



ЛЕКЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

И.С. МАЛКОВ

616.381-089

Казанская государственная медицинская академия

Заболевания, симулирующие острый живот

Малков Игорь Сергеевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии

420139, г. Казань ул. Р. Зорге, д. 101, кв. 113

тел.: 268-76-78, 8-917-396-89-64

Представлен материал по дифференциальной диагностике заболеваний, которые часто протекают с острыми болями в животе, но не требуют хирургических вмешательств. В лаконичной форме рассмотрены характерные отличия и общие признаки, даны практические рекомендации.

Ключевые слова: острый живот, клинические симптомы, дифференциальная диагностика.

I.S. MALKOV

Kazan State Medical Academy

Diseases simulating acute abdomen

The material for the differential diagnosis of diseases that often occur with acute abdominal pain, but do not require surgical intervention is presented. In concise form characteristic differences are considered, common features and practical recommendations are given.

Keywords: acute abdomen, clinical symptoms, differential diagnosis.

Практика показывает, что у большинства больных, обращающихся к терапевту, острые боли в животе вызваны не хирургической патологией и могут насчитывать более 30 различных причин. Конечно же, нет никакой необходимости удерживать в памяти симптомы, характерные для таких экзотических заболеваний, как болезнь Уиппла или пятнистая лихорадка скалистых гор. В большинстве случаев причиной острых болей в животе являются все же распространенные, но иногда атипично протекающие заболевания. Информация, которую врач получает от пациента в виде жалоб, характера болевого синдрома, симптомов, выявляемых при объективном обследовании, требует правильной интерпретации. Чтобы избежать диагностических ошибок, следует иметь четкое представление о причинах, которые могут симулировать острую хирургическую патологию. Их можно разделить на следующие группы:

I. Острые заболевания органов брюшной полости, не требующие хирургических вмешательств.

II. Заболевания, локализующиеся вне брюшной полости с иррадирующими болями.

III. Системные и прочие заболевания, течение которых может сопровождаться «неспецифической абдоминальной коликой».

К первой группе можно отнести заболевания:

I. Острый гастрит и гастроэнтерит

Больные, страдающие данной патологией, нередко направляются в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит», поскольку имеют некоторые общие признаки: неожиданное появление болей в подложечной области или по всему животу, иногда больше справа, наличие рвоты.

Отличительные признаки заболеваний

- Начало заболевания связано с погрешностью в диете.
- Рвота часто предшествует боли, которая локализуется в подложечной области, носит постоянный характер при гастрите и разлитая схваткообразная при гастроэнтерите. Отсутствие миграции боли в правые нижние отделы живота (симптом Волковича — Кохера при аппендиците).
- Жидкий стул с тенезмами при гастроэнтерите (при тазовом расположении аппендикса возможен жидкий стул, но без тенезмов).
- Интоксикация проявляется в начале заболевания (головная боль, слабость, лихорадка).
- При пальпации отсутствует симптом защитного мышечного напряжения (ЗМН).
- Эффективно введение спазмолитических средств.

Острый мезаденит — быстрое набухание лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки, особенно в области ее терминального отдела вследствие проникновения в них бактерий.

Общие признаки с острым аппендицитом

1. Внезапное появление острых болей в животе, главным образом около пупка, но иногда охватывающих и правую подвздошную область.

2. Тошнота, рвота.

3. Метеоризм.

4. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга.

Основные отличительные признаки

Различают неспецифические и специфические мезадениты. **Неспецифические** наблюдаются в основном в детском и юношеском возрасте на фоне или после перенесенных острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины. При этом отмечается сезонность — чаще в весенне-осенний период. К **специфическим** относят мезадениты чаще туберкулезной этиологии, которые протекают на фоне достаточно хорошо выраженной интоксикации. Обращают внимание на вялость больных, отсутствие аппетита, бледность, частые головные боли, субфебрилитет, повышенную утомляемость, ускоренное СОЭ. Имеет место несоответствие жалоб на сильные боли в животе с общим видом и поведением пациентов, которые остаются активными, частота пульса соответствует температуре. Причиной мезаденита может являться также иерсиниоз (инфицирование микроорганизмами *Yersinia enterocolitica* или *Yersinia pseudotuberculosis*).

