

209. *Заболевания, симулирующие желчно-каменную болезнь.* Если типичный приступ этой болезни,—говорит Weltmann (Wien. klin. Woch., 1927, № 40),—представляет весьма характерную картину (интенсивные коликообразные боли в правом подреберье, отдающие в правое плечо, напряжение правого m. recti abdominis в его верхней части, отсутствие брюшного рефлекса, чувствительность n. phrenici при давлении справа, гиперестезия кожи над правой реберной дугой, желтуха, уробилинурия, запоры, часто повышенная ¹⁰ и т. д.), то очень часто первый приступ желчных камней, протекающий без желтухи, при невозможности получить какие-либо данные при пальпации, вследствие напряжения верхней части живота, представляет большие трудности для диагноза, и значительное число заболеваний могут симулировать холелитиазис. Так, пневмония правого легкого иногда протекает с болями в животе, ведущими к напряжению мускулатуры и отдающими в правое плечо; кроме того общие обобщающие заболевания рвота, суб'ектерическая окраска, уробилинурия могут также способствовать ошибочному диагнозу, причем, когда имеется центральная пневмония, физикальные явления отсутствуют, выступая лишь тогда, когда процесс продвигается к периферии. Сухой плеврит тоже может дать картину, сходную с приступом желчных камней,—чувствительность n. phrenici при давлении, напряжение в правом верхнем брюшном квадранте, высокое стояние диафрагмы, коликообразные боли в животе; но шум трения плевры и зависимость болей от дыхания наводят на правильный диагноз. При правостороннем остром пиелите, особенно у женщин, лихорадка и боли в верхней части живота, отдающие в спину, могут равным образом направить мысли на холелитиазис; но болезненность при давлении в области поясницы, напряжение мышц этой области, болезненность по ходу мочеточников и, главное,—результаты исследования мочи выясняют, с чем мы имеем дело. При почечных камнях исследование мочи также помогает распознаванию, обнаруживая выраженную гематурию. Подобно пиелиту симулировать холелитиаз могут пара- и перинефрит, именно, при подвижных почках; но болезненность и отечность в области поясницы, ретроперитонеальное положение опухоли, значительная подвижность ее в стороны, консистенция опухоли и пальпаторная альбуминурия могут опять-таки навести на правильный путь, если только на этом пути не встанут особенно неблагоприятные обстоятельства. Аппендицит тоже может протекать с симптомами, напоминающими приступ желчных камней, особенно, когда аппендикс лежит в правом верхнем квадранте; но резкая индиканурия, чувствительность при давлении в точке Mac-Vigne'ya, иногда находки со стороны прямой кишки наводят на мысль об аппендиците. Особенно трудна бывает дифференциальная диагностика между холелитиазмом и язвой желудка или duodeni. Строгая зависимость болей от принятия пищи при язве желудка, отсутствие при ней ознобов и лихорадки, отсутствие сильной уробилинурии, влияние щелочей на боли, разница в положении болезненных точек, наличие скрытых кровотечений и рентгеновские находки позволяют, однако, дифференцировать язву желудка от желчных камней. Что касается язвы duodeni, то при холелитиазисе чувствительность к давлению увеличивается против края печени, и поколачивание последней бывает болезненно, тогда как при язве duodeni чувствительность резко увеличивается при давлении от печени по направлению к duodenum; боли, резкая чувствительность n. phrenici и иррадиация спонтанных болей и болей при давлении в спину и плечо при холелитиазисе могут также помочь распознаванию. Чрезвычайные трудности представляет дифференциальная диагностика между камнями желчного пузыря и поджелудочной железы, ибо при первых часто наблюдается гликозурия, и, кроме того, холелитиазис может вести к поражению поджелудочной железы. Далее к смещению с приступом желчных колик могут давать повод межреберные невралгии, иногда также herpes zoster, сердечные припадки, острая сердечная недостаточность, но тщательное наблюдение, анамнез, пол, возраст, конституция помогают и тут распознать истинное заболевание. Приступ желчно-каменной болезни, сопровождаемый интенсивной желтухой, иногда смешивается с гомолитической желтухой, при которой также могут наступить интенсивные боли в области желчного пузыря; отсутствие желчных пигментов в моче, темно окрашенный стул, желтушная окраска кожи, долго длящаяся желтуха (иногда с детства), иногда фамильная желтушная окраска кожи, наличие микроцитов и понижение осмотической резистентности эритроцитов—позволяют диагностировать гомолитическую желтуху. Когда прощупывается желчный пузырь, то дифференциально-диагностические соображения могут направляться в сторону холецистита и рака желчных путей; точный и подробный анамнез, возраст и общее состояние больных, дальнейшее клиническое течение болезни и специальные исследования указывают верный путь к диагнозу.

С. Шерман.