

**В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин**

# **БОЛИ В ЖИВОТЕ**



**Москва**  
**«МЕДпресс-информ»**  
**2012**

УДК 617.551-009  
ББК 54.13  
И24

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

### **Ивашкин В.Т.**

И24 Боли в животе / В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 112 с.: ил.  
ISBN 978-5-98322-808-5

В монографии излагаются основные механизмы возникновения болей в животе, правила сбора анамнеза и объективного обследования больных с острыми и хроническими болями в животе. Рассматриваются особенности болей в животе при острых хирургических, гинекологических и урологических заболеваниях, а также при терапевтических заболеваниях, включая болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем, органов пищеварения, заболевания крови, ревматические, эндокринные, инфекционные заболевания и др. В книге используется большой собственный опыт авторов.

Монография предназначена прежде всего для терапевтов и врачей общей практики, но может быть полезной и врачам других специальностей (хирургам, инфекционистам), сталкивающимся в своей практике с пациентами, страдающими острыми и хроническими болями в животе, а также студентам медицинских вузов.

УДК 617.551-009  
ББК 54.13

ISBN 978-5-98322-808-5

© Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., 2012  
© Оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2012

# Содержание

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

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

# Список сокращений

<b>НР</b>	<i>Helicobacter pylori</i>
<b>ГЭРБ</b>	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
<b>КТ</b>	компьютерная томография
<b>МРТ</b>	магнитно-резонансная томография
<b>НПВС</b>	нестероидные противовоспалительные средства
<b>СКВ</b>	системная красная волчанка
<b>СОЭ</b>	скорость оседания эритроцитов
<b>СРК</b>	синдром раздраженного кишечника
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ФАБС</b>	синдром функциональной абдоминальной боли
<b>ЭКГ</b>	электрокардиография
<b>ЭРХПГ</b>	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

# Введение

Правильная диагностическая трактовка острых и хронических болей в животе – одна из наиболее сложных и актуальных проблем в современной клинической медицине. С одной стороны, это обусловлено многообразием заболеваний (терапевтических, хирургических, гинекологических и др.), способных протекать с болями в животе как ведущим клиническим симптомом, а с другой стороны – возможностью атипичного течения этих заболеваний, что приводит 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.

Объективные сложности диагностического поиска при болях в животе усугубляются, кроме того, и достаточно спорными рекомендациями и выводами, содержащимися в некоторых популярных изданиях. Так, вряд ли можно согласиться с приведенным в известной монографии Р.Б.Тейлора «Трудный диагноз» (1995) утверждением о том, что у большинства пациентов с болями в животе серьезные заболевания отсутствуют. Представим себе, сколько ошибок было бы допущено, если бы врач при обследовании пациента с болями в животе смотрел бы на него через призму этого правила. Не совсем понятными остаются содержащиеся в этой же монографии данные, согласно которым более 40% больных, поступающих в отделение неотложной помощи крупного медицинского центра, выписываются с диагнозом: «Боли в животе неясной этиологии». Скорее всего, этих пациентов – после исключения у них острых хирургических заболеваний – просто направляли под наблюдение врачей общей практики для дальнейшего обследования.

В другой известной монографии по дифференциальному диагнозу гастроэнтерологических заболеваний (Levine J.S. et al., 1995) врачу вначале предлагается решить вопрос, относятся ли имеющиеся у больного симптомы к заболеваниям, требующим хирургического или терапевтического лечения, после чего ему рекомендуется уже в рамках этих двух групп проводить дальнейшую диагностику. Очевидно, что в приведенном положении нарушены причинно-следственные взаимоотношения и все обстоит с точностью до наоборот: по-видимому, врач должен все же вначале провести необходимое обследование пациента с острыми болями в животе, а затем уже по его результатам решить, в каком лечении – терапевтическом или хирургическом – нуждается пациент.

