

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ**

(методическая рекомендация)

Для студентов лечебного и медико-педагогического факультетов

**ТАШКЕНТ - 2008 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Начальник главного управления  
МЗ РУз по кадрам, науке и учеб-  
ным заведениям

**проф. Атаханов Ш.Э.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2008 года

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ**

(методическая рекомендация)

Для студентов лечебного и медико-педагогического факультетов

**ТАШКЕНТ - 2008 Г.**

**СОСТАВИТЕЛИ:**

1. Хакимов М.Ш. - доктор медицинских наук, доцент
2. Маликова Г.Б. –кандидат медицинских наук,
3. Имамов А.А. –кандидат медицинских наук, доцент
4. Каримова И.Ш. –кандидат медицинских наук

**РЕЦЕНЗЕНТЫ**

1. Тешаев О.Р. - доктор медицинских наук, профессор
2. Махмудов М.А - доктор медицинских наук, профессор

Рассмотрено и рекомендовано Ученым Советом  
Ташкентской медицинской академии  
согласно протоколу № \_\_ от \_\_ марта 2008 года

## **ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Проблема правильной диагностической трактовки боли в животе (абдоминалгия) является в современной клинической медицине одной из наиболее сложных и актуальных. С одной стороны, это обусловлено многообразием заболеваний (терапевтических, хирургических, гинекологических и др.), при которых боль в животе - ведущий клинический симптом, а с другой - возможным атипичным течением этих болезней, приводящим в итоге к различным диагностическим ошибкам. Особую важность в этом плане приобретает своевременное распознавание острого живота - синдрома, возникающего при ряде заболеваний органов брюшной полости и требующего, как правило, экстренной хирургической помощи.

В этих условиях современный врач обязан владеть комплексом методов диагностики, консервативного и хирургического лечения, должен уметь своевременно определять необходимый диагностический комплекс и показания к тому или иному методу лечения при болях в животе.

## **ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

Закрепить и расширить знания студентов по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся болями в животе. Обратит внимание студентов на важность ранней диагностики различных заболеваний, применения специальных лабораторных и инструментальных методов исследований.

## **ЧАСТНОДИДАКТИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ**

1. Научиться диагностировать различные заболевания, сопровождающиеся болями в животе.
2. Овладеть методами диагностики и дифференциальной диагностики при болях в животе.
3. Приобрести студентами определенных практических навыков в обследовании больных с болями в животе.
4. Научиться специальным методам обследования больных с болями в животе.
5. Научить студентов правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.
6. Овладеть принципами консервативного и хирургического лечения пациентов с болями в животе.
7. Знать показания к оперативному лечению при болях в животе и определять необходимый объем оперативного вмешательства при данной патологии.

## **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ**

Преподаватель знакомит студентов с целями занятия, затем проводит контроль исходного уровня знаний студентов с помощью одного из контрактных методов преподавания по вопросам этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики болей в животе. В палатах

студенты знакомятся и разбирают больных с различными терапевтическими, хирургическими, гинекологическими и т.д. заболеваниями, сопровождающимися болями в животе. Затем докладывают о них с разбором особенностей клинического течения, диагностики, методов обследования, лечения. В заключении занятий проводится тестовый контроль конечного усвоения студентами знаний.

### **ОБЩЕЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ**

**Анамнез болезни и жизни.** Очень важен. Физикальное исследование может дезориентировать, а лабораторные и радиологические исследования не всегда доступны.

**Характерные особенности абдоминальной боли.** Длительность и характер боли позволяют судить о ее происхождении и серьезности, хотя острая внутрибрюшная катастрофа может разыграться и внезапно или на фоне хронической боли.

Тип и локализация боли дают возможность ориентироваться в природе болезни. Висцеральная боль (в результате растяжения полых органов) обычно нечетко локализована и ощущается в центре живота. Кишечная боль имеет спастический характер; если она возникает проксимальнее илеоцекального угла, то ощущается над пупком или вокруг него.

Боль из толстой кишки проецируется в гипогастрий и нижние отделы живота. Боли, вызванные обструкцией желчных путей или мочеточников, обычно заставляют пациентов мучительно корчиться, настолько они интенсивны.

Соматическая боль (при перитоните) обычно более острая и точнее привязана к пораженной зоне (острый аппендицит, растяжение капсулы печени, почки или селезенки), усиливается при движениях, что заставляет больного избегать их. Иррадиация диагностически значима: правое плечо (гепатобилиарный генез), левое плечо (селезенка), середина спины (поджелудочная железа), боковые отделы живота (проксимальные отделы мочевыделительной системы), паховая область (гениталии или дистальные отделы мочевых путей).

Факторы, усиливающие или облегчающие боль. Связь с приемом пищи (поражение верхних отделов ЖКТ, желчевыводящей системы, поджелудочной железы, ишемия толстой кишки), дефекацией (колоректальная область), мочеиспусканием (мочеполовая или колоректальная зона), дыханием (легочноплевральная, гепатобилиарная зоны), положением больного (поджелудочная железа, желудочнопищеводный рефлюкс, скелетные мышцы), менструацией (поражения тубоовариальные или эндометрия, включая эндометриоз), физической активностью (ишемия коронарных и мезентериальных артерий, скелетная мускулатура), приемом медикаментов или особой пищи (нарушение моторики, непереносимость пищи, желудочнопищеводный рефлюкс, порфирия, недостаточность надпочечников, кетоацидоз, токсины), стрессом (нарушение моторики, заболевания, вызванные кислотнопептическим фактором).

### **Наиболее частые причины болей в животе**

**Воспаление слизистой оболочки или мускулатуры полых внутренних органов:** заболевания, обусловленные кислотнопептическим фактором (язвы, эрозии, воспаление), геморрагический гастрит, желудочнопищеводный рефлюкс, аппендицит, дивертикулит, холецистит, холангит, воспалительные процессы в толстой кишке (болезнь Крона, НЯК, синдром Бехчета), инфекционный гастроэнтерит, мезентериальный лимфаденит, колит, цистит, пиелонефрит.

**Висцеральный спазм или растяжение:** обструкция кишечника (спайки, опухоль, инвагинация), аппендикулярная обструкция (в результате воспаления червеобразного отростка), ущемление грыжи, синдром раздражения толстой кишки (мышечная гипертрофия и спазм), острая обструкция желчных путей, закупорка протока поджелудочной железы (хронический панкреатит, камень), закупорка мочеточника (камень, тромб), трубная беременность.

**Сосудистые расстройства:** мезентериальная тромбоэмболия (артериальная и венозная), расслаивание или разрыв стенки артерии (например, аневризма аорты), закупорка вследствие наружного сдавления или перекручивания (заворот, грыжа, опухоль, инвагинация), гемоглобинопатия (особенно серповидноклеточная анемия).

**Растяжение или воспаление серозных оболочек внутренних органов:** капсулы печени (гепатит, кровотечение, опухоль, синдром Бадда-Киари, синдром Фитца Хью Куртиса: гонококковый перигепатит), растяжение капсулы почки (опухоль, инфекция, инфаркт, венозный тромбоз), капсулы селезенки (кровотечение, абсцесс, инфаркт), поджелудочной железы (панкреатит, псевдокисты, абсцесс), яичника (кровотечение в кисту, эктопическая беременность, абсцесс).

**Перитонит:** бактериальная инфекция (воспаление органов малого таза, инфицированный асцит), инфаркт кишки, химическое раздражение, панкреатит, перфорация полого органа (особенно желудка или двенадцатиперстной кишки), реактивное воспаление (прилежащий абсцесс, дивертикулит, плевропульмональная инфекция), серозит (ДБСТ, семейная средиземноморская лихорадка).

**Поражения передней брюшной стенки:** травмы, грыжи, инфекция и воспаление мышечной ткани, гематома (травма, антикоагулянтная терапия), спаечный процесс. **Токсины:** свинцовое отравление, укус паука «Черная вдова».

**Метаболические расстройства:** уремия, кетоацидоз (диабетический, алкогольный), криз при недостаточности надпочечников, порфирия, ангионевротический отек (дефицит Сэстеразы), наркотическая «ломка».

**Неврологические патологические состояния:** Herpes zoster, tabes dorsalis, каузалгия, сдавление или воспаление спинальных корешков (артрит, грыжа Шморля, опухоль, абсцесс), психогении.

**Иррадиирующая боль:** из сердца, легких, пищевода, гениталий (например, ишемия миокарда, пневмония, пневмоторакс, ТЭЛА, эзофагит, спазм или разрыв пищевода).

Связанные с болью симптомы: лихорадка или озноб (инфекция, воспалительные заболевания, инфаркт), истощение (опухоль, воспалительные заболевания, нарушение всасывания, ишемия), тошнота или рвота (непроходимость, инфекция, воспалительные заболевания, нарушения обмена), дисфагия (пищевод), быстрое насыщение (желудок), кровавая рвота (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка), запор (колоректальная, перианальная, мочеполовая области), желтуха (гепатобилиарная зона, гемолиз), диарея (воспалительные заболевания, инфекция, мальабсорбция, ишемия, мочеполовая область), дизурия или гематурия, выделения из влагалища или уретры (мочеполовая зона), поражение кожи, суставов и (или) глаз (воспалительные заболевания, бактериальная или вирусная инфекция).

Предрасполагающие факторы. Наследственность (воспалительные заболевания, опухоли, панкреатит), артериальная гипертензия (ишемия), сахарный диабет (нарушение моторики, кетоацидоз), ДБСТ (серозит, нарушения моторики), депрессия (опухоль, нарушения моторики), курение (ишемия), недавнее прекращение курения (воспалительные заболевания), этанол (поражение печени и желчевыводящих путей, панкреатит, заболевания, вызванные кислотнопептическим фактором).

