

Псевдоабдомінальний синдром у практиці лікаря загальної практики - сімейної медицини

Л.С. Бабінець, Б.О. Мігенько, Н.І. Корильчук, Н.Є. Боцюк, Л.М. Мігенько, Є.М. Стародуб, О.Р. Ясній
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Окрему групу захворювань, що супроводжуються вираженим больовим синдромом, становлять хвороби органів поза межами черевної порожнини, які формують симптомокомплекс, схожий на «гострий живіт» – псевдоабдомінальний синдром (ПАС). У статті наведено перелік основних патологій, які клінічно імітують гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, однак на відміну від захворювань, що становлять синдром «гострого живота», при ПАС не потрібно термінового операційного втручання.

Ключові слова: псевдоабдомінальний синдром, діагностика, причини.

Нехірургічними причинами «гострого живота» або більш правильно «несправжнього гострого живота» можуть бути:

1. Захворювання серцево-судинної системи (інфаркт міокарда).
2. Захворювання травної системи (гепатит, гастрит).
3. Захворювання сечостатевої системи (інфекція сечовідних шляхів, сечокам'яна хвороба).
4. Захворювання з боку нервової системи (епілепсія, істерія, спинна сухотка тощо).
5. Ендокринні захворювання (цукровий діабет).
6. Порушення обміну речовин (уремія).
7. Інфекційні захворювання (оперізуючий лишай).
8. Гінекологічні причини (позаматкова вагітність, що супроводжується розривом маткових труб, кіста яєчника, овуляторна біль, ендометріоз, сальпінгіт).

Оскільки основним симптомом псевдоабдомінального синдрому (ПАС) є біль, то й основним діагностичним прийомом для з'ясування його причин є метод диференціальної діагностики. Програма дослідження формується залежно від симптомів, що входять у конкретний синдром. В якості основного симптому ПАС, крім болю, можуть бути: наростаюча анемія, падіння артеріального тиску, підвищення температури тіла, стійкий закріп, блювання, пронос, зміна сечового осаду, жовтяниця, зміни в біохімічному спектрі крові.

Так, гострий біль у животі й лихоманка можуть бути при гострій пневмонії, базальному плевриті, гострому перикардиті, ревматичному кардиті, тиреотоксичному кризу, періодичній хворобі, панікуліті (хвороба Вебера-Крисчена) шкірно-вісцеральному, вісцеральному, абдомінальному варіантах), гострому мезаденіті, пієлонефриті, оперізуючому лишая, геморагічному васкуліті і запальних захворюваннях органів черевної порожнини. Гострий біль у животі і падіння артеріального тиску спостерігаються при гострому інфаркті міокарда, розширюючій аневризмі черевного відділу аорти, гострій наднирковій недостатності, при порушеній трубній вагітності.

У практиці сімейного лікаря нерідко зустрічається ситуація, коли у хворих із стенокардією, інфарктом міокарда, плевропневмонією розвивається симптомокомплекс, що нагадує гостру патологію органів черевної порожнини. Різні захворювання серця, легень і плеври у 8–9% випадків супроводжуються болем у животі, нудотою, блюванням, порушенням випорожнення. Помилкова інтерпретація отриманих симптомів може привести до діагностичних і тактичних помилок, іноді

з трагічними наслідками, позаяк для даної категорії хворих оперативне втручання або неадекватне лікування не тільки протипоказано, але і небезпечно для життя.

Захворювання органів грудної порожнини найчастіше симулюють гострий живіт, а гострі хірургічні захворювання живота рідше викликають кардіопульмональні симптоми. Це пояснюється тим, що збудження нервовими волокнами легше передається від центру до периферії, ніж у зворотному напрямі. Крім того, має значення і тип іннервації: при розсіяному типі вірогідність вісцero-вісцеральних рефлексів значно вища, ніж при магістральному. Отже, з метою підвищення ефективності диференційованої діагностики гострої хірургічної патології і патології серця та органів дихання слід враховувати іннервацію і анатомо-фізіологічні особливості.

Під час диференціальної діагностики захворювань органів грудної клітки та живота потрібно звертати увагу на такі моменти: при захворюваннях легень порушено дихання з елементами дихальної недостатності (задишка, ціаноз, утруднення дихання, «гра крил носа»).

