

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)  
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

# **Абдоминальный болевой синдром**

Студент отделения «Лечебное дело»

гр. ЛД 42 Кириллин Григорий

**Якутск - 2018**

# Определение

- Абдоминальная боль — наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости, иногда — поражения близлежащих органов.
- Боль - спонтанное субъективное тягостное ощущение, возникающее вследствие поступления в ЦНС патологических импульсов с периферии.
- Боль — своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных или разрушающих раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме.
- Боль — психофизиологическая реакция организма, возникающая при сильном раздражении чувствительных нервных окончаний, заложенных в органах и тканях;

# Этиология абдоминальной боли

- Спазм гладкой мускулатуры полых органов и выводных протоков (пищевод, желудок, кишечник, желчный пузырь, желчевыводящие пути, проток поджелудочной железы и др.);
- Растяжение стенок полых органов и натяжение их связочного аппарата;
- Структурные изменения и повреждения органов (язвообразование, воспаление, некроз, опухолевый рост);

- Перфорация, пенетрация и переход воспалительных изменений на брюшину (перитонеальная боль).
- Ишемические или застойные нарушения кровообращения в сосудах брюшной полости (спазм, атеросклеротическое, врожденное или другого происхождения стенозирование ветвей брюшной аорты, тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов, застой в системе воротной и нижней полой вены, нарушения микроциркуляции и др.);

# Классификация абдоминальной боли

- **1) Патогенетическая классификация:**

- 1. Спастические боли :

- вызываются спазмом гладкой мускулатуры;

- возникают при органической патологии (печеночная, желудочная, почечная, панкреатическая, кишечная колики, спазм червеобразного отростка), при функциональных заболеваниях (синдром раздраженного кишечника), при отравлениях (свинцовая колика и т.д.);

— возникают внезапно и нередко так же внезапно прекращаются, т.е. имеют характер болевого приступа;

— при длительной спастической боли ее интенсивность изменяется — она уменьшается после применения тепла и антиспастических средств;

— сопровождаются типичной иррадиацией: в зависимости от места своего возникновения иррадиируют в спину, лопатку, поясничную область, нижние конечности;

— поведение больного характеризуется возбуждением и беспокойством, иногда он мечется в постели, принимает вынужденное положение;

— часто наблюдаются сопутствующие явления, которые вызываются по механизму висцеральных рефлексов (рвота, метеоризм, появление аритмий сердца, нарушение коронарного кровообращения и т.д.).

- 2. Боли от растяжения полых органов (отличаются ноющим или тянущим характером и часто не имеют четкой локализации).
- 3. Боли, зависящие от нарушения местного кровообращения :
  - ангиоспастические — отличаются приступообразностью;
  - стенотические — более медленное проявление, но и те и другие обычно возникают на высоте пищеварения («брюшная жаба»); в случае тромбоза или эмболии сосуда боль приобретает жестокий, нарастающий характер).

- 4. Перитонеальные боли:

- возникают внезапно или постепенно и длятся более или менее продолжительное время, стихают постепенно;

- отличаются более четкой локализацией; при пальпации можно обнаружить ограниченные болевые участки и точки;

- усиливаются от механического воздействия (при кашле, движении, пальпации);

- вызывают защитный рефлекс в виде выраженного напряжения мышц брюшной стенки;

- больной принимает вынужденное спокойное положение, избегая незначительных движений.

- 5. Отраженные боли (речь идет как об иррадиации болей, возникающих в пищеварительных органах, так и, напротив, об отражении боли в живот при заболевании других органов и систем):

# Классификация абдоминальной боли

Заболевания	Место иррадиации
Желчных путей	Правое плечо
Диафрагмы	Правое плечо
Двенадцатиперстной кишки	Спина
Поджелудочной железы	Спина
Почек и мочеточников	Паховая область, яички (половые губы)
Нижней части пищевода и кардиального отдела желудка	Грудная клетка, шея, челюсть, плечо

# По механизму возникновения боли:

- 1. Висцеральная боль — возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах, проводится симпатическими волокнами, как правило, бывает диффузной, плохо локализованной. Основные причины ее возникновения — внезапное повышение давления в полном органе и растяжение его стенки (в большинстве случаев), растяжение капсулы паренхиматозных органов, натяжение брыжейки, сосудистые нарушения. Появление висцеральной боли часто сопряжено с рефлекторными вегетативными реакциями (не приносящей облегчения рвотой, тахикардией или брадикардией, артериальной гипотензией).

