

© М. А. Дудченко

УДК 616.381-002.1-07-08

М. А. Дудченко

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЖИВОТА И ПСЕВДОАБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА И ТАКТИКА ИХ ЛЕЧЕНИЯ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

Связь работы с научными тематиками и планами. Работа является фрагментом плановой НИР кафедры внутренней медицины №1 и хирургии №1 ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» «Разработка новых методов профилактики, лечения и реабилитации заболеваний органов пищеварения у больных с полиморбидной патологией на основании изучения патогенетических звеньев формирования синтропии» (№ гос. регистрации 0111 U 004881).

Вступление. Врачам нередко в своей практической деятельности встречаются пациенты с острым животом, требующим срочного хирургического лечения. В свою очередь часто приходится дифференцировать острый живот с различными внутренними болезнями, симулирующими это грозное заболевание, получившие название псевдоабдоминального синдрома. Острый живот не являясь окончательным диагнозом, служит только тревожным сигналом, заставляющим медработника принять немедленные меры для экстренной госпитализации больного. Псевдоабдоминальный синдром – термин, объединяющий заболевания и патологические состояния различных органов и систем организма с симптоматикой, характерной для острой патологии органов брюшной полости.

Для решения диагностических задач в каждом конкретном случае необходимы глубокие знания дифференциальной диагностики неотложных состояний, которые практическому врачу необходимо постоянно совершенствовать, чтобы меньше допустить диагностических ошибок, ведущих к неправильной лечебной тактике больного, нередко заканчивающейся катастрофой.

Цель работы. Провести дифференциальный диагноз между заболеваниями острого живота и псевдоабдоминального синдрома и определить тактику ведения таких больных.

Объект и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 пациентов, поступивших в клинику хирургии №1 Полтавской городской больницы №2 с диагнозом острый живот. Среди них мужчин было 67, женщин – 33 в возрасте от 26 до 70 лет с длительностью заболевания до 11 лет. Всем наблюдаемым в зависимости от возможности и срочности решения вопроса об оперативном вмешательстве, проводились лабораторные и инструментальные исследования. По мере обследования определялся окончательный диагноз, и тем

пациентам, которым была показана операция, проводилось хирургическое вмешательство, а пациентов с псевдоабдоминальным синдромом переводили в специализированные отделения больниц для продолжения консервативного лечения.

Результаты исследований и их обсуждение. В клинику врачами скорой помощи и участковыми врачами было направлено 100 пациентов с диагнозом острый живот. В приемном отделении больницы диагноз острого живота был оставлен 73 пациентам, 25 пациентам установлен диагноз нозологической формы и 2 пациента с псевдоабдоминальным синдромом направлены в терапевтическое отделение для лечения и хирургического наблюдения. В хирургическом отделении 71 пациент после окончательного решения вопроса о хирургическом заболевании переведены в операционную, 17 пациентам продолжалось дообследование и наблюдение с тем же диагнозом острый живот. 12 пациентов после установления внутренней патологии с окончательной нозологической формой болезни выписаны для дальнейшего консервативного лечения в специализированных терапевтических отделениях больниц.

Из остальных 17 пациентов, которым в клинике был оставлен диагноз острый живот, после дополнительных исследований и наблюдения у 12 определены хирургические заболевания, пять из них подверглись операции, а четыре продолжали консервативное лечение, 4 проведена диагностическая лапаротомия, где у 3 был установлен окончательный хирургический диагноз и прооперированы, а у одного синдром пурпурной брюшины.

Следовательно, при первичном врачебном осмотре 100 пациентов с клинической картиной острого живота, оперативное вмешательство подтвердило нозологические формы неотложных хирургических болезней у 88%, у 12% пациентов заболевания проявилось псевдоабдоминальным синдромом. В связи с этим указанное обстоятельство требует более подробного рассмотрения и проведения дифференциального диагноза между хирургическими заболеваниями, относящимся к болезням острого живота и болезнями, симулирующими эту патологию. К тому же, если учесть частоту острого живота (до 100 причин) и расхождение диагнозов только при аппендиците (35,1%) и кишечной непроходимости (73,5%) [1], то становится ясной

крайняя необходимость в углубленном знании этой патологии [1, 6, 8].

Симптоматика для дифференциального диагноза патологических состояний, вызывающих симптомокомплекс «острый живот» у наших больных.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (17 больных) характеризуется чрезвычайно резкой интенсивной невыносимой болью, появляющейся внезапно («удар кинжала») в эпигастриальной области или правом подреберье и постепенно распространяется по всему животу. Живот втянут, ладьевидный, не участвует в дыхании, при пальпации определяется резкое напряжение мышц (живот как доска) и выраженная болезненность всей брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При перкуссии – исчезновение границ печеночной тупости. При аускультации – кишечные шумы отсутствуют. В крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. R-скопия – наличие свободного газа в брюшной полости. ФГС – язва.

