациентами с болями в животе необходимо ответить на некоторые наиболее важные клинические вопросы: Находится ли этот пациент в критическом состоянии? Имеется ли у пациента совокупность симптомов, которые соответствуют известной клинической картине болезни? Существуют ли специальные условия (факторы риска), затрудняющие определение критических состояний или какого-либо процесса болезни?

Пациенты с болями в животе, которые обращаются с критическими заболеваниями, требуют одновременной реанимации и быстрой оценки состояния. У пациентов со стабильным состоянием проводятся сбор анамнеза и физикальное обследование для оценки тяжести. Если в ходе оценки отмечены особые модифицирующие факторы (например, иммунодефицит), могут понадобиться альтернативные обследования или диагностические мероприятия.

Критическое состояние пациента

Больным в критическом состоянии необходима стабилизация состояния перед постановкой клинического диагноза. Хотя общий внешний вид пациента предоставляет важную информацию о выраженности болевого синдрома и определяет потребности в обезболивании, интенсивность болей в животе может не зависеть от тяжести заболевания. Требуют особого внимания пациенты крайних возрастных групп, с сильными болями с быстрым началом, с нарушением жизненно важных функций, обезвоживанием, и признаками поражения внутренних органов (например, бледность, потоотделение, рвота).

Сбор анамнеза

- Важно получить четкое описание самой боли.
- Необходимо отметить:
- факторы провоцирующие / усиливающие боль,
- факторы облегчающие боль,
- качественные характеристики боли,
- иррадиацию боли,
- сопутствующую симптоматику,

- временные характеристики боли,
- какие препараты принимает пациент для купирования боли.

Краткий анамнез должен также включать:

- сопутствующие или перенесенные в прошлом заболевания (сахарный диабет, болезни сердца, гипертензия, заболевания печени, заболевания почек, иммунодефицит, инфекции, передающихся половым путем),
- полостные операции в анамнезе,
- наследственные заболевания,
- гинекологический анамнез (беременности, роды, аборты, выкидыши, эктопические беременности, даты последней менструации),
- социальный анамнез, включая привычки (табак, алкоголь, наркотики), род занятий, контакты с токсичными веществами, жизненные обстоятельства (бездомные, одинокие, другие члены семьи больного с похожими симптомами, наличие печного отопления и т.п.),
- прием лекарственных препаратов (антикоагулянты, стероиды, иммунодепрессанты, ацетилсалициловая кислота / нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики, слабительные, анальгетики, препараты для улучшения фертильности, внутриматочные средства, химиотерапевтические препараты),
- аллергические реакции,
- выезды за пределы региона,
- любые травмы за последнее время.

Спросите пациента о предшествующих эпизодах подобных болей в животе, методах диагностики и лечения. Если есть возможность, необходимо ознакомиться с результатами предыдущих исследований и осмотров, но это не должно задерживать экстренных мероприятий при наличии показаний к ним. Дополнительная информация может быть получена от медперсонала, членов семьи, социальных работников.

Природа болей. Выяснение характера и локализации болей позволяет сузить диагностический поиск (таблица 2).

Таблица 2.

Характеристики боли в животе при часто встречающихся заболеваниях [3]

Типичный характер болей	Типичная локализация болей	Типичная этиология
Внезапные и мучительные	Правый верхний квадрант	Желчная колика
	Разлитые или локализованные в эпигастрии	Перфоративная язва
	В средних отделах живота с возможной иррадиацией в спину	Разрыв аневризмы аорты
	В боковых отделах или нижних квадрантах с возможной иррадиацией в пах	Почечная колика
	За грудной или в эпигастрии	Инфаркт миокарда
Сильные и постоянные с острым началом	В эпигастрии с возможной иррадиацией в спину	Панкреатит
	В средних отделах живота	Синдром абдоминальной ишемии
	Гипогастрий	Нарушенная внематочная беременность

Переменяющиеся и коликообразные со «светлыми промежутками»	В средних отделах живота	Тонкокишечная непроходимость
	Гипогастрий	Воспалительные заболевания кишечника
Постепенно усиливающиеся и устойчивые	Правый верхний квадрант	Острый холецистит Острый холангит Острый гепатит
	Околопупочная область, смещающиеся в правый нижний квадрант	Острый аппендицит Острый сальпингит
	Левый нижний квадрант	Дивертикулит

Хотя локализация болей в животе является основой первоначальной оценки, сопутствующие признаки и симптомы также позволяют выяснить конкретные причины боли в животе и могут помочь сузить круг дифференциальной диагностики.

