# ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### СИНДРОМ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Учебное пособие

Уфа

УДК 616.3:617.55-009.7-07(075.8) ББК 54.132-4+53.41я7 С 38

#### Рецензенты:

Зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, профессор В.Ю. Мишланов Зав. кафедрой внутренних болезней № 2 ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздрава России, профессор Р.Ф. Хамитов

Синдром абдоминальной боли: учебное пособие/ Н.Ш. Загидулс 38 лин, Ш.З. Загидуллин, У.Р. Фархутдинов. — Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2016. — 83 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с ООП и учебным планом по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» для обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

В учебном пособии изложены современные представления о болевом абдоминальном синдроме при заболеваниях органов пищеварительной системы, необходимого для обучающихся при изучении дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней». Учебное пособие оснащено тестовыми заданиями и ситуационными задачами различной степени сложности для самоконтроля знаний с эталонами ответов.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся по специальности «Лечебное дело».

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.

УДК 616.3:617.55-009.7-07(075.8) ББК 54.132+53.41я7

### СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Патогенез абдоминальной боли	6
Классификация абдоминальной боли	8
Острые абдоминальные боли	15
Хронические абдоминальные боли	27
Боль при заболеваниях пищевода, желудка,	
тонкой кишки	27
Боль при заболеваниях толстого кишечника	39
Боль при заболеваниях желчных путей и печени	41
Боль при заболеваниях поджелудочной железы	44
Дифференциальная диагностика абдоминальной боли	56
Фонд оценочных средств	58
Тестовые задания	58
Ситуационные задачи	67
Эталоны ответов к тестовым заданиям	<b>76</b>
Эталоны ответов к ситуационным задачам	77
Рекомендуемая литература	82

### **ВВЕДЕНИЕ**

Диагностика внутренних болезней основывается на умении будущего врача расспрашивать пациента, собирая жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, умении осматривать больного и видеть проявления болезни, умении пальпировать, перкутировать, аускультировать больного. Студенты учатся претворять в жизнь знания, полученные за время учёбы в медицинском университете. На основании анализа жалоб — субъективных симптомов заболевания и объективных симптомов, полученных при обследовании у постели больного и при изучении результатов лабораторных и инструментальных исследований, студент синтезирует полученную информацию в синдромы поражения внутренних органов, устанавливает предварительный и клинический диагноз и определяет тактику лечения. Весь этот диагностический процесс требует совершенных практических навыков, больших теоретических знаний, интуиции и искусства, которому врач-клиницист учится всю жизнь, накапливая бесценный опыт при работе с каждым пациентом.

Боли в животе является весьма частой причиной обращения к врачу и в большинстве случаев – к терапевту. Она является проявлением первой сигнальной системы и отражает ту или иную патологию, связанную с сердечнососудистой, гастроинтестинальной, респираторной, костно-суставной или другими системами. При этом весьма важно на первом этапе определить степень опасности патологии, так как при некоторых заболеваниях, таких как острая язва, инфаркт миокарда срочность оказания медицинской помощи напрямую связано с выживаемостью пациентов или развитием соответствующих осложнений.

Если в изучении симптомов заболевания, как правило, студент не испытывает трудностей, то в отношении формулировки синдромов возникают определенные проблемы. В данном пособии представлены весьма четко сформулированные данные о заболеваниях внутренних органов, которые вызывают или могут вызвать болевой синдром в области живота, что сопровождается иллюстративным материалом (рентгенограммы, компьютерные томограммы, электрокардиограммы и т.п.). Подача материала в отличие от других методических руководств осуществляется в виде информационных блоков, таблиц и алгоритмов, которые можно легко использовать в клинической практике.

Для формирования профессиональных компетенций по разделу «Синдром абдоминальной боли» обучающийся должен владеть:

- 1. Способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований при наиболее распространенных заболеваниях пищеварительной системы, течение которых сопровождается развитием абдоминального болевого синдрома;
- 2. Способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ абдоминального болевого синдрома, обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики;
- 3. Способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомофизиологических основ, основные методики клинического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов, проявляющихся развитием абдоминального болевого синдрома;
- 4. Способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медикобиологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при наиболее распространенных заболеваниях и патологических процессах, течение которых сопровождается развитием абдоминального болевого синдрома.

В конце учебного пособия представлен фонд оценочных средств, в котором имеются тестовые задания и клинические ситуационные задачи с эталонами ответов. В клинических задачах сконцентрированы основные, характерные для определенного заболевания, субъективные и объективные симптомы, на базе которых достаточно просто, при наличии теоретических знаний, сформулировать синдромы и предварительный диагноз, а также данные лабораторно-инструментальных исследований. Подробной интерпретации каждого исследования в ответах нет, что позволяет самому студенту подумать над этим вопросом, обратившись при необходимости к дополнительной литературе, список которой дан в конце учебного пособия. В список рекомендуемой литературы вошли современные учебные пособия, монографии и руководства по медицине, вышедшие за последние 10 лет.

### ПАТОГЕНЕЗ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) дано следующее определение 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.

### Болевые рецепторы присутствуют не во всех органах и тканях организма:

- ИМЕЮТ болевые рецепторы:
- ✓ капсула паренхиматозных органов,
- ✓ брыжейка, париетальная брюшина, париетальная плевра,
- ✓ мышечная стенка полых органов.
- НЕ ИМЕЮТ болевые рецепторы:
- ✓ висцеральная плевра,
- ✓ сальник,
- ✓ слизистые.

### В основе развития абдоминальной боли лежат различные патофизиологические процессы:

- ✓ 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).

**Абдоминальная боль** — наиболее частый симптом заболеваний органов брюшной полости, иногда — поражения близлежащих органов. С проблемой абдоминальной боли ежедневно сталкиваются врачи многих специальностей, в первую очередь терапевты, так как это одна из основных причин обращения больных.

Актуальность обсуждения проблемы тактики и стратегии поведения врача при наличии у пациента острой абдоминальной боли (ОАБ) не вызывает сомнения. Это обусловлено тем, что ОАБ – одно из самых частых оснований для экстренной госпитализации. Так, в США с жалобами на острую боль в животе обращаются 5-10 млн человек ежегодно. При этом в 40% случаев при поступлении обнаруживается синдром острого живота (СОЖ) У 25% больных при динамическом наблюдении в течение нескольких часов боль исчезает. Это больные с «функциональной болью» или «неспецифической абдоминальной болью – HCAБ» (NSAP – non-specific abdominal pain). В ряде случаев только четкая последовательность действий позволяет избежать развития у пациента тяжелых осложнений. Знание алгоритмов курации больных с ОАБ на разных этапах медицинской помощи является обязательным для любого клинициста. Каждый врач должен иметь четкие, аргументированные ответы на вопросы: какая последовательность действий при наличии у пациента острого абдоминального болевого синдрома, какие диагностические и лечебные мероприятия необходимо проводить при возникновении данной ситуации в амбулатории семейного врача, поликлинике, терапевтическом стационаре.

### КЛАССИФИКАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

### І. Классификация по патогенезу.

### 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 (**табл.1**).

Таблица 1 **Области иррадиации боли при поражении внутренних органов** 

Пораженные органы	Область иррадиации боли	
Желчные пути	Правое плечо	
Диафрагма	Правое плечо	
Двенадцатиперстная кишка	Спина	
Поджелудочная железа	Спина	
Почки и мочеточники	Паховая область, яички	
Нижняя часть пищевода	Грудная клетка, шея, челюсть, плечо	
и кардиального отдела желудка		

### II. По механизму возникновения боли в брюшной полости подразделяют следующим образом:

Органы брюшной полости иннервируются от двух нервных систем. Внутренние органы и висцеральная брюшина иннервируются вегетативной нервной системой и их расстройство приводит к «висцеральным» болям, а брюшную стенку, включая париетальную брюшину и брыжейку, — центральная нервная система (вызывают «париетальные» боли). Их характеристики и различия представлены в **таблице 2**.

Таблица 2 Дифференциальная диагностика висцеральных и соматических болей

Характеристика	Висцеральные боли	Париетальные боли
Источник	Все внутренние полые	Вся брюшина, включая брюш-
	Органы	ную стенку и забрюшинное про-
		странство
Проведение	Nervi splanchnici	Сегментальные сенситивные во-
	(с 2-х сторон)	локна (односторонние)
Пусковой механизм	При растяжении и	При любом повреждении тканей
	спазмах	
Характер болей	Сжимающие, сверля-	От резких до тупых болей по-
	щие боли	стоянного характера
Локализация	Неопределенная,	Ограниченная, асимметричная,
	симметричная, около	часто односторонняя
	средней линии живота	
Симптомы	Беспокойство, тошно-	Зависимость от положения и
	та, рвота, бледность,	движения
	потливость	
Факторы,	Движение	Постельный режим
облегчающие боль		
Факторы,	Спокойное положение	Тряска, чихание и кашель, дви-
усиливающие боль		жение

По механизму возникновения боли в брюшной полости подразделяют на висцеральные, париетальные, париетальные (соматические), отраженные (иррадиирующие) и психогенные:

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 полом 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). Обычно висцеральные боли возникают вдоль белой линии живота или

возле неё. Висцеральные боли от полых органов и всего кишечника являются коликообразными, т.е. интермиттирующими, возрастающими и убывающими по интенсивности. В то же время, к висцеральным болям можно отнести боли, не являющиеся коликами и носящие острый резкий характер. Иррадиация висцеральных болей происходит в области соответствующего нейросегмента, принадлежащего больному органу (табл. 3).

Таблица 3 Локализация висцеральных болей в зависимости от нейросегментов

Орган	Сегмент	Дерматома
Диафрагма	C <sub>3-5</sub>	Вся шея до дельтовидной мышцы сзади
Сердце	C <sub>5</sub> -Th <sub>6</sub>	Вся левая рука до мечевидного отростка
Пищевод	Th <sub>1</sub> -Th <sub>6</sub>	От мизинца до мечевидного отростка
Органы эпигастральной	Th <sub>6</sub> –Th <sub>8</sub>	От мечевидного отростка грудины до
области		эпигастрия, ниже лопаточной области
Слепая и восходящая	Th <sub>9</sub> –Th <sub>10</sub>	Околопупочная область
ободочная кишка		
Нисходящая ободочная	Th <sub>11</sub> –Th <sub>12</sub>	Надлобковая область
кишка		

- **2.** Париетальная (соматическая) боль, возникающая при вовлечении в патологический процесс брюшины, брюшной стенки, носит острый характер, четко локализована (4 квадранта живота), 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 мо-

ноаминергических (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).

### III. Классификация по локализации боли.

Разделение болей по областям (в верхней, средней или нижней части живота), к сожалению, не всегда осуществимо (табл. 4, рис. 1).

Таблица 4 Области преимущественной локализации боли в зависимости от поражения внутренних органов

Пораженные органы
Печень, желчный пузырь, желчевыводящие пути,
двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной
железы, печеночный угол ободочной кишки, не-
обычно расположенный аппендикс, правая почка и
мочеточник, правое легкое и плевра
Желудок, хвост поджелудочной железы, селезенка,
селезеночный угол ободочной кишки, левая почка и
мочеточник, левое легкое и плевра
Поджелудочная железа, печень, желчевыводящие
пути, желудок, сальник, нижний отдел пищевода, ор-
ганы грудной клетки (трансференция боли), грыжа
пищеводного отверстия диафрагмы, неврит чревного
сплетения
Аппендикс, терминальный отдел подвздошной киш-
ки, слепая и восходящая ободочная кишка, правая
почка и мочеточник, правый придаток матки
Нисходящая и сигмовидная ободочная кишка, левая
почка и мочеточник, левый придаток матки
Тонкая кишка, поперечно-ободочная кишка, меди-
ально расположенный аппендикс, поджелудочная
железа, сосуды брюшной полости
Мочевой пузырь, женские половые органы, прямая
кишка

### Локализация абдоминальной боли и ее наиболее частые причины

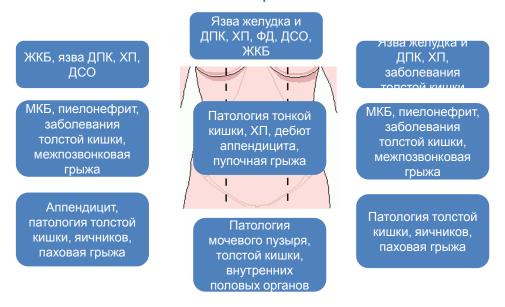


Рис.1. Локализация боли и ее наиболее частые причины.

### IV. Классификация абдоминальных болей по этиологическому признаку.

### 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, перекруты 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 забо- леваниях, 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

По своему характеру абдоминальная боль по продолжительности может быть *острой*, развивающейся, как правило, быстро, реже — постепенно и имеющей небольшую временную продолжительность (минуты, редко несколько часов), и *хронической*, для которой характерно постепенное нарастание или рецидивирование на протяжении недель или месяцев.

### ОСТРЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ

В диагностике пациентов с острыми болями в животе при первичном обследовании решающее значение имеет как характер начала, интенсивность абдоминальных болей и их локализация, так и общие симптомы. Особенно эти параметры важны для дифференциальной диагностики первично хирургических болей от хронических болевых состояний, требующих консервативной терапии или планового оперативного вмешательства. От острых болей в животе нужно отличать хронические и рецидивирующие приступообразные боли с меньшей выраженностью общих и локальных симптомов (в частности, интоксикации), которые не требуют неотложного хирургического вмешательства. В клинических условиях дифференциальная диагностика таких болей зачастую становится сложной проблемой.

#### Острый живот

Под «острым животом» понимают возникшие в течение нескольких часов боли высокой интенсивности и неясной этиологии, которые из-за локального характера, влияния на общее состояние и неблагоприятного прогноза расцениваются как неотложная хирургическая ситуация.

Клиническая картина. Основным симптомом острого живота является внезапное начало болей, которые носят коликообразный или постоянный характер. Под «хирургическом острым животом» подразумевают локализованные или диффузные симптомы раздражения брюшины (перитонизма), в то время как понятие «терапевтический острый живот» отсутствует. В противоположность пациентам с коликообразными (висцеральными) болями, например при холелитиазе или механической кишечной непроходимости, которые заставляют пациентов занимать вынужденное положение в постели, пациенты с соматическими болями постоянного характера вследствие раздражения брюшины (например, при остром перитоните) лежат на спине и ограничивают себя от движений. Другими важными симптомами местного раздражения являются боль при пальпации (симптом Щёткина-Блюмберга) и при поколачивании (симптом Менделя). При клиническом обследовании необходимо проводить перкуссию с определением зоны печеночной тупости, аускультацию перистальтики кишечника (характерен симптом «немого кишечника» при перитоните), а

также пальцевое исследование прямой кишки и, при необходимости, гинекологическое обследование. Локальные симптомы зачастую сопровождаются общими реакциями организма, которые, с одной стороны, определяют само заболевание, а с другой — позволяют определить объём поражения и тяжесть процесса: лихорадка, лейкоцитоз с/без токсических изменений, увеличенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ), рвота, метеоризм, запоры тахикардия, нитевидный пульс, сухость языка, красные пятна на лице с западением щек и заострением носа («лицо Гиппократа»), беспокойство, холодный пот, гипотония, мучительная жажда и обезвоживание.

Дифференциальная диагностика. В **таблице 5** приведены заболевания и состояния, которые нужно дифференцировать между собой при наличие болевого синдрома с/без перитонеальными симптомами в различных отделах живота.