Під час фізикального дослідження визначають відповідні зміни в легенях (існує різниця у характері м'язового захисту при істинному і «несправжньому гострому животі»):

- глибока пальпація при «несправжньому гострому животі» менш болюча, ніж при істинному;
- обличчя у хворих пневмонією гіперемійоване, з ціанотичним відтінком, а при гострій патології органів черевної порожнини воно частіше бліде;
- при істинному «гострому животі» температура переважно нормальна або субфебрильна, а при плевропневмоніях завжди швидко підвищується і дуже часто супроводжується ознобом, задишкою, почастішанням дихання, болем у відповідній частині грудної клітки при диханні;
- зона помірної шкірної гіперестезії при хірургічних захворюваннях живота визначається відповідно до проекції хворого органа, при торакальному синдромі шкірна гіперестезія займає велику площу нижньої частини грудей, що відповідає іннервації міжреберним нервам частини живота.

Однією з диференціально-діагностичних ознак є порівняння ректальної температури з підпахвинною ділянкою. При хірургічній патології ректальна температура буде на 1,5–2 °С вище, ніж у підпахвинній ділянці. При плевропневмоніях цей феномен відсутній. Пульс при плевропневмоніях зазвичай йде за температурою, при гострій хірургічній патології спостерігається невідповідність температури частоти пульсу («ножиці»), тобто при нормальній субфебрильній температурі тіла можлива тахікардія. Необхідно пам'ятати, що в перші години у разі плевропневмонії аускультативні і рентгенологічні ознаки, що підтверджують це захворювання, можуть бути відсутніми.

Інфаркт міокарда (ІМ). Найчастіше труднощі виникають при так званій абдомінальній формі ІМ, внаслідок чого такі хворі направляються в хірургічні стаціонари з помилковими діагнозами – перфоративна виразка шлунка, гострий холецистит, панкреатит та ін.

Під час обстеження хворих, тяжкість стану у яких не відповідає виявленим симптомам, треба звернути увагу на вік,

раніше перенесені серцево-судинні захворювання та виконати ЕКГ дослідження. ІМ супроводжується порушеннями діяльності серцево-судинної системи – тахікардією, гіпотонією, а у важких випадках розвивається колаптоїдний стан. Хворі неспокійні, часто змінюють положення, виражені задишка і ціаноз. У результаті наростаючої серцево-судинної недостатності можуть виникнути застійні явища в органах черевної порожнини, які супроводжуються гикавкою, відрижкою, блюванням, нагадуючи клінічну картину гострої кишкової непрохідності. Водночас напруження м'язів передньої черевної стінки не виражене, відсутні симптоми подразнення очеревини.

На думку багатьох авторів, при ІМ можливий генералізований спазм судин, тому за такої умови спазм судин одного з органів черевної порожнини може супроводжуватися болем у животі. Такий атипичний перебіг ІМ спостерігається у людей, які мають одне із хронічних захворювань органів черевної порожнини. Гастралгічні (абдомінальні) форми ІМ спостерігаються приблизно у 3–4% хворих цієї групи переважно при ураженні задньої стінки серця.

Стенокардія – характеризується наявністю заградного болю, що іррадіює в ліву руку, почастішанням пульсу, підвищенням артеріального тиску (АТ) порівняно з низьким пульсовим тиском, виникає аритмія. Встановленню діагнозу допомагає правильно зібраний анамнез (наявність подібних нападів болю в минулому), передування болю переданням – розтягнутий шлунок створює механічні утруднення роботи серця, провокуючи стенокардію, стрес.

Харчова інтоксикація – виникає під час споживання їжі, інфікованою різними мікробами, грибами, або яка містить шкідливі хімічні сполуки, отруйні рослини та ін. На відміну від гострих хірургічних захворювань харчові токсикоінфекції перебігають з вираженою інтоксикацією організму і гострим гастроентеритом.

Харчова інтоксикація має наступні ознаки:

- захворювання починається блюванням і сильним колькоподібним болем у животі, що супроводжується проносом; кал нагадує рисовий відвар, містить слиз і кров;
- при важкому токсикозі швидко розвиваються загальні функціональні порушення;
- різка загальна слабкість, головний біль, гіповолемія з падінням серцево-судинної діяльності.
- шкірні покриви ціанотичні, можливі судоми, порушені функції нирок і печінки;
- захворювання перебігає зазвичай з підвищенням температури, живіт м'який, симптоми роздратування очеревини відсутні.

