

СИНДРОМ БОЛЕЙ В
ЖИВОТЕ.
ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ

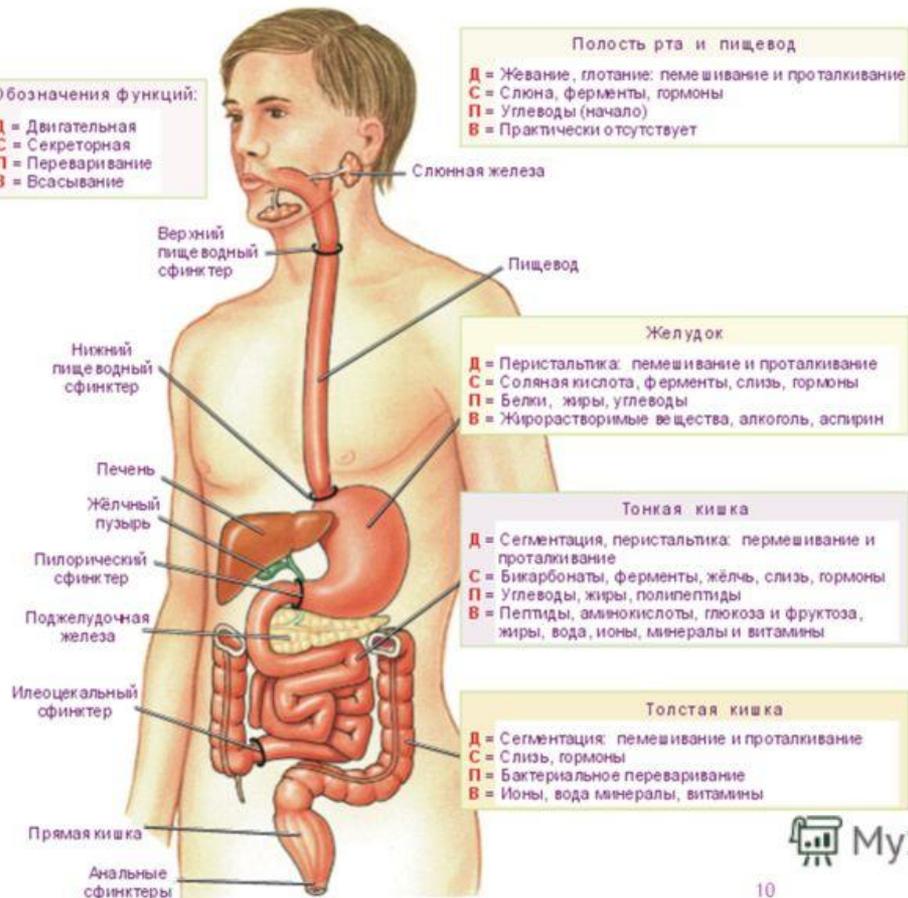
Кафедра внутренних болезней №3

Особенности анатомии и физиологии ЖКТ

- Отличительное свойство эпителия ЖКТ – выраженная способность к всасыванию и секреции, поддержание защитного барьера, быстрое обновление (каждые 24-72 часа)
- Сложная координированная моторика ЖКТ (нервная и эндокринная), направленная на продвижение химуса, его перемешивание и т. д.

Обозначения функций:

- Д** = Двигательная
- С** = Секреторная
- П** = Переваривание
- В** = Всасывание



