Ключ — ЭКГ и состояние живота в динамике. Креатинфосфокиназа максимальна в первые сутки болезни. Через 16—20 часов повышается активность аспартатаминотрансферазы.

Значительные трудности имеют место при сочетании острого панкреатита и инфаркта миокарда.

Узелковый периартерит (болезнь Куссмауля-Майера) — системное поражение аллергической природы артерий среднего и мелкого калибра. Поражение артерий (четкообразные утолщения, иногда с тромбами и облитерацией просвета) с обязательным вовлечением микроциркуляторного русла носит сегментарный характер. Аллергизация, как пусковой фактор, вызывается различными экзо- и эндогенными факторами. Протекает тяжело с высокой летальностью. Абдоминальный синдром (по частоте после почечного и сердечного занимает третье место) обусловлен поражением артериол органов брюшной полости, ведущим к множественным ишемиям, кровоизлияниям, язвенно-некротическим изменениям. Стоит на третьем месте после поражения почек и сердца. Клиника полиморфна, зависит от локализации и глубины поражения. Тяжелые изменения в тонкой кишке. Нередки инфаркты поджелудочной железы, печени, селезенки.

Начинается с острых болей в животе на фоне гектической лихорадки, головной боли, крапивницы, анемии, лейкоцитоза. Могут сочетаться с тошнотой и рвотой. За счет разрывов аневризм артерий возникают желудочно-кишечные кровотечения. При перфорации развивается перитонит.

Диагноз базируется на полисиндромности и труден при изолированном абдоминальном проявлении. Помогает анамнез. Специфических лабораторных показателей нет. Эндоскопия при кровотечениях выявляет эрозивные и некротически-язвенные процессы слизистой. Ключ диагностики в биопсии. Важно думать и проводить гистологическое исследование артерий, хотя и оно не абсолютно.

Лечение зависит от осложнений. При их отсутствии лапаротомия ухудшает течение. При наличии нерфоративного перитонита, гангрены кишки — неотложная операция.

Острый гидронефроз и приступы печеночной колики сопровождаются интенсивными болями в пояснице и животе за счет растяжения почечной лоханки. Сложности у беременных и при ретроцекальном аппендиците. Помогает наличие почечного анамнеза и, прежде всего, колик с отхождением камней. Приступ почечной колики начинается внезапно, боль схваткообразная, сопровождается рвотой, вздутием живота. Боль из мочеочочника может быть постоянной. Иррадиация в пах, в яичко, во влагалище, дизурия (учащенное, болезненное мочеиспускание). Больной мечется. Со временем развивается гектическая лихорадка, озноб и другие симптомы септической интоксикации (головная боль, слабость). Помогает диагнозу обнаружение гематурии, наблюдающейся в 80—90% (отсутствует лишь при полной закупорке мочеочочника). Однако гематурия возможна и при ретроцекальном аппендиците.