- 2. Париетальная (соматическая) — боль, возникающая при вовлечении в патологический процесс брюшины, брюшной стенки, носит острый характер, четко локализована, сопровождается напряжением мышц брюшной стенки, усиливается при изменении положения тела, кашле.
- 3. Отраженная (иррадиирующая) — возникает при чрезмерной интенсивности импульса висцеральной боли (например, прохождение камня) или анатомическом повреждении органа (например, ущемление кишки), передается на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости. Так, при повышении давления в кишечнике возникает висцеральная боль, которая затем иррадиирует в спину, при билиарной колике — в спину, правую лопатку и плечо.

- 4. Психогенная боль — возникает при отсутствии висцеральной или соматической причин, или же последние играют роль пускового или предрасполагающего фактора. Особое место в ее возникновении принадлежит депрессии. Тесная связь депрессии с хронической абдоминальной болью объясняется общими биохимическими процессами, и в первую очередь недостаточностью моноаминергических (серотонинергических) механизмов. Основные признаки данного вида боли: длительность, монотонность, диффузный характер и сочетание с болями другой локализации (головная боль, боль в спине, во всем теле).

# Классификация по локализации

Область преимущественной локализации боли	Пораженные органы
Правое подреберье	Печень, ЖП, ЖВП, ДПК, головка ПЖ, печеночный угол ободочной кишки, необычно расположенный червеобразный отросток, правая почка и мочеточник, правое легкое и плевра;
Левое подреберье	Желудок, хвост ПЖ, селезенка, селезеночный угол ободочной кишки, левая почка и мочеточник, левое легкое и плевра;
Надчревная область	ПЖ, печень, ЖП, желудок, сальник, нижний отдел пищевода, органы грудной клетки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, неврит чревного сплетения;

<b>Область преимущественной локализации боли</b>	<b>Пораженные органы</b>
Правая подвздошная область	Аппендикс, терминальный отдел подвздошной кишки, слепой и восходящей ободочной кишок, правая почка и мочеточник, правые придатки матки;
Левая подвздошная область	Нисходящая и сигмовидная ободочная кишка, левая почка и мочеточник, левые придатки матки;
Околопупочная область	Тонкая кишка, поперечная ободочная кишка, червеобразный отросток, ПЖ, сосуды брюшной полости;
Паховая и лобковая область	Мочевой пузырь, женские половые органы, прямая кишка;

# Этиологическая классификация абдоминальных болей :

- 1. Интраабдоминальные причины:

- генерализованный перитонит: вторичный, развивающийся в результате перфорации полого органа, внематочной беременности, первичный (бактериальный и небактериальный);

- воспаление определенных органов: аппендицит, холецистит, холангит, дивертикулит, язвенная болезнь, гастродуоденит, гастроэнтерит и колит, панкреатит, воспаление органов малого таза, пиелонефрит, гепатит, лимфаденит;

— обструкция полого органа: интестинальная, билиарная, маточная, аорты, мочевыводящих путей;

— ишемические нарушения: мезентериальная ишемия, инфаркты кишечника, селезенки, печени, перекрыты органов (желчного пузыря, яичников, кишечных петель и т.д.);

— другие: синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия, отмена наркотиков, синдром Мюнхгаузена, пурпура Шенлейна — Геноха, гемолитическая анемия, свинцовая интоксикация.