### **Физикальное исследование**

Осмотр живота в связи с перенесенными травмой или оперативным вмешательством; вздутие, наличие жидкости или воздуха; боль непосредственная, отраженная и иррадиирующая; размеры печени и селезенки; шумы, в том числе патологические кишечные шумы; грыжи. Ректальное исследование для поиска патологических изменений, боли при осмотре, кровь (в явной или скрытой форме). Очень важно исследовать тазовые органы у женщин. Общее обследование; выявление признаков нестабильности гемодинамики, расстройств КОС, нарушений питания, коагулопатий, нарушений артериального кровообращения и функций сердца, поражения печени, лимфаденопатии, поражений кожи.

**Рутинные лабораторные и рентгенологические исследования.** Выбор определяется клинической ситуацией (интенсивность боли, внезапность начала). Включает клинический анализ крови, определение электролитов сыворотки, сахара крови, биохимических показателей функции печени, почек, поджелудочной железы, коагулограмму; рентгенологическое исследование органов грудной клетки для выявления поражения сердца, средостения, плевры; ЭКГ для исключения поражения сердца, сопровождающегося иррадиацией боли; рентгенограмму брюшной полости для оценки смещения толстой кишки, растяжения тонкой кишки, наличия жидкости и газа, свободного газа в брюшной полости, размеров печени, конкрементов (билиарные, почечные камни, хронический панкреатит).

**Специальные исследования** могут включать УЗИ брюшной полости (наиболее информативно для оценки желчных путей, желчного пузыря, печени, почек); желудочно-кишечное рентгеноконтрастное исследование с бария сульфатом (пассаж контраста по пищеводу, желудку, двенадцатиперстной и тонкой кишке, клизма с бария сульфатом для контрастирования толстой кишки); гастродуоденоскопию, колоноскопию, ректороманоскопию; компьютерную томографию, МРТ, холангиографию, ангиографию, сканирование с радионуклидами. В отдельных случаях требуется биопсия печени, поджелудочной железы, тканей в брюшной полости; лапароскопия и иногда диагностическая лапаротомия.

### **Острая, катастрофическая боль в брюшной полости**

Интенсивная боль в животе, начавшаяся внезапно, или боль, возникшая на фоне обморока, признаков снижения АД, симптомов интоксикации, требуют быстрой оценки, проводимой в определенном порядке. Надо иметь в виду следующие патологические состояния: непроходимость, перфорация или разрыв полого органа, расслоение или разрыв крупного кровеносного сосуда (особенно аневризмы аорты), язвенный процесс, абдоминальный сепсис, кетоацидоз, надпочечниковый криз.

**Краткий анамнез болезни и физикальное исследование.** Обращают внимание на наличие гипотермии, гипервентиляции, цианоза, непосредственной или отраженной боли в животе, пульсирующих образований в брюшной полости, кишечных шумов, асцита, крови в прямой кишке, болезненности при исследовании органов малого таза и прямой кишки, признаков коагулопатии. Полезны следующие лабораторные исследования: определение гематокрита (может быть нормален при остром кровотечении и повышен при дегидратации), число лейкоцитов, КОС, электролиты сыворотки, азот мочевины, креатинин, сахар крови, липаза и амилаза, общий анализ мочи. Рентгенологическое исследование включает рентгенограммы брюшной полости в горизонтальном и вертикальном положении (левая боковая горизонтальная позиция, если правая невозможна) для оценки поперечника толстой кишки и наличия свободного газа в брюшной полости, а также горизонтальный боковой снимок для оценки диаметра аорты. Лапароцентез или перитонеальный лаваж при травме позволяют исключить кровотечение или перитонит. УЗИ брюшной полости - для подтверждения диагноза абсцесса, холецистита, гематомы, определения диаметра аорты.

**Неотложная терапия** включает внутривенное введение жидкости, коррекцию расстройств КОС, угрожающих жизни, и принятие решения о необходимости экстренного оперативного вмешательства; через некоторое время важно повторно проанализировать ситуацию (желательно, чтобы это сделал тот же врач). До установления диагноза и принятия плана лечения наркотические анальгетики применять нельзя, так как они маскируют симптоматику, что может отсрочить необходимое вмешательство.

В настоящее время большинство гастроэнтерологов выделяют три типа абдоминалгии.

**Висцеральная боль**, обусловленная спазмом или растяжением органов, обычно тупая или схваткообразная, без строгой локализации. При этом боль, связанная с поражением непарных органов, проецируется ближе к срединной линии, выше (желудок, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь, поджелудочная железа), ниже (мочевой пузырь, толстая кишка, органы малого таза) или в области пупка (тонкая кишка), а боль, обусловленная изменениями в парных органах (почки, придатки), - в боковых отделах живота. Это правило имеет существенное клиническое значение. Так, боль при билиарной колике часто локализуется не в правом подреберье (как полагают некоторые врачи), а в эпигастральной области.

Висцеральная боль схваткообразная, сверлящая или жгучая, нередко протекает с вегетативными реакциями (потливость), тошнотой, рвотой, а также беспокойством, вследствие чего пациент часто меняет свое положение. Висцеральная боль (например, связанная с заболеваниями желудка) может сопровождаться появлением участков повышенной кожной болевой и температурной чувствительности (зоны Захарьина-Геда), которым раньше придавалось важное диагностическое значение в распознавании ряда заболеваний (в частности, язвенной болезни). В настоящее время зоны Захарьина-Геда утратили прежнюю диагностическую роль, поскольку одна и та же проекция этих зон может встречаться при самых разных заболеваниях.

**Париетальная, или соматическая, боль** возникает при раздражении париетальной брюшины и более четко локализуется соответственно анатомическому положению органа, поэтому при остром холецистите, при котором в процесс вовлекается брюшина, покрывающая желчный пузырь, боль уже будет локализоваться в области правого подреберья. Соматической (париетальной) боли свойственна иррадиация, она более интенсивна. Пациенты, как правило, предпочитают лежать спокойно, избегая движения, тряски.

**Отраженная боль** отмечается при заболеваниях органов вне брюшной полости. При этом передача болевых ощущений от различных органов (например, органов грудной клетки) на центральные пути афферентных нейронов создает картину боли в той или иной области живота.

В рамках болевого синдрома выделяют особые варианты болевых ощущений - **гипералгезию** (возникновение боли при подпороговом уровне раздражения болевых рецепторов) и **аллодинию** (возникновение боли под воздействием стимулов, в норме не влияющих на болевые рецепторы).

Круг заболеваний, протекающих с болью в животе (прежде всего, острой), чрезвычайно широк. В силу их многообразия они трудно поддаются систематизации. Одна из возможных классификаций предполагает деление этих заболеваний на интраабдоминальные (хирургические, гинекологические, урологические и др.) и экстраабдоминальные (заболевания органов грудной клетки, эндокринные, неврологические, болезни крови и др.). Ниже кратко рассмотрены основные заболевания, которые необходимо принимать

во внимание при проведении дифференциальной диагностики у больных с острой болью в животе.

### **Хирургические заболевания**

Одним из наиболее частых хирургических заболеваний органов брюшной полости, требующих оперативного лечения, является **острый аппендицит**. Он начинается с умеренно выраженной боли в эпигастральной или околопупочной области, которые затем перемещаются в правую подвздошную область, незначительного повышения температуры тела ( $37,2-37,8^{\circ}\text{C}$ ), отсутствия аппетита, с тошноты, иногда - однократной рвоты. При объективном исследовании обнаруживаются обложенный язык, отставание правой подвздошной области при дыхании, локальная болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга при пальпации в правой подвздошной области, положительный симптом Ровзинга (усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на область нисходящей ободочной кишки). В анализах крови умеренный лейкоцитоз ( $11-16 \times 10^9/\text{л}$ ). В неясных случаях (особенно при атипичном расположении червеобразного отростка) диагноз подтверждается с помощью УЗИ и КТ брюшной полости, а также лапароскопии.

**Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки** наблюдается примерно у 5 % больных язвенной болезнью (чаще - у мужчин). К развитию данного осложнения предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переизбыток. Иногда перфорация язвы возникает внезапно, на фоне предшествующего бессимптомного («немомого») течения заболевания.

Клинически перфорация язвы проявляется сильнейшей («кинжальной») болью в подложечной области, коллаптоидным состоянием. При обследовании больного обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины, исчезновение печеночной тупости. В дальнейшем (иногда после периода мнимого улучшения) прогрессируют симптомы разлитого перитонита. Диагноз подтверждается при обзорной рентгенографии (свободный газ в брюшной полости), а в сомнительных случаях - КТ с использованием контрастных препаратов.

**Острый холецистит** обычно возникает на фоне желчнокаменной болезни и проявляется резкой болью в области правого подреберья, часто с иррадиацией в спину и правую лопатку, тошнотой, рвотой, повышением температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$  (при развитии осложнений - более высокой лихорадкой), умеренной тахикардией. При пальпации определяются болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в проекции желчного пузыря, а также положительный симптом Щеткина-Блюмберга, в ряде случаев удается прощупать увеличенный желчный пузырь. Обнаруживаются положительные симптомы Ортнера (болезненность при поколачивании по правой реберной дуге) и Мерфи (усиление боли на вдохе при пальпации в области правого подреберья). В анализах крови - лейкоцитоз со сдвигом влево ( $12-15 \times 10^9/\text{л}$ ),

увеличение СОЭ, иногда повышение активности щелочной фосфатазы. Диагноз верифицируется с помощью УЗИ брюшной полости (метод выбора), при необходимости проводятся КТ, лапароскопия.

