

# Аппендицит

Кенжалиев Төрөмүрат

ЖМ-625

Түркістан-2019

# *Құрт тәрізді өсіндінің анатомиясы.*

**Caecum**-нің медиальды артқы бетінен, жіңішке ішік құятын жерінен 2,5-3,5см төменде құрт тәрізді өсінді, **Appendix vermiformis**, шығады.

Құрт тәрізді өсіндінің ұзындығы мен орналасу қалпы көп өзгеріп отырады, орташа ұзындығы 8,6см тең, алайда 2% жағдайда ол 3см ге дейін қысқарады.

Құрт тәрізді өсіндінің болмауы өте сирек кездеседі, оның орналасуы соқыр ішікпен тығыз байланысты болады.

Өсік алдыңғы жақта құрсақтың алдыңғы-бүйір қабырғасы мен сыртта мықын сүйегі қырының, іште **m.iliacus**-тың арасында орналасады.

Медиальды жағдайда құрт тәрізді өскін солға қарай яғни соқыр ішектен ішке қарай бағытталады.

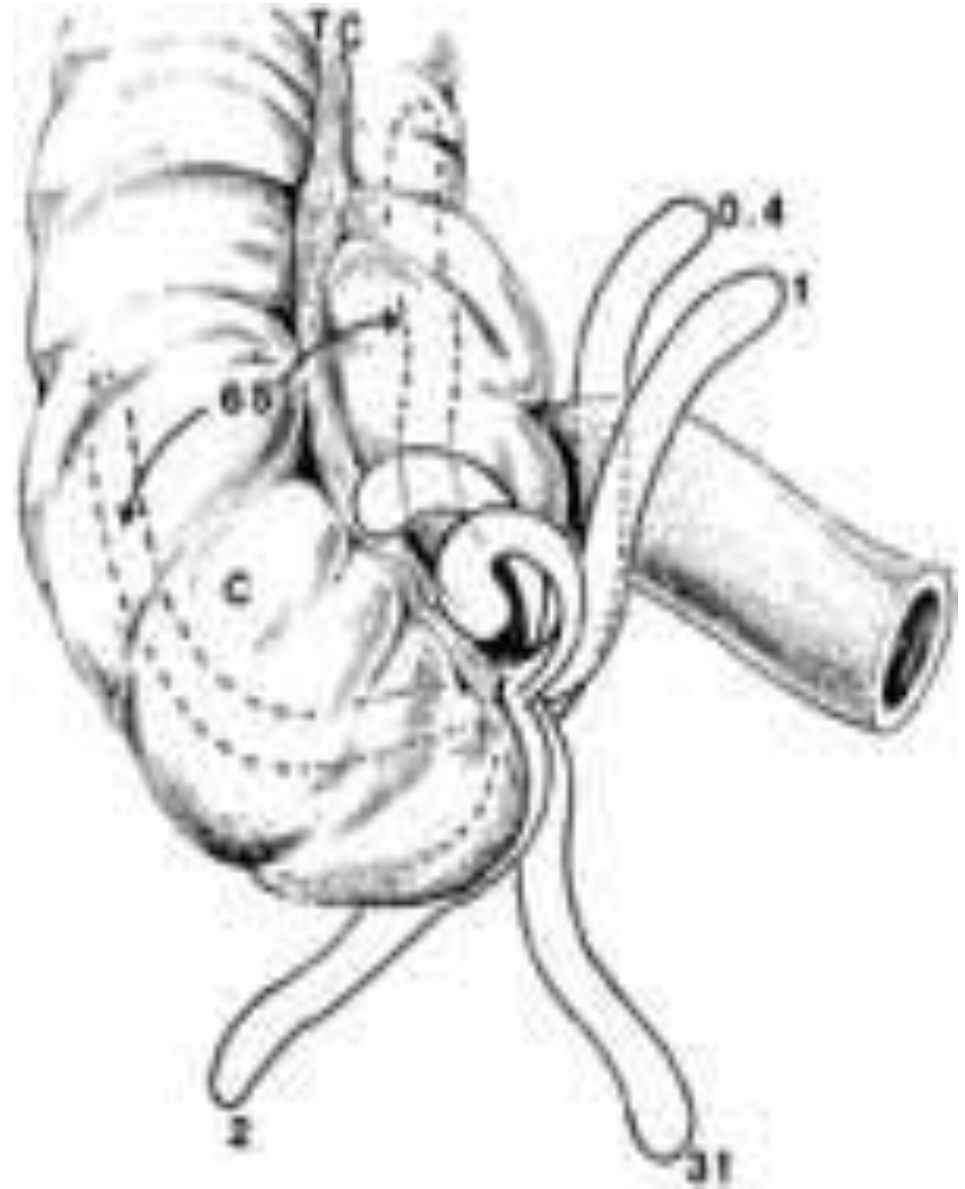
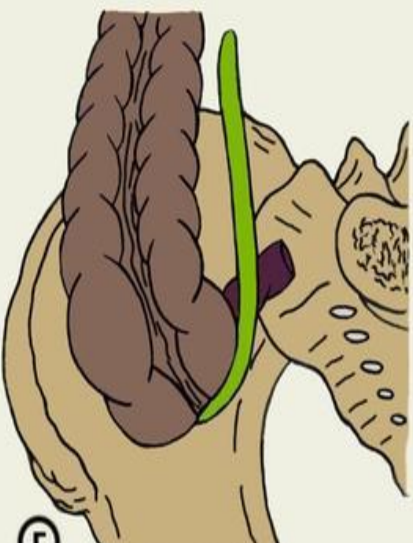
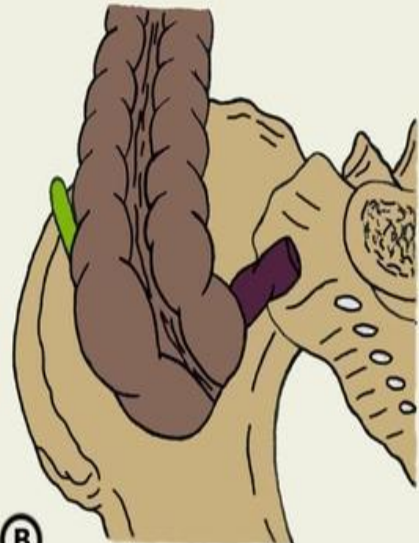
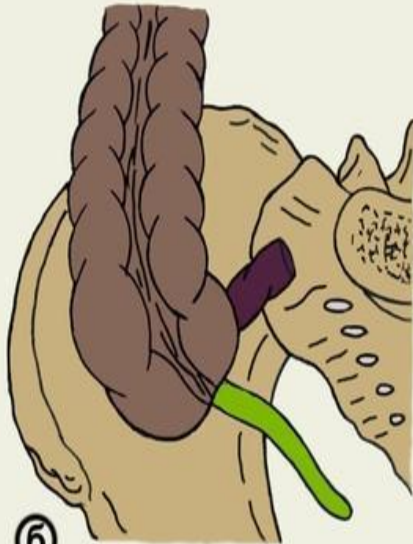
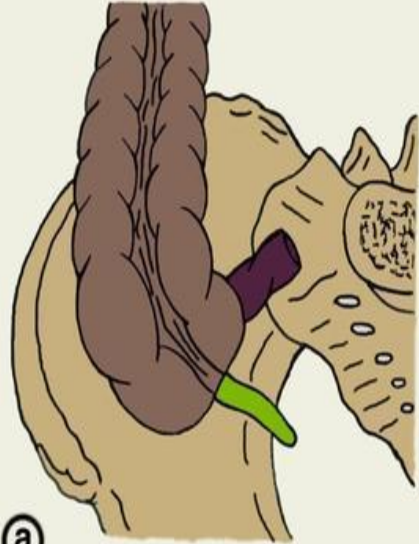
# Құрт тәрізді өскіннің орналасуы

- 1.төмен қарай 40-50%
- 2.латеральды 25%
- 3.медиаальды 17-20%
- 4.алдында 5-7%
- 5.артынан 9-13%

# Құрт тәрізді өсімдінің құрсақ қуысында орналасу варианттары:

- оң жақ мықын ойысы (негізгі орналасатын орны)
- төмен (жамбас қуысында) орналасуы
- жоғары (бауыр астында) орналасуы
- ретроцекалды (соқыр ішектің артында) орналасуы
- ретроперитонелды (ішастардан тыс) орналасуы
- медиалды орналасуы
- сол жақта орналасуы (*situs viscerum inversus* кезінде)
- интрамуралды (құр тәрізді өсімдінің соқыр ішектің қабырғасында) орналасуы

# ЖА атипті локализациясы



# Қанмен қамтамасыз етілуі

Құрт тәрізді өскіннің қанмен қамтамасыз етілуі жоғарғы шажырқай артериясы (*a.mesenterica superior*), мықын тоқ ішек артериясы (*a.ileocolica*), аппендикулярлы артерия (*a.appendicularis*).

## Иннервациясы

Жоғарғы шажырақайлық тармақ және құрт тіріздінің симпатикалық иннервациясы, ал кезбе нерв арқылы парасимпатикалық иннервацияланады.