Отруєння свинцем – свинцеві кольки, що пов'язані з виробництвом, сьогодні зустрічаються рідко, проте про них треба пам'ятати, враховуючи характер роботи хворих (зв'язок на виробництві зі свинцем). Потрапляючи в організм, свинець відкладається в печінку, а потім депонується в кістках. Свинцева колька є одним із тяжких синдромів хронічного отруєння.

У результаті споживання продуктів, що містять свинець, у хворих:

- спочатку з'являється біль у животі ниючого характеру, а потім – сильний переймоподібний біль в животі, що супроводжується нерідко нудотою і блюванням, закрепами і олігурією;
- живіт втягнутий, при пальпації визначається розлита хворобливість;
- при натисканні на живіт відзначається зменшення болючисті;
- АТ підвищується до 200 мм рт.ст. і вище, нерідко відзначається уповільнення пульсу;
- шкірні покриви землистого кольору, уздовж країв ясен і зубів з'являється лідуватоб-сіра смужка – свинцева облямівка;
- температура тіла субфебрильна;

– при рентгеноскопіїчних дослідженнях під час нападу свинцевої кольки встановлюється наявність спазму, що чергується з атонією кишкових петель;

- за аналізом крові визначаються анемія, ретикулоцитоз;
- за аналізом сечі визначаються порфірурія і підвищена кількість свинцю.

Аневризма аорти, що розширюється – клінічна картина проявляється сильним, несподіваним виникнення болю в грудях, спині, епігастральній ділянці. Хворий збуджений, іноді знаходиться в стані прострації. Виникає страх близької смерті. Обличчя покрите потом, виражений ціаноз, іноді спостерігаються блювання, спрага. Біль віддає в хребет, нижні кінцівки і поширюється в низ живота у міру розширювання аорти. Біль настільки виражений, що не знімається введенням наркотиків. При цьому симптоми подразнення очеревини відсутні, метеоризм і напруження м'язів виражені незначно. Живіт при пальпації м'який. Іноді вдається визначити нерухоме, пульсуюче, помірно болюче, розташоване по ходу аорти утворення. Пульсація на стегнових артеріях ослаблена або зовсім не визначається. Перехід процесу розширювання на судини шлунка і кишечника супроводжується кривавим блюванням або кривавим випороженням, а при переході на ниркові судини можлива гематурія. При аускультатії утвору в черевній порожнині визначається систолічний шум. На якомусь етапі розширювання аневризми аорти можливе тимчасове поліпшення загального стану хворого. Біль може залишатися такої самої інтенсивності, але пульс стає повніше і рідше, явища колапсу зменшуються. Створюється враження, що хворий виходить з тяжкого стану. Після світлого проміжку через деякий час настає різке погіршення загального стану хворого у результаті розриву аневризми, і він помирає.

Вузликотий періартерійт (хвороба Куссмауля–Майєра) – це загальне захворювання, що системно вражає дрібні артерії і артеріоли. Перебіг захворювання – злоякісний зі швидко наростаючими ускладненнями і розвитком поліорганної недостатності. Помилково виконанні операції погіршують перебіг захворювання. Абдомінальний синдром при хворобі Куссмауля–Майєра пов'язаний з ураженням дрібних артерій органів черевної порожнини. У результаті порушення кровопостачання виникають крововиливи. Виразково-некротичні зміни у стінці кишок можуть ускладнюватися перфорацією в черевну порожнину або кровотечею у просвіт ТТ. Захворювання починається гострим болем у животі з високою температурою, лейкоцитозом і може супроводжуватися головним болем, кропив'янкою, ангіоневротичними набряками. Діагноз встановлюється на підставі наявності типових симптомів захворювання (лихоманка, виснаження, анемія та ін.). На початкових стадіях захворювання визначити важко, можливо тільки на підставі гістологічного дослідження ділянки артерії.