Отсутствие аппетита: непостоянная и неспецифичная жалоба, иногда раннее проявление острого заболевания брюшной полости, например, аппендицита. Связь болей в животе с приемом пищи типична для заболеваний верхнего этажа желудочно-кишечного тракта, например, для язвы желудка.

Наличие рвоты предполагает нарушение прохождения пищи через желудок или кишечную непроходимость: рвота съеденной накануне пищей без желчи может быть связана со стенозом пилорического отдела желудка; рвота желчью может быть при кишечной непроходимости на уровне верхних отделов тонкой кишки; непроходимость проксимальных отделов тонкой кишки обычно проявляется неукротимой обильной рвотой; рвота при непроходимости дистальных отделов тонкой кишки выражена не столь ярко; каловая рвота является поздним признаком кишечной непроходимости. Рефлекторная рвота связана с интенсивными болями при почечной и печеночной коликах и часто не сопровождается тошнотой. Рвота при механической обструкции тонкой кишки временно облегчает коликообразные боли. При отсутствии облегчения после рвоты можно предположить обтурацию изолированной петли тонкой кишки, желчных или мочевых путей.

Боль в животе при острой хирургической патологии обычно предшествует рвоте, в то время как обратное верно для нехирургической патологии. Рвота является известным симптомом заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, таких как синдром Бургава, синдром Мэллори—Вейса, острый гастрит и острый панкреатит.

Изменение характера стула позволяет заподозрить органическую кишечную патологию: неотхождение газов или отсутствие перистальтики говорит об обструкции кишки, паралитической кишечной непроходимости или действии токсинов; наличие поноса чаще бывает при вирусном или бактериальном гастроэнтерите, пельвиоперитоните, абсцессах брюшной полости (например, аппендикулярном); кровавый понос может быть при язвенном колите, болезни Крона, энтероколитах, бактериальной или амебной дизентерии, ишемических поражениях кишки.

Лихорадка. Высокая ремиттирующая лихорадка выше 40°C может встречаться при пилефлебите с бактериемией, воспалительных заболеваниях органов таза, абсцессах центрального происхождения, пневмонии, инфекции мочевых путей. Интермиттирующая лихорадка с ознобом может быть проявлением острого холангита или пиелита. Умеренно высокая лихорадка от 39°C до 40°C встречается при перфорации полого органа или ишемии кишечника. Неосложненный аппендицит обычно сопровождается умеренной лихорадкой (до 38,3°C). Важно помнить, что нормальная температура тела не исключает патологического

процесса в животе.

Желтуха предполагает гепатобилиарную патологию; гематурия наиболее часто встречается при почечной колике или цистите.

Гинекологический анамнез имеет решающее значение для диагностики внематочной беременности, овуляторной боли в середине цикла из-за лопнувшего фолликула яичника и эндометриоза. Выделения из влагалища или дисменорея в анамнезе могут означать воспаление тазовых органов.

Лекарственный анамнез. Необходим для преемственности лечения, диагностики острых заболеваний, прогноза возможных осложнений и их профилактики, а также для выявления аллергических реакций. Антикоагулянты могут быть причиной забрюшинной гематомы, гематомы двенадцатиперстной и тощей кишки; оральные контрацептивы могут приводить к образованию доброкачественных опухолей печени и инфаркту брыжеечных вен; кортикостероиды могут маскировать клинические признаки острого живота, вплоть до разлитого перитонита. Важны также прием нестероидных противовоспалительных препаратов, алкоголя, антибиотиков, цитостатиков, ацетилсалициловой кислоты, дезагрегантов, инсулина, препаратов железа, никотина, прохождение курса лучевой терапии.

Физикальное обследование

Проведите оценку работы сердца и легких, измерьте артериальное давление.

Клинический осмотр

Обратите внимание на состояние кожи пациента (цвет, температура, тургор, перфузионный статус, сыпь), наличие изменений может говорить о гепатобилиарной патологии, шоке, общей интоксикации, аллергических реакциях, вирусной инфекции, септицемии.