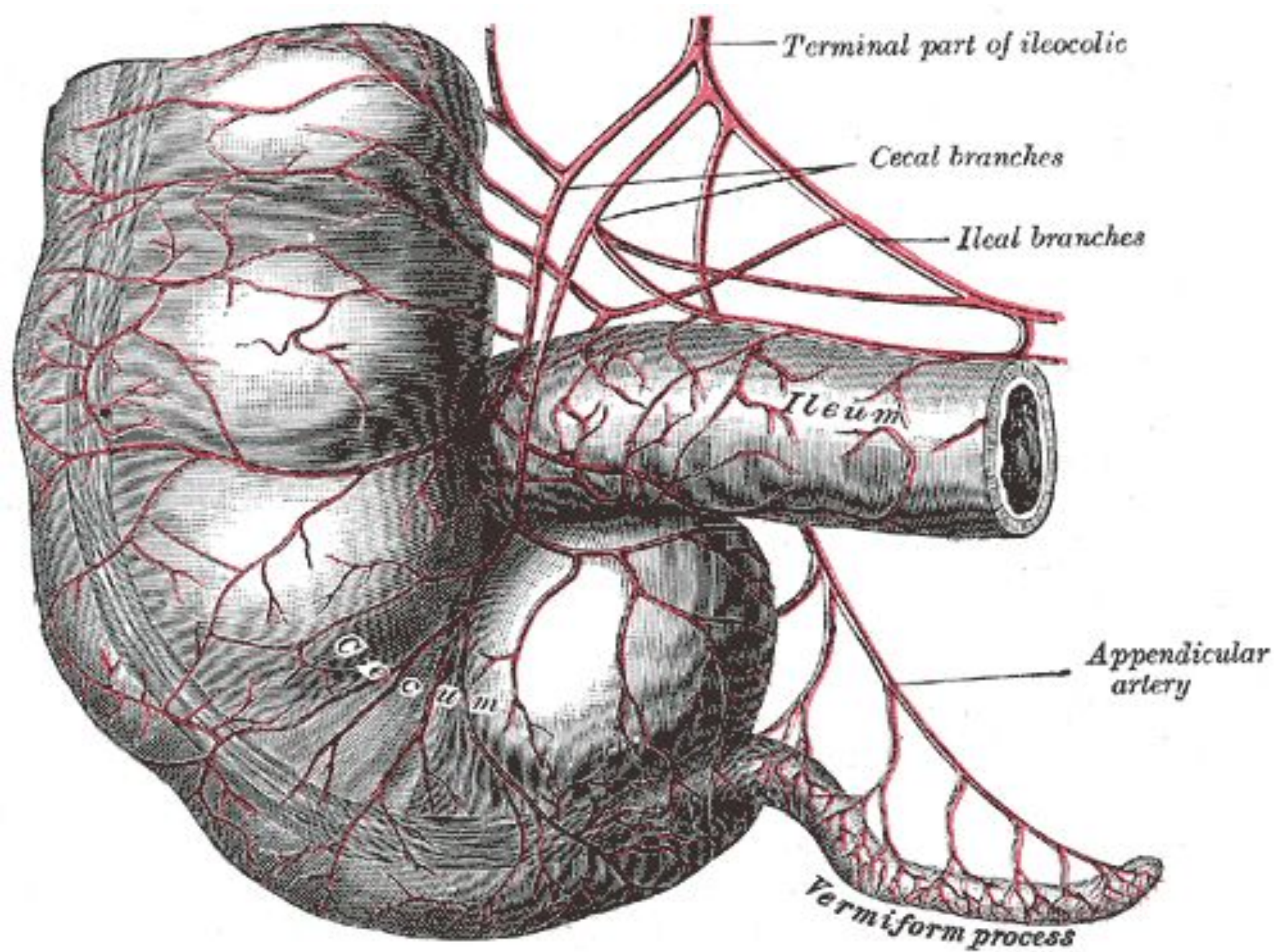
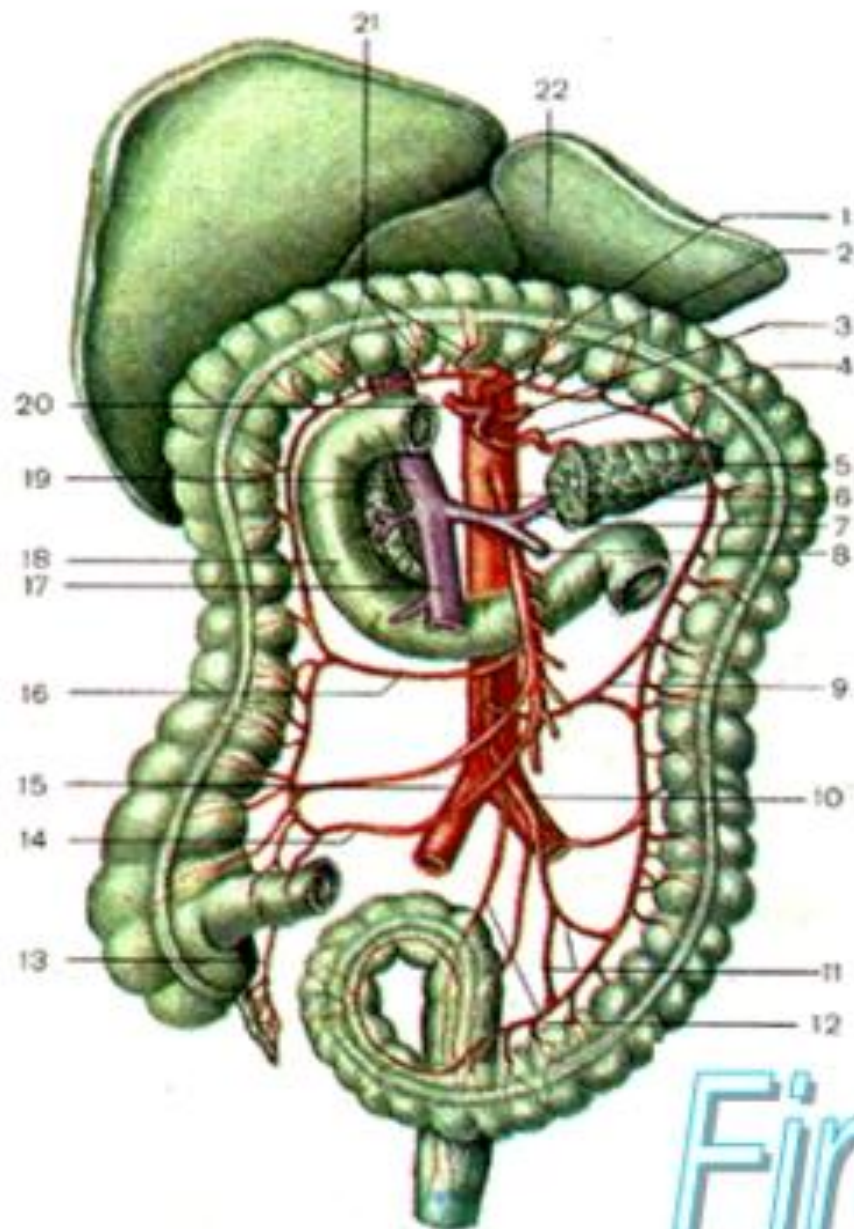


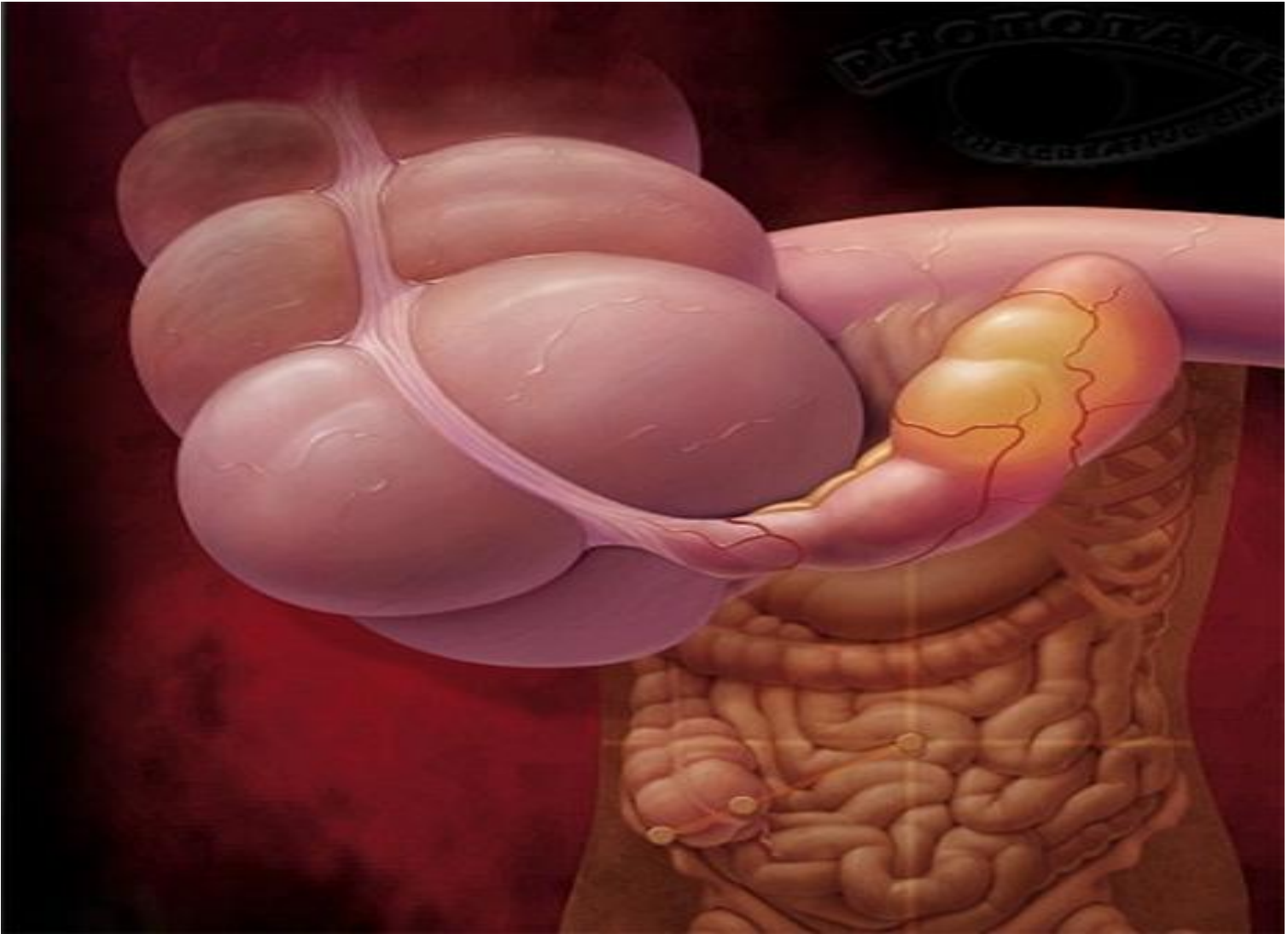
Рис. 60. Непарные ветви брюшной части аорты (полусхематично).



- 1 - pars abdominalis aortae;
- 2 - truncus coeliacus;
- 3 - a. gastrica sinistra;
- 4 - a. lienalis [splenica];
- 5 - cauda pancreatis;
- 6 - a. mesenterica superior;
- 7 - v. lienalis [splenica];
- 8 - v. mesenterica inferior;
- 9 - a. colica sinistra;
- 10 - a. mesenterica inferior;
- 11 - aa. sigmoideae;
- 12 - a. rectalis superior;
- 13 - a. appendicularis;
- 14 - a. ileocolica;
- 15 - a. iliaca communis dextra;
- 16 - a. colica dextra;
- 17 - v. mesenterica superior;
- 18 - duodenum;
- 19 - v. portae [v. portae hepatis];
- 20 - a. hepatica communis;
- 21 - rami a. colicae mediae;
- 22 - hepar.



**Аппендицит дегеніміз** – соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісінің қабынуы.



# Этиологиясы мен патогенезі:

- Рефлекторлы (аппендикс-тің жүйкө тамыр-реттеу аппаратының қызметінің дисфункциясы)
- Гематогенді жолмен аппендициттің тромбозы
- Лимфогенді
- Иммунологиялық
- Алиментарлы
- Паразитарлы
- Баугиноспазм
- Бөгде заттар (түйме, тас, шемішке...)



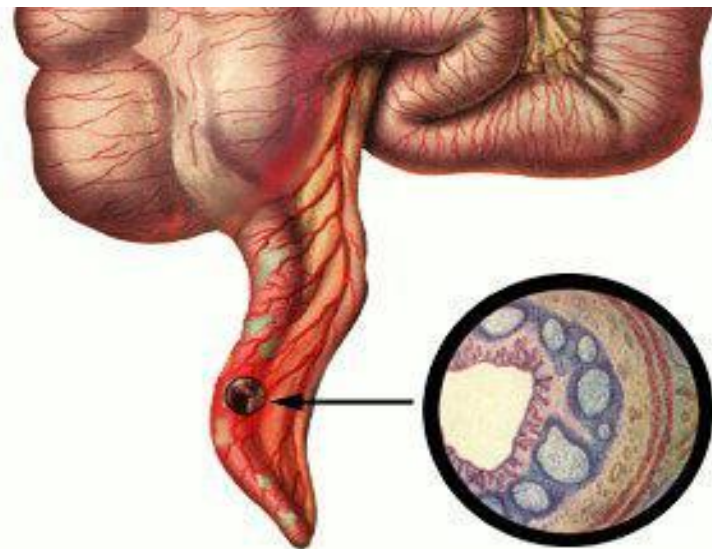
# *Абрикосов* бойынша (морфол.) жіктелуі:

- I. Беткей және катаральды (6-12 сағ. дамиды)
- II. Флегмонозды (12-24 сағ.)
  - А) жәй
  - Б) флегмонозды-жаралы
  - В) апостемозды- ірің қабырғаларына толады.
  - Г) Эмпиема (қуысына ірің толады)
  - Д) Флегмонозды-перфоративті
- III. Гангренозды (24-48 сағат)
  - 1-лік-гангренозды- а) тесілулі, б) тесілусіз
  - 2-лік гангренозды -а) тесілулі, б) тесілусіз

# Жіктелуі (классификациясы)

*В.И. Колесовтің жіктеу жобасы*

- I. Аппендикулярлық шаншу (колика)
- II. Жедел катаралды (жәй, беткей) аппендицит
- III. Жедел деструктивті аппендицит
  - жедел флегмонозды аппендицит
  - жедел гангренозды аппендицит
  - жедел перфоративті аппендицит
- IV. Жедел аппендициттің асқынулары
  - аппендикулярлық инфилтрат
  - аппендикулярлық абсцесс
  - перитонит
  - пилеофлебит
  - сепсис және т.б.



