

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

В. И. Дружинин

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СИМУЛИРУЮЩИЕ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Учебно-методическое пособие
2-е издание, дополненное



Минск БГМУ 2011

УДК 617.55-036.11-009.7 (075.8)
ББК 54.574 я73
Д76

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 22.12.2010 г., протокол № 4

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования д-р мед. наук Н. В. Завада; проф. 1-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета д-р мед. наук С. И. Леонович

Дружинин, В. И.
Д76 Заболевания, симулирующие «острый живот» : учеб.-метод. пособие /
В. И. Дружинин. – 2-е изд., доп. – Минск : БГМУ, 2011. – 48 с.
ISBN 978-985-528-474-2.

Содержит сведения для дифференциального диагноза острых хирургических заболеваний органов брюшной полости с заболеваниями терапевтического профиля, требующих консервативного лечения. Первое издание вышло в 2004 г. Автор В. И. Дружинин.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов, врачей-интернов, клинических ординаторов.

УДК 617.55-036.11-009.7 (075.8)
ББК 54.574 я73

ISBN 978-985-528-474-2

© Дружинин В. И., 2004
© Дружинин В. И., с изменениями, 2011
© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Хорош не тот хирург, который оперирует,
а тот, который не делает ненужных операций.

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. «Симптомы нужно не подсчитывать, а взвешивать» (Пайр). 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 и 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 избегать» (В. Л. Покотило, 1926).

В настоящее время вполне достаточно литературы по анализу трудностей и диагностических ошибок — читай и учись на чужих ошибках.

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

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 проблемную 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 такой симптомокомплекс наблюдается при заболеваниях и повреждениях многих органов и систем, не требующих хирургического вмешательства, а неред-

ко являющихся противопоказанием к нему. Этот симптомокомплекс называется ложным «острым животом». Несмотря на современные технические и клинические достижения в медицине, проблема диагностики ложного «острого живота» по-прежнему актуальна. Атипизм течения некоторых заболеваний, 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 и различными его 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 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); между иннервацией внутренних органов и грудной, 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 толь-

ко на внутренние органы, но и на центральную нервную систему. Это еще больше затрудняет локальную диагностику из-за активного движения рефлексов из головного мозга на периферию, т. е. на более широкий диапазон.

Источником ошибок при определении характера болезни могут быть трудности выявления закономерностей реакции организма на разные формы раздражения, что лежит в основе различных вариантов типичного и атипичного течения заболеваний.

«Несоответствие между локализацией болей и локализацией патологического процесса может повести к тяжелым диагностическим ошибкам и неправильным терапевтическим мероприятиям» (Н. Н. Самарин, 1952). В ранние сроки заболевания и повреждения неясность клинической картины, малое число симптомов, отсутствие типичных признаков заболевания затрудняет диагностику. Ко времени повторного осмотра начинают проявляться новые симптомы, но ни в коем случае их появления специально выжидать нельзя. Необходимо собрать консилиумы с участием коллег других специальностей, а также применить имеющиеся инструментальные методы исследования. Иногда совместный осмотр врачей хирургического и терапевтического профилей приводит к такой ситуации, когда терапевты малообоснованно торопливо стараются снять свой диагноз, как бы боясь пропустить острую хирургическую патологию. Тогда-то и приходится хирургу применять свои знания в диагностике пограничных с хирургией заболеваний.

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 более 2–6 ч). Если объективные данные имеют тенденцию к ухудшению, а имеющиеся диагностические возможности исчерпаны, то 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 минимум сведений, необходимый студентам во время практических занятий, при курации больных, на дежурствах, на производственной практике.

В связи с этим, считаем необходимым привести список факторов, которые могут привести к постановке неправильного диагноза (N. Fiessindez, 1948; P. Хегглин, 1993):

1. Незнание.
2. Недостаточное обследование вследствие:
 - а) плохих привычек;
 - б) недостаточных возможностей;
 - в) неподходящих больных;
 - г) плохой техники;
 - д) недостатка времени.
3. Ошибки в суждении из-за:
 - а) недостаточно конструктивного мышления;
 - б) установки на безошибочность своего диагноза;
 - в) предвзятости мнения;
 - г) самолюбия и тщеславия;
 - д) нелогичности выводов;
 - е) нерешительности характера;
 - ж) привычки ставить особо интересные диагнозы;
 - з) других черт характера исследователя: склонности к пессимизму или излишнему оптимизму.