Осмотрите живот на предмет наличия:

- увеличения (асцит, заворот, непроходимость),
- объемных образований (грыжи, опухоли, кисты, аневризмы, растянутый мочевой пузырь, гепатомегалия, спленомегалия),
- послеоперационных рубцов (спайки),
- синяков (травма, геморрагический диатез),
- свидетельств патологии печени (сосудистые звездочки, голова Медузы),
- пульсаций (аневризмы).

Так, при паралитической или механической кишечной непроходимости будет отмечаться растяжение отделов кишечника, при асците расширение живота будет сопровождаться вздутием боковых отделов, флюктуацией, смещением притупления при перкуссии, при гигантских кистах яичника возможна флюктуация и смещение притупления при перкуссии, беременность больших сроков сопровождается увеличением молочных желез, размягчением шейки матки, пальпацией плода, а иногда и выслушиванием его сердцебиения.

Аускультация

Снижение кишечных шумов позволяет предложить паралитическую непроходимость кишечника, инфаркт брыжейки, употребление наркотиков или перитонит. Однако у пациентов с оперативным подтверждением перитонита вследствие перфоративной язвы часто отмечались нормальные или повышенные кишечные шумы до операции (Tintinalli J.). Усиление шумов перистальтики возможно при ранних стадиях механической кишечной непроходимости.

Возможно выслушивание передаточной пульсации или шума крупных артерий, особенно при их патологии.

Перкуссия

Притупление перкуторного звука по среднеключичной линии, за исключением случаев значительного вздутия кишечника, позволяет оценить размеры печени. Уменьшение размеров печени (сморщенная печень) наблюдается при прогрессирующем циррозе, увеличение размеров печени — при гепатитах, ранних стадиях цирроза печени, первичных и метастатических опухолях. Уровни жидкости и шум плеска позволяют предположить асцит, метеоризм, кишечную непроходимость. Перкуссия позволяет выявить также увеличение селезенки (инфекционные заболевания), мочевого пузыря (задержка мочи), патологические образования органов (крупные кисты, опухоли).

Пальпация

Большая часть клинической информации может быть получена посредством пальпации живота с использованием трех средних пальцев, при этом область максимальной болезненности пальпируется последней. Защитное напряжение (сокращение брюшной мускулатуры в ожидании или в ответ на пальпацию) может быть уменьшено сгибанием ног пациента в коленях. Если защитное напряжение после этого маневра сохраняется, расслабить живот пациенту удастся путем наложения руки клинициста поверх руки пациента с просьбой детально прощупать себе живот самостоятельно. Обычно болезненность ограничивается одним из четырех традиционных квадрантов живота (правый верхний, правый нижний, левый верхний, левый нижний) и местоположение боли может помочь в дифференциальной диагностике. Часто определяется более диффузная боль с вовлечением более чем одного из четырех квадрантов живота. О раздражении брюшины можно судить по жесткости передней брюшной стенки (непроизвольное охранное напряжение или рефлекторный спазм мышц живота), с определением точки максимальной болезненности при пальпации соседних квадрантов. Рикошетная боль при резком отнимании руки от передней стенки живота, часто рассматриваемая как непереносимое условие перитонита, имеет несколько важных ограничений. У пациентов с перитонитом, сочетание жесткости живота, отраженной болезненности и боли при кашле обычно обеспечивает подтверждение диагноза, и рикошетная боль приносит очень мало дополнительной информации. Более одной трети пациентов с аппендицитом, подтвержденным оперативно, не имеют симптомов раздражения брюшины. Ложноположительные результаты теста на наличие перитонеальных явлений возможны из-за неспецифической реакции испуга [4].

Оценка пульсации брюшной аорты необходима у пациентов, которые обращаются с внезапным началом болей в животе, боковых областях живота, пояснице, особенно в группе старше 50 лет. При пальпации нельзя достоверно исключить аневризму брюшной аорты, но обнаружение расширения аорты должно увеличить срочность выполнения медицинской визуализации или хирургического вмешательства в качестве следующего шага, в зависимости от стабильности гемодинамики.