Таблица 5 Дифференциальная диагностика острых болей в животе в зависимости от их локализации

С перитонеальными симптомами	Без перитонеальных симптомов	
	Во всём животе	
Распространенный	Острая кишечная непроходимость в тонком кишеч-	
перитонит	нике (характерны колики, рвота, западение живота на	
	высоте симптомов, метеоризм при глубокой закупор-	
	ке).	
	Острая кишечная непроходимость в толстом кишеч-	
	нике (характерны задержка газов и каловых масс,	
	сильный метеоризм, позывы к рвоте или поздние	
	симптомы).	
	Эпигастральная область	
Ограниченный перитонит	Порфирия, коллагенозы, острый гастрит, панкреатит,	
(при перфорации язвы),	аппендицит, плевропневмония, перикардит, аневриз-	
острый панкреатит	ма аорты, диабетическая кома	
Умбиликальная область		
	Острый энтероколит, эпигастральная или пупочная	
	грыжа, синдром раздражённого кишечника, механи-	
	ческая кишечная непроходимость	

Область правого подреберья		
Острый холецистит, язва	Желчнокаменная болезнь, абсцесс печени, острая за-	
двенадцатиперстной кишки	стойная печень, гепатит, плевропневмония, опоясы-	
с перфорацией или пене-	вающий герпес, почечная колика	
трацией, острый аппенди-		
цит, острый перигепатит,		
воспаление головки подже-		
лудочной железы		
	<u> </u>	
Область левого подреберья		
Перфорация язвы, панкреа-	Поражение селезенки и почек, например, инфаркт;	
тит, разрыв селезенки, раз-	панкреатит; ИМ; ущемление грыжевых ворот; плев-	
рыв пищевода	рит	
Правая подвздошная область		
Аппендицит, аднексит, раз-	Мочекаменная болезнь, регионарный энтерит, Мек-	
рыв маточной трубы, пере-	келев дивертикул, острый илеит, поражение придат-	
крут ножки кисты яичника	ков, тромбоз тазовых вен, панкреатит, паховая гры-	
	жа, острый коксит	
Левая подвздошная область		
Острый дивертикулит	Дивертикулёз толстого кишечника, синдром раздра-	
	жённого кишечника	
Надлобковая область		
	Задержка мочи, аневризма брюшной аорты	

#### Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость бывает 2-х видов: механическая (обтурационная или странгуляционная) и паралитическая.

#### Механическая кишечная непроходимость.

Клиническая картина. Механическая или обтурационная кишечная непроходимость вызывает боли коликообразного характера в абдоминальной области, локализующиеся в умбиликальной области. Кишечные колики возникают в результате сокращения участка кишечника при попытке преодоления возникшей механической преграды и длятся от нескольких секунд до минут. Субъективно это состояние переносится легче, чем уретральная или желчная колики, которые более длительны. При острой задержке газов и констипации всегда следует исключать кишечную непроходимость, которая всегда сопровождается болями в животе, а также возможной рвотой, что является важней-

шим ранним симптомом. Пальпация живота усиливает колики. Перитонеальные симптомы в самом начале отсутствуют, но постепенно нарастают лабораторные признаки воспаления (нормальный или незначительно повышенный уровень лейкоцитов, неизмененная скорость оседания эритроцитов). На более поздних стадиях коликообразные боли становятся постоянными, и на передний план выходят признаки некроза кишечника (характерны перитониальные знаки, лейкоцитоз, признаки шока). Асимметричная форма живота свидетельствуют о локальном вздутии кишечника, что может указывать на наличие кишечной обструкции в данной области.

Диагностика. Аускультативно кишечные шумы в начале усиливаются, но потом, при переходе механической кишечной непроходимости в паралитическую, исчезают. Рентгенологически на обзорном снимке органов брюшной полости определяются петли вздувшегося кишечника с локальными горизонтальными уровнями жидкости («чаши Клойбера»). При органическом стенозе определяется проксимальное вздутие участка кишечника и сглаживание гаустр. Дистальнее места стеноза располагаются безвоздушные петли кишечника. При ультразвуковом исследовании можно определить повышенную подвижность части кишечника. Рвота, боли, метеоризм и констипация является симптомами, позволяющими определить уровень кишечной непроходимости (табл. 6).

Осложнения. Возникающие при механической кишечной непроходимости осложнения приводят к постоянным болям, локальному перитониту, лейкоцитозу и даже шоку (табл. 7). При перитоните происходит падение артериального давления (АД), пульс слабого наполнения и частый (хотя возможна брадикардия). Определяется «лицо Гиппократа» с бледными щеками и запавшим лицом. Может появляться и в дальнейшем сохраняться рвота. При длительно продолжающейся кишечной непроходимости рвотные массы могут иметь каловый характер. В большинстве случаев наблюдается задержка стула и метеоризм, а у отдельных пациентов – диарея.

## Топическая диагностика поражения кишечника при механической кишечной непроходимости

Уровень поражения	Симптомы			
	Рвота	Боли	Метеоризм	Констипация
Высокая тонкокишечная непроходимость	Ранняя, интенсивная	В умбиликальной обла- сти, интермиттирую- щие, сильные	Отсутствует или мало выражен	Отсутствует
Низкая тонкокишечная непроходимость	Поздняя, следует за болями, малой интенсивности, с примесью каловых масс	Сильные, судорожные, в умбиликальной обла- сти	Интенсивный, в умбиликальной обла- сти	В начале возможен стул с вздутием живота
Толстокишечная непроходимость	Редко как поздний симптом	Неинтенсивые	Хорошо выраженный, по правому или левому фланку	Полная, возможно стойкий запор, сменя- ющийся поносом

# Дифференциальная диагностика паралитической, обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости

Виды	Паралитическая кишечная	Обтурационная кишечная	Странгуляционная кишечная
непроходимости	непроходимость	непроходимость	непроходимость
Анамнез	Часто в анамнезе язвы или	Наличие в анамнезе опухолевых	Стойкие запоры, ранняя лапаро-
	желчнокаменная болезнь или	заболеваний, желчнокаменной бо-	томия или отсутствие указанных
	другое заболевание внутренних	лезни, грыж, ранней лапаротомии	симптомов
	органов, аппендектомия, внема-		
	точная беременность		
Начало	Внезапное (перфорация) или по-	Всегда постепенное	На фоне полного здоровья
	степенное		
Болевой синдром	Характерный для данной пато-	Обычно коликообразные боли	Выраженные, интенсивные боли
	логии либо отсутствие		постоянного характера
Метеоризм	Распространенный, выраженный	Развивается постепенно	Локальный метеоризм, синдром
			раздражения брюшины
Перистальтика	Полностью отсутствует (симп-	Усиленная, вплоть до судорожных	Вначале определяется, затем от-
	том «гробовой тишины»)	сокращений кишечника	сутствует
Состояние	Крайне тяжелое, часто шоковое	Среднетяжелое, без шокового со-	Тяжелое, в большинстве случаев
	состояние	стояния	шоковое состояние

Причины механической кишечной непроходимости. Наиболее частыми причинами механической кишечной непроходимости являются внешние грыжи, постоперационные спайки, опухоли, заворот кишок, инвагинации и другие различные факторы, такие как инородные тела, болезнь Крона, дивертикулит и закупорка мезентериальных сосудов.

Наружные грыжи и спайки, которые образуются после ранее перенесенных операций, особенно аппендектомии, а также проведения других оперативных вмешательств, являются частой причиной развития механической кишечной непроходимости. У детей, реже у молодых людей, также может встречаться инвагинация или переплетение петель кишечника (заворот кишок). В обоих случаях, как правило, наблюдается мелена. Опухоль тонкого кишечника, которая может стать причиной возникновения симптомов кишечной непроходимости, встречается реже. В подобных ситуациях с пациентами пожилого возраста следует думать об окклюзии брыжеечных артерий, так как именно окклюзия может манифестировать в виде механической кишечной непроходимости.

### Паралитическая кишечная непроходимость.

*Причины паралитической кишечной непроходимости*. Наиболее частыми причинами паралитической кишечной непроходимости являются:

- ✓ постоперационные осложнения (атония кишечника),
- ✓ перитонит, например, в результате перфорации кишечника,
- ✓ странгуляционная кишечная непроходимость,
- ✓ тяжело протекающие инфекции (сепсис, вызванный грамотрицательными бактериями),
  - ✓ нарушение обмена веществ (уремия, диабетическая кома),
  - ✓ электролитные нарушения,
  - ✓ перелом костей таза или позвоночника,
- ✓ патологические процессы в ретроперитонеальном пространстве (например, панкреатит, гематома),
  - ✓ ишемия мезентериальных сосудов,
  - ✓ нейрогенные нарушения.

Клиническая картина. При паралитической кишечной непроходимости происходит паралич мускулатуры кишечника, в то время как просвет кишечника остаётся проходимым. Остановка двигательной активности кишечника пре-

пятствует дальнейшему продвижению кишечного содержимого. Это приводит к вздутию живота, что в целом способствует возникновению болей постоянного характера. Задержка газов аускультативно подтверждается отсутствием кишечной перистальтики (симптом «немого кишечника»). На поздних стадиях может возникнуть рвота желчью и кишечным содержимым. Следствием кишечной интоксикации, повышенного газообразования в кишечнике и высокого стояния диафрагмы является тахипное. Возникает тахикардия, гипотония и обезвоживание. Внешне больной выглядит истощенным, с лихорадочным блеском глаз и бледными слизистыми оболочками.

*Диагностика*. Рентгенологически паралитическая кишечная непроходимость подтверждается тотальным вздутием петель кишечника желудочно-кишечного тракта. Контуры стенки кишки при этом гладкие.

### Боль из перитонеального пространства

Этиология. Наиболее частой причиной диффузного перитонита является кишечная или дуоденальная перфорация. Реже встречается кишечная перфорация при язвах, брюшном тифе, туберкулёзе, опухолях, аппендиците. Более стёртую форму имеет пневмококковый, хламидийный и гонококковый перитониты, при которых инфекция попадает в перитонеум восходящим или гематогенным путём (в основном у детей). У пожилых ослабленных пациентов малоили асимптомный перитонит возникает при спонтанных бактериальных перитонитах, декомпенсированном циррозе печени и туберкулезном перитоните.

Клиническая картина. Диффузный, бактериально обусловленный перитонит редко вызывает проблемы с постановкой диагноза. Характерен чувствительный, уплотнённый, болезненный при надавливании живот и положительным синдром Щёкина-Блюмберга. У таких пациентов характерен facies abdominalis, а пациенты лежат и избегают любых движений. Дыхание поверхностное и с целью ограничения дыхания они как бы фиксируют руками грудную клетку. Ноги обычно согнуты и прижаты к туловищу.

Диагностика. При аускультации не слышно перистальтики кишечника («немой кишечник»). Характерны лихорадка и воспалительная реакция крови (лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов).

# Наиболее частые причины абдоминальной боли при внутриабдоминальных процессах

Причина	Примеры
Генерализованный	Перфорация полого органа (пищевод, язва, желчный пу-
перитонит	зырь, аппендикс, дивертикул); первичный бактериальный
	перитонит (хламидийный, пневмококковый, туберкулёз-
	ный); небактериальный перитонит (желчный перитонит,
	гемоперитонеум)
Локальный перитонит	Травма живота, аппендицит, холецистит, язва, колит, бо-
	лезнь Крона, дивертикулит, абдоминальный абсцесс, пель-
	виоперитонит, панкреатит и панкреанекроз
С повышением	Непроходимость кишечника, кишечная гипермобильность,
внутриабдоминального	билиарная обструкция, обструкция желчных ходов, растя-
давления	жение капсулы печени, обструкция мочевого пузыря
Ишемическая боль	Ишемия грыжи, абдоминальная стенокардия; тробоэмбо-
	лия мезентериальных сосудов, селезёнку, печень; некроз
	опухолей

Таблица 9

### Наиболее частые причины абдоминальной боли при экстраабдоминальных процессах

Причина	Примеры
Ретроперитонеальные	Обструкция мочевых путей, аневризма аорты, гематома,
процессы	опухоль
Торакальные	Пневмонии, эмболии, эмпиема, инфаркт миокарда, пери-
	кардит, эзофагит, разрыв пищевода
Неврологические	Невралгия, неврит; радикулопатия; Herpes zoster
Метаболические	Порфирия; эндокринологические заболевания (феохрома-
нарушения	цитома, гипертиреоидизм, кетоацидоз); гемахроматоз; ги-
	перлипидемия
Интоксикации и дру-	Отравление (уремия, таллий); коллагенозы; острый гемо-
гие	лиз; поражение кишечной стенки (опухоль, травма)

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.

#### Абдоминальная боль сосудистого генеза

### Окклюзия мезентериальных сосудов.

Этиология. Причинами обструкции артерий в абдоминальной области являются эмболии (при пороках сердца, фибрилляции предсердий, аневризме и тромбах в полости левого желудочка, эндокардите) или атеросклеротическитромботического характера. Менее болезненно протекают сосудистые окклюзии в почках и селезенке.

Клиническая картина. При окклюзии мезентериальных сосудов характерна сильная абдоминальная боль. Боль длительная, но обычно имеет коликообразный характер и не локализуется в определённой точке как при желчнокаменной болезни, мочекаменной болезни или язве. Живот растянут, но плотный, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Позже развивается гангрена определённого отдела кишечника. Могут наблюдаться также лейкоцитоз, лихорадка, положительные перитонеальные знаки, атония кишечника и мелена.

Диагностика. При рентгенографическом исследовании брюшной полости обычно определяются типичные признаки, в начале отсутствие газа в кишечнике, позже утолщение кишечника. Дуплексное исследование и рентгенконтрастная артериография позволяют поставить точный диагноз.

### Абдоминальная стенокардия.

При атеросклерозе абдоминальных сосудов описана так называемая абдоминальная стенокардия (angina abdominalis). Боль может появляться через 20-30 минут после еды и длиться 1-2 часа. За данный диагноз говорит возраст более 50 лет, сопутствующее поражение сосудов (ИБС, окклюзия периферических сосудов), отсутствие заболеваний желудка и кишечника в анамнезе). Кровотечение, диарея и тяжёлые физические нагрузки могут также приводить к ишемии мезентериальных сосудов. В диагностике используют дуплексное исследование, аортографию, компьютерную томографию (КТ).

### Аневризма аорты.

Клиническая картина. Аневризма аорты может вызывать очень сильную боль, особенно при её разрыве. В некоторых случаях можно слева от средней линии живота определить пульсирующее опухолевидное образование. Компрессия и обтурация сосудов может привести к симптомам ишемии мезентериальных, ренальных артерий и артериальным эмболиям. Наиболее часто встречается аневризма инфраренальной части аорты атеросклеротической природы (у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин). Симптомы являются неопределёнными: редко пальпируются, имеются непонятные боли в позвоночнике. Важнейшими осложнениями являются разрыв аорты с кровотечением в брюшную полость или в кишечник (в основном, в двенадцатиперстную кишку). Расслоение аорты, которое случается в основном в области грудной аорты, может вызывать в 25% абдоминальные боли. Острая боль в верхней половине живота, резистентная к анальгетикам, и высокое АД заставляют подозревать расслоение аорты.

Диагностика. Аускультативно иногда можно определить систолический шум над аортой. Рентгенологическое исследование эффективно, если определяется обызвествление абдоминальной аорты или её выбухание. Диагноз выставляется с помощью УЗИ, КТ (рис. 2) и особенно аортографии.



**Рис. 2.** На мультипланарных реконструкциях и трёхмерных изображениях аневризмы брюшного отдела аорты: расширение инфраренального отдела аорты с частичным тромбозом просвета.

### Боль из селезенки. Инфаркт селезенки

Острая абдоминальная боль может возникать при инфаркте селезёнки, например, при эндокардите или эмболии вследствие фибрилляции предсердий или при спленомегалии. Характерны жалобы на внезапно появляющуюся боль в левой половине живота. Напряжение брюшной стенки в левом подреберье с ограничением дыхательных экскурсий слева и болью в левом плече вследствие раздражения п.phrenicus могут указывать на данный диагноз. Разрыв селезенки, например, при травме, опухолях, тифе проявляется сильными болями слева, отдающими в левое плечо и признакам внутреннего кровотечения.

### Боль при поражении ретроперитонеального пространства

Боли, обусловленные процессами в ретроперитонеальном пространстве, иррадиируют в основном в спину, поясницу с обеих сторон, позвоночник, реже на переднюю брюшную стенку. При этом, в первую очередь, следует исключить заболевания позвоночника. Все ретроперитонеальные боли можно разделить на острые и хронические; доброкачественные и злокачественные; ренальные и экстраренальные.

### ХРОНИЧЕСКИЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ

У множества пациентов с абдоминальными болями сбор анамнеза бывает достаточен для определения диагноза. При анализе болевого синдрома всегда необходимо задать 4 вопроса: «где», «как», «почему» и «когда».

Покализация и характер боли очень часто могут привести к постановке правильного диагноза. Боль органической природы, такая как язвенная, при ЖКБ (желчнокаменной болезни), панкреатите обычно описывается достаточно точно, в отличие «функциональных» расстройств. Типичная зависимость и усиление боли в положении лежа позволяют думать о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и панкреатите, а усиление болей в положении стоя – о грыжах. Усиление болей на фоне движения тела позволяет думать о процессах в брюшной полости травматического генеза, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, вертебральных причинах (например, грыжа Шморля). Усиление болей при приёме пищи характерно для ЖКБ, панкреатита, абдоминальной формы стенокардии, синдрома раздражённого кишечника (СРК) и, возможно, стенозов в ЖКТ (например, пилоростенозе). Для СРК характеры постпрандиальная боль, чаще утром, никогда ночью, не встречается при голодании.

Особенным значением для дифференциального диагноза является время появление болей и связь с приёмом пищи: появление 1-2 часа после еды; боль в середине ночи; быстрое улучшении при приёме молока, антацидов или еды; никогда не бывает утром натощак. Более половины пациентов с хроническими абдоминальными болями имеют так называемые функциональные нарушения, т.е. заболевания без наличия органической причины и, прежде всего, это относится к СРК. Постоянные интермиттирующие абдоминальные жалобы при общем хорошем состоянии зачастую в комбинации с множеством других «функциональных» нарушений в возрасте до 40 лет делают этот диагноз весьма правдоподобным.

### БОЛЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ТОНКОЙ КИШКИ

Наиболее частыми причинами болей из желудка и кишечника могут быть:

- ✓ острый и хронический гастрит,
- ✓ язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки,

- ✓ опухоль желудка (карцинома, лимфома, саркома Капоши),
- ✓ желудочно-пищеводный рефлюкс,
- ✓ диффузный гастро- и пилороспазм,
- ✓ синдром раздражённого кишечника (СРК),
- ✓ боли при сопутствующих заболеваниях.

Диагностика. Дифференциальная диагностика проводится на основании анамнеза, объективного обследования (в меньшей степени) и инструментального обследования (эндоскопия, рентгенологическое исследование, внутрипищеводная манометрия, снятие ЭКГ) и биопсии с гистологическим подтверждением. Тщательно собранный анамнез очень важен при заболеваниях желудка. Жалобы при функциональные болях в желудке не имеют чёткого характера. Они встречаются нерегулярно и периодичность отследить достаточно сложно. Однако характерно значительное усиление болей сразу после приёма пищи.

Для исследования причин неопределённых болей в эпигастрии особенно показано эндоскопическое исследование. При сопутствующих дискинетических расстройствах для определения и подтверждения нарушений двигательной функции пищевода производится манометрия. Рентгенологическое исследование также используется при подозрении на параэзофагеальную грыжу, нарушение мобильности, дивертикулиты, компрессии и эндоскопически непроходимые стенозы.

### Гастро- и пилороспазм

Клиническая картина. Клиническая картина усиления двигательной функции желудка характеризуется внезапным возникновением колико- и схват-кообразной боли, не имеющей прямой зависимости с приемом пищи. При гастроспазме боль локализуется под мечевидным отростком, при пилороспазме — в подложечной области и в пилородуоденальной зоне. Боль исчезает самостоятельно или под влиянием терапевтических мероприятий. Кроме боли характерны другие диспепсические симптомы: отрыжка с запахом съеденной пищи или тухлым яйцом, изжога, однократная, приносящая облегчение, «застойная» рвота.

При осмотре подложечной области могут выявляться патологические перистальтические движения. Возможно проявления сосудистой недостаточности в результате раздражения блуждающего нерва – бледность, холодный пот, гипотония и брадикардия. При понижении тонуса и задержке эвакуации из же-

лудка возникает шум плеска натощак справа от пупка при пальпации надчревной области (симптом Василенко).

Диагностика. Обязательные методы обследования:

- ✓ Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) позволяет исключить органическую патологию верхних отделов пищеварительного тракта: эрозивный эзофагит, язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, рак желудка;
- ✓ УЗИ гепатобилиарной области позволяет выявить ЖКБ, хронический панкреатит.

Дополнительные методы обследования:

- ✓ внутрижелудочная рН-метрия позволяет оценить секрецию кислоты в желудке;
- ✓ сцинтиграфия позволяет определить и рассчитать скорость опорожнения желудка;
- ✓ электрогастрография, основанная на регистрации миоэлектрической деятельности желудка с помощью электродов, установленных в эпигастральной области, отражает миоэлектрический ритм желудка и позволяет выявить желудочные аритмии;
- ✓ гастродуоденальная манометрия: используют перфузионные катетеры или миниатюрные манометрические датчики, установленные на катетерах, введённые в полость антрума и двенадцатиперстной кишки; датчики отражают изменение давления при сокращении стенки желудка;
- ✓ желудочный баростат: изучают процессы нормального и нарушенного рецептивного расслабления желудка, сократительную активность;
- ✓ рентгенологическое исследование позволят выявить стеноз или дилатацию различных отделов пищеварительного тракта, замедленное опорожнение желудка, гастроптоз, заброс желудочного содержимого в пищевод и дуоденального в желудок, кардиоспазм и недостаточность кардиального сфинктера, пилороспазм и атонию привратника, исключить органическую природу заболевание;
- ✓ максимально надежными для дифференциальной диагностики функциональных расстройств желудка являются гистологический, гистохимический и электронно-микроскопический методы исследования биоптатов слизистой оболочки.

При персистировании симптомов диспепсии следует провести исследование на наличие *Helicobacter pylori* (HP).

### Острый гастрит

Клиническая картина. Типичный острый гастрит, который обычно развивается вследствие действия повреждающих агентов, обычно достаточно легко распознаётся. Характерны на разлитую боль с максимумом в эпигастрии. Приём пищи в отличие от, например, язвенной болезни, усиливает боль, а рвота часто приносит облегчение. Боли возникают несколько раз в сутки. Кроме боли характерны другие диспепсические симптомы: метеоризм, диарея, тошнота и рвота. Эрозивный гастрит может быть частой причиной желудочного кровотечения.

Этиология. Причинами острого гастрита является инфекционный агент, в первую очередь НР, и редко некоторые другие бактериальные агенты, вирусные (Herpes simplex, цитомегаловирус), паразитарная или грибковая инфекция, интоксикационные (стафилококковые), алкогольные, стрессовые (операции, серьёзные травмы, шок) факторы, приём некоторых медикаментов, нестероидные противовоспалительные средства, салицилаты, кортикостероиды, цитостатики и другие препараты.

Дифференциальная диагностика. Гастрит интерпретируется как первичный процесс, хотя зачастую он является проявлением имеющегося базового заболевания, обычно с локализацией в желудочно-кишечном тракте:

- ✓ почти всегда при хронической уремии развивается острый гастрит;
- ✓ острые или хронические заболевания печени, например, при алкоголизме, часто ведёт к жалобам со стороны желудка;
- ✓ застойный гастрит как проявление хронической сердечной недостаточности, в том числе портальной гипертензии;
- ✓ почти любое общее заболевание может проявляться к симптомами, характерными для острого гастрита, а также некоторыми другими жалобами (отрыжка, отсутствие аппетита, тошнота, рвота);
- ✓ аллергический гастрит является следствием аллергических реакций на молоко, шоколад, дрожжи, орехи, цитрусы, ягоды и т.п.

### Хронический гастрит

Морфологически различают несколько типов хронического гастрита:

- ✓ *Tun A.* (по R.C. Strickland and I.R. МасКау, 1972). Гастрит типа А («иммунологический») локализуется в основном в теле желудка. В основе лежит аутоиммунный процесс против собственных обкладочных клеток и внутреннего фактора Кастля. При хроническом гастрите типа А обнаружен очаговый или диффузный атрофический гастрит тела желудка, в антруме желудка неизмененная слизистая оболочка или поверхностный гастрит. Болезнь часто сочетается с В<sub>12</sub>- дефицитной анемией. Уровень гастрина сильно повышен;
- ✓ *Тип В* («простой») (по Strickland R.C. and MacKay I.R., 1972). Определяется очаговый или диффузный атрофический гастрит антрального отдела желудка с неизмененной слизистой оболочкой или поверхностным гастритом тела желудка и вызывается в основном НР. Он чаще, чем гастрит А, ассоциируется с язвой желудка, 12п кишки, опухолью желудка. Лимфоцитарная, эозинофильная и гранулёматозная формы гастрита встречаются достаточно редко;
- ✓ Тип AB (по Glusse I., 1975). Очаговый или диффузный атрофический гастрит -определяется в антруме и в теле желудка;
- ✓ Тип С (по Stolte M. and Heilmann К., 1987) щелочной хронический рефлюкс-гастрит встречается значительно редко;

*Диагностика*. Большая часть пациентов с хроническим гастритом асимптоматичны и выставить диагноз можно, в основном, при гистологическом обследовании.

Обычно клиническая картина складывается из местных и общих расстройств (астеноневротический синдром — слабость, раздражительность, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы — кардиалгии, аритмии, артериальная неустойчивость с наклонностью к гипотонии), появляющихся в периоды обострений. Местные признаки проявляются желудочной диспепсией (тяжесть и чувство давления, полноты в подложечковой области, появляющиеся или усиливающиеся во время еды или вскоре после еды; отрыжка, срыгивание, тошнота, неприятный привкус во рту, жжение в эпигастрии, нередко изжога, свидетельствующая о нарушении эвакуации из желудка и забросе желудочного содержимого в пищевод).

Указанные проявления чаще свойственны определенным формам хронического антрального гастрита, приводящим к нарушению эвакуации из желуд-

ка, повышению внутрижелудочкового давления, усилению желудочнопищеводного рефлюкса и обострению всей перечисленной симптоматики. При гастрите тела желудка симптоматика небогата и встречается реже: тяжесть в эпигастральной области, возникающая во время или вскоре после еды. При хроническом HP-ассоциированном гастрите могут появиться признаки «кишечной» диспепсии в виде расстройств дефекации (запоры, послабление, неустойчивый стул, урчание, вздутие живота).

Диагностика хронического гастрита включает:

- ✓ эндоскопическая желудка со взятием диагностических биопсий;
- ✓ морфологические методы: окраска гематоксилином и эозином, гистохимические окраски;
- ✓ окраску по Гимзе без дифференцировки на HP, иммуноморфологический с окраской антисыворотками к гастрину, соматостатину и гистамину;
- ✓ методы, направленные на выявление HP: морфологический, уреазный (кло-тест, дыхательный), иммуноморфологический на антигены HP, иммунологический, бактериальный с посевами на среды;
- ✓ радиоиммунологический метод с определением в крови гастрина и пепсиногена 1;
- ✓ иммунологический метод с применением иммуносорбентов: антитела к париетальным клеткам, антитела к ферменту К/Na-AT-Фазы в париетальных клетках, антитела к внутреннему фактору Кастла, антитела к НР;
- ✓ определение кислотной продукции: фракционное желудочное зондирование, разные виды рН-метрии;
- ✓ лабораторный метод: общий анализ крови, определение уровня уропепсина в моче.

Дифференциальная диагностика. Диагноз «хронический гастрит» ставят после исключения всех возможных заболеваний, протекающих со сходной клинической симптоматикой:

- ✓ гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- ✓ ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ✓ рака желудка или пищевода;
- ✓ побочных эффектов приёма лекарственных средств (нестероидных противовоспалительных средств и др.);
  - ✓ желчно-каменной болезни (ЖКБ);

- ✓ хронического панкреатита;
- ✓ целиакии;
- ✓ диффузного эзофагоспазма;
- ✓ функциональных заболеваний ЖКТ аэрофагии, функциональной рвоте;
  - ✓ ИБС;
- ✓ вторичных изменений ЖКТ при сахарном диабете, системной склеродермии и др.



Рис. 3. Картина эрозивного хронического гастрита при фиброгастроскопии.

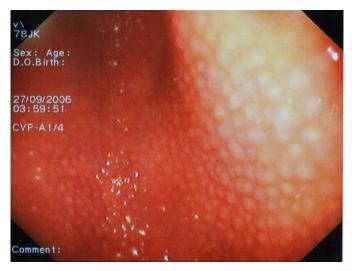


Рис. 4. Хронический гиперпластический гастрит при фиброгастроскопии.

#### Язвенная болезнь

В настоящее время отсутствуют сомнения в том, что язвенная болезнь (ЯБ) вызывается инфекционным агентом, а именно НР. Лечение данной инфекции у пациентов с ЯБ не только способствует заживлению острых язв, но и предотвращает рецидивирование и развитие осложнений заболевания. При тщательном обследовании НР определяется у 95% всех пациентов с ЯБ, однако только у 10% людей, инфицированных НР, развивается язвенная болезнь. Поэтому понятно, что сама инфекция не являются единственной причиной развития ЯБ. Для этого существуют триггеры к активации язвообразования, такие как стресс, курение, генетическая предрасположенность.

Методы диагностики наличия НР:

*Инвазивные методы*. Для этих исследований необходимо проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка:

- ✓ гистологический метод срезы окрашивают по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри и др. Цитологический метод — мазки-отпечатки биоптатов слизистой оболочки желудка окрашивают по Романовскому-Гимзе и Граму;
- ✓ биохимический метод (быстрый уреазный тест): биоптат слизистой оболочки желудка инкубируют в жидкой или гелеобразной среде, содержащей мочевину, в присутствии индикатора. При наличии в биоптате H. *pylori* его уреаза превращает мочевину в аммиак, что изменяет рН среды и, следовательно, цвет индикатора;

#### Неинвазивные методы:

- серологические методики: обнаружение антител к H.pylori в сыворотке крови. Метод наиболее информативен при проведении крупных эпидемиологических исследований. Клиническое применение теста ограничено тем, что он не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия H.pylori в настоящий момент;
- ✓ дыхательный тест определение в выдыхаемом воздухе CO<sub>2</sub>, меченного изотопами C14 и C13, которая образуется под действием уреазы *H.pylori* в результате расщепления в желудке меченой мочевины. Является референсным методом для определения качества эрадикационной терапии;
- ✓ полимеразно-цепная реакция: можно исследовать как биоптат, так и фекалии больного.

#### Клиническая картина.

Боль — наиболее типичный признак заболевания. У пациентов необходимо выяснить: характер, периодичность, время возникновения и исчезновения болей и связь с приемом пищи. При язве пациенты могут достаточно точно показать точку, в которой боль максимальна, в отличие от болей при СРК (разнообразных характер болей) или гастрите (разлитая боль в эпигастрие). Эта точка при ЯБ желудка находится несколько левее, а при ЯБ двенадцатиперстной кишки — правее от средней линии. Характер боли является дифференциальнодиагностическим признаком, разграничивающим ЯБ от колики при ЖКБ. Особенно важным моментом для ЯБ является продолжительность эпизодов болей и типичный ритм болей. Обострения ЖКБ длятся обычно 1-3 дня, а язвы — 3-5 недель. При ЯБ боль исчезает через несколько минут после приёма пищи, а при ЖКБ этот симптом не характерен.

Язвенная боль редко сопровождается тошнотой и рвотой, которые часто встречаются при ЖКБ. Аппетит, в отличие от гастрита и опухолей желудка, не изменён. Если характер боли при ЯБ изменяется и появляются новые жалобы, то необходимо думать об осложнениях ЯБ: пенетрация язвы (характерна длительная боль в эпигастрии, иррадиирущая в спину) и стеноз привратника (тошнота и рвота). Обязательно уточняют наличие эпизодов рвоты кровью или черного стула (мелены).

