

## БОЛЬ В ЖИВОТЕ

Ю. В. ВАСИЛЬЕВ

*Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва,  
Российская Федерация*

**Рассмотрена специфика болей в животе в зависимости от их типов и локализации. Определена роль изучения характера боли в дифференциальной диагностике и лечении больных.**

*Ключевые слова: боль, живот, дифференциальная диагностика.*

Боль — один из наиболее часто отмечаемых субъективных признаков различных заболеваний человека; по сути, это стереотипный ответ организма на различные воздействия. Этиологические причины появления болей и особенности патогенеза различных заболеваний и болевой чувствительности, интерпретация и восприятие болей, а также эмоциональная реакция в значительной степени определяют состояние больных и характер предъявляемых жалоб. Физическое состояние человека, даже воспоминание о боли, иногда расцениваемое как жжение, и ее предчувствие также могут оказывать негативное влияние.

Раздражители различной интенсивности, потенциально повреждающие ткань, возбуждают нервные окончания, расположенные в коже, подлежащих тканях и внутренних органах [1]. Болевые импульсы передаются в спинной мозг немиелинизированными и слабо миелинизированными чувствительными аксонами. Возбуждение небольших отдельных чувствительных аксонов может вызвать у человека болевой ответ в участке кожи, иннервируемом этим волокном, что свидетельствует о том, что в некоторых условиях даже единичные аксоны могут передавать возбуждение, которое воспринимается мозгом как боль.

Известно подразделение болей на соматические, висцеральные и нейропатические. Соматическая боль возникает в тех случаях, когда раздражитель, повреждающий ткань, возбуждает периферические болевые афферентные волокна в каком-либо месте (кожа, мышца, сустав и т. п.). Для соматической боли характерна четкая локализация, в отличие от боли висцерального происхождения, с возможной иррадиацией на поверхность тела больного в области, имеющие чувствительные корешки, аналогичные внутреннему пораженному органу.

Возникновение нейропатической боли связано с повреждением или с хроническими патологическими изменениями соматочувствительных путей центральной или периферической нервной системы. Возникновение нейропатической боли возможно и при отсутствии явного первичного раздражителя. В отличие от большинства соматических болей, нейропатическая боль часто не имеет четкой локализации, нередко описывается

как тупая, жгучая, длящаяся продолжительное время, в ряде случаев чередующаяся с приступами острой боли.

Боль в животе — один из наиболее частых симптомов различных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Выяснение причины возникновения болей в животе, по поводу которых больные наиболее часто обращаются к врачу, их устранение и соответственно улучшение состояния больных являются одной из первоочередных задач, которые возникают перед врачом. Своевременная оценка характера болей с учетом их различной локализации, интенсивности, частоты возникновения, продолжительности, сочетания их с возможными диспепсическими расстройствами (по жалобам больных и тщательно собранному анамнезу, если позволяют условия) и осмотр больных позволяют составить определенное впечатление об их состоянии. В зависимости от полученных данных решается вопрос об оказании эффективной помощи (в том числе и неотложной), методах обследования больных с целью подтверждения (установления или исключения) предполагаемого диагноза заболевания и выбора наиболее оптимальной терапии или хирургического лечения больных.

Основные факторы, способствующие появлению болей в животе: воспаление париетальной брюшины, непроходимость внутренних (полых) органов, сосудистые нарушения, метаболические кризы в брюшной полости и различные нейрогенные факторы. Интенсивность и длительность боли в определенной степени зависит от типа и количества (патологического для брюшины) вещества, воздействию которого в тот или иной период времени подвергается поверхность брюшины. В случаях бактериального обсеменения брюшины, возникающего при воспалении органов таза, боль на ранней стадии заболевания часто бывает слабо выражена, однако с увеличением размножения бактерий и соответственно с увеличением их количества возрастает образование раздражающих веществ, что, в свою очередь, приводит к усилению интенсивности болей. Усиление болей существенно зависит от быстроты поступления раздражающих веществ в брюшину. В частности, при прободных язвах желудка или двенадцатиперстной кишки возникающие в животе боли могут быть различными

по интенсивности, что в значительной степени зависит от скорости поступления желудочного сока в брюшную полость.