Классификация абдоминальной боли

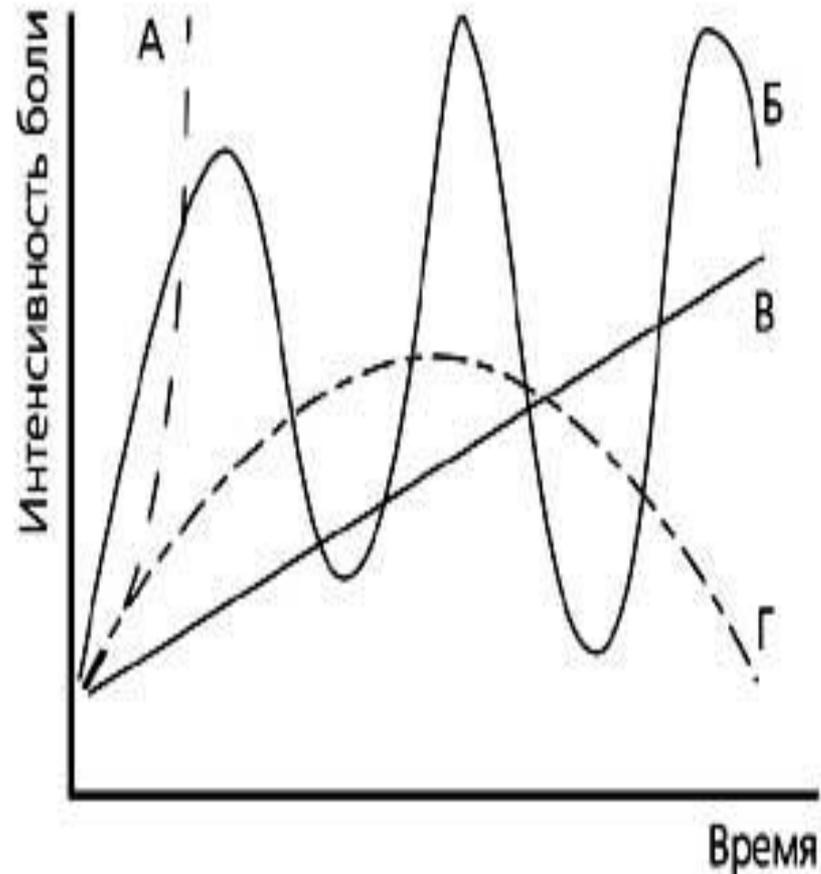
По нейропатологической природе и характеру проведения :

- Висцеральная
- Parietalная (соматическая , перитонеальная, соматоперитонеальная)
- Отраженная (референтная)

По длительности и течению

- Острая «хирургическая» («острый живот»)
- Острая «не хирургическая»
- Хроническая органическая
- Хроническая функциональная

При острых катастрофах в брюшной полости, например при разрыве аневризмы аорты, интенсивность боли с самого начала очень высока и стремительно нарастает (кривая А на рис. 3). Для больных с острыми коликами в животе (билиарной, кишечной, почечной) характерна схваткообразная боль, которая то усиливается, то ослабевает на протяжении небольшого промежутка времени (кривая Б). Изначально это боль висцеральная, но с высоким риском трансформации в париетальную. При этом она приобретает прогрессирующий или постоянный характер, например в случаях развития острого холецистита или аппендицита (кривая В). Напротив, хроническая висцеральная боль имеет приступообразное течение – медленно нарастает и затем постепенно утихает (кривая Г), что характерно для обострения язвенной болезни, хронического панкреатита и т. п.[]



По ведущему патологическому процессу

- Воспалительная
- Сосудистая
- Ишемическая
- Обструктивная
- Ретенционная
- Дистензионная
- Онкологическая
- Неврологическая
- Травматическая
- Двигательная – гиперкинетическая, гипокинетическая, атоническая

По синдрому поражения определенного органа

- Пищеводная боль
- Язвенная боль
- Билиарная колика
- Панкреатическая боль
- Кишечная колика
- Почечная колика
- Гинекологическая боль
- Прокталгия
- Брюшная жаба

Всех больных с болью в животе можно условно разделить на две группы:

- - У больных первой группы имеются клиническая картина острого живота и отчетливые симптомы раздражения брюшины. Если другие результаты обследования подтверждают диагноз (например, свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме при перфоративной язве желудка), **необходимо срочное хирургическое вмешательство;**
- - Ко второй группе относят больных, чье состояние требует госпитализации для уточнения диагноза и последующего хирургического вмешательства (пример: боль в правом подреберье - желчнокаменная болезнь, подтвержденная УЗИ, - операция в течение 24-48 часов после поступления в клинику).

Основная цель первичного физикального исследования - установить, к какой группе относится данный больной.

Самые частые причины острой боли в животе у взрослых

- - острый аппендицит (31% случаев);
- - кишечная, почечная и желчная колики (29%);
- - у взрослых и детей - острый аппендицит (21%);
- - мезаденит (16%).

Самые частые причины хронической боли в животе:

- повреждения мышц живота или поясницы (16%);
- - синдром раздраженной кишки (12%);
- - гинекологические заболевания (8%);
- - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжи пищевода и отверстия диафрагмы (8%);
- - в 50% случаев причина хронической боли в животе остается невыясненной.