Обострения ЯБ, так же, как и острого гастрита, может инициироваться стрессом (операции, травма), приёмом алкоголя или некоторых медикаментов (например, нестероидных противовоспалительных средств). ЯБ может встретиться почти в любом возрасте. Для опухолей желудка характерен возраст более 40-50 лет, хотя более молодой возраст также возможен.

Диагностика. Основным методом (обязательным) является ФГДС с обязательным гистологическим подтверждением диагноза (рис. 5). Множественная биопсия в области язвы, в том числе, в динамике, способствует надежной и точной дифференциальной диагностике между доброкачественной и злокачественной формой течения ЯБ.

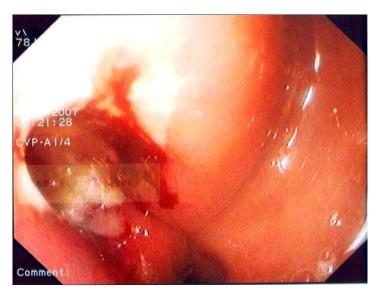


Рис. 5. Острая язва тела желудка с язвенным кровотечением.

При рентгенологическом исследовании выделяют прямые и непрямые признаки наличия ЯБ. К прямым признакам относят язвенная ниша, которая проявляется при контрастном исследовании желудка с барием. Язвенная ниша в 85% случаев определяется на малой кривизне желудка. В остальных 15% она определяется в области большой кривизны, задней стенки (при этом типична иррадиация болей в спину) и в области привратника. Саркома желудка также может вызывать язвенный дефект. К непрямым признаки относят симптом «указующего перста» (наличие спазма в желудке и луковице) напротив язвы. После вылечивания язвы может формироваться так называемый симптом «песочных часов», который формируется вследствие сужения малой кривизны и спазма большой кривизны желудка. К обязательным методам исследования относится внутрижелудочковая рН-метрия и УЗИ органов брюшной полости – для исключения сопутствующей патологии.

Патогномоничных для ЯБ лабораторных признаков нет. Их проведения целесообразно с целью исключения осложнений (прежде всего, кровотечений):

- ✓ анализ кала на скрытую кровь,
- ✓ общий анализ крови.

К дополнительным методам обследования относятся:

- ✓ эндоскопическая ультрасонография (исключение зндофитного роста опухоли),
  - ✓ КТ для дифференциальной диагностики.

Язвенная болезнь желудка встречается чаще у мужчин и в более позднем возрасте, чем ЯБ двенадцатиперстной кишки. Доброкачественные язвы чаще локализуются в дистальной части двенадцатипёрстной кишки. Если исключить язвы, вызванные нестероидными противовоспалительными средствами, то, в основном, это будут язвы атриума, которые вызываются НР.

При ЯБ двенадцатиперстной кишки жалобы обычно менее типичны, чем при ЯБ желудка и усиливаются при приёме пищи. Обычно боль проецируется в эпигастральной области справа от срединной линии; ее пальпация может быть болезненна. Тошнота и рвота также характерны, но могут протекать и без формирования стеноза. Часто встречается асимптоматическое течение. При ЯБ двенадцатипёрстной кишки жалобы обычно менее типичны, чем при ЯБ желудка — характерны «голодные» (ночные) боли через 2,5 — 4 часа после еды, исчезающие после очередного приема пищи, или поздние через 2 ч после еды — луковица двенадцатиперстной кишки.

Важно помнить, что в области язвы может формироваться опухоль желудка. Диагноз ЯБ должен обязательно подтверждён гистологически и процесс излечения должен также гистологически контролироваться.

#### Осложнения язвы

К поздним осложнениям язвы, сопровождающимся болевым синдромом, относят: пилоростеноз и опухоль желудка.

Пилорестеноз. Пилоростеноз является поздним осложнением хронически-рецидивирующих язв (рис. 6). При таком течении язвенной болезни, в особенности двенадцатипёрстной кишки, необходимо внимательно относиться к симптомам. Меняется характеристика боли, снижается аппетит. Появляется чувство распирания в области желудка и дискомфорта после приёма пищи, которых не бывает при обычном течении ЯБ. Характерно облегчение после рвоты, утренняя рвота с остатками пищи. При эндоскопическом обследовании после 12 часов голодания в просвете желудка определяются секрет желудка и остатки пищи. Иногда остатки пищи в желудке можно определить при УЗИ. Рентгенологически можно определить уменьшенный пассаж пищи, дилатация желудка, наличие контраста в желудке через несколько часов после приёма контрастного вещества. Решающее значение имеет эндоскопия и биопсия с гистологией.



Рис. 6. Хроническая язва луковицы желудка с явлениями пилоростеноза.

Опухоли желудка. Клиническая картина. В сравнении с ЯБ анамнез у пациентов с опухолью желудка достаточно нетипичен. Жалобы развиваются постепенно, не имеют определённых характеристик и периодичности. Анамнез при раке кишечника обычно минимален. Единственной особенностью будет персистенция проградиентных жалоб с последующей более развёрнутой картиной, в основном, анемии, слабости и потери веса. В сравнении с жалобами при язве отсутствует улучшение при приёме антацидов и молока. Примерно в четверти случаев боли отсутствуют, но появляются такие жалобы как чувство распирания, дискомфорта, отрыжка, тошнота. В других случаях определяются ещё более общие жалобы: отсутствие аппетита, потеря веса. Рвота является типичной для опухолей в области кардиального отдела желудка. Если в процесс вовлекается пищевод, то добавляется дисфагия.

Опухоль можно пропальпировать только в терминальных случаях, когда диагноз уже обычно ясен. При пальпации опухоль обычно болезненна. Решающим для диагноза является ФГДС и гистологическое исследование (рис. 7). При ФГДС при подозрении на рак желудка только имеет значение только биопсия, однако и отрицательный ответ не исключает опухоль. Таким больным необходимо проводить контрольное исследование для раннего выявления опухоли. Отсутствие излечения язвы через 4-8 недель консервативной терапии или ранние рецидивы могут быть также признаками злокачественного процесса или осложнений ЯБ. Тремя основными радиологическими находками при опухолях желудка являются: язвенная ниша, дефект заполнения и инфильтрация стенки.



Рис. 7. Лейомиома тела желудка при фиброгастроскопии.

*Дифференциальная диагностика язвы и опухолей*. Дифференцировка между язвой и опухолью очень важна и базируется на следующих положениях:

- ✓ Анамнез. Периодичность болей больше свидетельствует за язву, однако не исключает опухоль. Длительность боли не даёт точных указаний на опухоль. Впервые возникшая язва у пациентов старше 50 лет больше соответствует язве;
- ✓ Клинические находки (анемия, потеря веса) в раннем периоде малоинформативны;
  - ✓ Эндоскопия с биопсией является методом выбора;
- ✓ Доброкачественная язва излечивается через 4-8 недель на фоне консервативного лечения, а опухоль обычно редко исчезает,
- ✓ Особое подозрение на опухоль желудка должно быть у пациентов с пернициозной анемией, после резекции желудка, аденоматозными полипами желудка и выраженным атрофическим гастритом.

#### БОЛЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

#### Синдром раздражённого кишечника

Около 50% пациентов с хронически рецидивирующей абдоминальной болью жалуются на симптомы синдрома раздражённого кишечника (СРК). СРК является синдромом неясной этиологии, который характеризуется нарушенной мобильностью и секрецией, главным образом кишечника, при отсутствии орга-

нической причины. Множественность индивидуальных особенностей в рамках вегетативных проявлений является ведущим фактором в клинической картине.

Диагноз СРК является диагнозом исключения. Он основан на хроническом течении процесса явно интермиттирующего характера при отсутствии очевидных органических аномалий и на четкой зависимости интенсивности проявления симптомов от внешних воздействий [6, 7, 8].

В 1992 году F. Weber и R. МсСаllum предложили клиническую классификацию СРК, согласно которой в соответствии с доминирующим симптомом заболевания выделяются три основных варианта: СРК с преимущественной диареей (СРК<sub>д</sub>), СРК с преимущественными запорами (СРК<sub>3</sub>) и вариант СРК, протекающий с преобладанием болей в животе и метеоризмом (СРК<sub>Б</sub>).

Клиническая картина. Клинически определяются интермиттирующие боли в животе с различной интенсивности и локализации, связанные с нарушением стула: диарея, запор или сочетание. Пациенты часто обследуются у врачей вследствие частых обострений. У таких больных необходимо тщательно собирать анамнез. Боль при СРК варьирует от неприятных чувства давления и вздутия до сильных абдоминальных колик. В основном они появляются в пупочной области, затем переходят в эпигастрие, диффузно по всему животу и даже грудную клетку. Длительная боль с похожими болями и неритмичность болей позволяют определить диагноз. Иногда боль становится такой интенсивной, что часто воспринимается как острый живот. Диспепсическими жалобами являются тошнота, чувство распирания в животе, в преимущественно после приёма пищи, метеоризм и флатуленция являются сопутствующими синдромами. Большинство пациентов одновременно жалуются на множество других симптомов.

Диагностика. Общее состояние пациентов удовлетворительное. При лабораторных исследования обычно патологические находки не определяются. В стуле отсутствует кровь и паразиты. Кишечник в левой подвздошной области болезнен при нажатии и пальпируется как спазмированный. При эндоскопии слизистая густая, слегка гиперемированная. Иногда из-за спазмов кишечника невозможно ввести эндоскоп. ФГДС и рентгенологическое исследование используются для исключения органической патологии, специфические находки при СРК не определяются.

Синдром раздражённого кишечника является диагнозом исключения (опухоль, язва, дивертикулит, холелитиаз, нефролитиаз, гинекологические за-

болевания, болезнь Крона, непереносимость лактозы, коллагеноколиты, паразитарная инфекция, депрессия и т.п.). Диагноз часто субъективен и основывается на клиническом опыте врача. Чем меньше давность заболевания и пациент старше, тем менее возможен данный диагноз. За обратное свидетельствует молодой возраст, длительный анамнез заболевания, постоянный вес и отсутствие органических заболеваний. Возможно сочетание СРК с язвенной болезнью и ЖКБ. У пожилых пациентов нужно дифференцировать с дивертикулёзом.

### БОЛЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПЕЧЕНИ

В дифференциальной диагностике боли в эпигастрии всегда следует думать о поражении желчных путей. Важнейшими симптомами, которые свидетельствуют о поражении желчных путей, являются болевые колики в эпигастрии, иррадиирущие или не иррадиирущие в правое плечо, длительность обострения 1-3 дня, тошнота, рвота, иногда желтуха и частые длительные периоды без обострений от нескольких недель до месяцев.

#### Желчнокаменная болезнь

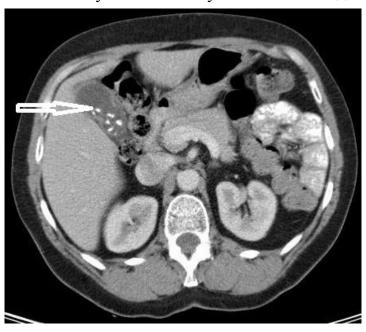
Эпидемиология. ЖКБ встречается у женщин почти в 2 раза чаще, чем мужчин. Заболевание чаще встречается при повторной беременности, голодании, применении гормонозаместительной терапии, у лиц с повышенным индексом массы тела, генетической и этнической предрасположенностью, при заболеваниях повздошной кишки и учащается с возрастом. Большинство (75%) пациентов с ЖКБ бессимптомны или асимптомны (например, симптомы СРК), конкременты обнаруживаются случайно при проведении УЗИ. Наиболее частый вариант течения — в виде желчных колик: в 60-80% случаев определяются камни желчного пузыря, в 10-20% — общего желчного протока. В 2/3 случаях камни в желчном пузыре оказываются холестериновыми.

Клиническая картина. Желчные колики обычно активируются нарушением диеты. Боль в течение короткого времени становится максимальной и может быть чрезвычайно сильной, и поэтому наиболее часто её дифференцируют с ЯБ, которая начинается медленнее и редко бывает такой сильной. Продолжительность желчной колики составляет от 15 мин до 5 – 6 ч; при большей продолжительности необходимо думать об осложнениях (холецистит). Локализация боли редко описывают достаточно точно. Обычно она бывает спереди в

правом подреберье, но может быть и по средней линии. Типична также иррадиация в спину (50%) справа и правое плечо.

Сопутствующими симптомами часто является тошнота, непереносимость жирной пищи. Однако сама непереносимость жирной пищи не является весьма специфическим симптомом и встречается при целом ряде других состояний и заболеваний. Объективное обследование выявляет симптом усиления боли при пальпации в области подреберья и поколачивании краем ладони по правой реберной дуге, а также симптом Мерфи (усиление болезненности при надавливании в проекции желчного пузыря на высоте вдоха).

Диагностика. Ультразвуковое исследование является методом выбора при явлениях ЖКБ (чувствительность 89-95%). Необходим целенаправленный поиск расширения внутри- и внепеченочных протоков, конкрементов в просвете желчных путей и желчевыводящих путей и признаков острого холецистита в виде утолщения стенки более 4 мм и «двойного контура» его стенки. КТ несколько повышает эффективность визуализации (рис. 8). Кроме того, камни можно определить при рентгенологическом исследовании (чувствительность менее 20%). Камни в желчных протоках можно визуализировать с помощью рентгеноконтрастных методов. Считается, что если у человека есть камни в желчном пузыре, то в 10% случаев они могут быть и в холедохе.



**Рис. 8.** На аксиальном скане компьютерной томографии визуализируется множество конкрементов в просвете желчного пузыря при желчнокаменной болезни.

Дифференциальная диагностика. Обычно желчные колики достаточно типичны и легко распознаются. Болевой синдром при ЖКБ следует дифференцировать с состояниями:

- ✓ билиарный сладж: иногда наблюдают типичную клинику жёлчной колики. При УЗИ характерно наличие жёлчного осадка в жёлчном пузыре;
- ✓ функциональные заболевания жёлчного пузыря и жёлчевыводящих путей: при обследовании не находят камней, но выявляют нарушения сократительной способности жёлчного пузыря (гипо- или гиперкинезия), спазм сфинктерного аппарата (дисфункция сфинктера Одди);
- ✓ патология пищевода: эзофагит, эзофагоспазм, грыжа отверстия диафрагмы. Характерны болевые ощущения в эпигастральной области и за грудиной в сочетании с типичными при ФГДС или рентгенологическом исследовании верхних отделов ЖКТ;
- ✓ язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: типична боль в эпигастральной области, иногда иррадиирующая в спину, уменьшающаяся после еды, приёма антацидов и антисекреторных препаратов. Необходимо проведение ФГДС;
- ✓ заболевания поджелудочной железы: острый и хронический панкреатит, псевдокисты, опухоли. Типична боль в эпигастрии, иррадиирующая в спину, провоцируемая приёмом пищи, сопровожающаяся рвотой. В пользу диагноза свидетельствует повышенная активность в сыворотке крови амилазы и липазы, а типичные изменения по результатам методов лучевой диагностики необходимо помнить о том, что ЖКБ и билиарный сладж могут приводить к развитию острого панкреатита;
- ✓ заболевания печени: характерна тупая боль в правой подреберной области, иррадиирущая в спину и правую лопатку, постоянная (что нетипично для болевого синдрома при жёлчной колике), связанная с увеличением печени, болезненной при пальпации;
- ✓ заболевания толстой кишки: СРК, опухоли, воспалительные поражения. Боль, обычно обусловленная моторными нарушениями, уменьшается после акта дефекации и отхождения газов. Необходимо проведение колоноскопии и ирригоскопии;
- ✓ заболевания легких и плевры: необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки;

- ✓ заболевания почек: правостороннюю почечную колику при МКБ;
- ✓ сердечно-сосудистую патологию: тромбоз мезентериальных вен или артерий, диафрагмальный инфаркт миокарда.

### БОЛЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ведущими клиническими симптомами, указывающими на заболевание поджелудочной железы (ПЖ) являются болевой синдром, холестаз, потеря веса, сахарный диабет, диарея/стеаторея. Из заболеваний ПЖ по важности на первых ролях стоят острый панкреатит (ОП) и хронический панкреатит (ХП) и опухоли.

Острый и хронический панкреатит показывают в ранних стадиях идентичную клиническую картину, характеризуемую приступами обострения и различаются между собой прежде всего в длительности течения. В противоположность ХП при ОП возможно выздоровление при устранении патогенетической причины (например, если причина панкреатита — ЖКБ). Морфологически после выраженного панкреатита в ткани железы могут оставаться и персистировать рубцы и псевдокисты.

ХП характеризуется проградиентным течением с развитием «цирроза» органа и панкреатической недостаточностью. Типичным проявлением хронического панкреатита является необратимая экзо- и эндокринная недостаточность, часто комбинирующаяся с обызвествлением ПЖ, что в среднем происходит через 5-6 лет после начала заболевания. Примерно 50% неалкогольных хронических панкреатитов первично протекают в безболевой форме и манифестируют при наличии вторичного сахарного диабета или диареи/стеатореи с потерей веса. Прогностически важна этиология заболевания. Так, билиарный панкреатит никогда не бывает хроническим, а при алкоголизме он, наоборот, протекает почти всегда в хронической форме.

### Диагностика заболеваний поджелудочной железы

Диагностика заболеваний ПЖ основывается на анамнезе, клинической картине, методах визуализации (рентгенологическое исследование органов брюшной полости, УЗИ, эндоскопические методы, КТ, ЯМТ) и лабораторных методах, определяющих экзокринную функции ПЖ (табл. 10).

Таблица 10 Лабораторная диагностика функции поджелудочной железы

Параметры	Показатели	
Сывороточные ферменты	Амилаза сыворотки и мочи, липаза, трипсин,	
	панкреатическая амилаза	
Переваривающая способность	Тест на секрецию, панкреатозиминовый тест,	
	хемотрипсин или эластаза в стуле	
Ацинарная атрофия	Трипсин, липаза, панкреатоамилаза	
Эндокринные функциональные	Сахар крови; толерантность к глюкозе; HbA1,	
тесты	Фруктозамины	

Амилаза. Повышение уровня амилазы в крови и моче типично для панкреатита. Для острого панкреатита характерен подъём фермента в 4-5 раз с последующей нормализацией. При остром панкреатите повышенный уровень амилазы в моче сохраняется несколько дольше (7-10 дней), чем в сыворотке крови (1-5 дней). Однако большое количество экстракардиальных заболеваний может привести к подъёму уровня амилазы мочи и крови. При определении липазы, трипсина или панкреатической амилазы можно добиться высокой специфичности диагноза. Высокие значения амилазы и липазы определяются при остром панкреатите при сопутствующем высоком уровне триглицеридов. Для определения экзокринной функции ПЖ в практическом плане проводят:

- ✓ исследование панкреатической секреции с экзогенной (секретином и др.) и эндогенной (пищевые тесты) стимуляцией;
- ✓ качественное исследование кала (копрограмма): ранний признак наличие нейтрального жира (стеаторея) с последующим появлением переваренных мышечных волокон (креаторея);
- ✓ количественное исследование нейтрального жира в объеме кала, выделенного в течение 72 часов — увеличение содержания жира более 6 г/день является патологией;
- ✓ определение панкреатической эластазы-1 в кале её уровень <200 мкг в 1 г кала свидетельствует о панкреатической недостаточности.

Эндокринная функция. Нарушение толерантности к глюкозе определяется при большом количестве панкреатических заболеваний, которые могут быть короткими (например, при ОП) или длительными (ХП, панкреатокарцинома).

Панкреатическая недостаточность. Наличие панкреатической недостаточности необязательно говорит о ХП. Недостаточность ПЖ может быть обратимой, например, при остром панкреатите, алкогольном поражении или при проградиентном течении, что типично для хронического панкреатита. Нормальная панкреатическая функция, однако, не исключает отсутствие заболеваний ПЖ.

#### Острый панкреатит

Этиология. Составляет 7-12% среди острых заболеваний брюшной полости и занимает 3-е место после острого аппендицита и холецистита. Наиболее частой его причиной является ЖКБ (в 40-70% случаев). Алкогольное поражение занимает 2 место и имеет схожую клиническую картину. Другие причины ОП обозначены в таблице 11, но примерно в 10-20% случаев они не определяется. Чаще болеют женщины. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:3. В 30-50% случаев ОП рецидивирует и переходит в хронический.

Клиническая картина. Для ОП характерно общее тяжёлое состояние пациентов с наличием перитонеальных знаков и осложнениями различной локализации вплоть до шока и мультиорганной недостаточности вследствие гиповолемии (просачивание белков и жидкой части плазмы в забрюшинное пространство), усиленного образования кининов, вызывающих вазодилатацию и повышение проницаемости сосудов, системного действия протеаз и липолитических ферментов в кровеносном русле.

Таблица 11

### Причины острого панкреатита

- ✓ Биллиарные (в основном холедохолитиаз)
- ✓ Алкоголизм
- ✓ Метаболические причины (гипертриглицеридемия, гиперкальциемия, гиперпаратиреоидизм, почечная недостаточность)
- ✓ Медикаментозная (азатиоприн, 6-меркаптопурин, тетрациклин, тиазидные диуретики, фуросемид, метранидазол)
- ✓ Инфекциозная (паротит, вирусный гепатит, другие вирусные инфекции (вирус Коксаки, цитомегаловирус, вирус иммунодефицита человека), микоплазмы и т.п.
- ✓ Травматическая (в основном, травма живота)
- ✓ Постоперативная (после абдоминальных и не абдоминальных операций, чаще при трансплантациях почек)
- ✓ Сосудистая (ишемической природы, например, при хирургии сердца, эмболическая, при васкулитах (например, при системной красной волчанке, Panarteritis no-

- dosa или тромбоцитопенической пурпуре)
- ✓ После эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии
- ✓ Обструкция папиллярного сфинктера при папиллостенозе, панкреатокарциномах, паразитах, дивертикуле двенадцатипёрстной кишки, болезни Крона
- ✓ Анатомические аномалии
- ✓ Врожденные
- ✓ Идиопатические

Ведущим симптомом ОП является различная по интенсивности боль в брюшной полости – от неприятных ощущений до сильнейшей боли (ощущение «вбитого кола»). Чаще она постоянная, изматывающая, локализуется в эпигастрии, пупочной области, часто иррадиирует в спину, в грудь, боковые и нижние отделы живота. Боль часто усиливается в положении лежа на спине, поэтому больные вынуждены сидеть, наклонившись вперед и подобрав под себя ноги, испытывая облегчение. Боль сопровождается часто тошнотой, рвотой и метеоризмом, обусловленными угнетением моторики желудка и кишечника, а также химическим перитонитом.

При физикальном исследовании отмечаются беспокойство, тревога, бледность, иногда цианотичность и желтушность (обусловленная сдавлением отечной головкой ПЖ панкреатического отдела общего желчного протока) кожных покровов, незначительный подъем температуры (при отечной форме температура тела нормальная), тахикардия и артериальная гипотония. Живот вздут умеренно, напряжен и болезнен при пальпации. У 10-20% больных выявляют симптомы со стороны легких: влажные хрипы в базальных отделах, ателектазы, плевральный выпот, обычно слева.

При развитии геморрагической имбибиции забрюшинной клетчатки появляются синдром Мондора (кожные изменения на лице), симптомы Грея-Тернера (синевато-красное или зеленовато-бурое окрашивание кожи боковых поверхностей живота слева) и Каллена (цианоз кожи вокруг пупка). Эти симптомы наблюдаются нечасто и свидетельствуют о тяжелом панкреонекрозе. Лейкоцитоз встречается не всегда.

Дифференциальная диагностика проводится с:

- ✓ механической кишечной непроходимостью;
- ✓ тромбозом или эмболией брыжеечных сосудов;
- ✓ острым аппендицитом;
- ✓ острым холециститом или приступом желчной колики;

- ✓ перфорацией других внутренних полых органов (бледное, заострённое лицо, живот напряжен в большей степени, твёрдый, нет контраста между тяжестью симптомов и минимализмом физикальных находок, как при остром панкреатите, редко определяется болезненность в области ПЖ);
  - ✓ забрюшинным разрывом аневризмы брюшного отдела аорты;
  - ✓ ИМ заднедиафрагмальной локализации.

Диагностика. Для диагноза «ОП» решающим является клиническая картина, повышенная α-амилазы в сыворотке и моче (активность выше 2000 Ед/л) и исключение экстрапанкреатической гиперамилаземии. Значения в сыворотке увеличиваются в течение первых 12 часов в 4-5 раз от нормы и через 1-5 дня снижаются до нормальных значений. Липаза в течение длительного времени остаётся повышенной (7-14 дней). Надежным показателем тяжести ОП служит повышение концентрации С-реактивного белка. Повышение (в 3 раза) АЛТ и АСТ говорит в пользу билиарной этиологии панкреатита.

Умеренное повышение концентрации щелочной фосфатазы наблюдается при сопутствкющем алкогольном гепатите или холехолитиазе. Временное повышение глюкозы в крови не является облигатным, однако может говорить об остром заболевании ПЖ и тяжелом течении. Желтуха бывает редко (15-25%), однако часто встречается короткая гипербилирубинэмия, комбинированная с холестазом, частично при нормализации значений амилазы. Гипокальциемия в первые дни заболевания является признаком тяжело протекающего ОП.

Методы визуализации используются, в основном, для определения наличий камней при ЖКБ и местных осложнений, прежде всего, некроза, инфицированного некроза или абсцессов и псевдокист. В ранних стадиях с помощью УЗИ выявляют отёк ПЖ, экссудат в брюшной полости и забрюшинном пространстве (признаки острого панкреатита). Самым точным методом визуализации ПЖ является КТ (рис. 9). При тяжёлом клиническом течении КТ достаточна для определения зон некроза в ПЖ. С помощью УЗИ или КТ или пункции можно достаточно рано определить абсцедирование, которое требует соответствующей, в основном, хирургической терапии. Эндоскопическая ретроградная холатнгиопанкреатография показана при подозрении на холедохолитиаз, ущемленный камень фатерова сосочка.



**Рис. 9.** На аксиальных сканах хвоста поджелудочной железы значительно отёчен, утолщена фасция Герота слева (признаки острого панкреатита)

Осложнения острого панкреатита. Локальные и системные осложнения перечислены в таблице 12. Типичное локальное осложнение панкреатита проявляется в виде воспалительной «опухоли», которая обычно способствует формированию псевдокист. Основными симптомами является персистенция активного панкреатита более чем 10 дней и/или компрессия рядом лежащих органов вследствие отёка ПЖ. Клиническая картина разнообразна, зависит от поражения органов, в основном, характерна для холестаза, стенозов, желудочнокишечных кровотечений.

Таблица 12 Осложнения острого панкреатита

Системные	Местные	
Некроз (стерильный, инфицирован-	Шок	
ный)	Нарушение свёртывающей системы	
Псевдоцисты	Респираторная недостаточность	
Обструкция или фистула кишечника	Острая почечная недостаточность	
Абсцесс	Гипергликемия	
Гастроинтестинальное кровотечение	Гипокальциемия	
(язва, разрыв пседоаневризмы)	Panniculitis nodularis	
Правосторонний гидронефроз	Ретинопатия	
Разрыв селезёнки или гематома	Психозы	

Дифференциальная диагностика хронического панкреатита. Клиническое исследование между ОП и ХП достаточно проблематично, по крайней мере, по жалобам. Оба заболевания имеют похожие клинико-биохимически идентичные приступы и частые осложнения, например, в виде образования псевдокист. Различие проявляется в виде проградиентной экзо- и эндокринной панкреатической недостаточности, которая обычно встречается через 5-6 лет после начала заболевания. ХП чаще встречается у мужчин, чем у женщин, в основном, до 45 лет, и чаще у лиц, злоупотребляющих алкоголь. ОП обнаруживается у мужчин и женщин примерно с одинаковой частотой после 45 лет и чаще ассоциируется с ЖКБ.

#### Хронический панкреатит

Этиология. Типичными для XП причинами являются рецидивирующие обострения панкреатита вследствие прогрессирующей экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ. Заболевание у мужчин встречается в 7 раз встречается чаще, чем у женщин. Алкоголизм является причиной до 60% всех XП. В остальных случаях в основе лежат редкие причины, такие, как обструкция ПЖ, гиперпаратиреоидит, гиперлипидемия, травмы, приём анальгетиков или врождённые причины.

*Клиническая картина*. Клиническая картина XП состоит из проявлений болевого синдрома, экзо- и эндокринной недостаточности, осложнений заболевания (табл. 13).

Таблица 13 Причины абдоминальных болей при хроническом панкреатите

Панкреатические	Внепанкреатические
Воспалительный процесс ткани ПЖ (рас-	Сдавление общего желчного протока
тяжение капсулы, сдавление нервных	(отек, фиброз, киста или псевдокиста
окончаний);	головки поджелудочной железы);
Обструкция панкреатических протоков	Стеноз большого дуоденального соска;
(камни, рубцы, белковые преципитаты)	дуоденальный стеноз (вдавление в про-
и/или развитие псевдокист и кист (повы-	свет двенадцатипёрстной кишки увели-
шение внутриполостного давления в про-	ченной головки ПЖ или псевдокисты)
токах);	
Развитие панкреатического неврита (во-	
влечение в воспалительный и фибротиче-	
ский процесс внутрипанкреатических	
нервных окончаний)	

Боли могут быть внезапными, острыми, с постепенным нарастанием либо постоянными тупыми, давящими, усиливающимися после приема пищи. Их локализация зависит от поражения ПЖ: в левом подреберье слева от пупка возникает при поражении хвоста ПЖ, в эпигастральной области, слева от средней линии — при поражении тела, справа от срединной линии в зоне Шоффара — при патологии головки ПЖ. При тотальном поражении ПЖ боли носят разлитой опоясывающий характер. Боли возникают через 40-60 мин после жирной, обильной еды, усиливаются в положении лёжа на спине и ослабевает в положении сидя при небольшом наклоне вперёд, могут иррадиировать в область сердца, в левую лопатку, левое плечо, иногда и в левую подвздошную область. Часто сопровождаются отрыжкой, изжогой, тошнотой, связанными с дискинезией. Примерно у 10-20% пациентов с ХП боль отсутствует. Особенно часто безболевые формы встречаются при неалкогольных ХП (идиопатически-сенильная форма, при гиперпаратиреоидизме, приёме анальгетиков). Иногда ведущими симптомами при безболевом ХП становятся осложнения, например, желтуха при обтурации холедоха.

Эндокринная недостаточность\_поджелудочной железы развивается у 1/3 больных в виде гипогликемического синдрома и у 50% — в виде признаков сахарного диабета в связи с поражением клеток островкового аппарата и развитием дефицита не только инсулина, но и глюкагона, что обусловливает клинические особенности: склонность к гипогликемии, потребность в низких дозах инсулина, резкое развитие кетоацидоза, сосудистых и других осложнений. То есть сахарный диабет может быть либо ранним клиническим проявлениям ХП или его итогом, определяясь через 3-5 лет от начала заболевания при проведении теста толерантности к глюкозе (сахарной кривой) и характеризуется проградиентным течением. О панкреатогенном сахарном диабете следует думать при молодом возрасте пациента без соответствующего семейного анамнеза и без ожирения, абдоминальной боли и хроническим алкоголизмом в анамнезе.

Хронический панкреатит в ранних стадиях типичные обострения в виде болей в верхней половине живота с периодами ремиссии от недель до месяцев. В скором времени появляются локальные осложнении в виде псевдокист (рис. 10). Высокое давление в дилатированной системе пассажа панкреатических ходов предопределяют длительную боль. Диагностика этих осложнений возможно с помощью УЗИ или КТ, ЯМР. Во всех этих случаях необходимо также ис-

ключать опухоль ПЖ. У пожилых пациентов с длительностью боли более 18 месяцев (вместе с потерей веса) без базового заболевания ПЖ диагноз панкреатокарцинома в несколько раз более вероятен, чем ХП.