Как правило, боли при мезаденитах кратковременные (2-3 часа), интенсивные, схваткообразного характера. Появляются они внезапно, обычно около пупка, но иногда охватывают и правую подвздошную область. При пальпации отмечается болезненность главным образом по косой линии, описанной А.Я. Штернбергом (1927), проходящей с левого подреберья через пупок в правую подвздошную область (по ходу корня брыжейки тонкой кишки), отсутствие симптома ЗМН. Одновременно с болью часто отмечается вздутие живота и повышение температуры тела до 38°C. Острое воспаление лимфатических узлов дистального отдела подвздошной кишки может сопровождаться диареей. В отличие от острого аппендицита не встречается характерной миграции боли (симптом Волковича — Кохера). При динамическом наблюдении отсутствует нарастание лейкоцитоза и частоты сердечных сокращений, свойственных деструктивным формам острого аппендицита. В сложных диагностических случаях, когда нельзя исключить острый аппендицит, выполняют лапароскопию.

Аллергическая кишечная колика. Реакция между антигеном и антителом у больных с атопической формой аллергии может локализоваться в слизистой желудка, тонкой или толстой кишки. Это может проявляться сильной схваткообразной болью в животе с секрецией серозной жидкости в брюшную полость. Если реакция развивается в слизистой толстой кишки, боль в животе может возникнуть через 1-2 суток после приема пищевого аллергена. Дифференцировать заболевание приходится в основном с острым аппендицитом.

Отличительные признаки

● В анамнезе — пищевая аллергия, полиноз.

● Боли носят схваткообразный характер.

● Часто одновременно с болью развиваются признаки анафилаксии: гипотония, обморок, тахикардия, крапивница, отек Квинке, одышка и др.

● Колика часто непродолжительная и заканчивается выделением кашицеобразного кала с примесью слизи на его поверх-

ности. В кусочках этой слизи под микроскопом обнаруживается много эозинофилов и кристаллов Шарко — Лейдена.

● Установить правильный диагноз нетрудно, если колика возникла не впервые и больной знает пищевые продукты или лекарственные вещества, вызывающие у него острую боль в животе.

● Эффективно введение антигистаминных препаратов.

Острый алкогольный гепатит (алкогольный стеатонекроз, токсический гепатит, острая печеночная недостаточность хронических алкоголиков). Алкогольный гепатит часто сочетается с жировой дистрофией печени, алкогольным фиброзом или циррозом. Развивается у 1/3 лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Фульминантный вариант острого алкогольного гепатита является наиболее тяжелым и отличается быстротой прогрессирования. Причинами возникновения болей в правом подреберье или эпигастральной области являются отек печени и натяжение капсулы Глиссона, часто сопровождающиеся желтухой, симптомом ЗМН, выраженным лейкоцитозом. Острое начало заболевания может напоминать острый холецистит, панкреатит, холангит, механическую желтуху.

Отличительные признаки

● Чаще развивается у мужчин в возрасте 30-40 лет на фоне длительного злоупотребления алкоголем.

● Отмечаются анорексия, похудание, слабость, диарея, тремор рук, век, языка, *facies alcoholica*.

● Характерно сочетание гепатомегалии, желтухи и лихорадки (ремиттирующей или постоянной).

● Нередко наличие печеночных знаков (телеангиоэктазий на коже, ладонная эритема), признаков портальной гипертензии («голова медузы», асцит).

● Боль имеет диффузный, а не локальный характер, поскольку болезненна вся печень.

● По данным УЗИ, стенка желчного пузыря, несмотря на его дилатацию, не утолщена, внепеченочные желчные протоки не расширены.

При выявлении перитонеальных симптомов, защитного мышечного напряжения, несмотря на присутствие отличительных признаков, не следует забывать о возможном их сочетании с закрытой травмой живота, которую больной скрывает, или другой острой хирургической патологией. В таких случаях разобраться с диагнозом поможет лапароскопия.