Аппендицит (23 больных). В начале заболевания не имеет четкой локализации, затем боль постепенно нарастающая, возникает в подложечной области, перемещаясь в левую и далее в правую подвздошную область, сопровождаясь тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, температура субфебрильная. Живот обычной формы, при пальпации болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Щёткина-Блюмберга. В крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Лапароскопия – червеобразный отросток утолщен, гиперэмирован, брыжейка его инфильтрирована.

Острый холецистит (25 больных) сопровождается внезапно возникающей болью, чаще вскоре после приема острой, жирной пищи. Довольно острая и интенсивная боль с самого начала, в большинстве случаев, носит схваткообразный характер, затем сменяется постоянной или с самого начала может быть постоянно ноющей и нарастающей по интенсивности, обычно в правом подреберье. Положительные симптомы Орнтера, Мерфи, фрэнкиус-симптом, Боткина, Захарина и др. Дальнейшие исследования подтверждают диагноз [2, 4, 9].

Острый панкреатит (9 больных) проявляется болью постоянного характера в верхней части живота. Возникает внезапно, чаще после погрешностей в диете, приема обильной жирной пищи, алкоголя. Резкая, бывает распирающей, сверлящей, сжимающей, отдает в спину или как бы опоясывает, иррадируя одновременно в правое и левое подреберье, в лопатки, надплечье, иногда в область сердца. Часто повторная неукротимая рвота. Язык сухой, густо обложенный желтым или бурым налетом. Положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в реберно-позвоночном углу). Дальнейшее исследование дополняет возможность дифференциального диагноза.

Острая непроходимость кишечника (10 больных) возникает вследствие механического заворота, обтурации, странгуляции кишок, и динамической,

спастической и паралитической непроходимости. Она сопровождается внезапной резкой диффузной, иногда локальной, болью в брюшной полости с чувством надвигающейся смертельной угрозы. Прекращается отхождение газов, стул задержан, появляется рвота сначала пищевой, затем обильным количеством желтоватой горькой жидкостью, сменяющейся зловонной массой (каловая рвота). Задержка газов и фекалий с развитием метеоризма, усиливается кишечная перистальтика. При пальпации брюшной стенки определяется эластическое уплотнение или опухолевое образование, имеющее форму колбасы. При перкуссии устанавливается высокий тимпанический тон. При аускультации слышно сильное урчание, заканчивающееся шумом выливающейся бутылки. Отсутствие шумов указывает на парез кишок. Брюшные рефлексы угасают. В крови постепенно нарастает лейкоцитоз с нейтропенией. Рентгенологическое исследование показывает скопление газов и чаши Клойбера.

Перитонит (4 больных) характеризуется внезапно появляющейся большой интенсивности болью, локализующейся в большинстве случаев в мезогастрii без определенной иррадиации, быстро распространяющейся на весь живот, упорной рвотой. Язык сухой, обложенный. Наблюдается резко положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Вскоре повышается температура, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Дифференцирование отдельных форм острого живота проводится на основании их характерных признаков, описанных вкратце в клинической картине каждой из этих форм.

В дифференциальной диагностике псевдоабдоминального синдрома и острого живота, для которых характерна выраженная боль в животе, важное значение имеет анамнез основного заболевания, его осложнений с учетом в прошлом приступов болей в животе, характера результатов проведенных диагностических и лечебных действий. Для установления истинного заболевания, которое могло вызвать абдоминальную боль, пациента обследуют по системам в полном объеме. Это дает возможность дополнительными симптомами определить симулирующее заболевание с картиной острого живота. Так, при **межреберной невралгии**, опоясывающем лишае, кроме болей в животе пальпация позволяет обнаружить болезненность в межреберных промежутках или по ходу распространения лишая локальными изменениями на коже. Для **крупозной пневмонии** характерно усиление голосового дрожания, притупление легочного звука и изменение границ легких, а при аускультации – ослабленное или бронхиальное дыхание и влажные хрипы или крепитация, шум трения плевры. Кашель, особенно с мокротой, одышка, повышение температуры, рентгенологическое исследование – подтверждают патологию дыхательной системы.

Ишемическая болезнь (3 больных), сопровождающаяся острым коронарным синдромом и абдоминальной ишемией (брюшная жаба), могут

напомянуть картину истинного острого живота. Острый инфаркт миокарда, гастралгическая форма и брюшная жаба протекают выраженной болью со страхом смерти. Другие показатели дополняют картину болезней [2].

В большинстве заболеваний, протекающих с псевдоабдоминальным синдромом, передняя брюшная стенка не изменена. Болезненность при пальпации, особенно глубокой, всей передней брюшной стенки или ее части, определяется не резко выраженной. Напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щёткина-Блюмберга, как правило, отсутствуют, а если бывают не резко выраженными, то они часто меняют интенсивность [8].

Диффузные болезни соединительной ткани (5 больных), к которым относятся ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит, гемморрагический васкулит – иногда начинаются болями в животе, нередко интенсивными, приступообразного характера при менее выраженной основной симптоматике. Другие симптомы и синдромы дополняют картину болезней [3].