- 2. Экстраабдоминальные причины, т.е. иррадиирующие боли при заболеваниях, локализующихся вне брюшной полости (псевдоабдоминальный синдром (ПАС) — симптомокомплекс, включающий проявления, напоминающие клиническую картину «острого живота», но формирующийся патологией других органов — сердца, легких, плевры, эндокринных органов, а также в результате интоксикации, некоторых форм отравлений и др.):

— заболевания органов грудной полости: пневмонии, ишемия миокарда, эмболия легочной артерии, пневмоторакс, плеврит, заболевания пищевода;

— неврогенные: Herpes zoster, заболевания позвоночника, сифилис, полиневрит;

— метаболические нарушения: сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, токсический зоб, уремия, порфирия;

— воздействие токсинов: укусы насекомых, отравление ядами.

# Классификация абдоминальных болей по скорости развития:

- Абдоминальные боли подразделяются на острые, развивающиеся, как правило, быстро, реже — постепенно и имеющие небольшую временную продолжительность (минуты, редко несколько часов), и хронические, для которых характерно постепенное нарастание или рецидивирование на протяжении недель или месяцев .

# Клиническая картина

- **К опасным симптомам, требующим решения вопроса о неотложном вмешательстве, относятся:** головокружение, слабость, апатия; артериальная гипотония, тахикардия; видимое кровотечение; лихорадка; повторная рвота; нарастающее увеличение объема живота; отсутствие отхождения газов, перистальтических шумов; усиление боли в животе; напряжение мышц брюшной стенки; положительный симптом Щеткина — Блюмберга; обмороки во время акта дефекации.

# Диагностика

- 1. У всех женщин репродуктивного возраста необходимо провести биохимический тест на определение беременности.
- 2. Анализ мочи помогает диагностировать инфекцию мочеполового тракта, пиелонефрит и уролитиаз, однако является неспецифичным (например, при остром аппендиците может выявиться пиурия).
- 3. При воспалении, как правило, имеется лейкоцитоз (например, при аппендиците, дивертикулите), однако нормальный анализ крови не исключает наличия воспалительного или инфекционного заболевания.
- 4. Результаты исследования функциональных печеночных тестов, амилазы и липазы могут указывать на патологию печени, желчного пузыря или поджелудочной железы.

- 5. Методы визуализации:
- — при подозрении на заболевание билиарного тракта, аневризму брюшной аорты, внематочную беременность или асцит методом выбора является УЗИ брюшной полости;
- — КТ органов брюшной полости довольно часто позволяет поставить правильный диагноз (нефролитиаз, аневризма брюшной аорты, дивертикулит, аппендицит, мезентериальная ишемия, кишечная непроходимость);
- — обзорная рентгенография брюшной полости применяется только для исключения перфорации полого органа и кишечной непроходимости;
- — ЭКГ для исключения ишемии миокарда.

# Дифференциальная диагностика

- **Прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки** — больной внезапно ощущает чрезвычайно резкую боль в эпигастральной области, которую сравнивают с болью от удара кинжалом. Вначале боль локализуется в верхних отделах живота и справа от средней линии, что характерно для прободения язвы двенадцатиперстной кишки. Вскоре боль распространяется по всей правой половине живота, захватывая правую подвздошную область, а затем — по всему животу. Характерная поза больного: лежит на боку или на спине с приведенными к животу нижними конечностями, согнутыми в коленях, охватив руками живот, или принимает коленно-локтевое положение. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, в более позднем периоде — развитие локального перитонита. Перкуторно определяется отсутствие печеночной тупости, что указывает на наличие свободного газа в брюшной полости.

- **Острый холецистит** — характеризуется повторяющимися приступами острых болей в правом подреберье, которые сопровождаются повышенной температурой тела, многократной рвотой, иногда — желтухой, что нехарактерно для прободной язвы желудка. Когда развивается картина перитонита, дифференциальная диагностика затруднена, распознать его причину в этот период помогает видеоэндоскопическая техника. Однако при объективном исследовании живота удастся пальпировать напряженные мышцы лишь в правой подвздошной области, где иногда определяется увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. Отмечаются положительный симптом Ортнера, френикус-симптом, высокий лейкоцитоз, частый пульс.

