

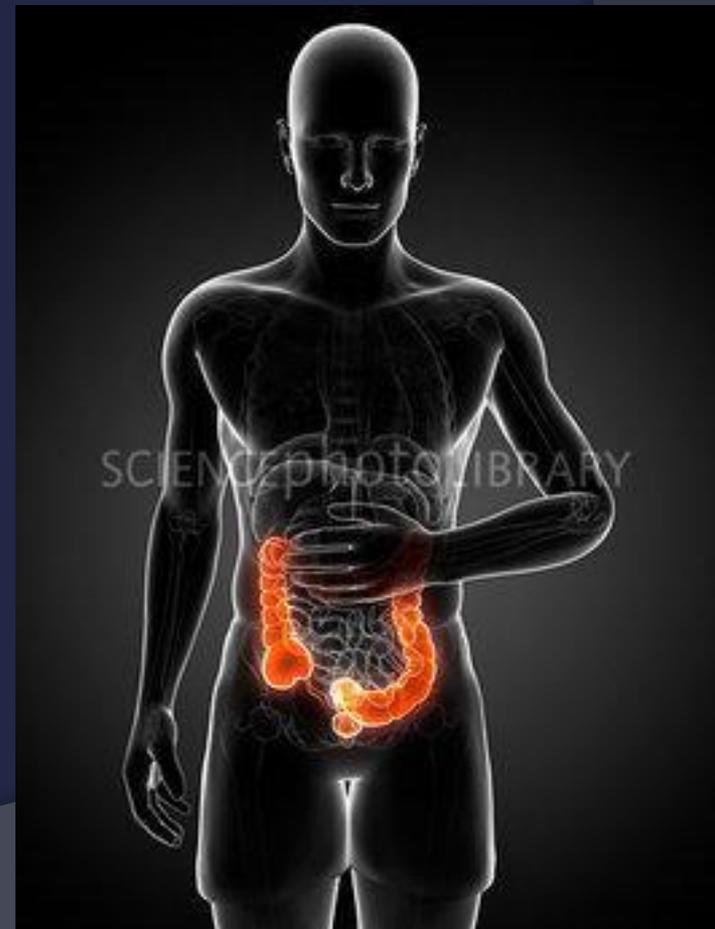
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

План

- 1.Актуальность
- 2.Определение абдоминальной боли
- 3.Этиология
- 4.Классификации абдоминальной боли
 - 4.1.Патогенетическая классификация;
 - 4.2.По механизму возникновения;
 - 4.3.По локализации боли;
 - 4.4.Этиологическая классификация;
 - 4.5.По скорости развития.
- 5.Симптомы, требующие неотложной хирургической помощи
- 6.Диагностика
- 7.Дифференциальная диагностика абдоминальных болей
- 8.Тактика лечение
- 9.Выводы

Актуальность

- С проблемой абдоминальной боли ежедневно сталкиваются врачи многих специальностей, в первую очередь терапевты, так как это одна из основных причин обращения больных.



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.

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).**
- **!!! Часто указанные механизмы, вызывающие боль, сочетаются: одни участки полого органа находятся в состоянии сокращения, а другие — растягиваются; те или иные изменения внутренних органов сопровождаются реактивными изменениями сосудов, подключаются структурные изменения органов и т.д.**

Классификации абдоминальной боли

I. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

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;
- 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:

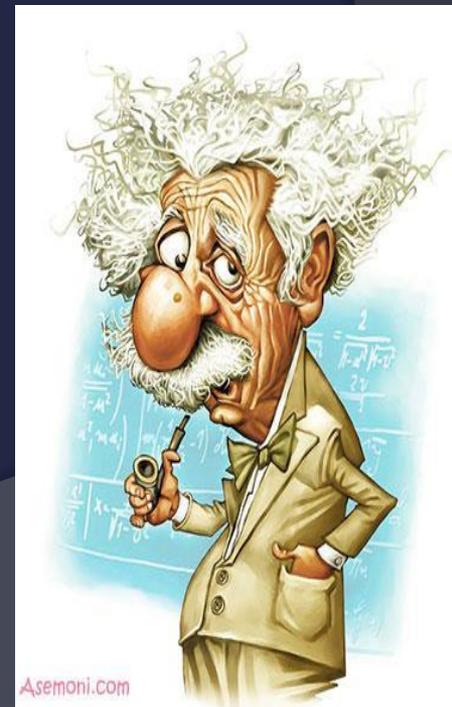
— возникают внезапно или постепенно и длятся более или менее продолжительное время, стихают постепенно;

- 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 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).