Дивертикулит. Клиническое значение заболевания определено М. Шайн (2003): «Острый дивертикулит можно представить себе как левосторонний аппендицит, который, однако, обычно излечивается без операции». Следует различать истинные и ложные дивертикулы. Истинный дивертикул образуется путем выпячивания всех слоев кишечной стенки и редко служит причиной острых болей в животе. Чаще всего он встречается в двенадцатиперстной и подвздошной кишке (дивертикул Меккеля). Дуоденальные дивертикулы, локализующиеся в фатеральной зоне, могут проявляться преходящей желтухой или панкреатитом. В Меккелевом дивертикуле, который образуется в результате неполной облитерации желточно-кишечного канала, может развиваться не только воспаление, но и язвенный процесс. Такие язвы возникают вследствие эктопирования слизистой оболочки желудка и нередко обостряются перфорацией и кровотечением. Ложные дивертикулы возникают на почве дегенеративных изменений стенки толстой кишки под воздействием повышенного внутрипросветного давления. При этом мышечный слой раздвигается и происходит выпячивание слизистой и серозной оболочек. Этому способствует особенность прохождения кровеносных сосудов, которые пронзают кишечную стенку со



стороны брыжеечного края. В основном такие дивертикулы локализуется в сигмовидной кишке, где чаще всего возникают сегментарные сокращения и никогда не образуются на стенке прямой кишки. Следует различать **дивертикулез**, являющийся случайной находкой при колоноскопии или ирригографии, и **дивертикулит**, для которого характерны острые боли в животе. Накопленный нами опыт показывает, что клинические проявления ложного дивертикулита часто диагностируются как *спастический колит*, *острый сигмоидит*.

При наличии долихосигмы петля кишки нередко перемещается в правую подвздошную область, тогда дивертикулит имитирует клинику острого аппендицита. В большинстве случаев острый дивертикулит успешно излечивается с помощью консервативных мероприятий. У 15-30% больных воспалительный процесс в дивертикуле прогрессирует, что способствует развитию абсцесса, перфорации, кишечного свища, острой кишечной непроходимости.

Отличительные признаки

- Ложный дивертикулит развивается в пожилом возрасте.
- Отсутствие симптома Волковича — Кохера.
- Острые боли локализуются чаще в левом нижнем квадранте живота, сопровождаясь лихорадкой и лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом формулы.
- Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области, где определяются спазмированная сигмовидная кишка либо инфильтрат.
- При колоноскопии удается визуализировать устье дивертикула либо сужение просвета сигмовидной кишки. Последнее может быть характерным и для колоректального рака.

Н.В. При подозрении на острый дивертикулит проведение колоноскопии достаточно рискованно в связи с высокой вероятностью перфорации дивертикула избыточной инсуффляцией.

Если в процессе динамического наблюдения больного с дивертикулитом выявляются признаки прогрессирования гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, следует выставить показания к экстренному хирургическому вмешательству.

Мезентериальная ишемия (син. брюшная жаба, *angina abdominalis*). Заболевание характеризуется схваткообразными болями в животе умеренной интенсивности, которые беспокоят больного в течение длительного времени. Разновидностью ограниченной мезентериальной ишемии является ишемический колит. При этом недостаточность кровообращения в 85% случаев наблюдается только в слизистой оболочке толстой кишки, локализуясь в ее селезеночном изгибе. Боли часто возникают после приема пищи. Во время усиления болей таких пациентов доставляют машиной скорой помощи в дежурную хирургическую клинику с диагнозами острого панкреатита, холецистита, аппендицита.

Отличительные признаки

- В анамнезе кардиальная патология, хроническая почечная недостаточность, неоднократные болевые приступы невыясненной этиологии.
- Боли носят разлитой характер, часто сопровождаются диареей и похуданием пациентов. Потеря веса связана с отказом от еды из-за страха возникновения болевого приступа.
- Интенсивность болей в животе не соответствует данным объективного обследования. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезнен в эпигастриальной области.
- Отсутствие перитонеальных симптомов и защитного мышечного напряжения.

● При аускультации живота выслушивается систолический шум в эпигастрии.

● Для подтверждения диагноза мезентериальной ишемии выполняется селективная ангиография.

● Диагноз ишемического колита устанавливают на основании данных колоноскопии.

● В сомнительных случаях выполняется лапароскопия, при которой удается обнаружить бледность стенки тонкой кишки.

II. Ко второй группе можно отнести следующую патологию:

1. Заболевания органов грудной полости (пневмония, инфаркт миокарда, острая правожелудочковая недостаточность).
2. Заболевания органов брюшинного пространства (почечная колика).

Пневмония. При базальной пневмонии вследствие распространения воспалительного процесса и раздражения межреберных нервов $T_{VI} — T_{XII}$ может появиться острая боль в животе, симптом ЗМН, рвота, метеоризм, что нередко имитирует перфоративную дуоденальную или желудочную язву, острый холецистит, аппендицит. Острая боль в животе наблюдается только в начале пневмонии (иногда ранее физических и рентгенологических признаков заболевания), что затрудняет ее диагностику. Такая пневмония может быть бактериальной, вирусной, долевой или мелкоочаговой.