Обследование органов репродуктивной системы и прямой кишки

У женщин гинекологический осмотр, как и тест на беременность, может предоставить дополнительную информацию. Необходимо выполнить гинекологический осмотр при оценке боли внизу живота у женщин репродуктивного возраста.

Односторонняя болезненность и пальпация объемного образования — признаки пиосальпинкса, пиовара или перекрута ножки кисты яичника. Болезненность при смещении шейки матки характерна для воспалительных заболеваний матки и придатков. Болезненность при пальпации узловатой матки, особенно на фоне бесплодия, указывает на эндометриоз.

Нависание заднего свода влагалища характерно для гемоперитонеума или скопления воспалительного экссудата и служит показанием к его диагностической пункции. Если при этом выявляется несвертывающаяся кровь или гной, то диагноз становится ясным. У мужчин также важны обследование яичек и предстательной железы.

Пальцевое исследование прямой кишки не увеличивает диагностическую точность сверх того, что уже было получено при предшествующем осмотре. Основной ценностью такого исследования является обнаружение кровавого стула или мелены.

Лабораторная оценка

Направленный подход к выбору лабораторных исследований позволяет сократить время и сохранить ресурсы. Важно знать заранее, как информация, полученная из лаборатории, поможет провести дифференциальную диагностику или как изменится план лечения. Важно помнить, что **лабораторные исследования не заменяют сбора анамнеза и клинического осмотра.**

Доказательств, подтверждающих полезность рутинных лабораторных анализов при патологии живота нет. Лабораторная информация сама по себе не предполагает постановку диагноза. **Только подсчет лейкоцитов не может исключить хирургического заболевания.** Клиницисты должны знать об ограничениях лабораторных исследований. Так, среди пациентов с острой брыжеечной ишемией до 25% имеют нормальную концентрацию лактата сыворотки при первоначальном исследовании. По данным большого исследования пациентов с острым панкреатитом показано, что определение липазы сыворотки крови обладает 90% чувствительностью и 93% специфичностью при поступлении в отделение неотложной помощи [5].

Диагностическая визуализация

Диагностическая визуализация не может заменить сбор анамнеза и физикальное обследование. Не все пациенты с болью в животе требуют визуализации. Более того, если есть клиническое впечатление о том, что необходимость операции очевидна, не стоит ждать диагностической визуализации до консультации хирурга (таблица 3) [6, 7].

Таблица 3.

Рекомендуемые методы визуализации в зависимости от локализации болей в животе.

<i>Локализация боли</i>	<i>Метод визуализации</i>
Правый верхний квадрант	УЗИ
Левый верхний квадрант	КТ
Правый верхний квадрант	КТ с внутривенным контрастированием
Левый нижний квадрант	КТ с оральным или внутривенным контрастированием
Надлобковая область	УЗИ

В отсутствие предполагаемых перфорации или обструкции, обзорный снимок брюшной полости имеет ограниченную полезность. УЗИ может быть более чувствительным тестом для обнаружения свободного воздуха, чем сочетание снимков в вертикальном положении и лежа на левом боку (93% против 79%), но это очень зависит от оператора и может быть ограничено ожирением. УЗИ является предпочтительным методом для оценки заболеваний желчных путей. Для подтверждения острого холецистита или дискинезии желчевыводящих путей при отсутствии патологии при УЗИ рекомендуется холесцинтиграфия [8, 9].

Надлежащее использование КТ брюшной полости улучшает диагностику и сокращает использование ресурсов медицинского учреждения. КТ значительно точнее, чем УЗИ, но отсутствие патологии по данным КТ не исключает возможности наличия серьезного заболевания.

ЭКГ следует регистрировать у всех пациентов с болями в верхней части живота, особенно если пациент старше 40 лет.

Особые условия (факторы риска), которые затрудняют диагностику заболеваний

К группам высокого риска относятся: пациенты с когнитивными нарушениями, деменцией, интоксикацией, психозами, умственной отсталостью, аутизмом; пациенты, которые не могут эффективно общаться из-за афазии или языковых барьеров; пациенты, у которых физикальные или лабораторные изменения могут быть минимальными (пожилые люди) или скрытыми (пациенты с повреждением спинного мозга); пациенты без селезенки; больные с нейтропенией; пациенты после трансплантации; пациенты с нарушениями иммунной системы (вирус иммунодефицита человека; хроническая болезнь почек, диабет, цирроз печени, гемоглобинопатии, недоедание, злокачественные опухоли, аутоиммунные заболевания, микобактериальная инфекция), а также пациенты, принимающие иммуносупрессивную или иммуномодулирующую терапию.

7. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

На догоспитальном этапе при подозрении на острый живот

- Не кормить пациента перорально.
- При необходимости дать кислород.
- Наладить внутривенное введение жидкости при наличии оборудования; при выявлении признаков шока выполнить это немедленно.
- При наличии навыков поставить назогастральный зонд при сильной рвоте, признаках кишечной непроходимости или у тяжелых пациентов, когда существует опасность аспирации.
- Назначение НПВС для болеутоления не допускается
- Противорвотные средства: по возможности избегать их использования в качестве симптоматического лечения без учета диагноза в амбулаторных условиях. Возможно внутривенное назначение ондасетрона и метоклопрамида при выраженной тошноте и рвоте.
- Антибиотики: если предполагается наличие сепсиса, перитонита или тяжелой инфекции мочевыводящих путей. Цефалоспорины IV поколения в сочетании с метронидазолом обычно используются при подозрении на наличие перитонита.
- При доступности консультативной помощи врачей-специалистов организовать срочную консультацию хирурга / гинеколога.
- При подозрении на ОКС показано срочное выполнение ЭКГ.
- Госпитализировать при подозрении на острые заболевания органов брюшной полости.

«Красные флаги» (подозрение на угрожающие жизни состояния) [10]

- Гипотония (САД ниже 90 мм рт ст)
- Спутанность / нарушение сознания.
- Признаки шока.
- Общее тяжелое состояние / сепсис.
- Признаки обезвоживания.
- Доскообразный живот.
- Совершенно неподвижное положение пациента или пациент корчится от боли.
- Отсутствие или измененные кишечные шумы.
- Связь с патологией яичек.
- Отмечается произвольное напряжение живота / раздражение брюшины.

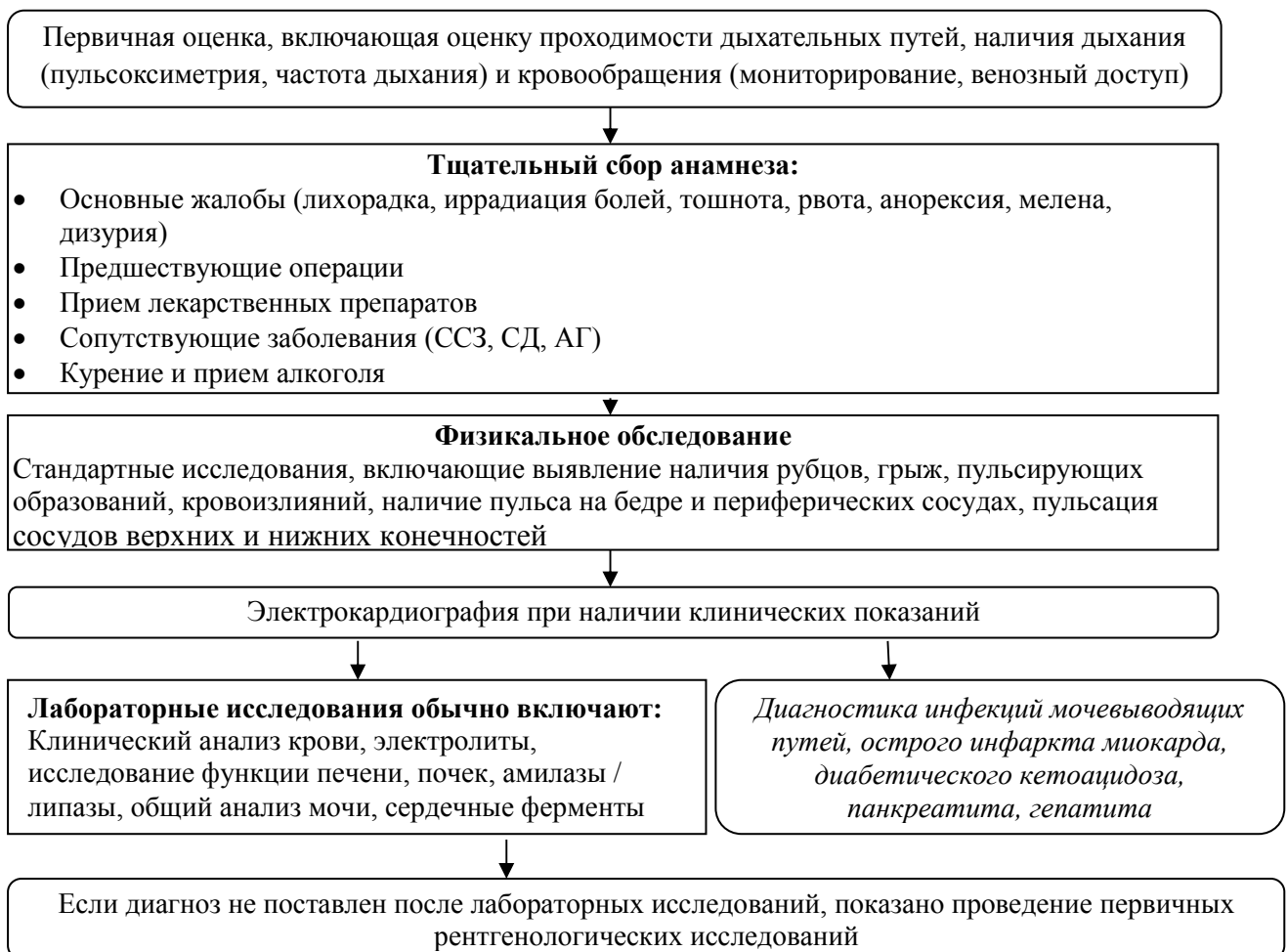
- Болезненность при перкуссии живота.
- Рвота кровью / мелена или подтверждение последнего при пальцевом ректальном исследовании.
- Подозрение на нехирургическую причину болей в животе.