# Этиологиясы мен патогенезі:

Қазіргі кезде жедел аппендициттің пайда болу себептері туралы бірнеше теориялар бар:

- Ашофтың инфекциялық теориясы
- Риккер.Г және Русаковтың нервтік-қан тамырлық теориясы
- Аллергиялық теория
  - Ішек қуысындағы заттардың тұну теориясы

# Клиникасы:

- Ауырсыну эпигастрийда аймағында 50-60% басталады, 2-6 сағаттан соң оң жақ мықын тұсында жиналақталады. Орташа, 1-2 рет кұсу, лоқсу.
- Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, дене қызуы субфебрильді(37-38 С), пульс-90, ҚҚ- өзгермейді.
- Пальпация:ОЖМ аймағында ауырсыну. Бұлшық-ет ширығуы Щеткин-Блюмберг симптомы оң, кейде күдікпенен.

# Аппендициттің негізгі симптомдары:

- Кохер-Волкович симптомы
- Кюммель симптомы
- Ровсинг симптомы
- Раздольский симптомы
- Ситковский симптомы
- Бартомье-Михельсон симптомы
- Образцов симптомы
- Воскресенский симптомы
- Щеткин-Блюмберг симптомы

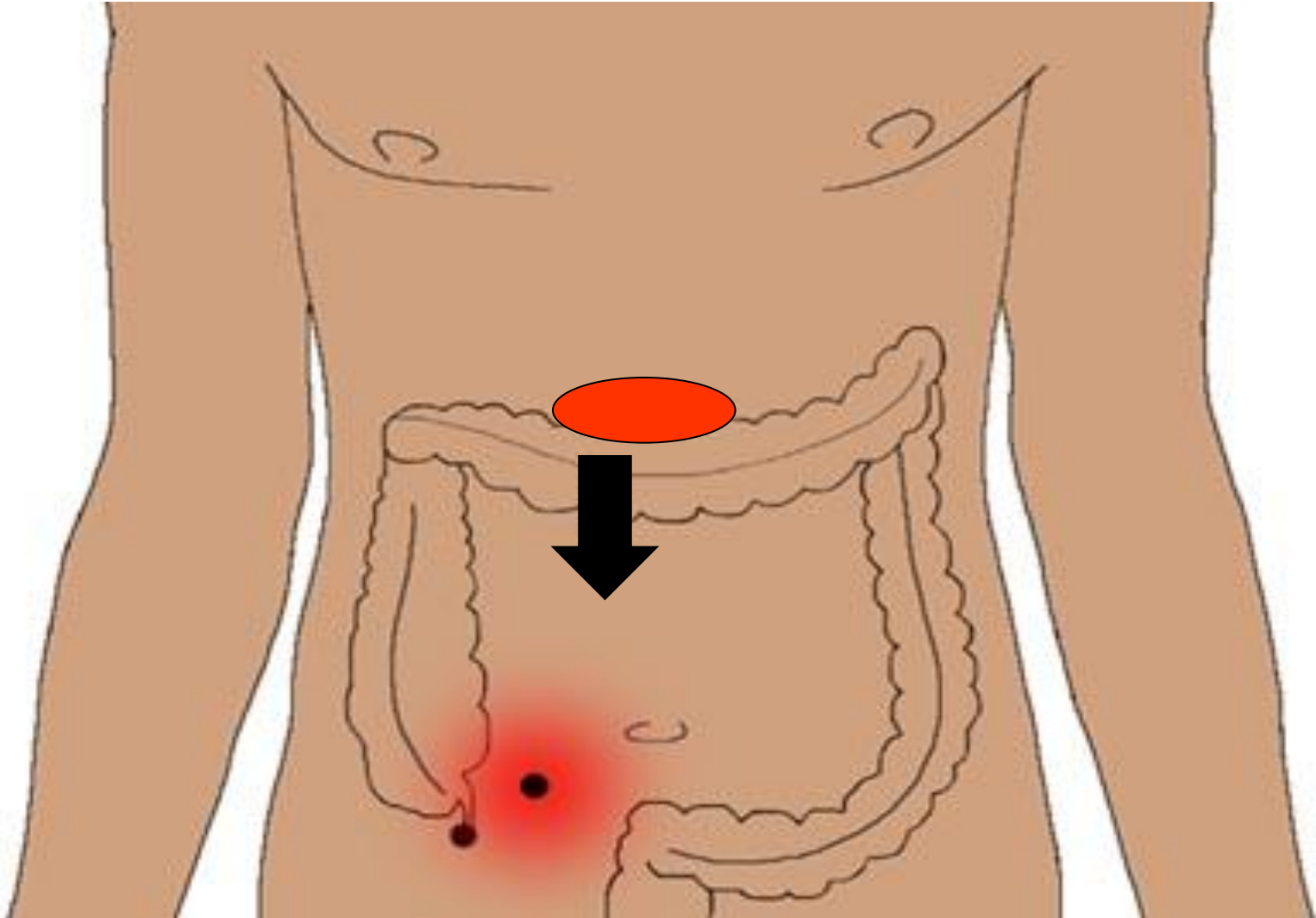
# Белгілері:

- **Кохер-Волкович-** ауырсыну эпиг. аймағында басталып, оң жақ мықын аймағына көшуі
- **Ситковский-** науқас сол жаққа жатқанда-ауырсыну.
- **Ровзинг-**сол жақтан төменгі тоқ ішекті басқанда, оң жақ мықын аймағы ауырсынуы
- **Крымов** –шап саусақпен басу арқылы бармақпен тексергенде – ауырсыну
- **Воскресенский** -(көйлек симптомы)



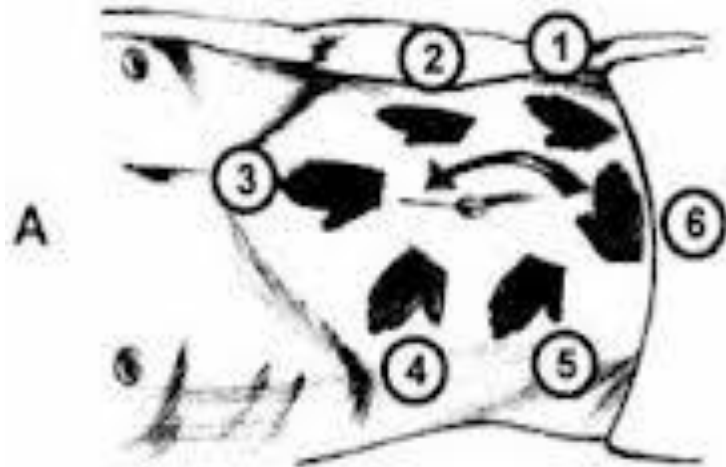
- **Раздольский** –оң жақ мықын аймағында тері гиперестезиясы
- **Образцов**-оң аяғын бүкпей көтергенде оң жақ мықын аймағында ауырсыну күшейеді
- **Коупа** – оң аяғын көтеріп жамбас-сан буынын ротациялы қозғалғанда ауырсынудың күшеюі немесе пайда болуы.
- **Бартомье –Михелсон**- сол жаққа жатқызып, оң жақ мықын аймағын басқанда ауырсынудың күшеюі
- **Ректальды тексереді** – жамбас пердесінің ауырсынуы

# Acute appendicitis-Кохер-Волкович белгісі

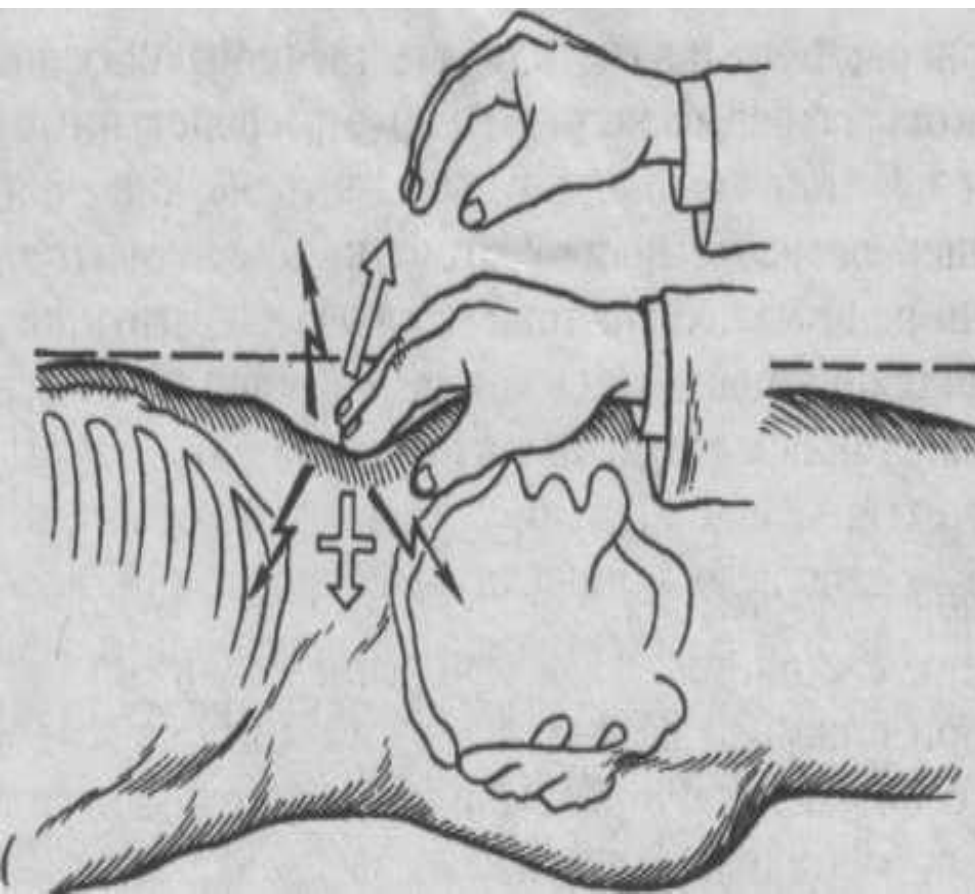


# Филатов белгісі

Ішті жылы қолмен сол жақ мықын аймағынан бастап, солдан оңға қарай ақырын сипап тексергенде, егер балада жедел аппендицит болса, іштің ауруының күшейгенің анықтаймыз.



# Щеткин-Блюмберг белгісі



Симптом Щеткина: глубокая пальпация (1) и резкое отведение кисти (2)

## *Щеткин-Блюмберг белгісі.*

Белгіні анықтау әдісі: ауру адамды шалқасынан жатқызып, зерттеуші оның оң жағынан орын алады.