Отличительные признаки

- Активное поведение больного. Боль не усиливается при изменении положения тела.
- Появление боли сопровождается лихорадкой, ознобом, одышкой, кашлем, гиперемией лица, нередко герпесом на губах.
- Ригидность мышц передней брюшной стенки отмечается только с одной стороны, занимая соответственно поражению легкого правую или левую половину.
- Непостоянство рефлекторной мышечной защиты, которая исчезает, если проводить осторожную пальпацию, отвлекая внимание больного. При этом удается безболезненно провести даже глубокую пальпацию (преодолимый «дефанс»).
- Отсутствие пареза кишечника (выслушиваются перистальтические шумы через каждые 4-5 секунд).
- Безболезненное ректальное исследование.
- Высокий лейкоцитоз в начале заболевания.
- Характерные признаки пневмонии на рентгенограмме.

Инфаркт миокарда. В 1910 г. В.П. Образцовым и П.Д. Стражеско описана абдоминальная форма инфаркта миокарда — *status gastralgicus*, которая сопровождается острой болью в эпигастрии, тошнотой, рвотой и метеоризмом. Встречается у 3-4% больных инфарктом миокарда при локализации его на задней стенке сердечной мышцы. Болевые импульсы, проходя через блуждающие нервы и симпатическую нервную систему, могут вызывать спазм или парез мускулатуры желудочно-кишечного тракта, различные микроциркуляторные нарушения. При этом образуются острые эрозии и язвы, которые быстро рубцуются. Выделяют также пищеводную форму инфаркта миокарда, когда доминируют явления дисфагии. Чаще всего заболевание приходится дифференцировать с острым панкреатитом, холециститом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Отличительные признаки

- Беспокойное поведение больных, которые меняют положение тела.
- Характерно чувство страха смерти, одышка, акроцианоз.

- В анамнезе кардиальная патология.
- Нарушение сердечного ритма, гипотония.
- Возникновение боли часто связано с физической нагрузкой или эмоциональным напряжением.
- Боль носит волнообразный характер, распространяется за грудину, иррадирует в левое надплечье и не сопровождается многократной рвотой.
- Редко обнаруживаются болезненность при пальпации живота, перитонеальные симптомы и ригидность мышц брюшной стенки.
- Уменьшение боли при глубокой пальпации эпигастрия — характерно для инфаркта миокарда, усиление боли — для острого панкреатита (симптом Джанелидзе).
- Интактный желчный пузырь и неувеличенная в размерах поджелудочная железа при ультразвуковом исследовании.
- Характерные изменения на ЭКГ, повышение активности в крови так называемых сердечных ферментов.

Острая правожелудочковая недостаточность. Резкая боль в правом подреберье может наблюдаться у пациентов с митральным стенозом, осложнившимся мерцательной аритмией или пароксизмальной тахикардией. Боль возникает вследствие быстрого увеличения размеров печени и растяжения глоссоновой капсулы, симулируя приступ острого холецистита.

Отличительные признаки

- В анамнезе митральный порок сердца.
- Возникновение боли не связано с погрешностью в диете.
- При пальпации живот мягкий, одинаково болезненны и увеличены как правая, так и левая доли печени.
- Отсутствие иррадиации боли, перитонеальных симптомов и защитного мышечного напряжения брюшной стенки.
- При нормальной температуре тела выраженная тахикардия.
- Симптомы, характерные для правожелудочковой недостаточности: одышка, цианоз губ, покраснение щек, вздутие яремных вен, застойные хрипы в легких.
- На УЗИ определяется интактный желчный пузырь.
- На ЭКГ признаки мерцательной аритмии и гипертрофия правых отделов сердца.
- Внутривенное введение препаратов дигитоксина приводит к уменьшению тахикардии, одышки и боли в животе.