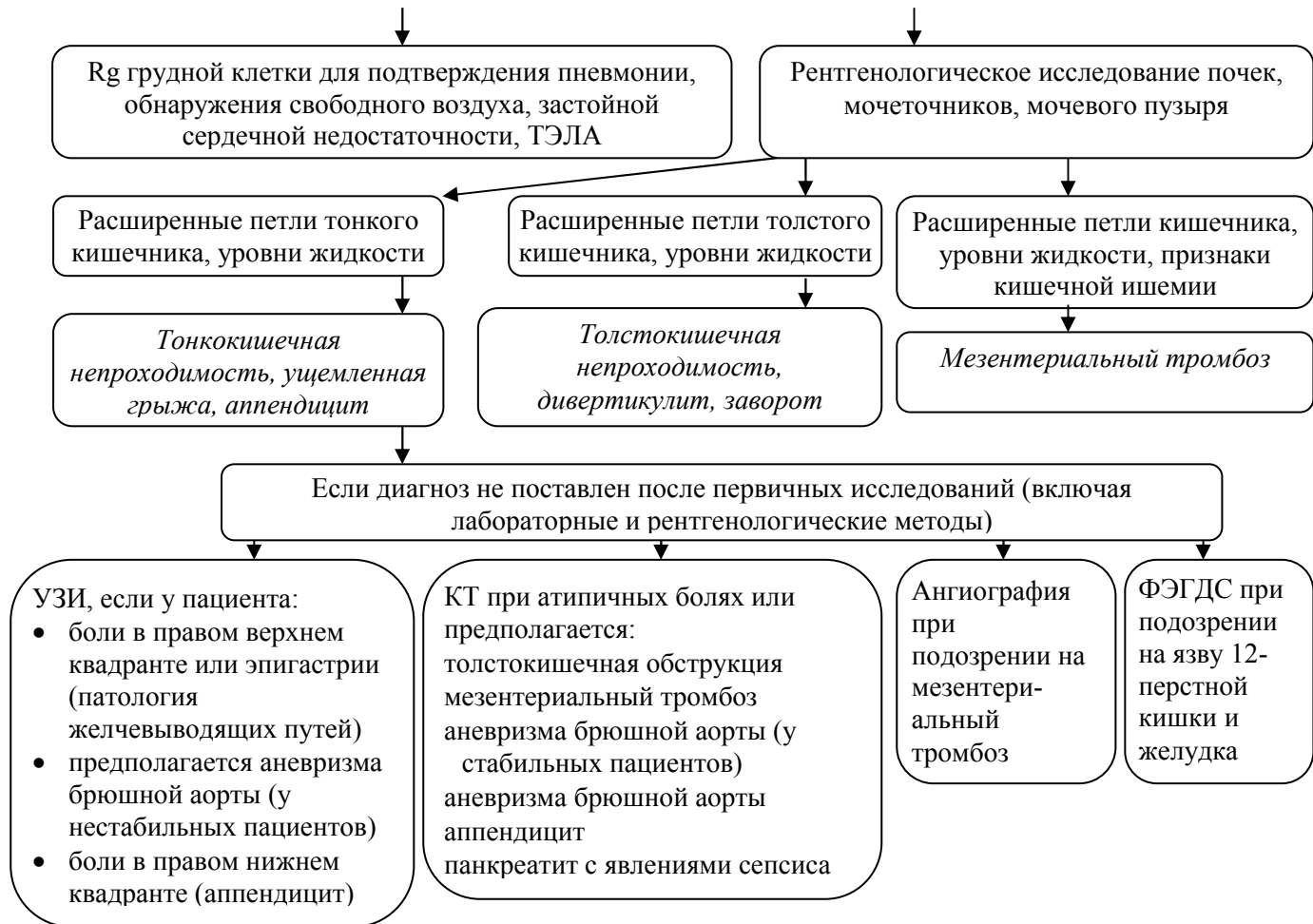
8. Острая боль в животе у пожилых пациентов