При возрастающем значении техники в диагностической медицине стали частыми ошибки технического порядка. Поэтому прежде чем поставить окончательный диагноз, данные, не согласующиеся с клинической картиной, нужно всегда проверять.

Основная цель издания — показать студентам, что в экстренных случаях нельзя игнорировать полное, систематическое и планомерное исследование больного. Только на основании совокупных данных можно правильно поставить диагноз, исходя из него, оказать квалифицированную помощь и назначить эффективное лечение.

Учитывая, что первое издание пособия было востребовано, отзывы студентов, преподавателей и врачей положительны, было принято решение подготовить переиздание. В настоящем издании существенно дополнен раздел «Заболевания органов брюшной полости»: «Болезнь Крона», «Флегмона желудка», «Острое расширение желудка», «Заворот желудка». Лечение этих заболеваний консервативное, но при его безуспешности — оперативное.

За конструктивные замечания и помощь коллег автор заранее благодарен.

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 у физически сильных людей (спортсменов, грузчиков и т. п.) либо ослабленных больных (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, происходит 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 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–Блумберга 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 незаменимыми методами 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, опу-

холях. Ретроперитонеальная гематома может развиваться за счет разрыва почечной артерии или быть не всегда ясного происхождения в случаях, 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 и спинальные нервы. Развивающаяся клиническая картина при такой патологии сложна и многообразна из-за наличия типичной картины паралитической кишечной непроходимости и диффузного перидиафрезного 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, 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 возникновение боли в пояснице и нижней половине живота при разгибании ноги. 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 наличие жидкости

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 атеросклеротического нарушения целостности мелких сосудов, питающих стенку аорты, возникает гематома средней коллагенной оболочки аорты. Эта гематома может разрушить интиму — внутреннюю оболочку аорты — с развитием расслаивающей аневризмы и возможным перекрытием просвета аорты. Если происходит разрыв адвентиции, наружной оболочки аорты, то кровь выходит в парааортальную клетчатку. Эта гематома может распространяться проксимально, в сторону сердца, а чаще — дистально, вниз. Большинство аневризматических расширений аорты (95 %) возникают и формируются ниже отхождения почечных артерий и только в 5 % — выше этого уровня. Соотношение 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 развивается коллапс.

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. При такой патологии обыкновенно раз-

вивается динамическая паралитическая кишечная непроходимость, особенно это характерно при полном разрыве аорты и образовании ложной ее аневризмы. Живот вздутый, 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, и тогда своевременная сосудистая операция сохранит больным жизнь.

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

Заболевания органов брюшной полости

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, их токсинами и т. п. В ряде случаев имеет место 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 изменяются незначительно. 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 поначалу 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 схожи 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 влажным. 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, образующимися 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 больных нередко развивается инфекционно-токсический, бактериальный или эндотоксический шок.

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

Клиническая картина токсикоинфекций, вызываемых 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, 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 значительно позже относительно 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. Язык обложен, часто сухой. При «остром животе» пульс чаще опережает температуру, а артериальное давление снижается при развитии перитонита, т. е. значительно позже.

При батулизме 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.

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 кишечни-

ке. 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. Напрасно 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, 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 ко-

ротковременными 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 беспокожны, 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 сосудистой 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 стадия — компенсации — без последующих анатомических изменений;

II стадия — субкомпенсации — с обратимыми анатомическими изменениями (типа кровоизлияний в стенку кишки);

III 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 стадии дополнительно показаны новокаиновые блокады, общие теплые ванны, теплые клизмы, тепло на живот. Если в течение получаса боли не уменьшаются, то надо подозревать II и III стадии заболевания или искать другую причину болей. В случае диагностики спазма артерий во время лапаротомии показаны новокаиновые блокады корня брыжеек 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. Фибриновые 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 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.