Одним из осложнений желчнокаменной болезни при наличии камней в желчных протоках является **острый холангит**. К его развитию предрасполагают также различные эндоскопические вмешательства в области большого Дуоденального сосочка. Клиническая картина острого холангита в классических случаях - так называемая триада Шарко (боль в области правого подреберья, высокая лихорадка с ознобом, желтуха). При тяжелом течении заболевания температура тела повышается до  $40^{\circ}\text{C}$ , значительно возрастает содержание лейкоцитов в крови (до  $20 \times 10^9/\text{л}$ ), развивается острый панкреатит, присоединяются признаки септического шока. Диагноз острого холангита подтверждается данными лабораторных исследований (лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение уровня билирубина и активности щелочной фосфатазы), УЗИ и КТ органов брюшной полости, выявляющих конкременты в желчных протоках и их расширение, ЭРХПГ.

Одним из наиболее тяжелых хирургических заболеваний, протекающих с острой болью в животе, является **острый панкреатит**. Возникновению боли во многих случаях предшествует прием большого количества алкоголя или жирной пищи. Боль вначале локализуется в эпигастриальной области, но затем захватывает весь верхний отдел живота и нередко становится опоясывающей, присоединяется упорная рвота, не приносящая облегчение.

При объективном обследовании пациентов обращают на себя внимание их тяжелое состояние, заторможенность, холодные и влажные кожные покровы, снижение артериального давления и тахикардия, являющиеся результатом гиповолемии. При тяжелом течении с развитием геморрагического панкреатита и панкреонекроза возможен шок. При пальпации живота в ранних стадиях заболевания выявляются умеренная болезненность и локальное напряжение мышц передней брюшной стенки в эпигастриальной области, при прогрессировании процесса присоединяются признаки разлитого перитонита и ослабление перистальтических кишечных шумов вследствие пареза кишечника. При развитии абсцесса или ложной кисты в проекции поджелудочной железы удается пропальпировать болезненное опухолевидное образование.

В анализах крови при остром панкреатите обнаруживаются лейкоцитоз ( $15-20 \times 10^9/\text{л}$ , в тяжелых случаях - до  $30-50 \times 10^9/\text{л}$ ), гипергликемия, повышение активности амилазы (в крови и моче), ЛДГ, АСТ, уровня азота мочевины и снижение уровня кальция в сыворотке крови. Диагноз острого панкреатита подтверждается при УЗИ органов брюшной полости, а также КТ, являющейся в настоящее время методом выбора в оценке тяжести и распространенности заболевания.

Одной из частых причин острого живота служит острая **кишечная непроходимость**. Боль относится к ее достаточно ранним признакам; она возникает внезапно, обычно схваткообразная и быстро нарастает по своей интенсивности. Нередко сопровождается рвотой (рвотные массы вначале со-

держат остатки пищи, затем желчь, а в дальнейшем могут приобретать каловый характер), а также задержкой стула и отхождения газов.

При объективном обследовании больные часто бывают беспокойными, отмечают бледность кожных покровов, тахикардия. При осмотре живота обращают на себя внимание его вздутие и асимметрия, иногда видимая на глаз перистальтика кишечника, при пальпации живот остается мягким (до развития перитонита), определяется болезненность, соответствующая локализации препятствия (инвагинат, опухоль). При перкуссии можно обнаружить чередование участков притупления и метеоризма, а также жидкость в отлогах местах живота.

При аускультации выслушивается усиленная кишечная перистальтика выше места препятствия, кишечный шум ниже места обструкции исчезает. При длительно существующей кишечной непроходимости и перитоните возникает парез кишечника с аускультативной картиной «мертвой тишины».

Диагноз кишечной непроходимости и ее характер (странгуляционная, obturационная, динамическая) основываются на данных обзорной рентгенографии (растянутые петли кишечника и чаши Клойбера с горизонтальным уровнем жидкости) и УЗИ брюшной полости. При необходимости исследуют пассаж взвеси сульфата бария по тонкой кишке, проводят ирригоскопию, колоноскопию.

Острая боль в животе может быть обусловлена **мезентериальной ишемией**, включающей в себя эмболию брыжеечных артерий, тромбоз мезентериальных сосудов (артерий и вен), а также ишемию кишечника неокклюзионной природы. Клинически мезентериальная ишемия проявляется острой болью в животе, беспокойным состоянием пациентов, которые не могут найти себе места. Установление правильного диагноза в ряде случаев может затрудняться тем, что в начальный период заболевания живот нередко остается мягким и симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Лишь по мере развития инфаркта кишечной стенки могут возникать явления пареза кишечника и присоединяться признаки перитонита.

Распознаванию мезентериальной ишемии помогают анамнестические данные (наличие у больного мерцательной аритмии, недавно перенесенный инфаркт миокарда или длительно существующая постинфарктная аневризма сердца, предшествующие приступы боли в животе по типу брюшной жабы и др.). Лабораторные изменения - лейкоцитоз (до  $15 \times 10^9/\text{л}$ ), а при инфаркте кишки - повышение активности трансаминаз и КФК. Диагноз подтверждается с помощью ангиографии, КТ и других инструментальных методов исследования. Причиной острой боли в животе следует также назвать **дивертикулит**. Некоторые врачи не совсем правильно трактуют это заболевание и ставят данный диагноз почти всем больным с дивертикулезом кишечника, сопровождающимся теми или иными клиническими симптомами (схваткообразная боль в животе, запор и др.). На самом деле, дивертикулит - серьезное хирургическое заболевание воспалительной природы (как и острый аппендицит, острый холецистит), обычно у пожилых людей, в результате закупорки

отверстия дивертикула (чаще - сигмовидной кишки). Боль при этом носят, как правило, постоянный характер, сопровождаются лихорадкой и лейкоцитозом (чего никогда не бывает при обычном дивертикулёзе). При возникновении осложнений дивертикулита (межкишечные абсцессы, перфорация кишки, кишечные свищи) развивается картина разлитого перитонита.

### **Гинекологические заболевания**

Среди гинекологических заболеваний, способных протекать с картиной острого живота, требующей оперативного вмешательства, следует прежде всего назвать **внематочную беременность**. До осложнения (разрыв трубы) это заболевание протекает с умеренно выраженной болью в животе, задержкой менструации, небольшим маточным кровотечением. При пальпации живота и вагинальном исследовании отмечаются обычно незначительное увеличение матки и болезненность в проекции соответствующей маточной трубы, а нередко и опухолевидное образование в области придатков.

При осложнении внематочной беременности разрывом трубы наблюдается внезапное усиление боли, иногда сопровождающееся обморочным состоянием. Болезненность при пальпации резко усиливается, становится разлитой, присоединяются симптомы раздражения брюшины. Диагноз подтверждается УЗИ органов малого таза, а также определением хориогонадотропина в сыворотке крови. В необходимых случаях пунктируют задний свод влагалища (кульдоцентез) и проводят диагностическую лапароскопию.

**Разрыв кисты яичника**, который может быть спровоцирован физической нагрузкой (например, спортивными упражнениями) или травмой живота, манифестируется внезапной болью в нижнем отделе живота, вначале локальной, а затем и разлитой. При пальпации обнаруживаются болезненность в гипогастрии и раздражение брюшины. При вагинальном исследовании выявляется болезненность в области придатков, усиливающаяся при смещении шейки матки. Для верификации диагноза применяются УЗИ органов малого таза, пункция заднего свода влагалища, лапароскопия.

**Перекрут кисты яичника** характеризуется внезапной острой болью в животе, которая бывает обусловлена ишемией яичника, развивающейся в результате сдавления сосудов перекрученной ножкой кисты. При объективном исследовании отмечаются локальная болезненность в нижнем отделе живота и симптомы раздражения брюшины. При вагинальном исследовании в малом тазу определяется болезненное опухолевидное образование. Лейкоцитоз свидетельствует о некрозе стенки кисты. Диагноз перекрута кисты яичника подтверждается с помощью УЗИ органов брюшной полости и лапароскопии.

Острая боль в животе, сопровождающаяся кровянистыми выделениями из влагалища, возможна у беременных при **самопроизвольном (спонтанном) аборте**. Боль при этом локализуется в надлобковой области, схваткообразная, по интенсивности - от сравнительно умеренной при незначительных кровянистых выделениях из влагалища (при угрожающем аборте) до очень сильной - при профузном маточном кровотечении (при аборте в ходу). Диа-

гноз верифицируется указанием на наличие беременности (задержка менструаций, повышенный уровень сывороточного хориогонадотропина), а также данными вагинального исследования.

Частой причиной боли в животе у женщин служат воспалительные заболевания органов малого таза. При **остром аднексите** появляется боль в нижнем отделе живота, тупая или схваткообразная, сопровождающаяся выделениями из влагалища, повышается температура тела. При пальпации отмечается болезненность в гипогастрии, при вагинальном исследовании определяются болезненность и уплотнение придатков матки.

При пельвиоперитоните и tuboовариальном абсцессе при пальпации живота обнаруживаются признаки раздражения брюшины, в подвздошных областях - болезненное опухолевидное образование, при вагинальном исследовании отмечается воспалительный инфильтрат в дугласовом пространстве. В анализах крови определяются лейкоцитоз, повышение СОЭ. Диагноз острого аднексита и его осложнений подтверждается пункцией заднего свода влагалища, УЗИ органов брюшной полости, лапароскопией, микробиологическим исследованием выделений из влагалища.

**Острый эндометрит** может возникать после родов или инструментальных манипуляций в полости матки. У больных появляются схваткообразная или постоянная боль в нижнем отделе живота, лихорадка, озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. При пальпации живота определяется болезненность в его нижнем отделе, при влагалищном исследовании - болезненность матки. В анализах крови обнаруживаются лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Диагноз основывается на результатах бактериологического исследования выделений из влагалища.

