

ГЛАВА V. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

Боль в животе неабдоминального генеза проявляется псевдоперитонеальным синдромом острого живота, обусловленным рефлекторными воздействиями с органов, расположенных вне брюшной полости. Псевдоабдоминальный синдром тоже способен вызвать сильные боли в животе с признаками раздражения брюшины, в том числе при уремии, декомпенсированном кетоацидозе, расслоении аневризмы брюшного отдела аорты, заднебоковом инфаркте миокарда (Хоробрых Т.В., с. 264). Так, при расстройствах легочной, сердечно-сосудистой, нервной систем, болезнях крови, эндокринной системы и др. может отмечаться напряжение мышц живота, однако при этом признаки раздражения брюшины отсутствуют: резко выраженное напряжение мышц исчезает, а не усиливается при пальпаторной компрессии брюшной стенки. Преобладающими симптомами у пациентов с базальной пневмонией, плевритом, повреждением легких и ребер, гемотораксом, спонтанным пневмотораксом являются острое начало заболевания, озноб, лихорадка, усиление болей при дыхании, кашле, давлении на межреберные промежутки. Их физическое обследование выявляет яркий румянец на щеках, одышку, «раздувание» крыльев носа, ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы, шум трения плевры, притупление перкуторного звука (при пневмотораксе отмечают отсутствие дыхательных шумов, перкуторно-коробочный звук). Рентгенологическое исследование грудной клетки уточняет диагноз.

Инфаркт миокарда (особенно диафрагмальной поверхности сердца) может сопровождаться интенсивными болями в эпигастрии. В этом случае характерны тяжелое общее состояние пациентов, выражение страха на лице, цианоз губ, слабый, частый или аритмичный пульс, глухость тонов сердца, увеличение размеров

сердечной тупости. (Специфические изменения электрокардиограммы, УЗИ сердца, показателей аминотрансфераз и миоглобина свидетельствуют в пользу инфаркта миокарда.)

Клиническая симптоматика расслаивающейся аневризмы брюшной аорты зависит от того, насколько быстро наступает ее разрыв, каков размер дефекта стенки. Просачивание крови в забрюшинную клетчатку проявляется болевым синдромом, похожим на радикулярный. Сильнейшие боли иррадиируют в спину, вызывая корешковый синдром. В эпигастрии возникает внезапная боль, при этом живот не вздут, однако мышцы передней брюшной стенки напряжены, пальпаторно по средней линии живота или слева от нее определяют болезненное овальной формы эластическое опухолевидное пульсирующее образование, над которым выслушивают грубый систолический шум. Из-за отслоения интимы адвентиция не может долго противостоять внутриаортальному кровотоку, дефект стенки увеличивается, клиническая картина острой кровопотери (нарастающая тахикардия, анемия) прогрессирует и геморрагический шок (гипотония, олигурия) усугубляется (Хоробрых Т.В., с. 260–261). Диагноз подтверждают с помощью УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, рентгенографии брюшной полости, аортографии (если позволяет состояние пациента). При разрыве аневризмы в отдаленных местах живота определяют притупление, отмечают вздутие живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

При сердечной недостаточности абдоминальный болевой синдром обусловлен гепатомегалией, асцитом. Выраженные застой в легких, венозная гипертензия, отеки нижних конечностей, одышка, акроцианоз (лицо Корвизара) при отсутствии симптомов раздражения брюшины позволяют исключить распространенный перитонит (симптомы раздражения брюшины могут появиться значительно позже, при инфицировании асцитической жидкости — развитии асцита-перитонита). Боли в правом подреберье из-за застойной печени купируются мочегонными и сердечными средствами.

[Справка: лицо Корвизара — обрюзгшее лицо с сонным взглядом, акроцианозом на фоне бледно-желтой кожи, багровыми, резко выпяченными губами и постоянно открытым ртом, пациент

как бы ловит воздух; характерно для тяжелого хронического заболевания сердца].

