

ОСТРЫЙ ЖИВОТ: ДИАГНОЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

А.В. Струтынский

Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО
"Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова", Москва

В статье подробно обсуждаются вопросы первичной диагностики синдрома острого живота (ОЖ) на догоспитальном этапе, а также проблема дифференциальной диагностики некоторых заболеваний внутренних органов, нередко встречающихся в практике врачей-терапевтов, клиническая картина которых может имитировать острую хирургическую патологию. Подчеркивается актуальность проблемы своевременной диагностики синдрома ОЖ, что связано с прямой зависимостью послеоперационной летальности от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больного в хирургический стационар и выполнения необходимого оперативного вмешательства. Показано, что решение этой проблемы напрямую связано с навыками физикального исследования больного и умением врача, принимающего участие в первичной диагностике этого симптомокомплекса, правильно интерпретировать результаты этого исследования.

Ключевые слова: синдром острого живота, перитонит, непосредственное исследование больного

The article discusses in detail the primary diagnosis of acute abdomen syndrome (AAS) at the pre-hospital stage, and the problem of differential diagnosis of diseases of internal organs with clinical picture that may mimic an acute surgical pathology, often encountered in the therapeutic practice. The relevance of timely diagnosis of the AAS is emphasized: it is associated with a direct dependence of postoperative lethality on the time from onset of illness to the admission of the patient in a surgical hospital and performing necessary surgery. It is shown that the solution to this problem is directly related to skills of physical examination of patient and ability of physician, taking part in the initial diagnosis of the syndrome, to correctly interpret the results of this examination.

Key words: acute abdomen syndrome, peritonitis, direct examination of the patient

Термином "острый живот" (ОЖ) обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующих экстренной хирургической помощи, неоказание которой ведет к развитию разлитого перитонита и летальному исходу [1–5].

Проблема своевременной диагностики синдрома ОЖ в наши дни остается столь же актуальной, что и 50–60 лет назад. Это связано с тем, что, несмотря на внедрение в практику хирургических стационаров современных высокоэффективных методов лучевой и эндоскопической диагностики, а также новых технологий оперативного лечения, прогноз заболеваний, сопровождающихся развитием синдрома ОЖ, и судьба больного во многом определяются эффективностью первичной диагностики этого симптомокомплекса на догоспитальном этапе, которую обычно осуществляют врачи скорой медицинской помощи и участковые врачи поликлиник. Нередко с необходимостью быстрой диагностики синдрома

ОЖ сталкиваются врачи терапевтических стационаров, особенно в случаях нетипичной стеройдной клинической картины этого синдрома, что достаточно часто встречается среди лиц пожилого и старческого возраста [1, 2, 6].

Известно, что у больных острой хирургической патологией существует прямая зависимость послеоперационной летальности от срока, прошедшего с момента начала заболевания до поступления больных в хирургический стационар и выполнения необходимого им оперативного вмешательства. Например, при ущемленных грыжах, кишечной непроходимости, перфорации желудка и кишечника в случаях поздней госпитализации больных, обусловленной ошибками первичной диагностики ОЖ, а также выполнении операций более чем через сутки от начала заболевания послеоперационная летальность в 5–9 раз выше, чем в случаях, когда первичный диагноз этих заболеваний оказался своевременным и операция была выполнена в первые 6 часов [4, 5].

Таким образом, проблема своевременной диагностики синдрома ОЖ напря-

мую связана с навыками физикального исследования больного и умением врача, принимающего участие в первичной диагностике этого симптомокомплекса, правильно интерпретировать результаты этого исследования. К сожалению, именно эти навыки во многом утрачены многими современными практикующими врачами [1, 2, 4, 6, 7]. В связи с этим в настоящей публикации хотелось бы напомнить читателю основные принципы первичной клинической и дифференциальной диагностики синдрома ОЖ на догоспитальном этапе.

Этиология синдрома ОЖ

Основные причины развития синдрома ОЖ [3, 4, 6]:

1. Острые воспалительные заболевания органов пищеварения.
2. Перфорации полого органа, возникающие вследствие различных заболеваний или повреждений органов брюшной полости.
3. Механическая кишечная непроходимость.
4. Острые нарушения мезентериально-артериального и венозного кровообращения.