Ревматичний перитоніт – ураження очеревини – спостерігається приблизно в 11% хворих на ревматизм. Переважно вражаються верхній відділ черевної порожнини, ділянки печінки і селезінки. Абдомінальні прояви йдуть за поліартритичною стадією, а в деяких випадках можуть бути первинним проявом ревматизму. Ревматичний перитоніт виникає зазвичай при суглобових атаках і проявляється переймоподібним болем у животі. Нерідко відзначаються повторне блювання, затримка випороження і газів. Живіт дещо роздутий, при пальпації відзначаються слабо виражена ригідність м'язів і помірна болючість. Відсутня різниця в ступені болю при глибокій і поверхневій пальпації живота. Напади болю в животі при ревматизмі тривають від декількох годин до декількох днів з періодичними ремісіями. При ревматичному перитоніті нечітко виражений симптом Щоткіна, що у низці випадків є джерелом помилок.

Істотну роль у діагностиці відіграє ШОЕ, яка при ревматичному перитоніті буде значно прискорена, а при хірургіч-

ній патології зазвичай не змінюється. При диференціальній діагностиці необхідно враховувати дані анамнезу. Має значення наявність напередодні простудного чинника, а на момент огляду – гіперемія зівів. При ревматизмі пульс відповідає температурі, а в окремих випадках навіть уповільнений.

Дисменоррея у молодих дівчат у деяких випадків може бути причиною несправжнього гострого живота. Іноді перед черговою появою менструації несподівано виникає різкий біль у животі, головним чином у нижніх відділах, що віддає у праву клубову ділянку. Нудоти і блювання зазвичай не буває. З появою менструації біль може зникати, що дозволяє встановити істинну причину болю у животі. Поява в животі болю, співпадаючого за часом з передменструальним, менструальним або післяменструальним періодом, частіше усього залежить від загострення хронічних хвороб статевих органів. Такому загостренню сприяє гіперемія тазових органів, наявна у жінок у згадані періоди. При пальпації живота напруження черевної стінки зазвичай відсутнє, відзначається розлита болочисть внизу живота, симптоми роздратування очеревини не визначаються.

Гострий аднексит найчастіше симулює гострий апендицит. При аднекситі у стадії загострення зазначають підвищену температуру тіла. При пальпації живіт болочистий у нижніх відділах вище за пупартову зв'язку і над лоном. Напруження передньої черевної стінки не виражене або відсутнє. Біль нерідко віддає у ділянку заднього проходу. Симптом Промтова (болочисть матки при її відсуванні догори пальцями, що введені у піхву або пряму кишку). Можливі гнійні виділення з каналу шийки матки.

Гемоперитонеум, викликаний матково-трубним рефлюксом у період спорознення порожнини матки у післяпологовий, післяабортний періоди і при менструації, супроводжується скаргами на біль у нижніх відділах живота, нагадуючи гострий апендицит. У деяких випадках живіт при пальпації болочистий у нижніх відділах. Напруження м'язів передньої черевної стінки зазвичай відсутнє. Можуть спостерігатися слабо виражені симптоми подразнення очеревини. Такі хворі підлягають госпіталізації в стаціонар для проведення диференціальної діагностики хірургом і гінекологом.

Специфічні і неспецифічні мезаденіти найчастіше симулюють гострий апендицит, рідше – іншу хірургічну патологію. За спостереженнями деяких авторів, видалення червоподібного відростка іноді приводить до лікування неспецифічного мезаденіту, проте у більшості випадків апендектомія не ефективна. Появі різкого болю у животі передують простудні захворювання. На відміну від гострого апендициту мезаденіт починається поступово. Це вдається з'ясувати при ретельному зборі анамнезу. Біль у животі з'являється періодично, має невизначений характер і локалізацію. Найчастіше страждають діти. Вони зазвичай в'ялі, апатичні, бліді, апетит відсутній. Періодично скаржаться на нудоту, нестійке випорознення. У дорослих також спостерігаються ці симптоми: наростаюча слабкість, головний біль, дратівливість, пітливість, швидка втомлюваність. Зазвичай є невідповідність скарги на сильний біль в животі і симптомів, що виявляються при обстеженні. Під час огляду хворого симптоми подразнення очеревини слабо виражені і непостійні, передня черевна стінка м'яка. Позитивний симптом Штернберга (біль, що виникає при пальпації по ходу кореня брижі, тобто по косій лінії, що йде з правої бокової ділянки у ліву підреберну ділянку).

