

Содержание

Список сокращений	5
Введение	6
1. Механизмы возникновения болей в животе	8
2. Обследование пациентов с болями в животе	11
2.1. Расспрос больного	11
2.2. Непосредственное обследование	17
2.3. Лабораторные исследования	20
2.4. Инструментальные исследования	21
3. Характеристика заболеваний, протекающих с болями в животе	24
3.1. Хирургические заболевания, протекающие с острыми болями в животе ..	24
3.1.1. Острый аппендицит	25
3.1.2. Острый холецистит и острый холангит	27
3.1.3. Острый панкреатит	29
3.1.4. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	31
3.1.5. Острый дивертикулит	32
3.1.6. Острая кишечная непроходимость	35
3.1.7. Острые нарушения мезентериального кровообращения	39
3.2. Гинекологические заболевания, протекающие с острыми болями в животе	43
3.3. Урологические заболевания, протекающие с острыми болями в животе ..	45
3.4. Боли в животе при терапевтических заболеваниях	49
3.4.1. Боли в животе при заболеваниях органов дыхания	49
3.4.2. Боли в животе при заболеваниях сердечно-сосудистой системы ..	50
3.4.3. Боли в животе при заболеваниях органов пищеварения	51
3.4.3.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	51
3.4.3.2. Острый гастрит	54
3.4.3.3. Хронический гастрит	55
3.4.3.4. Язвенная болезнь и симптоматические гастродуоденальные язвы ..	58
3.4.3.5. Рак желудка	63
3.4.3.6. Желчнокаменная болезнь	64
3.4.3.7. Хронический панкреатит	68
3.4.3.8. Рак поджелудочной железы	72
3.4.3.9. Дивертикулярная болезнь кишечника	73
3.4.3.10. Хронические воспалительные заболевания кишечника	74
3.4.3.11. Рак толстой и прямой кишки	81
3.4.3.12. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта ..	82
3.4.4. Боли в животе при системных заболеваниях соединительной ткани ..	92
3.4.5. Боли в животе при заболеваниях крови	93

3.4.6. Боли в животе при заболеваниях эндокринной системы и нарушениях обмена веществ	94
3.5. Боли в животе при инфекционных и паразитарных заболеваниях	97
3.6. Боли в животе при неврологических заболеваниях	100
4. Общие принципы лечения пациентов с болями в животе	102
Заключение	105
Литература	106

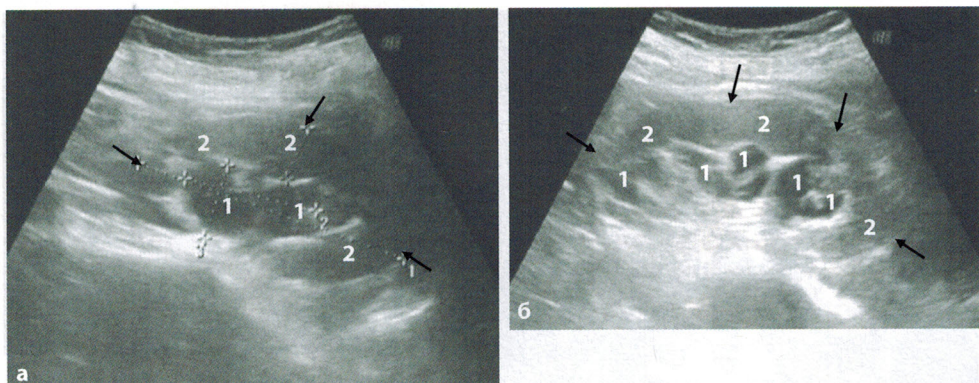


Рис. 19. Острый пиелонефрит, эхограммы (а, б). Контуры почек нечеткие (стрелки), чашечно-лоханочная система (1) значительно расширена, содержимое негомогенное; 2 – паренхима почки.