Появление боли в брюшной полости может быть связано с воспалением брюшины. Усиление интенсивности боли отмечается при увеличении давления или растяжении брюшины вне зависимости от того, возникают ли боли в результате пальпации живота или смещения брюшины при кашле или чихании. Именно поэтому больной с перитонитом пытается не двигаться в постели, стараясь избегать каких-либо активных движений, в отличие от больного с коликой, который может постоянно корчиться от болей в животе.

Тонический непроизвольный спазм мышц живота, возникающий в пораженном отделе тела больных, также может привести к раздражению брюшины. Интенсивность возникновения и увеличение тонического спазма мышц, обычно сопровождающего воспаление брюшины, ассоциировано с локализацией воспалительного процесса, скоростью его появления и прогрессирования, состоянием нервной системы. Спазм мышц над прободной язвой в сумке, образованной сальником, или над ретроцекально расположенным червеобразным отростком может быть незначительно выраженным или вообще отсутствовать благодаря защитному влиянию расположенных выше органов. Это обусловлено тем, что боль, возникающая при воспалении брюшины,— сравнительно медленно развивающийся процесс. Возможно более значительную роль в этот период имеет местный спазм мышц. В частности, у ослабленных больных пожилого и старческого возраста, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, и у больных с психомоторными нарушениями при возникновении прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки возможно отсутствие боли или появление лишь незначительной по интенсивности боли.

При непроходимости внутренних (полых) органов обычно отмечается появление колик; реже боль появляется лишь эпизодически как следствие растяжения внутренних (полых) органов. Эта боль менее локализована (в отличие от боли, ассоциированной с воспалением брюшины).

При непроходимости тонкого кишечника боль в животе чаще всего ощущается больным около пупка или непосредственно над ним; эта боль менее локализована, что обусловлено растяжением кишки, потерей мышечного тонуса, благодаря чему проявление боли в виде колик становится менее заметным. Лишь при возникновении странгуляционной непроходимости и закупорке кишки (например, опухолью или каловым камнем) возможна иррадиация болей в нижнюю часть поясничной области (при растяжении корня брыжейки). Боль типа колик при непроходимости тонкого кишечника обычно более выражена, чем боль, возникающая при непроходимости толстого кишечника, для которой характерна локализация

в подпупочной области и иррадиация в поясничную область.

Появление стойкой боли возможно и при неожиданном, быстро наступившем расширении внепеченочных желчных протоков. При остром расширении желчного пузыря наиболее часто боль возникает в правом подреберье (в верхнем правом квадранте живота), иррадирует в область правой лопатки, иногда и в заднюю (правую) область грудной клетки. Возникновение боли в подложечной области, иррадирующей в верхнюю часть поясничного отдела, возможно при расширении общего желчного протока. К сожалению, дифференцировать эти боли довольно сложно. Сравнительно часто нет типичной иррадиации болей в подлопаточную область и в поясницу.

При постепенном расширении желчных протоков, что возможно при раке головки поджелудочной железы, боль в животе может отсутствовать или проявляться в виде неприятного тупого ощущения, возникающего в подложечной области и (или) в верхнем правом квадранте живота. При расширении протоков поджелудочной железы боль весьма похожа на характерную для расширения общего желчного протока, однако для нее типично усиление в положении лежа и уменьшение в положении стоя.

Боль в животе, ассоциированная с внутрисосудистыми нарушениями, по своим проявлениям весьма вариабильна. Она может возникать внезапно и сопровождаться катастрофическими последствиями для больных. В частности, боль, возникающая в животе при тромбозе или эмболии верхней брыжеечной артерии или при угрожающем разрыве аневризмы брюшной аорты, может быть весьма интенсивной и диффузной по протяженности; при закупорке верхней брыжеечной артерии у части больных отмечается лишь умеренно выраженная боль, длительно беспокоящая больных (до двух — трех дней перед сосудистым коллапсом или появлением признаков воспаления брюшины). Вначале ухудшение состояния больных, прежде всего возникновение боли, ассоциировано с повышением перистальтики кишечника (в меньшей степени — с воспалением брюшины). Отсутствие болезненности и ригидности при пальпации живота на фоне постоянной диффузной боли у больных, имеющих, вероятно, сосудистое заболевание, по наблюдениям некоторых исследователей [2], достаточно типично для закупорки верхней брыжеечной артерии.

