

1. **В. И. ДРУЖИНИН**

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8. **ЗАБОЛЕВАНИЯ, СИМУЛИРУЮЩИЕ**
9. **«ОСТРЫЙ ЖИВОТ»**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. И. Дружинин

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СИМУЛИРУЮЩИЕ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Учебно-методическое пособие

3-е издание, переработанное и дополненное



Минск БГМУ 2016

УДК 617.55-036.11 (075.8)
ББК 54.5 я73
Д76

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 18.02.15 г. протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. неотложной хирургии Белорусской
медицинской академии последипломного образования Н. В. Завада; д-р мед. наук,
проф. каф. анестезиологии и реаниматологии БелМАПО И. И. Канус; д-р мед. наук,
проф. 1-й каф. хирургических болезней С. И. Леонович

Дружинин, В. И.

Д76 Заболевания, симулирующие «острый живот»: учеб.-метод. пособие. – 3-е изд.,
перераб. и доп. / В. И. Дружинин. – Минск : БГМУ, 2016. – 52 с.

ISBN 978-985-567-427-7.

Содержит сведения для дифференциального диагноза острых хирургических заболеваний ор-
ганов брюшной полости с заболеваниями терапевтического профиля, требующих консервативного
лечения. В данном издании существенно дополнены разделы «Заболевания органов брюшной поло-
сти», «Травма грудной клетки», «Инфекционные болезни». Первое издание вышло в 2004 году.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного, педиатрического и военно-
медицинских факультетов.

УДК 617.55-036.11 (075.8)
ББК 54.5 я73

Учебное издание

Дружинин Виктор Иванович

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СИМУЛИРУЮЩИЕ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Учебно-методическое пособие

3-издание, переработанное и дополненное

Ответственный за выпуск С. И. Третьяк
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 21.03.16. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 3,11. Тираж 150 экз. Заказ 136.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-567-427-7

© Дружинин В. И., 2016
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2016

ВВЕДЕНИЕ

Студенты медвузов часто определяют диагноз по сумме выявляемых симптомов и синдромов. Однако известно, что большая часть последних присутствует при многих заболеваниях и повреждениях поэтому их следует взвешивать, анализировать. Врачу в своей диагностической работе постоянно приходится сталкиваться с пограничными патологическими процессами, чаще всего хирургического и терапевтического профиля, где применяются прямо противоположные методы лечения.

На врача неотложной диагностики ложится трудная и ответственная задача — быстро произвести системный анализ целого ряда признаков острых заболеваний вообще, а живота в частности; правильно их оценить и выбрать наиболее рациональный метод лечения. Несомненно, при этом возможны и диагностические ошибки. «Как мало и редко проникают в печать сообщения о неудачах и ошибках! А между тем, ошибки часто поучительнее успехов. Только изучая ошибки, можно научиться их избежать» (В. Л. Покотило, 1926).

В неотложной диагностике никогда не следует переоценивать хотя бы и очень убедительный один симптом, а нужно всегда базироваться на анализе симптомокомплекса, обстоятельств заболевания и повреждения, данных инструментальных и лабораторных исследований, клиническом мышлении.

Ссылка на интуицию и подсознательное понятие — это далеко не надежный способ постановки диагноза. Дело в том, что нередко боли в области основной патологии могут быть значительно слабее, чем в местах их иррадиации. Поэтому врач должен выработать для себя систему осмотра больного, строго ее придерживаться и, независимо от жалоб пациента, обследовать его полностью, а не только заинтересованную часть организма.

«Острый живот» — это комплекс острых хирургических заболеваний, которые нуждаются в неотложном или срочном хирургическом лечении.

Считается, что основными симптомами истинного «острого живота», являются тошнота и рвота, боль, болезненность и напряжение мышц или вздутие живота, отсутствие газоотхождения и стула. Однако симптомокомплекс наблюдается при заболеваниях и повреждениях многих органов и систем, не требующих хирургического вмешательства. Он называется ложным «острым животом». Несмотря на современные технические и клинические достижения в медицине, проблема диагностики ложного «острого живота», по-прежнему актуальна. Атипизм течения некоторых заболе-

ваний, протекающих под видом «острого живота», во многом объясняется, прежде всего, разноуровневой иннервацией.

Различают три типа боли в животе: висцеральную, соматическую и отраженную. *Висцеральная* боль возникает непосредственно в пораженном органе и носит тягостный постоянный характер, часто бывает без четкой локализации. *Соматическую* боль вызывает раздражение париетальной брюшины. Она характеризуется большей интенсивностью и точной локализацией. *Отраженная* боль передается по всему нейросегменту с иррадиацией даже на соседние сегменты. Такая боль в животе наблюдается при заболеваниях головного мозга, мозговых оболочек и других органов. Умение отличить отраженную боль от соматической лежит в основе дифференциальной диагностики «острого живота».

Известно, что брюшная стенка от кожи до брюшины иннервируется последними шестью межреберными и первыми двумя поясничными нервами. Кроме того, они снабжают чувствительными волокнами париетальную плевру и диафрагму. Имеется также общность иннервации внутренних органов грудной и брюшной полостей посредством блуждающих, симпатических и диафрагмальных нервов. Симпатическая нервная система через свой паравертебральный ствол имеет связь со спинным мозгом, его различными сегментами. Кроме того, вегетативная нервная система через свои центры и гипоталамическую область имеет прямую связь с центральной нервной системой. Поэтому большинство внутренних органов получает свою иннервацию не от одного сегмента нервной системы, а от нескольких. Чувствительные рецепторы внутренних органов брюшной полости расположены в брыжейках и стенках полых органов, а в паренхиматозных — в их капсулах. При этом адекватным раздражителем данных рецепторов является давление, возникающее в полостях органов при остром спазме или растяжении их стенок, а в паренхиматозных — при напряжении их капсулы. Следовательно, анатомически существует большое количество связей между иннервацией внутренних органов грудной и брюшной полостей (висцеро-висцеральные рефлексy) и иннервацией внутренних органов и грудной и брюшной стенками (висцеро-моторные рефлексy). Воспалительное или механическое раздражение нервов в любом их участке вызывает боль не строго локальную, а диффузного характера. Именно это обстоятельство создает большие затруднения в определении источника боли методом сравнения проявлений заболеваний.

Несомненно, определенную роль в трудностях диагностики патологического процесса играет гуморально-гормональное воздействие не только на внутренние органы, но и на центральную нервную систему. Это еще больше затрудняет локальную диагностику из-за массивного движения рефлексов от головного мозга на периферию, на более широкий диапазон.

Источником ошибок при определении характера болезни могут быть трудности выявления закономерностей реакции организма на разные фор-

мы раздражения, что лежит в основе различных вариантов типичного и атипичного течения заболеваний.

В ранние сроки заболевания и повреждения неясность клинической картины, малое число симптомов, отсутствие типичных признаков заболевания затрудняют диагностику. Ко времени повторного осмотра начинают проявляться новые симптомы, но ни в коем случае их появления специально выжидать нельзя. Необходимо собрать консилиумы с коллегами других специальностей, а также применить имеющиеся инструментальные методы исследования. Иногда совместный осмотр врачей хирургического и терапевтического профилей наталкивается на такие ситуации, когда терапевты малообоснованно торопливо стараются снять свой диагноз, как бы боясь пропустить острую хирургическую патологию. Тогда-то и приходится хирургу применить свои знания в диагностике пограничных с хирургией заболеваний. «Грамотным хирургом невозможно быть, не будучи хорошим терапевтом. Без глубоких знаний, тонкой наблюдательности и умение выделить главное среди многих жалоб больного и симптомов страдания нельзя распознать болезнь» (А. Н. Бакулев).

Огромную роль в подобных ситуациях играет консультация более опытного хирурга. Нередко, в трудных случаях практики побеждает разумное наблюдение умудренного опытом хирурга-диагноста над благородным порывом молодого хирурга-оператора. Однако наблюдение не должно затягиваться (не должно быть более 2–6 часов). Если объективные данные имеют тенденцию к ухудшению, а имеющиеся диагностические возможности исчерпаны, тогда следует прибегать к последнему диагностическому методу — лапаротомии. Дежурный хирург должен обладать широким диапазоном знаний различных патологических процессов, происходящих в организме человека, быстро ориентироваться в признаках заболевания, синтезировать их и на основании этого ставить диагноз. «Нужно помнить, что постановка диагноза всякого заболевания — сложный мыслительный процесс. Непонимание этого неизбежно ведет к ошибкам» (В. А. Баташов, 1957).

Данное учебно-методическое пособие направлено на повышение квалификации врача. Здесь мы не претендуем на всестороннее и исчерпывающее описание всех возможностей дифференциальной диагностики. Наша задача заключается в создании такого пособия, где был бы собран тот минимум сведений, который необходим студентам во время практических занятий, при курации больных, на дежурствах, на производственной практике.

Учитывая, что первые издания были востребованы, отзывы студентов, преподавателей и врачей положительны, было принято решение подготовить переиздание. В настоящем издании существенно дополнены разделы: «Заболевание органов брюшной полости»; «Травма грудной клетки»; «Инфекционные болезни». Лечение, этих заболеваний консервативное, но при его безуспешности — оперативное.

ПОВРЕЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Кровоизлияние в брюшную стенку

При непосредственной механической травме или же резком, внезапном и сильном напряжении мышц брюшного пресса либо у физически сильных людей (спортсменов, грузчиков и т. п.), либо, наоборот, ослабленных пациентов (стариков, лиц, перенесших длительные тяжелые заболевания или леченных антикоагулянтами и т. п.), а также беременных женщин повреждаются мышцы в виде частичных или полных их разрывов, растяжение и разрыв апоневротических волокон, нервов и кровеносных сосудов с образованием подкожных и предбрюшинных гематом. Длительная антикоагулянтная терапия примерно в 10 % случаев осложняется почечным и кишечным кровотечением, а также образованием предбрюшинной и забрюшинной гематом.

Тщательный опрос и внимательное обследование выявляет, прежде всего, следы травмы: ссадины, царапины, кровоподтеки, локальную болезненность и припухлость. Общее состояние больного не страдает. При спокойном положении боли не возникают, они появляются при движении. При напряжении мышц брюшного пресса видимая припухлость увеличивается, а пальпаторно контуры определяемой здесь опухоли становятся более четкими. Следовательно, имеющийся инфильтрат располагается в толще передней брюшной стенки — признак Бушакура. Если же инфильтрат становится либо менее четким, либо вообще исчезает, то он располагается в брюшной полости. Симптом Щеткина–Блюмберга может быть положительным за счет просочившейся в брюшную полость крови из гематомы. Эта кровь иногда вызывает слабое напряжение мышц живота. При повреждении прямых мышц живота и эпигастральных артерий контуры образующейся гематомы соответствуют границам мышцы и с медиальной, и с латеральной стороны. В последующем, на коже появляется характерный признак — зеленовато-желтое пятно — свойственный рассасывающимся гематомам.

В диагностике гематом передней брюшной стенки незаменимым методом инструментального обследования являются УЗИ и термография. При их отсутствии можно делать пункцию иглой с широким просветом, т. к. в гематоме могут быть сгустки крови и кусочки травмированной ткани.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЗАБРЮШИННАЯ ГЕМАТОМА

Забрюшинные гематомы появляются при травмах костей таза, позвоночника, повреждении поясничных мышц и сдавлениях нижних отделов грудной клетки. Известны также спонтанные разрывы почки, встречающиеся при узелковом полиартериите, гидронефрозе, пиелонефрите, опухолях.

Ретроперитонеальная гематома может развиваться за счет разрыва почечной артерии, не всегда ясного происхождения, когда страдает ткань не только почки, но и надпочечников. Эти гематомы распространяются по типу ползучего инфильтрата вдоль сосудов и фасциально-клетчаточных образований с возможным заполнением предбрюшинного пространства, раздражая при этом многочисленные вегетативные нервные сплетения, а также спинальные нервы. Развивающаяся клиническая картина при такой патологии сложна и многообразна из-за наличия типичной картины паралитической кишечной непроходимости и диффузного пердиапедезного разлитого перитонита.

Большое значение имеет анамнез и наличие признаков места приложения механического воздействия на тело человека. При этом чаще отмечается шоковое состояние — вялость, сонливость, бледность. Симптомы анемии, падение пульса и артериального давления выявляются через некоторое время после травмы, и, что очень важно, нарастают постепенно. В противоположность этому для закрытых повреждений живота чаще всего характерно непосредственное физическое воздействие на его стенки. Внутривнутрибрюшное кровотечение проявляется ранней и быстро нарастающей анемией с параллельным падением гемодинамики, а повреждение полых органов живота проявляется ранними нарастающими признаками перитонита.

От скорости образования и объема гематомы зависит сила выраженности болевого синдрома: иногда он резко выражен с первых часов повреждения и сопровождается мышечной защитой и симптомом Щеткина–Блюмберга, а чаще, наоборот, появляется позже со слабой мышечной защитой. Постоянная боль в животе носит неопределенный характер, а при пальпации отмечается разлитая болезненность по всему животу. Часто отмечается боль и болезненность в поясничной области. Иногда в животе при глубокой пальпации определяется неподвижный болезненный инфильтрат. Может отмечаться сглаженность пояснично-бокового контура туловища. Для забрюшинных гематом характерен симптом Джойса — перкуторно определяемое притупление не меняет своих границ при повороте тела больного. Возможен положительный псоас-симптом — вынужденное сгибание соответствующей ноги и боль в пояснице и нижней половине живота при ее разгибании. Забрюшинные гематомы всегда сопровождаются ранним и стойким метеоризмом, часто слабо выраженным симптомом Щеткина–Блюмберга. Перистальтические шумы кишечника слабые, но ритмичные. Ректальные исследования могут быть болезненными.

На рентгенограммах обнаруживаются переломы костей таза, позвоночника, нижних ребер, можно выявить сглаженность контуров пояснично-подвздошной мышцы (**m. ileo-psoas**), а при повреждении почки — увеличение размеров ее тени. Неоценимую помощь в дифференциальной диагностике играет УЗИ, во время которого определяется жидкость в брюшной полости или забрюшинной клетчатке, а также целостность почки и

мочевых путей. При трудностях диагностики хорошим методом дифференциации остается такой инвазивный метод как лапароскопия. Определенную роль в диагностике анализируемой патологии играют клинические лабораторные исследования, оцениваемые в динамике: медленно нарастающая анемия, высокий лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоформулы влево, часто встречающаяся гематурия (обычно микрогематурия). В дифференциальной диагностике данных истинного и ложного «острого живота» не следует забывать о новокаиновой внутритазовой забрюшинной блокаде по Школьникову, после которой симптоматика становится более четкой и понятной. Следует, по возможности, воздерживаться от диагностической лапаротомии, так как она может усугубить шоковое состояние больного с трудно прогнозируемым исходом.

РАЗРЫВ И РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ

Длительно существующая артериальная гипертония у лиц пожилого и старческого возраста, а также аортоартериит приводят к дегенеративному изменению стенки аорты и ее деформации в виде аневризмы.

