**Острый аппендицит.**

**Возраст и пол:** Встречается в любом возрасте у мужчин и женщин.

**Из анамнеза:** Могут быть аналогичные приступы болей в прошлом.

**Боль:** в начале заболевания не имеет четкой локализации, чаще возникает в подложечной области или принимает блуждающий характер по всему животу. Обычно тупая, ноющая, постоянного характера. Постепенно усиливается и перемещается в правую подвздошную область (с-м Кохера). При прободении отростка – боль резкая. При атипичном расположении отростка боль может иррадиировать в поясничную область, бедро, промежность, правое подреберье.

**Рвота** – 1 –2- кратная, не приносит облегчения. Тошнота почти постоянная.

**Стул** - чаще задержан.

**Состояние**: обычно удовлетворительное. При позднем поступлении в больницу – тяжелое. Пульс учащен. При прогрессировании процесса – резкая тахикардия, субфебрильная температура (редко выше 38).

**Язык** вначале слегка обложен и влажный. При развитии перитонита становится сухим.

**Исследование живота**: живот обычной формы, равномерно участвует в дыхании. Иногда – смещение пупка вправо из-за локального напряжения мышц (симптом Иванова). При пальпации – локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, Филатова, Образцова, Раздольского, при присоединении перитонита – с-м Мэрфи.

**Ректальное и вагинальное исследование**: ректальное обследование – болезненность передней или правой стенки прямой кишки. Вагинальное обледование – болезненность выше области правого придатка матки.

**Лабораторные данные**: в крови лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличенная СОЭ.

**Острый панкреатит**.

**Возраст, пол:** чаще болеют женщины, страдающие ЖКБ и мужчины в возрасте 25-45 лет, злоупотребляющие алкоголем.

**Из анамнеза:** часто имеются указания на приступы печеночной колики или холецистита в прошлом. Особенно часто – у лиц, страдающих алкоголизмом. Возникает внезапно после погрешностей в диете, приема жирной обильной пищи, алкоголя.

**Боль:** постоянного характера в нижней части живота. Резкая, распирающая, сверлящая, отдает в спину и как бы “опоясывает”, иррадиирует в правое и левое подреберье, лопатку, иногда – в область сердца.

**Рвота:** чаще – повторная, неукротимая, мучительная, не приносит облегчения. Иногда – с примесью крови.

**Стул:** характерна задержка стула и газов.

**Состояние:** средней тяжести или тяжелое. Больной беспокоен, мечется, кричит. Характерна бледность и акроцианоз, одышка, иногда – иктеричность кожи и склер. В начале заболевания бради-, а затем и тахикардия. Температура нормальная, но вскоре повышается.

**Язык:** сухой. Густо обложен желтым или бурым налетом.

**Исследование живота:** Живот чаще вздут. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Отсутствует пульсация брюшной аорты (с-м Воскресенского). Проложительный с-м Мейо-Робсона.Перистальтика резко ослаблена.. В остальных частях живота – напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга, но эти симптомы обычно выражены нерезко.

**Ректальное и вагинальное исследование:** без патологии.

**Лабораторные данные:** умеренный или высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения. Увеличенное СОЭ. В анализе мочи – диастаза повышена.

**Острый холецистит.**

**Возраст, пол**: болеют преимущественно женщины старше 30-40 лет.

**Из анамнеза**: у многих подобные приступы болей были в прошлом, иногда – указание на желтуху во время предыдущих приступов (ЖКБ). Иногда за несколько дней до приступа отмечается тяжесть в правом подреберьи, эпигастрии, горечь во рту, тошнота.

**Боль**: Возникает внезапно, чаще после приема острой жирной пищи. Довольно острая и интенсивная, чаще носит схваткообразный характер, затем становится постоянной (или может быть с самого начала постоянной, ноющей и нарастать по интенсивности). Локализуется в правом подреберье , но может захватить и эпигастрий. Характерна иррадиация боли в правую половину грудной клетки – плечо, лопатку, надплечье, а также в область сердца.

**Рвота:** Чаще многократная, не приносящая облегчения.

**Стул:** чаще – задержка стула.

**Состояние:** средней тяжести. Тахикардия до 100-120. Температура до 38-39. Иногда – желтушность кожных покровов и склер.

**Язык:** сухой , обложен желтым или бурым налетом.

**Исследование живота**: Живот иногда несколько вздут. При пальпации – выраженная болезненность в правом подреберье, положительные с-мы Ортнера, Мерфи, Курвуазье (пальпируется плотный болезненный желчный пузырь), френикус-симптом. Напряжение мышц и с-м Щеткина-Блюмберга (свидетельствующие о деструктивной форме), могут распространяться на всю правую половину живота.

**Ректальное и вагинальное исследование:** без патологии.

**Лабораторные данные:** лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. Иногда – повышена диастаза.

**Прободная язва желудка и ДПК.**

**Возраст, пол**: чаще у мужчин в возрасте 20-40 лет.

**Из анамнеза:** часто имеется диагностированная ранее язва, были диспепсические расстройства (боли, изжога). Но иногда «язвенный анамнез» отсутствует.

**Боль**: Чрезвычайно резкая, интенсивная, невыносимая. Появляется в эпигастрии или в правом подреберье внезапно (как «удар кинжалом»), и постепенно распространяется по всему животу, иррадиирует в надключичную область, лопатку.

**Рвота**: в начале заболевания встречается редко. Обычно она появляется поздно – при развитии перитонита.

**Стул**: возможна задержка стула и газов.

**Состояние:** тяжелое. Вынужденное положение (лежит на боку или на спине с приведенными к животу ногами, избегает перемены положения). Дыхание учашенное, поверхностное, иногда – холодный пот. Температура сначала нормальная, затем повышается.

**Язык**: вначале не изменен, затем становится сухим.

**Исследование живота**: живот втянут, не участвует в дыхании, при пальпации – резкое напряжение мышц (живот «как доска»). Выраженная болезненность всей брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии – исчезновение границ печеночной тупости. При аускультации – кишечные шумы отсутствуют («гробовая тишина»).

**Ректальное и вагинальное исследование**: Резкая болезненность тазовой брюшины. Иногда – нависание передней стенки прямой кишки. Положительный симптом Куленкампффа.

**Лабораторные данные**: Лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. На рентгене – «симптом серпа» под диафрагмой справа (свободный газ в брюшной полости).