Следует также отметить, что, излагая вопросы диагностики и дифференциального диагноза болей в животе, представители разных специальностей (в первую очередь это относится к терапевтам и хирургам) очень часто «тянут одеяло на себя». Так, в вышедшем сравнительно недавно (2004) «Руководстве по неотложной хирургии органов брюшной полости» (под ред. В.С.Савельева) объемом свыше 500 страниц при очень подробном и тщательном изложении хирургической патологии терапевтическим заболеваниям (в том числе и протекающим с острыми болями в животе и требующим соответствующей дифференциально-диагностической оценки) посвящены лишь считанные абзацы.

В предлагаемой читателю книге авторы постарались на паритетных началах найти место всем наиболее частым заболеваниям, протекающим с острыми и хроническими болями в животе, с которыми может столкнуться в своей клинической практике врач любой специальности.

Авторы выражают глубокую благодарность сотрудникам кафедры пропедевтики внутренних болезней и университетской клинической больницы (УКБ) №2 Первого МГМУ им.И.М.Сеченова за представленные иллюстрации, позволившие сделать материал книги более наглядным: профессору кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им.И.М.Сеченова Зинаиде Ароновне Лемешко (за эхограммы), заведующей отделением лучевой диагностики УКБ №2 Первого МГМУ им.И.М.Сеченова канд. мед. наук Ирине Александровне Соколиной (за рентгенограммы и компьютерные томограммы), заведующему отделением лечебно-диагностической эндоскопии УКБ №2 Первого МГМУ им.И.М.Сеченова Михаилу Юрьевичу Конькову (за эндоскопические снимки), доценту кафедры патологической анатомии Первого МГМУ им.И.М.Сеченова канд. мед. наук Ольге Александровне Склянкой (за гистологические микрофотограммы).

# 1. Механизмы возникновения болей в животе

Болевая (ноцицептивная) чувствительность обеспечивается афферентными нервными волокнами малого диаметра, которые, в свою очередь, подразделяются на 2 типа: немиелинизированные С-волокна, имеющие диаметр 0,3–3 мкм, обнаруживающиеся, в частности, в мышцах, надкостнице, париетальном листке брюшины, внутренних органах, и миелинизированные А $\delta$ -волокна диаметром 3–4 мкм, располагающиеся в мышцах и коже.

При раздражении С-полимодальных ноцицепторов с низкой (<1 м/с) скоростью проведения импульса появляется отсроченная, тупая, диффузная, жгучая, длительная боль (протопатическая); при возбуждении А $\delta$ -волокон возникает немедленная, острая, четко локализованная, быстро стихающая боль (эпикритическая) (Ивашкин В.Т., Шульпекова Ю.О., 2002). Волокна блуждающего нерва не участвуют в передаче болевых ощущений от внутренних органов, поэтому операция ваготомии сама по себе не приводит к исчезновению болей, связанных с поражением органов брюшной полости. Восприятие боли обеспечивается симпатическими нервными волокнами. При этом передача болевых импульсов при поражении отдельных органов происходит следующим образом (Eigler F.W., 1992):

- висцеральные афферентные волокна, иннервирующие капсулу печени и селезенки, а также центральные участки диафрагмы и происходящие из дерматомов С3–С5, передают болевые импульсы в центральную нервную систему через диафрагмальный нерв;
- нервные волокна, иннервирующие периферические участки диафрагмы, желудок, поджелудочную железу, желчный пузырь и тонкую кишку, осуществляют последующую передачу импульсов через чревное сплетение и большой внутренностный нерв в сегменты спинного мозга Th<sub>6</sub>–Th<sub>9</sub>;
- раздражения болевых рецепторов толстой кишки, червеобразного отростка и тазовых органов передаются через брыжеечные сплетения и малый внутренностный нерв в сегменты спинного мозга Th<sub>10</sub>–Th<sub>11</sub>;
- афферентные импульсы от рецепторов сигмовидной и прямой кишки, капсулы почек, уретры и яичка поступают через волокна низшего внутренностного нерва в сегменты спинного мозга Th<sub>11</sub>–L<sub>1</sub>;
- раздражения от афферентных рецепторов мочевого пузыря, сигмовидной и прямой кишки могут передаваться также через надчревное сплетение в спинномозговые сегменты S<sub>2</sub>–S<sub>4</sub>.