Вследствие нейрогенного вызванного спазма сосудов стенок аорты (*Vasae vasorum*), их склеротическое нарушение, гемодинамического воздействия турбулентности кровотока в них появляются структурные изменения средней коллоидной оболочки аорты. Здесь откладываются липиды с образованием бесструктурных очагов, которые постепенно увеличиваются в сторону интимы, вызывая изъязвление последней с возможным выходом детрита в просвет сосуда.

При нарушении взаимоотношения свертывающей с противосвертывающей системой крови на изъязвленной части интимы откладывается фибрин с образованием тромба разной величины.

Иногда через изъязвленный дефект атероматозной бляшки аорты кровь под давлением нагнетается между слоями ее стенки. Если отслаивается внутренняя оболочка аорты, то образуется расслаивающая аневризма с возможным перекрытием просвета сосуда.

Если деструктивный процесс атероматозной бляшки глубокий, то высокое кровяное давление вызывает трофические нарушения в наружных слоях стенки аорты (адвентиции), что приводит к образованию ложной аневризмы. В полости аневризмы нередко формируются тромбы, которые уплотняясь могут иногда укрепить стенки аневризмы и, до некоторой степени, препятствовать ее растяжению. Однако, чаще процесс формирования такой аневризмы происходит более быстрыми темпами, поэтому наружные оболочки аорты не выдерживают механическо–динамического давления и разрываются. При этом кровь изливается в забрюшинное пространство, брюшную полость или просвет полого органа. Большинство аневризматических расширений аорты (95 %) возникают и формируются ниже отхождения почечных артерий и только в 5 % — выше этого уровня. Соотноше-

ние заболевания у мужчин и женщин — 10 : 1. Процесс постоянно с разной скоростью прогрессирует.

Клиническая картина весьма разнообразна и зависит не только от скорости прогрессирования, но и от перекрытия просвета аорты или компрессии гематомой соседних органов. В случае прорыва гематомы в брюшную полость или просвет желудочно-кишечного тракта внезапно развивается коллапс, геморрагический шок с возможной внезапной смертью.

Такой патологический процесс вызывает внезапную боль в груди, эпигастрии и спине. Иногда больной возбужден, мечется, не находит себе места, может находиться даже в прострации, чувствует «приближение смерти», лицо бледно-цианотичное, покрыто потом, часто появляется рвота. Боль иррадирует в позвоночник, поясницу, вниз по ходу аорты и подвздошных артерий, в нижние конечности. В связи с тем, что разрыв стенки аорты бывает в несколько этапов, боли носят мигрирующий характер с интервалами затишья и рецидива болей. При такой патологии обыкновенно развивается динамическая паралитическая кишечная непроходимость, особенно это характерно при полном разрыве аорты и образовании ложной ее аневризмы. Живот вздут, мягкий, иногда определяется слабо выраженный симптом Щеткина–Блюмберга, перистальтические шумы кишечника сохранены, но они слабые и редкие. Газы не отходят, стул отсутствует. Часто слева от пупка, выше или ниже его, в глубине живота пальпируется гладкая болезненная опухоль, которая у $\frac{2}{3}$ больных пульсирует, а при аускультации определяется дующий шум.

Однако у трети больных эта аневризма заполнена фибрином, тромбируется, поэтому ни пульсации, ни шума не выявляется. Часто при такой ложной аневризме пульсация на артериях нижних конечностей сохранена. Однако при расслаивании стенки аорты у больных, особенно не имеющих ожирения, можно прощупать часть аорты в виде толстого болезненного продолговатого инфильтрата с пульсацией или без нее. В таких случаях пульсация артерий на нижних конечностях не определяется. Тяжесть паралитической кишечной непроходимости зависит от уровня расслаивания стенки аорты, от вовлечения устьев верхней и нижней мезентериальных артерий.

Длительность процесса колеблется от 3 до 7 дней, а нестерпимая боль, не купирующаяся даже наркотиками, может закончиться смертью в результате обильного кровотечения из аорты. Поэтому следует принять за правило: у всех пожилых и старых больных с болями в животе, прежде всего, подозревать аневризму аорты, т. к. своевременная сосудистая операция сохранит больным жизнь.

Наличие переходящей альбуминурии при формировании ложной аневризмы аорты свидетельствует о ложном «остром животе». Точность диагностики зависит от применения УЗИ, особенно с эффектом Допплера, от аортографии, лапароскопии, КТ и ЯМРТ.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ГАСТРОДУОДЕНИТ

Гастродуоденит — относится к полиэтиологическим заболеваниям и представляет собой комплекс дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений, охватывающих слизистую оболочку желудка, а в более тяжелых случаях, распространяющихся на интерстициальную ткань и мышечный слой органа.

При остром гастродуодените обычно можно выявить связь с воздействием принятого повреждающего агента — недоброкачественной или обильной трудноперевариваемой пищей, токсическими веществами (крепкие алкогольные напитки, некоторые медикаменты и др.), микроорганизмами и их токсинами и т. п. В ряде случаев имеет значение пищевая аллергия.

Через относительно короткий промежуток времени после приема повреждающего агента появляется тошнота, тупые распирающие боли в эпигастрии разной силы. Затем присоединяется неоднократная рвота содержимым желудка, после чего боли либо исчезают, либо уменьшаются.

Пульс и температура обычно мало изменяются. Язык влажный, густо обложен. Живот немного вздут, мягкий, умеренно болезнен при глубокой пальпации, четкой локализации болезненности не отмечается. Другие патологические симптомы отрицательны. Перистальтика кишечника ритмичная, ускоренная, усилением болей не сопровождается. Стул чаще жидкий, зловонный. Лабораторно — лейкоцитоз с умеренным сдвигом лейкоформулы, СОЭ в пределах нормы. В моче вначале изменений нет. Эндоскопически — слизистая оболочка желудка и 12-перстной кишки гиперемирована, складки увеличены за счет отека, нередко имеются эрозии.

Клиническая картина и течение хронического гастродуоденита часто схожа с таковыми при гастродуоденальных неосложненных язвах. Имеется и сезонность обострения, и периодичность голодных болей, и связь болевого синдрома с приемом пищи. В отличие от язвы преобладают небольшие постоянные длительные (сутками) боли, а на них дополнительно наслаиваются боли после еды. Эти боли начинаются и усиливаются после еды не внезапно, а через 10–15 минут и позже. Известно, что при остром аппендиците клиническая картина тоже начинается с болей в эпигастрии с последующим перемещением (не позже 6 ч) в правую подвздошную область — симптом Волковича–Кохера. При этом тошнота и однократная рвота всегда появляются после начала болей и облегчения не приносят. При прикрытых перфорациях гастродуоденальных язв боли тоже начинаются в эпигастрии с последующим перемещением в правую подвздошную область, однако при этом боль и болезненность остаются в эпигастрии.

Однозначности при сборе анамнеза и четкости клинической картины при хронических гастродуоденитах не наблюдается. Пульс и температура соответствуют друг другу. Язык всегда обложен, может быть и сухим, и влаж-

ным. Живот чаще вздут, мягкий, болезненность в эпигастрии без четкой локализации. Другие патологические симптомы отрицательны. Стул чаще неоформленный. Дизурии нет. Кровь и моча — без особенностей. Эндоскопически — слизистая оболочка гиперемирована с определенной локализацией, часто атрофична, слизи часто мало, в стадии обострения — эрозии.

ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ

При пищевых токсикоинфекциях в организм человека одновременно с пищей поступает огромное количество размножающихся в пищевых продуктах микроорганизмов и их токсинов. Ботулизм является следствием не инфекции, а отравления ядами, образующихся в продуктах в процессе жизнедеятельности бактерий. Считается, что некоторые возбудители и в организме человека продуцируют токсины. Токсины извращают моторику желудочно-кишечного тракта. При резорбции токсинов проявляется их общее действие, особенно на сердечно-сосудистую систему. При тяжелых токсикоинфекциях может развиваться гиповолемический шок — паралич вазомоторов, депонирование крови в портальной системе, замедление кровотока и сладжирование эритроцитов. Эндотоксины повышают проницаемость сосудов с выходом жидкой части крови и мелкодисперсных фракций белков. Это ведет к снижению онкотического давления плазмы и еще большему выходу жидкости из сосудистого русла. При гипокалиемии нарушается сократительная функция миокарда, что усугубляет нарушение гемодинамики. Глубокая артериальная гипотензия может поддерживаться недостаточностью функции надпочечников, в которых иногда наблюдаются геморрагии. У пациентов нередко развивается инфекционно-токсический, бактериальный или эндотоксический шок.

Инкубационный период обычно длится 2–12 ч, редко — несколько суток.

Диагноз пищевой интоксикации может считаться безусловно обоснованным, если имеется массовое заболевание питавшихся в общественных местах питания или заболевание нескольких членов семей. При одиночном заболевании необходимо исключить все возможности симулировать пищевую интоксикацию. Пищевая интоксикация может протекать в виде острого гастроэнтерита, холераподобной формы, стафилококковых отравлений, брюшнотифозной формы, отравлений грибами, ботулизма.

Клиническая картина токсикоинфекций, вызываемая разными возбудителями, во многом схожа. Через несколько часов после отравления появляются тошнота и многократная рвота, сильные боли в животе, преимущественно в эпигастрии. Вскоре присоединяется урчание в животе, метеоризм и понос энтерического характера — стул обильный, водянистый, зловонный, без видимой примеси слизи и крови, от 1 до 20 раз в сутки. При воспалительном «остром животе» рвота бывает однократной после постепенно появившихся болей в животе. Может быть жидкий стул, но значи-

тельно позже от начала заболевания при развитии вторичного энтерита, т. е. при переходе воспаления на тонкий кишечник, например, при медиально расположенном деструктивно измененном червеобразном отростке. Хирургические тенезмы наблюдаются при тазовом перитоните аппендикулярной этиологии.

Температура тела при пищевой токсикоинфекции повышена до субфебрильных или высоких цифр. Продолжительность лихорадки — от нескольких часов до нескольких дней. Пульс соответствует температуре. Артериальное давление снижено. Возможен коллапс сосудистой. Язык обложен, часто сухой. При «остром животе» пульс чаще опережает температуру, а артериальное давление снижается при развитии перитонита, т. е. значительно позже.

При ботулизме через сутки появляются бульбарные симптомы: офтальмоплегия, зрачки расширены, не реагируют на свет, зрение расплывчатое (диплопия) вследствие паралича отдельных глазных мышц, птоз, слух ослабевает до глухоты, брадикардия. Для ботулизма характерен запор и метеоризм.

Живот при токсикоинфекции часто немного вздут, в дыхании участвует, мягкий, немного болезненный чаще в эпигастрии, иногда вокруг пупка или по ходу толстого кишечника, определяется урчание в кишечнике. У некоторых больных с тяжелым течением инфекции печень увеличена, а изредка и селезенка пальпируется. Иногда наблюдается желтуха.

Лабораторно — лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоформулы влево, иногда до метамиелоцитов, СОЭ — увеличено. Эндоскопически — изменения слизистой оболочки от легкой гиперемии до некроза всей стенки желудка. Лапароскопия — может быть серозный прозрачный экссудат, кишечник гиперемирован, отечен, раздут, перистальтирует.

Обязательно собирают рвотные массы, испражнения и мочу для бактериологического исследования и производят серологические исследования, что помогает конкретизировать диагноз.

Известно, что ранняя своевременная терапия быстро купирует клинические проявления токсикоинфекции.

БРЮШНАЯ «ЖАБА» (ANGINA ABDOMINALIS)

Симптомокомплекс брюшной «жабы» имеет несколько терминов: висцеральный ишемический синдром, сосудистый криз, ишемическая энтеропатия, кишечная ишемия, абдоминальный ишемический синдром, хроническая ишемия органов пищеварения. Касаясь этиологии заболевания висцеральных артерий, следует отметить, что поражение чревного ствола наиболее часто наблюдается в результате экстравазальной компрессии — сдавление извне срединной дугообразной серповидной связкой диафрагмы, ножками диафрагмы, нейрофиброзной тканью, как правило, наблюдается у лиц молодого возраста. Верхняя брыжеечная артерия поражается несколько

чаще при неспецифическом аортоартериите, узелковом периартериите, как правило, у женщин 35–40 лет. Нижняя брыжеечная артерия поражается чаще других из-за обычного перехода атеросклеротического процесса с аорты на проксимальные ее сегменты, преимущественно у мужчин пожилого возраста. Спазм сосудов может быть сильным и продолжительным вплоть до некроза органа, при этом в сосудах тромбы не выявляются. Напрасное оперативное вмешательство у таких больных может вызвать тяжелые сосудистые осложнения с возможным неблагоприятным исходом.

Специфической клинической картины брюшной «жабы» не отмечается. Такие больные часто страдают стенокардией, артериальной гипертензией, облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом и др. В последующем на фоне периодически повторяющихся болей в животе, часто после обильной еды или физических перегрузок, появляются схваткообразные боли в эпигастрии или мезогастррии, нередко сопровождающиеся рвотой. Поэтому некоторые больные ограничивают себя в еде из-за боязни болей или вызывают искусственную рвоту при чувстве переедания. При прогрессировании патологии боли возникают даже при приеме минимального количества пищи. В начале развития абдоминальная ишемия проявляется коротковременными спастическими болями в животе при стрессовых состояниях, внезапных физических перегрузках и т. п., при этом изменения кровотока в сосудах можно выявить только при УЗИ с эффектом Допплера. Больные беспокойны, мечутся в постели. Язык рано становится сухим, обложенным. Живот часто вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность без четкой локализации, иногда с напряжением мышц. Причем пальпация живота может спровоцировать усиление болей. Перистальтические шумы кишечника ритмичные, ослабленные и без усиления болей. Вначале может быть задержка отхождения газов, а в последующем — расстройство стула. В дальнейшем отмечаются постоянные абдоминальные боли, усиливающиеся после каждого приема пищи.

На мысль о сосудистом генезе болей в животе могут навести признаки поражения других артерий: ослабление или отсутствие пульсации на артериях конечностей, шумы над проекцией крупных артерий (сонных, надключичных, подкрыльцовых, бедренных и др.).

Ректальное исследование — без особенностей, однако при инфаркте кишки в кале обнаруживается кровь, могут быть даже обрывки слизистой оболочки. Специфических лабораторных тестов нет. На обзорной рентгенограмме возможны мелкие чаши Клойбера.

Лапароскопия — отмечается повышенная бледность либо всего кишечника, либо отдельных его сегментов, выпота нет. При селективной ангиографии можно обнаружить спазм сосудов или участки стенозирования артерий.

Тяжелым осложнением брюшной «жабы» является тромбоз мезентериальных сосудов, заканчивающихся инфарктом кишки и перитонитом.

В зависимости от тяжести течения различают 3 формы (стадии) хронической мезентериальной сосудистой недостаточности:

I-я стадия — компенсации — без последующих анатомических изменений;

II-я стадия — субкомпенсации — с обратимыми анатомическими изменениями — типа кровоизлияний в стенку кишки;

III-я стадия — декомпенсации — с развитием некрозов — инфарктов кишечной стенки и последующим перитонитом.

