

Абдоминальные боли

Группа: 720-ВОП
Дайындаған: Үдербай А.

- **Абдоминальная боль** - наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости, иногда — поражения близлежащих органов.
- Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) дано следующее определение этого понятия: боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах данного повреждения. Иными словами, боль — важнейший сигнал о повреждении тканей, поступающий в ЦНС, и постоянно действующий регулятор гомеостатических реакций.



Рисунок 1

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;*
- — *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.);
- — *структурные изменения и повреждения органов* (язвообразование, воспаление, некроз, опухолевый рост);
- — *перфорация, пенетрация и переход воспалительных изменений на брюшину* (перитонеальная боль).

КЛАССИФИКАЦИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

- **1. Спастические боли (колики):**
 - — 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;
- **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 наиболее покойное 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)

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 органы (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.

Экстраабдоминальные причины

- 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. (в межпредсердной и межжелудочковой перегородке)

Нехирургические» причины болей в животе

Таблица 3

Локализация или источник болей	Заболевания
Система органов дыхания	Пневмония, плеврит, грипп, тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт-пневмония, спонтанный пневмоторакс
Сердечно-сосудистая система	Ишемия и инфаркт миокарда, застойная (правожелудочковая) сердечная недостаточность, перикардит, узелковый полиартериит, системная красная волчанка
Мочеполовая система	Почечная или мочеточниковая колика, пиелонефрит, цистит, эпидидимит, острая задержка мочи
Система органов пищеварения	Гастрит, пищевые отравления, бактериальный или вирусный гастроэнтерит, непереносимость лактозы, мезентериальный лимфаденит, запор, синдром раздраженной кишки, кистозный фиброз поджелудочной железы
Кроветворная система	Лейкоз, кризы при серповидно-клеточной болезни, гемолитический уремический синдром
Заболевания опорно-двигательного аппарата и нейромышечные расстройства	Опоясывающий лишай, грыжа межпозвоночного диска, опухоли и опухолевидные образования спинного мозга, синдром ущемления нервов, периостит лонной кости
Метаболические и эндокринные нарушения	Диабетический кетоацидоз, отравления свинцом, надпочечниковая недостаточность, порфирия, первичный гиперпаратиреозидизм, тиреотоксический криз, электролитные нарушения, гиперлиппротеидемия I и V типов, синдром отмены при употреблении наркотиков
Инфекционные заболевания	Малярия, брюшной тиф, сифилис, первичный перитонит, гепатит, трихинеллез, аскаридоз, ревматическая лихорадка, болезнь Уиппла

● Хирургические» причины болей в животе

Таблица 4

Характер, темп развития	Причины (болезни)
Мгновенно возникающие, интенсивные, мучительные боли	Перфоративная язва Разрыв аневризмы крупного сосуда Желчные или почечные колики (при прохождении камней) Инфаркт миокарда
Быстро возникающие (в течение нескольких минут) интенсивные боли постоянного характера	Острый панкреатит Полная кишечная непроходимость Тромбоз мезентериальных сосудов
Постепенно возникающая абдоминальная боль (может длиться часами)	Острый холецистит Дивертикулит Острый аппендицит
Интермиттирующая и коликообразная боль (может длиться часами)	Подострый панкреатит на ранних стадиях развития Механическая тонкокишечная непроходимость

Таблица 1

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

Таблица 2

Область преимущественной локализации боли	Пораженные органы
Правый верхний отдел живота (правое подреберье)	Печень, желчный пузырь, желчевыводящие пути, двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной железы, печеночный угол ободочной кишки, необычно расположенный червеобразный отросток, правая почка и мочеточник, правое легкое и плевра
Левый верхний отдел живота (левое подреберье)	Желудок, поджелудочная железа (хвост), селезенка, селезеночный угол ободочной кишки, левая почка и мочеточник, левое легкое и плевра
Под мечевидным отростком (надчревная область)	Поджелудочная железа, печень, желчные пути, желудок, сальник, нижний отдел пищевода, органы грудной клетки (трансференция боли), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, неврит чревного сплетения
Правая нижняя половина живота (правая подвздошная область)	Аппендикс, терминальный отдел подвздошной кишки, слепой и восходящей ободочной кишок, правая почка и мочеточник, правые придатки матки
Левая нижняя половина живота (левая подвздошная область)	Нисходящая и сигмовидная ободочная кишка, левая почка и мочеточник, левые придатки матки
Околопупочная область	Тонкая кишка, поперечная ободочная кишка, червеобразный отросток (медиальное расположение), поджелудочная железа, сосуды брюшной полости
Паховая и лобковая области	Мочевой пузырь, женские половые органы, прямая кишка

К опасным симптомам, требующим решения вопроса о неотложном хирургическом 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 АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ

- **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 со провождаются 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 удается 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, налицо 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.
- **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.
- **Нижнедолевая пневмония и плеврит** — иногда могут давать клиническую картину абдоминального синдрома, однако при обследовании выявляются все признаки воспалительного заболевания легких.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

- 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.

- **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.

- **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.

Таблица 6

I степень	
Боли в животе при функциональной (неязвенной) диспепсии, синдроме раздраженного кишечника легкого течения, дисфункции сфинктера Одди, обострении желчнокаменной болезни и др.	<ul style="list-style-type: none"> — Дротаверин (неселективный миотропный спазмолитик) — мебеверин (селективный миотропный спазмолитик, блокатор натриевых каналов) — пинаверия бромид (селективный блокатор кальциевых каналов) — гиосцина бутилбромид (высоко-селективный М-холиноблокатор)
II степень	
Боль длительная, интенсивная и усиливающаяся, нарушается ее восприятие: синдром раздраженного кишечника среднего и тяжелого течения, дисфункция или стеноз сфинктера Одди, обострение желчнокаменной болезни или хронического панкреатита и др.	К терапии присоединяют: <ul style="list-style-type: none"> — блокаторы серотониновых рецепторов; — НПВП; — ненаркотические анальгетики, психотропные средства
III степень	
Боли сильные, интенсивные и устойчивые к лечению: хронический панкреатит тяжелого течения, хронические заболевания кишечника, онкологическая патология и др.	В терапии применяются: <ul style="list-style-type: none"> — психотропные средства; — ненаркотические анальгетики; — наркотические средства