Одан соң ол ауру адамның аяғы тізе буынында сәл бүгілген қалыпта саусақтарымен пациенттің оң жақ мықын аймағын (Мак-Бурней нүктесі тұсын) жәйләп басады.

Сол кезде ауру сезімі байқалады, ал содан соң дәрігер саусақтарын аталған аймақтан тез тартып алса, ауру сезімінің күші басымырақ болып білінеді .



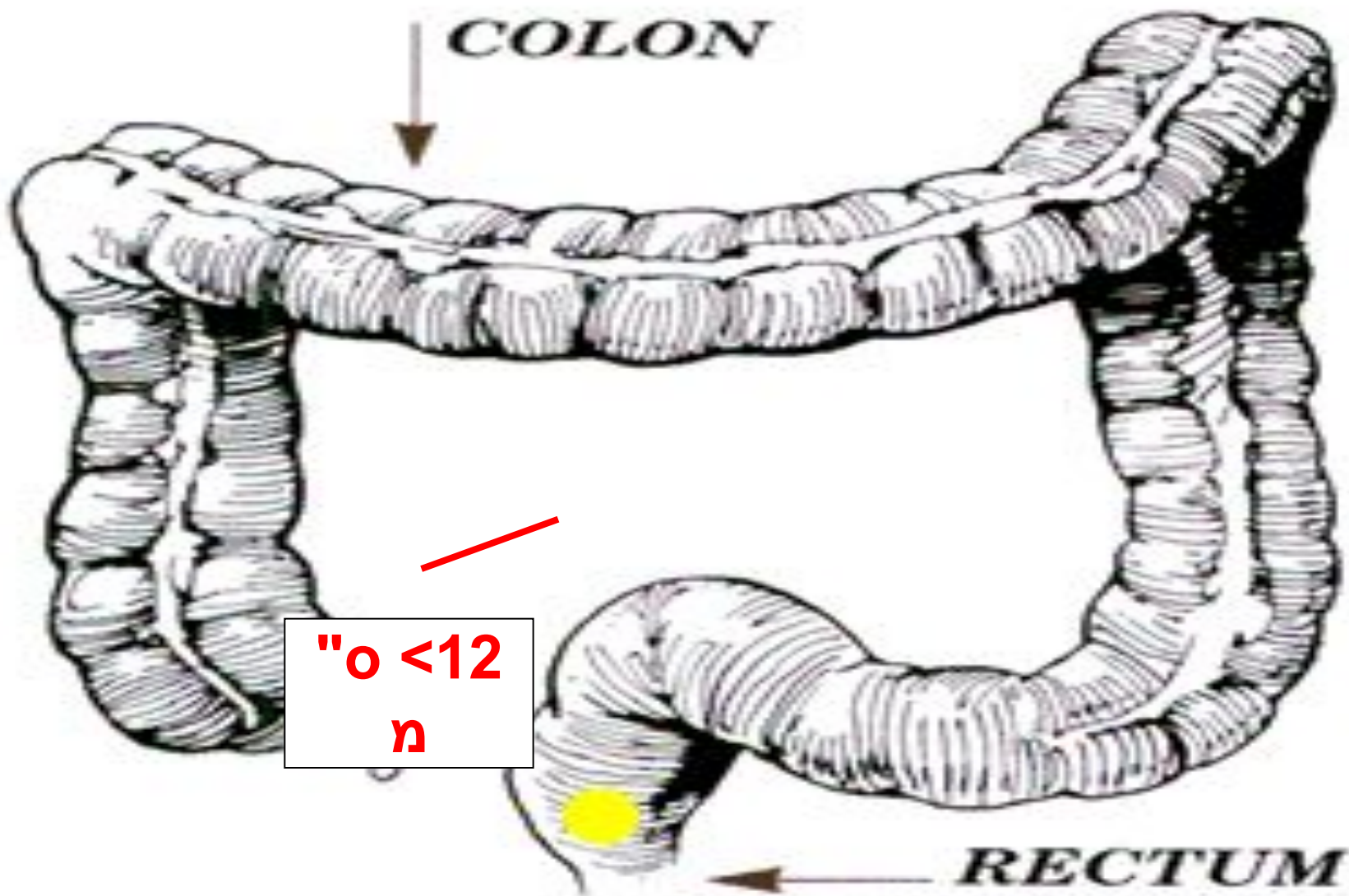


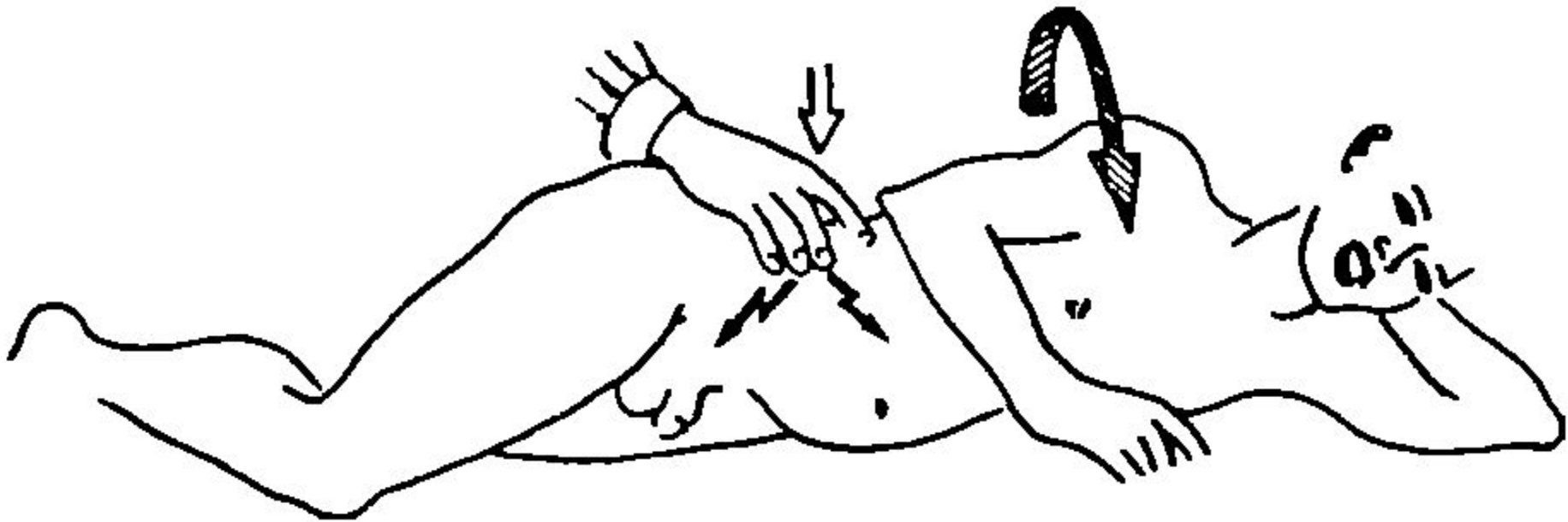
Рис. 8. Симптом Ровзинга

[www.medvuz.info](http://www.medvuz.info)

**2. Ровзинг белгісі.** Анықтау әдісі: шалқалай жатқан пациенттің сол жақ мықын тұсын екі-үш рет түртпелі қимылмен тез басқан сәтте, ауру сезімі оң жақ мықын жақта анықталады. Бұл белгі, автордың пікірінше, сол жақ мықынды түрте басқанда тоқ ішектегі ауа (газ) оң жаққа қарай ығысады да соқыр ішектің күмбезіне тіреліп, қабынған өсіндіні тітіркендіреді. Міне осы себептен ауру сезімі оң жақта пайда болады.

# Ровзинга белгісі





**3. Ситковский белгісі.** Анықтау әдісі: ауру адамды сол жақ қырымен жатқызғанда оң жақ мықын тұсындағы ауру сезімі күшейе түседі.

Оның себебі пациент сол жағымен жатқанда қабынған өсінді орнынан төмен қарай жылжып, өзінің иннервациясы мол шажырқайын төмен тартып, созады. Бұл жағдай, өз кезегінде, ауру сезімін күшейте түседі.



#### 4. *Воскресенский белгісі ("көйлек" немесе "сырғу" белгісі).*

Анықтау әдісі: дәрігер шалқасынан жатқан ауру адамның іш көйлегін (халатын) сол қолымен төмен тартып тұрып (сырғанау қимылы бөгетсіз өту үшін), оң қолдың екі — үш саусақтарының ұштарымен оң және сол жақ кабырға доғасы және эпигастрий тұстарынан бастап оң жақ мықынға қарай, белгілі жылдамдықпен сырғанау қимылын жасайды.

Белгі оң нәтижелі болса, қимылдың соңында аталған аймақта ауру сезімі туады.

Белгі өсіндідегі қабыну процесінің, сол аймақтағы ішастарға қарай өткенін аңғартады (жергілікті перитонит белгісі).



**5. Бартомье — Михельсон белгісі.** Анықтау әдісі: ауру адамды сол жақ қырына жатқызып, оң жақ мықын тұсын пальпация тәсілімен зерттеу барысында ауру сезімі арта түседі. Бұл құбылыстың түсініктемесі мынандай: пациент сол жақ қырымен жатқанда қабынған өсінді іштің алдыңғы қабырғасына таман, яғни хирургтің саусақтарына қарай жақындайды, демек пальпация қабынған өсіндіге механикалық әсерді толығырақ тигізуге мүмкіндік туады. Демек ауру сезімі де анығырақ анықталады.