При подозрении на брюшную «жабу» рекомендуется принимать антиспастические средства — нитроглицерин, валидол, но-шпа, папаверин гидрохлорида, раствор никотиновой кислоты и т. п. При установленном диагнозе I-й стадии дополнительно показаны новокаиновые блокады, общие теплые ванны, теплые клизмы, тепло на живот. Если в течение полчаса боли не уменьшаются, то надо подозревать II-ю и III-ю стадии заболевания или искать другую причину болей. В случае диагностики спазма артерий во время лапаротомии показаны новокаиновые блокады корня брыжейек и забрюшинного пространства.

Имеется некоторая идентичность патогенеза хронической ишемии органов пищеварения, т. е. брюшной «жабы», и острой непроходимости мезентериальных сосудов. Однако клиническое течение острой мезентериальной непроходимости значительно отличается более стремительным, относительно четким проявлением и финалом заболевания, поэтому и анализируется в разделе «острый живот». К тому же, врачебная тактика при декомпенсированной стадии брюшной «жабы» такая же, как и при острой мезентериальной непроходимости.

УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ

Узелковый полиартериит (узелковый периартериит, узелковый панартериит, болезнь Кусслеауля–Мейера) относится к системным васкулитам, гетерогенной группе заболеваний, основным морфологическим признаком которых является воспаление сосудистой стенки. Этиология васкулита неизвестна, но имеется четкая связь с инфекцией (вирус гепатита В и др.) и аллергизацией различными экзо- и эндогенными факторами.

Узелковый полиартериит — это некротизирующее воспаление средних и мелких сосудов, артериол, капилляров и венул. Хроническое рецидивирующее течение болезни с прогрессированием патологического процесса предполагает существование аутоиммунных механизмов с нарушением супрессорной функции Т-лимфоцитов. Иммунные комплексы откладываются преимущественно в сосудистых стенках. Особенно часто поражаются внеорганные сосуды почек, желудочно-кишечного тракта и сердца. Поражение артерий имеет сегментарный характер и проявляется четкообразными утолщениями диаметром от 0,1 до 3 мм, которые представляют собой аневризмы, иногда с тромбозом. Фибринозные и инфильтративно-

пролиферативные изменения могут вести к грубому склерозу и гиалинозу стенки артерий с резким сужением просвета, вплоть до полной облитерации. При узелковом полиартериите всегда вовлекается микроциркуляторное русло, особенно при выраженной деструкции терминальных сосудов желудочно-кишечного тракта. Поражения сосудов многих органов могут быть одновременными или последовательными. При этом проявляется плазматическое пропитывание, геморрагии, очаги некроза, инфаркта, эрозии и язвы, кровотечения, прободения язв и перитониты.

Клинические проявления васкулитов весьма разнообразны и определяются особенностью пораженных сосудов, локализацией, а также выраженностью воспалительных нарушений. Начало болезни, как правило, острое или подострое, нередко преобладают неспецифические симптомы: лихорадка, слабость, похудание, тахикардия, ночная потливость, боли в суставах и мышцах. Лихорадка имеет постоянный характер и не уступает действию антибиотиков. Боли в животе отмечены у 55 % больных. Острые боли в животе бывают разлитыми или относительно локализованными, соответственно органным поражениям. Эпизоды болей в животе без отчетливых признаков поражения желудочно-кишечного тракта могут сменяться длительными ремиссиями, но чаще они рецидивируют. Выраженные боли сочетаются с разлитой или локальной болезненностью и напряжением мышц живота, признаками раздражения брюшины, что связано с перфорацией язв, некрозами и кровоизлияниями в желудочно-кишечный тракт. В более легких случаях, вероятно, имеют место дискинезии, ограниченные субсерозные геморрагии и отек. Сильные боли в животе часто сопровождаются тошнотой и рвотой с примесью к рвотным массам крови, что указывает на эрозивное и язвенное поражение желудка. Абдоминальные осложнения наблюдаются у 17,2 % больных. Профузные кровотечения обычно связаны с разрывом аневризм артерий. Перитониты наблюдаются за счет перфораций язв или гангрены кишки. Поносы при поражении тонкой кишки наблюдаются редко. При поражении толстой кишки наблюдается дизентериеподобный стул с тенезмами.

Специфических для узелкового полиартериита лабораторных показателей нет. В активной фазе наблюдаются: анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, эозинофилия, увеличение СОЭ, альфа- и бета-глобулинов, сиаловых кислот, фибриногена, появляется С-реактивный белок.

Эндоскопически можно выявить источник кровотечения и взять слизистую на биопсию. Рентгенологическое исследование показано при абдоминальной катастрофе.

Узелковый полиартериит может быть заподозрен лишь при учете многообразных клинических проявлений и окончательно подтвержден биопсией. Следует помнить, что напрасная операция ухудшает течение патологического процесса.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Болезнь Крона — это сегментарное неспецифическое грануломатозное воспаление любого участка пищеварительного тракта от губ рта до анального канала. Впервые описал Крон в 1932 г. как терминальный илеит. Этиология неизвестна, однако предпочтение отдается аутоиммунной агрессии. В патогенезе основным считают поражение лимфатической системы стенки органа с развитием гранулематозного воспаления, скоплением гигантских и эпителиоидных клеток. Возможны интрамуральные абсцессы в стенках органа.

Встречается в любом возрасте и не зависит от пола. Различают формы: острую и хроническую, а также 4 стадии развития. Чаще всего поражается кишечник.

В I-ой стадии — остро инфильтративного воспаления — орган гиперемирован, отмечается трансмуральная инфильтрация и отек с некоторым сужением просвета, тестоватость органа, на серозной оболочке часто видна инъецированность сосудов с петехиями, могут быть нити фибрина. Брыжейка и ее лимфоузлы на протяжении 2–10 см строго регионарно воспалены и отечны. В этой стадии возможны осложнения в виде перитонита.

Клиника. На фоне высокой температуры (38–40 °С) появляется сильная боль в животе без определенной локализации. Затем боль нарастает, а ее локализация уточняется. Живот немного вздут, мягкий, умеренно болезненный без четкой локализации, а позже концентрируется в одной из его областей. Перкуссия резко болезненна, иногда пальпируется петля кишечника тестоватой консистенции. Стул может быть в норме, но нередко отмечается понос.

Лабораторно. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, эозинофилы сохранены. СОЭ ускорено. Моча в норме.

УЗИ. Иногда видна жидкость в брюшной полости в небольшом количестве, можно обнаружить петлю кишки с толстыми стенками.

Эндоскопия. Отмечается гиперемия и инфильтрация слизистой стенки органа на определенном участке, иногда видна гнойная слизь.

Рентгеноданные. Различной степени неравномерного сужения и малоподвижность здесь органа.

Лапароскопия. Небольшой серозный экссудат, на ограниченном участке органа серозная оболочка гиперемирована, инфильтрирована, могут быть нити фибрина; брыжейка и ее лимфоузлы воспалены.

Во II-ой стадии — изъязвлений и абсцедирований стенки органа — стенка органа тусклая, уплотненная, на слизистой оболочке множество изъязвлений различной глубины и размеров, имеются гранулемы с наличием гигантских клеток. Яркость воспаления брыжейки и лимфоузлов менее выражена, но они уплотнены. В этой стадии возможны осложнения — кровотечение, перфорация и перитонит.

Клиника. На фоне субфебрилитета появляются спастические, коликообразные боли в животе, сопровождающиеся вздутием и ограниченной асимметрией, но живот пальпаторно мягкий, пальпируемая уплотненная петля кишки умеренно болезненна. Газы отходят, но на фоне запоров появляются кровавые поносы.

Лабораторно. Анемия, лейкоцитоз с умеренным нейтрофилезом, отсутствие эозинофилов. СОЭ ускорено. В моче следы белка.

УЗИ. На фоне умеренно раздутых петель кишечника обнаруживается петля кишки с утолщенной стенкой и уменьшением ее просвета.

Эндоскопия. На осмотренной слизистой участка органа отмечается гиперемия, отек и множество эрозий и язв, иногда видны сгустки крови, а слизь с примесью гноя.

Рентгенданные. Расширение приводящей петли кишки перед участком инфильтрированной перистальтирующей кишки, а также спазм отводящей петли кишки.

Лапароскопия. Участок кишки гиперемирован, но тусклый, здесь на серозе отмечаются небольшие кольцевидные участки инфильтрации с белесоватым цветом в центре; кишечник до измененной части расширен, усиленно перистальтирует, а после измененной — спавшийся; брыжейка с лимфоузлами воспалены, но менее ярко.

В **III-ей стадии** рубцово-грануляционных стриктур — ранее изъязвленные и абсцедирующие участки органа через грануляционно-стромальные стадии трансформируются в рубцовую деформированную ткань плотной консистенции с резким сужением просвета органа и сморщиванием брыжейки кишки. Эта стадия заболевания осложняется рубцовой непроходимостью органа.

Клиника. Постепенно развивается типичная механическая непроходимость органа с соответствующей симптоматикой, а также изменениями при инструментальном обследовании, которые выше указаны.

В **IV-ой стадии** образования внутрибрюшных инфильтратов, внутренних и наружных свищей, которые образуются при пенетрации язв измененного участка органа в соседние органы и ткани. Этот патологический процесс протекает хронически, медленно, неотвратимо.

Клиника. На фоне ремиттирующей и субфебрильной температуры и постоянной ноющей боли периодически появляется обострение с развитием клинической картины то абсцесса брюшной полости, то кишечной непроходимости, то открытия или закрытия кишечного свища. Чаще всего живот заметно деформирован за счет обширной бугристой плотной неподвижной воспалительной опухоли, которая часто располагается у основания свища. Стул не устойчивый, газы отходят.

Лабораторно. Изменения характерны для хронического воспаления.

УЗИ. Определяется неопределенной формы опухоль, иногда виден внутренний межорганный свищ.

Эндоскопия и лапароскопия нередко невозможны по техническим причинам — наличие спаечного процесса в брюшной полости; сдавление просвета органа извне.

Рентгенданные. Грубая деформация полых органов спаечным и воспалительным процессами; иногда видны внутренние межорганые свищи.

Во время биопсии на любой стадии развития патологического процесса выявляются саркоидоподобные гранулемы.

При диффдиагностике следует иметь в виду язвенный колит, илеоцекальный туберкулез, актиномикоз, добро – и злокачественные новообразования.

Лечение. В первой стадии болезни Крона показано консервативное лечение — антибиотики, иммунотерапия, антигистаминные препараты, гормонотерапия, специфическое лечение сульфасалазином. Такое лечение проводится под постоянным наблюдением хирурга, чтобы не пропустить начало возможных осложнений. Если диагноз выставлен во время операции, то лечение подобное же. Предлагаемое некоторыми авторами «радикальное» хирургическое лечение — резекция органа, скорее всего не оправдано, так как процесс может остановиться от консервативного лечения. Во второй стадии также показано консервативное лечение, если нет осложнений. Если же имеется кровотечение, перфорация и преперфорация, то показана резекция органа в здоровых пределах с выше указанным консервативным лечением.

В 3 и 4-ой стадиях показано хирургическое лечение:

- 1) резекция органа вместе с пораженным сегментом брыжейки в пределах здоровых тканей;
- 2) при невозможности произвести радикальную операцию следует произвести обходной анастомоз.

При любом методе лечения в 22–66 % случаев наблюдаются рецидивы заболевания. (Крон, 1957), поэтому при появлении признаков рецидива патологии показано превентивное лечение сульфасалазином.

ФЛЕГМОНА ЖЕЛУДКА

Флегмона желудка или флегмонозный гастрит — это диффузное гиперергическое гнойное воспаление части или всего желудка, которое развивается в сенсibilизированном организме. Встречается в 0,004–0,01 % среди острых хирургических заболеваний. Поражает чаще мужчин. В зависимости от появления она бывает первичной, вторичной и метастатической. Первичная флегмона может поступать без предшествующего желудочного или иного заболевания. Однако часто отмечаются предрасполагающие факторы в виде одного из химического или механического фактора поражений слизистой оболочки, ахилии, пониженной устойчивости организма. Вторичная флегмона — это флегмонозное воспаление, осложняющее язву, рак, тубер-

кулез желудка. Метастатическая флегмона — это флегмонозное воспаление, появляющееся при острых септических заболеваниях.

При флегмоне желудка чаще всего выявляют возбудители: стрептококк и кишечная палочка.

Патогенез. В процессе своего развития это заболевание проходит стадии от серозного до гнойного воспаления, которое начинается в подслизистом слое, затем поражает слизистую оболочку, а позже и всю толщину стенки желудка. При этом слизистая оболочка становится гиперемированной отекшей. Стенка желудка утолщается и уплотняется. Серозная оболочка сильно гиперемирована с четкими границами, как при рожистом воспалении, усеяна петехиями, покрыта фибринозным налетом. При разрезе обильно вытекает мутный гнойный экссудат. Регионарные лимфоузлы отекшие, увеличенные. Рано развивается гнойный перитонит. При ограниченной флегмоне характерно образование кольцевидного воспалительного инфильтрата желудка.

Клиника. При сборе анамнеза нужно учитывать все факторы, сенсibiliзирующие организм: кариозные зубы, тонзиллит, хронический сепсис и др. Каждая стадия флегмонозного воспаления желудка вызывает своеобразную реакцию организма, а отсюда особую симптоматику, которая может симулировать различные заболевания не только желудка, но и других органов брюшной полости. Относительно типичная клиническая картина встречается в далеко зашедших случаях, которые в большинстве своем заканчиваются не благополучно. Заболевание начинается внезапно ознобом, высокой температуры (38–40 °С), режущей болью в эпигастрии, усиливающейся после приема пищи, а так же в горизонтальном положении больного (симптом Дейнингера), тошнотой, неоднократной рвотой и поносом, мучительной жаждой. В содержимом желудка можно обнаружить примесь гноя. Из-за интоксикации состояние больного рано становится тяжелым.

Пульс слабого наполнения и напряжения соответствует температуре (до 120–130 уд./мин). Вскоре из-за интоксикации состояние больного становится тяжелым. Язык сухой, часто по краям обложен, а в центре розовый. Живот вздут, пальпаторно диффузно болезненный по всем областям, но больше коцентрируется в эпигастрии, где определяется защитное напряжение мышц, которое позже распространяется на все области живота. Иногда в эпигастрии определяется болезненный инфильтрат разных размеров. Нередко определяется симптом Щеткина–Блюмберга.

Без инструментального обследования диагноз флегмоны желудка определить практически невозможно, тем более о таком редком заболевании врачи часто забывают. Поэтому обычно направляют на операцию с другими заболеваниями.

Лабораторно. Лейкоцитоз высокий ($20-40 \times 10^9$) с резким сдвигом лейкоформулы влево, СОЭ — ускорено. Моча мутная, содержит белок, выщелочные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

УЗИ. Стенки желудка толстые, возможно их расслоение, вокруг желудка и в отлогих местах брюшной полости — жидкость, иногда с нитями фибрина.

Рентгеноданные. Широкие и грубые складки слизистой вызывают дефект наполнения желудка, который часто не перистальтирует. Рентгенологическое изображение хронической флегмоны желудка напоминает картину скirrosного рака.