5. Внутренние кровотечения в брюшную полость и забрюшинное пространство.
6. Острые воспалительные процессы и нарушение кровообращения в придатках матки.

Диагностика синдрома ОЖ

Наиболее типичными клиническими проявлениями этого синдрома, как известно, являются боли в животе различной интенсивности, признаки раздражения брюшины и нарушения моторики кишечника. В ряде случаев клиническая картина ОЖ может сопровождаться лихорадкой, тошнотой и рвотой, признаками болевого или токсического шока и др. Между тем выраженность этих симптомов в каждом конкретном случае может сильно варьироваться.

Абдоминальные боли. Ведущим клиническим симптомом ОЖ является боль, локализованная или распространяющаяся по всему животу.

В соответствии с локализацией основного патологического процесса, ведущего к раздражению болевых рецепторов, традиционно выделяют три разновидности абдоминальной боли [6, 8]:

- висцеральную;
- париетальную (соматическую);
- иррадиирующую (отраженную).

Висцеральная боль возникает при раздражении болевых рецепторов, расположенных в мышечном слое стенки полых органов, в брыжейке или в капсule паренхиматозных органов. Висцеральная боль наиболее часто связана со спазмом гладкой мускулатуры органов брюшной полости, сопровождающимся быстрым повышением внутриполостного давления, растяжением органов брюшной полости или натяжением брыжейки. Висцеральная боль обычно не усиливается при изменении положения тела больного, при сотрясениях туловища, кашле, чихании и часто может носить схваткообразный характер. В большинстве случаев такая боль не имеет четкой локализации [8].

Висцеральная боль возникает также при ишемии внутренних органов, которая развивается в результате нарушений мезентериального кровотока, вызванных тромбозом, эмболией,

сосудистым спазмом или нарушениями кровотока, обусловленными сдавливанием или перекручиванием органа [6].

Париетальная (соматическая) боль возникает при распространении патологического процесса на париетальную брюшину и брюшную стенку и раздражении соответствующих рецепторов. Париетальная боль всегда имеет весьма серьезный прогноз и требует безотлагательного решения вопроса о целесообразности срочного оперативного вмешательства. В классических случаях париетальная боль острая (особенно при прободении полых органов), интенсивная и в отличие от висцеральной боли точно локализована в месте повреждения брюшины. Боль непрерывно усиливается, становясь нетерпимой, и сопровождается быстрым ухудшением общего состояния, нарастанием признаков воспаления (лихорадка, лейкоцитоз и др.), интоксикации и сосудистой недостаточности (вплоть до болевого или токсического шока). Боль усиливается при малейшем изменении положения тела, при кашле, чихании и т. п. Поэтому больные стараются избегать лишних движений и неподвижно лежат в постели, часто на боку с приведенными к груди коленями, таким образом расслабляя мускулатуру передней брюшной стенки. Такое положение может и не облегчать боль, но по крайней мере не приводит к ее усилению [6].

При прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, мезентериальном тромбозе, перфорации желчного пузыря, ободочной кишки, перфоративном аппендиците острая боль в животе появляется внезапно, иногда на фоне хорошего самочувствия больного ("кинжалная боль") и сопровождается быстро нарастающей картиной болевого шока, особенно выраженного при перфорации желудка или кишечника. Для воспалительных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства (острого холецистита, острого панкреатита, острого аппендицита), механической кишечной непроходимости более характерно постепенное, в течение нескольких часов, нарастание интенсивности боли [2]. При

кишечной непроходимости вначале боль может носить схваткообразный характер (висцеральная боль), но вскоре становится постоянной. При этом быстро ухудшается общее состояние больного [3–7].

Локализация боли, по крайней мере в начале заболевания, часто соответствует проекции пораженного органа на переднюю брюшную стенку. При ишемии кишечника, кишечной непроходимости чаще встречается разлитая боль без четкой локализации. Следует подчеркнуть, что нередко локализация боли служит весьма ненадежным признаком преимущественного поражения того или иного органа брюшной полости. Так, при перфоративном перитоните острая интенсивная боль первоначально локализуется в проекции пораженного органа брюшной полости, но в дальнейшем ее локализация может измениться. Поэтому важно уточнить место первоначальной локализации боли, а также оценить характер иррадиации боли, что может облегчить распознавание источника воспаления брюшины.