- **Острый панкреатит** — началу заболевания предшествует употребление жирной обильной пищи. Внезапно возникшие острые боли носят опоясывающий характер, сопровождаются неукротимой рвотой желудочным содержимым с желчью. Больной кричит от боли, не находит покойного положения в постели. Живот вздут, напряжение мышц как при прободной язве, перистальтика ослаблена. Наблюдаются положительные симптомы Воскресенского и Мэйо — Робсона. В биохимических анализах крови — высокий показатель амилазы, иногда — билирубина. При видеоэндолапароскопии обнаруживаются бляшки жирового некроза на брюшине и в большом сальнике, геморрагический выпот, поджелудочная железа с кровоизлияниями черного цвета.

- **Печеночная и почечная колики** — острые боли носят схваткообразный характер, на лицо клинические проявления желчнокаменной или мочекаменной болезни.
- **Острый аппендицит** необходимо дифференцировать с прободной язвой. Так как при прободной язве желудочное содержимое спускается в правую подвздошную область, оно вызывает резкую боль в правой подвздошной области, эпигастрии, напряжение передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.
- **Нижнедолевая пневмония и плеврит** — иногда могут давать клиническую картину абдоминального синдрома, однако при обследовании выявляются все признаки воспалительного заболевания легких.

- **Тромбоэмболия мезентериальных сосудов** — характеризуется внезапным приступом боли в животе без определенной локализации. Больной беспокоен, мечется в постели, быстро развиваются интоксикация и коллапс, появляется жидкий стул с примесью крови. Живот вздут без напряжения передней брюшной стенки, перистальтика отсутствует. Пульс частый. Выявляется порок сердца с мерцательной аритмией. Нередко в анамнезе есть указание на эмболию периферических сосудов ветвей аорты. Во время диагностической видеоэндолапароскопии обнаруживаются геморрагический выпот и некротические изменения петель кишечника.

- **Расслаивающая аневризма брюшной аорты** — встречается у людей пожилого возраста с выраженным атеросклерозом. Начало расслоения проявляется внезапно возникшей болью в эпигастрии. Живот не вздут, однако мышцы передней брюшной стенки напряжены. Пальпаторно в брюшной полости определяется болезненное опухолевидное пульсирующее образование, над которым выслушивается грубый систолический шум. Пульс учащен, артериальное давление снижено. Пульсация подвздошных артерий ослаблена или отсутствует, конечности холодные. При вовлечении в процесс бифуркации аорты и устья почечных артерий выявляются признаки острой ишемии, наступает анурия, быстро нарастают явления сердечной недостаточности.

# Лечение

- Основные направления купирования болевого абдоминального синдрома:
- — этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания;
- — нормализация моторных расстройств;
- — снижение висцеральной чувствительности;
- — коррекция механизмов восприятия боли.

- Релаксанты гладкой мускулатуры пищеварительного тракта применяют для снижения сократительной активности гладких мышц, устранения спазма и восстановления нормального транзита. Поскольку сократительная активность гладких мышц опосредована парасимпатической нервной системой, применение М-холиноблокаторов обоснованно и достаточно эффективно. Однако неселективные М-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, метацин) обладают системным эффектом, поэтому имеют целый ряд побочных действий, что не позволяет применять их широко и курсами. Из селективных М-холиноблокаторов применяется скополамина бутилбромид п/к, в/м или в/в по 2–4 мл 2–3 раза в сут., внутрь по 10–20 мг 3–5 раз в сут.

- Миотропные спазмолитики прямого действия (папаверин, дротаверин) широко применяются для купирования спазмов и абдоминальной боли. Дротаверин (но-шпа) – более сильный спазмолитик по сравнению с папаверином. Однако при синдроме раздраженной кишки с абдоминальной болью, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, заболеваниях желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди доза дротаверина должна быть увеличена до 80 мг.