Эндоскопически. Слизистая ярко-красная, слизь с гноем, пилорус зияет, складки толстые, перистальтика отсутствует.

Лапароскопия. Мутный серозно-гнойный экссудат, брюшина желудка резко гиперемирована и отечна, иногда покрыта фибрином, лимфоузлы большого и малого сальника увеличены, гиперемированы.

Лечение. Если диагноз поставлен до операции, то лечение должно быть консервативным с целью перевода острой формы флегмоны желудка в хроническую с возможным последующим хирургическим лечением в более благоприятных условиях. Назначают: антибиотики, иммунотерапию, антигистаминные препараты, гормонотерапия, сульфасалазин, постоянный зонд в желудок. Если консервативное лечение не эффективно или такая патология обнаружена во время диагностической лапаротомии, то хирургическое вмешательство должно быть дифференцированным. При локальных флегмонах можно произвести радикальное хирургическое лечение — резекцию желудка. При диффузной тотальной флегмоне желудка показана:

- гастрэктомия, если она переносима для больного;
- обкалывание новокаином с антибиотиками стенок желудка, обоих сальников и забрюшинно, а общее лечение как при сепсисе.

При наличии участка некроза или прободения стенки желудка показан дренаж наружу в сочетании с тампонадой большим сальником.

ОСТРОЕ РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛУДКА

Острое расширение желудка является одной из разновидностей паралитической непроходимости и развивается при повреждении ЦНС (особенно спинного мозга), при психических травмах (стрессах), ушибах области живота, при приеме чрезмерных количествах пищи и жидкости, особенно у голодавших людей, с обильным употреблением алкоголя. Основным патогенетическим механизмом является паралич нервно-мышечного аппарата желудка. При этом двигательная и всасывательная способность желудка нарушается, а секреторная деятельность продолжается. Клиническая картина напоминает высокую тонкокишечную непроходимость кишечника. Заболевание обычно возникает внезапно и развивается бурно.

Жалобы на ощущение тяжести и распираания в эпигастрии, на обильную рвоту жидкостью в значительно большем количестве, чем пациенты выпивают. Рвота постоянная вначале пищей, затем желчью, а позже примесь крови из застойных сосудов желудочной стенки, почему и рвотные массы черного цвета и неприятного запаха. Больные жалуются на сильную жажду, диурез резко падает, иногда до анурии.

Состояние больного быстро становится тяжелым. Черты лица обычно заострены. Пульс становится малым, частым, АД падает. Язык сухой, обложен. Наблюдается асимметрия живота: резкое вздутие верхнего и западение нижнего его этажа. Весьма характерным для острого расширения желудка является вздутие живота, которое никогда не распространяется до fossae iliace. Брюшная стенка живота мягкая, безболезненная. В верхнем этаже живота определяется умеренно болезненная резистентность в виде «футбольного мяча». Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтические шумы желудка и кишечника не прослушиваются, нередко определяется шум плеска в верхнем этаже живота. Стула и газоотхождения нет. При постановке толстого желудочного зонда эвакуируется большое количество жидкости, что сопровождается облегчением для больного.

Гастрофиброскопия. После эвакуации жидкости виден большой объем просвета желудка, его слизистая гипермирована с внутрислизистыми кровоизлияниями, складки слизистой большие, перистальтика стенки отсутствует, пилорус зияет, видны забросы желчи в желудок.

Рентгеноскопия. Желудок очень больших размеров, наполнен жидкостью с гигантским газовым пузырем, не перистальтирует, естественная эвакуация из желудка отсутствует. Купол диафрагмы стоит высоко и ограниченно подвижен.

Лечение. Постоянный зонд в желудок с периодическим промыванием его, стимуляция перистальтики лекарственными средствами, физическими мероприятиями, усиленная инфузионная терапия Na и Ca, витамины. В случае диагностики острого расширения желудка во время пробной лапаротомии хирургические вмешательства должны быть минимальными – местные инъекции стимуляции перистальтики, новокаиновые блокады забрюшинной клетчатки, гастростомия. Радикальные вмешательства на желудке не оправданы.

ЗАВОРОТ ЖЕЛУДКА (VOLVULUS VENTRICULI)

Заворот желудка наблюдается при наличии определенных условий: перерастяжение его связок, перегрузки пищей с последующим необычным резким движением тела, быстрым подъемом тяжести, прыжком и др.

Заворот желудка встречается редко, чаще у мужчин среднего возраста. Различают 2 вида заворота: 1) чаще встречается при повороте желудка по поперечной оси, проходящей от малой кривизны к большой и реже по продольной оси кардии к пилорическому отделу, вдоль тела желудка.

Клиническая картина зависит от степени и быстроты закручивания желудка. Иногда заворот начинается исподволь, нарастая в течение 1–2 дней, но чаще наблюдается бурная картина, когда заболевание за короткое время (2–3 часа) достигает апогея, ввергая больного в шоковое состояние.

Жалобы на сильные боли в животе, преимущественно в левом подреберье с иррадиацией в спину и левую половину грудной клетки, а также тошноту, позывы на рвоту (т. к. кардиальное отверстие закрыто), затруднение дыхания, сильную жажду, вздутие живота. Если есть рвотные массы, то они без примеси желчи. Поведение больного вынужденное — колено-локтевая поза, поведение крайне беспокойное с громким стоном. Отмечается бледность с цианотическим оттенком, тахикардия, снижение АД, температура — норма. Дыхание частое, поверхностное. Живот ассиметричен: верхняя половина вздута, иногда видны контуры желудка. Рано исчезает перистальтика желудка и кишечника. Перкуторно определяется смещение сердца вверх и вправо. В левом подреберье пальпаторно определяется припухлость, представляющая собой раздутый, перевернутый и переполненный желудок. Раздражения брюшины в ранние сроки не определяется.

Создается впечатление высокой кишечной непроходимости. При гастродуоденоскопии просвет желудка отсутствует.

Рентгенологически. Диафрагма поднята высоко, неподвижна, виден огромный размер желудка с большим горизонтальным уровнем жидкости слева от позвоночника, контрастная масса при полном завороте не поступает в желудок.

При введении в желудок толстого зонда или эндоскопического аппарата бурно выделяется в большом количестве газ и содержимое желудка (с-м Бархарда), после чего боли сразу уменьшаются, а после промывания просвета желудка и постоянного его дренирования боли исчезают, затем восстанавливается перистальтика.

Длительно сохраняющийся заворот желудка начинает сопровождаться перитонитом. При хирургическом вмешательстве действия хирурга должны быть ограниченными: разворот желудка, при наличии органической причины заворота – ее ликвидация.

ПОВРЕЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ДИАФРАГМЫ И ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Ушибы грудной клетки, переломы ребер и грудины, а также основная масса заболеваний органов грудной полости иногда сопровождаются болью в животе и выраженной ригидностью мышц брюшной стенки. Диагностика при этом бывает столь затруднительной, что может поставить в тупик даже опытных клиницистов. Дело в том, что раздражение нижнегрудных, межре-

берных и верхнепоясничных нервов проявляется соответствующей реакцией со стороны брюшной стенки в виде синдрома воспаления.

Известно, что внутренняя часть межреберных мышц вблизи позвоночника не покрывает VII–XII пары межреберных нервов, поэтому здесь они непосредственно контактируют с воспалительным процессом при заднем гнойном медиастините, а также плевропневмонии, что сопровождается резким напряжением мышц передней брюшной стенки. При этом такое напряжение мышц отсутствует в зоне иннервации n. n. iliohypogastricus и ilioinguinalis, т. е. в подвздошных областях. Для дифференциальной диагностики следует произвести новокаиновые блокады VII–XII пар межреберных нервов либо забрюшинную клетчатку по Школьникову.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на механизм повреждения, положение больного в тот момент, точное место нанесения травмы, наличие одышки, кашля с мокротой и кровью или без (травма легкого), выяснить была ли рвота и характер рвотных масс. Уточнить, не терял ли пострадавший сознание, не было ли головокружения и потемнения в глазах, не появилась ли резкая общая слабость. Нередко в диагностике играет важную роль исследование пульса и артериального давления. При осмотре грудной клетки необходимо обратить внимание на садины и кровоподтеки, ее конфигурацию и участие в акте дыхания. Аускультация, пальпация и перкуссия позволяют установить подкожную крепитацию воздуха и костей, пневмоторакс и гемоторакс (малый гемоторакс — 500 мл — заполняет синусы плевральной полости, средний гемоторакс — 1000 мл — уровень жидкости на середине лопатки, тотальный гемоторакс — более 1000 мл — кровь заполняет почти всю плевральную полость, а уровень ее выше середины лопатки или достигает купола плевры).

В таких случаях часто имеются жалобы на боли в животе, отмечается гиперестезия кожи брюшной стенки и активное напряжение ее мышц. Постоянная, настойчивая и длительная пальпация живота помогает преодолеть активное мышечное напряжение, а глубокая при этом пальпация не усиливает боли в животе. Кроме этого, отсутствуют симптомы перитонита, если нет воспалительного процесса в брюшной полости. При толчкообразном сдавлении нижнего отдела грудной клетки может появиться болезненность в животе, что свидетельствует о возможном повреждении печени или селезенки. Наличие крови в брюшной полости при повреждении паренхиматозных органов сразу не вызывает истинного раздражения брюшины, но сопровождается нарастающим учащением и ослаблением пульса, снижением артериального давления. Новокаиновые блокады мест перелома ребер и грудины, паравертебральная или вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневному часто снимают всю клинику абдоминального синдрома.

Гематома средостения развивается при повреждении кровеносных сосудов средостения, а клиническая картина при этом зависит от количества и калибра поврежденных сосудов.

При кровотечении из мелких сосудов объем гематомы нарастает медленно, а прослойки соединительной ткани между органами средостения пропитываются кровью постепенно. Поэтому клиническое проявление данной патологии также постепенное: внезапно появляется боль за грудной и медленно стихает; легкая одышка, незначительный цианоз и небольшой отек шеи и нижней половины лица по мере остановки кровотечения самостоятельно проходят. Также постепенно уменьшается расширение средостения, диагностируемое перкуторно (особенно в межлопаточной области), рентгенологически, УЗИ, КТ.

Любых размеров гематома средостения может пропитать кровью рыхлую клетчатку вокруг блуждающего нерва, что сопровождается вагальным синдромом: тяжелые нарушения дыхания, развитие тяжелых вагусных пневмоний, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта.

Постепенно развивающаяся большая гематома средостения иногда вызывает «синдром верхней полой вены». Часто развиваются **тяжелые пневмонии**, требующие длительного консервативного лечения.

Массивные кровотечения при повреждении крупных сосудов средостения сопровождается намного более тяжелой клинической картиной за счет сдавления органов средостения, что заканчивается гибелью пострадавшего.

Ранняя диагностика и полноценная хирургическая помощь может сохранить жизнь травмированного.

Эмфизема средостения является тяжелым осложнением повреждения органов грудной клетки: разрыв трахеи и главных бронхов, медиального листка париетальной плевры при пневмотораксе, особенно клапанном, при введении газа в забрюшинное пространство с диагностической целью и др.

Клиническая картина зависит от количества и скорости проникновения газа в средостение, что сопровождается нарастающей мучительной одышкой, нарушением кровообращения в малом круге кровообращения, падением артериального и венозного давления. На фоне резкого ухудшения общего состояния пострадавшего отмечается цианоз верхней половины грудной клетки, подкожная и глубокая эмфизема на шее, которая может распространяться на лицо, голову, надплечья и грудь. Пальпаторно выявляется характерный хруст, крепитация в указанных областях. Перкуторно исчезает сердечная тупость.

В диагностике помогает рентгенологическое исследование, КТ.

Если нет повреждений, несовместимой с жизнью, то газ постепенно рассасывается в течение 7–10 дней. Если повреждены трахея, бронхи или легкие, то показано хирургическое лечение. Как экстренная врачебная помощь при эмфиземе средостения показан разрез кожи и туннелизация клетчатки в области югулярной вырезки грудины.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И ДИАФРАГМЫ

Воспалительные легочно-плевральные заболевания, диафрагмиты, спонтанный и искусственный пневмоторакс так же могут симулировать «острый живот». В 0,83 % симптоматика «острого живота» была обусловлена легочно-плевральными заболеваниями. В 0,18 % острая хирургическая патология органов брюшной полости принята за острую патологию легких и плевры. Нередко, после ошибочно произведенной лапаротомии по поводу ложного «острого живота», обусловленного пневмонией, ставят основным диагнозом не воспаление легких, а какой-либо хирургический диагноз. Пневмонию же диагностируют как послеоперационное осложнение.

Многолетняя пропаганда среди медработников обнаружения ранних признаков «острого живота» выработала некоторую настороженность в отношении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Однако при этом наблюдается другая крайность — отсутствие ярких симптомов острой патологии со стороны органов дыхания дает возможность терапевтам слишком быстро отрицать терапевтическое заболевание. Поэтому, поспешность в диагностике «острого живота» с последующей экстренной операцией и необоснованное отрицание острой терапевтической патологии со стороны легких с отсутствием при этом соответствующей неотложной помощи часто оканчивается плачевно для больного.

Больной с торакоабдоминальным синдромом активный, свободно поворачивается в постели, чаще принимает полусидячее положение. Отмечается розовый цвет лица, реберно-брюшной тип дыхания. Учащение дыхательных экскурсий в 2 раза характерно легочному заболеванию. Температура тела, озноб и лейкоцитоз с его формулой повышены с самого начала заболевания в отличие от истинного острого живота.

С истинной картиной острого воспаления органов брюшной полости больной с серым цветом лица, спокойно лежит, осторожно поворачивается в постели, боясь лишними движениями усилить боль. Отмечается реберно-грудной тип дыхания. Больные с воспалительной патологией плевры и легких при разговоре заметно торопятся с ответом, после глубокого вдоха на фоне одышки часто делают продолжительные паузы, а затем снова отвечают на вопросы. Больные с истинным перитонеальным синдромом в момент усиления болей в животе на время затихают со страдальческим выражением лица, порой плотно сцепив зубы и даже задерживая дыхание. Нередко бывают боли в надключичной области справа, икота и отрыжка.

Боли в животе при плевритах и пневмониях могут быть как и при «остром животе». Причем, симптомы «острого живота» могут возникнуть при любой локализации пневмонического очага в легких, а не только при воспалении нижней доли легких. При ложном синдроме «острого живота» боли в животе не локализованы и усиливаются при глубоком вдохе, темпе-

ратура высокая с ознобом, в анамнезе накануне заболевания имелся простудный фактор, лицо больного обычно гиперемировано, горячее на ощупь, отмечается акроцианоз, глаза блестящие, на губах нередко герпес, иногда отмечается участие в дыхании крыльев носа, учащенное болезненное дыхание. У больных с абдоминальным синдромом лицо бледное, холодное, заострившееся, с запавшими глазами и потускневшим взором. Пальпаторная болезненность живота при торакоабдоминальном синдроме менее выражена и, что очень важно, не локализована, а при глубокой пальпации не усиливается. При абдоминальном синдроме болезненность точно локализована, выражена, а при глубокой пальпации значительно усиливается. При пальпаторном обследовании живота необходимо выполнять требования В. П. Образцова:

1. Никогда не начинать пальпации холодными руками.
2. Никогда не начинать пальпации с того места, на боли в котором жалуется пациент.
3. Ни в коем случае не пальпировать живот руками, располагаясь под прямым углом к поверхности брюшной стенки, грубо вдавливая пальцы в глубину.