Иррадирующая (отраженная) боль локализуется в участках поверхности тела, удаленных от пораженного органа, но иннервируемых тем же сегментом спинного мозга. Иррадиация (прорывание) боли, иногда далеко за пределы проекции патологически измененного органа, связана с наличием в спинальных и таламических центрах анатомически близких афферентных путей иннервации пораженного органа и области, в которую иррадиирует боль [6, 8]. Так, при остром холецистите боль может иррадиировать в правое плечо и лопатку, при заболеваниях поджелудочной железы – в спину (опоясывающая боль) или в левое плечо и лопатку; при поражении желудка и кишечника – в спину и т. д. Нередко при остром перитоните боль иррадиирует в область сердца.

Следует отметить, что у больных острой хирургической патологией с течением времени интенсивность соматической боли может уменьшаться, что, вероятно, связано со снижением чувствительности болевых рецепторов, расположенных в париетальной

брюшине. Такой период “мнимого благополучия” может быть неправильно интерпретирован, что приводит к серьезным диагностическим ошибкам на догоспитальном этапе [2–5].

Рвота. Частым симптомом ОЖ является рвота, не приносящая облегчения, которая может возникать вскоре после появления болей в животе. Как правило, ей предшествует тошнота. Рвота в большинстве случаев имеет рефлекторное происхождение, связана с раздражением брюшины и диафрагмального нерва. Многократная упорная рвота наиболее характерна для острого панкреатита и острого холецистита [9]. При других заболеваниях наблюдается одно- двукратная рвота или она вовсе отсутствует. При механической кишечной непроходимости рвота часто становится неукротимой, обильной, истощающей. Рвотные массы приобретают каловый вид и запах за счет размножения кишечной палочки в верхних отделах пищеварительного тракта. Причем чем выше уровень непроходимости, тем чаще наблюдается рвота. При тяжелом течении разлитого перитонита к рвоте нередко присоединяется мучительная икота, вызванная раздражением диафрагмального нерва или брюшины, выстилающей диафрагму.

Парез кишечника также весьма характерен для синдрома ОЖ и сопровождается задержкой стула, прекращением отхождения газов, вздутием живота и ослаблением перистальтики. При разлитом перитоните парез может прогрессировать вплоть до развития паралитической кишечной непроходимости.

Быстрое ухудшение общего состояния больного – также весьма характерный признак развивающегося перитонита. В большинстве случаев у больных разлитым перитонитом наблюдается фебрильная лихорадка (38–39 °C), нередко сопровождающаяся ознобами. Тем не менее нормальная температура тела ни в коей мере не исключает наличия перитонита. Более того, при прободных перитонитах в самом начале заболевания часто наблюдается т. н. коллаптоидная гипотермия и только спустя некоторое время выявляется лихорадка.

У пациентов быстро нарастают обезвоживание, интоксикация и нарушения

функций сердечно-сосудистой системы, хотя сознание больного нередко полностью сохранено. Кожа обычно влажная, бледная. Выявляется акроцианоз, конечности становятся холодными. В тяжелых случаях, особенно при прободных перитонитах, лицо заостряется, глаза западают (*facies Hippocratica*). Дыхание учащенное, поверхностное, иногда прерывистое. Артериальное давление часто снижено, уменьшено пульсовое давление. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения и напряжения, иногда нитевидный. Наиболее характерно учащение сердечных сокращений (до 120–140 ударов в минуту), которое обычно не соответствует повышению температуры тела. При прободных язвах желудка и кишечника в первые часы заболевания может наблюдаться рефлекторная брадикардия, которая по мере развития перитонита сменяется тахикардией [6].

Исследование живота является решающим в первичной диагностике синдрома ОЖ. При осмотре живот обычно вздут за счет выраженного метеоризма, хотя при высокой кишечной непроходимости он может быть втянутым, ладьевидным.

При разлитом перитоните живот обычно не принимает участия в дыхании, что связано с выраженным рефлекторным защитным напряжением мышц передней брюшной стенки. При локальном воспалении брюшины также можно заметить ограничение подвижности живота в области эпигастрия или подвздошной области.