Симптомы, сопровождающие абдоминальную боль и указывающие на необходимость срочных диагностических мероприятий

- головокружение, повторная рвота без видимой причины,
- нарастающее вздутие живота, усиление боли в животе,
- выраженная слабость, апатия, бледность, холодный пот, артериальная гипотония, мерцательная аритмия или тахикардия,
- лихорадка, напряжение мышц передней брюшной стенки,
- обмороки во время дефекации (признак внутрибрюшного кровотечения),
- олигурия
- Боль, остро возникшая и сохраняющаяся 6 и более часов

Дифференциальная диагностика при хронической и рецидивирующей боли в животе у взрослых

- Самые частые причины хронической и рецидивирующей боли в животе у взрослых :
- - синдром раздраженной кишки;
- - овуляторная боль;
- - гастрит;
- - язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки;
- - повреждения мышц передней брюшной стенки и поясницы.
- - опасные заболевания : злокачественные новообразования (рак желудка, толстой кишки, поджелудочной железы, яичников), сердечно-сосудистые заболевания (хроническое нарушение мезентериального кровообращения, аневризма брюшной аорты), тяжелые инфекции (вирусные гепатиты, хронические воспалительные заболевания женских половых органов).
- - психические нарушения и симуляция.
- - Весьма вероятны ипохондрический невроз, тревожные и сексуальные расстройства

Расспрос больных с хронической абдоминальной болью

- 1. Покажите, где болит.
- 2. Болит ли здесь с самого начала, или боль появилась в другом месте?
- 3. Боль постоянная или схваткообразная?
- 4. Какова приблизительная интенсивность боли (по десятибалльной шкале)?
- 5. Была ли раньше такая боль?
- 6. Что еще беспокоит, помимо боли?
- 7. Что усиливает боль? Что уменьшает?
- 8. Какое влияние на боль оказывают пища, молоко, пищевая сода, антациды?
- 9. Есть ли ознобы, потливость, боль при мочеиспускании?
- 10. Не было ли поноса или запора, крови в кале?
- 11. Не было ли нарушений мочеиспускания?

- 12. Не изменялся ли цвет мочи?
- 13. Перечислите лекарственные средства, которые вы принимаете.
- 14. Принимаете ли вы ацетилсалициловую кислоту (аспирин♠) и сколько?
- 15. Курите ли вы, сколько сигарет в день? Употребляете ли кокаин, героин, спиртное?
- 16. Пьете ли вы молоко?
- 17. Не были ли вы недавно в других странах?
- 18. Нет ли похожих симптомов у ваших родственников?
- 19. Есть ли у вас грыжи?
- 20. Какие операции вы перенесли? Был ли у вас аппендицит?
- 21. Какова продолжительность менструального цикла? Не было ли задержек менструаций?

План физикального обследования

- оценка общего состояния, осмотр полости рта,
- оценка основных физиологических показателей (пульс, температура тела, АД, частота дыхания).
- При боли в эпигастрии - исследование сердца и легких, особенно если нет признаков поражения органов брюшной полости.
- Исследование живота - осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация (исследование проводят в положении лежа на спине, живот обнажен полностью).
- Исследование слабых мест брюшной стенки, исследование пульса на бедренных артериях.
- Исследование грудного и поясничного отделов позвоночника (при подозрении на остеохондроз или остеоартроз).
- У мужчин - ректально, у женщин - гинекологическое исследование
- Поиск отдельных симптомов : Мерфи (болезненность на высоте вдоха при пальпации желчного пузыря, наблюдается при остром холецистите), симптомы поясничной и запирательной мышц и др.

Инструментальное обследование (ультразвуковое исследование)

- «Поисковый осмотр – поэтажно» (верхняя, средняя, нижняя часть живота). При этом определяется патология желчного пузыря, поджелудочной железы; свободная жидкость в брюшной полости; определение диаметра сосудов – нижняя полая вена, аорта; определить патологию почек (камни, в т.ч. мочеточника, карбункул почки) или отвергнуть ее; установить патологию матки, придатков, какие-то редкие изменения и т.д.
- Учитывая результаты поискового осмотра, следует осуществить детальное изучение патологического очага. При определенной клинической ситуации возможно осуществление поиска абсцессов, подпеченочных и надпеченочных инфильтратов и гнойников. При наличии желтухи – установить ее характер (механическая, паренхиматозная; если имеется гепатомегалия, то определить или отвергнуть «застойный» ее характер.