### **Урологические заболевания**

Заболевания почек и мочевых путей (а в ряде случаев - и некоторые заболевания половых органов у мужчин) могут вызвать острую боль в животе, которую иногда приходится дифференцировать с болью, обусловленной острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Следует, однако, иметь в виду и обратную ситуацию, когда некоторые хирургические заболевания (например, острый аппендицит при ретроцекальном или тазовом расположении червеобразного отростка) могут протекать с клиническими симптомами, свойственными заболеваниям почек и мочевого пузыря.

Наиболее часто подобные трудности дифференциальной диагностики наблюдаются при приступе **почечной колики**, обусловленной остро развивающимся нарушением оттока мочи из почечной лоханки и растяжением ее стенок. Боль при этом локализуется в поясничной области и иррадирует в паховую область и половые органы. Рефлекторно могут возникать тошнота, рвота, парез кишечника. Иногда боль сопровождается повышением температуры тела.

При объективном обследовании обращает на себя внимание беспокойное поведение больных, которые не могут найти место и часто меняют свое

положение. При пальпации живота обычно отмечается болезненность, однако напряжение мышц брюшной стенки и другие перитонеальные симптомы отсутствуют. Правильному распознаванию причины боли помогают дизурические симптомы, макро- или микрогематурия, кристаллы солей в анализах мочи, а иногда и отхождение конкремента. Диагноз подтверждается УЗИ органов брюшной полости и экскреторной урографией.

Острая интенсивная боль в животе и поясничной области с характерной иррадиацией в паховую область и половые органы, сопровождающаяся гематурией, может быть при **инфаркте почки** в результате тромбоэмболии сосудов почек у больных инфекционным эндокардитом, внутрисердечным тромбом (например, при инфаркте миокарда, мерцательной аритмии).

**Острый пиелонефрит** также может протекать с болью в боковых отделах живота и паховых областях и рефлекторно возникающим парезом кишечника. Боль сопровождается ознобом, высокой лихорадкой, учащенным мочеиспусканием, положительным симптомом Пастернацкого. В анализах мочи обнаруживается большое количество лейкоцитов (пиурия) и бактерий. При карбункуле почки могут присоединяться симптомы раздражения брюшины, что в ряде случаев требует дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (острым аппендицитом, острым холециститом, дивертикулитом).

Боль в лобковой области нередко наблюдается при **остром цистите**. Установлению правильного диагноза у этих больных помогают отсутствие признаков раздражения брюшины, учащенные болезненные позывы к мочеиспусканию, выделение мутной мочи с неприятным запахом, пиурия и гематурия в анализах мочи.

Схваткообразная острая боль в животе иногда бывает связана с перегибом мочеточника, обусловленным **блуждающей почкой**. Пальпаторное обнаружение блуждающей почки, данные УЗИ органов брюшной полости и экскреторной урографии позволяют подтвердить этот диагноз.

**Острая задержка мочи** часто проявляется интенсивной болью в гипогастрии. При пальпации живота определяется перерастянутый мочевой пузырь, дно которого достигает иногда уровня пупка. Катетеризация мочевого пузыря помогает уточнить характер пальпируемого образования.

Развернутая стадия **уремии** может протекать с разлитой болью в животе и диспептическими симптомами (тошнота, рвота, диарея), связанными с уремическим гастритом и колитом. Диагноз основывается на анамнестических данных (наличие длительного хронического заболевания почек), других признаках уремии (зуд, плеврит, перикардит и др.), повышенном уровне креатинина и остаточного азота в сыворотке крови, сниженных показателях клубочковой фильтрации.

Острая боль в животе у мужчин может вызвать **перекрут яичка и эпидидимит**. Боль в этих случаях локализуется в паховых областях (уменьшается у больных с эпидидимитом при приподнятом положении яичка), сопро-

вождается иногда тошнотой и рвотой. Осмотр и пальпация яичек позволяют правильно распознать эти заболевания.

### **Внутренние заболевания**

Создание любой классификации болезней, протекающих с болью в животе, сопряжено с неизбежными трудностями. Это связано не только с многообразием таких болезней, но и с тем, что при целом ряде заболеваний, традиционно рассматривающихся в рубрике «внутренние болезни» (например, болезнь Крона, язвенный колит, узелковый полиартериит и др.), возможна боль в животе, сигнализирующая об осложнениях, требующих хирургического лечения. Поэтому при дальнейшем изложении вопросов, связанных с болью в животе при терапевтических заболеваниях, указанные ситуации будут оговариваться специально.

**Заболевания органов дыхания.** Отраженная рефлекторная боль в животе, обусловленная общностью иннервации плевры, диафрагмы, передней брюшной стенки и париетальной брюшины (торакоабдоминальный синдром), характерна в первую очередь для **крупозной пневмонии** (чаще всего, с локализацией в нижней доле правого легкого). Боль в правой половине живота при этом заболевании с напряжением мышц передней брюшной стенки и неотчетливым симптомом Щеткина-Блюмберга может привести к ошибочному диагнозу острого хирургического заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, холецистит).

Тщательная оценка анамнестических данных (начало заболевания с озноба и лихорадки до  $39^{\circ}\text{C}$  и выше нехарактерно для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости), жалоб (одышка, кашель с мокротой ржавого цвета), результатов объективного исследования (усиление голосового дрожания, тупой звук над пораженной долей легкого при перкуссии, патологическое бронхиальное дыхание и крепитация), характерные данные рентгенологического исследования позволяют правильно поставить диагноз заболевания.

Острая боль в животе наблюдается нередко у больных с **фибринозным и экссудативным плевритом**, особенно при поражении диафрагмальной плевры. При обследовании пациентов обращают на себя внимание поверхностная дыхательная экскурсия грудной клетки, шум трения плевры при аускультации, доступность живота глубокой пальпации.

При дифференциальной диагностике между диафрагмальным плевритом и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости следует иметь в виду не только вероятность отраженной боли в животе, обусловленной плевритом, но и возможность вторичного плеврита как осложнения острого хирургического заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, поддиафрагмальный абсцесс).

Острая боль в животе, напоминающая картину перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, иногда отмечается при **спонтанном пневмотораксе**. Установлению правильного диагноза в таких случаях помо-

гают другие характерные симптомы пневмоторакса (резкая одышка, боль в грудной клетке, тимпанический звук при перкуссии, отсутствие везикулярного дыхания на стороне поражения), а также типичная рентгенологическая картина.

Боль в животе возможна и при других инфильтративных заболеваниях легких (абсцесс, туберкулез), а также при **тромбоэмболии легочной артерии**. Диагноз этого заболевания основывается на анамнестических данных (недавно перенесенная операция, длительное пребывание на постельном режиме, указание на тромбоз вен нижних конечностей), других клинических симптомах (одышка, кровохарканье, боль в грудной клетке), характерных электрокардиографических и рентгенологических изменениях.

**Сердечно-сосудистые заболевания.** Исключительно важное клиническое значение имеет острая боль в животе у больных с **инфарктом миокарда**. Прежде всего, она может быть проявлением абдоминальной (гастралгической) формы инфаркта миокарда, описанной еще в 1909 г. В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско. Ее частота среди всех форм инфаркта миокарда составляет, по разным данным, 2,7-5%. Абдоминальная форма инфаркта миокарда характерна в большей степени для инфаркта задней стенки. Боль в эпигастрии у пациентов часто иррадирует кверху, в левую половину грудной клетки и область грудины. Живот при пальпации остается мягким, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Диагноз абдоминальной формы инфаркта миокарда подтверждается данными объективного исследования сердечно-сосудистой системы (ослабление I тона, появление ритма галопа, тахикардии, различных нарушений сердечного ритма, снижения АД), характерных изменений ЭКГ и лабораторных исследований (лейкоцитоз, повышение активности трансаминаз, КФК).

В то же время далеко не все случаи острой боли в животе при инфаркте миокарда служат проявлением его абдоминальной формы. В 1959 г. В. Х. Василенко и М. Ю. Меликова четко разграничили отраженную боль в животе у больных с абдоминальным вариантом инфаркта миокарда и боль в животе при инфаркте миокарда в результате самостоятельного поражения ЖКТ.

Так, острая боль в животе при инфаркте миокарда, сопровождающаяся различными диспептическими явлениями, может быть обусловлена остро развивающимся парезом желудка и кишечника, мезентериальной ишемией на фоне развернутой картины кардиогенного шока, стрессовой язвой желудка и двенадцатиперстной кишки со склонностью к желудочно-кишечному кровотечению. В клинической практике возможна и такая ситуация, когда первично возникший острый панкреатит и острый холецистит приводят к ухудшению течения ИБС и нарастанию коронарной недостаточности. Лишь тщательное наблюдение за состоянием больного и комплексная оценка результатов различных исследований (по возможности, малоинвазивных, например УЗИ органов брюшной полости) позволяют избежать ошибок при постановке диагноза.

Острая боль в эпигастральной области, обусловленная раздражением диафрагмы, диафрагмального и межреберных нервов, может отмечаться при **перикардите**, создавая иногда ложное впечатление о наличии у больного перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита или острого холецистита. Распознаванию истинной причины абдоминалгии у таких больных помогают данные объективного исследования (расширение поперечника относительной тупости сердца, ослабление тонов, шум трения перикарда), электрокардиографическая картина (конкордантный подъем интервала ST, повышение, а затем инверсия зубца T), характерные изменения при рентгенологическом исследовании (тень сердца в виде домика с трубой).

Острая боль в животе при **инфекционном эндокардите** чаще всего бывает обусловлена эмболией сосудов брюшной полости с формированием инфарктов селезенки, почек, кишечника с соответствующей клинической картиной.

**Остро развившаяся правожелудочковая недостаточность**, вызывая венозный застой в печени с ее быстрым увеличением и растяжением глиссоновой капсулы, может приводить к резкой боли в области правого подреберья, имитирующей клиническую картину острого холецистита или панкреатита. При пальпации живот обычно остается мягким, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Диагноз подтверждается обнаружением других признаков острой правожелудочковой недостаточности (тахикардия, отеки, набухание яремных вен).