Больной 36 лет, длительное время страдавший анкилозирующим спондилитом и принимавший НПВС, поступил в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе, жидкий стул с примесью крови. В общем анализе крови отмечалось выраженное снижение уровня гемоглобина (до 80 г/л). Сам больной скрыл от врачей, что он за 1 год до этого уже обследовался в нефрологическом стационаре, где было выявлено значительное снижение концентрационной функции почек. Но даже с учетом сокрытия больным анамнеза направительный диагноз врачей поликлиники («обострение хронического панкреатита») при такой клинической картине не мог не вызвать удивления. Первоначально, принимая во внимание преобладание кишечных жалоб, было решено проводить дифференциальный диагноз между вторичным амилоидозом кишечника (в рамках возможных осложнений анкилозирующего спондилита), позже подтвердившимся, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (в рамках возможной трактовки анкилозирующего спондилита как их внекишечного проявления), колитом, обусловленным приемом НПВС. И лишь результаты полученного на следующий день биохимического анализа крови, свидетельствовавшие о многократном повышении уровня креатинина в крови, позволили правильно интерпретировать жалобы. Перевод больного в специализированный нефрологический стационар и проведение сеансов гемодиализа привели к значительному уменьшению выраженности гастроэнтерологических жалоб.

Острые боли в животе у мужчин могут быть вызваны *перекрутом яичка и эпидидимитом*. Боли в этих случаях локализуются в паховых областях (уменьшаются у боль-

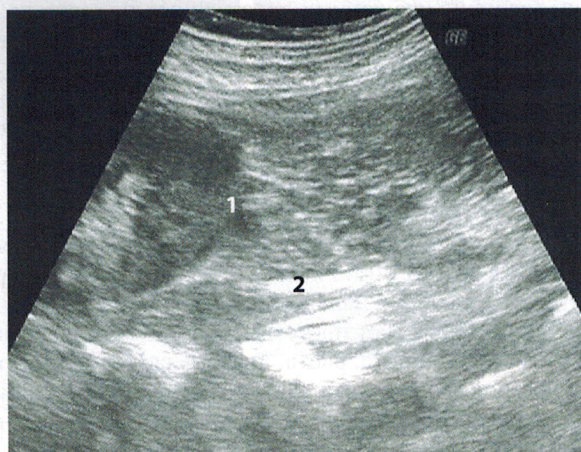


Рис. 20. Блуждающая почка, эхограмма. В положении пациента стоя нижний полюс правой почки (1) опускается до уровня гребня подвздошной кости (2).

ных с эпидидимитом при приподнятом положении яичка), сопровождаются иногда тошнотой и рвотой. Осмотр и пальпация яичек позволяет распознать эти заболевания.

3.4. Боли в животе при терапевтических заболеваниях

Создание любой классификации заболеваний, протекающих с болями в животе, сопряжено с неизбежными трудностями. Это связано не только с многообразием таких болезней, но и с тем, что при целом ряде заболеваний, традиционно рассматривающихся в рубрике «внутренние болезни» (например, при болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, узелковом периартериите и др.), могут возникать боли в животе, сигнализирующие о возникновении осложнений, требующих хирургического лечения. Поэтому при дальнейшем изложении вопросов, связанных с болями в животе при терапевтических заболеваниях, указанные ситуации будут оговариваться специально.

3.4.1. Боли в животе при заболеваниях органов дыхания

Отраженные рефлекторные боли в животе, обусловленные общностью иннервации плевры, диафрагмы, передней брюшной стенки и париетальной брюшины (так называемый торакоабдоминальный синдром по Ф.Г.Углову), характерны в первую очередь для *крупозной пневмонии* (чаще всего с локализацией в нижней доле правого легкого). Боли в правой половине живота, возникающие при этом заболевании, сопровождающиеся напряжением мышц передней брюшной стенки и неотчетливым симптомом Щеткина–Блюмберга, могут привести к постановке ошибочного диагноза острого хирургического заболевания органов брюшной полости (острого аппендицита, острого холецистита). Подобная ошибка получила даже сценическое воплощение и легла в основу художественного фильма «Клятва Гиппократа».

Тщательная оценка анамнестических данных (начало заболевания с озноба и лихорадки до 39°C и выше, не характерное для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости), жалоб (одышка, кашель с мокротой ржавого цвета), результатов объективного исследования (усиление голосового дрожания, тупой звук над пораженной долей легкого при перкуссии, выслушивание патологического бронхиального дыхания и крепитации), характерные данные рентгенологического исследования позволяют правильно поставить диагноз заболевания.