I стадия — остро инфильтративного воспаления. Орган гиперемирован, отмечается трансмуральная инфильтрация и отек с некоторым сужением просвета, тестоватость органа, на серозной оболочке часто вид-

на 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 гноевидная слизь. **Рентгеновые** — различной степени неравномерного сужения и малоподвижность органа. **Лапароскопия** — небольшой серозный экссудат, на ограниченном участке органа серозная оболочка гипермирована, инфильтрирована, могут быть нити фибрина; брыжейка и ее лимфоузлы воспалены.

II стадия — 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. **Рентгеновые** — расширение приводящей петли кишки перед участком инфильтрированной неперистальтирующей кишки, а также спазм отводящей петли кишки. **Лапароскопия** — участок кишки гипермирован, но тусклый, 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.

III стадия — 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.

IV стадия — 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 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 межорганый свищ. **Эндоскопия и лапароскопия** нередко невозможны по техническим причинам — наличие спаечного процесса в брюшной полости, сдавление просвета органа извне. **Рентгеноданные** — 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 дифдиагностике 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 такое 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 III и IV стадиях показано хирургическое лечение:

- резекция органа вместе с пораженным сегментом брыжейки в пределах здоровых тканей;
- 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 — это диффузное гиперергическое гнойное воспаление части или всего желудка, которое развивается в сенсibilизированном организме. 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, туберкулез желудка. Метастатическая флегмона — это флегмонозное воспаление, появляющееся при острых септических заболеваниях.

При флегмоне желудка чаще всего выявляют следующие возбудители — стрептококк, 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 гиперемизированной, отекшей. Стенка желудка утолщается и уплотняется. Серозная оболочка сильно гиперемизирована 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, сенсibilизирующие 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 температурой (38–40 °С), режущей болью в эпигастрии, усиливающейся после приема пищи и при 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 ($20\text{--}40 \times 10^9$) с резким сдвигом лейкоформулы влево, СОЭ ускорено. Моча мутная, содержит белок, высщелочные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. **УЗИ** — стенки желудка толстые, возможно их расслоение, вокруг желудка и в отлогах 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 скиррозного рака. **Эндоскопия** — 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 ло-

кальных 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, обеих 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 центральной нервной системы (особенно спинного мозга), психических травмах (стрессах), ушибах области живота, при приеме чрезмерного количества пищи и жидкости, особенно у голодавших людей, с обильным употреблением алкоголя. Заболевание обычно возникает внезапно и развивается бурно. Жалобы на ощущение тяжести и распираания в эпигастрии, на обильную рвоту жидкостью в значительно большем количестве, чем больные выпивают. Рвота постоянная вначале пищевой, затем желчью, а позже с примесью крови из застойных сосудов желудочной стенки, из-за чего 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, артериальное давление падает. Язык сухой, обложен. Наблюдается асимметрия живота — резкое вздутие верхнего и западение нижнего его этажа. Брюшная стенка живота мягкая, безболезненная. В верхнем этаже живота определяется умеренно болезненная резистентность в виде футбольного мяча. Симптом Щеткина–Блумберга 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 гиперемирована 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 ограничено 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 брюшинной клетчатки, гастростомия. Радикальные вмешательства не оправданы.

Заворот желудка (volvulus ventriculi)

Заворот желудка встречается редко, чаще у мужчин среднего возраста. Различают 2 вида заворота: 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 ч) 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. Положение больного вынужденное — коленно-локтевая поза, поведение крайне беспокойное, с громким стоном. Отмечается бледность с цианотическим оттенком, тахикардия, снижение артериального давления, 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 определяются. Создается впечатление высокой кишечной непроходимости. При гастрофиброскопии 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, после чего боли сразу уменьшаются, а после промывания просвета желудка и постоянного его дренирования боли исчезают, а 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

У 17,5 % больных и пострадавших при травмах грудной клетки и заболеваниях ее органов произведены лапаротомии по поводу ложного синдрома «острого живота» (Н. Н. Самарин, 1952).