При перкуссии живота обычно выявляется громкий тимпанический звук, обусловленный вздутием кишечника. Появление тимпанического звука над областью печени, где обычно выявляется притупление перкуторного звука, свидетельствует о скоплении свободного газа между брюшной стенкой и печенью и указывает на наличие перфорации полого органа. Следует помнить, что при перитоните даже легкая перкуссия живота, как правило, весьма болезненна, что лишний раз подтверждает диагноз перитонита.

Наиболее информативным объективным признаком ограниченного или разлитого перитонита при первичном обследовании больного является локаль-

ное или распространенное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки (“мышечная защита”, или *defense musculaire*), выявляемое при поверхностной ориентировочной пальпации живота [7]. По мнению Г. Мондора [1], “во всей патологии трудно найти более верный, более точный, более полезный и более спасительный симптом, который является “сверхпризнаком” всех абдоминальных катастроф”. Однако, несмотря на кажущуюся простоту, выявление этого симптома во многом зависит от опыта и умения врача.

Исследование проводят на симметричных участках живота, начиная с области, наиболее отдаленной от предполагаемого источника боли. При этом пальпацию следует производить не только по передней поверхности живота, но и по боковым и заднебоковым поверхностям с каждой стороны [6, 7, 9]. Выраженность защитного напряжения мышц брюшной стенки может быть различной. При прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки резко выраженное (“доскообразное”) напряжение мышц выявляется сразу после перфорации полого органа. При остром панкреатите, острой кишечной непроходимости, мезентериальном тромбозе и ишемии кишечника напряжение мышц, обусловленное вовлечением в патологический процесс брюшины, выявляется не сразу, а на более поздних стадиях развития заболевания.

Следует также помнить, что даже при тяжелом течении перитонита через 12–24 часа от начала заболевания может наблюдаться постепенное ослабление мышечного напряжения, хотя продолжают нарастать признаки эндогенной интоксикации, метаболические и водно-электролитные нарушения. Мало того, при ограниченном перитоните у ослабленных и истощенных больных, особенно пациентов старческого возраста, а также у лиц, находящихся в состоянии наркотической интоксикации или алкогольного опьянения, напряжение мышц передней брюшной стенки может быть слабо выраженным или отсутствовать вообще [3, 4].