Острые боли в животе нередко наблюдаются у больных с *фибринозным и экссудативным плевритом*, особенно при поражении диафрагмальной части плевры. При обследовании таких пациентов обращают на себя внимание ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки, наличие при аускультации шума трения плевры, доступность живота глубокой пальпации.

При проведении дифференциального диагноза между диафрагмальным плевритом и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости следует иметь в виду не только вероятность отраженных болей в животе, обусловленных плевритом, но и возможность вторичного характера самого плеврита как осложнения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (например, острого панкреатита, поддиафрагмального абсцесса).

Острые боли в животе, напоминающие картину перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, иногда отмечаются при развитии *спонтанного пневмоторакса*. Установлению правильного диагноза в таких случаях помогают наличие других характерных симптомов пневмоторакса (резкая одышка, боли в грудной клетке, тимпанический звук при перкуссии, отсутствие везикулярного дыхания на стороне поражения), а также типичная рентгенологическая картина.

Боли в животе могут встречаться и при других инфильтративных заболеваниях легких (абсцесс, туберкулез), а также при *тромбозах легочной артерии*. Диагноз

этого заболевания основывается на анамнестических данных (недавно перенесенные операции, длительный постельный режим, указания на тромбофлебит вен нижних конечностей), обнаружении других клинических симптомов (одышки, кровохарканья, болей в грудной клетке), характерных электрокардиографических и рентгенологических изменений.

3.4.2. Боли в животе при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Исключительно важное клиническое значение имеют острые боли в животе у пациентов с *инфарктом миокарда*. Прежде всего, они могут быть проявлением абдоминальной (гастралгической) формы инфаркта миокарда, описанной еще в 1909 г. В.П.Образцовым и Н.Д.Стражеско. Ее частота среди всех форм инфаркта миокарда составляет, по разным данным, 2,7–5%. Абдоминальная форма инфаркта миокарда характерна в большей степени для инфаркта задней стенки. Боли в эпигастрии у таких пациентов часто иррадиируют вверх, в левую половину грудной клетки и область грудины. Живот при пальпации остается мягким, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Диагноз абдоминальной формы инфаркта миокарда подтверждается данными объективного исследования сердечно-сосудистой системы (ослабление I тона на верхушке, появление ритма галопа, тахикардии, различных нарушений сердечного ритма, снижение артериального давления), характерными изменениями на ЭКГ и результатами лабораторных исследований (лейкоцитоз, повышение уровня трансаминаз, креатинфосфокиназы, положительный тропониновый тест).

В то же время далеко не все случаи острых болей в животе при инфаркте миокарда служат проявлением его абдоминальной формы. В 1959 г. В.Х.Василенко и М.Ю.Меликова четко разграничили отраженные боли в животе, наблюдающиеся у больных с абдоминальным вариантом инфаркта миокарда, и боли в животе, возникающие при инфаркте миокарда в результате поражения желудочно-кишечного тракта.

Так, острые боли в животе при инфаркте миокарда, сопровождающиеся различными диспепсическими явлениями, могут быть обусловлены остро развивающимся парезом желудка и кишечника, мезентериальной ишемией, возникающей на фоне развернутой картины кардиогенного шока, стрессовыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, отличающимися склонностью к желудочно-кишечным кровотечениям. В клинической практике может встретиться и такая ситуация, когда первично возникший острый панкреатит и острый холецистит приводят к ухудшению течения ишемической болезни сердца и нарастанию коронарной недостаточности. Лишь тщательное наблюдение за состоянием больного и комплексная оценка результатов различных исследований (по возможности малоинвазивных, например УЗИ органов брюшной полости) позволяют избежать ошибок при постановке диагноза.