Ушибы грудной клетки, переломы ребер и грудины, а также основная масса заболеваний органов грудной полости иногда сопровождается 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, межреберных и верхнепоясничных нервов проявляется соответствующей реакцией со стороны брюшной стенки в виде синдрома воспаления.

Травма грудной клетки

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на механизм повреждения, положение больного в момент получения травмы, точное место нанесения травмы, наличие одышки, кашля с мокротой и кровью или без, выяснить, была ли рвота и каков характер рвотных масс. Уточнить, не терял ли пострадавший сознание, не было ли головокружения и потемнения в глазах, не появлялась ли резкая общая слабость. Нередко в диагностике играет важную роль исследование пульса и артериального давления. При осмотре грудной клетки необходимо обратить внимание на осадины и кровоподтеки, конфигурацию и участие в акте дыхания. Аускультация, пальпация и перкуссия позволяют установить подкожную крепитацию воздуха и костей, пневмоторакс и гемоторакс.

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, при этом глубокая 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 артериаль-

ного давления. Новокаиновые блокады мест перелома ребер и грудины, паравerteбральная или вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому часто снимают всю клинику абдоминального синдрома.

Заболевания легких, плевры и диафрагмы

Воспалительные легочно-плевральные заболевания, диафрагмиты, спонтанный и искусственный пневмоторакс также 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 обнаружения ранних признаков «острого живота» среди медработников 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 соответствующей неотложной помощи часто оканчивается плачевно для больного.

Больной с торакоабдоминальным синдромом активный, свободно поворачивается в постели, чаще принимает полусидячее положение. Отмечается реберно-брюшной тип дыхания. Учащение дыхательных экскурсий в 2 раза характерно легочному заболеванию.

С истинной картиной острого воспаления органов брюшной полости больной 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 задержав 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, температура 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, расположенными 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 уменьшается, и больные силой воли могут его ослабить. При продолжительной пальпации живота, не отнимая руки, напряжение мышц уменьшается 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 абдоминального синдромов, особенно у детей и стариков, играет определение разности прямокишечной и подмышечной температуры. Если она превышает 1°C, 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 недостаточное наблюдение 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, уметь собирать анамнез, верно анализировать и синтезировать данные анамнеза и объективного исследования. Взгляд сердечного больного беспокойный, с выражением страха смерти, губы и кончик носа синюшные. 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. Эти симптомы указывают на истин-

ный «острый живот» и значительно отличаются от симптомов ложного «острого живота», 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. Большое значение в диагностике имеет тщательный анализ болевого синдрома. 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. 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, и 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-то и должен врач 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, и нехарактерные истинному «острому животу».

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. Урологическая боль иррадирует сзади – вниз, а хирургическая — спереди – вверх кзади. 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. Ану-

рия 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.

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. Борисову — 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 перерастянутых 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 и 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 семенно-

го канатика и яичка. Трудности возникают тогда, когда больной по какой-то причине 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 больного.

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–Блюмберга 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

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

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 внима-

ния 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 иррадируют 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 появлением 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 беспокоила общая слабость, разбитость, быстрая утомляемость, безразличие к окружающему, забывчивость, постоянная головная боль, а боли в животе и рвота появились 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–Блумберга 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» 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 помогают специалистам 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 кризы при сифилисе 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. Вследствие нарушения проводимости нервных путей в спинном мозге нередко больные 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, безболезненный.

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

- зрачковый симптом Арджила 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, 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 высыпаний на брюшине внутренних органов, поражения лимфоидной ткани как указанных органов, так и 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.

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 мо-

жет 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, имеют 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 °С) 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 во время операции даже 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–Блюмберга непостоянно 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 трудно. 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 аппендэктомиа 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 рефлексорного появления ложного синдрома при ревматическом плеврите, диафрагмите, ревмопневмонии.