**Расслаивающая аневризма аорты** (брюшного, а иногда и грудного ее отделов) проявляется острой интенсивной болью с клинической картиной острого живота. При объективном исследовании определяется умеренное напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Распознаванию расслаивающей аневризмы аорты помогают анамнестические данные (наличие гипертонической болезни, выраженного атеросклероза или перенесенного сифилиса), наличие в брюшной полости при пальпации плотной пульсирующей опухоли с четкими контурами в околопупочной области, шума над пульсирующим образованием при аускультации. Диагноз верифицируется с помощью УЗИ и ангиографии.

**Заболевания органов пищеварения.** Боль в подложечной области является одним из основных клинических симптомов **гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)**. Она обусловлена забросом кислого желудочного содержимого в пищевод, часто возникает в горизонтальном положении (особенно ночью во время сна), провоцируется перееданием, а также наклоном туловища вперед, нередко иррадиирует в левую половину грудной клетки, сопровождается изжогой, уменьшается при приеме антацидных препаратов. Диагноз ГЭРБ подтверждается данными эндоскопического исследования и результатами суточного мониторинга внутрипищеводного pH.

Острый гастрит, который может развиваться при приеме крепких алкогольных напитков и их суррогатов, инфекционном поражении слизистой

оболочки желудка, приеме некоторых лекарственных препаратов, также проявляется болью в эпигастральной области спустя несколько часов после начала действия этиологического фактора, тошнотой, рвотой пищей с примесью желчи и слизи, повышением температуры тела (в случаях пищевой токсикоинфекции). При пальпации живот остается мягким, незначительно или умеренно болезненным в подложечной области. Диагноз верифицируется гастродуоденоскопией; при необходимости проводится бактериологическое исследование рвотных масс и испражнений.

Боль в подложечной области и диспептические расстройства могут отмечаться и у больных **хроническим гастритом**. В то же время эти симптомы не специфичны и, кроме того, как показали многочисленные клинко-эндоскопические сопоставления, вызывают их не изменения слизистой оболочки желудка, а нарушения его двигательной функции. Очень часто хронический гастрит протекает вообще без каких-либо клинических проявлений. Эрозивный и геморрагический гастрит способен манифестировать желудочно-кишечным кровотечением.

Диагноз хронического гастрита основывается на результатах эндоскопического исследования (желательно с гистологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки антрального и фундального отделов), дополняемого исследованием инфицированности слизистой оболочки микроорганизмами *Helicobacter pylori*, а также оценкой кислотообразующей функции желудка (методом фракционного зондирования или интрагастральной рН-метрии).

Боль в эпигастрии и разнообразные проявления диспепсии (тяжесть и чувство переполнения в подложечной области, тошнота, раннее насыщение и др.) могут быть проявлением **функциональной (неязвенной) диспепсии**. Эти клинические симптомы обуславливаются различными нарушениями моторики желудка и двенадцатиперстной кишки и часто провоцируются психоэмоциональными факторами. Диагноз функциональной диспепсии правомерно ставить после полного обследования больных (с обязательными гастродуоденоскопией и эхографией органов брюшной полости) и исключения других заболеваний, способных протекать с аналогичными клиническими симптомами.

Боль при **язвенной болезни** возникает в результате действия хлористоводородной (соляной) кислоты на область язвенного дефекта и сопутствующих нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки и характеризуется в типичных случаях четкой связью с приемом пищи (ранняя, поздняя, голодная боль) и временем суток (ночная боль), периодичностью, сезонностью.

**Симптоматические гастродуоденальные язвы** (стрессовые, лекарственные, эндокринные и др.) могут развиваться остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением и прободением язвы, и протекать с нетипичными клиническими симптомами (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности обострений). Диагноз

язвенной болезни и симптоматической гастродуоденальной язвы подтверждается данными рентгенологического и эндоскопического исследований.

Боль при **раке желудка** не относится к числу его ранних симптомов и свидетельствует, как правило, о развернутой стадии заболевания. Боль чаще всего постоянная, сопровождается тяжестью и чувством переполнения в подложечной области, рвотой пищей, съеденной накануне (при локализации опухоли в антральном отделе), дисфагией (при поражении кардиального отдела желудка), похуданием, анорексией. При инфильтративно-язвенной форме рака боль может быть связана с приемом пищи (поздняя, голодная, ночная боль), симулируя картину доброкачественной язвы. При прорастании рака желудка в соседние органы (например, поджелудочную железу) боль становится очень интенсивной, мучительной. Диагноз подтверждается с помощью рентгенологического и эндоскопического исследований желудка, эндоскопической ультрасонографии.

Боль в животе часто встречается при **хронических диффузных заболеваниях печени** (гепатит, цирроз и др.), хотя по своему клиническому значению она обычно уступает другим симптомам данных заболеваний (асцит, желтухе, проявлениям печеночной энцефалопатии). Боль локализуется обычно в правом верхнелатеральном участке живота ближе к подмышечным линиям, обусловлена реакцией глиссоновой капсулы, может усиливаться после физической нагрузки, нередко бывает неопределенной. Диагноз устанавливается на основании других признаков поражения печени (гепато- и спленомегалия, «печеночные знаки», асцит, желтуха и др.), характерных данных лабораторных исследований (повышенная активность трансаминаз, изменения иммунных проб, положительные вирусные маркеры), рентгенологического и эндоскопического исследований желудка (варикозно расширенные вены пищевода), данных УЗИ органов брюшной полости, результатов пункционной биопсии печени.

Боль в области правого подреберья - характерный признак **дискинезии желчных путей**. Боль в этих случаях связана с нарушением нервной регуляции координированного сокращения желчного пузыря и расслабления сфинктера Одди. При гипермоторной дискинезии желчных путей боль возникает приступообразно, бывает спастической, иногда иррадиирует в правую лопатку, плечо и сопровождается тошнотой и рвотой. При гипомоторной дискинезии отмечается тупая, ноющая боль в правом подреберье, усиливающаяся после приема пищи, без четкой иррадиации. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в точке желчного пузыря, однако живот остается мягким, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Отличительный признак функциональной природы боли - она не сопровождается повышением температуры тела, увеличением СОЭ, лейкоцитозом, отклонением биохимических показателей, а также какими-либо существенным структурным изменением желчного пузыря и желчных путей по данным инструментальных методов исследования. Наличие дискинезии желчного пузыря и ее тип устанавливаются многомоментным дуоденальным зондирова-

нием, ультразвуковой холецистографией, проводимой в динамике до и после желчегонного завтрака.

Очень важна правильная оценка боли в животе у больных **желчнокаменной болезнью**. В типичных случаях она протекает с периодической **желчной коликой** - острой приступообразной болью после погрешностей в диете (жирная пища), чаще вечером или ночью, локализующейся в эпигастриальной области, иррадиирующей в правое плечо, лопатку, иногда за грудину и в левую половину грудной клетки. Боль обусловлена механическим раздражением камнем слизистой оболочки желчного пузыря, повышением внутрипузырного давления, спазмом мускулатуры желчного пузыря и часто сопровождаются тошнотой, рвотой желчью, метеоризмом.

При объективном обследовании отмечаются болезненность при пальпации и незначительное напряжение мышц брюшной стенки в точке желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера и Мерфи, симптом Щеткина-Блюмберга остается отрицательным. Температура тела не повышается, анализ крови (уровень лейкоцитов, СОЭ) сохраняется в пределах нормы. В неосложненных случаях приступ желчной колики продолжается от 15-30 мин до 5 ч и проходит после применения спазмолитиков.

В тех случаях, когда приступ желчной колики сопровождается повышением температуры тела, усилением мышечной защиты и появлением симптома Щеткина-Блюмберга, нарастанием лейкоцитоза и СОЭ, есть все основания думать о развитии осложнений.

Боль в животе является ведущим клиническим симптомом хронического панкреатита. Она может быть периодической, возникая после приема жирной пищи и алкоголя, или же постоянной, локализуется в эпигастриальной области и левом подреберье, иррадиирует в поясничную область, левое плечо и лопатку, а нередко становится опоясывающей. Механизм возникновения боли при хроническом панкреатите связан с повышением давления в протоках поджелудочной железы вследствие нарушения оттока секрета, воспалительными и склеротическими изменениями в паренхиме органа и прилегающих тканях, приводящими к раздражению нервных окончаний.

Диагноз хронического панкреатита подтверждается лабораторными исследованиями (повышение активности амилазы в крови и моче, стеаторея, изменение показателей теста определения эластазы в кале), данными УЗИ и КТ органов брюшной полости, результатами ЭРХПГ и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Боль в животе служит одним из основных клинических симптомов **рака поджелудочной железы**. Боль обычно локализуется в левом верхнем квадранте живота, иррадиирует в грудной или поясничный отдел позвоночника, иногда становится опоясывающей, бывает интенсивной, не связана с приемом пищи. Боль при раке поджелудочной железы обусловлена сдавлением или прорастанием опухолью стволов чревного сплетения. Поэтому больные нередко принимают вынужденное положение (сидя с наклоном вперед или лежа на животе), при котором давление поджелудочной железы на нервные

сплетения уменьшается. Диагноз ставят на основании других симптомов рака поджелудочной железы (анорексия, похудание, желтуха), данных УЗИ и КТ органов брюшной полости, ангиографии, ЭРХПГ, определения онкомаркеров (СЕА, СА-19-9 и др.).

Боль в животе относится к ведущим симптомам **хронических воспалительных заболеваний кишечника**, встречаясь чаще при болезни Крона и реже при язвенном колите. При язвенном колите боль обычно схваткообразная, усиливается перед актом дефекации и сопровождается частым жидким стулом с примесью крови. При болезни Крона боль сосредоточена в нижнем отделе живота (больше - справа); при этом в правой подвздошной области можно пальпировать воспалительный инфильтрат, а в 40-60% случаев отмечается поражение перианальной области с образованием свищей.