Возникновение боли в брюшной области, иррадирующей в боковые отделы живота, область крестца и (или) половые органы, может свидетельствовать о возможности разрыва аневризмы брюшной аорты. Нередко такая боль беспокоит больных в течение нескольких дней, вплоть до разрыва аорты и развития коллапса.

Возникновение постоянных и продолжительных по времени, умеренных по интенсивности (тупых) болей в брюшной полости может быть

ассоциировано с поражением брюшной стенки. Пальпация живота больных или перемещения (подвижность) больных приводят к усилению спазма мышц, при этом больные отмечают увеличение интенсивности и продолжительности некоторых симптомов болезни, нередко объединяемых в единый термин — дискомфорт. Особенно усиливается чувство дискомфорта, преимущественно в нижних квадрантах живота, у больных женщин с гематомой влагалища. Появление боли в брюшной стенке может быть обусловлено и миозитом, для которого характерно вовлечение в патологический процесс и других мышц живота; возможно возникновение боли и в нижних квадрантах живота, как и у больных женщин с гематомой влагалища.

У некоторых пациентов боль отмечается лишь при пальпации живота или при повышении температуры (так называемые «каузалгические» боли) при отсутствии ригидности мышц брюшной стенки и нарушения дыхания. В подобных случаях возникновение боли не связано с приемом пищи, а вздутие живота, обусловленное метеоризмом, наблюдается довольно редко. Возникновение достаточно интенсивных болей может быть связано и с резким изменением положения тела (при остеохондрозе позвоночника с корешковым синдромом) или с наличием гиперестезии.

Возникновение боли в животе, не связанной с приемом пищи (так называемая «психогенная» боль), различной локализации возможно у истеричных людей, чаще у молодых женщин, особенно в период овуляции, вызывающей чувство умеренных неприятных ощущений в брюшной полости. У таких больных возможно появление тошноты, а в ряде случаев и рвоты при отсутствии спазма мышц в области, указываемой больными, где, по их мнению, локализуется боль. Одна из особенностей «психогенной» боли — связь с появлением страха за свое состояние, нередко сопровождающееся снижением (ограничением) частоты дыхания, чувством нехватки воздуха или припадком удушья (при отсутствии ригидности грудных мышц или изменения частоты дыхания) [3].

Осмотр больного — выражение лица, положение больного, в том числе и в постели, активность дыхания, бледность кожных покровов, учащение пульса, снижение артериального давления, поверхностная пальпация живота, затем (в необходимых случаях) и глубокая осторожная пальпация живота — дают возможность составить первое представление о характере боли.

Аускультация живота — один из главных методов оценки состояния больных, в частности выяснение наличия или отсутствия перистальтических шумов. Необходимо лишь помнить, что аускультационно выслушиваемые шумы могут отсутствовать при странгуляционной непроходимости тонкого кишечника и прободном перитоните. В частности, при расширении кишки (выше места сужения или закупорки) перистальтический шум может слабо выслушиваться (без признаков

урчания) или вообще отсутствовать, что чаще всего свидетельствует о перитоните, возникшем под воздействием химических веществ. Для такого перитонита характерно внезапное начало, при котором отмечается «бесшумный» живот [2]. Выявление данных, свидетельствующих о тяжести гидратации, по показателям гематокритного числа и анализа мочи дают возможность выбрать наиболее рациональный вариант лечения больных. Выявление лишь болезненности (при пальпации живота в области малого таза или прямой кишки) не позволяет исключить возможность наличия у больных прободного аппендицита, перекрута кисты яичника, дивертикулита и некоторых других «острых» состояний, возникающих в брюшной полости.

Необходимо лишь помнить, что боли в животе могут быть обусловлены и заболеваниями других органов (остеохондроз позвоночника с корешковым синдромом, ишемическая болезнь сердца с появлением стенокардии и др.).