Аксоны афферентных ноцицептивных волокон заканчиваются в столбах заднего рога спинного мозга. Здесь они контактируют с передаточными нейронами спиноталамического пути, по которому болевые импульсы достигают задних рогов таламуса, а затем соматосенсорного поля коры головного мозга. Короткие вставочные нейроны студенистого вещества заднего рога регулируют проведение болевых импульсов от периферических афферентных волокон к зрительному бугру. Нейроны студенистого вещества ингибируют передачу нервного импульса на уровне первого синапса между афферентными ноцицептивными волокнами и передаточными нейронами спиноталамического пути. Активность самих интернейронов студенистого вещества, богатых опиоидными пептидами и опиоидными рецепторами, регулируется активирующим



влиянием нисходящих ингибиторных нейронов или некоторых неноцицептивных афферентных импульсов и тормозящим влиянием афферентных ноцицептивных С-волокон.

Кроме ноцицептивных механизмов в организме существует и антиноцицептивная система, подавляющая восприятие боли. Она включает в себя некоторые зоны центрального серого вещества, моста, миндалевидного тела, гиппокампа, ядер мозжечка, ретикулярной формации. Они осуществляют нисходящий, цереброспинальный контроль поступления афферентных импульсов, вызывая торможение нейронов спинного мозга.

В регуляции потока болевых импульсов принимают участие большое число различных факторов: нейротрансмиттеры (серотонин, или 5-гидрокситриптамин [5-НТ], гистамин), кинины (брадикинин, каллидин), АТФ, молочная кислота, ионы  $K^+$ , простагландины и лейкотриены, тахикинины (субстанция Р, нейрокинин А, нейрокинин В), опиоидные пептиды (Glasgow R.E., Mulvihill S.J., 2002).

Слизистая оболочка желудка и кишечника не содержит болевых рецепторов и не реагирует на раздражения, которые вызывают, например, сильные боли в коже, поэтому биопсия слизистой оболочки желудка или полипэктомия не сопровождаются (в отличие от биопсии кожи) болевыми ощущениями. Именно это положение дало основание некоторым гастроэнтерологам не рассматривать хронический гастрит как причину возникновения болей в животе.

Окончания болевых рецепторов, иннервирующих полые органы, локализируются в их мышечной оболочке, поэтому адекватные раздражения висцеральных болевых нервных волокон возникают либо при растяжении полых органов (метеоризм, кишечная непроходимость), либо при интенсивных спастических сокращениях (желчная колика, кишечная колика).

В паренхиматозных органах (печень, селезенка, почки) нервные окончания располагаются в капсуле и реагируют на ее растяжение при увеличении органа. В этом случае боль возникает при очень быстром растяжении капсулы, поскольку при постепенном увеличении органа адекватного раздражения болевых рецепторов не достигается.

Ишемия органов брюшной полости ведет к возникновению болей в животе за счет повышения концентрации тканевых метаболитов в области афферентных окончаний. Болевые нервные волокна содержатся и в адвентиции сосудов, поэтому растяжение сосудистой стенки также способно вызвать появление болей. Наконец, боли в животе могут возникать в результате непосредственного инфильтрирования нервных окончаний растущей опухолью (например, при распространении рака поджелудочной железы в ретроперитонеальное пространство).

В настоящее время большинство гастроэнтерологов выделяют три типа болей в животе.

*Висцеральные* боли, обусловленные спазмом или растяжением органов, обычно тупые или схваткообразные и не имеют строгой локализации. При этом боли, связанные с поражением непарных органов, проецируются 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 боли, обусловленные изменениями в парных органах (почки, придатки матки), – в боковых отделах живота. Это правило имеет существенное клиническое значение. Так, боли при желчной колике часто локализуются не в правом подреберье (как полагают некоторые врачи), а в эпигастральной области.