Из анамнеза можно выявить простудный фактор, предшествовавший 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 раздражения 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 заболевание 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 лапаротомия 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 сенсibilизация 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 сталкиваются с этой патологией 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, наличия глистной инвазии ребенок становится вялым, адинамичным, бледным, плохо ест и спит, а через несколько дней появляются ярко-красные кожные высыпания, зудящая сыпь типа крапивницы, чаще всего в области локтевых сгибов, подколенных ямок, на животе, ягодицах и внутренних поверхностях бедер. Характерные черты таких высыпаний — **полиморфизм и симметричность**. Обычно сыпь держится несколько дней, а затем исчезает с возможностью рецидива. Параллельно с геморрагическими кожными высыпаниями 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 внима-

тельном 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 симптом 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 больных, чрезмерной их подвижностью в постели, в то время как при хирургическом перитоните наблюдается обратное. 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 кетоацидоза 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 диабетический 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 изменяется, затем учащается, медленно слабеет. Артериальное давление падает. Из рта часто 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 фоне гипергликемии, а истинный перитонит начинается всегда внезапно среди полного здоровья с контролируемым диабетом.

При этом следует учесть, что на фоне учащенного глубокого дыхания быстро ухудшается деятельность сердечно-сосудистой системы, 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 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

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. 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 щи-

товидной 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 малоболезненным. 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, т. е. гипопитуитаризм (болезнь Симмондса), недостаточность паращитовидных желез и др. — также может 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, мелкоочечные геморрагии в кожу и сетчатку глаз, упорные боли в костях. Инфильтрация опухолевыми клетками органов желудочно-кишечного тракта вызывает увеличение печени, селезенки и лимфоузлов, что сопровождается резкой болью в животе, его вздутием, рвотой и водянистым или кровавистым поносом. Причины болей — растяжение капсу-

лы 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 ставится 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 скрыто 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 чаще всего (85 %) локализуется в шейных и надключичных лимфоузлах, реже (6–20 %) — в подмышечных, средостенных и забрюшинных с характерным двухсторонним 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. Кли-

ническая 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, образования пигментных камней в желчных путях, значительных нарушений микроциркуляции.

Клинически симптомов истинного «острого живота» не обнаруживается.

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, рабочие гончарного производства и др. Свинец — это универсальный протоплазматический яд, нарушающий функции различных ферментативных систем и вызывающий изменение порфиринового обмена. В происхождении абдоминального синдрома имеет место токсическое действие свинца на нервные окончания, сосуды и гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта.

Больные жалуются на режущие, схваткообразные боли в животе, неприятный вкус во рту, тошноту, рвоту, икоту, общую слабость, раздражающие боли в ногах, появляющиеся по ночам. Пульс полный, даже жесткий, замедленный, артериальное давление повышено. На свободном крае

десен серая свинцовая кайма. Кожа сухая. Живот втянут, напряжен, болезненный, без четкой локализации, но при пальпации болезненность не нарастает, а даже уменьшается. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Отмечаются запоры и олигурия. 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 является 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 КАРАКУРТА

Паук каракурт ранее был распространен, в основном, в южных областях 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. Карнаук. 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. *Кутушев, Ф. Х.* 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 : Здоровье, 1981. 112 с. (Б-к практ. врача).
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	3
Повреждения и заболевания передней брюшной стенки и забрюшинного пространства.....	7
Заболевания органов брюшной полости	10
Повреждения и заболевания грудной стенки, диафрагмы и органов грудной полости.....	23
Урологические заболевания	28
Повреждения и заболевания головного мозга.....	30
Психоневрологические заболевания	31
Повреждения и заболевания позвоночника и спинного мозга.....	32
Инфекционные заболевания	34
Эндокринные заболевания.....	39
Болезни системы крови.....	42
Редко встречающаяся патология.....	44
Литература.....	46

Учебное издание

Дружинин Виктор Иванович

ЗАБОЛЕВАНИЯ, СИМУЛИРУЮЩИЕ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Учебно-методическое пособие

Издание второе, дополненное

Ответственный за выпуск С. И. Третьяк
Редактор И. В. Климук
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 23.12.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,8. Тираж 50 экз. Заказ 684.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.