Гепатомегалія. Різне збільшення печінки із сильним розтягнуттям гліссонової капсули, яке спостерігається внаслідок гострих захворювань правого шлуночка серця, при інфекційному гепатиті та ін., викликає появу відчуття важкості, а іноді і болю в правому підребер'ї. При гострій гепатомегалії внаслідок захворювання серця постановка діагнозу зазвичай не представляє труднощів (задишка, ціаноз, збільшення розмірів серця, набряки нижньої половини тулуба).

Складними для діагностики є безжовтяничні форми інфекційного гепатиту, які часто супроводжуються болем у животі, нудотою і блюванням. У зв'язку з цим такі хворі можуть поступати в хірургічні відділення з помилковими діагнозами гострого апендициту або холециститу. У цих випадках слід надавати значення наявності лихоманки, збільшенню печінки (при пальпації визначається збільшена печінка з найбільш вираженою хворобливістю уздовж краю) і селезінки, а також лабораторним дослідженням (підвищення активності глутамінопірвіноградної, глутаміноаспарагинової і глутаміноаланинової трансаміназ, альдолази, підвищені показники тимолової проби, підвищення вмісту білірубіну у сироватці крові та уробіліну в сечі та ін.).

Забиття передньої черевної стінки нагадують клінічну картину ушкоджень внутрішніх органів. При травмі живота показана госпіталізація в хірургічний стаціонар. Розрив судин передньої черевної стінки в осіб літнього віку, судин, що уражені склерозом, або при авітамінозі супроводжується болювим синдромом. Причиною цієї ситуації найчастіше є фізичне напруження: підняття тяжкості, сильний кашель. При цьому відбувається розрив судин м'язів живота або розрив самих м'язів з утворенням гематоми. Якщо це відбувається під час сну, хворий прокидається від сильного болю в животі і пояснити причину його виникнення не може. Інтенсивність болю в животі буває настільки виражена, що виникає припущення про важке захворювання внутрішніх органів черевної порожнини. Можливе блювання, рефлекторна затримка газів. Найчастіше розриваються судини прямих м'язів, тому гематоми розташовуються вправо або ліворуч від середньої лінії, відповідно видно інфільтрат, що пальпується.

Травматичні ретроперитонеальні гематоми зазвичай виникають при переломах хребта, кісток таза, забиттях і ушкодженнях поперекових м'язів, розриві нирок і судинних сплетень. Об'єм крововтрати може бути значним, викликаючи геморагічний шок. Провідні симптоми – шок і явища гострого живота. Останні нерідко виступають на перший план – болювий синдром, блювання, напруження м'язів передньої черевної стінки. Усі ці ознаки можуть виникати на тлі шоку. Зачервнені гематоми можуть поширюватися за типом повзучого інфільтрату по зачервній клітковині, а потім заповнювати передчеревинний простір. Наявність м'язового захисту і болю в животі пов'язана із подразненням численних нервових сплетень зачервеного простору і передньої черевної стінки.

Причиною шоку можуть бути травма і масивна кровотеча (у зачервній гематомі може міститися до 3 л крові і більше). Хворі скаржаться на постійний тупий біль у животі без чіткої локалізації. При пальпації напруга м'язів помірна, може бути позитивним симптом Щоткіна. Вільна рідина в черевній порожнині відсутня. Через декілька годин після травми виражений парез кишечника. Тактика при зачервній гематомі: госпіталізація, за ознаками шоку – інфузійна терапія з метою відшкодування ДЦК.

Оперізуючий лишай (герпес зостер) можна помилково трактувати як гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини при ураженні міжреберних і поперекових нервів, які іннервують передню черевну стінку. На відміну від істинного гострого живота при оперізуючому лишаї відзначаються біль по ходу міжреберних нервів, які починаються від хребта і переходять на передню черевну стінку. Напруга м'язів виражена слабо або зовсім відсутня, симптоми подразнення очеревини не виявляються.