Среди заболеваний органов забрюшинного пространства, которые могут протекать под маской «острого живота», патология почек и верхних мочевых путей, проявляющаяся симптомокомплексом под названием **почечная колика**. Наиболее часто причиной ее возникновения является мочекаменная болезнь. Однако почечная колика может быть следствием дискинезии верхних мочевых путей, **herpes progeneralis в мочеточниках**, нефроптоза, новообразований почек. Она проявляется не только мучительными болями, но и таит в себе возможное развитие тяжелых осложнений. При возникновении острой окклюзии верхних мочевых путей вследствие повышения внутрилоханочного давления происходит выраженное нарушение почечной урогемодинамики. Наибольшие диагностические трудности возникают при локализации конкремента в средней трети мочеточника. В таких случаях почечную колику приходится часто дифференцировать с острым аппендицитом. Так, более 30% больных, поступающих в хирургический стационар по поводу обострения мочекаменной болезни, имеют рубец после аппендэктомии. Вместе с тем нужно иметь в виду, что у пациентов, страдающих заболеванием почек и мочеточников, может возникнуть и приступ острого аппендицита. Предпосылкой для

диагностических ошибок является топографическая близость правого мочеточника и червеобразного отростка.

Отличительные признаки

- Начало заболевания связано с физической работой, ездой на транспорте, переохлаждением.
- Боли носят очень интенсивный характер, что обуславливает беспокойное поведение больного.
- Отсутствие миграции боли (симптом Волковича — Кохера).
- В зависимости от локализации окклюзии мочевых путей определяется характерная иррадиация боли (в поясницу, подреберье, пупок, переднюю поверхность бедра, надлобковую область, мошонку, половые губы).
- Боль и рвота возникают почти одновременно.
- Дизурия, микро- или макрогематурия.
- При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу мочеточника.
- Положительные симптомы Пастернацкого, Лорина — Эпштейна.
- Если присоединяется пиелонефрит, то характерно преобладание общих симптомов (лихорадка, озноб, общая слабость, головная боль) над местными (боли в животе), воспалительные изменения в моче.
- На УЗИ — пиелокаликоектазия, визуализация конкрементов в верхних мочевыводящих путях.
- При сомнении в диагнозе производится хромоцистоскопия.

Н.В. Считается, что микрогематурия, реже макрогематурия, является важным диагностическим признаком почечной колики и позволяет дифференцировать ее с острым аппендицитом. Ю.А. Пытель (1985) подчеркивал, что на высоте почечной колики моча чаще всего оказывается нормальной, поскольку фактически ее исследуют при поступлении в мочевой пузырь из здоровой почки. После того как произошла реокклюзия и почечная колика купирована, в осадке мочи появляются свежие эритроциты.

Таким образом, если гематурия появляется после почечной колики, приступ наиболее вероятно обусловлен мочекаменной болезнью. Если наоборот, то это говорит об окклюзии верхних мочевых путей сгустками крови, что может быть вызвано опухолевым процессом в почке.

III. Третья группа включает многочисленные системные, эндокринные и прочие заболевания, протекающие с острыми абдоминальными болями, которые достаточно сложно систематизировать. Рассмотрим некоторые из них.

Ревматизм. Впервые сведения о болях в животе при ревматизме сообщил Генох в 1895 году. Абдоминальные проявления ревматизма связаны с развитием полисерозита, распространяющегося не только на суставы, но и на париетальную брюшину. При этом в брюшной полости образуется прозрачный экссудат с последующим образованием спаек. Кроме брюшины, могут поражаться плевра и перикард. Интенсивный характер болей, локализованных в правой подвздошной области, тошнота, рвота и нередко выраженная мышечная защита могут затруднить диагностику ревматической атаки и симулировать острый аппендицит.

Отличительные признаки

- Чаще болеют дети.
- Артралгия в большинстве случаев предшествует абдоминальной симптоматике.
- Если боли в животе предшествовали артралгии, то наблюдается их исчезновение при возникновении последней.

- Боли носят волнообразный характер с периодами затишья.

- Мигрирующие перитонеальные явления, сопровождающиеся лихорадкой.

Поскольку ревматический процесс поражает париетальную брюшину, то поверхностная пальпация будет резко болезненна уже в самом начале заболевания.

Характерно отсутствие разницы в болевых ощущениях при поверхностной и глубокой пальпации.

На ЭКГ отмечаются изменения со стороны миокарда, в анализах крови — ускоренное СОЭ, положительные ревматические пробы.

Диабет. Обострение сахарного диабета, сопровождающееся кетоацидозом, может проявляться болями в области живота, перитонеальными явлениями, рвотой. При этом больной впадает в прекоматозное состояние. Полагают, что абдоминальная боль и перитонеальные симптомы (диабетический перитонизм) возникают вследствие нарастающей дегидратации брюшины и мелкоточечных кровоизлияний. Нередко такие пациенты поступают в хирургические отделения с диагнозами острого аппендицита, холецистита, панкреатита, острой кишечной непроходимости, перитонита неясной этиологии.