Ревматоидный псевдоперитонит (встречающийся у 2–5% пациентов с ревматизмом) проявляется неопределенными болями в животе, рвотой, нарушением дефекации (задержкой стула и газов), повышенной температурой тела, лейкоцитозом, ускоренной скоростью оседания эритроцитов. Детальное физическое обследование (тщательный сбор анамнеза, выявление ревмокардита, полиартрита, полисерозита, подкожных узелков/кольцевой эритемы, хорей и других симптомов самостоятельного заболевания — ревматизма) позволяет исключить распространенный перитонит.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн–Геноха) чаще встречается у лиц молодого возраста, проявляется множественной полиморфной эритемой, отеками, артралгией. Для заболевания характерны геморрагические диатезы, множественные симметричные подкожные кровоизлияния на нижних конечностях и в слизистой всех отделов желудочно-кишечного тракта, что, несомненно, может проявляться меленой, кровавой рвотой, абдоминальным болевым синдромом, эритроцитурией и протеинурией. Иногда на фоне выраженной гипертермии отмечают вздутие, пальпаторную болезненность живота (при отсутствии мышечной защиты).

Болезни крови с нарушением свертываемости нередко осложняются кровоизлияниями в органы брюшной полости, брыжейку и забрюшинную клетчатку, что проявляется болевым абдоминальным синдромом, желудочно-кишечными расстройствами, напряжением мышц брюшной стенки. Спленомегалия и периспленит, возникающие вследствие гемолитических кризов, инфарктов и абсцессов селезенки, вызывают постоянные тупые боли в левом подреберье. Для инфаркта селезенки характерны резкие боли в левом подреберье, иррадиирующие в левую половину грудной клетки, надплечье, икота, тошнота, рвота, задержка дефекации, вздутие и резкая болезненность живота; возможны коллапс, гипертермия. Существенные признаки лейкоза (спленомегалия, выраженные лимфаденопатия, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево и др.) позволяют исключить распространенный перитонит в качестве основного заболевания. Для тромбоцитопенической пурпуры (болезни Верльгофа) характерны

разнообразные по величине, форме и цвету кровоизлияния на коже конечностей и туловища, маточные, носовые, почечные и желудочно-кишечные кровотечения, умеренная спленомегалия, увеличение длительности кровотечения, специфическая гематологическая картина. Характерные признаки гемофилии не позволяют усомниться в достоверности поставленного диагноза — мужской пол пациентов, наследственный генез заболевания, проявление его в раннем детстве, преобладающие кровоизлияния в крупные суставы, подвздошно-поясничные мышцы и подкожную клетчатку после незначительных травм (с резкими болями и последующей лихорадкой), замедление свертываемости крови. Было бы ошибкой заподозрить распространенный перитонит у пациентов с гемолитической анемией, для которой характерны выраженная спленомегалия, желтуха, билирубинемия (за счет непрямого билирубина), анемия, уробилинурия.

Болевой синдром (висцеральные боли) при почечной колике (при подвижной почке, мочекаменной болезни) нетрудно отличить от соматических болей при распространенном перитоните. Так, пациент с почечной коликой мечется, стонет, не находя себе места из-за острых болей, иррадиирующих в паховую область, половые органы, поясницу. Его беспокоят тошнота, рвота, учащенные позывы к мочеиспусканию, режущая боль в уретре. Физический осмотр пациента с почечной коликой выявляет вздутие мягкого живота, отсутствие симптомов раздражения брюшины, положительный симптом Ф.И. Пастернацкого. Анализ мочи обнаруживает свежие или выщелоченные эритроциты (при блоке мочеточника конкрементом этих изменений может и не быть). Поставить правильный диагноз помогает рентгенография брюшной полости, хромоцистоскопия, УЗИ почек, внутривенная урография и, что важно, хороший болеутоляющий эффект новокаиновой блокады семенного канатика или круглой маточной связки.

Острые пиелит и пиелонефрит проявляются внезапно: появляется потрясающий озноб, гипертермия до 39 °С, жажда, сухость во рту, тошнота, рвота. Позже появляются боли в поясничной области, кишечный метеоризм, дизурия, положительный симптом Ф.И. Пастернацкого (без симптомов раздражения брюшины). Моча мутная, содержит большое количество лейкоцитов, белка,

часто дает осадок (бактериологическое исследование выявляет кишечную палочку, стафилококки, стрептококки, протей и др.).

