
Проф. В. О. Морзон.

„ОСТРЫЙ ЖИВОТ“.

Из факт. Хирург. Клиники Витебского Медицинского института.

(Директор—проф. В. О. Морзон).

Вопрос об „остром животе“ является далеко не разработанным во всей широте. Методика дифференциальной диагностики не уточнена. А ведь за диагнозом „острый живот“ должна следовать операция. Несмотря на это, точно не установлена группа заболеваний, входящих в сборное понятие „острый живот“.

В практической работе мы часто встречались с ошибками, как, напр., операция под общим наркозом по поводу острого живота, а на деле никакого острого живота. На секционном столе—крупозное воспаление легких.

Вследствие этого следует подумать о методике дифференциальной диагностики заболеваний, входящих в понятие „острый живот“.

Прежде всего в каждом данном случае нужно иметь в виду, что нередко органы грудной полости и расположенные внебрюшинно, вызывают ощущение настолько сильных болей в полости живота, что имитируют „острый живот“. К таким заболеваниям относятся: плеврит, пневмония, диафрагматит, грудная жаба, табетические кризы, ущемление яичка, перекручивание семенного канатика. В 1918 г. я был приглашен к одному больному, у которого несколькими врачами был поставлен диагноз острого аппендицита; через день выявился ясно правосторонний выпотной плеврит, а все аппендикулярные явления исчезли. В другом случае врач просил решить вопрос об оперировании больного по поводу острого живота. Через несколько часов смерть от *antrae rectoris*. Если мы будем помнить об этой группе заболеваний, то избежим пагубных для больных ошибок.

Для исключения этой группы заболеваний следует пользоваться симптомом Геймановича, рекомендованным как симптомом патогномичным для диафрагматита.

Вторую группу заболеваний, имитирующих „острый живот“ составляют коликообразные боли, бывающие при спазматическом сокращении кишок неврогенного характера, при *rigor abdominalis*, *luxatio renalis*, почечной и печеночной колике. При заболеваниях этой группы положительным является симптом Геймановича и отрицательным—симптом Блюмберга. Кроме этого, понятно, нужно считаться со всеми симптомами каждого из указанных заболеваний. Так, для *rigor abdominalis* характерным является наличие розеолезной сыпи.

Третью группу составляют заболевания собственно „острого живота“, протекающие при явлениях перитонизма или перитонита. Сю-

да входят: перитонит, перитифлит, сальпингоофорит острый, сопровождающийся перитонитом, острый и перфоративный аппендицит, перфоративная язва желудка и 12-ти перстной кишки, гастрит, язвы, острый лимфаденит забрюшинных желез с мезентериитом, панкреатит, острый холецистит с перихолециститом, дивертикулит, тромбоз и эмболия мезентериальных артерий, внематочная беременность, перекрученная киста, кровоизлияние в ткань яичника с разрывом его (арроlexia ovarii).

Для этой группы заболеваний характерным является; положительный симптом Блюмберга, для многих повышенный лейкоцитоз, для некоторых ускоренное РОЭ и другие симптомы, характерные для каждого заболевания в отдельности. Так, при внематочной беременности следует обращать внимание на запоздалые месячные (не всегда), выделение шоколадного цвета крови из вагины (не абсолютно всегда), схваткообразные, периодические боли внизу живота, обмороки, неодинаковая сила пульсации маточных артерий, а иногда хруст сгустков в заднем дугласе при бимануальном исследовании и наличии быстро образовавшегося сгустка.

При решении вопроса о перфоративном аппендиците и язве играют огромную роль анамнестические данные. Кроме того, при перфоративной язве имеется дискообразная одеревенелая стенка живота. При эмболии мезентериальной артерии—наличие порока сердца.

Переходим к 4-й группе «Илеус».

Илеус бывает динамический и механический.

Динамический—спастического и паралитического порядка. Спастический илеус характеризуется спастически сокращенными петлями кишок, сильными периодическими болями, эозинофилией, симптомами Бехтерева, Хвостека, Труссо, редким пульсом; следует дифференцировать с заболеваниями группы обтураций.

Паралитический илеус характеризуется отсутствием перистальтики и раздутых, видимых на глаз петлях кишок; если паралитический илеус является в результате перитонита, тогда петли кишок не видны, а имеется общее вздутие живота.