Диагностика. Обязательные лабораторные методы исследования:

- ✓ общий анализ крови (возможны лейкоцитоз и повышение СОЭ);
- ✓ определение активности амилазы в сыворотке и моче (повышение), липазы в сыворотке крови (повышение более специфичное и длительное), эластазы в сыворотке крови (гиперферментемия сохраняется дольше, чем при исследовании амилазы и липазы);
- ✓ копрограмма: полифекалия (свыше 400г/сутки), стеаторея (более 9% жиров при содержании100 г жира в суточном рационе). Креаторея (10 и более мышечных волокон в поле зрения) признак тяжелой панкреатической недостаточности;
  - ✓ определение концентрации глюкозы плазмы крови гипергликемия.

Дополнительные лабораторные методы исследования:

Секретин-панкреозиминовый тест — исследование дуоденального содержимого, в котором выявляются изменения показателей секреции (ферментов, гидрокарбонатов. объема сока) до и после стимуляции секретином, панкреозимином (гиперсекреторный тип сокоотделения в начальных стадиях и гипосекреторный — при развитии фиброза).

Обязательные инструментальные методы исследования:

- ✓ УЗИ: увеличение размеров, неровность контуров, снижение эхогенности, неоднородность структуры, псевдокисты, значительная кальцификация, однако менее чувствительная в диагностике мелкого обызвествления, увеличение размеров железы;
- ✓ рентгенологическое исследование ПЖ в 3-х проекциях: у 60% пациентов можно определить кальцификацию ПЖ;
  - ✓ КТ при необходимости более детальной визуализации;
- ✓ эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: выявление изменений в главном панкеатическом протоке;

Осложнения. Локальные осложнения при XП достаточно редки и включают в себя пседокисты, панкреатический асцит, холестаз с и без желтухой, тромбоз вен селезёнки, стеноз двенадцатиперстной кишки, гастроинтестиналь-

ное кровотечение и стенозирование или создание фистулы в прямой кишке. Многие эти осложнения происходят из осложнений XП.

Дифференциальная диагностика между XП и опухолью ПЖ может быть достаточно сложной задачей. При отсутствии метастазов, определённых интраоперационно или по данным КТ или ЯМР, иногда сложно определить, что это панкреатическая карцинома с сопутствующим вторичным панкреатитом или просто хронический панкреатит.

#### Объёмные процессы в поджелудочной железе

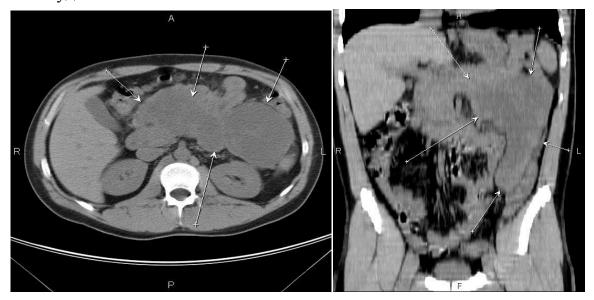
При воспалительных или неопластических объёмных процессах в ПЖ появляется прежде всего, боль, в основном, длительного характера в эпигастрии, иррадиирующая в спину. Рост опухоли может проявляться в виде механической желтухи или дуоденальной обструкции. При клиническом обследовании может определяется округлая упругая и хорошо очерченная опухоль в эпигастрии, которую можно распознать при пальпации. Важнейшими исследованиями являются УЗИ, КТ и иногда пункция.

#### Кисты поджелудочной железы

Клиническая картина. Кисты и пседокисты являются частыми осложнениями как ОП, так и ХП, в то время как основное заболевание может протекать асиптоматично. Пседоцисты встречаются при ОП примерно в 15% случаев, обычно через 1-4 недели. В 85% они бывают в области тела и хвоста и только 15% — в области головки ПЖ. Признаками формирования псевдокист является рост концентрации амилазы и липазы в течение 10 дней от начала заболевания и часто лихорадка, лейкоцитоз и повышением скорости оседания эритроцитов. Псевдокисты часто осложняются формированием абсцессов, кровотечениями, прорывами в соседние органы и гастроинтестинальными кровотечениями, механической желтухой, стенозом двенадцатиперстной кишки или тромбозом вен селезёнки. Часто при основном заболевании панкреатите и пседокистах встречаются асцит или плевральный выпот с высоким уровнем белка и амилазы в пунктате.

Диагностика. Большие кисты можно пальпировать в виде плотных опухолевидных образований. При УЗИ определяются кисты более 2 см, а при КТ (рис. 10) и ЯМР – меньшего размера. Кисты также могут спонтанно регресси-

ровать, однако при увеличении их размеров и персистенции кист обычно требуется их удаление.



**Рис. 10.** На аксиальных сканах и мультипланарной реконструкции в двух проекциях гигантская псевдокиста поджелудочной железы неправильной формы.

#### Опухоли поджелудочной железы

Эпидемиология. Жалобы при панкреатокарциномах обычно не являются специфичными. Об этом диагнозе следует думать при наличии болей в абдоминальной области и других признаков панкреатита в пожилом возрасте. Опухоли ПЖ обычно встречаются в возрасте 50 лет и у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин.

Клиническая картина и диагностика. Для панкреатокарциномы, прежде всего, периампулярной локализации, типична триада: боль, снижение веса тела и желтуха с тёмной окрасной мочи, ахоличным стулом. Гепатомегалия и увеличенный, пальпируемый желчный пузырь свидетельствуют о экстрагепатической причине обтурации, что встречается примерно в 25% случаев. Растяжение желчных путей при экстрагепатической причине в основном определяется по УЗИ и КТ (рис. 11). Диагноз опухоли обычно требует проведения ретроградной холангиопанкреатографии или пункции.

Боль и потеря веса без желтухи являются инициальными симптомами внепапиллярной опухоли. В начале боль интермиттирующая, а позже становится постоянной и локализуется в эпигастрии спереди слева и иррадиирует в спину. Усиление болей в лежачем положении и улучшение при вставании и в согнутом положении типичны, что также характерно для ХП. Обострение панкре-

атита вследствие обструкции панкреатических путей может быть первым признаком панкреатокарциномы. Диарея, стеаторрея и потери веса могут быть часто признаками опухолей, которые проявляться через определённое время после начала заболевания.



**Рис. 11.** На аксиальных сканах брюшной полости рак головки поджелудочной железы с прорастанием в верхнюю мезентеральную вену.

Амилаза и липаза обычно всегда в пределах нормальных значений, кроме случаев, когда тех случаев, когда заболевание манифестирует под маской панкреатита. Нарушение толерантности к глюкозе определяется у 30-50% пациентов. При опухолях ПЖ также может определяться экзокринная панкреатическая недостаточность.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

✓ 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, иног да — 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.

#### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

#### Тестовые задания

Выберите 1 правильный ответ:

- 1. У ПАЦИЕНТА ОСТРЫЕ ЛОКАЛЬНЫЕ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ; ХОРОШО КУПИРУЮЩИЕСЯ АТРОПИНОМ И НО-ШПОЙ. СИМПТОМ ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ СЛЕДУЮЩИЙ:
  - а) спастический;
  - б) дистензионный;
  - в) перитонеальный.
- 2. У ПАЦИЕНТА ПОСТЕПЕННО НАРАСТАЮЩИЕ РАЗЛИТЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ОЩУЩЕНИЯ ТЯЖЕСТИ И ПОЛНОТЫ В ПОДЛОЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ЧЕТКОЙ ИРРАДИАЦИИ. СПАЗМОЛИТИКИ НЕ ПОМОГАЮТ; РВОТА ПРИНОСИТ ВРЕМЕННОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ. СИМПТОМ ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ СЛЕДУЮЩИЙ:
  - а) спастический;
  - б) дистензионный;
  - в) перитонеальный.
- 3. У ПАЦИЕНТА БЫСТРО НАРАСТАЮЩАЯ НЕСТЕРПИМАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ. ЖИВОТ напряжен; ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА. КОЖА БЛЕДНАЯ: ВЛАЖНАЯ. ВЕРОЯТНЫЙ СПАЗМОЛИТИКИ HE ЭФФЕКТИВНЫ. НАИБОЛЕЕ МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ СЛЕДУЮЩИЙ:
  - а) спастический;
  - б) дистензионный;
  - в) перитонеальный.

- 4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНОГО ПАТОЛОГИ-ЧЕСКОГО ПРОЦЕССА; ЕСЛИ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ВОЗНИКАЮТ ОБЫЧНО ПО НОЧАМ; ПОД УТРО КУПИРУЮТСЯ ПРИЕМОМ НО-ШПЫ; БИКАРБОНАТА НАТРИЯ И УМЕНЬШАЮТСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ПИЩИ:
  - а) теле желудка;
  - б) субкардиальном отделе желудка;
  - в) пищеводе;
  - г) пилородуоденальной зоне;
  - д) тонком кишечнике.
- 5. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНОГО ПАТОЛОГИ-ЧЕСКОГО ПРОЦЕССА; ЕСЛИ ИНТЕНСИВНЫЕ ЖГУЧИЕ ЛОКАЛЬНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ 7-15 МИНУТ ПОСЛЕ ЕДЫ:
  - а) пищеводе;
  - б) субкардиальном отделе желудка;
  - в) пилородуоденальной зоне;
  - г) тонком кишечнике.
- 6. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНОГО ПАТОЛОГИ-ЧЕСКОГО ПРОЦЕССА; ЕСЛИ БОЛИ В МЕЖЛОПАТОЧНОМ ПРОСТРАН-СТВЕ И ЗА ГРУДИНОЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОПЫТКЕ ПРОГЛОТИТЬ ТВЕРДУЮ ПИЩУ:
  - а) теле желудка;
  - б) субкардиальном отделе желудка;
  - в) пищеводе;
  - г) пилородуоденальной зоне;
  - д) тонком кишечнике.
- 7. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНОГО ПАТОЛОГИ-ЧЕСКОГО ПРОЦЕССА; ЕСЛИ ОСТРЫЕ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ 30-40 МИНУТ ПОСЛЕ ЕДЫ:
  - а) теле желудка;
  - б) тонком кишечнике;
  - в) пищеводе;
  - г) пилородуоденальной зоне.

- 8. СИМПТОМЫ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИ-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:
  - а) кровотечения из пищевода;
  - б) «голодные»; ночные боли в эпигастрии; боли уменьшаются при приеме пищи;
  - в) жжение в языке.
- 9. ЗАБОЛЕВАНИЕ; ПРИ КОТОРОМ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА НА СПИНЕ:
  - а) острый аппендицит;
  - б) сердечная астма;
  - в) бронхиальная астма;
  - г) острый холецистит.
- 10. У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЯВИЛИСЬ ПОЧТИ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ОБ ОСЛОЖНЕНИИ:
  - а) стеноз привратника;
  - б) демпинг-синдром;
  - в) малигнизация;
  - г) перфорация;
  - д) пенетрация.
- 11. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА:
  - а) боли уменьшаются или исчезают вскоре после приема пищи;
  - б) боли в эпигастрии сразу после приема пищи; рвота уменьшает боли;
  - в) боли в правом подреберье после принятия жирной пищи; отвращение к мясу.
- 12. СИМПТОМ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЮЩИЙСЯ У БОЛЬНОГО ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ:
  - а) боли за грудиной;
  - б) боли в эпигастрии;
  - в) опоясывающая боль в животе;
  - г) схваткообразные боли в правом подреберье.

## 13. КЛИНИКА ОСТРОГО ЖИВОТА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ:

- а) язвенном кровотечении;
- б) стенозе привратника;
- в) перфоративной язве;
- г) гастрите.
- 14. У БОЛЬНОГО СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА, ЧАСТОТА СТУЛА ДОХОДИТ ДО 10-12 РАЗ В СУТКИ; ИСПРАЖНЕНИЯ НЕОБИЛЬНЫЕ С ПРИМЕСЬЮ СЛИЗИ; СТУЛ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ТЕНЕЗМАМИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ:
  - а) энтеральная диспепсия;
  - б) колитическая диспепсия.
- 15. ПРИЗНАК; НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СИНДРОМА «ОСТРОГО ЖИВОТА» (ПЕРИТОНИТА):
  - а) положительный симптом Ортнера;
  - б) положительный симптом Мерфи;
  - в) асцит;
  - г) усиление перистальтики (при аускультации живота);
  - д) положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
- 16. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ ПРОХОЖДЕНИЮ ПИЩИ ПО ПИЩЕВОДУ:
  - а) чувство жжения и боли в языке;
  - б) дисфагия;
  - в) боли в подложечной области;
  - г) болевые ощущения в полости рта.

### 17. СИМПТОМЫ; ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХОЛЕЦИСТИТА:

- а) боли опоясывающего характера; рвота; диарея;
- б) боли в правом подреберье; иногда тошнота;
- в) боли и тяжесть в эпигастрии.

18.	РАННИЕ	БОЛИ В	ЭПИГАСТРИИ	возникают	ПОСЛЕ	ЕДЫ В	ТЕЧЕ-
НΙ	IE:						

- а) 30 минут;
- б) 2 часов;
- в) 3 часов;
- г) 4 часов.

## 19. БОЛЬ В ОКОЛОПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ХРОНИ-ЧЕСКОМ:

- а) колите;
- б) панкреатите;
- в) холецистите;
- г) энтерите.

# 20. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИ-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ ТИПЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- а) резкая боль в правом подреберье;
- б) резкая боль в левом подреберье;
- в) ноющая боль в правом подреберье;
- г) ноющая боль в левом подреберье.

# 21. ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИ-ГИПОКИНЕТИЧЕСКОМ ТИПЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- а) резкая боль в правом подреберье;
- б) резкая боль в правой подвздошной области;
- в) ноющая боль в правом подреберье;
- г) ноющая боль в правой подвздошной области.

### 22. ПЕЧЕНОЧНАЯ КОЛИКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а) желчнокаменной болезни;
- б) панкреатите;
- в) хроническом гепатите;
- г) циррозе печени.

#### 23. ДЛЯ ПАНКРЕАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) опоясывающие боли в эпигастрии;
- б) боли в левом подреберье с иррадиацией в спину;
- в) поносы;
- г) рвота, приносящая облегчение;
- д) снижение или отсутствие аппетита.

# 24. БОЛЕВОЙ СИМПТОМ СИТКОВСКОГО (ПОЯВЛЕНИЕ ИЛИ УСИЛЕНИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ В ПОЛОЖЕНИИ НА ЛЕВОМ БОКУ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а) остром холецистите;
- б) остром панкреатите;
- в) остром аппендиците;
- г) почечной колике.

# 25. БОЛЕВОЙ СИМПТОМ КОХЕРА (СНАЧАЛА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ЭПИГАСТРИИ, ЧЕРЕЗ 2-4 ЧАСА БОЛЬ СПУСКАЕТСЯ В ПРАВУЮ ПОД-ВЗДОШНУЮ ОБЛАСТЬ) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а) остром аппендиците;
- б) остром холицистите;
- в) остром парапроктите;
- г) остром панкреатите.

# 26. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА:

- а) постоянные, сильные в правой подвздошной области;
- б) постоянные, резкие боли в правом подреберье;
- в) опоясывающие, тупого характера;
- г) «кинжальные» в эпигастрии.

### 27. ПСЕВДОАБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- а) кишечной непроходимостью;
- б) прободной язвой желудка;
- в) острым холециститом;
- г) заднедиафрагмальным инфарктом миокарда.

# 28. БОЛЬ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ, ОБЛЕГЧАЮЩАЯСЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ БОЛЬНОГО ИЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ:

- а) тромбоэмболии легочной артерии;
- б) базального плеврита;
- в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) пролапса митрального клапана;
- д) острого инфаркта миокарда.