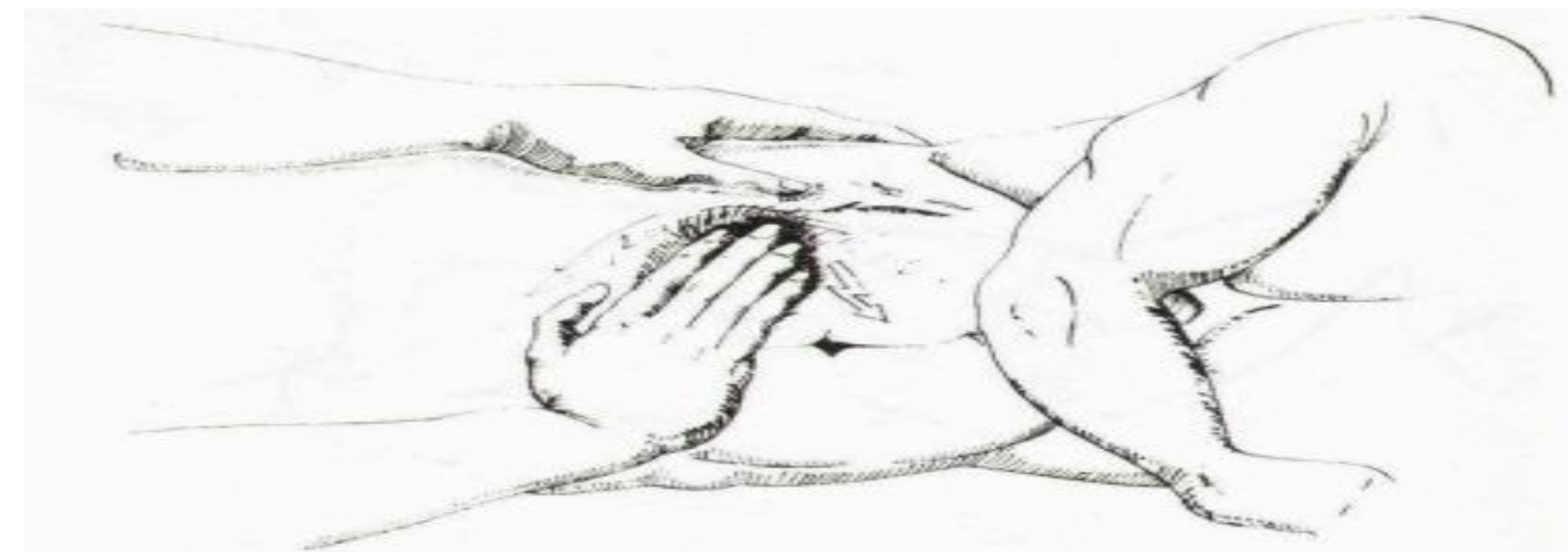
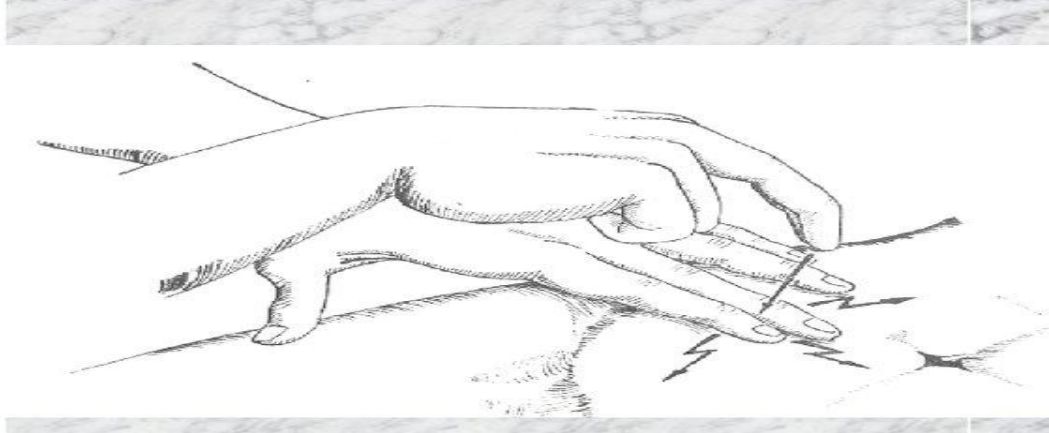
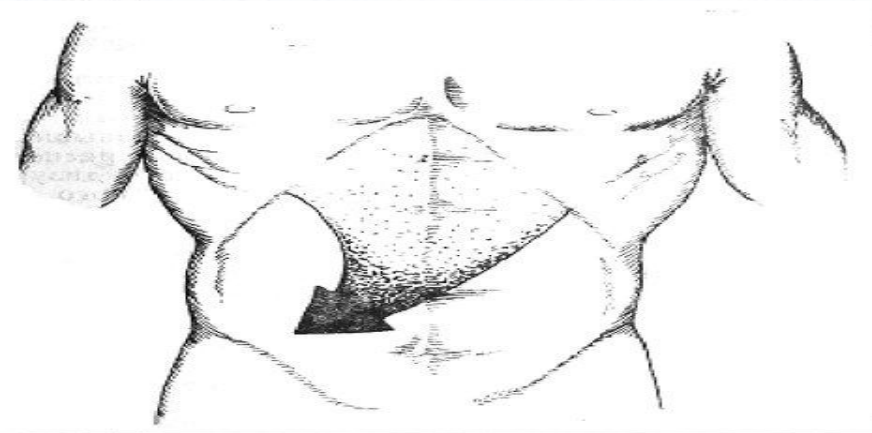


Рис. 10. Симптом Бартомье — Михельсона

Симптом  
Кохера

Симптом  
Раздольского



**6. Раздольский белгісі.** Анықтау әдісі: пациент шалқасынан жатқызылып, іштің алдыңғы қабырғасының әр бөліктерін (оң және сол жақ қабырға асты, оң және сол жақ мықын аймақтары) салыстырмалы перкуссия тәсілімен зерттеу барысында ауру сезімі оң жақ мықын аймағында ғана туады.



**7. Образцов белгісі.** Анықтау әдісі: шалқасынан жатқан пациенттің оң жақ мықын аймағын хирург саусақтарымен басады да, оған оң аяғын тік жазылған қалпында жәйләп жоғары көтеруін өтінеді. Осы сәтте ауру сезімі пайда болады немесе оның күші арта түседі. Оның себебі пациенттің аяғын көтеруге қатысатын бұлшық ет (m. ileo-psoas)



a



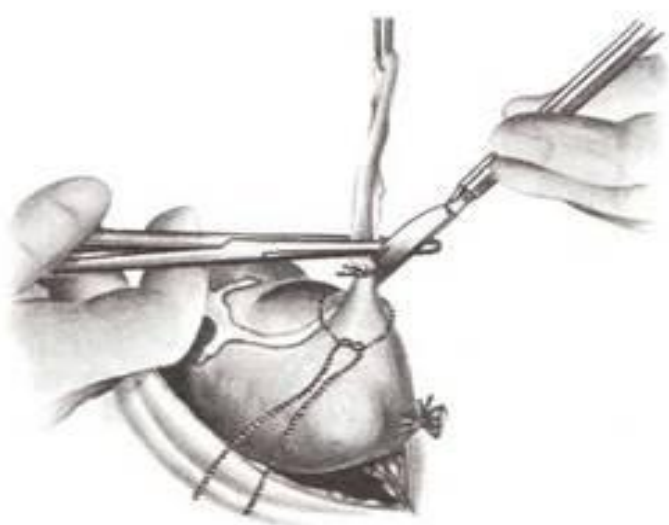
b



c



d



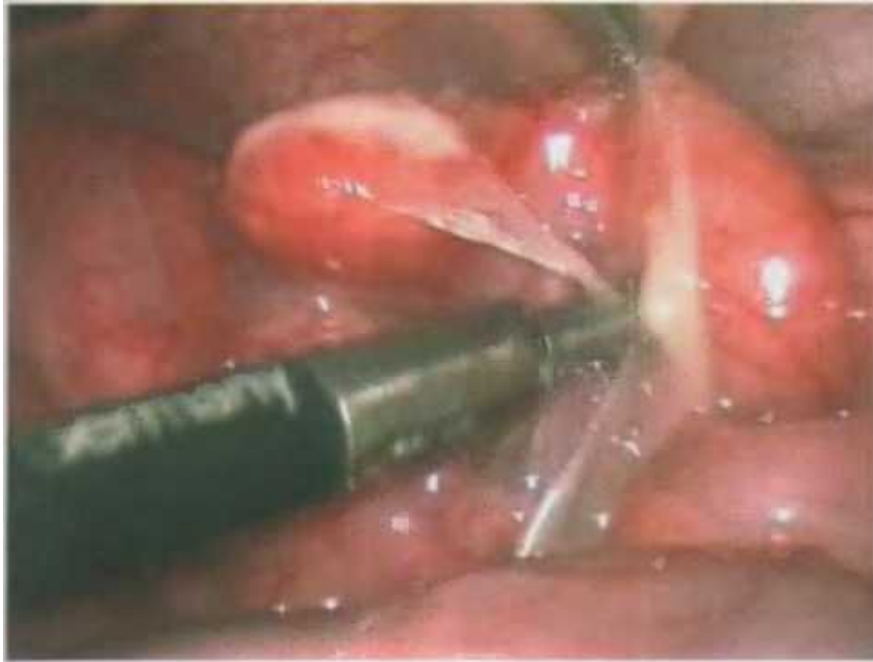
e



f

# ИНТРААБДОМИНАЛЬДЫ АБСЦЕС

- - инфицирленген сұықтықтың қалталануынан болады және декструктивті аппендициттің өршуінде, операциядан кейінгі асқынуларда (гематома, іш



# Қызметі:

- қорғаныш
- иммунитет
- секреторлық
- ешқандай қызмет атқармайды  
(рудиментарлық ағза)

# Клиникалық көрінісінің ерекшеліктері:

- 1. Ауру басталғаннан 5-7 күндері пайда болады ( операциядан кейінгі кезеңде ).
- 2. Интенсивтілігі аз ауру сезімі, жүрген кезде күшееді
- 3. Қабынуға қарсы жүйенің жауабы :
  - -  $38^{\circ}\text{C}$  –тан жоғары температура ;
  - -тілі құрғақ;
  - - тахикардия ( 90 рет мин. жоғары);
  - - тахипноэ (тыныс жиілігі 20 рет мин. жоғары );
  - - лейкоцитарлы формуланың өзгерісі (лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$ )
- 4. Ішек парезі :
  - - метеоризм;
  - - іштің кебуі, іш тыныс алуға қатысады;
  - - газ бен нәжістің іркілуі.
- 5. Периаппендикулярлы абсцесс.
- Аппендикулярлы инфильтраттың абсцестелуінен болады.



- Беткей пальпациялағанда : бұлшық еттің тартылуы, нақты жергілікті ауру сезімі, спецификалық және перитонеальды симптомдар анықталмайды.
- Терең пальпациялағанда : оң жақ мықын аймағында инфильтрат анықталады.
- **Лабораторлы әдістер:**
  - 1. Жалпы қан анализі:
    - - Лейкоцитоз, СОЭ жоғарылауы, лейкоцитарлы формуланың солға ығысуы
  - Инструментальды әдіс :
    - 1. Ультрадыбысты зерттеу әдісі.
      - Оң жақ мықын аймағында көлемді сұйықтық анықталады. Анық капсуласы бар қуыста сұйықтықтың деңгейі оның үстіндегі газбен анықталады.
    - 2. Іш қуысының шолу рентгенографиясы .
    - 3. Іш қуысының компьютерлік томографиясы .

## **Балаларда ж.аппендицит клиникасы**

- ◎ **Ішастардың әлсіз пластикалық қабілеті**
- ◎ **Іш шарбылары кішкене**

### **Жүктілікте**

- ◎ **Құрт терізді өсіндінің орналасуының өзгеруі**
- ◎ **Бұлшық ет тонусының қиын байқалуы**
- ◎ **Перитонтке айналуы мүмкін**

### **Кәрілерде**

- ◎ **Клиникасы морфологиясынан озады**
- ◎ **Жиі деструкция**
- ◎ **Аппендикулярлы инфильтрат рақтан айыру өте қиын**
- ◎ **Операциядан кейін өте жиі өкпе аурулары дамиды**

# Дифференциалдық (ажыратпа)

## диагноз:

1. Жедел холецистит.
2. Жедел панкреатит.
3. Жатырдан тыс жүктілік.
4. Оң жақ бүйрек шаншуы.
5. Асқазан және он екі елі ішек ойық жараларының тесілуі.