Отличительные признаки

- Острый диабетический живот всегда развивается постепенно.

- Характерны заторможенность больного, одышка с глубоким затрудненным дыханием. На высоте выдоха отмечается расслабление мышц живота.

- Из рта запах ацетона. Рвотные массы также имеют характерный кислый плодовой запах.

- При лабораторном исследовании наблюдается высокий уровень гликемии, наличие в моче глюкозы и кетоновых тел.

- Исчезновение болей в животе после корригирующей терапии диабетического кетоацидоза и выведения больного из прекоматозного состояния.

Н.В. Иногда к обострению сахарного диабета может привести острый воспалительный процесс в брюшной полости или забрюшинном пространстве, который быстро прогрессирует, поздно распознается и часто сопровождается тяжелыми осложнениями.

Для правильной диагностики важно учитывать особенности возникновения боли. Она появляется при истинном «остром животе» у диабетика внезапно среди полного здоровья (компенсация диабета), в отличие от псевдоабдоминального синдрома у больного с кетоацидозом, когда болевая реакция развивается постепенно.

Тиреотоксикоз

Острая боль в животе, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, тошнота и рвота нередко отмечаются при тяжелых формах тиреотоксикоза (базедовический криз). Такая симптоматика развивается в основном после хирургических вмешательств на щитовидной железе, значительно реже при скрытом течении тиреотоксикоза. Для постановки правильного диагноза необходимо очень тщательно собирать анамнез и выявлять симптомы, отличающие данную патологию от острого хирургического заболевания (острый панкреатит, холецистит, аппендицит).

Отличительные особенности

- Высокая психическая возбудимость больного, судороги, диарея, гипертермия, сопровождающаяся обильным ночным потоотделением.

- Тахикардия до 140-160 уд. в мин., аритмия, гипотония.

- Боли в животе не локализованные.

- Усиленная перистальтика кишечника.

- Симптом защитного мышечного напряжения носит рефлексорный характер (преодолимый «дефанс»).

- Под влиянием антигипертензивной терапии вегето-сосудистые нарушения и желудочно-кишечные расстройства, носящие функциональный характер, проходят.

Опоясывающий лишай (Herpes Zoster). При вирусном поражении нервных корешков D_x — D_{x11}, участвующих в иннервации передней брюшной стенки могут появиться резкие боли в животе (часто в правой подвздошной области), заставляя думать об остром аппендиците.

Отличительные особенности

- Боли жгучего характера, распространяющиеся со спины по направлению к передней брюшной стенке, не пересекая ее среднюю линию.

- Отсутствие аппендикулярных и перитонеальных симптомов.

- Характерные мелкоточечные высыпания (пузырьки) на коже, располагающиеся полосой в соответствующем сегменте, иннервируемым пораженным нервным корешком.

Н.В. Боли в животе обычно возникают за 2-4 дня до появления экзантемы, что усложняет диагностику в начале заболевания. Важным в этом случае является правильная интерпретация болевого синдрома.

Синдром отмены при употреблении наркотиков (наркотическая «ломка»). Перерыв в регулярном приеме наркотика часто сопровождается рвотой, интенсивными схваткообразными болями в животе, метеоризмом. Затруднения в установлении правильного диагноза могут быть связаны с психологическими особенностями таких пациентов, которые в надежде получить инъекцию наркотического анальгетика от медицинского персонала нередко искусно аггравировать симптомы «острого живота». Принимая во внимание распространенность наркозависимости среди населения, необходимо представлять основные особенности таких состояний.

Отличительные особенности

- Боли в животе сопровождаются бледностью кожных покровов, выраженной потливостью, расширением зрачков, повышенной возбудимостью.

- Жалобы на судороги в икроножных мышцах и мышечные подергивания.

- Следы от инъекций в проекции подкожных вен.

- В заключение хотелось отметить, что представленный материал не претендует на исчерпывающую информацию по дифференциальной диагностике всех заболеваний, протекающих с симптомами «острого живота». Были рассмотрены лишь наиболее часто встречающиеся во врачебной практике ситуации, которые могут помочь в установлении правильного диагноза. Однако когда имеются сомнения, решающее слово в исключении острой хирургической патологии всегда должно оставаться за хирургом.