- «неотложная лапароскопия». Метод позволяет провести дифференциальную диагностику острого аппендицита, острого холецистита, прободной гастродуоденальной язвы, острого панкреатита, инфаркта кишечника, острых заболеваний органов малого таза. При этом, если есть показания, одновременно может быть проведено дренирование брюшной полости, сальниковой сумки,

Эзофагогастродуоденоскопия

показания :

- Диспепсия, особенно для лиц старше 40 лет
- Кровавая рвота
- Потеря массы тела
- ЖДА
- Диарея

Возможна диагностическая и терапевтическая (паллиативное лечение рака, дилатация стриктур пищевода, склеротерапия вен пищевода и кардии, диатермо и лазерная коагуляция язв слизистой оболочки) ЭГДС с биопсией

Лабораторная диагностика

- ОАК –лейкоцитоз, лейкоцитарная формула, анемия
- ОАМ – гематурия, лейкоцитурия, протеинурия
- Активность амилазы и липазы сыворотки

Инструментальные методы «первой ступени» для уточнения причин абдоминальной боли

Рентгеноскопия грудной клетки : боль в верхних отделах живота, усиливающаяся при дыхании, одышка

ЭКГ : сочетание боли и одышки, нарушения серд. ритма; М старше 40 лет, Ж старше 55 лет; наличие факторов риска :АГ, гиперхолестеринемия, курение, инфаркт и инсульт в анамнезе

Обзорная рентгенография брюшной полости : картина «острого живота», приступы боли по типу колики, признаки кишечной непроходимости

ЭГДС : Боль по типу желудочной диспепсии(связь с приемом пищи, ассоциация с тошнотой. Рвотой, отрыжкой, изжогой)

УЗИ,ОАМ: сочетание боли и лихорадки с ознобом, боль по типу почечной колики, желчной колики

Сигмоскопия : сочетание боли с дефекацией и нарушением стула

Колоноскопия : сочетание боли с дефекацией и нарушением стула, возраст больного старше 40 лет, отягощенный семейный анамнез

Лапароскопия : неясные причины боли

Консультация мед. психолога : при исключении органической причины боли

Хроническая функциональная боль в животе

- Хроническая боль, которая беспокоит пациента не менее 3 мес., периодически ослабевающая и усиливаясь, и не находит объяснения при самом тщательном обследовании больного
- Развивается в возрасте до 50 лет и сопровождает течение таких заболеваний, как функциональная диспепсия, ДЖВП, СРК
- Благоприятный прогноз в отношении жизни пациента, но существенно ухудшает качество жизни
- Диагноз исключения

Признаки, исключающие диагноз хронической функциональной боли в животе

- Немотивированная потеря массы тела
- Ночные боли
- Начало заболевания в возрасте старше 50 лет
- Лихорадка
- Любые изменения, выявленные при физикальном осмотре (гепатомегалия, спленомегалия, увеличение л\узлов и т.д), лабораторных и инструментальных исследованиях

Диспепсия

- **Диспепсия** - термин, в широком смысле слова, включающий большинство субъективных проявлений болезней органов желудочно-кишечного тракта, обусловленных нарушением процессов пищеварения. Термин диспепсия имеет греческое происхождение (δυσπεψία — нарушение переваривания) и означает "нарушение пищеварения".
- **Диспепсия** в широком понимании - это боли тупого, сверлящего или жгущего характера, локализованные в эпигастральной области ближе к срединной линии и чувство дискомфорта (тяжесть, переполнение, вздутие, тошнота, изжога, отрыжка). Диспепсия может проявляться как нарушение пищеварения.

- Синдром диспепсии в соответствии с определением Комитета по функциональным заболеваниям Всемирного конгресса гастроэнтерологов (1991) представляет собой комплекс расстройств, включающий боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу.
- В дальнейшем в 1999 г. диспепсию с изжогой отнесли к ГЭРБ, а боли или дискомфорт в животе, сочетающийся с нарушениями дефекации, — к СРК

Классификация

- ▣ **Диспепсия с установленной причиной (органическая).**
- ▣ Может наблюдаться при язвенной болезни, заболеваниях поджелудочной железы, желчного пузыря и при других органических заболеваниях. Органические причины диспепсии обнаруживаются у 40% больных.
 - ▣ **Диспепсия без установленной причины (функциональная диспепсия).**
- ▣ Согласно Римским критериям-2 (1999 г.), к функциональной диспепсии относят клинические проявления, развившиеся вследствие нарушений моторики желудка и 12пк, не связанные с какой-либо органической патологией и наблюдающиеся на протяжении более 12 недель (не менее 12 недель на протяжении 12 месяцев). При функциональной диспепсии отсутствует связь болей и дискомфорта с нарушениями функции кишечника.