- Выраженным спазмолитическим действием и антиспастической активностью обладает селективный по отношению к гладким мышцам пищеварительного тракта мебеверина гидрохлорид. В отличие от М-холиноблокаторов (атропина, платифиллина, метацина) мебеверин не оказывает атропиноподобных эффектов и может применяться у пациентов с глаукомой и аденомой предстательной железы. Препарат в 20–30 раз эффективнее папаверина по способности релаксировать сфинктер Одди. Мебеверина гидрохлорид показан при симптоматическом лечении болей в области живота (дискинезии, хронические холециститы, панкреатиты, пептическая язва при спазме привратника и отсутствии дуоденогастрального и гастродуоденального рефлюкса, синдром раздраженного кишечника, хронические язвенные и неязвенные колиты, болезнь Крона, функциональная абдоминальная боль). Препарат обладает пролонгированным действием, назначается по 1 капс. (200 мг) 2 раза в день утром и вечером за 20 мин до еды.

- Селективный блокатор кальциевых каналов гладких мышц пищеварительного тракта пинаверия бромид эффективен для купирования функциональной боли и спазмов на любом уровне пищеварительного тракта. Назначают его по 50–100 мг 3 раза в день. Аналогичным действием обладает отилония бромид — по 40 мг 2–3 раза в день.
- При снижении двигательной активности или дискоординации по смешанному типу используют прокинетики. Моторные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта хорошо корригируют блокаторы допаминовых рецепторов — метоклопрамид или более активный домперидон. Метоклопрамид назначают внутрь по 10 мг 3–4 раза в сут., в острый период — в/в или в/м 10–20 мг 1–2 раза в сут. Домперидон — внутрь по 20 мг 3–4 раза в сут. за 10–30 мин до еды и перед сном.

- В качестве корректоров механизмов восприятия боли целесообразно использовать ненаркотические анальгетики, в частности нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), при выборе препарата важно учитывать его профиль гастроинтестинальной безопасности. Использование селективных ингибиторов ЦОГ-2 не всегда позволяет достичь адекватного анальгетического эффекта. В арсенале врача в последнее время появился анальгетик нового поколения дексалгин, который является правовращающим изомером самого мощного анальгетика группы НПВП — кетопрофена. Дексалгин обладает быстрым и выраженным обезболивающим эффектом, при этом профиль гастроинтестинальной безопасности сопоставим с селективными ингибиторами ЦОГ-2. Метаболизируется преимущественно посредством связывания с глюкуроновой кислотой с последующим выведением почками.

- Так как дексалгин не взаимодействует с системой цитохрома Р450, следовательно, он не влияет на метаболизм других лекарств, что позволяет комбинировать его с другими препаратами. Назначается в разовой дозе 50 мг (2 мл) в/в струйно или в/м, максимальная суточная доза 150 мг. Также возможно использовать пероральную форму дексалгина 25 мг (1 табл.), максимальная суточная доза 75 мг, что значительно расширяет возможность его использования как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. При необходимости, в случае интенсивного болевого абдоминального синдрома, дексалгин может быть назначен в сочетании с опиоидными анальгетиками. Такая терапия позволяет не только уменьшить дозу используемого наркотического анальгетика, значительно сократить общую потребность в нем, но и снизить риск развития побочных эффектов опиоидов.

# Другие мероприятия при абдоминальной боли:

- — при нестабильности гемодинамики необходима регидратация изотоническим раствором натрия хлорида; необходимость такой инфузии имеется всегда при желудочно-кишечном кровотечении (при шоке — инфузия симпатомиметиков);
- — назогастральный зонд — при неукротимой рвоте или кишечной непроходимости;
- — симптоматическая терапия тошноты и рвоты: прометазин внутрь после еды по 25 мг 2–3 раза в сут.; ондансетрон (при химиотерапии рака) 8 мг в/в медленно с последующим применением 8 мг внутрь с интервалом 12 часов;
- — эмпирическая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (эффективными в отношении грамотрицательной и анаэробной флоры);
- — при необходимости — консультация хирурга и гинеколога.