Висцеральные боли носят схваткообразный, сверлящий или жгучий характер, нередко протекают с вегетативными реакциями (потливость), тошнотой, рвотой, а также беспокойством, вследствие чего пациент часто меняет свое положение. Висцеральные боли (например, связанные с заболеваниями желудка) могут 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 прежнее диагностическое значение, поскольку одна и та же проекция этих зон может встречаться при самых разных заболеваниях.

*Париетальные, или соматические, боли* возникают при раздражении париетальной брюшины и более четко локализуются соответственно анатомическому положению органа, поэтому при остром холецистите, при котором в процесс вовлекается брюшина, покрывающая желчный пузырь, боли уже будут локализоваться в области правого подреберья. Париетальные боли более интенсивны, сопровождаются напряжением мышц передней брюшной стенки и другими симптомами раздражения брюшины. Пациенты, как правило, предпочитают лежать спокойно, избегая движения, тряски.

*Отраженные боли* отмечаются при заболеваниях органов, локализованных вне брюшной полости. При этом передача болевых ощущений от различных органов (например, органов грудной клетки) на центральные пути афферентных нейронов создает картину болей в тех или иных областях живота.

Некоторые авторы выделяют дополнительно *ишемические боли* в животе. Такую природу могут иметь боли, возникающие, например, при нарушении кровообращения в системе мезентериальных артерий (Hendrix T.R., 1972).

В рамках болевого синдрома описываются особые варианты болевых ощущений – *гипералгезия* (возникновение болей при подпороговом уровне раздражения болевых рецепторов) и *аллодиния* (возникновение болей под воздействием стимулов, в норме не влияющих на болевые рецепторы).

## 2. Обследование пациентов с болями в животе

Алгоритм обследования пациента с болями в животе:



### 2.1. Расспрос больного

Многообразие заболеваний, протекающих с болевыми ощущениями в животе, требует проведения тщательного анализа и детализации болей, выявления особенностей, которые могут оказаться типичными для поражения определенных органов: локализации, иррадиации, характера болей и их интенсивности, периодичности, связи с приемом пищи, актом дефекации, положением тела, эффективности тех или иных лекарственных препаратов, сопутствующих клинических симптомов. Сложности в характеристике болей в животе связаны еще и с тем, что они относятся к субъективным (необъективизируемым) симптомам, по отношению к которым можно применить только шкалы

субъективной оценки интенсивности боли, но – в отличие от таких симптомов, как диарея, желтуха, желудочно-кишечное кровотечение – нельзя применить объективные параметры оценки (Hahn-Ott U., Hahn E.G., 2000).

Рекомендуемая последовательность проведения расспроса пациента с болями в животе, которая указывается в соответствующих руководствах, различается у отдельных авторов. Так, Ю.Хегглин (1991) предлагает следующий порядок расспроса при болях в животе: *что* (характер болей), *где* (их локализация), *когда* (временная зависимость болей), *почему* (связь возникновения болей с провоцирующим фактором). J.R.Riemann (2000) в указанных случаях считает необходимым придерживаться другой последовательности расспроса: *когда* (после какого события), *как долго* (продолжительность), *почему* (провоцирующий фактор), *как* (внезапное начало болей или их постепенное нарастание), *где* (локализация), *какие* (характер болей). В.Göke и Ch.Beglinger (2007) рекомендуют начинать беседу с пациентом, страдающим болями в животе, с вопроса *как долго*, а затем уточнять провоцирующие факторы, наличие в прошлом подобных болей, их локализацию и характер.