Острые боли в животе (обычно определяются как боль продолжительностью менее одной недели) являются частой жалобой у пожилых пациентов. Они составляют примерно четверть больных среди пациентов старше 50 лет, которые обращаются в отделение неотложной помощи. Клиническая картина у пожилых пациентов с болями в животе может очень отличаться от таковой у молодых пациентов. Пожилые пациенты, как правило, предъявляют более скудные жалобы и имеют более неспецифические симптомы. Кроме того, у пожилых пациентов с болями в животе необходимо учитывать необходимость более широкой дифференциальной диагностики. Пожилые пациенты могут обращаться за помощью с задержкой, потому что они боятся потерять независимость, не могут оставить без ухода членов семьи и домашних животных, боятся больниц или смерти. Алгоритм ведения пожилых пациентов с болями в животе представлен в схеме 1.

Схема 1.

Ведение пожилых пациентов с болями в животе





9. Острая боль в животе у детей

Боль в животе у детей, также как и у пожилых пациентов имеет ряд особенностей (таблицы 4–6).

Таблица 4.

Причины острых болей в животе у детей

Желудочно-кишечные причины	Мочеполовые причины	Лекарства и токсины
Гастроэнтерит	Инфекции мочевыводящих путей	Эритромицин
Аппендицит	Мочевые камни	Салицилаты
Брыжеечный лимфаденит	Дисменорея	Отравление свинцом
Запор	Болеутоляющие	Яды
Травма живота	Воспалительные заболевания тазовых органов	Легочная причины
Кишечная непроходимость	Угрожающий аборт	Пневмония
Перитонит	Внематочная беременность	Патология диафрагмы
Пищевое отравление	Перекрут яичников / яичка	Плеврит
Язвенная болезнь	Эндометриоз	Смешанные причины
Дивертикула Меккеля	Гематокольпос	Детская колики
Воспалительные заболевания кишечника	Нарушения обмена веществ	Функциональные боли
Непереносимость лактозы	Диабетический кетоацидоз	Фарингит
Печень, селезенка и желчный кишечного тракта	Гипогликемия	Отек Квинке
Гепатит	Порфирия	Наследственные заболевания
Холецистит	Острая надпочечниковая недостаточность	Средиземноморская лихорадка
Желчнокаменная болезнь	Гематологические заболевания	
Инфаркт селезенки	Серповидноклеточная анемия	
Разрыв селезенки	Пурпура Шенлейн—Геноха	
Панкреатит	Гемолитический уремический синдром	

Таблица 5.