Эндокринная патология (4 больных), в частности сахарный диабет, тиреотоксикоз, надпочечниковая недостаточность могут протекать с кризовыми состояниями по типу острого живота. В диагностике этих заболеваний существенное значение имеет полноценное клинико-лабораторное и инструментальное исследования.

Таким образом, глубокий анализ, результатов всестороннего обследования пациента с болями в животе, позволяет методом дифференциальной диагностики, установить сущность патологического процесса в его организме, которая решает правильную тактику лечения.

Лечение. Характер лечебных мероприятий при остром животе зависит, прежде всего, от причины заболевания. При некоторых воспалительных

процессах, не сопровождающихся развитием перитонита проводят комплексное консервативное лечение, включающее диету, противовоспалительные, дезинтоксикационные и другие мероприятия. Однако в большинстве случаев острого живота (при перитоните, перфорации полых органов, механической непроходимости кишечника, внутренних кровотечениях и др.) необходимо оперативное лечение. При тяжелом состоянии пациента с выраженной интоксикацией, обезвоживанием, необходимо проведение интенсивной предоперационной подготовки в течении 2-3 часа с целью коррекции возникших нарушений. В случаях крайне тяжелого состояния пациента (массивное желудочно-кишечное кровотечение) оперативное вмешательство производят сразу же после поступления пациента в стационар, параллельно выполняя реанимационные мероприятия.

Пациент с псевдоабдоминальным синдромом должен быть срочно госпитализирован, желательнее в многопрофильный стационар, где имеются условия для комплексного обследования. Лечение, как правило, консервативное, направлено на основное заболевание, обусловившее развитие псевдоабдоминального синдрома.

Заключение. С ростом количества пациентов с острым животом и параллельно с ним псевдоабдоминальным синдромом на догоспитальном уровне врачами допускаются ошибки в дифференциальной диагностике острых заболеваний брюшной полости, что требует постоянного повышения квалификации, особенно врачей первичного звена.

Перспективы дальнейшего исследования. Разработать алгоритмы диагностики и лечения наиболее угрожающих заболеваний острого живота, интенсивнее совершенствовать клиническую и лабораторно-инструментальную диагностику неотложных состояний при заболеваниях органов брюшной полости.

Список литературы

1. Дудченко М. А. Язвенная болезнь. Терапевтические и хирургические аспекты / М. А. Дудченко. – Полтава «Дивосвіт», 2005. – 210 с.
2. Дудченко М. А. Холецистит / М. А. Дудченко. – Полтава: «Полтавський літератор», 2011. – 150 с.
3. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот / Г. Мондор. Перевод М. С. Юшковича под редакцией проф. Дитерихса. – Менбук, 1977. – 283 с.
4. Нечитайло М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Нечитайло, В. В. Грубник. – К.: Здоров'я, 2005. – 442 с.
5. Koo K. P., Thiby R. C. Laparoscopic cholecystectomy in cholecystitis: which is the optimal timing for operation. / K. P. Koo, R. C. Thiby // Arch. Surg. – 1996. – Vol. 1311, №4. – P. 540.

УДК 616.381-002.1-07-08

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЖИВОТА И ПСЕВДОАБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА И ТАКТИКА ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Дудченко М. А.

Резюме. Проведен дифференциальный диагноз у 100 больных. Установлено, что на догоспитальном этапе вместо заболеваний острого живота у 12% больных оказался псевдоабдоминальный синдром, относящийся к ИБС, болезням соединительной ткани и эндокринным болезням. Представлена клиника заболевания острого живота и псевдоабдоминального синдрома и тактика их лечения.

Ключевые слова: острый живот, псевдоабдоминальный синдром, дифференциальный диагноз, лечение.

УДК 616.381-002.1-07-08

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ ГОСТРОГО ЖИВОТА І ПСЕВДОАБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ І ТАКТИКА ЇХ ЛІКУВАННЯ

Дудченко М. А.

Резюме. Проведено диференційний діагноз у 100 хворих. Встановлено, що на догоспітальному етапі замість захворювань гострого живота у 12% хворих виявився псевдо абдомінальний синдром, який відносився до ІХС, хвороб сполучних тканин, ендокринних захворювань. Описана клініка захворювань гострим животом і псевдо абдомінальним синдромом і тактика їх лікування.

Ключові слова: гострий живіт, псевдо абдомінальний синдром, диференційний діагноз, лікування.

УДК 616.381-002.1-07.08

Differential Diagnosis of Acute Abdomen, Pseudoabdominal Syndrome and its Therapeutic Approach

Dudchenko M. A.

Summary. Differential diagnosis was held on 100 patients. The following were determined: pseudoabdominal syndrome was diagnosed instead of acute abdomen diseases at the pre-hospital stage in 12% of patients. In this case pseudoabdominal syndrome was related to CHD, connective-tissue diseases and endocrine diseases. The clinical course of acute abdomen, pseudoabdominal syndrome and its therapeutic approach were presented.

Key words: acute abdomen, pseudoabdominal syndrome, differential diagnosis, treatment.

Стаття надійшла 2.11.2012 р.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.