Напряжение мышц брюшной стенки при воспалении легких и плевры также не локализовано, непостоянно, в положении сидя исчезает или значительно расслабляется и пациенты силой воли могут его ослабить. При продолжительной пальпации живота, не отнимая руки, напряжение мышц расслабляется и удается произвести глубокую пальпацию. При наличии мышечной защиты отсутствуют симптом Щеткина–Блюмберга и болезненность при ректальном исследовании. Перистальтические шумы кишечника сохранены. Обратная клиническая картина наблюдается при истинном перитонеальном синдроме.

Для больных с торакоабдоминальным синдромом характерен медленный, но прогрессирующий спад абдоминальных явлений, в то время как при остром воспалительном процессе в брюшной полости они с каждым часом нарастают. Брюшные неврологические рефлексы при истинном «остром животе» выпадают, а при ложном — сохранены и даже повышены.

Из клинических лабораторных данных для дифференциальной диагностики можно учесть то, что высокий лейкоцитоз (свыше 20×10^9), лимфопения и альбуминурия в начале заболевания более *характерны для пневмонии*, а не острого перитонита. Трудно переоценить важность лабораторных анализов, непрерывно возрастающего числа инструментальных и биохимических методов исследований в решении частных вопросов диагностики заболеваний.

В первые дни заболеваний и травм груди могут отсутствовать или быть слабо выраженными как физикальные, так и рентгенологические данные, что зачастую и приводит врачей к диагностическим ошибкам. Не последнюю роль в дифференциации торакоабдоминального и абдоминаль-

ного синдромов, особенно у детей и стариков, играет определение разности прямокишечной и подмышечной температуры. Когда она превышает 1 °С, то это более характерно для воспаления в брюшной полости. Иногда целесообразно для дифференциации этих синдромов проводить новокаиновые блокады блуждающего нерва: шейную вагосимпатическую или между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, а при травме груди — паравертебральную, межреберную или непосредственно области повреждения.

Можно считать, что основной причиной ошибок является плохо собранный анамнез, невнимательность и недостаточная наблюдательность врачей за развитием заболевания, неумение обобщать и учитывать полученные объективные данные. А эта торопливость приводит к крайностям в диагностике и проведении соответствующего лечения с последующим его результатом.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА

Целый ряд заболеваний сердца, сосудов и перикарда, встречающихся чаще всего у больных преклонного возраста, впервые может проявляться симптомами «острого живота». Поэтому выполненные без показаний операции усугубляют основное заболевание и являются косвенной причиной летальных исходов. В 0,42 % сердечно-сосудистые заболевания имитировали «острый живот». 19,2 % больных с острыми хирургическими заболеваниями погибли из-за несвоевременного распознавания при диагностике с болезнями сердца и сосудов. Ложный «острый живот» часто вызывается за счет генерализованного спазма сосудов не только органов груди, но и живота. Известны случаи такого длительного спазма, который привел к некрозу кишечника. Подобная нервно-рефлекторная связь между органами грудной клетки и брюшной полости может иметь обратную реакцию типа холецисто-коронарного синдрома С. П. Боткина.

Для установления правильного диагноза нужно, прежде всего, умело собрать анамнез, правильно анализировать и синтезировать данные анамнеза и объективного исследования. Лицо сердечного больного с беспокойным взглядом, выражением страха смерти в глазах, синюшными губами и кончиком носа. Отмечается выраженная одышка. Язык менее сухой, чем при истинном «остром животе». При стенокардии в момент приступа болей в животе пульс становится напряженным, учащается, а артериальное давление повышается. При абдоминальной форме инфаркта миокарда отмечается быстро нарастающее учащение и падение пульса вплоть до коллапса, быстрое снижение артериального давления, появляются нарушения ритма сердца. Иногда наблюдается тяжелая мышечная адинамия. Указанные изменения у больного с истинным «острым животом» значительно отличаются, чем при ложном, а иногда прямо противоположны.

При ложном «остром животе», обусловленном заболеванием сердца, болезненность при пальпации и мышечная защита живота носят неопределенный характер, а при продолжительной (не отнимая руки) глубокой пальпации удается проникнуть в глубь брюшной полости и убедиться в ложном раздражении брюшины. При истинном «остром животе» чем настойчивее и глубже пальпация, тем больше ригидность мышц и болезненность. Этот *важный и верный* признак почти никогда не подводит в подобных ситуациях.

Клинические лабораторные исследования достоверно мало информативны, кроме альбуминурии, в ранние сроки заболевания органов грудной клетки, чего не наблюдается при истинном «остром животе». Определенное значение имеет надавливание или раздражение электротоком между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева, что сопровождается ангинозными болями в области сердца.

Большинство врачей, видя картину «острого живота», забывают о гастралгической форме инфаркта миокарда задней стенки миокарда. Большое значение в диагностике имеет тщательный анализ болевого синдрома. В анамнезе часто стенокардия, пульс слабый, частый, аритмичный. АД понижено. Тоны сердца глухие, границы — расширены. Брюшная стенка несколько вздута, нет ее деревянистого напряжения — «псевдоригидность». Печень увеличена. На ложный абдоминальный синдром указывает непостоянство болей в животе и мышечного напряжения. Кроме болей в верхней половине живота при инфаркте миокарда почти всегда появляются различной интенсивности боли в груди, шее, левой руке. В подобных ситуациях в диагностике может помочь электрокардиограмма. Но на 100 % показаниям ЭКГ доверять нельзя, т. к. это может привести к ошибке, потому что иногда характерные изменения зубцов могут быть выявлены только при сопоставлении повторных записей, сделанных с интервалом в 2 ч, иногда неоднократно.

У больных гипертонической болезнью также имеется склонность к генерализованному спазму сосудов сердца и органов живота, сопровождающемуся картиной «острого живота». На фоне общего возбуждения, головной боли, головокружения, сердцебиения, повышения артериального давления появляются боли в животе, метеоризм и др. Однако живот при этом мягкий, при глубокой пальпации мало болезненный, без явлений перитонита и механической кишечной непроходимости. Здесь также большую роль играет повторно снятая ЭКГ. Важную диагностическую роль сыграет ЭКГ и при перикардите. Поэтому ее следует применять для всех лиц преклонного и старческого возраста, поступивших с любой клиникой «острого живота», что может спасти жизнь ряду больных.

Чем старше человек, тем чаще болезни сердца проходят под видом острого хирургического заболевания, а напрасно сделанная операция при этом сопровождается очень высокой летальностью. Однако нельзя забывать о том, что возможно либо сочетание патологии сердца и истинного

«острого живота», либо обратная симуляция. Здесь врач и должен проявить свои знания и внимательность, чтобы не ошибиться в постановке диагноза, учитывая при этом все возможные сочетания.

Опасность ошибочных операций у больных с тяжелыми заболеваниями сердца неоспорима. Однако, в сомнительных случаях, когда с полной уверенностью нельзя исключить острую хирургическую патологию органов брюшной полости, показана диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

Следовательно, во избежание дифференциально-диагностических ошибок необходимо тщательно собирать анамнез, всесторонне обследовать больного, общий вид и другие объективные симптомы, характерные для заболеваний сердца и сосудов, чего нет при истинном «остром животе».

Дифференциальная диагностика острой хирургической патологии органов брюшной полости и заболеваний терапевтического профиля, симулирующих «острый живот», отличается сложностью, ответственностью решений и дефицитом времени (А. А. Крылов, 1988).

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Некоторые урологические заболевания (почечно-каменная болезнь, острый пиелит, дистопия почки, гипертрофия простаты, острый гидронефроз, обострение хронического пиелонефрита и др.) часто сопровождаются клиникой ложного «острого живота». Так, почечная колика справа чаще симулирует острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит или прободную гастродуоденальную язву, а левосторонняя — заворот сигмы. Летальность больных в результате нераспознанной острой патологии органов брюшной полости, протекающей с урологической симптоматикой, в 6 раз превышает таковую от урологических заболеваний, симулирующих «острый живот». Процент ошибочных оперативных вмешательств в данных ситуациях велик и достигает 20–30 % (Д. Ф. Скрипниченко, 1986).

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Дело в том, что общий симптом для урологических заболеваний — болевой синдром — не всегда классический: сильнейшие приступообразные боли в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника, в половые органы и бедро, принятие самых причудливых положений тела, дизурия. В зависимости от локализации блокады мочевыводящих путей определяется вид боли. При окклюзии лоханки характерна иррадиация в поясницу и подреберье. При блокаде на границе верхней и средней трети мочеточника — иррадиация в нижние отделы живота, в область пупка. При блокаде в области безымянной линии иррадиация в основном по передней поверхности бедра и в надлобковую область. При локализации

блокады в юкта визикальной части мочеточника боль иррадирует в мошонку у мужчин и половые губы у женщин. При блокаде в интрамуральном отделе мочеточника возникает дизурия с иррадиацией болей в область уретры и головки полового члена. Однако при почечной колике пульс всегда полный, не учащен, не опережает температуру тела, рвота чаще всего в виде ложных позывов, не изнуряющая больных. Характерный признак для почечной колики — гематурия — может отсутствовать при блокаде почки. Макро- и микроскопическая гематурия при почечной колике обусловлена разрывом вен почечных чашек. Поэтому состав мочи на высоте колики (блокада!) часто бывает нормальным потому, что она со стороны здоровой почки. После снятия колики, когда снят спазм мускулатуры мочеточника, появляются эритроциты. Анурия может быть и при истинном «остром животе» за счет рефлекторного спазма почечных сосудов.

С дифференциально-диагностической целью можно прибегать к радионуклидной ренографии, экстренным хромоцистоскопии и урографии. Можно применять УЗИ и обзорную урографию. Важным дифференциальным признаком является гематурия и дизурия, которые встречаются в 80 % случаев почечной колики, но могут наблюдаться и при ретроцекальных деструктивных аппендицитах и перитонитах за счет развития токсического гломерулонефрита. Однако при почечной колике гематурия и дизурия появляются сразу же, а при остром аппендиците — значительно позже. Хотя мочеточник и располагается в забрюшинном пространстве, однако он интимно прилегает к брюшине, поэтому любой острый процесс в мочеточнике может симулировать заболевание органов брюшной полости.

С дифференциально-диагностической целью можно также производить новокаиновые блокады — блокады семенного канатика или круглой связки матки по Лорин–Эпштейну, а также блокаду по В. Г. Борису — орошение поясничной области и по ходу мочеточника тонкой струей хлорэтила.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ

Острая задержка мочи не только у мужчин, но и у женщин, нередко симулирует острую кишечную непроходимость. При недостаточно внимательном осмотре больных наблюдались случаи ненужных лапаротомий.

Жалобы на постоянные распирающие боли в животе, нарушения газоотхождения и задержку стула. Пульс без изменений. Живот равномерно увеличен, но больше ниже пупка. Перистальтические шумы кишечника ритмичны, ослаблены, без усиления болей. Пальпаторно отмечается некоторая резистентность брюшной стенки, особенно внизу, где определяется округлое плотное образование над лоном разной величины. Нередко при пальпации этого образования появляются позывы на мочеиспускание. Перкуторно здесь — тупость. Может быть слабopоложительным симптом Щеткина–Блюмберга за счет скопления перитонеальной жидкости из пере-

растянутых стенок пузыря. Мочеиспусканий либо нет, либо часто малыми порциями. Стул — задержка, газоотхождение может отсутствовать. Кровь — без особенностей, моча — в разной степени пиурия.

В диагностике большую роль играют антиспастические мероприятия и катетеризация мочевого пузыря. При необходимости применяются: УЗИ, урография и др.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Гоноррейный фуникулит, перекручивание семенного канатика нормального и неопустившегося яичка, орхоэпидидимиты могут вызывать боли в животе и иногда симулируют «острый живот», чаще всего острый аппендицит. Обнаружение яичка в паховой области или поднятого кверху, к наружному отверстию пахового канала, к тому же оно болезненно и быстро увеличивается в объеме, свидетельствует о перекручивании семенного канатика и яичка. Трудности возникают тогда, когда пациент почему-либо скрывает боли в половых органах или их врожденный дефект, а врач по своей невнимательности забывает осмотреть наружные половые органы. В дифференциальной диагностике помогает отсутствие объективных симптомов истинного «острого живота».

НЕФРОПТОЗ

При нефроптозе боль в животе появляется в вертикальном положении больного, особенно при физическом напряжении, с характерной урологической иррадиацией. Гемодинамика в норме. Живот мягкий, пальпируется опущенная почка в горизонтальном, а чаще вертикальном положении больного. Почка болезненна. Симптомы истинного «острого живота» отрицательны. Имеются дизурия, пиурия.

Для дифференциальной диагностики показаны УЗИ, экскреторная урография и изотопная сцинтиграфия в вертикальном и горизонтальном положениях пациента.

ПАПИЛЛЯРНЫЙ НЕКРОЗ ПОЧЕК

Папиллярный некроз почек или некротизирующий пиелонефрит сопровождается болями больше в животе, чем в пояснице. Лихорадка, ознобы, иррадиация болей в промежность, частые императивные позывы к мочеиспусканию. Симптомы истинного «острого живота» отсутствуют. Почки при пальпации болезненны. В крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево. В моче — белок, эритроциты, лейкоциты, иногда частицы почечных сосочков. Показаны инструментальные обследования: УЗИ, сцинтиграфия и др.

ТРОМБОЗ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН

Тромбоз почечных вен наступает у больных с констриктивным перикардитом, злокачественными опухолями, амилоидозом почек. Тяжесть осложнения определяется темпом тромбоза, его распространением на одну или обе почки. При жалобах на боли в животе и меньше в пояснице симптомы истинного «острого живота» отсутствуют. Почки при пальпации болезненны. После окончания болей появляется гематурия и протеинурия. Для диагностики показаны УЗИ, вазография в венозной фазе.

Иногда дифференциальная диагностика урологических заболеваний и истинного «острого живота» становится весьма затруднительной, особенно в случаях сочетания патологий. Несомненно, тщательный сбор анамнеза, внимательный осмотр больных и клинический опыт врача уменьшают количество диагностических ошибок.

ПОВРЕЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абдоминальный синдром не является исключением при разнообразных повреждениях и заболеваниях головного мозга. При этом чаще всего имеются симптомы острой кишечной непроходимости. Больные, если они в сознании, жалуются на постоянную головную боль и неукротимую рвоту, усиливающуюся при движении головы и физическом напряжении, периодически появляется боль в животе, отмечается общая слабость, вялость, адинамия.