Це гостро запальний інфекційний дерматоз, збудник – нейротропний вірус, що фільтрується. Характерним для нього є гостре висипання у формі груп (гнізд) на гіперемійованій і набряклій основі. Висипання зазвичай йдуть одне за одним у вигляді сплахів, розташовуючись по ходу міжреберних нервів і мають односторонню локалізацію. Біль носить ха-

раक्टर невралгії. Найчастіше захворювання виникає навесні і восени. Поява висипання на шкірі майже завжди вирішує питання щодо причини болювого синдрому.

Черевний тиф найчастіше симулює симптомокомплекс, що нагадує гострий апендицит, і такі хворі піддаються невинновідним операціям. Диференціально-діагностичні труднощі хірургічної патології і черевного тифу зумовлені тим, що болювий синдром при тифі супроводжується метеоризмом, закрепамми, рідше – проносом. На відміну від гострої хірургічної патології при пальпації передньої черевної стінки болючість незначна, а симптоми подразнення очеревини зазвичай негативні. При цьому стан хворих тяжкий. Відзначають виражений головний біль, гіпертермію при відносній брадикардії та інші ознаки загальної інтоксикації. На 5–6-й день хвороби збільшуються розміри селезінки, що можна виявити, пальпуючи ділянку лівого підреб'я. Петехіальні висипання на шкірі з'являються у кінці першого тижня і пізніше. При лабораторних дослідженнях у хворих черевним тифом спостерігаються лейкопенія з відносним лімфоцитозом, еозинофілія і тромбоцитопенія.

Під час диференціальної діагностики слід звертати увагу на ту обставину, що при черевному тифі є невідповідність між загальним тяжким станом хворого і помірно вираженою симптоматикою з боку живота: біль без чіткої локалізації, симптоми подразнення очеревини відсутні або сумнівні. Крім того, немає розбіжності пульсу і температури, а в окремих випадках – брадикардія. Проте слід підкреслити, що ці інфекційні захворювання часто ускладнюються різними катастрофами у черевній порожнині, що вимагають екстреної хірургічної допомоги (проривом черевнотифозних виразок, деструкцією виразково-некротичним процесом червоподібного відростка тощо).

Цукровий діабет (ЦД) – у хворих на ЦД (кетозидоз) може з'являтися гострий біль в епігастральній ділянці. Він може супроводжуватися нудотою, блюванням, болючістю при пальпації, напруженою м'язів, прискоренням пульсу, підвищенням лейкоцитозом. Клінічна картина може нагадувати гострий апендицит, кишкову непрохідність та ін. Зазвичай біль у животі у хворих на ЦД розвивається у передкоматозному стані при наступній черговості симптомів: нудота, часте сечовипускання, посилена спрага, які, як правило, випереджають біль. Поширення останнього на все більшу площу говорить на користь ацидозу.

На наявність ацидозу вказують: виснаження, суха шкіра, зміна настрою, запах ацетону з рота, сухість у роті, сильна спрага, відсутність апетиту, нудота, блювання, іноді прискорене глибоке дихання, почастищення серцебиття, падіння АТ, невпевнена хода, біль у грудній клітці і черевній порожнині. Діагноз підтверджується наявністю ацетону і цукру в сечі, гіперглікемії, присутністю ацетону в крові. Найбільш складним в цьому випадку є положення лікаря, якщо він діагностував ЦД, проте виражені симптоми з боку черевної порожнини вказують на можливість одночасного існування захворювання черевної порожнини, що вимагає екстреної операції. Це

**Псевдоабдоминальний синдром в практиці
врача общей практики – семейной медицины**
**Л.С. Бабинец, Б.О. Мигенько, Н.И. Корильчук,
Н.Е. Боцюк, Л.М. Мигенько, Е.М. Стародуб,
О.Р. Ясний**

Отдельную группу заболеваний, сопровождающихся выраженным болевым синдромом, составляют болезни органов вне брюшной полости, которые формируют симптомокомплекс, похожий на «острый живот» – псевдоабдоминальный синдром (ПАС). В статье приведен перечень основных патологий, которые клинически имитируют острые хирургические заболевания органов брюшной полости, однако в отличие от заболеваний, представляющих синдром «острого живота», при ПАС не требуется срочное оперативное вмешательство.
Ключові слова: псевдоабдоминальний синдром, діагностика, причини.