Патогенез функциональной диспепсии (ФД)

- ФД - заболевание, обусловленное нарушением нейрогуморальной регуляции моторной функции, в данном случае верхних отделов пищеварительного тракта, желудка и двенадцатиперстной кишки. Нарушения могут локализоваться на любом уровне регуляторной системы: местном (нервная система желудка и кишечника, рецепторный аппарат, энтероэндокринные клетки), периферическом (проводящие пути) и центральном (головной мозг, включая кору больших полушарий). Собственно моторные нарушения сводятся к снижению аккомодации дна и тела желудка к поступающей в них пище, задержке опорожнения желудка в результате гипомоторики его антрального отдела и нарушения моторики двенадцатиперстной кишки. По существу, имеет место дискоординация работы регуляторных звеньев различного уровня, что приводит к дискинезии подчиненных органов.
- Ключевую роль у многих больных в развитии функциональной диспепсии играет висцеральная гиперчувствительность. Именно она обуславливает и нарушения аккомодации желудка и нарушение эвакуации из него содержимого. Однако только этим нарушения не ограничиваются — страдает весь регуляторный каскад.

Симптомы, входящие в синдром диспепсии и их определение

- **Боль в эпигастральной области** – ощущения, локализованные между нижним краем грудины и пупком по срединной линии. Боль субъективно воспринимают как интенсивное неприятное ощущение, некоторые пациенты могут чувствовать как бы повреждение тканей. При расспросе пациента необходимо отличать боль от чувства дискомфорта и других ощущений

- **Жжение в эпигастральной области** - ощущения, локализованные между нижним краем грудины и пупком по срединной линии. Субъективно воспринимается как чувство жара
- **Чувство переполнения после еды** – неприятное ощущение, будто пища длительно задерживается в желудке
- **Чувство быстрого насыщения** – ощущение, что желудок переполнен вскоре после начала приема пищи, независимо от ее количества; невозможность дальнейшего приема пищи

Лечение функциональной диспепсии

- Лечение причины, которая привела к развитию.
- Коррекция психоневрологического статуса. Ликвидация провоцирующих факторов. Лечение сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение функциональных нарушений.
- Коррекция нарушенной моторики органов пищеварения.
- Коррекция нарушений, вызванных нарушением моторики.
- Обязательным компонентом терапии функциональной диспепсии является нормализация вегетативного статуса и психоэмоционального состояния, консультация психоневролога, психолога.

- Определение термина «диспепсия» за последние десятилетия претерпело значительную эволюцию. Традиционно под диспепсией в отечественной медицине подразумевали т. н. алиментарную диспепсию, в наибольшей степени соответствующую переводу данного термина (греч. δυσπεψία — нарушение переваривания), т. е. несоответствие возможностей пищеварительных ферментов объему и/или составу принимаемой пищи. Понятие «алиментарная диспепсия» наиболее часто использовалось в педиатрической практике применительно к детям первого года жизни, однако правомочно для описания состояния пациентов любого возраста.
- В конце XX века в отечественной литературе появилось новое, пришедшее из западной практики, понимание диспепсии.

- **Синдром диспепсии** сегодня представляет собой понятие предварительное, используемое на начальных этапах диагностики или при невозможности проведения углубленного диагностического процесса. В случае дальнейшего обследования он может быть расшифрован в органическую диспепсию, т. е. гастрит, язвенную болезнь и т. д., или в диспепсию функциональную, относящуюся к функциональным нарушениям органов пищеварения. По существу, в настоящее время под функциональной понимают те случаи диспепсии, когда при тщательном гастроэнтерологическом обследовании ее причину установить не удастся. В основе функциональной диспепсии лежат двигательные расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки в результате нарушения нервной и/или гуморальной регуляции, в т. ч. обусловленные висцеральной гиперчувствительностью [1].

- **Функциональная диспепсия** (МКБ-10, XI, K30), в соответствии с Римскими критериями III, — симптомокомплекс, выделяемый у взрослых и детей старше одного года и включающий в себя боли, дискомфорт или чувство переполнения в подложечной области, связанное или не связанное с приемом пищи или физическими упражнениями, раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, срыгивание, непереносимость жирной пищи и др., суммарной продолжительностью не менее 3 месяца за последние 6 месяцев, при котором в процессе обследования не удается выявить какое-либо органическое заболевание. Функциональная диспепсия — персистирующие или повторные приступы болей в животе или дискомфорта в области верхних отделов живота, не проходящие после дефекации и не связанные с изменениями характера стула или его частоты, без признаков воспалительных, метаболических, анатомических или неопластических нарушений и процессов, которые могли бы объяснить данную симптоматику.