Другими клиническими симптомами хронических воспалительных заболеваний кишечника могут быть лихорадка, потеря массы тела, электролитные и метаболические нарушения, а также внекишечные проявления: поражение суставов (в виде моно-, олигоартрита или болезни Бехтерева), глаз (иридоциклит, увеит), кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), полости рта (афтозный стоматит), печени (первичный склерозирующий холангит).

Диагноз язвенного колита и болезни Крона подтверждается лабораторными изменениями (гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, гипопропротеинемия, появление С-реактивного белка), характерными данными рентгенологического и эндоскопического исследований.

При возникновении осложнений хронических воспалительных заболеваний кишечника (перфорация язвы кишечника, токсический мегаколон, межкишечные свищи и абсцессы, стриктура кишечника) клиническая картина болезни Крона и язвенного колита утяжеляется присоединением перитонита и кишечной непроходимости.

При наличии у пациента (особенно в возрасте старше 50 лет) боли в животе с расстройством стула (метеоризмом, запором, появлением крови в кале), лихорадкой, анемией, общей слабостью, похуданием следует всегда думать о возможности **колоректального рака**. В ряде случаев опухоль удается прощупать при глубокой пальпации живота или же выявить при ректальном пальцевом исследовании. Другие методы диагностики рака прямой и толстой кишки должны включать в себя колоноскопию с прицельной биопсией, количественное определение раковоэмбрионального антигена, при необходимости - ирригоскопию или эндоскопическую ультрасонографию.

При неосложненном **дивертикулезе кишечника** боль в животе возникает в основном в результате дискинетического расстройства тонкой и толстой кишки (запор и метеоризм) и исчезает после дефекации и отхождения газов. При воспалении дивертикула клиническая картина приобретает черты острого хирургического заболевания органов брюшной полости.

Наконец, одной из наиболее частых причин периодически возникающей боли в животе является **синдром раздраженного кишечника**. Боль у этих

пациентов, обусловленная нарушением моторики кишечника и повышенной висцеральной чувствительностью его стенки к растяжению, схваткообразная или ноющая, локализуется в различных (чаще - нижних) отделах живота, усиливается перед актом дефекации и уменьшается после опорожнения кишечника, имеет четкую связь с психоэмоциональными факторами, никогда не возникает в ночное время (т.е. не прерывает сон больного).

Боль сопровождается расстройством стула (запор, диарея или их чередование), метеоризмом, ощущением неполного опорожнения кишечника или императивными позывами на дефекацию («синдром утренней бури»), различными вегетативными проявлениями (головная боль по типу мигрени, ощущение неудовлетворенности вдохом, невозможность спать на левом боку, чувство кома при глотании, вазоспастические реакции и др.), депрессией и тревогой. Несмотря на многолетнее течение заболевания, общее состояние больных существенно не страдает.

Диагноз синдрома раздраженного кишечника ставят после тщательного обследования на основании данных лабораторного и инструментального исследований (УЗИ органов брюшной полости, колоноскопия), свидетельствующих об отсутствии у больных серьезных органических заболеваний.

**Диффузные болезни соединительной ткани.** Боль в животе нередко возникает в начальный период заболевания у **больных ревматизмом**. Причиной абдоминального синдрома у пациентов могут быть неспецифическая воспалительная реакция брюшины, корешковая иррадиация болевых ощущений при поражении позвоночника, эндovasкулит брыжеечных сосудов.

Клинические особенности абдоминального синдрома при ревматизме - изменчивая локализация боли в животе, их нестойкий и летучий характер, отсутствие или нерезкая выраженность симптомов раздражения брюшины. Диагноз подтверждается характерными сопутствующими изменениями сердца и суставов, результатами лабораторных исследований. Абдоминальные симптомы при ревматизме обычно быстро исчезают на фоне противовоспалительной терапии.

Боль в животе с метеоризмом, напряжением мышц брюшной стенки, повышением температуры тела, изменениями лабораторных показателей (повышение СОЭ, уровня фибриногена, появление С-реактивного белка и ревматоидного фактора), обусловленная васкулитом, встречается иногда у **больных ревматоидным артритом**. При оценке абдоминального синдрома у этих пациентов следует помнить о частом развитии у них эрозий и язв, вызванных приемом НПВП (так называемая НПВП-гастропатия).

Боль в животе у **больных системной красной волчанкой** наблюдается сравнительно редко. Генез ее также бывает связан с воспалительными изменениями брюшины (как проявлением полисерозита) и имеющимся васкулитом. В распознавании заболевания помогают и другие симптомы, свойственные СКВ: лихорадка, поражение суставов, серозных оболочек (плеврит, полисерозит) и почек, а также изменения при лабораторных исследованиях (повышение СОЭ, обнаружение LE-клеток).

Очень сложной и ответственной бывает оценка абдоминального синдрома у больных **узелковым полиартериитом**. Боль обычно бывает обусловлена поражением мелких сосудов брюшной полости, носит разнообразный характер, сопровождается диспептическими расстройствами, иногда - появлением крови в стуле. При объективном исследовании могут отмечаться симптомы раздражения брюшины. Диагноз узелкового полиартериита подтверждается другими симптомами, характерными для данного заболевания (поражение почек, сердца, легких, нервной системы, суставов).

В то же время боль в животе при узелковом полиартериите может быть связана с серьезными осложнениями (инфаркт стенки кишки, прободение язвы желудка и кишечника, острый панкреатит), требующими в ряде случаев экстренного оперативного вмешательства. Это определяет необходимость тщательного наблюдения за состоянием больных и принятия решения об операции в тех случаях, когда картина острого хирургического заболевания органов брюшной полости становится очевидной.

Абдоминальный синдром нередко присутствует и в клинической картине **системной склеродермии**. Боль в животе у пациентов самая разная (язвенно-, холецисто-, панкреатоподобная и др.), что обусловлено вовлечением в патологический процесс различных органов пищеварительной системы. Боль в подвздошной области с расстройством стула отмечается при склеродермическом процессе в стенке кишечника. Иногда у больных возможны симптомы острого живота, связанные с хирургическим осложнением (ишемический инфаркт и перфорация стенки кишки). Диагноз системной склеродермии устанавливается на основании характерного поражения кожи, дистальных фаланг пальцев рук и ног, пищевода и изменений лабораторных показателей.

Схваткообразная боль в животе с метеоризмом наблюдается иногда у больных **дерматомиозитом**. Распознаванию заболевания помогает характерное поражение мышц и кожи, а также данные гистологического исследования биоптатов мышц.

**Заболевания крови.** Боль в животе нередко встречается у больных с **острыми и хроническими лейкозами** и даже выступает иногда на передний план в клинической картине. Причины ее различны. Сильная боль в левом и правом подреберье связана с растяжением капсулы печени и селезенки или ее воспалительными изменениями (периспленит, перигепатит). В некоторых случаях боль бывает обусловлена кровоизлиянием в брюшину. Очень интенсивная, внезапно возникающая боль в левом подреберье характерна для инфаркта селезенки. При лейкемической инфильтрации слизистого и подслизистого слоев кишечника боль сопровождается диареей.

Диагноз основного гематологического заболевания, лежащего в основе абдоминального синдрома, подтверждается другими симптомами, свойственными лейкозам (высокая лихорадка, интоксикация, язвенно-некротическая ангина, геморрагии), а также типичных изменений в анализах крови.

При **лимфогранулематозе и лимфомах** боль возникают в тех случаях, когда в патологический процесс вовлекаются селезенка, печень, кишечник, лимфатические узлы брюшной полости. При значительном увеличении лимфатических узлов могут развиваться явления кишечной непроходимости. Диагноз устанавливается на основании других симптомов лимфопролиферативного заболевания (волнообразная лихорадка, потливость, кожный зуд, похудание и др.), данных инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, лимфография), свидетельствующих об увеличении различных групп лимфатических узлов, результатов гистологического исследования их биоптатов.

**Гемолитическая анемия** (особенно в период гемолитического криза) может проявляться болью в животе, обусловленной увеличением печени и селезенки. Установлению правильного диагноза помогает наличие гемолитической желтухи, спленомегалии, анемии, сниженной осмотической резистентности эритроцитов, повышенного содержания непрямого билирубина.

Очень трудной оказывается подчас трактовка абдоминального синдрома У больных **геморрагическим васкулитом** (болезнь Шенлейна-Геноха). Боль в животе у пациентов обусловлена кровоизлиянием на брюшине, брыжейке и серозной оболочке кишечника, а также отеком стенки кишки, приводящими к спастическим сокращениям различных отделов кишечника или даже развитию некроза его стенки.

Боль в животе у больных геморрагическим васкулитом обычно возникает внезапно, схваткообразно (по типу кишечной колики), сопровождается жидким стулом с примесью крови. При стихании боли состояние больных, как правило, быстро улучшается. Диагноз геморрагического васкулита подтверждается Другими симптомами заболевания (характерная кожная сыпь, артралгия, поражение почек).

Несмотря на то что абдоминальный синдром у больных геморрагическим васкулитом в большинстве случаев обычно не требует оперативного вмешательства, в оценке состояния пациентов следует быть очень внимательным и осторожным, поскольку иногда у больных могут возникать осложнения (инвагинация кишки с некрозом ее стенки, перфорация язвы кишечника), требующие неотложной операции.

**Заболевания эндокринной системы и обмена веществ.** Острая боль в животе с диффузной болезненностью при пальпации, признаками раздражения брюшины и пареза кишечника может быть симптомом диабетического кетоацидоза, возникающего в условиях выраженной инсулиновой недостаточности с накоплением в крови кетоновых тел, резкой дегидратацией организма, декомпенсированным метаболическим ацидозом, электролитными нарушениями.