Острые боли в эпигастриальной области, обусловленные раздражением диафрагмы, диафрагмального и межреберных нервов, могут отмечаться при *перикардитах*, создавая иногда ложное впечатление о наличии у больного перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита или острого холецистита. Распознаванию истинной причины болей в животе у таких больных помогают данные объективного исследования (расширение поперечника относительной тупости сердца, ослабление тонов, шум трения перикарда), данные ЭКГ (конкордантный подъем интервала ST, повышение, а затем инверсия зубца T), характерные изменения при рентгенологическом исследовании (тень сердца в виде крыши дома с трубой), данные эхокардиографии.

Острые боли в животе при *инфекционном эндокардите* чаще всего бывают обусловлены эмболией сосудов брюшной полости с формированием инфарктов селезенки, почек, кишечника, протекающих с соответствующей клинической картиной.

Остро развившаяся правожелудочковая недостаточность, вызывая венозный застой в печени с ее быстрым увеличением и растяжением глассоновой капсулы, может

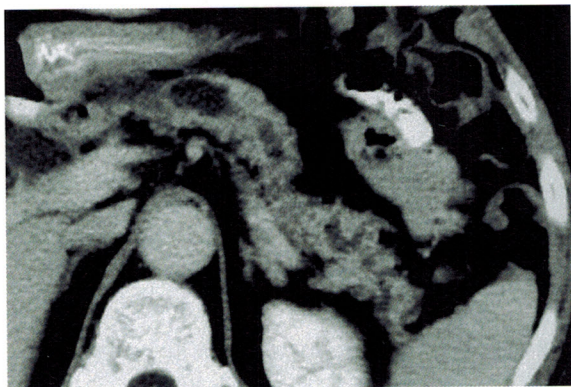


Рис. 44. Хронический обструктивный панкреатит, КТ. Железа уменьшена в размерах, паренхима уплотнена за счет фиброза, главный панкреатический проток неравномерно расширен.

3.4.3.8. Рак поджелудочной железы

Рак поджелудочной железы развивается у 2–4% больных хроническим панкреатитом. В общей структуре злокачественных опухолей у мужчин рак поджелудочной железы вышел в настоящее время на четвертое место. Его наиболее значимым этиологическим фактором является курение: сочетание курения со злоупотреблением алкоголем повышает риск развития данного заболевания в 3 раза. Рак поджелудочной железы встречается чаще всего в возрасте от 50 до 70 лет.

Вместе с потерей массы тела и желтухой боли в животе образуют классическую триаду клинических симптомов рака поджелудочной железы. К сожалению, менее чем у 20% больных опухоль к моменту появления болей оказывается резектабельной (Fernandes-del Castillo C., Jimenes R.E., 2002).

Боли обычно возникают при прорастании опухоли в чревного и верхнего брыжеечного сплетений. Они локализируются в левом верхнем квадранте живота, часто не связаны с приемом пищи, носят тупой, ноющий характер, а на поздних стадиях становятся мучительными и невыносимыми. Характерна иррадиация в спину, так что некоторые

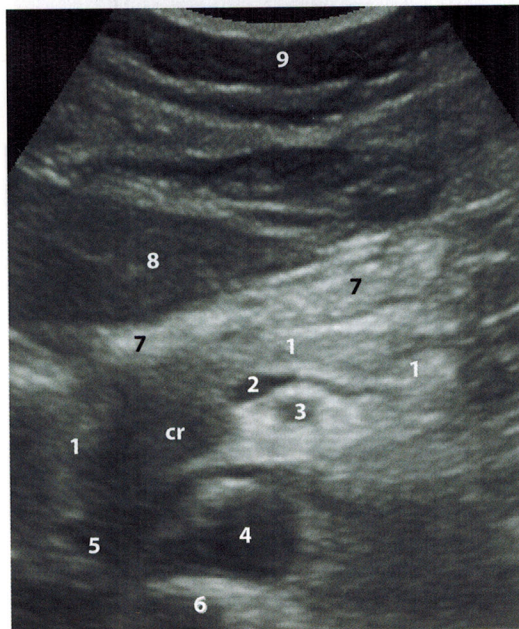


Рис. 45. Рак (cr) в области крючковидного отростка головки поджелудочной железы (1), эхограмма: 2 – селезеночная вена; 3 – верхняя брыжеечная вена; 4 – аорта; 5 – нижняя полая вена; 6 – передняя поверхность позвоночника; 7 – желудок; 8 – печень; 9 – передняя брюшная стенка.