О диагнозе острой кишечной непроходимости можно думать в основном по неукротимой рвоте и вздутию живота. При этом отмечается гиперестезия кожи живота и всего туловища, поверхностная пальпация живота более болезненна, чем глубокая. Кишечные шумы хотя и ослаблены, но ритмичны, без усиления болевого синдрома. Симптом Щеткина–Блумберга отрицательный. Газоотхождение сохранено, но могут быть запоры или поносы. Исследование неврологического статуса помогает правильно установить диагноз. Однако может возникнуть такая ситуация, когда к заболеванию или повреждению головного мозга присоединяется истинный синдром «острого живота». При так называемой диагностической неопределенности помогают инструментальные методы исследования: клинические и биохимические лабораторные анализы, УЗИ, лапароскопия, рентгенологические методы и др.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Причиной развития ложного «острого живота» могут быть истерия, тяжелые психические переживания (стрессы), токсические поражения мозговых центров, менингиты, сифилис мозга и многое др.

ИСТЕРИЯ

Истерия обычно симулирует острую кишечную непроходимость. Из анамнеза выясняется, что после какого-либо душевного переживания, истерического приступа у больных появляются непрерывные позывы на рвоту, вздутие живота, прекращение газоотхождения и отсутствие стула. Подобная картина динамической кишечной непроходимости происходит за счет сочетания спазма и пареза отдельных участков кишечника, аналогичных спазму гортани в виде истерического комка в ней. Клиническая картина полностью не соответствует настоящей острой кишечной непроходимости. Общий вид больных не страдает, отмечается ясный взгляд. Больные подвижны, активны, не трудно отвлечь их внимание от заболевания. Пульс полный, соответствует температуре. Артериальное давление не понижается, пульсовое давление хорошее. Язык влажный, чистый. Живот резко вздут, что не сочетается с общим хорошим видом больных, при пальпации во время отвлечения внимания больного — мягкий, безболезненный. Перистальтические шумы кишечника обычные. Рентгенологически на фоне раздутых петель кишечника чаш Клойбера нет. После обычной клизмы метеоризм и боли в животе проходят. Подобная картина может повторяться.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

Опоясывающий лишай (*herpes zoster*) часто сопровождается болями в животе, когда поражаются нижнегрудные и верхнепоясничные нервы. Трудности диагностики возникают в продромальном периоде заболевания, когда нет самого характерного признака — сыпи. Болям в животе предшествуют общее недомогание, симптомы катарального состояния верхних дыхательных путей при нормальной температуре. Характерные сильные жгучие боли нарастают постепенно и всегда иррадиируют в поясницу. Пульс нормальный. Из-за усиления болей пациенты часто не могут лечь на больную сторону. Живот обычной формы, мягкий, выраженная гиперестезия кожи строго соответствует пораженным нервам. Поверхностная пальпация болезненна, но глубокая пальпация не усиливает боли. Характерно то, что гиперестезия и болезненность четко ограничены срединной линией живота. Диагностике помогает отсутствие симптомов истинного «острого живота». Клинические анализы крови и мочи в пределах нормы. В спинномозговом пунктате умеренно увеличено количество клеток. С появлени-

ем на гиперемированной коже пузырьков различной величины и количества диагноз становится еще более ясным.

Еще раз подтверждается тезис — тщательный сбор анамнеза и внимательный осмотр больного помогают определить правильный диагноз.

МЕНИНГИТЫ

Менингиты могут симулировать типичную клинику острого воспалительного процесса в брюшной полости, чаще всего обусловленного острым аппендицитом. Однако в глаза бросается тяжесть состояния, заторможенность, вялость и адинамия больных. На заданные вопросы они отвечают правильно, логично, но со значительным опозданием. При настойчивом собирании анамнеза выясняется, что больных вначале беспокоили общая слабость, разбитость, быстрая утомляемость, безразличие к окружающему, забывчивость, постоянная головная боль, а боли в животе и рвота появляются значительно позже.

Пульс значительно *замедлен* на фоне высокой температуры, что не характерно для перитонитов, когда пульс, наоборот, учащается. При наблюдении перитонеальные явления не нарастают, а брадикардия увеличивается, что характерно для менингитов. Мышцы живота напряжены, но при длительной постоянной пальпации мышечная защита ослабевает, болезненность уменьшается. Перистальтические шумы кишечника сохранены и симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Обычно отмечают общую гиперестезию кожи, обнаруживают легкую ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, иногда и Брудзинского, отсутствие брюшных рефлексов. В дифдиагностике помогает тщательный осмотр невропатолога. При необходимости следует прибегнуть к инструментальным методам исследования: УЗИ, рентгенологические методы, лапароскопия и т. п.

ПОВРЕЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Синдром ложного «острого живота» может развиваться при повреждениях спинного мозга на самых разных его уровнях (сотрясение, сдавление, ранение, полное пересечение, размозжение), а также при другой патологии — острые миелиты, повреждение пограничных симпатических стволов, остеомиелиты и туберкулез позвонков. Сроки появления ложного синдрома «острого живота» крайне различны: чаще — несколько часов после травмы, но могут и через несколько дней и даже месяцев.

Обычно развивается клиника острой паралитической кишечной непроходимости с ее симптоматикой. Иногда при этом наблюдается гематурия и кровавый понос, что можно объяснить значительным расширением

кровеносных сосудов брюшной полости в результате поражения симпатической нервной системы. Несомненно, исследования неврологического статуса специалистом помогает правильно установить диагноз. В диагностике большую роль играют инструментальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, лапароскопия и др.

СПОНДИЛОАРТРОЗ

При спондилоартрозе боли в животе, нередко опоясывающего характера, беспокоят в основном при движении туловища вперед и в стороны. В покое боли мало беспокоят. При этом температура и гемодинамика в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, неврологические симптомы вначале могут быть живые, а позже — снижены. Симптомы истинного «острого живота» отрицательны, иногда возможна клиника слабо выраженной паралитической кишечной непроходимости. На рентгенограммах позвоночника имеются явления спондилоартроза. Лабораторные данные в пределах нормы.

СИФИЛИС ИЛИ СУХОТКА СПИННОГО МОЗГА (TABES DOZSALIS)

Эта патология в настоящее время встречается редко, однако клинику проявления необходимо знать из-за нарастания случаев заболевания сифилисом. Желудочные табетические кризы при *tabes* характеризуются внезапными кинжальными, резкими болями в животе, больше в эпигастрии, тошнотой и неукротимой рвотой. В анамнезе: более постоянные несильные болевые явления, возникающие также вследствие раздражения нервных корешков и выражающиеся в парестезиях — покалывание, зуд, ползание мурашек, жжение или ощущение холода. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела нормальная. Пульс правильного ритма и наполнения. Грудной тип дыхания. Живот вздут, пальпаторно локально болезнен, напряжение его мышц мало выражено или отсутствует, а в межприступном периоде мягкий и безболезненный. Стул и диурез обычные.

Опоясывающие боли в животе, повторность приступов, удовлетворительное состояние пациента, несмотря на продолжительность приступа (возможно несколько дней), отсутствие признаков интоксикации, спокойная картина гематологических показателей и т.п. дает возможность исключить картину истинного «острого живота». Вследствие нарушения проводимости нервных путей в спинном мозге нередко пациенты мочатся при слабых позывах к мочеиспусканию или вообще без, а опорожняют мочевой пузырь больше по привычке. Локальное напряжение мышц живота мало выражено или отсутствует, а в межприступном периоде живот мягкий и безболезненный.

Если характер болей вызывает подозрение на наличие спинной сухотки, следует искать другие симптомы:

- зрачковый симптом Арджил–Робертсона — анизокория, миоз, рефлекторная неподвижность;
- отсутствие коленных рефлексов, иногда они снижены, а в начальной стадии заболевания они могут быть сохранены или даже повышены;
- явления атаксии, например, положительный феномен Ромберга;
- атрофия зрительного нерва.

Диагноз подтверждается исследованием спинномозговой жидкости: положительны специфические реакции, увеличение числа клеток и наличие соответствующих кривых белковых реакций.

ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА

При опухолях интрамедулярных (глиома, саркома, туберкул, гумма), интрадуральных (эндотелиома, фиброма, фибросаркома) и экстрадуральных (липома, невринома, менингиома, хордома) в продромальном периоде в течение месяцев и даже лет часто имеются боли в животе, но без каких-либо симптомов «острого живота». Клиническая картина выражается в основном неврологическими симптомами, особенно со стороны обеих ног. Лабораторные и инструментальные данные характерны для опухолей.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В 1,1 % ошибочно диагностировали острые хирургические заболевания при общих инфекционных заболеваниях (грипп, ОРЗ, ангина и др.). В 0,36 % с «острым животом» вначале диагностировали инфекционное заболевание.

Брюшной и сыпной тиф, дизентерия и язвенный колит, энтероколит, ветряная оспа, корь, скарлатина, малярия, ангина, грипп и даже столбняк могут обусловить клинику ложного перитонеального синдрома, особенно в детском и юношеском возрасте. В начале заболевания чаще всего дифференциальную диагностику приходится проводить на фоне тяжелого общего состояния и выраженной интоксикации. Перитонеальный синдром развивается, по-видимому, за счет геморрагических высыпаний на брюшине внутренних органов, поражения лимфоидной ткани как указанных органов, так и регионарных лимфоузлов, а также воздействия токсинов на центральную нервную систему и множественные нервные сплетения вегетативной системы в животе с появлением локальных спазмов и парезов кишечника.

Как правило, у таких больных на фоне высокой температуры часто наблюдается несоответствие общего тяжелого состояния и слабо выраженных симптомов перитонита: умеренно вздутый живот, небольшая разлитая

болезненность при пальпации, сомнительная мышечная защита и нечетко выявляемый симптом Щеткина–Блюмберга. Известны случаи ложного «острого живота» при молниеносной форме течения вирусного гепатита в преджелтушном периоде, а произведенные операции в подобных ситуациях способствуют бурному развитию печеночной недостаточности с неблагоприятным исходом. «Смертность больных в результате нераспознанных острых хирургических заболеваний органов полости, протекающих по типу инфекционных болезней, в 8–9 раз превышает таковую от ошибочных чревосечений при инфекционных заболеваниях, симулирующих «острый живот». Это свидетельствует о том, что большее количество острых хирургических заболеваний органов брюшной полости маскируется симптомами, характерными для диспепсии, дизентерии, пищевой интоксикации, гастрита, гастроэнтерита» (А. П. Подоненко-Богданова, 1981).

Тщательно собранный анамнез, внимательный осмотр больных, анализ и синтез полученных объективных клинических данных помогут избежать диагностических ошибок. В дифференциальной диагностике определенную помощь окажут специальные биохимические анализы на некоторые инфекционные заболевания, а также инструментальные методы исследования: УЗИ, лапароскопия и др.

При сомнении в диагностике истинного «острого живота» показано наблюдение хирурга, что нередко спасает больных от ненужной операции.

Брюшной тиф

Брюшной тиф — это острое кишечное инфекционное заболевание человека, вызываемое брюшнотифозными бактериями. Однако 40–60 % брюшнотифозных пациентов погибает от прободного перитонита или кишечного кровотечения (К. М. Лисицин, А. К. Ревской, 1988 г.). Источником является только больной человек или бактерионоситель. Пути заражения — загрязненные мочой и фекалиями пищевые продукты и водные источники. Инкубационный период — от 7 до 25 дней.

При внедрении брюшнотифозных бацилл в терминальный отдел тонкой и слепой кишок поражается их лимфоидный аппарат с набуханием клеток и последующим их омертвлением и отторжением некротических тканей с образованием различной глубины и величины язв. Эти явления происходят на 3 неделе заболевания, тогда и наблюдается осложнения — перитонит и кровотечение.

Ко времени развития осложнений общее состояние пациентов ухудшается вплоть до тяжелого с потерей сознания и развитием бреда. Жалобы на головную боль, потерю аппетита, вздутие живота, запор, хотя возможен понос типа «горохового супа». Высокая лихорадка. Брадикардия. Язык обложен с красными краями, утолщен с отпечатками зубов. Метеоризм. Печень умеренно увеличена, селезенка увеличена. На коже живота появляет-

ся скудная розеолезная сыпь. нередко отмечаются паротиты, тромбозы.

На фоне тяжелого состояния из-за выраженной интоксикации, истощения пациента и снижения реактивности организма могут появиться различной интенсивности боли в животе, иногда они незначительны. Настороженность и квалификация врача всегда выявит от незначительного до выраженного напряжения мышц живота. Симптомы раздражения брюшины также различной интенсивности. Стул и газоотхождение отсутствуют. Лейкоцитоз и лейкоформула ухудшаются по нарастающей. Учитывая сказанное диагностируется перитонит.

Иногда на высоте выраженной интоксикации отмечается кратковременное падение температуры тела, прояснение сознания, уменьшение головной боли и улучшение самочувствия пациента. Затем появляются признаки внутреннего кровотечения: бледность, заострение черт лица, холодный пот, учащение ЧСС, падение АД вплоть до коллапса. Спустя 1,5–2 часа в испражнениях появляется кровь, иногда она неизменная.

Лабораторные исследования в динамике подтверждают признаки кишечного кровотечения, которое бывает разной интенсивности.

ИЕРСИНИОЗ

Иерсиниоз — это острая инфекционная болезнь с алиментарным механизмом заражения, характеризующаяся в первую очередь поражением кишечного тракта и склонностью к генерализации патологического процесса. Источником инфекции являются домашние животные и грызуны, а причиной заболевания являются недостаточно термически обработанные инфицированные продукты питания из овощехранилищ.

Инкубационный период — 3–4 дня. Катарально-язвенный энтероколит развивается в зоне гиперплазии лимфоидной ткани подвздошной и слепой кишок и червеобразного отростка.

Основными клиническими формами иерсиниоза являются гастроэнтероколитическая, аппендикулярная, септическая и субклиническая.

Аппендикулярная форма кишечного иерсиниоза развивается обычно на фоне остропротекающего энтероколита. Повышенная температура тела, озноб, головная боль, общая слабость, тошнота, рвота, боли в животе. Боли вначале диффузные, но затем локализуются в правой подвздошной области постоянного или схваткообразного характера. Могут возникать высыпания на руках, боковых поверхностях грудной клетки и живота. Определяется болезненность и напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области. Пальпаторно отмечается урчание и болезненность слепой кишки, спазмированная сигмовидная кишка.

Стул до 10 раз в сутки и более: водянистый, пенистый, буро-зеленого цвета с неприятным запахом, часто со слизью и кровью. Высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево.

Как правило, точный диагноз иерсиниоза ставят лишь на основании проведения в послеоперационном периоде бактериологически и серологически — выделение иерсиний и наличия специфических антител в динамике.

БОЛЕЗНЬ БОРНХОЛЬМА

Болезнь Борнхольма — это эпидемическая миалгия, вызываемая вирусами Коксаки. Клинически болезнь проявляется внезапным резким подъемом температуры, болями в животе, тошнотой и рвотой. Пальпаторно определяется болезненность в правой подвздошной области на фоне сомнительного напряжения мышц. При глубокой пальпации болезненность не нарастает. Симптом Щеткина–Блюмберга либо сомнительный, либо отрицательный. Для дифференциации важны три особенности: выраженная гиперестезия кожи и *лейкопения*, несвойственная острому аппендициту, а так же динамика болевого синдрома — боли внезапно исчезают и могут вновь появиться с прежней силой. В подобной ситуации поспешность обследования и стремление к возможно ранней операции может привести к ненужной операции. В то же время надо помнить, что не так редко наблюдаются случаи острого аппендицита на фоне лейкопении, но с наличием левостороннего сдвига лейкоформулы. В дифференциальной диагностике данной ситуации незаменимую помощь окажут инструментальные методы исследования: лапароскопия и др.