Диагностические трудности в интерпретации этой боли возникают в тех случаях, если основное заболевание (сахарный диабет) не было установлено ранее, а диагностировано уже в стадии его декомпенсации. Обнаружение других клинических проявлений кетоацидоза: сухости кожных покровов, жажды, головной боли, возбуждения, тошноты, рвоты, артериальной гипото-

нии, тахикардии, запаха ацетона изо рта, а также высокого уровня сахара в крови и моче в сочетании с кетонурией позволяют правильно поставить диагноз. Массивная инфузионная терапия, коррекция электролитного баланса и кислотно-основного состояния, введение адекватных доз инсулина приводят к быстрому исчезновению боли в животе.

В то же время следует иметь в виду, что для больных сахарным диабетом характерной оказывается высокая частота острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости (например, острого холецистита), протекающих со склонностью к деструктивным осложнениям, требующим хирургического лечения, и способных в свою очередь приводить к декомпенсации сахарного диабета и диабетическому кетоацидозу.

Хроническая боль в животе с диспептическим расстройством (тошнота, рвота, запор), отмечающаяся в ряде случаев у больных сахарным диабетом, может быть проявлением **диабетического гастропареза и синдрома диабетической кишечной псевдообструкции**, обусловленных поражением ЖКТ в рамках диабетической нейропатии.

Схваткообразная боль в животе с диареей часто наблюдается у больных **тиреотоксикозом**. Причина ее обычно связана с усилением перистальтики кишечника в условиях избыточной продукции тиреоидных гормонов. Особенно резкая боль в животе с напряжением мышц брюшной стенки и симптомами раздражения брюшины, симулирующая картину острого хирургического заболевания органов брюшной полости, возникает при тиреотоксическом кризе. Диагноз тиреотоксикоза устанавливают на основании других признаков заболевания (лихорадка, тахикардия, глазные симптомы, изменение нервной системы, увеличение щитовидной железы), результатов УЗИ щитовидной железы и определения уровня тиреоидных гормонов в крови.

При **гипотиреозе**, в связи со снижением перистальтической активности кишечника, могут возникать явления его пареза, которые иногда ошибочно принимают за механическую кишечную непроходимость.

Нарушение функции паращитовидных желез также может сопровождаться болью в животе. При **гипопаратиреозе** отмечают спастическую боль и диспептические расстройства (рвота, диарея), обусловленные нарушением моторики ЖКТ по типу висцеральной тетании. При гиперпаратиреозе (болезнь Реклин-Гаузена) вследствие имеющейся гиперкальциемии часто наблюдаются язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, повышенная склонность к камнеобразованию (в лоханках почек, протоках поджелудочной железы), в результате чего может возникать острая боль в животе, вызванная почечной коликой и острым панкреатитом.

**Хроническая надпочечниковая недостаточность** (болезнь Аддисона), обусловленная обычно перенесенным туберкулезом надпочечников, а также их атрофией вследствие длительного лечения кортикостероидами, может протекать с различными абдоминальными симптомами (боль в эпигастрии или по ходу кишечника, тошнота, рвота, диарея). Постановке правильного диагноза помогают другие симптомы надпочечниковой недостаточности

(наличие общей слабости, адинамии, похудания, изменения окраски кожных покровов, артериальной гипотонии и др.). Состояние больных значительно улучшается на фоне заместительной кортикостероидной терапии.

**Острая надпочечниковая недостаточность**, например, при кровоизлиянии в надпочечники (синдром Уотерхауса-Фридериксена) или резкой отмене глюкокортикоидных гормонов характеризуется интенсивной болью в животе, рвотой, прогрессирующим ухудшением состояния больного с развитием шока и коллапса.

При **феохромоцитоме** (гормонально-активная опухоль хромаффинной ткани надпочечников, вырабатывающая избыточное количество адреналина и норадреналина) во время характерных кризов, протекающих с артериальной гипертензией, повышением температуры тела, общим возбуждением, может отмечаться также выраженная боль в животе, обусловленная спазмом сосудов и гладкой мускулатуры ЖКТ. Опухоль распознается определением экскреции катехоламинов с мочой, КТ или МРТ надпочечников.

Очень большие трудности может вызвать диагностическая оценка боли у пациентов с периодической болезнью. Ее абдоминальный вариант проявляется приступами острой боли в животе, связанной с повышением сосудистой проницаемости и развитием полисерозита, сопровождающимися тошнотой, рвотой, диареей, лихорадкой (до 39-40<sup>0</sup>С), болью в мышцах и суставах, геморрагической сыпью. При пальпации живота определяются напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмерга. Поскольку во время приступов периодической болезни в анализах крови отмечаются лейкоцитоз и повышение СОЭ, больным нередко ставят диагноз острого хирургического заболевания органов брюшной полости и проводят оперативное вмешательство (в т.ч. и повторное), при котором обнаруживаются лишь небольшое количество серозного выпота и умеренно выраженный спаечный процесс.

Диагноз периодической болезни подтверждается ранним началом заболевания (в детском и юношеском возрасте), семейной предрасположенностью, определенной этнической принадлежностью большинства больных (армяне, евреи, арабы), склонностью к развитию амилоидоза.

**Острая порфирия**, характеризующаяся повышенным образованием порфиринов вследствие нарушения ферментативных тканевых процессов биосинтеза гемоглобина, может протекать с интенсивной схваткообразной болью в животе, метеоризмом, неукротимой рвотой. Эта клиническая картина может привести к ошибочному заключению о тонкокишечной непроходимости у больного. Диагноз острой порфирии подтверждают другие симптомы, свойственные данному заболеванию (общая слабость, атрофия мышц, темная окраска кожных покровов, нервно-психические нарушения), красная окраска мочи после приступа, большое количество порфиринов в моче.

**Свинцовая колика** возникает при интоксикации свинцом (чаще всего при использовании посуды, покрытой свинцовой глазурью) и проявляется интенсивной схваткообразной болью в животе с тошнотой и рвотой. Боль

обусловливается токсическим действием свинца на нервные окончания мускулатуры ЖКТ, а также возникающими нарушениями порфиринового обмена. При пальпации живота отмечается диффузная болезненность, однако живот остается мягким, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Диагноз ставят на основании других симптомов свинцовой интоксикации (свинцовой каймы на свободном крае десны, анемии, порфирурии), а также обнаружения свинца в моче.

При **эссенциальной гиперлипидемии** может возникать интенсивная боль в животе, сопровождающаяся напряжением мышц передней брюшной стенки. Происхождение этой боли остается недостаточно ясным. Как правило, она исчезает после инфузионной терапии и временного прекращения приема пищи. В ряде случаев (особенно при гиперлипидемии I и V типов) острая боль в животе служит проявлением острого панкреатита, частота которого у этих пациентов значительно повышается.

### **Инфекционные и паразитарные заболевания**

Боль в животе при острых инфекционных заболеваниях может быть обусловлена высыпаниями на серозной оболочке кишечника и других органов, токсическим раздражением нервных сплетений, мезентериальным лимфаденитом или острым набуханием печени и селезенки с растяжением их капсулы. Боль в животе встречается при самых различных инфекционных заболеваниях: пищевых токсикоинфекциях, брюшном тифе, дизентерии, остром вирусном гепатите, ангине, гриппе, кори, ветряной оспе, малярии, бруцеллезе и др. У некоторых больных абдоминальный синдром служит одним из проявлений инфекционного заболевания, в других случаях он может быть обусловлен развитием осложнений, требующих неотложного оперативного вмешательства. Ниже очень кратко будут рассмотрены основные инфекционные и паразитарные заболевания, при которых отмечается боль в животе.

При диагностике **пищевой токсикоинфекции**, частой в клинической практике, допускаются ошибки двух видов: либо пищевая токсикоинфекция расценивается как острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, либо, наоборот, заболевание, требующее лечения в хирургическом стационаре (острый панкреатит, острый холецистит) или отделении кардиореанимации (абдоминальная форма инфаркта миокарда), трактуется как проявление пищевой токсикоинфекции. Второй вариант ошибок нередко инициируется самими больными, которые при возникновении у них абдоминального синдрома с тошнотой и рвотой первым делом пытаются найти связь данных симптомов с употреблением какого-либо, по их мнению, «несвежего» продукта и, как правило, «находят» таковой.

Клиническая картина пищевой токсикоинфекции складывается из явлений гастроэнтерита и общей интоксикации. Заболевание возникает остро, проявляясь ознобом, лихорадкой, головной болью, повторной рвотой, схваткообразной болью по всему животу. При ботулизме из-за поражения бульбарной зоны головного мозга возникают нарушение зрения, расстройство

дыхания и глотания. При иерсиниозном гастроэнтерите могут отмечаться явления полиартрита. Важно, что в отличие от острого хирургического заболевания органов брюшной полости при пищевой токсикоинфекции отсутствуют напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием рвотных масс, промывных вод желудка и испражнений. Определенную помощь в распознавании заболевания оказывает нередко массовый характер заболевания.

**Дизентерия и амебиаз кишечника** протекают с болью в животе, которая сопровождается лихорадкой, жидким стулом с примесью крови и слизи, болезненными позывами на дефекацию (тенезмы). При пальпации живота определяется спастически сокращенная болезненная сигмовидная кишка. Диагноз подтверждается при колоно- или ректороманоскопии, а также при бактериологическом исследовании кала. Необходимо иметь в виду возможность развития при данных заболеваниях осложнений, требующих хирургического лечения (перфорация язвы кишечника и кишечное кровотечение при дизентерии, абсцесс печени при амебиазе).