больные обращаются по этому поводу к невропатологу или ортопеду (Beger H.G., Wildmaier U., 2000). Больные нередко принимают вынужденное положение (сидя с наклоном вперед или лежа на животе), при котором давление поджелудочной железы на нервные сплетения уменьшается.

Боли при раке поджелудочной железы сопровождаются потерей аппетита, вплоть до полного отвращения к еде, которое В.Х.Василенко (1979) назвал *anorexia pancreatica*. У 50% больных наблюдается желтуха. У некоторых больных удается прощупать опухоль или же определить положительный симптом Курвуазье (сочетание механической желтухи и пальпируемого напряженного безболезненного желчного пузыря).

Диагноз ставится на основании данных УЗИ (рис. 45) и КТ поджелудочной железы с контрастным усилением, МРТ, эндосонографии, ЭРХПГ, ангиографии (целиакографии и мезентерикографии), а также по результатам пункции опухоли под контролем КТ или УЗИ и определения уровня онкомаркеров (СЕА, СА 19–9 и др.). В последние годы применяется также позитронно-эмиссионная томография.

Известно, что боли при раке поджелудочной железы могут сопровождаться депрессией, которая иногда выходит на передний план и, как показывает приводимое ниже клиническое наблюдение, затрудняет своевременное распознавание опухоли.

На амбулаторный прием в клинику обратилась больная 39 лет с жалобами на постоянные боли в подложечной области, снижение аппетита, плохой сон, раздражительность. Считает себя больной в течение нескольких месяцев и связывает начало заболевания с перенесенной стрессовой ситуацией. Больной амбулаторно было проведено обследование, включавшее лабораторные анализы (оказались нормальными) и КТ органов брюшной полости, при которой существенной органической патологии также выявлено не было. После этого в течение месяца больная находилась на лечении в клинике неврозов с диагнозом соматоформного болевого расстройства, но лечение не принесло никакого улучшения.

При объективном обследовании пальпация живота была слегка затруднена из-за отмечавшейся некоторой резистентности мышц передней брюшной стенки, при аускультации над проекцией чревного ствола выслушивался отчетливый сосудистый шум. Несмотря на свежие результаты обследования, было решено госпитализировать больную для уточнения диагноза. При УЗИ была заподозрена, а при КТ – подтверждена большая опухоль тела поджелудочной железы, сдавливавшая чревный ствол. Уровень СА 19–9 превышал нормальные показатели в 300 раз.

3.4.3.9. Дивертикулярная болезнь кишечника

Под дивертикулами понимают мешковидные выпячивания всех слоев стенки кишки (истинные дивертикулы) или только слизистой оболочки и подслизистого слоя через дефект мышечного слоя (ложные дивертикулы или псевдивертикулы). По механизму развития дивертикулы разделяют на пульсионные, обусловленные давлением изнутри на стенку кишки, и тракционные, которые возникают при спаечном процессе в результате тяги за стенку кишки извне.

Распространенность дивертикул повышается с возрастом и составляет у лиц старше 60 лет около 30%, а у лиц старше 85 лет – 65%. У 50–65% пациентов дивертикулы локализуются только в сигмовидной кишке, у 90% пациентов – в левых отделах толстой кишки. Частота дивертикулов тонкой кишки оказывается существенно более низкой и составляет 0,02–1,3%.

В развитии дивертикулярной болезни кишечника важную роль играет питание с недостаточным содержанием балластных веществ (пищевых волокон). Дополнительное значение могут иметь возрастное ослабление мышечного слоя стенки кишечника, а также нарушение ее коллагеновой структуры, отмечающееся при синдроме дисплазии соединительной ткани (синдроме Марфана, синдроме Элерса–Данло).

Общепринятой классификации дивертикулярной болезни кишечника не существует. Преобладающей в настоящее время считается точка зрения, согласно которой термин «дивертикулярная болезнь кишечника» – это сборное понятие, которое объединяет различные (как осложненные, так и неосложненные) клинические формы заболевания.