Наблюдающийся в терминальной стадии гломерулонефрита, пиелонефрита, поликистоза, артериосклероза, диабетического гломерулосклероза уремический синдром в ряде случаев проявляется выраженным абдоминальным болевым синдромом. Отмечают вздутие живота, пальпаторную болезненность передней брюшной стенки, признаки раздражения брюшины на фоне диспептических явлений (тошноты, рвоты, поноса). Специфическая клиническая картина заболевания обусловлена хронической интоксикацией, проявляющейся резким недомоганием, дневной сонливостью, бессонницей и беспокойством ночью, судорогами. Установлению правильного диагноза помогают проявления хронической уремии: запах мочевины изо рта, гиперазот/креатининемия, олигурия, гиперкальциемия, гипонатриемия, анемия.

Абдоминальный симптом можно наблюдать при заболеваниях и повреждениях нервной системы (при черепно-мозговой травме, опухолях мозга, энцефалитах, эпилепсии, повреждениях позвоночника и спинного мозга, острых миелитах, рассеянном склерозе, опоясывающем лишае и др.), однако при физическом осмотре таких пациентов не обнаруживается напряжение мышц брюшной стенки. Уточнить неврологический диагноз позволяют рентгенография позвоночника, черепа, эхография головного мозга, компьютерная томография, спинальная пункция.

Сахарный диабет в стадии декомпенсации у ряда пациентов может сопровождаться абдоминальным болевым синдромом (с сильными болями в животе, тошнотой, рвотой, напряжением и резкой болезненностью брюшной стенки при пальпации; иногда с симптомами раздражения брюшины). Появившиеся тахикардия, лейкоцитоз не способствуют постановке правильного диагноза. Напротив, предшествующие жажда, сухость во рту, отсутствие аппетита, дизурические явления вместе с возникшими запахом ацетона изо рта, глубоким шумным дыханием, адинамией, сонливостью, сухостью кожи, сниженным тургором глазных яблок и выявленными гипергликемией, глюкоз- и кетонурией заставляют предположить диабетическую кому.

При тяжелом тиреотоксикозе острые боли в животе могут сопровождаться рвотой и поносом. Диагностике диффузного токсического зоба помогает наличие синдромов поражения сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервной систем, глазные симптомы. Проявления абдоминального болевого синдрома исчезают в ходе проведения этиотропной консервативной терапии.

В ходе гиперкальциемического криза (как проявления гиперпаратиреоза, миеломной болезни, метастазов злокачественных опухолей в кости, надпочечниковой и почечной недостаточности и др.) возникает приступообразная боль в эпигастральной области, сопровождающаяся рвотой, жаждой, олигурией, лихорадкой. Нарушения центральной нервной системы (сонливость, апатия, головная боль, спутанность сознания, ступор или психомоторное возбуждение), подтвержденные экстренным определением уровней сывороточных кальция и фосфора, способствуют постановке истинного диагноза.

Клиническая картина гипокалиемии (возникающей при полиурии, рвоте, поносе, в ходе проведения перитонеального диализа) многогранна. Так, на фоне возникших апатии, парестезий, мышечной слабости, вялых параличей конечностей, снижения концентрационной функции почек развиваются атония желудочно-кишечного тракта, парез мочевого пузыря. Кроме того, гипокалиемия пагубно влияет на сократительную функцию миокарда, а критическое снижение калия в крови вообще грозит остановкой сердца. Возникший при этом паралитический илеус (проявляющийся тошнотой, рвотой, вздутием и болями в животе) следует расценивать как проявление гипокалиемии, а не как симптом острого диффузного перитонита.

Яркая клиническая картина пищевой токсикоинфекции — острое начало (гипертермия до 38–39 °С, головная боль, слабость, боли в подложечной области, тошнота, частая и обильная рвота, урчание и боли по всему животу, жидкий обильный водянистый стул с гнилостным запахом, признаки обезвоживания организма) не позволяет интернисту выставить диагноз перитонита. А отмечаемая в этих случаях пальпаторная болезненность живота при отсутствии симптомов раздражения брюшины не заставляет