Не менее важным объективным признаком ОЖ является положительный

Таблица Заболевания и синдромы, имитирующие клиническую картину синдрома ОЖ

Заболевания	Симптомы, напоминающие клинику синдрома ОЖ	Критерии дифференциальной диагностики
Нижнедолевая плевропневмония	Лихорадка; острая боль в животе; нарастание симптомов интоксикации, одышка и гемодинамические расстройства	Отчетливая связь болей в животе с глубоким вдохом; болезненный кашель, мокрота; характерные аускультативные и перкуторные признаки; локальная болезненность при пальпации грудной клетки; данные рентгенографии и компьютерной томографии
Диафрагмальный плеврит	Боли в животе различной локализации; рвота, неукротимая икота (при вовлечении в патологический процесс диафрагмального нерва); повышение температуры тела	Отчетливая связь болей в животе с глубоким вдохом; сухой болезненный кашель; при аускультации – шум трения плевры; локальная болезненность при пальпации грудной клетки
Тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт-пневмония	Внезапное появление сильных болей за грудиной и (редко) в эпигастрции; вздутие живота; признаки болевого шока и коллапса; упорная икота (при поражении диафрагмальной плевры); в части случаев – субфебрилитет	Преимущественная локализация болей в грудной клетке; выраженная одышка; центральный цианоз; при инфаркт-пневмонии крепитация или влажные хрипы в легких, изредка кровохарканье; акцент II тона на легочной артерии; при остром легочном сердце – набухание шейных вен, парадоксальный пульс
Острый инфаркт миокарда (абдоминальный вариант)	Внезапное появление интенсивных ("морфинных") болей в эпигастрии; тошнота и рвота; парез кишечника; признаки болевого шока и коллапса; субфебрилитет (на 2-й день заболевания)	Данные анамнеза; возраст больных; признаки острой левожелудочковой сердечной недостаточности; аритмии; глухость тонов сердца; ритм галопа; артериальная гипотензия; характерная динамика электрокардиографии (ЭКГ)
Острый фибринозный перикардит	Иrrадиация болей в эпигастральную область; иногда рефлекторная дисфагия; субфебрилитет	Усиление болей в положении лежа на спине, при глубоком вдохе, кашле и глотании; частое поверхностное дыхание; шум трения перикарда; характерные изменения ЭКГ, эхокардиографии
Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (в отсутствие ущемления) *	Интенсивные боли под мечевидным отростком, в эпигастрии с иррадиацией в межлопаточное пространство и область сердца; боли усиливаются в горизонтальном положении; отрыжка, рвота	Боли возникают после еды, при физической нагрузке, подъеме тяжестей; боли часто купируются спазмолитиками; рвота или отрыжка приносит облегчение; характерны изжога, отрыжка кислым, регургитации; дисфагия, боли в грудной клетке; характерные данные рентгенологического исследования и эзофагогастроудоденоскопии
Приступ желчной колики при желчекаменной болезни (без развития острого калькулезного холецистита) *	Остро возникший приступ болей в правом подреберье и эпигастрии с характерной иррадиацией; тошнота и рвота, не приносящая облегчения; вздутие живота	Боли носят висцеральный характер, обычно купируются спазмолитиками; отсутствуют признаки раздражения брюшины
Болезнь Крона (неосложненное течение) *	Интенсивные боли в правой подвздошной области или левом и правом фланках живота; субфебрилитет	Анамнестические данные; хроническая диарея; выраженное похудание; синдром мальабсорбции; внекишечные аутоиммунные проявления (анемия, поражения суставов, кожи, глаз); при неосложненном течении отсутствуют признаки раздражения брюшины
Язвенный колит (неосложненное течение)*	Боли в животе; повышение температуры тела; вздутие живота; эндотоксемия, метаболические расстройства	Данные анамнеза; боли чаще носят схваткообразный характер; типичные симптомы: многократная водянистая диарея с примесью крови; характерны аутоиммунные внекишечные проявления (артралгии, дерматит, афтозный стоматит, трофические язвы, поражения глаз, остеопороз и др.)
Абдоминальная форма геморрагического капилляротоксикоза (болезни Шенлейн–Геноха) *	Сильные боли в животе, постоянные или схваткообразные, во время которых больные беспокойны, не находят себе места, кричат; рвота; обезвоживание больных, электролитные нарушения; коллапс; лихорадка	Периоды сильной боли могут чередоваться с безболевыми промежутками, продолжающимися около 1–3 часов; папулезно-геморрагическая сыпь на коже; суставной синдром; характерны рвота с кровью, кишечное кровотечение, микро- или макрогематурия
Диабетический кетоацидоз	Тошнота, рвота; острые боли и болезненность при пальпации в эпигастрии; умеренное напряжение мышц брюшной стенки; лейкоцитоз; тахикардия	Данные анамнеза; сильная жажда, частое мочеиспускание; тошнота и рвота обычно предшествуют появлению болей в животе; характерно истощение, сухая кожа, запах ацетона изо рта, сухость во рту, сильная жажда, отсутствие аппетита, иногда дыхание Куссмауля; кетонурия, гликозурия, гипергликемия
Периодическая болезнь	Остро возникающие приступы нестерпимых болей в животе; озноб и подъем температуры тела до 40 °С; напряжение мышц брюшной стенки; положительные симптомы раздражения брюшины; признаки паралитической кишечной непроходимости; лейкоцитоз до 20–30 × 10 ⁹ /л, увеличение СОЭ до 40 мм/ч, лимфопения, анэозинофилия	Данные анамнеза; наследственность; национальная принадлежность (армяне, арабы, евреи, турки); общая интоксикация не характерна; нет сдвига лейкоцитарной формулы влево; характерно повторение приступов, дляющихся 2–3 дня; остро развивающаяся гепатосplenомегалия

Примечание. Символом * обозначены заболевания, прогрессирование которых со временем может приводить к развитию острой хирургической ситуации, в т. ч. острому перитониту.

симптомом Щеткина–Блюмберга, характеризующийся тем, что при быстром снятии руки после медленного надавливания на брюшную стенку больной ощущает внезапное усиление боли вследствие сотрясения брюшной стенки и воспаленной брюшины. Следует, правда, иметь в виду, что при выраженному защитном напряжении мышц передней брюшной стенки, значительном подкожно-жировом слое или вздутии живота усиление болезненности или дискомфорта при снятии давления на переднюю брюшную стенку может быть слабо выражено (“сомнительный” симптом Щеткина–Блюмберга). Кроме того, следует помнить, что при остром деструктивном панкреатите положительный симптом Щеткина–Блюмберга часто выявляется на более поздних стадиях развития заболевания и может быть относительно слабо выражен [9].