II. ПО МЕХАНИЗМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1. Висцеральная боль — возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах, 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).



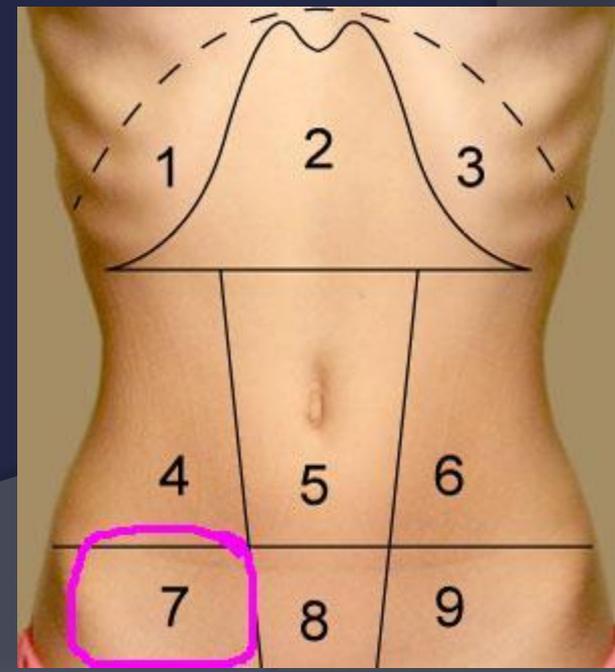
2. Parietalная (соматическая) — боль, возникающая при вовлечении в патологический процесс брюшины, брюшной стенки, носит острый характер, четко локализована, сопровождается напряжением мышц брюшной стенки, усиливается при изменении положения тела, кашле.

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. Основные признаки данного вида боли: длительность, монотонность, диффузный характер и сочетание с болями другой локализации (головная боль, боль в спине, во всем теле).



III. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛИ (ТАБЛ. 1)



Область локализации боли	Поражённые 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 лёгкое и плевра
Левый верхний отдел живота (левое подреберье)	Желудок, поджелудочная железа (хвост), селезёнка, селезёночный угол ободочной кишки, левая почка и мочеточник, левое лёгкое и плевра
Под мечевидным отростком (надчревная область)	Поджелудочной железа, печень, желчные пути, желудок, сальник, нижний отдел пищевода, органы грудной клетки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, неврит чревного сплетения
Правая нижняя половина живота (правая подвздошная область)	Аппендикс, терминальный отдел подвздошной кишки, слепой и восходящей ободочной, 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
Паховая и лобковая области	Мочевой пузырь, женские половые органы, прямая кишка

IV. 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 органы (желчного пузыря, яичников, кишечных петель и т.д.);
- другие: синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия, отмена наркотиков, синдром Мюнхгаузена, 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.

V. 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 (табл. 2).

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
Интермитирующая и коликообразная боль (может длиться часами)	Подострый панкреатит на ранних стадиях развития, механическая тонкокишечная непроходимость

Наличие болевого абдоминального синдрома требует углубленного обследования больного для уточнения механизмов его развития и выбора тактики лечения. Для оценки интенсивности болевого синдрома существует несколько способов (табл. 3).



Способ	Градации боли	Когда используется
<p>Пятизначная общая шкала</p>	<p>0 - нет боли 1 –слабая (чуть-чуть) 2 – умеренная (болит) 3 – сильная (очень болит) 4 – невыносимая (нельзя терпеть)</p>	<p>При оценке/обследовании в обычных условиях</p>
<p>Словесная количественная шкала</p>	<p>0...5...10 Нет боли - невыносимая</p>	<p>При оценке/обследовании в обычных условиях</p>
<p>Визуальная аналоговая шкала (линия 10 см, скользящая линейка)</p>	<p>_____</p> <p>Нет боли - невыносимая</p>	<p>При оценке/обследовании в обычных условиях</p>
<p>Поведенческие и психологические параметры (эти признаки следует принимать во внимание с осторожностью, т.к. они не являются специфичными)</p>	<p>Мимические гримасы, повышение голоса, бледность, потливость, слезотечение, расширение зрачка, тахикардия, гипертензия</p>	<p>При оценке/обследовании больных в бессознательном состоянии</p>
<p>Оценка жизненно важных функций больного врачом</p>	<p>Может ли пациент осуществлять самостоятельно основные функции (напр. произвольное глубокое дыхание, кашель и т.д.)</p>	<p>Соотнести с субъективными оценками, полученными от самого пациента</p>

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. Анамнез: длительность, локализация, характер боли, сопутствующие симптомы.