ОСТРЫЙ МЕЗАДЕНИТ

Острый неспецифический мезентериальный лимфаденит (мезаденит) очень часто симулирует «острый живот». Его первичным очагом инфекции считаются миндалины и глотка после острого респираторного заболевания. Заболевают в основном дети и юноши, а взрослые крайне редко. Отмечается некоторая сезонность заболевания — осень и весна. Боли в животе появляются *через несколько дней после инфекции* верхних дыхательных путей, носят внезапный летучий и неопределенный характер, различную продолжительность. Дети немного вяловаты, апатичны, бледны, плохо спят, иногда наблюдается неустойчивый стул. Взрослые указывают на нарастающую слабость, быструю утомляемость, головную боль, раздражительность, потливость.

Общий вид больных не страдальческий, лицо не заостряется, состояние удовлетворительное. Часто наблюдается *herpes labialis*. Температура может быть высокой — 39–40°C, а может быть и субфебрильной. Пульс соответствует температуре. *Всегда* имеется кожная гиперестезия. Живот обычной формы, чаще всего мягкий, в дыхании участвует постоянно, линия максимальной болезненности по ходу прикрепления корня брыжейки тонкой кишки — от левого подреберья к правой подвздошной области —

мезентериальный симптом А. Я. Штернберга. При нежной, но глубокой пальпации по этой линии иногда можно пропальпировать болезненные увеличенные лимфоузлы, а в норме они не увеличены и даже во время операции не видны. Нередко определяется симптом перемещения болевой точки Клиин — болевая точка справа от пупка перемещается влево от него при повороте больного на левый бок. Симптом Щеткина–Блумберга постоянно слабо выражен, чаще в правой подвздошной области, куда по ходу корня брыжейки стекает воспалительный экссудат. Ректальное исследование безболезненно. Стул неустойчивый.

При клинико-лабораторном исследовании отмечается в крови лейкоцитоз с небольшими изменениями в лейкоформуле, но *высоким СОЭ*. Моча в норме.

При дифференциальном диагнозе острого мезаденита отличить его от острого аппендицита порой может быть чрезвычайно затруднительно. В подобных случаях необходимо прибегать к инструментальной диагностике, прежде всего лапароскопии. В случаях достоверной диагностики показано консервативное лечение под строгим наблюдением хирурга, чтобы не пропустить завуалированное острое хирургическое заболевание. Если диагноз острого мезаденита становится ясным только во время операции, то необходима биопсия лимфоузла для гистологического исследования. Так как возможны рецидивы мезаденита, то рекомендуется произвести аппендэктомию, чтобы в будущем не дезориентировать хирургов послеоперационным рубцом. Тем более, нередко аппендэктомия избавляет больных не только от болей в животе, но и от воспаления и рецидивов мезаденита.

РЕВМАТИЗМ

Ревматический процесс поражает не только сердце и суставы, но и другие органы, в том числе желудочно-кишечный тракт и брюшную стенку. Поэтому абдоминальный синдром при ревматизме может быть истинным из-за ревматического перитонита и ложным в результате аллергической реакции брюшины на ревматическую инфекцию. Не исключена возможность рефлекторного появления ложного синдрома при ревматическом плеврите, диафрагмите, ревмопневмонии.

Из анамнеза можно выявить простудный фактор, предшествующий заболеванию. Отмечается острое начало: на фоне высокой температуры общая слабость, адинамия, бледность, разбитость. Боли в животе носят блуждающий характер без четкой локализации, длятся от нескольких часов до суток с периодами затишья. Если эти боли появляются вслед за полиартритическими явлениями, то диагностические ошибки возникают реже. Боли в животе нередко сопровождаются рвотой.

При осмотре зева отмечается его гиперемия. Язык немного сухой. Пульс всегда полный, соответствует температуре, а иногда бывает даже некоторое его замедление. При ревматических перитонитах симптомы раз-

дражения брюшины резко выражены, а при аллергической реакции брюшины — слабо выражены или отсутствуют. Мышечное напряжение и вздутие живота при ревматизме обычно умеренно выражены, но иногда при ревмомиозите пальпаторно отмечается деревянистая плотность передней брюшной стенки. При этом поверхностная пальпация живота более болезненна, чем глубокая. В момент затишья болей пальпация живота не вызывает болевых ощущений. Болевой период сопровождается не только вздутием живота, но и задержкой стула и газов.

Из клинических лабораторных данных можно выявить в ранних стадиях заболевания гиперлейкоцитоз и значительно ускоренную СОЭ, положительные специфические биохимические реакции. Важную роль играют изменения на ЭКГ: нарушение атриовентрикулярной проводимости, узловой ритм, часто синусовая аритмия с брадикардией, расширение интервала Р-Q и др.

Для дифференциальной диагностики необходимо тщательно собирать анамнез, учитывать общий вид, поведение, волнообразное появление болей в животе с их летучестью и непостоянством, наличие истинного напряжения мышц живота, раннее и значительное повышение СОЭ. Все это поможет дифференцировать хирургический «острый живот» от терапевтического.

В случаях диагностической неопределенности показана лапароскопия. Пробная — может вызвать ухудшение ревматического процесса.

В отличие от неэффективной антибиотикотерапии прием салицилатов быстро купирует боли в животе. Под влиянием атропина нередко отмечается временное исчезновение атриовентрикулярной блокады.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ

На фоне острого и хронического воспалительного процесса (грипп, ангина и хронический тонзиллит, острый и хронический отит, кариозные зубы, острый и хронический гайморит, туберкулез и т. п.) развивается сенсибилизация организма с возможным проявлением инфекционно-аллергического заболевания в виде геморрагического васкулита или абдоминальной пурпуры Шенлейн–Геноха. Геморрагический васкулит является общим, системным заболеванием типа рассеянного ангиита, тромбоваскулита с деструкцией артериол, мелких артерий и вен. Чаще всего страдают сосуды органов брюшной полости, а затем почек, печени, легких, мозга и сердца. Хирурги встречаются при изолированной абдоминальной форме, протекающей с выраженным болевым синдромом. Однако в отдельных случаях геморрагический васкулит может осложняться острым аппендицитом, перфорацией или непроходимостью кишки. Это заставляет хирургов быть предельно внимательными, потому что ненужная операция способна вызвать обострение процесса, новую более тяжелую волну геморрагических высыпаний и сосудистых поражений с непредсказуемым исходом патологии.

Заболевание чаще протекает весной и поражает в основном детей, преимущественно мальчиков. После переохлаждения на фоне обострения или острого воспалительного процесса или наличия глистной инвазии ребенок становится вялым, адинамичным, бледным, с плохим сном и аппетитом, а через несколько дней появляются ярко-красные кожные высыпания, зудящая сыпь типа крапивницы, чаще всего в области локтевых сгибов, подколенных ямках, на животе, ягодицах и внутренних поверхностях бедер. Характерной чертой таких высыпаний являются их *полиморфизм и симметричность*. Обычно сыпь держится несколько дней, а затем исчезает с возможностью их рецидива. Параллельно геморрагическим кожным высыпаниям появляются полиартрические симптомы: ноющие боли и припухлость в суставах, чаще коленных и локтевых. Вслед за появлением кожной сыпи в 70 % случаев появляются схваткообразные боли в животе, тенезмы и частый жидкий стул с примесью слизи и крови. Иногда появляется мелена. Присоединяющаяся рвота быстро приводит ребенка к обезвоживанию. При внимательном осмотре можно отметить пастозность век и лица. Пульс становится мягким из-за падения сосудистого тонуса и гипопроотеинемии, а также внутритканевых геморрагий. Живот немного вздут, мягкий, болезненный без четкой локализации, иногда со слабо выраженным симптомом Щеткина–Блюмберга. На пальце при ректальном исследовании наблюдается кровянистое содержимое, свидетельствующее о скрытой кишечной геморрагии.

При таком типичном течении постановка диагноза не вызывает затруднений. Сложнее обстоит дело, когда первые геморрагические высыпания появляются не на коже, а на внутренних органах — чаще всего на слепой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки. Все это может сопровождаться рвотой, болями в животе, локальной болезненностью при пальпации, некоторой ригидностью мышц живота и даже наличием симптомов раздражения брюшины.

Так как кишечные геморрагии появляются раньше, чем боли в животе, то уже при первом осмотре ребенка в прямой кишке можно обнаружить кровь. Гематологические исследования: умеренный лейкоцитоз и сдвиг лейкоформулы влево, эозинофилия и лимфопения, ускоренное СОЭ, гипоальбуминемия, гиперальфаглобулинемия, время свертываемости крови и длительность кровотечения в норме, хотя у 70 % больных отмечается тромбоцитопения. В моче часто наблюдается гематурия и альбуминурия.

В дифференциальной диагностике следует учитывать, что при геморрагическом васкулите будут резко положительными симптомом жгута (Кончаловский–Румпель–Леде) и баночная проба из-за высокой проницаемости стенок капилляров. Боли в животе при данном заболевании отличаются непостоянством, летучестью. Нередко коликообразные боли сопровождаются беспокойством пациентов, чрезмерной их подвижностью в постели, в то время как при хирургическом перитоните наблюдается обрат-

ное. Пальпация живота менее болезненна, а мышечный дефанс слабо выражен и не нарастает. Довольно часто геморрагический васкулит симулирует инвагинацию: периодичность болей, вздутие живота, кровь и слизь в кале, но нет симптомов механической кишечной непроходимости, не пальпируется инвагинат.

Значительное кровоизлияние в стенку или брыжейку кишки может спровоцировать не только инвагинацию, но и заворот, и перфорацию кишки. При истинных острых хирургических заболеваниях боли отличаются большим постоянством и четкой локализацией.

При достоверном диагнозе геморрагического васкулита операция противопоказана. Однако при консервативном лечении данной патологии необходимо наблюдение хирурга из-за возможного развития хирургических осложнений.

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

При функциональной недостаточности инсулярного аппарата наступают нарушения всех видов обмена веществ с преимущественными изменениями в углеводном обмене. Появляются метаболический ацидоз и интоксикация, которые вызывают уплотнение и утолщение основной мембраны клеток, особенно стенок мелких сосудов. Такая патология вызывает изменения во всех органах и системах, но с преобладанием одного из них. Поэтому выделяются отдельные синдромы: системный атеросклероз и диабетическая микроангиопатия нижних конечностей, нейропатия, ретинопатия, нефропатия, угнетение иммунной системы и процессов регенерации тканей.

Псевдоперитонеальный синдром возникает на фоне декомпенсации сахарного диабета за счет скопления вязкой ацидоперитонеальной жидкости в одной из областей брюшной полости, что симулирует одно из острых хирургических заболеваний живота. Как правило, чаще всего перитонеальная жидкость скапливается в правой половине живота, поэтому дифдиагноз чаще приходится проводить с острыми аппендицитом и холециститом. По мнению других авторов, боль и признаки раздражения брюшины возникают вследствие нарастающей дегидратации брюшины, хотя во время лапаротомии у больных сахарным диабетом перитонеальная жидкость присутствует.

В случае появления кето-ацидоза развивается парез сосудов в брюшной полости, что сопровождается геморрагическим синдромом в виде мелкоточечных кровоизлияний в брюшине с развитием динамической кишечной непроходимости.

Из анамнеза можно выяснить, что больные страдают повышенным аппетитом, жаждой, рецидивирующими гнойничковыми заболеваниями, хроническим дерматитом, зудом промежности и влагилица. Острый диа-

бетический живот всегда развивается *постепенно*: жалобы на общую нарастающую слабость, сонливость, раздражительность, снижение аппетита, тошноту, рвоту кислым желудочным содержимым с плодовым запахом. Отмечается сухость языка, иногда на нем имеются трещины. Появляются неопределенного характера боли в животе с нелокализованной болезненностью при его пальпации, вздутие живота. Иногда могут определяться симптомы раздражения брюшины.

Пульс вначале не изменен, а затем учащается, медленно слабеет. Артериальное давление падает. Часто во рту определяется запах ацетона. Дыхание (что характерно) учащается и становится довольно глубоким, затрудненным с участием грудных, шейных и даже брюшных мышц. Длительная настойчивая погруженная пальпация живота (не отрывая рук от брюшной стенки) способствует расслаблению мышц брюшного пресса, в результате их утомления, и позволяет исключить острые хирургические заболевания органов брюшной полости. В момент расслабления мышц живота на высоте вдоха больной на пальпацию не реагирует, и при этом симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы кишечника определяются. Выявляются: гипергликемия, глюкозурия и кетонурия, в моче кетоновые тела. Ненужная операционная травма еще более увеличивает ацидоз и быстро приводит к развитию диабетической комы.

Следует заметить, что больные сахарным диабетом могут страдать одним из острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. При этом включается синдром взаимного отягощения. Вот здесь-то и необходима достоверная диагностика. Ложный «острый живот» при диабете всегда развивается постепенно на высоте высокой гипергликемии, а истинный перитонит начинается всегда *внезапно* среди полного здоровья с контролируемым диабетом.

При этом следует учесть, что на фоне учащенного глубокого дыхания быстро падает сердечно-сосудистая деятельность, нарастают симптомы перитонита и изменения лабораторных данных в динамике. Здесь уместно применить инсулиновую пробу — почасовое исследование глюкозы крови после введения инсулина. Если через 2–3 ч уровень глюкозы крови снижается, состояние больных улучшается, симптоматика хирургического заболевания исчезает, то это был ложный «острый живот». Неоценимую роль в дифференциальной диагностике играют инструментальные методы: УЗИ, рентгенологическое исследование, лапароскопия и др.

Всегда необходимо помнить, что в состоянии диабетической комы (гиперосмолярной или кетонемической) операции противопоказаны, т. к. при этом за счет усугубления основного заболевания всегда наступает отрицательный результат.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

При тиреотоксикозе страдают все органы и ткани, однако клинически чаще выделяют отдельные формы: психоневрологическая (с учетом глазных изменений), сердечно-сосудистая, абдоминальная, гипогенитальная и кахектическая. В данном случае нас интересует абдоминальная.

Абдоминальная клиническая форма тиреотоксикоза часто сопровождается болями в животе. Патогенез этих болей до сих пор точно неизвестен. Предполагается, что в основе данного явления лежит нарушение деятельности симпатической иннервации, что сопровождается гиперперистальтикой кишечника со спазмами отдельных его участков. Кроме того, абдоминальная форма тиреотоксикоза сопровождается увеличением печени, а следовательно, и болями в правом подреберье.