Оценка лабораторных данных, выявленных у больных, предъявляющих жалобы на боли в животе, позволяет получить более полную информацию о их состоянии. Однако выявление лишь одного лейкоцитоза еще недостаточно для принятия решения о проведении консервативного или хирургического лечения больных (с выбором той или иной операции по поводу соответствующего заболевания). Возникновение лейкоцитоза может быть ассоциировано с наличием у больных острого холецистита, панкреатита, инфаркта кишечника и воспалительных изменений, возникающих в органах малого таза. Лейкоцитоз, как и его отсутствие, возможен при прободении, возникшем в одном из полых органов брюшной полости. Наличие или отсутствие анемии (с учетом данных анамнеза) — один из важных показателей, свидетельствующих о состоянии больных.

Повышение активности амилазы в сыворотке крови возможно не только при панкреатите, но и при странгуляционной непроходимости кишечника, остром холецистите и прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Несколько большее значение в диагностике панкреатита имеет повышение уровня липазы. Определение уровня глюкозы, билирубина и азота мочевины в сыворотке крови не менее важно для выявления или исключения некоторых заболеваний, как и определение состояния гидратации или исключение тяжелых патологических изменений в почках, диабета или инфекционных поражений мочевыделительной системы (в том числе и по результатам исследования мочи).

Один из наиболее эффективных объективных методов обследования больных, предъявляющих жалобы на боли в животе, — рентгенологический метод, в частности проведение рентгенограмм брюшной полости в положении больных стоя, в горизонтальном положении и на боку, что особенно важно при обследовании больных с подозрением на появление непроходимости кишечника или прободной язвы [4]. При подозрении на частичную

непроходимость кишечника в проксимальных его отделах целесообразно проведение рентгенографического исследования кишечника (с использованием сульфата бария). Однако при подозрении на непроходимость толстого кишечника введение сульфата бария больным через рот нецелесообразно; более информативно и безопасно введение бария в толстую кишку с помощью клизмы.

Ультразвуковое исследование желчного пузыря и поджелудочной железы дает возможность выявить (исключить) наличие конкрементов, кист и псевдокист в поджелудочной железе, ограниченное скопление жидкости или гноя в кишечнике, а радиоизотопное сканирование позволяет провести дифференциальную диагностику между острым панкреатитом и острым холециститом.

Как показывают многолетние наблюдения, большинство больных, предъявляющих жалобы на боли в животе, можно успешно лечить консервативно в амбулаторно-поликлинических условиях и в терапевтических стационарах, а также в плановом порядке, если есть необходимость, готовить к хирургическому лечению. Лишь больные с массивным кровотечением нуждаются в срочной операции. В остальных случаях тщательное выяснение жалоб и анамнеза заболевания, особенностей его появления и длительности течения позволяет, особенно при острой боли, установить или предположить вероятный диагноз заболевания, что, в свою очередь, дает возможность выбрать наиболее оптимальный вариант обследования и лечения больных.

#### Литература

1. *Leek B. F.* Abdominal and pelvic visceral receptors // Brit. J. Surg.— 1977.— Vol. 33.— P. 163–167.
2. *Silen W.* Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen.— 16th ed.— London: Oxford Press, 1983.— 183 p.
3. *Aronoff G. M.* Psychological aspects of nonmalignant chronic pain // Evaluation and Treatment of Chronic Pain / Ed. G. M. Aronoff.— Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1985.— 286 p.
4. *Lee P. W. R.* The pain X-ray in the acute abdomen: a surgeon's evaluation // Brit. J. Surg.— 1976.— Vol. 63.— P. 763–765.

### БІЛЬ У ЖИВОТІ

Ю. В. ВАСИЛЬЄВ

**Розглянуто специфіку болів у животі залежно від їх типів та локалізації. Визначено роль вивчення характеру болю в диференційній діагностиці та лікуванні хворих.**

*Ключові слова:* біль, живіт, диференційна діагностика.

### PAIN IN THE ABDOMEN

Yu. V. VASILIEV

**The peculiarities of pains in the abdomen are featured depending on their types and location. The role of investigation of the character of pain in differential diagnosis and treatment of the patients was determined.**

*Key words:* pain, abdomen, differential diagnosis.

Поступила 10.10.2011