Алгоритм оценки острой боли в животе у детей

Травма	Плохое обращение
	Случайная травма
Лихорадка	Инфекция мочевыводящих путей
	Фарингит
	Гастроэнтерит
	Мезентериальный лимфаденит
	Пневмония
	Аппендицит
	Воспалительные заболевания таза
Данные за серповидно-клеточную анемию	Серповидно-клеточная анемия
Боли в левой стороне живота	Запор
	Перекрут яичника / яичка

	Прием лекарств
Смещение болей из центра живота вправо	Аппендицит
	Перекрут яичника / яичка
	Мезентериальный лимфаденит
	Прием лекарств
Контакты с больными людьми	Пищевое отравление
	Гастроэнтерит
Сексуальная активность	Воспалительные заболевания таза
	Эктопическая беременность
Бледность / пурпура	Гемолитический уремический синдром
	Пурпура Шенлейн—Геноха
Кровь в кале	Воспалительные заболевания толстой кишки
	Гемолитический уремический синдром
	Пурпура Шенлейн—Геноха
	Гастроэнтерит
Гематурия	Конкременты почек
	Травма почек
	Инфекция мочевыводящих путей
Данные за обструкцию	Мальформации
	Инвагинация
	Заворот кишок

Таблица 6.

Дифференциальная диагностика острых болей в животе в зависимости от возраста

От рождения до 1 года	От 2 до 5 лет	От 6 до 11 лет	От 12 до 18 лет
Детские колики	Гастроэнтерит	Гастроэнтерит	Аппендицит
Гастроэнтерит	Аппендицит	Аппендицит	Гастроэнтерит
Запор	Запор	Запор	Запор
Инфекции мочевыводящих путей	Инфекции мочевыводящих путей	Функциональная боль	Дисменорея
Инвагинации	Инвагинации	Инфекции мочевыводящих путей	Прием обезболивающих
Заворот	Заворот кишок	Травма	Воспалительные заболевания
Ущемленная грыжа	Травма	Фарингит	тазовых органов
Болезнь Гиршпрунга	Фарингит	Пневмония	Угрожающий аборт
	Серповидноклеточная анемия	Серповидноклеточная анемия	Внематочная беременность
	Пурпура Шенлейн—Геноха	Пурпура Шенлейн—Геноха	Перекрут яичников / яичка
	Брыжеечный лимфаденит	Брыжеечный лимфаденит	

Показания к консультации хирурга у детей с острой болью в животе

1. Тяжелые или усиливающиеся боли в животе с прогрессирующим ухудшением общего состояния

2. Прокрашенные желчью или с каловым запахом рвотные массы
3. Непроизвольное защитное напряжение стенки живота / ригидность
4. Защитная реакция на поверхностную пальпацию
5. Вздутие живота с диффузным тимпанитом
6. Признаки острой жидкости или кровопотери в брюшную полость
7. Значительные травмы живота
8. Предполагается хирургическая причина боли
9. Боль в животе без видимой этиологии

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание. ГЭОТАР-Медиа. 2013. 480 с.
2. Longo D., Fauci A., Kasper D., Hauser S. et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18 edition. McGraw-Hill. 2011. 4012 p.
3. Stillman, R.M. General surgery. Review and Assessment / R.M. Stillman. — 3rd Ed. Appleton and Lange, 1988. 438 p.
4. McKean S.C., Ross J.J., Dressler D.D., Brotman D. J., Ginsberg J.S. Principles and Practice of Hospital Medicine. 1 edition. McGraw-Hill. 2012. 2310 p.
5. Fitch M.T. Utility and limitations of laboratory studies In: Cline D, Stead LG, eds. Abdominal emergencies. New York: McGraw-Hill Medical;2008: 18–22.
6. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008; 77: 971–978.
7. Stern S.D.C., Cifu A.S., Altkorn D. Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide, 2 edition. McGraw-Hill. 2010. 504 p.
8. Greenberger N. J., Blumberg R.S., Burakoff R. CURRENT Diagnosis & Treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy, 2 edition. McGraw-Hill. 2012. 624 p.
9. Henderson M.C., Tierney L.M., Smetana G.W. The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis. 2 edition. McGraw-Hill. 2013. 738 p.
10. Stone C. K., Humphries R.L. CURRENT Diagnosis & Treatment: Emergency Medicine. 7 edition. McGraw-Hill. 2011. 1020 p