# 29. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИРРАДИИРУЮТ:

- а) в левое плечо;
- б) в низ живота, в бедро;
- в) вверх, влево, кзади;
- г) вверх, вправо, кзади;
- д) в левую лопатку.

### 30. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕН:

- а) воспалением паренхимы печени;
- б) растяжением глиссоновой капсулы;
- в) некрозом печеночной ткани;
- г) повышением давления в воротной вене;
- д) внутрипеченочным холестазом;
- е) все указанное верно.

# 31. РАННИМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТО-КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) постоянные боли в животе;
- б) задержка стула и газов;
- в) рвота цвета «кофейной гущи»;
- г) мелена.

## 32. БОЛИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРО-ХОДИМОСТИ:

- а) постоянные;
- б) схваткообразные;
- в) опоясывающие;
- г) ноющие.

# 33. ДЛЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- а) тошнота, отрыжка;
- б) боли в животе;
- в) вздутие кишечника, запоры, поносы;
- г) слизь, кровь, гной в кале.

#### 34. ДЛЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) боль в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, связанная с дыханием;
- б) болезненность при надавливании в области нижних ребер справа;
- в) гектическая температура;
- г) «чаши» Клойбера при рентгенографии органов брюшной полости.

# 35. БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) постоянным характером;
- б) мойнингановским ритмом;
- в) беспорядочным появлением боли.

#### 36. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ:

- а) ночные;
- б) ночные и поздние;
- в) ранние;
- г) зависят от локализации гастрита;
- д) ранние и поздние.

## 37. ДЛЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ НЕ ХАРАК-ТЕРНО:

- а) резкие боли в животе;
- б) доскообразный живот;
- в) исчезновение печеночной тупости;
- г) вздутие живота;
- д) «серп» газа под куполом диафрагмы.

# 38. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ БО-ЛЕВОЙ СИМПТОМ:

- а) Ровзинга;
- б) Воскресенского;
- в) Мерфи;
- г) Образцова;
- д) Бартомье-Михельсона.

# 39. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ И НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) симптом Кохера-Волковича;
- б) симптом Промптова;
- в) головокружение и обмороки;
- г) симптом Бартомье-Михельсона;
- д) пункция заднего свода влагалища.

# 40. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- а) пилородуоденального стеноза;
- б) перфорации язвы;
- в) малигнизации язвы;
- г) кровотечения;
- д) пенетрации в поджелудочную железу.

#### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

Больной К., 49 лет, поступил с жалобами на боли в верхней половине живота, возникшие через 1 час после еды, иррадиирующие в спину, тошноту, многократную рвоту, понос. Болен около 3 лет, беспокоили боли в эпигастрии, тошнота, рвота. Лечился в стационаре по поводу язвенной болезни желудка, множественные язвы. Частые обострения весной, летом; 1 год назад проводилось хирургическое лечение по поводу желудочного кровотечения. Рубцевание язвы было замедлено. Ухудшение – в течение 3 часов.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет, лимфатические узлы – не увеличены. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца – в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту. АД – 135/85 мм рт.ст. Язык обложен бело-серым налетом, сухой. Живот округлой формы, симметрично участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в эпигастральной области, зоне Шоффара, правой подреберной области. Печень не увеличена, край округлый, мягкоэластической консистенции, поверхность гладкая. Поджелудочная железа не пальпируется, точки Дежардена, Губергрица, Мейо-Робсона болезненные. Почки не пальпируются.

Дополнительные методы исследования. ОАК, ОАМ — без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок — 74 г/л, общий билирубин — 16,0 мкмоль/л, щелочная фосфатаза — 75 ед/л, альфа-амилаза — 82 ед/л, АЛТ — 20 ед/л, АСТ — 18 ед/л, глюкоза -2,5 ммоль/л, амилаза мочи — 0.2 МЕ/мин. (норма-0,04-0,3 МЕ/мин). ФЭГДС: язва пилорического отдела желудка, глубокая, размером 1,2 х 1,1 см, покрытая фибрином. Язва постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, размером 0,5 х 0,8 см, средней глубины, покрытая фибрином, множественные эрозии на гиперемированной слизистой двенадцатиперстной кишки. Биопсия слизистой желудка — гиперплазия обкладочных клеток. УЗИ ОБП: печень, желчный пузырь — без особенностей; поджелудочная железа увеличена, контуры ее неровные, в теле железы — образование округлой формы размером 3 мм х 5 мм с ровными четкими контурами с гипоэхогенной равномерной структурой. Рентгеноконтрастное исследование желудка, двена-диатиперстной кишки: ускоренное опорожнение желудка, утолщение складок слизистой оболочки, симптом «ниши» в пилорическом отделе по задней по-

верхности, гипертрофия дуоденальных желез в луковице, язва постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки.

#### Вопросы:

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 2.

Больной А. 45 лет, поступил в отделение с жалобами на кровотечение из заднего прохода, боли в верхней половине живота, правом подреберье, усиливающиеся после еды, слабость. Из анамнеза известно, что больной страдает хроническим алкоголизмом на протяжении многих лет, лечился в наркологическом диспансере. Последние 2 года состояние заметно ухудшилось. Появились геморраидальные кровотечения, вздутие живота, частые поносы. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на коже живота «красные капельки», вены передней брюшной стенки не расширены. Пальмарная эритема. Над легкими – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 19 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – на 2 см кнутри от правого края грудины, левая – по среднеключичной линии, верхняя по 3-му межреберью. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 62 в минуту. АД – 100/70 мм рт.ст. Язык обложен серого цвета налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации. Размеры селезенки-20х11см. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Стул – поносы чередуются с запорами, мочеиспускание не учащено, не болезненно.

<u>Дополнительные методы исследования</u>. OAK: эритроциты  $-3.0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин -80 г/л, лейкоциты  $-5.8 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $-130 \cdot 10^9$ /л, СОЭ -18 мм/час. OAM: желтая, прозрачная, кислая, уд. вес 1020, белок 0.06%0, гиалиновые цилиндры 1-0-1 в поле зрения, эритроциты 0-0-1- в поле зрения. *Биохимический анализ крови*: общий билирубин -26 мкмоль/л, непрямой -20.0 мкмоль/л, прямой -6.0 мкмоль/л; тимоловая проба -6 ед., сулемовая проба -1.5 мл, АЛТ -85 ед/л, АСТ -60 ед/л.  $\Phi\Gamma ДС$ : визуализируются расширенные вены в нижней и средней трети пищевода, d=5 мм, слизистая желудка гиперемирована, вены кардиального отдела умеренно расширены до 1-2 мм, большое количество слизи. V3U  $OB\Pi$ : печень увеличена за счет левой доли, структура

неоднородная, контуры печени деформированы, расширение просвета селезеночной вены 12 мм, воротной вены — 16 мм. *Радионуклидное сканирование печени с Аи198*: печень резко увеличена с диффузно-очаговым снижением накопления препарата во всех отделах. Пальпаторное исследование прямой кишки выявило отечные, болезненные внутренние геморроидальные узлы, кровоточащие при пальпации, занимающие весь просвет кишки.

#### Вопросы:

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 3.

Женщина В., 34 лет, жалуется на периодически возникающие острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, связанные с приемом жирной пищи, зуд кожи, чувство тошноты по утрам. Больна около 14 лет, последний год состояние ухудшилось, на фоне постоянных тупых болей в правом подреберье иногда появляются острые. 2 дня назад появились рвота желчью, горечь во рту, острая боль в правом подреберье, купировавшаяся приемом внутрь 3 таблеток но-шпы и баралгином.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы грязножелтого цвета, следы расчесов на руках, животе, сухость кожи и шелушение на лице. Иктеричность склер. Над легкими дыхание везикулярное, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 105/60 мм рт.ст., ЧСС 78 в минуту. Язык обложен серого цвета налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень не увеличена, край ее ровный, мягкий, закругленный, безболезненный. Симптомы Мюсси, Ортнера, Мерфи, Кера — положительные. Стул оформленный, склонность к запорам, диурез не нарушен, моча темного цвета.

<u>Дополнительные методы исследования</u>. *ОАК*: эритроциты  $-4.2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин -125 г/л, лейкоциты  $-9.5 \times 10^9$ /л, СОЭ -15 мм/час. *ОАМ*: темножелтая, прозрачная, кислая, уд.вес 1022, белок-отр., лейкоциты 1-2 в поле зрения, желчные пигменты ++. *Биохимический анализ крови*: общий белок -68 г/л, холестерин -6.2 ммоль/л, общий билирубин -88 мкмоль/л, билирубин связанный -68.0 мкмоль/л, свободный -20.0 мкмоль/л, АЛТ -120 ед/л, АСТ -89 ед/л, щелочная фосфатаза -175 ед/л. *УЗИ ОБП*: желчный пузырь увеличен  $12 \times 10^{12}$ 

6 см, утолщение стенок, конкременты различных размеров, камень в желчном протоке. *ЭРХПГ*: камни в умеренно расширенном общем желчном пузыре.

#### Вопросы:

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 4.

Больной Л., 40 лет, поступил с жалобами на боли в нижнем отделе живота, в эпигастральной области, кашицеобразный стул 3 раза в сутки, иногда примесь крови, необъяснимую слабость. Болен около 3-х лет, когда начали беспокоить боли в левой нижней половине живота, иногда острые боли в области пупка. 1 месяц назад появились вышеперечисленные жалобы, субфебрильная температура.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков, гиперемии нет. Температура тела 37,3°С. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца – в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 75 в минуту. АД 125/85 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левой и правой подвздошной областях. Сигмовидная кишка болезненна, не спазмирована, слепая болезнена, урчит; в эпигастральной области – незначительно болезненна. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в сутки. Мочеиспускание безболезненно.

Дополнительные методы исследования. ОАК: эритроциты — 3,9 х  $10^{12}$ /л, гемоглобин- 114 г/л, лейкоциты — 11 х  $10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час. ОАМ: без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л,  $\gamma$ -глобулины — 45%, общий билирубин — 20 мкмоль/л, СРБ +. Рентгеноскопический метод исследования толстой кишки: в области нисходящего отдела ободочной и сигмовидной кишки: афтоидные язвы с четкими границами, продольные язвы, картина «булыжной мостовой». Колоноскопия: афтоидные язвы на фоне неизмененной слизистой сигмовидной кишки и нисходящего отдела ободочной кишки. На микроскопии биоптата: воспалительная инфильтрация, гиалинизация сосудов.

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 5.

Больной Н.,50 лет, поступил в приемное отделение стационара с жалобами на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, не связанные с приемом пищи, тошноту, отрыжку воздухом, плохой аппетит, частый стул полуоформленный (2-3 раза/сутки). Известно, что в течение многих лет злоупотреблял алкоголем. Последние 2 года — ухудшение состояния — появились жажда, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, похудел на 8 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, иктеричность склер, лимфатические узлы не увеличены. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца — в пределах нормы. Тоны сердца — ясные, ритмичные. ЧСС 79 в минуту. АД 135/75 мм рт.ст. Язык обложен серого цвета налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, правом подреберье. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, край закруглен. Пальпация поджелудочной железы трудна из-за сильных болей в области ее проекции. Больной госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГКБ №13, взяты кровь, моча и кал на лабораторные исследования.

<u>Дополнительные методы исследования</u>. *ОАК*: эритроциты — 4,5 х  $10^{12}$ /л, гемоглобин — 145 г/л, лейкоциты — 8,6 х  $10^9$ /л, СОЭ — 12 мм/час. *ОАМ*: прозрачная, светло-желтая, кислая, белок отриц., амилаза мочи 0,6 МЕ/мин (норма — 0,04-0,3 МЕ/мин). *Биохимический анализ крови*: общий белок — 76 г/л, общий билирубин — 18 мкмоль/л, амилаза -130МЕ/л (норма — 35-118 МЕ/л), глюкоза — 8,6 ммоль/л. *Гликемический профиль крови*: натощак 8,6 ммоль/л, через 1 час — 12,2 ммоль/л, через 2 ч.- 10,6 ммоль/л. *УЗИ ОБП*: печень увеличена, неравномерной эхогенности, контур края печени неровный, поджелудочная железа диффузно увеличена, отечна, повышенной эхогенности, хвост плохо визуализируется. *На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости*: кальцинаты в области проекции поджелудочной железы.

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 6.

Больной Д. 39 лет, поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, боли в верхней половине живота, рвоту 2 раза. Из анамнеза известно, что в течение 3-х дней употреблял спиртные напитки в неограниченном количестве. Накануне вечером появились боли в животе, тошнота, рвота выпитой жидкостью, затем желчью. Был стул черного цвета. В течение 1,5 месяцев отмечал боли в животе через полчаса после еды, за медицинской помощью не обращался, ничем не лечился. У матери была язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Объективно: состояние средней тяжести, обращает на себя резкая бледность кожных покровов. Изо рта – запах перегара, губы и язык сухие, язык обложен серого цвета налетом. Грудная клетка нормостенического типа, перкуторно – ясный легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание. ЧД 20 в 1минуту. Пульс 92 в 1 минуту, регулярный, мягкий, малый. Границы относительной тупости сердца – в пределах нормы. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС 92 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Живот округлой формы, симметрично участвует в дыхании, при пальпации резко болезненный в эпигастрии, зоне Шоффара, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Менделя, Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Дополнительные методы исследования. OAK: эритроциты  $-3.2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин -100 г/л, Цв. показатель -0.9, лейкоциты  $-7.8 \times 10^9$ /л, эозинофилы -2%, сегментоядерные -64%, лимфоциты -24%, моноциты -10%, СОЭ -8 мм/час. OAM: без особенностей. *Биохимический анализ крови*: общий белок -65 г/л, АЛТ -42 ед/л, АСТ -28 ед/л, общий билирубин -20.0 мкмоль/л,  $\alpha$ -амилаза -42 ед/л, глюкоза -3.9 ммоль/л.  $\Phi\Gamma \square C$ : пищевод проходим. язва малой кривизны желудка, глубокая с подрытыми краями, размером  $10\times11$  мм, покрытая микротромбом.

Через 2 часа после поступления в гастроэнтерологическое отделение у больного появилась рвота желчью, затем цвета кофейной гущи. При повторной  $\Phi \Gamma D C$ : констатировано кровотечение из сосудов дна язвы.

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 7.

Больная Г. 45 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, не приносящие облегчения, ненадолго купирующиеся приемом нитроглицерина, потерю аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, понос до 2-3 раз в сутки, «жирный» кал, размазывающийся по стенке унитаза. Больна около 5 лет, периодически появлялись боли в эпигастрии, провоцирующиеся употреблением жирной, жареной пищи, свежих овощей. Стационарно лечилась в 1994 и 1997 г.г. Постоянно ферменты не принимала. Последний год состояние ухудшилось, участились обострения, беспокоят постоянные боли в эпигастрии, масса тела снизилась на 12 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, нормостенического телосложения, пониженного питания. Температура тела 37,4°С. Кожные покровы чистые. В легких ясный легочный звук, везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 в минуту, АД 100/65 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот округлой формы, обе половинки участвуют в акте дыхания. При пальпации болезненность в зоне Губергрица-Сокольского и точке Губергрица, иррадирующаяся в спину. Симптомы Курвуазье-Жерье, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Стул 3 раза в сутки, мочеиспускание учащено, безболезненное.

Дополнительные методы исследования. ОАК: эритроциты -3,8 х  $10^{12}$ /л, гемоглобин-132 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты — 8,8 х  $10^9$ /л, эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 6%, сегментоядерные — 62%, лимфоциты — 25%, моноциты — 5%, СОЭ 10 мм/ч. ОАМ: без особенностей. Диастаза мочи по Вольгемуту: 128 г/час·л. Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, общий билирубин — 19,2 мкмоль/л, щелочная фосфатаза — 101 ед/л, АСТ — 33 ед/л, АЛТ — 37 ед/л,  $\alpha$ -амилаза — 102 ед/л, глюкоза — 6,38 ммоль/л, калий — 4,5 ммоль/л, натрий — 148 ммоль/л, кальций — 2,92 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 в минуту. Копрограмма: реакция слабо-щелочная, мышечные волокна +, нейтральные жирные кислоты и мыла ++, крахмал ++. УЗИ ОБП: диффузное повышение эхогенности поджелудочной железы, увеличение тела, гетерогенность структуры, гипоэхогенная зона овальной формы диаметром 7 см. На обзорной рентгенограмме ОБП: кальцинаты в области проекции поджелудочной железы. На контрастной рентгенограмме ОБП: выявлено смещение желудка, расширение дуоденальной петли, увеличение большого дуоденального сосочка.