Мы, как и многие наши коллеги-хирурги (Савельев В.С., Кузнецов Н.А., 2004; Topkins R.G., 2006), считаем более целесообразным начинать расспрос с уточнения *локализации болей*, что позволяет в большинстве случаев значительно сузить круг последующего диагностического поиска. Для более детальной оценки локализации болей вся область живота с помощью двух горизонтальных линий, проведенных соответственно между наиболее низко расположенными точками реберных дуг и верхними передними осями подвздошных костей, и двух вертикальных линий, проведенных по наружным краям прямых мышц живота, делится на 9 топографических областей, 3 из которых располагаются в эпигастрии (эпигастральная область, правое и левое подреберья), 3 – в мезогастрии (околопупочная область, правый и левый боковые отделы живота, или фланки), три – в гипогастрии (лобковая область, правая и левая подвздошные области).

Боли в *эпигастральной области* отмечаются при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы (особенно при поражении ее тела), грыжах белой линии живота, заболеваниях диафрагмы, абдоминальной форме инфаркта миокарда.

Боли в области *правого подреберья* свойственны заболеваниям печени, желчного пузыря, головки поджелудочной железы, постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, печеночного угла поперечной ободочной кишки, правой почки, правого купола диафрагмы, могут также встречаться при правосторонней нижнедолевой пневмонии, плеврите. Топографическая близость друг к другу указанных органов дала основание немецким авторам образно обозначить эту область как «угол гроз» («Wetterecke») (Hahn-Ott U., Hahn E.G., 2000).

Боли в *левом подреберье* наблюдаются при заболеваниях желудка, хвоста поджелудочной железы, селезенки, селезеночного угла поперечной ободочной кишки, при поражении левой почки, левого купола диафрагмы, а также при левосторонней нижнедолевой пневмонии, плеврите.

Боли в *околопупочной области* отмечаются при пупочных грыжах, поражении тонкой кишки, брыжеечных лимфоузлов, брюшной аорты. Кроме того, необходимо помнить, что дети раннего возраста при наличии у них болей в животе часто указывают на область пупка, хотя истинная локализация болей у них может быть иной.

Боли в *правом боковом отделе* (фланке) живота могут возникать при поражении восходящего отдела ободочной кишки, заболеваниях червеобразного отростка (при его высоком расположении), правой почки и мочеточника, желчного пузыря (при его низком расположении).

Боли в *левом боковом отделе* живота появляются при заболеваниях левой почки и мочеточника, а также при поражении нисходящего отдела ободочной кишки.

Боли в *лобковой области* наиболее часто отмечаются при заболеваниях мочеполювой сферы (например, цистите, простатите, эндометрите).

Боли в *правой подвздошной (паховой) области* наблюдаются при воспалении червеобразного отростка, заболеваниях слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, правого яичника, правого мочеточника, правосторонней паховой грыже.

Боли в *левой подвздошной (паховой) области* встречаются при заболеваниях сигмовидной кишки, левосторонней паховой грыже, поражении левого яичника и левого мочеточника. Боли при заболеваниях прямой кишки нередко локализуются в области промежности.

При заболеваниях поджелудочной железы, межреберной невралгии, нейросифилисе могут отмечаться опоясывающие боли. При кишечной непроходимости, разрыве паренхиматозных органов, обширных спаечных процессах, метеоризме боли часто становятся разлитыми.

При этом, однако, приходится иметь в виду возможность изменения первоначальной локализации болей. Так, боли при остром аппендиците, локализующиеся вначале в эпигастральной или околопупочной области (висцеральные боли за счет растяжения червеобразного отростка), перемещаются затем при вовлечении в процесс брюшины в правую подвздошную область. С другой стороны, хирург, оперирующий пациента с болями в правой подвздошной области, сопровождающимися всеми признаками раздражения брюшины, может найти в брюшной полости не воспаленный аппендикс, а желудочное содержимое, попавшее сюда после прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Внимательное наблюдение за тем, как больной показывает локализацию болей, иногда помогает в дифференциальном диагнозе между висцеральными и париетальными болями. При висцеральных болях пациент обычно располагает ладонь над соответствующей областью живота или же совершает ею круговые движения. При париетальных болях пациент четко указывает место наибольшей болезненности двумя–тремя сложенными вместе пальцами (Найхус Л.М. и др., 2000).