# Зерттеу тәсілдері

- - *Лапароскопия*
- - *Құрсақ қуысына рентгеноскопия*
- - *КТ*
- - *МРТ*
- - *УЗИ*

## Премедикация

- Диазепам 10 мг/2 мл
- Тримеперидин 2% -1,0 мл
- Дифенгидрамин 1% - 1,0 мл
- Атропин сульфаты 0,1% -1 мл

- **Анестетиктер**

- Негізгі тізім:

- Диазепам 10 мг/2 мл
- Фентанил 0,005% -2 мл
- Кетамин 500 мг - 10 мл

- Қосымша тізім:

- Лидокаин 2% - 2 мл
- Фторотан ерітінді флаконда 250 мл
- Суксаметоний хлориді 10 мг/5 мл
- Пипекуроний бромиді 4 мг/2 мл
- Дегидробензперидол 2,5 мг 10 мл
- Мидозолам 15 мг/3 мл
- Натрий тиопенталы инъекцияға арналған ұнтақ 1,0 г
- Натрий оксибутираты 20% -10,0 мл
- Пропофол 10 мг/1 мл
- Мидазолам 15 мг/3 мл
- Азот тотығы баллон
- Преднизолон 30 мг/1 мл
- Натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісі 0,9%
- Глюкоза 5%
- Полиглюкин (декстран 60) 400 мл
- Этамзилат 2 мл

# Хирургиялық тактика

- 1. Периаппендикулярлы абсцесс дренаждауға абсолютті көрсеткіш болып табылады.
- 
- 2. Деструктивті аппендициттің өршуінен болған абсцессте оны ашып, дренаждау көрсетілген.
- 3. Операциядан кейінгі периаппендикулярлы абсцестің клиникасында аз иназивті технологи – УДЗ немесе КТ бақылауымен іріңдікті пункциялау және дренаждау көрсетілген.

# Хирургиялық емі

Шұғыл түрде аппендэктомия жүргізіледі.

Аппендэктомия түрлері:

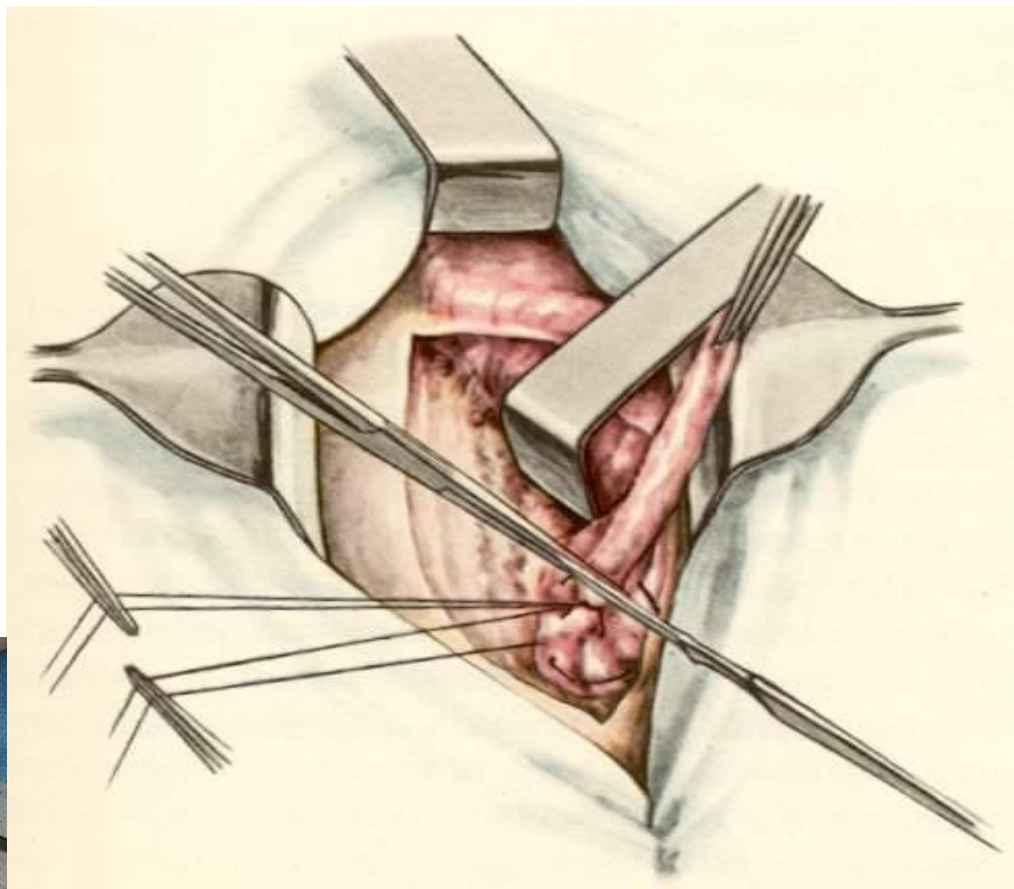
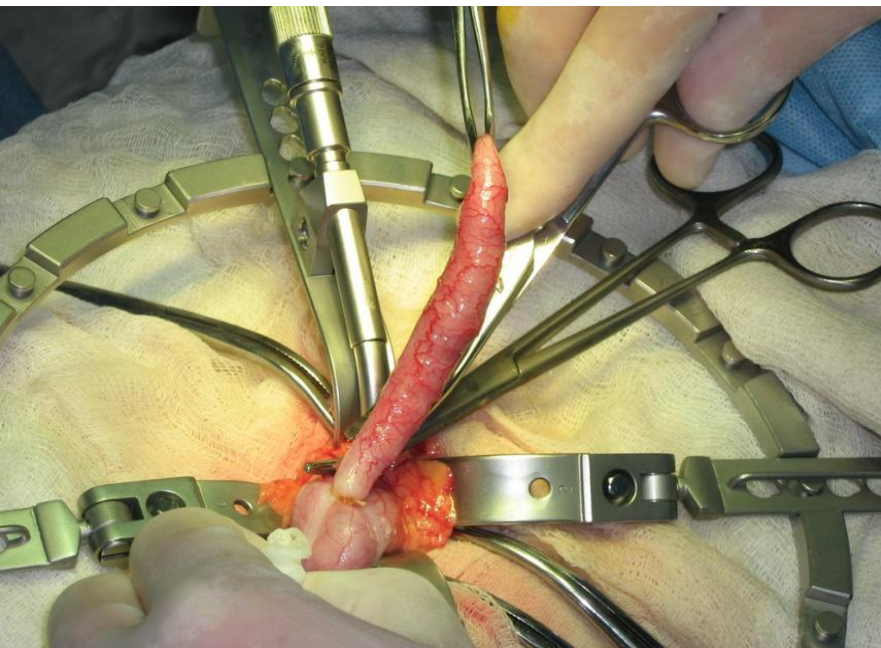
- Антеградты
- Ретроградты
- Инвагинациялық
- Бөлшектеп
- Лигатуралы



- Операцияны жергілікті анестезиямен немесе қазіргі наркозбен орындайды.
- Ену қақпасы Мак- Бурнея- Волкович- Дьяконова бойынша оң жақ мықын аймағына қиғашынан ену.
- Диагноз анық болмаған жағдайда ортаңғы лапаротомия бойынша жүргізіледі.
- Соқыр ішекті құрт тәрізді өсіндімен бірге шығарады.
- Өсінді шажырқайының тамырын байлап, өсіндіні негізінен байлап, кесіп алып тастап, культасын кистетті тігіспен тігеді.
- Гемостаздың тиянақтығын тексеріп, ұзын жіңішке томпонды құрсақ қуысына кіші жамбасқа қарай енгізеді.
- Құрсақ қуысын тігеді.

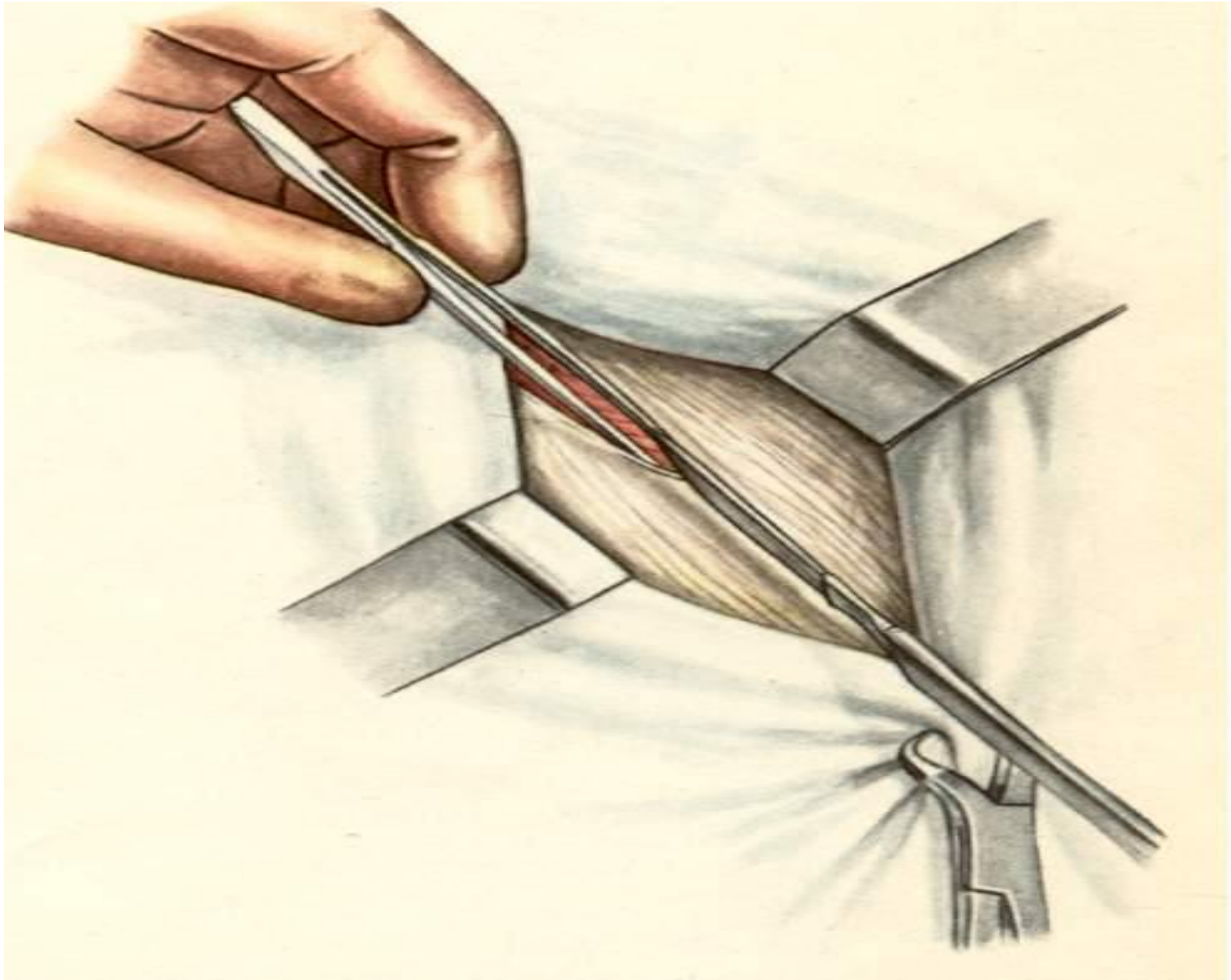
## Аппендэктомия:

- Антеградты
- Ретроградты
- Инвагинациялық
- Бөлшектеп
- Лигатурлы

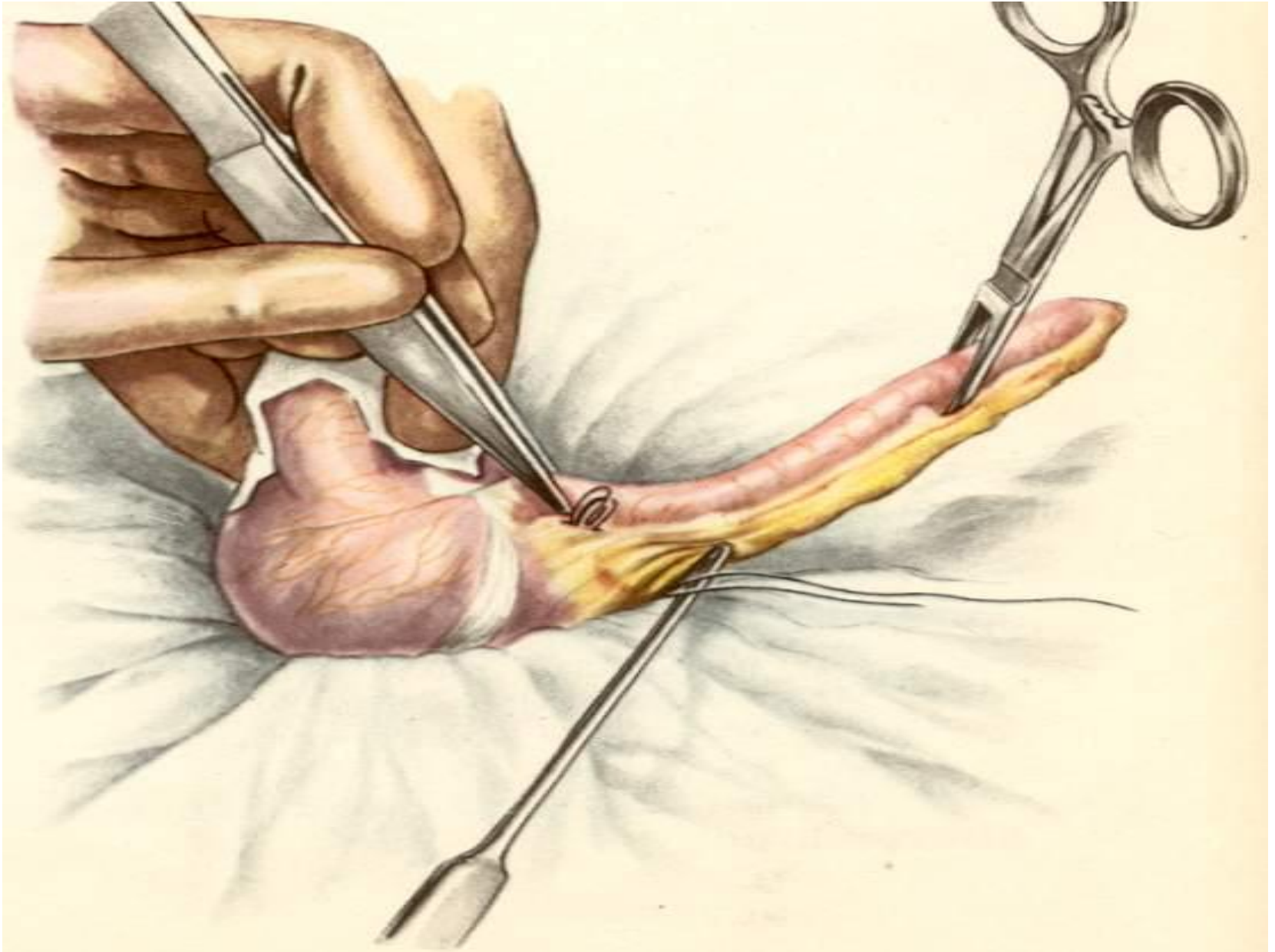


Фарабеф жаңа түрі

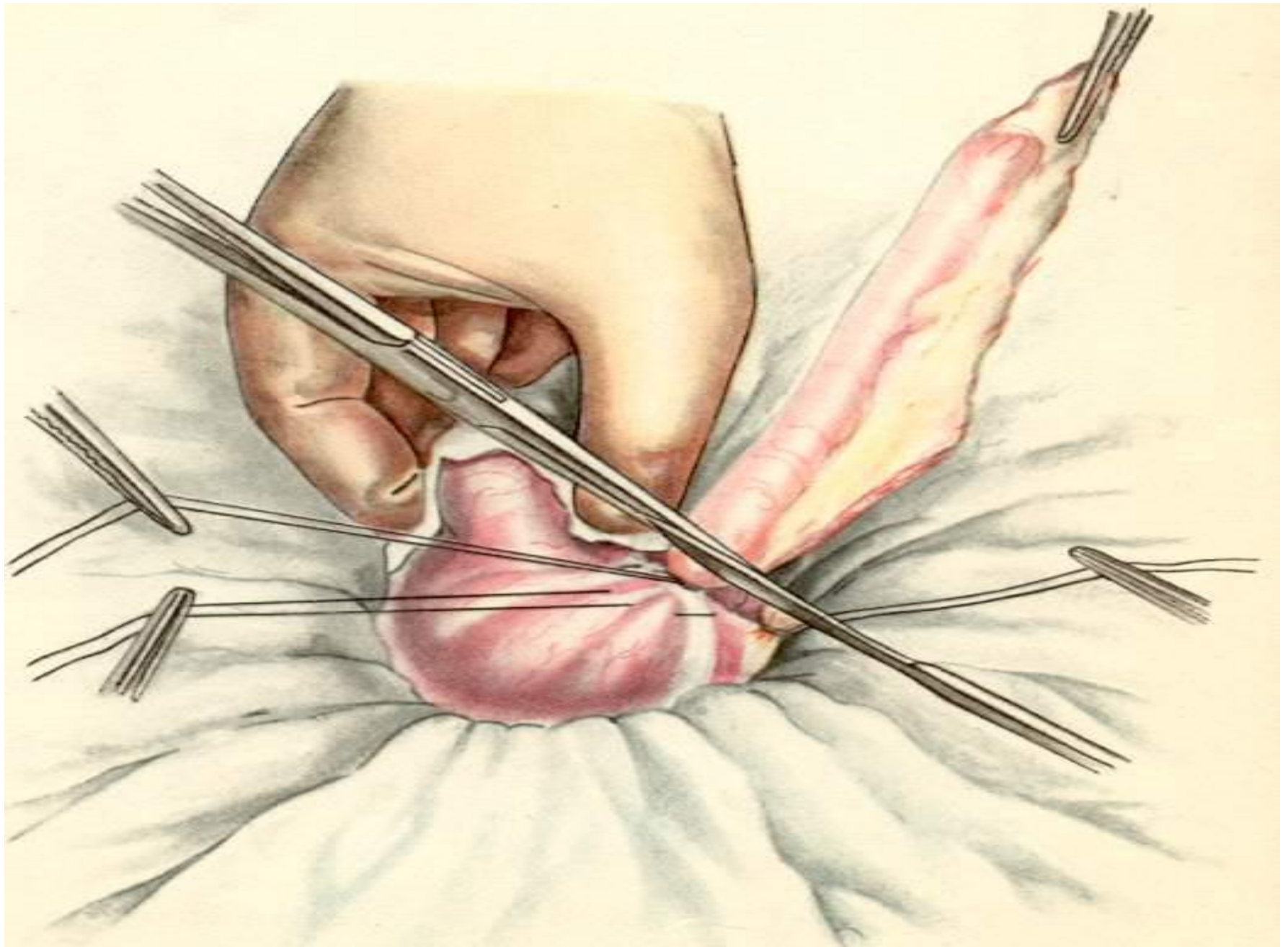
# Волкович-Дьяконов кесіндісі



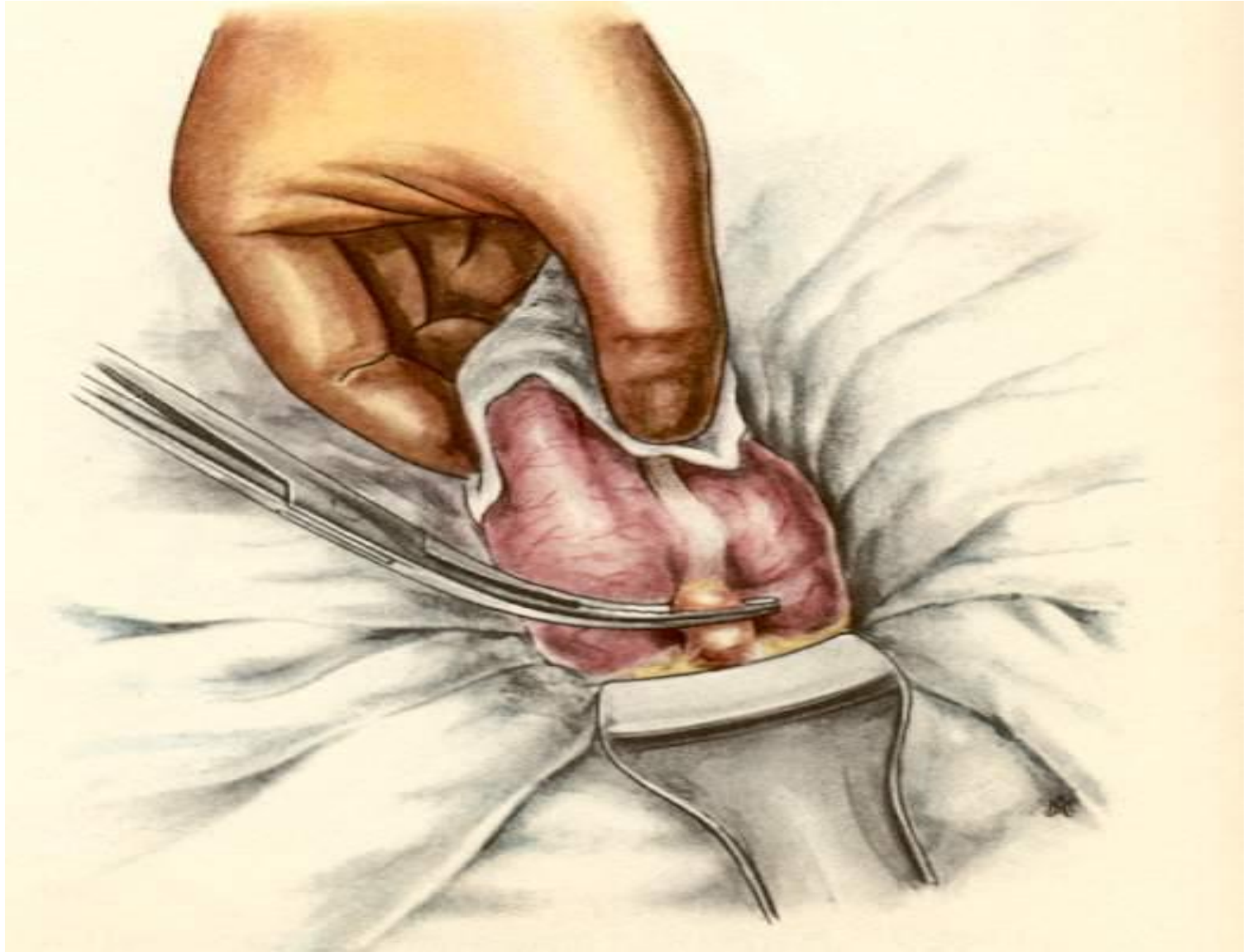
# Аппендикс-тің шашырқайын байлау



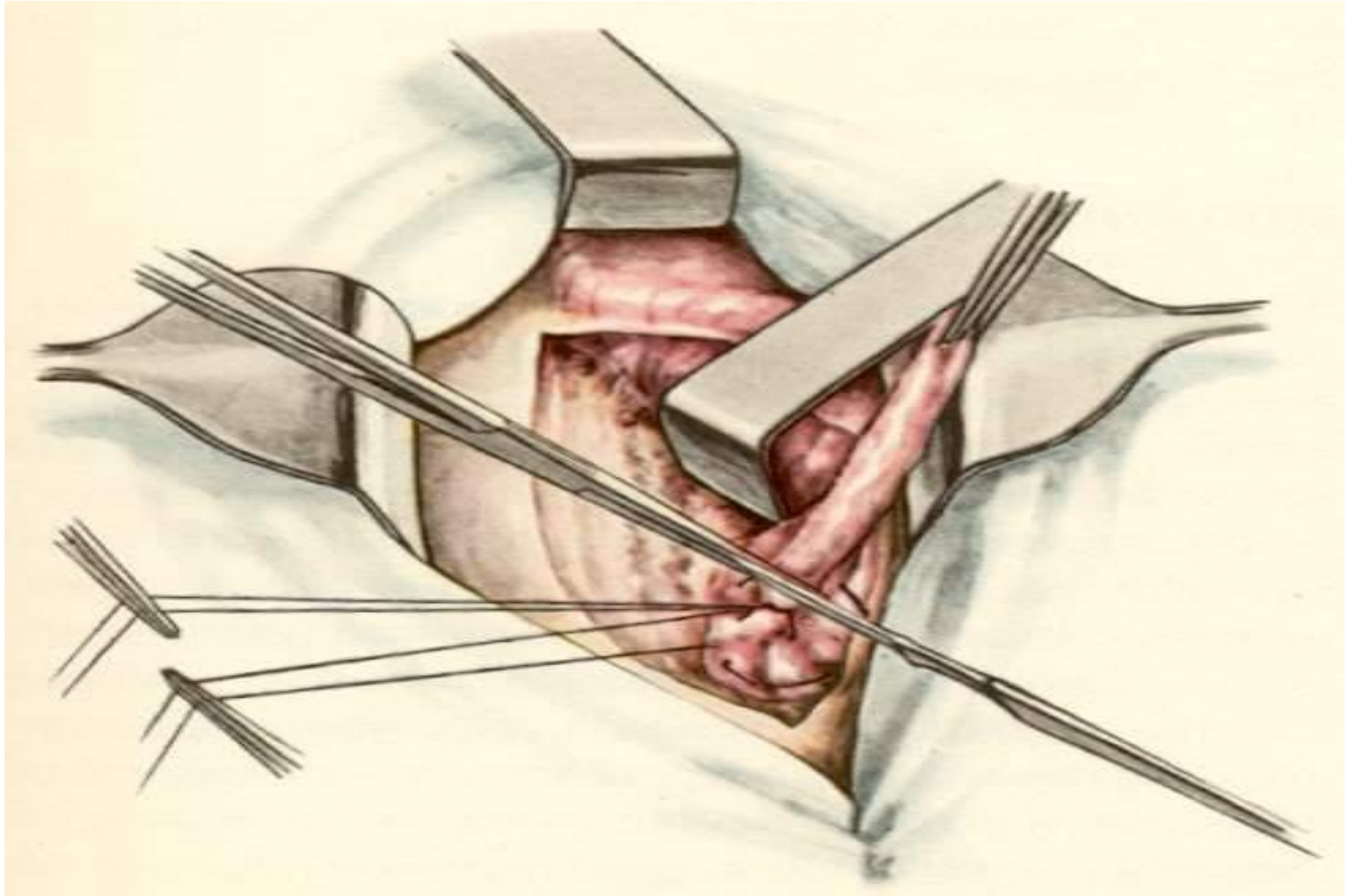
# Appendix-ti kesy



# Ретроградты аппендэктомия

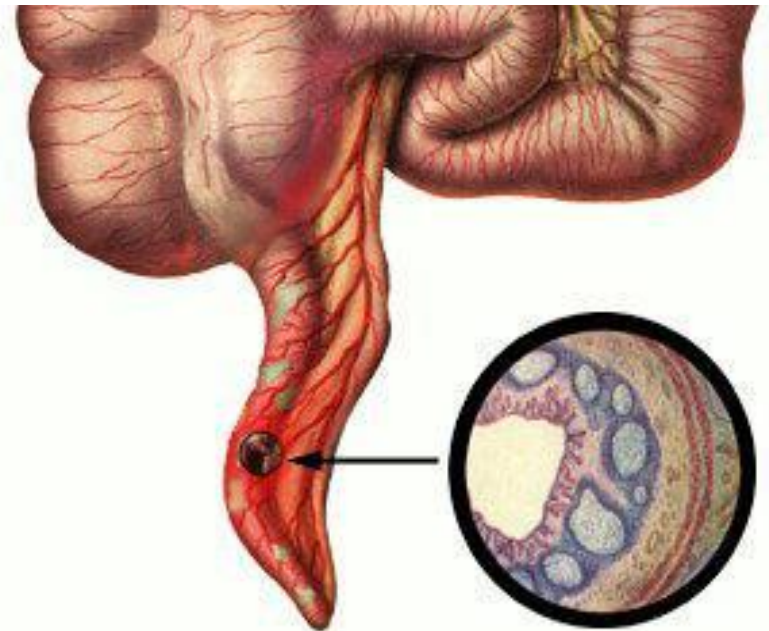


# Құрт тәрізді өскінді кесіп алу



# Аппендициттің асқынуы

- 1) аппендикулярлы инфильтрат
- 2) аппендикулярлы абсцесс
- 3) перитонит
- 4) іш қуысы абсцесі
- 5) Пилефлебит





## Негізгі дәрілік заттардың тізімі:

1. \*Цефуроксим инъекцияға арналған ерітіндіні дайындауға арналған ұнтақ флаконда 750 мг, 1.5 гр
2. \*Цефтазидим инъекцияға арналған ерітіндіні дайындауға арналған ұнтақ флаконда 500 мг, 1 гр, 2 г
3. Цефтриаксон 50-100 мг\кг\сут. x 1 раз в/в
4. Кеторолак 30 мг x 3 р., в/в, в/м
5. Бір реттік шприцтер 5,0
6. Марля
7. Лейкопластырь
8. Этил спирті 70%
9. Бриллиант көгі, спирттік ерітінді 1%

# Операциядан кейінгі кезең

- Адекватты ауру сезімін басатын препараттар, антибактериальды терапия, инфузионды терапия жүргізіледі.
- Тампонды операциядан кейін 3-4 күні алады.
- Құрт тәрізді өсінді алынбаса науқасқа 3 айдан кейін жоспарлы аппендэктомия ұсынылады.

## Пайдаланған әдебиеттің тізбесі

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)  
Д.Ф.Скрипниченко. Неотложная хирургия брюшной полости.-Киев.-1986 2. М.А.Алиев, С.А. Воронов, В.А.Джакупов. Экстренная хирургия. Алматы.-2001. 3. Е.Г.Дегтярь. Острый аппендицит у женщин.М.,1971

<b>Признак</b> Medicine Live	<b>Острый аппендицит</b>	<b>Острый холецистит</b>	<b>Острый панкреатит</b>
<b>Боль (тип, локализация, иррадиация)</b>	Правая подвздошная область (ППО). Постоянная и интенсивная. Без иррадиации	Правое подреберье (ПП). Постоянная или приступообразная, тупая, возрастающая. Правая лопатка, правое надплечье и/или плечо, поясничная область.	Эпигастральная область, левое подреберье, реже правое подреберье. Тупая, интенсивная, нарастающая, опоясывающая. Левая половина грудной клетки, левое (реже правое) плечо, низ живота
<b>Анамнез заболевания</b>	Острое начало. Боль возникает среди полного здоровья. Провоцирующие факторы отсутствуют. Симптом Кохера – Волковича <sup>1</sup> .	Острое начало. Провоцирующие факторы (алкоголь, жирная и острая пища). Наличие аналогичных болевых приступов	Острое начало. Провоцирующие факторы (алкоголь, белковая и жирная пища, патология желчного пузыря и внепеченочных протоков)
<b>Тошнота \ Характер рвоты</b>	+, однократная, реже двукратная рвота	+, многократная с желчным содержимым	+, многократная не приносящая больному облегчение
<b>Стул</b>	Задержка, реже жидкий	Задержка	Задержка или жидкий стул
<b>Поверхностная пальпация</b>	Напряжение мышц и болезненность в ППО	Напряжение мышц и болезненность в ПП	Вздутие живота, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, над пупком