Механический илеус разделяется на обтурационный и странгуляционный. К обтурационным илеусам относится копростаз, закупорка кишок опухолью, глистами, ущемление во внутренних грыжевых воротах, в спайках, небольшие инвагинации без нарушения брюжеечного кровообращения.

Общими характерными симптомами для данной группы обтурационного илеуса являются нормальная T° , отсутствие лейкоцитоза, Блюмберг—отрицателен и, что особенно важно—периодическое появление болей при сокращении кишок (Darmsteifung), когда видны петли кишок до места препятствия.

У каждого из этих заболеваний имеется особая характерная картина болезни. Так, если при явлениях илеуса имеется перистальтика, сопровождающаяся сильными болями и доходящая до определенного места, а при пальпации у этого места констатируется плотное тело, мы имеем основание предполагать: копростаз, инвагинацию, закупорку опухолью. Дифференцировать можно следующим образом: при копростазе от давления на плотное тело пальцем остается ямка не выравнивающаяся; при опухоли—ямки от давления не бывает; при инвагинации вдавление будет выравниваться немедленно. При глистах имеется ощущение твердой бревенчатой опухоли, образующаяся при настойчивом давлении ямка не имеет округлой

формы и не выравнивается; при закупорке кишечника глистами бывают очень сильные боли, не поддающиеся действию морфия, как при узловом завороте, панкреатите. При всех этих заболеваниях бывает частый позыв на поз, выделение слизи и нередко — кала с кровью.

При остальных видах обтурационного илеуса опухоли не бывает при наличии во всем остальном сходной картины с описанной. Неотхождение газов, отсутствие стула, рвота не являются решающими моментами. При всем этом никогда не следует забывать исследовать прямую кишку, где мы можем натолкнуться на инвагинированную петлю кишки.

Вторую подгруппу илеуса составляет странгуляционный илеус, к которому относится заворот толстых кишок (соеci, transversi, S. Comans), заворот тонких кишок, инвагинация с нарушением кровообращения, узловый заворот, ущемление в спайках, в дивертикуле Меккеля, в апендиксе с нарушением брыжеечного кровообращения.

Для этой группы характерно: сильное вздутие живота с высоким тимпанитом и отсутствие перистальтики кишок. При завороте толстых кишок не сильные боли; не видны петли кишок, так как одна петля, раздутая, как автомобильная шина, занимает всю полость живота; высокий тимпанит, симптом Wal'a положительный, симптом Склера через 2—3 дня становится положительным. При завороте S. Comans, кроме того, не входит клизмальная вода в прямую кишку в большом количестве. При завороте тонких кишок, вследствие анатомических особенностей основания брыжейки, а отсюда — расположения петель кишок, видны три поперечных гряды перистальтирующих кишок в противоположность трем грядкам сильно перистальтирующих кишок. При этом имеется препятствие без заворота у места перехода тонких кишок в толстые. Симптом Wal'a и симптом Склера положительны. При остальных заболеваниях этой группы картина в общем та же, что и при обтурационной форме илеуса, но только более тяжелая, сопровождающаяся явлениями шока в большей или меньшей степени.

Рвота, неотхождение газов, отсутствие стула, решающего значения им нельзя отвести. К 4-й группе относятся заворот желудка, узловый заворот кишок и артерио-мезентеральная непроходимость 12 перстной кишки.

Заворот желудка сопровождается быстро наступающим изменением со стороны вегетативной нервной системы, в частности симпатической нервной системы, а отсюда триада Ногге'a.

Узловой заворот характеризуется очень сильными болями с явлениями тяжелого шока.

В заключение я должен сказать, что вся эта работа является результатом более тысячи проведенных мною случаев острого живота. Следует указать, что правильная постановка диагноза зависит от времени начала заболевания до поступления в больницу, от тех наслоений, которыми сопровождается данное основное заболевание.

Не перечисляя многих случаев, приводим выдержку из одной истории болезни.

В 1927 году в больницу был доставлен больной Л. с явлениями быстро нарастающего перитонита. Вечером он поднял нос с сеном, после чего у него заболел сильно живот. Рвота, неотхождение

газом, сильные боли, живот сильно вздут, петли кишек не видны.
Т° 38,6, по всему животу тупость, п. 130.

Диагноз: перфоративный перитонит.

Диагноз *sub operatioue*: заворот тонких кишек, разрыв петли верхней мезентеральной артерии (весь живот наполнен кровью).

Следуя изложенной выше методике исследования, нам удалось избежать в нашей работе многих печальных ошибок.