#### Вопросы:

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 8.

Больной 14 лет поступил в клинику с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в животе схваткообразного характера, рвоту.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37,5°C. Живот мягкий, при пальпации выражена разлитая болезненность и разлитой, слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга. Язык суховат. Пульс 84 в минуту.

Дополнительные методы исследования. При ректальном исследовании на перчатке следы крови. Боли не уменьшались, и после того, как у больного появился стул с примесью крови. При ирригоскопии патологии не обнаружено. При дальнейшем физикальном обследовании обнаружены мелкие петехиальные симметричные высыпания в области коленных суставов и на разгибательных поверхностях голеней.

#### Вопросы:

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 9.

Больная Н., 27 лет, страдает язвенной болезнью желудка в течение 5 лет. За последние 2 месяца состояние изменилось, появились схваткообразные боли в подложечной области, появляющиеся после еды и по ночам, особенно в положении лежа, сопровождающиеся вздутием в подложечной области. На высоте боли появляется рвота съеденной пищей, а часто съеденной накануне. Боли прекращаются после рвоты.

Объективно: при обследовании обнаружено вздутие в эпигастральной области, четко контурируется желудок в виде антиперистальтики. При пальпации определяется уплотнение в области желудка.

- 1. Поставьте диагноз и его осложнение.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 10.

У больного 35 л., появились боли в области эпигастрия, которые постепенно опустились в правую подвздошную область. За медицинской помощью не обращался. Боли усилились и приобрели интенсивный постоянный характер. Постепенно они распространились на нижнюю часть живота, а затем на верхние отделы. Доставлен в больницу через 2 суток от начала заболевания.

Объективно: состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 112 в 1 мин. АД 130/90 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт белым налетом, живот болезненный во всех отделах, резко болезненный в правой подвздошной области. Отмечается напряжение мышц и положительный симптом раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) по всей передней брюшной стенки, больше в правой подвздошной области.

- 1. Поставьте диагноз и его осложнение.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 11.

Больная С., 52 лет, поступила в экстренную хиургию с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, тошноту, трехкратную рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда впервые после приема острой и жирной пищи отметила подобный приступ болей в правом подреберье. В дальнейшем подобные приступы периодически повторялись. Самостоятельно принимала спазмолитики, к врачам не обращалась, не обследовалась. Данный приступ возник после приема жирной и жареной пищи.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык суховат. Живот не вздут, правая половина отстает в акте дыхания. Пальпаторно отмечается умеренная болезненность и защитное напряжение в правом подреберье. Положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Желчный пузырь не пальпируется. Печень не увеличена.

Дополнительные методы исследования. OAK: эритроциты — 4,0 х  $10^{12}$ /л, HB - 130 г/л, лейкоциты — 9,4 х  $10^{9}$ /л, COЭ 28 мм/час. *Биохимический анализ крови*: общий билирубин — 9,2 мкмоль/л.  $Y3И OB\Pi$ : признаки литиаза в желчном пузыре.

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Задача № 12.

Больная Р., 70 лет, поступила в экстренную хирургию с жалобами на интенсивные, распирающие, периодически усиливающие боли по всему животу без четкой локализации, тошноту, многократную рвоту, приносящую кратковременное облегчение, общую слабость, недомогание, сухость во рту, жидкий стул с примесью крови. Со слов больной около суток назад впервые возникли интенсивные боли в животе, начало заболевание ни с чем не связывает. Самостоятельно принимала спазмолитики, к врачам не обращалась. В динамике состояние ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. Состоит на диспансерном учете у терапевта по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза с нарушением ритма сердца.

Объективно: состояние больной тяжелое, Кожные покровы бледные, акроцианоз. Язык суховат. Живот умеренно равномерно вздут, при пальпации отмечается умеренная болезненность и защитное напряжение по всем отделам. Перкуторно – тимпанит сменяющийся участками притупления. Аускультативно – единичные перистальтические шумы, положительные симптомы «шум плеска» и «шум падающей капли». Симптом Щеткин-Блюмберга слабо положительный, стул жидкий, цвета «малинового желе».

<u>Дополнительные методы исследования</u>. *ОАК*: эритроциты  $-4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв -134 г/л, лейкоциты  $-13,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 40 мм/час.

#### Вопросы:

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Объясните механизм абдоминальной боли.

#### Эталоны ответов к тестовым заданиям:

1. a	9. a	17. б	25. a	33. a
2. б	10. д	18. a	26. г	34. г
3. в	11. б	19. г	27. г	35. б
4. г	12. г	20. a	28. в	36. в
5. б	13. в	21. в	29. г	37. б
6. в	14. б	22. a	30. б	38. в
7. a	15. д	23. г	31. a	39. д
8. б	16. б	24. a	32. б	40. г

#### Эталоны ответов к ситуационным задачам:

#### Задача 1.

- 1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, хронический кистозный панкреатит.
- 2. Появление боли при язвенной болезни (боль локализуется в эпигастральной области, причем при язве желудка преимущественно в центре эпигастрия или слева от срединной линии, при язве 12-перстной кишки и препилорической зоны в эпигастрии справа от срединной линии) обусловлено:
- ✓ раздражением соляной кислотой симпатических нервных окончаний в области дна язвы;
- ✓ моторными нарушениями желудка и 12-перстной кишки (пилороспазм и дуоденоспазм сопровождаются повышением давления в желудке и усилением сокращения его мускулатуры);
  - ✓ спазмом сосудов вокруг язвы и развитием ишемии слизистой оболочки;
- ✓ снижением порога болевой чувствительности при воспалении слизистой оболочки.

Болезненность при пальпации поджелудочной железы (при поражении головки в точке Дежардена и зоне Шоффара, при поражении хвоста — в точке и зоне Мейо-Робсона, при поражении тела — в зоне Губергрица) может быть обусловлено псевдокистой (или кистой или другим образованием), накапливающей патологическую жидкость и увеличивающейся в размерах, за счет сдавливания окружающих органов. Кроме того, она нарушает движение пищи в желудке и двенадцатиперстной кишке. Вообще, все патологии, которые вызывают болевые ощущения в области поджелудочной железы, можно разделить на три большие группы:

- ✓ Непосредственно заболевания поджелудочной железы: панкреатит; кисты и псевдокисты; опухоли.
- ✓ Патологии близкорасположенных органов, вызывающие боль в поджелудочной железе: желчнокаменная болезнь; холецистит; дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- ✓ Заболевания других органов и систем, боль при которых похожа на боли в поджелудочной железе: пиелонефрит; мочекаменная болезнь; гастрит; язва желудка; энтерит; остеохондроз позвоночника; опоясывающий лишай; межреберная невралгия.

#### Задача 2.

- 1. Цирроз печени, осложненный портальной гипертензией, варикозно расширенными венами пищевода и прямой кишки.
- 2. Появление болей обусловлено заинтересованностью глиссоновой капсулы и брюшины, покрывающих печень. Они ощущаются в случае перигепатита (воспаление брюшинного покрова), гепатомегалии — увеличении органа и натяжении стенок капсулы. Чем больше будет растяжение стенок, тем интенсивнее будут болезненные ощущения в правом подреберье.

#### Задача 3.

- 1. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения.
- 2. Механизм развития боли обоснован спастическим сокращением гладкой мускулатуры стенки желчного пузыря при любом затруднении его опорожнения и развитием воспалительного процесса.

#### Задача 4.

- 1. Болезнь Крона
- 2. Боль при болезни Крона обусловлена частичной закупоркой просвета кишки и затруднением прохождения химуса через ее просвет. Закупорка просвета кишки обычно происходит вследствие нарушения нервно-мышечных функций в результате трансмурального отека и воспаления стенки кишки, сопровождающих поражение ее слизистой оболочки при болезни Крона. Фиброзные стриктуры кишки встречаются редко. В большинстве случаев эпизоды частичной кишечной непроходимости при болезни Крона быстро реагируют на терапию глюкокортикоидными гормонами. При поражении серозной поверхности кишки у пациентов наблюдаются постоянная боль и резкая болезненность живота при пальпации. Раздутая, отечная, воспаленная брыжейка также вызывает постоянную боль. Тяжелые, тянущие боли в животе возникают также при образовании межкишечного абсцесса. Для поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта характерны эпигастральные боли, тошнота, рвота, но зачастую эти синдромы долгое время протекают субклинически и выявляются только при тщательном обследовании больного.

#### Задача 5.

- 1. Хронический алкогольный панкреатит тяжелой степени тяжести. Необходимо исключить сахарный диабет.
- 2. Причина боли, как правило, многофакторная, со сложным взаимодействием многих условий, способствующих в той или иной степени болевому синдрому у пациента. Возможные механизмы боли включают острое воспаление поджелудочной железы, повышение давления в протоковой системы и в паренхиме (ткань из которой состоит ПЖ), нарушения протоковой проходимости ПЖ ( например от опухолей, камней и прочее), невриты (воспаления нервов которые подходят к ПЖ, ЖП, кишечнику), рецидивирующая ишемия (нарушение кровотока, например сжатие сосудов воспаленной ПЖ) паренхимы, псевдокисты, нарушения работы общего желчного протока, или стеноз 12-и перстной кишки (сжатие кишки например от патологическим процесса воспаления, опухолевым ростом, нарушениями метаболизма и т.д.).

#### Задача 6.

- 1. Язвенная болезнь желудка, язва малой кривизны желудка, осложненная кровотечением.
- 2. Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки не содержит рецепторных окончаний висцеральных чувствительных волокон и потому оказывается нечувствительной к прикосновению, легкому давлению, температурным воздействиям, взятию биопсии. Боли при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки появляются при нарушении моторной функции этих органов (возникает их спазм или растяжение), и называются висцеральными. Усиление тонических сокращений гладкомышечных волокон стенки желудка в сочетании с замедленной эвакуацией из него способствуют появлению желудочных болей, более выраженных на фоне воспалительного процесса в органах. Соматические (перитонеальные) боли при поражении желудка и двенадцатиперстной кишки возникают в тех случаях, когда при развитии патологического процесса (например, при прободении язвы желудка) начинают раздражаться окончания спинномозговых нервов, расположенные в париетальном листке брюшины.

#### Задача 7.

- 1. Хронический панкреатит в стадии обострения.
- 2. Причина боли, как правило, многофакторная, со сложным взаимодействием многих условий, способствующих в той или иной степени болевому синдрому у пациента. Возможные механизмы боли включают острое воспаление поджелудочной железы, повышение давления в протоковой системы и в паренхиме (ткань из которой состоит ПЖ), нарушения протоковой проходимости ПЖ (например от опухолей, камней и прочее), невриты (воспаления нервов которые подходят к ПЖ, ЖП, кишечнику), рецидивирующая ишемия (нарушение кровотока, например сжатие сосудов воспаленной ПЖ) паренхимы, псевдокисты, нарушения работы общего желчного протока, или стеноз 12-перстной кишки (сжатие кишки например от патологическим процесса воспаления, опухолевым ростом, нарушениями метаболизма и т.д.)

#### Задача 8.

- 1. Болезнь Шенляйн-Геноха.
- 2. При изолированной пурпуре обнаруживаются многочисленные кровоизлияния в стенках кишок и на брюшине, которые могут служить причиной развития болевого абдоминального синдрома.

#### Задача 9.

- 1. Язвенная болезнь желудка с локализацией язвы в области привратника, осложненная пилоростенозом, или длительным пилороспазмом.
- 2. Вследствие отека и воспаления слизистой оболочки желудка в результате ее ульцерации может возникнуть сильное сужение просвета привратника желудка, усугубляющееся пилороспазмом, что и может являться причиной боли.

#### Задача 10.

- 1. Аппендицит, осложненный перитонитом.
- 2. Появление резких болей при быстром отнятии руки от живота у пациента в правой подвздошной области связано с сотрясением воспаленной брюшины.

#### Задача 11.

- 1. Желчекаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Ведущий синдром синдром желчной колики.
- 2. «Билиарная боль», или желчная колика это состояние, возникающее при временной обструкции пузырного протока камнем или сладжем. Появление болей при ЖКБ обусловлено механическим раздражением стенки желчного пузыря или протоков конкрементом, перерастяжением стенки органа в связи с повышением внутриполостного давления, а также спазмом мускулатуры пузыря и протоков. Существенное значение в формировании боли имеют серотонин и норадреналин. Так, уменьшение уровня серотонина приводит к снижению болевого порога и усилению болевого синдрома. Норадреналин, в свою очередь, опосредует увеличение активности антиноцицептивных систем. Стенка желчного пузыря легко растяжима, что обусловлено наличием в средней ее оболочке гладкомышечных и эластических волокон. При стимуляции ацетилхолином мускариновых рецепторов на поверхности мышечной клетки происходит сокращение гладкой мускулатуры, что приводит к открытию натриевых каналов и входу Na+ в клетку. Деполяризация клетки приводит к открытию кальциевых каналов и поступлению Са2+ в клетку, что способствует фосфорилированию миозина сокращению мышщы, а следовательно, и возникновению мышечного спазма и боли. В регуляции транспорта Са2+ участвуют такие медиаторы, как ацетилхолин, катехоламины (норадреналин), серотонин холецистокинин, мотилин и др.

#### Задача 12.

- 1. Инвагинация сигмовидной кишки.
- 2. Тяжесть заболевания и выраженность абдоминальной болевого синдрома зависит от уровня локализации препятствия и длины вовлеченной в заворот кишки и угла поворота. Чем больше поворотов совершают кишечные петли, тем быстрее и сильнее нарушается кровообращение, скорее наступает некроз кишки и тяжелее течение заболевания. Чем больше длина вовлеченной в заворот кишки, тем больше объем выключенной из циркуляции крови и тем выраженнее нарушение гемодинамики.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- 1. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. Москва: «Медпрессинформ», 2015.- 304 с.
- 2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней: приложение к учебнику на компакт-диске / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, 2013. 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
- 3. Практикум по пропедевтике внутренних болезней. Практикум по пропедевтике внутренних болезней: учебное пособие [для студ. мед. вузов] / С. В. Виллевальде [и др.]; под ред. Ж. Д. Кобалавы, В. С. Моисеева, 2008. 199 с.
- 4. Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты / Учебное пособие / под редакцией Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеева. М., ГЭОТАР-Медиа, 2008. 400с.
- 5. Ивашкин, В.Т. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум / В.Т. Ивашкин, В.К. Султанов. М., Литтерра, 2007. Т.1, 3-е издание. 560с.
- 6. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженного кишечника / В.Т. Ивашкин, Е.К. Баранская // Избранные лекции по гастроэнтерологии / Под. ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина. М., 2001. С. 54-83.
- 7. Под ред. Ахмадеевой Л.Р. и Загидуллина Н.Ш. Боль в клинической практике. 2000. 145c.
- 8. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. / W.G. Thompson, G.F. Longstretch, D.A. Drossman et al. // Gut. 1999. Vol. 45. Suppl. 2. P. 1143-1.

Загидуллин Науфаль Шамильевич Загидуллин Шамиль Зарифович Фархутдинов Усман Раульевич

### Синдром абдоминальной боли

Учебное пособие

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г. Подписано к печати 03.06.2015 г. Отпечатано на цифровом оборудовании с готового оригинал-макета, представленного авторами. Формат  $60x84 \ ^{1}/_{16}$ . Усл.-печ. л. 4,88. Тираж 25 экз. Заказ № 29

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3, Тел.: (347) 272-86-31 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России