Тяжелая степень тиреотоксикоза может симулировать «острый живот». Причина диагностических ошибок кроется в неполном анамнезе заболевания и недостаточно внимательном осмотре больного. Чаще всего больные тиреотоксикозом состоят на диспансерном учете, периодически получают консервативное лечение. У них, как правило, отмечается в той или иной выраженности истощение. Общее состояние больных с выраженными болями в животе тяжелое или средней тяжести. Имеется экзофтальм и увеличение щитовидной железы. Пульс всегда частый, артериальное давление повышено с большим пульсовым давлением. Тахикардия, систолический шум над всеми точками сердца. Живот обычной формы, чаще мягкий, но в момент тиреотоксического криза может быть напряженным. Пальпаторная болезненность не локализована. При постоянной длительной пальпации живот становится мягким и малоблезненным. Симптомы перитонита отрицательны. Перистальтические шумы хорошо выслушиваются, учащенные, ритмичные. Газы отходят. Стул часто кашицеобразный. Дизурии нет. Воспалительных признаков в лабораторных анализах не выявляется. При необходимости следует применять инструментальные методы исследования.

Неоправданная лапаротомия у больных тяжелым тиреотоксикозом может привести к тиреотоксическому кризу, из которого не всегда можно вывести пациента.

ДРУГИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Целый ряд эндокринных нарушений: надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона), недостаточность гипофиза — гипопитуитаризм (болезнь Симмондса), недостаточность паращитовидных желез и др., также могут сопровождаться болями в животе. Однако все они имеют очень специфическую клиническую картину. Боли в животе всегда нелокализованные, часто летучие, мышечное напряжение слабое и легко преодолевается при постоянной пальпации. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Перистальтические шумы сохранены, ритмичны. Газы отходят. Дизурии нет.

Диагноз основного заболевания определяется специалистами с помощью соответствующих инструментальных и лабораторных исследований.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Лейкозы

Острым лейкозом называют опухоль бластных клеток кроветворной ткани с быстро прогрессирующим течением. Эта патология встречается в любом возрасте. Клинические симптомы возникают вследствие замещения нормальных гемопоэтических клеток бластными клетками. В половине случаев болезнь начинается постепенно.

Наиболее постоянными клиническими симптомами являются: гипертермия, слабость и быстрая утомляемость за счет нарастающей анемии, мелкоточечные геморрагии в кожу и сетчатку глаз, упорные боли в костях. Инфильтрация опухолевыми клетками стенок органов желудочно-кишечного тракта вызывает увеличение печени, селезенки и лимфоузлов, что сопровождается резкой болью в животе, его вздутием, рвотой и водянистым или кровянистым поносом. Причины болей — растяжение капсулы печени и селезенки, инфаркты селезенки и кровоизлияния в нее, перигепатит, периспленит, кровоизлияния в брюшину, лейкемическая инфильтрация слизистого и подслизистого слоя желудка и кишечника, вовлечение в процесс поджелудочной железы и др. Однако клинических симптомов истинного «острого живота» не отмечается.

Содержание лейкоцитов колеблется в широких пределах — от лейкопении до лейкемии. Почти полное отсутствие промежуточных форм между бластными клетками и зрелыми гранулоцитами является признаком, отличающим острый лейкоз от хронического. Диагноз в большинстве случаев решается на основании характерной картины крови и пунктата костного мозга.

Хронический лимфолейкоз — это одна из наиболее распространенных болезней лимфоидной ткани — лейкемическая стадия «хорошо дифференцированной злокачественной лимфомы». Клетки опухоли независимо от места ее возникновения раньше всего обнаруживаются в крови и костном мозге. Инфильтрация опухолевыми клетками лимфоузлов, печени и селезенки наступает позднее и клинически проявляется их увеличением. Еще позднее определяются анемия и тромбоцитопения. Болезнь в течение длительного времени протекает скрытно или субклинически. Выраженный лейкоцитоз за счет повышенного содержания лимфоцитов является постоянным и самым ранним признаком болезни. Симптомами «острого живота» сопровождается очень редко, а диагностика такая же, как и при остром лейкозе.

ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗ

Лимфогрануломатоз — это злокачественная опухоль лимфоузлов. Первичный очаг ее чаще всего (85 %) локализуется в шейных и надключичных лимфоузлах, реже (6–20 %) — в подмышечных, средостенных и забрюшинных с *характерным* двусторонним поражением. Совсем редко болезнь начинается с поражения лимфоидных структур селезенки, печени, желудка и других внутренних органов. Вследствие диссеминации поражаются в 90 % — селезенка, в 70 % — печень.

Лимфогрануломатоз дебютирует обычно либо лихорадкой, которая является одним из его главных системных признаков, либо лимфаденопатией — его главным локальным признаком. В начале болезни узлы одиночные, подвижные, безболезненные, эластической консистенции, кожа над ними не изменена. В более поздних стадиях болезни они становятся плотными и образуют конгломераты друг с другом.

Любой орган желудочно-кишечного тракта может стать местом первичного изолированного грануломатоза диффузного, а не очагового процесса. Клинические проявления первичного лимфогрануломатоза желудочно-кишечного тракта во многом напоминают клинику ракового процесса. Клиническая картина при этом заболевании чрезвычайно полиморфна и зависит как от локализации процесса, так и от степени его злокачественности. Кроме гипертермии и лимфаденопатии могут появиться нерезкие схваткообразные боли в нижней части живота, симптомы нарушения функций тазовых органов, постоянная умеренная боль в поясничной области и другие. Симптомы истинного «острого живота» не наблюдаются.

Поражение селезенки сопровождается тромбоцитопенией, аутоиммунной гемолитической анемией. Характерна морфологическая картина крови — лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия, моноцитоз.

Диагноз лимфогрануломатоза ставят только при обнаружении клеток Березовского–Штернберга в гистологическом препарате лимфоузла или биоптата органа.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

При обострении гемолитической анемии нередко появляются боли в животе вследствие значительного увеличения печени и селезенки и образования пигментных камней в желчных путях, значительных нарушениях микроциркуляции.

Клинически симптомы истинного «острого живота» не обнаруживают.

Основные признаки повышения гемолиза — сочетание анемии с желтухой; спленомегалия, увеличение концентрации неконъюгированного билирубина в крови, отсутствие билирубина в моче, высокий ретикулоцитоз, понижение осмотической стойкости эритроцитов, повышение выведения стеркобилина с калом и уробилина с мочой.

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ПАТОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКОЕ ОТРАВЛЕНИЕ СВИНЦОМ

Такая патология встречается у лиц, соприкасающихся со свинцом или его соединениями: рабочие полиграфического производства, маляры, рабочие на производстве аккумуляторов, фарфора, фаянса и свинцово-хромовых красок, гончарного производства и др. Свинец употребляется в электромеханической, текстильной и химической промышленности при окраске мехов и в косметике. Бытовые отравления возможны в быту при употреблении в пищу кислых продуктов, хранившихся в глазированной глиняной посуде для мочения ягод и маринования грибов и т. п. Свинец — это универсальный протоплазматический яд, нарушающий функции различных ферментативных систем и изменение порфиринового обмена. В происхождении абдоминального синдрома имеет значение токсическое действие свинца на нервные окончания, сосуды и гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта.

Пациенты жалуются на режущие, схваткообразные боли в животе, неприятный вкус во рту, тошноту, рвоту, икоту, общую слабость, раздражающие боли в ногах по ночам. Пульс полный, даже жесткий, замедленный, АД повышено. На свободном крае десен серая свинцовая кайма из-за сернистого свинца, образующегося при наличии сероводорода, который образуется в кариозных зубах. Кожа бледная с серовато-желтоватым оттенком. Склеры иктеричны из-за повышенного содержания в крови порфиринов, отлагающихся в коже в виде пигмента. Кожа сухая. Живот «ладьевидно» втянут, напряжен, болезненный без четкой локализации, но при пальпации болезненность не нарастает, а даже уменьшается. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Отмечаются запоры и олигурия, моча красная. Имеется полиневрит, астенический неврологический синдром.

Лабораторные данные: анемия, эритроциты с базофильной зернистостью (что характерно), полихромазия, гемолитические процессы. Другим важным симптомом является выделение с калом копропорфирина, а с мочой — гематопорфирина (свыше 0,5 мг/л): выделение свинца с калом и мочой.

ПОРФИРИЯ

Основа этого заболевания — повышенное образование и накопление порфиринов вследствие приобретенного или наследственного нарушения ферментативных процессов гемоглобинообразования. Наблюдается это в основном между 20 и 30 годами жизни. Кожа темного цвета, гиперемирована. Ведущим клиническим симптомом являются типичный перемежающийся (несколько дней) острый приступ болей в паховых областях, мочевом пузыре и вдоль спины. При этом отмечается тахикардия, лихорадка,

гипертония с большой амплитудой. Живот вздут, мягкий, безболезненный, без признаков перитонита. На фоне общей слабости отмечается атрофия мышц, в 42 % случаев имеется поражение нервной системы, но без параличей, а с порезами, эпилепсией. В тяжелых случаях возможно коматозное состояние.

Лабораторные данные: анемия с базофильной пунктацией эритроцитов, моча красного цвета из-за повышенного содержания порфирина, имеется свинец.

УКУС ПАУКА КАРА-КУРТА

Паук Кара-Курт распространен, в основном, по южным областям северного полушария. Однако северная граница его распространения постепенно поднималась выше. В настоящее время специалисты начали обнаруживать этого паука в южных районах Беларуси. Укус вызывает следующие изменения: в момент укуса появляется резкая жгучая боль, быстро распространяющаяся по мышцам и суставам, затем появляются боли в животе, стеснение в груди, затруднение дыхания, онемение конечностей, озноб, дрожь, потливость, резкая слабость, иногда рвота. Быстрое повышение температуры до 38–38,5 °С, которая держится от 3 до 6 дней.

На месте укуса иногда отмечается точечное кровоизлияние, а чаще гиперемия и отек, место укуса слегка болезненно и зудит. На коже иногда наблюдается розеолезная сыпь. Пульс урежен до 60 уд./мин. Весьма характерно резкое напряжение мышц живота. Он втянут, не участвует в дыхании, но в отличие от перитонита безболезнен при пальпации. Со стороны нервной системы, кроме резкой слабости, отмечается тремор рук, век, языка и нижней челюсти, а иногда общее возбуждение.

Лабораторные данные: выраженный лейкоцитоз, умеренный сдвиг лейкоформулы влево, альбуминурия, а в осадке мочи — лейкоциты, эритроциты и гиалиновые цилиндры.

ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРЛИПЕМИЯ

Жалобы на очень резкие боли в животе и кожный зуд. Специфичны: ксантоматоз, липемитический ретинит, узелковоподобные изменения на разгибательной поверхности рук, ног и на спине. Живот обычной формы, мягкий, пальпируются увеличенные, немного болезненные печень и селезенка. Симптомы перитонита отсутствуют. Стул и диурез в пределах нормы. Клинические лабораторные данные: сыворотка крови молочного вида, значительно увеличено содержание липоидов — нейтрального жира и холестерина.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авдей, Л. В.* Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости в сельских районах / Л. В. Авдей, П. Д. Карнаух. Минск : Беларусь, 1974. 192 с.
2. *Баташов, В. А.* Острые заболевания брюшной полости. Ошибки и трудности распознавания / В. А. Баташов. М. : Медгиз, 1957. 147 с.
3. *Блинов, Н. И.* Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости / Н. И. Блинов, Г.А. Гомзяков. Л. : Медгиз, 1962. 243 с.
4. *Виноградов, А. В.* Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А. В. Виноградов. 3-е изд. М. : Мед. Инф. Агент., 2001. 606 с.
5. *Газетов, Б. М.* Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом / Б. М. Газетов, А. П. Калинин. М. : Медицина, 1991. 256 с.
6. *Ефимов, А. С.* Диабетические ангиопатии / А. С. Ефимов. Киев : Здоровье, 1973. 148 с.
7. *Неотложная хирургия груди и живота (ошибки диагностики и тактики) / Ф. Х. Кутушев [и др.].* Л. : Медицина, 1984. 248 с.
8. *Лидский, А. Т.* Дифференциальная диагностика важнейших хирургических заболеваний в таблицах / А. Т. Лидский. М. : Медгиз, 1961. 272 с.
9. *Ошибки, опасности и осложнения в хирургии / ред. Н. И. Блинов.* Л. : Медицина, 1965. 564 с.
10. *Подоненко–Богданова, А. П.* Ошибки при диагностике «острого живота» / А. П. Подоненко–Богданова. Киев. : Здоровья, 1981. 112 с.
11. *Покотило, В. Л.* Ошибки в хирургии / В. Л. Покотило. Новый хирургический архив. 1926, № 10. С. 660–661.
12. *Ротков, И. Л.* Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. 2-е изд. М. : Медицина, 1988. 208 с.
13. *Самарин, Н. Н.* Диагностика «острого живота» / Н. Н. Самарин. 2-е изд. Л. : Медгиз, 1952. 476 с.
14. *Скрипниченко, Д. Ф.* Неотложная хирургия брюшной полости / Д. Ф. Скрипниченко. 4-е изд. Киев : Здоровье, 1986. 350 с.
15. *Червяковский, Н. Я.* Краткое руководство по неотложной диагностике и терапии внутренних заболеваний / Н. Я. Червяковский. Л. : Медгиз, 1958. 211 с.
16. *Хэгглин, Р.* Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Р. Хэгглин. М. : Инженер, 1993. 795 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Повреждения и заболевания передней брюшной стенки и забрюшинного пространства	7
Кровоизлияние в брюшную стенку	7
Травматическая забрюшинная гематома	7
Разрыв и расслаивающая аневризма аорты	9
Заболевания органов брюшной полости.....	11
Гастродуоденит.....	11
Пищевая токсикоинфекция	12
Брюшная «жаба» (angina abdominalis).....	13
Узелковый полиартериит.....	15
Болезнь крона.....	17
Флегмона желудка.....	19
Острое расширение желудка	21
Заворот желудка (volvulus ventriculi)	22
Повреждения и заболевания грудной стенки диафрагмы и органов грудной полости	23
Травма грудной клетки	23
Заболевания легких, плевры и диафрагмы	26
Заболевания сердца	28
Урологические заболевания.....	30
Почечная колика.....	30
Острая задержка мочи.....	31
Заболевания мужских половых органов	32
Нефроптоз	32
Папиллярный некроз почек	32
Тромбоз почечных вен	33
Повреждения и заболевания головного мозга.....	33
Психоневрологические заболевания	34
Истерия	34
Опоясывающий лишай.....	34
Менингиты	35

Повреждения и заболевания позвоночника и спинного мозга.....	35
Спондилоартроз.....	36
Сифилис или сухотка спинного мозга (tabes dozsalis).....	36
Опухоли спинного мозга.....	37
Инфекционные заболевания.....	37
Брюшной тиф.....	38
Иерсиниоз.....	39
Болезнь борнхольма.....	40
Острый мезаденит.....	40
Ревматизм.....	41
Геморрагический васкулит.....	42
Эндокринные заболевания.....	44
Сахарный диабет.....	44
Тиреотоксикоз.....	46
Другие эндокринные заболевания.....	46
Болезни системы крови.....	47
Лейкозы.....	47
Лимфогрануломатоз.....	48
Гемолитическая анемия.....	48
Редко встречающаяся патология.....	49
Хроническое отравление свинцом.....	49
Порфирия.....	49
Укус паука кара-курта.....	50
Эссенциальная гиперлипемия.....	50
Литература.....	51