цілком можливо, тим більше що нерідко гострі інфекційні захворювання провокують прояв ЦД. Так, уперше ЦД може проявитися при захворюванні гострим деструктивним апендицитом. У сумнівних випадках хворі підлягають госпіталізації в хірургічний стаціонар, де діагностична і лікувальна тактика визначається хірургом спільно з ендокринологом.

Тиреотоксичний криз. Підвищення температури тіла до фебрильних цифр, гіперемія і ціаноз шкірних покривів, особливо щік, шії та кінцівок, тахікардія до 150–160 ударів за хвилину, збільшення пульсового тиску, почастищення дихання, поява або наростання психічних розладів. Дуже часто виникає біль в животі, який супроводжується блюванням, діареєю, що і служить причиною діагностики гострого живота. Нерідко тиреотоксичний криз супроводжує жовтяниця, що є ознакою наростаючої печінкової недостатності. Скринінг-тестом тиреотоксичного кризу може слугувати визначення в плазмі крові концентрації пов'язаного з білком йоду, яка, будучи підвищеною при тиреотоксикозі, різко зростає під час кризу. Другим тестом є терапія ex juvantibus: внутрішньовенне введення блокатору синтезу тиреоїдних гормонів тіамазолу в дозі 100 мг.

Порфірія (гостра інтермітуюча). Кольки в животі, парез м'язів, тахікардія, лихоманка, артеріальна гіпертонія з великою амплітудою, сеча червонувата з наступним потемнінням – цей важливий феномен майже завжди діагностується випадково. Страждають люди молодого віку (частіше жінки), захворювання проявляється після настання статевої зрілості (20–30 років). У діагностиці важливо пам'ятати, що завжди визначається уробіліноген, уropорфірін, порфобіліноген.

В основі класичної картини вторинної порфірії лежить парез капілярів черевної порожнини. Визначається тільки корпорпорфірін.

Отруєння талієм. Сильний біль у животі, рецидивуюче блювання, пронос типу рисового відвару з домішкою крові, зневоднення, згущення крові, олігурія, анурія. У діагностиці слід особливо враховувати дані анамнезу, використання мишачої отрути. У цілому діагностика вкрай складна, а час обмежений, тому при підозрі слід ввести унітіол, водну суміш паленої магнезії та активованого вугілля, вести боротьбу із зневодненням і колапсом.

Тетанія. Розвивається у разі зниження рівня кальцію. Відомо два клінічних варіанти:

- перший – утруднення дихання за типом задухи;
- другий – біль у животі, пов'язаний з парезом кишечнику (вираженням у різному ступені).

Діагностика: симптом Хвостека, подовження інтервалу QT на ЕКГ, зниження рівня кальцію.

Щоб виключити усі зазначені захворювання – пацієнта госпіталізують. Зазвичай інтенсивність болювого синдрому різко знижується, напруженість м'язів живота стає слабкою після короткого часу. Лікування псевдоабдоминального синдрому проводиться за допомогою індивідуально підібраної терапії, хірургічне втручання не потрібно в більшості випадків.

**Pseudo-abdominal syndrome in the practice of a
general practitioner – family medicine**
**L.S. Babynets, B.O. Myhenko, N.I. Korylchuk,
N.E. Botsyuk, L.M. Myhenko, E.M. Starodub,
O.R. Yasnyy**

A separate group of diseases accompanied by severe pain syndrome are diseases of the organs outside the abdominal cavity, but form a symptom complex similar to the acute abdomen – pseudoabdominal syndrome. The article presents a list of such major pathologies that clinically simulate acute surgical diseases of the abdominal cavity, but unlike the diseases that make up the acute abdominal syndrome, an acute surgical intervention is not required in the pseudo-abdominal syndrome.

Key words: pseudo-abdominal syndrome, diagnosis, causes.

Сведения об авторах

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 352-07-43

Мигенько Богдан Орестович – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 810-57-20.

Корильчук Неонила Ивановна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Боцюк Наталия Евгеньевна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Мигенько Людмила Михайловна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Стародуб Евгений Михайлович – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Ясний Оксана Романовна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики – семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МОЗ Украины», 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14

Статья поступила в редакцию 09.04.2018