<b>Общие клинические признаки</b>	Общая слабость, субфебрильная температура, тахикардия, язык обложен, влажный (сухой – при деструктивных изменениях)	Общая слабость, температура – 38 - 39°C, тахикардия, возможна иктеричность склер и кожи	Резкая слабость, повышение температуры, озноб, тахикардия, артериальная гипотензия.

Таблица 2. Отличительные признаки внематочной беременности и аппендицита [14]

Внематочная беременность	Аппендицит
Признаки беременности налицо	Признаков беременности нет
Кровянистые мажущие выделения, резкая схваткообразная боль, часто сопровождающаяся обморочным состоянием, тошнота и рвота слабо выражены или отсутствуют, температура тела нормальная или субфебрильная, редко выше 38 °С	Кровянистые выделения отсутствуют, боль не такая острая, тошнота и рвота резко выражены, лихорадка
Напряжение мышц передней брюшной стенки слабо выражено, часто совсем отсутствует, френикус-симптом налицо или отсутствует	Напряжение мышц передней брюшной стенки всегда выражено, особенно справа; симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга положительны; френикус-симптом, как правило, отсутствует
Характерный габитус больной: резкая бледность лица, нередко обморочное состояние, синюшность губ и ногтей	Больная находится чаще в состоянии возбуждения (покрасневшее лицо)
Лейкоцитоза нет, картина крови обычная для вторичной анемии	Обычно наблюдается лейкоцитоз, картина красной крови не изменена
Матка часто увеличена, задняя часть свода влагалища опущена, выпячена, в ней часто определяется тестоватость или через боковую часть свода пальпируется низко расположенная, малоподвижная, нередко болезненная опухоль	Матка и придатки в норме, своды свободны, инфильтрат располагается значительно выше, над паховой связкой, обычно через влагалище трудно достигается и не ограничивает подвижности матки
Показатели СОЭ как при маточной беременности	СОЭ увеличена
При пункции задней части свода влагалища получают жидкую кровь	При пункции задней части свода влагалища кровь отсутствует
Наблюдается отхождение децидуальной оболочки	Децидуальная оболочка не отходит

	Язвенная болезнь	Хронический гастрит	Рак желудка или кишечника	Острый аппендицит	Кишечная непроходимость
<b>Когда возникает боль</b>	Вскоре после приема пищи, через 1–3 ч после приема пищи, ночью	После приема пищи	На поздних стадиях заболевания, постоянная	Внезапно	Через некоторое время после задержки стула
<b>Характер боли</b>	Острая, мучительная, интенсивная, может быть тупой, давящей, режущей	Умеренная, ноющая, ощущение тяжести, распирающая	Продолжительная, вначале незначительная, затем очень интенсивная	Умеренной интенсивности, постоянная	Чрезвычайно интенсивная, схваткообразная, нестерпимая
<b>Локализация боли</b>	В верхней половине живота	В верхней половине живота	Разлитая, без четкой локализации	Внизу живота справа	По всему животу без четкой локализации
<b>Распространение боли</b>	Не характерно	Не характерно	Зависит от распространения (метастазирования) опухоли	Может быть на весь живот, в области пупка	Не характерно
<b>Рвота</b>	Кислая, приносит временное облегчение	Да	Да, может быть вида кофейной гущи	Однократная	Вначале съеденной пищей, затем желчью, далее – содержимым кишечника с каловым запахом

**Назарларыңызға рахмет!!!**