- 2. У всех женщин репродуктивного возраста необходимо провести биохимический тест на определение беременности.



- 3. Анализ мочи помогает диагностировать инфекцию мочеполового тракта, пиелонефрит и уролитиаз, однако является неспецифичным (например, при остром аппендиците может выявиться пиурия).

- 4. При воспалении, как правило, имеется лейкоцитоз (например, при аппендиците, дивертикулите), однако нормальный анализ крови не исключает наличия воспалительного или инфекционного заболевания.
- 5. Результаты исследования функциональных печеночных тестов, амилазы и липазы могут указывать на патологию печени, желчного пузыря или поджелудочной железы.



⦿ 6. 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.

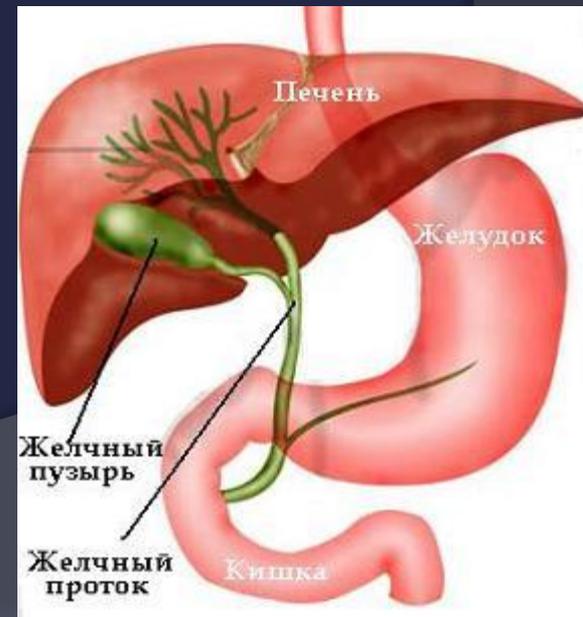
Острая боль в животе



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.

- **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.

- ◎ **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. Применяют селективные М-холиноблокаторы:

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.



Мебеверин

Препарат в 20–30 раз эффективнее папаверина по способности релаксировать сфинктер Одди.

Препарат обладает пролонгированным действием, назначается по 1 капс. (200 мг) 2 раза в день утром и вечером за 20 мин до еды.

SMED.RU



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):**

Дексалгин

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 , максимальная суточная доза 75 мг.

При необходимости, в случае интенсивного болевого абдоминального синдрома, дексалгин может быть назначен в сочетании с опиоидными анальгетиками.



Ступенчатый алгоритм рациональной терапии болевого абдоминального синдрома (по В.Т. Ивашкину, 2002)

Таблица 6

I ступень	
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 ступень	
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.	<p>К терапии присоединяют:</p> <ul style="list-style-type: none"> — блокаторы серотониновых рецепторов; — НПВП; — ненаркотические анальгетики, психотропные средства
III ступень	
Боли сильные, интенсивные и устойчивые к лечению: хронический панкреатит тяжелого течения, хронические заболевания кишечника, онкологическая патология и др.	<p>В терапии применяются:</p> <ul style="list-style-type: none"> — психотропные средства; — ненаркотические анальгетики; — наркотические средства

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.

Выводы

1. Абдоминальная боль — наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости, иногда — поражения близлежащих органов.
2. Абдоминальные боли обусловлены различными этиологическими факторами и механизмами.
3. Лечение болевого синдрома должно быть направлено на нормализацию структурных и функциональных нарушений пораженного органа, а также нормализацию функций нервной системы, ответственных за восприятие болей.
4. Как мы видим, причины **абдоминальной боли** могут быть совершенно разными, от временных вздутий, до серьезных заболеваний. Поэтому если боль вызывает беспокойство, не тяните, а обращайтесь к врачу.

Спасибо за внимание!!!

БОЛЬШО-ОЕ СПАСИБО!