Высокая лихорадка и боль в животе могут быть первыми симптомами **брюшного тифа**. Его своевременному распознаванию помогают наличие характерной розеолезной сыпи, увеличенные печень и селезенка, отставание частоты пульса от температуры тела, отсутствие лейкоцитоза. Диагноз подтверждается эпидемиологическими данными, результатами посева крови и (в более поздние сроки) реакции Видаля. При брюшном тифе могут возникать и хирургические осложнения, к числу которых относятся перфорация брюшно-тифозной язвы кишечника, кишечное кровотечение и др.

**Острый вирусный гепатит** часто протекает с болью в животе, которая в ряде случаев (особенно в продромальном периоде или при безжелтушном варианте заболевания) может создать трудности в ее правильной интерпретации. Боль возникает в результате быстрого увеличения печени и растяжения ее капсулы. Интенсивность боли обычно бывает умеренной, в редких случаях она напоминает боль при желчной колике. При пальпации живота определяется болезненный нижний край печени, напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Постановке правильного диагноза помогают лабораторные данные: повышенный уровень билирубина и трансаминаз в крови, а также выявление маркеров вирусных гепатитов.

**Грипп** в ряде случаев может начинаться с боли в животе, тошноты, рвоты с высокой лихорадкой. Иногда при пальпации живота наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. В дальнейшем в клинической картине заболевания начинают доминировать респираторные симптомы (кашель, насморк и др.), а проявления абдоминального синдрома, напротив, постепенно стихают.

Боль в животе нередко отмечается во время приступов малярии и бывает обусловлена периспленитом, тромбозом мелких сосудов кишечника, кровоизлиянием в серозную оболочку и инфарктом стенки кишки. Диагноз малярии подтверждается данными эпидемиологического анамнеза, характерной

циклическостью лихорадочных приступов с ознобом и профузным потом, гепато- и спленомегалией, обнаружением плазмодиев малярии в толстой капле крови.

Боль в животе, связанная с поражением мезентериальных лимфатических узлов, может наблюдаться у больных **бруцеллезом**. Диагноз заболевания основывается на анамнестических указаниях (контакт с бруцеллезными животными), выявлении увеличенных периферических лимфатических узлов, гепатолиенального синдрома, поражений суставов, положительных результатов реакций Райта и Хеддельсона.

Боль в животе нередко у больных **туберкулезом**. При этом ее могут вызывать многообразные причины. Так, туберкулезное поражение позвоночника и туберкулезный плеврит приводят в ряде случаев к отраженной боли в животе. Туберкулез брюшины обуславливает картину первичного туберкулезного перитонита, часто с диффузной болью в животе умеренной интенсивности, лихорадкой, истощением, асцитом, поражением других серозных оболочек (плеврит, перикардит), иногда - кишечной непроходимостью. Туберкулезный мезаденит симулирует нередко картину острого хирургического заболевания органов брюшной полости (в частности, острого аппендицита). Наконец, туберкулезное поражение подвздошной и слепой кишки (илеотифлит) протекает с болью в правой подвздошной области, диареей с примесью крови и часто осложняется ограниченным перитонитом с образованием массивных спаечных сращений.

Диагноз туберкулезного поражения органов брюшной полости ставят на основании обнаружения других форм легочного или внелегочного туберкулеза, туберкулезных микобактерий в перитонеальной жидкости или кале, данных эндоскопического исследования кишечника, а также лапароскопии, результатов гистологического исследования (характерные эпителиоидные гранулемы).

Боль в животе, обусловленная поражением кишечника, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, возможна при различных **гельминтозах** (описторхоз, трихинеллез и др.). Наибольшее клиническое значение среди них имеет **аскаридоз**. При аскаридозе, как и при других гельминтозах, могут отмечаться неспецифические жалобы со стороны ЖКТ, вызванные интоксикацией организма (тошнота, рвота, анорексия). Однако в ряде случаев аскаридоз способен стать причиной острой кишечной непроходимости. При этом в животе удается пропальпировать опухолевидное образование, представляющее собой клубок гельминтов. Иногда аскариды, проникая в червеобразный отросток, вызывают острый аппендицит, а закупоривая общий желчный проток, приводят к обтурационной желтухе. Диагноз аскаридоза подтверждается эозинофилией в крови, обнаружением яиц глистов при исследовании кала. На рентгенограммах аскариды представляются в виде полосок рентгеноконтрастного газа в области головок гельминтов.

При **лямблиозе**, одном из наиболее распространенных заболеваний, вызываемых простейшими, может быть боль по ходу кишечника, а также в пра-

вом подреберье, сопровождающаяся диареей. Диагноз ставят на основании обнаружения цист лямблий в испражнениях и дуоденальном содержимом. В литературе указывается на сложную иногда дифференциальную диагностику лямблиоза и острого аппендицита. Однако следует иметь в виду и возможность простого сочетания обоих заболеваний, учитывая их высокую частоту, а также нередко бессимптомный лямблиоз.

Неврологические заболевания. Абдоминалгический синдром может нередко наблюдаться в клинике нервных болезней, в частности при энцефалите, менингите, полиомиелите, черепно-мозговых травмах, нарушении мозгового кровообращения, опухолях головного и спинного мозга. Ниже приведены неврологические заболевания, при которых боль в животе отмечается наиболее часто, приводя порой к ошибочным диагностическим заключениям.

**Боль в животе вертеброгенной и мышечной природы** отмечается при остеохондрозе, туберкулезе, опухолях или травмах позвоночника, а также при длительном мышечном напряжении (например, занятия греблей) и обусловлена корешковым, миофасциальным и другими механизмами. Отличительные особенности этой боли - ее связь с положением тела (усиление при наклонах туловища), сочетание с болью в поясничной области, отсутствие других симптомов, указывающих на заболевания органов брюшной полости (тошнота, рвота, напряжение мышц брюшной стенки), обнаружение неврологических симптомов. Диагноз основывается на характерных изменениях позвоночника при рентгенологическом исследовании.

Желудочно-кишечный **табетический криз** при спинной сухотке (*tabes dorsalis*) иногда ошибочно расценивается как прободная язва желудка или кишечная непроходимость. Табетический криз нередко протекает с сильной болью в эпигастральной области, тошнотой, рвотой, однако симптомы раздражения брюшины при этом отсутствуют. Боль обычно возникает внезапно и продолжается несколько дней. Установление правильного диагноза облегчают анамнестические данные о перенесенном сифилисе, другие признаки сифилитического поражения нервной системы (изменение зрачков, атаксия, нарушение чувствительности и др.), положительные результаты серологических реакций.

Интенсивная жгучая боль в животе может наблюдаться при **опоясывающем лишае** (*herpes zoster*). Она обусловлена герпетическим ганглионитом, распространяется от позвоночника по ходу спинномозговых корешков в виде характерных полосок к срединной линии живота, не пересекая ее. Диспептические симптомы, а также признаки раздражения брюшины отсутствуют. Обращают на себя внимание гиперемия и гиперестезия кожи в области пораженных участков. Через 2-3 дня на кожных покровах соответственно зонам проекции боли появляются характерные папулезные высыпания, превращающиеся затем в пузырьки с серозной жидкостью, которые обычно делают диагноз опоясывающего лишае очевидным.

Острая боль в животе в виде отдельных приступов может быть проявлением **абдоминальной эпилепсии**. Боль в таких случаях, как правило, крат-

ковременная (от нескольких секунд до нескольких минут), диффузная и не сопровождается напряжением мышц брюшной стенки, оставляет после исчезновения чувство оглушенности. Распознаванию абдоминальной эпилепсии помогают указания на аналогичные приступы в анамнезе, обнаружение во время приступов клонических сокращений мышц брюшной стенки, а иногда и мышц бедра, а также характерные изменения на ЭЭГ.

У детей (реже у взрослых) могут быть приступы боли в животе, оказывающиеся проявлением **абдоминальной мигрени**. Боль диффузная, сопровождается тошнотой, рвотой и диареей, а также различными вегетативными нарушениями (вплоть до вегетативных кризов) и продолжается в течение нескольких часов. Диагноз верифицируется на основании связи боли в животе с приступообразной головной болью мигренозного типа и характерными провоцирующими факторами, семейного анамнеза, сопутствующих вегетативных расстройств.

Очень трудной бывает порой дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у больных **истерией**. Связь приступа боли с психоэмоциональной ситуацией, необычный (часто вычурный) характер описываемой боли («выкручивающая», «пронизывающая», «дикая» и т.п.), театральность и демонстративность поведения (прямо на глазах больные истерией могут воссоздать, например, картину острого метеоризма), отсутствие изменений при лабораторных и инструментальных исследованиях помогают распознать истинную природу жалоб.

В то же время необходимо иметь в виду, что острые заболевания органов брюшной полости, требующие оперативного вмешательства, могут встречаться и у больных истерией. Характерно при этом, что демонстративность поведения, столь типичная для больных истерией, в случаях истинного острого живота бывает обычно выражена очень слабо или отсутствует вовсе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш.И., Шамирзаев Н.Х. Хирургические болезни. Ташкент, Издательско-полиграфическое объединение имени Ибн-Сино, 1994; 464 С.
2. Смагин В.Г., Минушкин О.Н. Острый живот. Ж. Терапевтический архив. – 1983. - № 11. – С. 86-89.
3. Минушкин О.Н., Соколов Л.К., Саврасов В.М. Значение ультразвукового и рентгенологического методов в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Ж. Хирургия. – 1989. - № 2. – С. 28-32.
4. Брискин Б.С., Верткин А.Л., Вовк Е.И. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости: острая абдоминальная боль. Ж. Лечащий врач. – 2002. - № 6. – С. 72-77.
5. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва, Издательство «Триада-Х», 2004, — 640 с.
6. Шумакова В.Н., Габриэлян Н.М. Руководство по неотложной гинекологии. Санкт-Петербург. – 2002. – 274 С.