При аусcultации живота, как правило, определяется ослабление перистальтических шумов или их отсутствие в течение нескольких минут (“могильная тишина”), свидетельствующее о парезе кишечника. Наоборот, резкое усиление перистальтики кишечника, сопровождающееся схваткообразной болью в животе, характерно для начальной стадии механической кишечной непроходимости [7].

Лабораторные данные. Возникновение синдрома ОЖ обычно сопровождается выраженным нейтрофильным лейкоцитозом (до $18-20 \times 10^9/\text{л}$ и больше) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево вплоть до миелоцитов, относи-

тельной лимфопенией, а при тяжелом течении заболевания – анэозинофилией. Отсутствие лейкоцитоза у больных разлитым перитонитом и тяжелой токсемией относится к весьма неблагоприятным прогностическим признакам.

Таким образом, наиболее надежными объективными признаками синдрома ОЖ, выявляемыми при первичном исследовании больного с островозникшими интенсивными и постоянными болями в животе, рвотой, лихорадкой, быстрым ухудшением общего состояния, нарастающей интоксикацией и лейкоцитозом, являются:

- отсутствие или заметное ограничение участия живота в акте дыхания;
- защитное напряжение мышц передней брюшной стенки;
- положительный симптом Щеткина–Блюмберга;
- парез кишечника и ослабление или исчезновение перистальтических шумов.

Выявление этих признаков вместе с тщательной оценкой всех других клинических симптомов в большинстве случаев позволяет своевременно поставить правильный диагноз и госпитализировать больного в хирургический стационар.

Вместе с тем всегда следует иметь в виду большой круг заболеваний, сопровождающихся появлением острых отраженных болей в животе, тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов, что может напоминать клиническую картину синдрома ОЖ [2, 6]. Ошибочная госпитализация таких больных в хирургический стационар

и проведение интенсивных диагностических мероприятий, включая лапароскопию, лапаротомию и др., иногда могут иметь весьма негативные последствия для больных, нуждающихся исключительно в специфическом консервативном лечении, например для пациентов с острой плевропневмонией тяжелого течения или острым инфарктом миокарда [4, 6, 10].

В *таблице* перечислены некоторые из этих заболеваний, а также важнейшие клинические и лабораторные признаки, позволяющие дифференцировать их с истинным синдромом ОЖ.

Как видно из *таблицы*, в большинстве случаев важнейшим дифференциально-диагностическим критерием заболеваний, имитирующих клиническую картину синдрома ОЖ, является отсутствие объективных признаков раздражения брюшины, хотя при тяжелом течении некоторых из этих заболеваний все же возможно умеренное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки или небольшое ограничение участия живота в дыхании. Мало того, течение некоторых из перечисленных заболеваний (болезни Крона, язвенного колита, болезни Шенлейн–Геноха, грыж пищеводного отверстия диафрагмы и др.) со временем может осложниться формированием межкишечных абсцессов, спаек, перфораций кишечника, массивных внутрикишечных кровотечений, механической непроходимости кишечника, ущемлением грыж, т. е. развитием острой хирургической патологии – синдрома ОЖ [6, 10].

ЛИТЕРАТУРА

1. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот. Пер. с франц. М.-Л., 1940. 760 с.
2. Клиническая хирургия / Под ред. Р. Кондена и Л. Найхуса. Пер. с англ. М., 1998. 716 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. М., 1986. 322 с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М., 2006. 208 с.
5. Синченко Г. И. Хирургия острого живота. М., 2007. 512 с.
6. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. М., 2001. 556 с.
7. Губергриц А.Я. Непосредственное исследование больного. М., 1972. 375 с.
8. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром // Вестник РГМУ 2001. № 6. С. 7–13.
9. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. Донецк, 2000. 416 с.
10. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Руководство по гастроэнтерологии. М., 2001. 456 с.

Информация об авторе:

Струтынский Андрей Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО “Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова”.

Тел. 8 (495) 936-99-50, e-mail: strutin@mail.ru