Важное диагностическое значение имеет выяснение *иррадиации болей*. Так, при заболеваниях пищевода и субкардиального отдела желудка может наблюдаться иррадиация болей в левую половину грудной клетки и в область мечевидного отростка, при язве задней стенки двенадцатиперстной кишки – в поясничную область, при заболеваниях желчного пузыря – в правое плечо и лопатку, при почечной колике – в большие половые губы или яичко, по ходу мочеиспускательного канала, а при поражении левых отделов толстой кишки, а также матки – в область крестца.

Многообразие вариантов иррадиации болей при заболеваниях органов брюшной полости (причем не только ее недооценка, но и переоценка) может стать источником диагностических ошибок.

Боли в левой половине грудной клетки у мужчины среднего возраста с язвой субкардиального отдела желудка, расценивавшиеся как иррадирующие (таковыми они действительно были при предыдущих обострениях язвенной болезни), оказались при очередном предполагаемом обострении заболевания проявлением трансмурального инфаркта миокарда.

В свою очередь, боли при левостороннем поддиафрагмальном абсцессе могут иррадиировать в левое плечо, имитируя боли при ишемической болезни сердца.

**Интенсивность болей** в животе при различных заболеваниях бывает неодинаковой. Так, при неосложненном холецистите и аппендиците, дивертикулите интенсивность болей остается обычно умеренной, тогда как при перфорации язвы, тромбозе мезентериальных артерий или разрыве аневризмы брюшного отдела аорты она значительно возрастает. Очень интенсивные боли появляются при метастазах рака и его прорастании в другие органы. Иногда интенсивность болей изменяется по мере прогрессирования заболевания. Так, в начальный период острого аппендицита боли могут быть незначительными, при вовлечении в процесс париетального листка брюшины

боли становятся умеренной интенсивности, а при развитии осложнений (перфорация и перитонит) – выраженными.

Все же интенсивность болей далеко не всегда коррелирует с тяжестью заболевания и зависит от очень многих факторов, в том числе и психологических. Известны случаи, когда больные с прободением язвы самостоятельно приходили на амбулаторный прием. Напротив, пациенты с истерическим или психопатическим типом личности могут жаловаться на нестерпимые и невыносимые боли в животе, не имея при этом серьезных органических изменений. Стертый характер болей даже при очень серьезных заболеваниях нередко отмечается у больных пожилого и старческого возраста.

Определенную диагностическую роль играет оценка *характера болей*. Боли спастического происхождения (при желчной колике, кишечной колике) носят схваткообразный характер, тогда как боли, связанные с растяжением полых органов (например, петель кишечника при метеоризме), как правило, бывают тупыми, ноющими. Боли при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и язвенной болезни часто имеют жгучий характер. Резчайшие (кинжальные) боли, возникающие внезапно, наблюдаются при прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, разрыве внутренних органов. Разрывающие боли наблюдаются при расслаивающей аневризме аорты.

При расспросе больного обращают внимание на *связь болей с приемом пищи*. Боли в подложечной области, возникающие сразу после приема пищи, характерны для поражения субкардиального отдела или верхней трети тела желудка. Ранние боли (спустя 30 мин – 1 ч после еды) встречаются при локализации патологического процесса (язва, опухоль) в средней и нижней трети желудка. Поздние боли, появляющиеся через 1,5–3 ч после приема пищи, свойственны больным с язвами антрального и пилорического отделов желудка, а также луковицы двенадцатиперстной кишки. У таких пациентов могут, кроме того, встречаться и голодные боли, возникающие через 6–7 ч после еды и проходящие после приема пищи. Ночные боли, отмечающиеся чаще всего в период с 11 ч вечера до 3 ч утра и исчезающие после приема небольшого количества пищи, близки по своему происхождению к голодным болям и также характерны для больных язвенной болезнью. В настоящее время ценность этих клинических признаков язвенной болезни является весьма относительной. Не следует забывать, что типичные язвенные боли могут встречаться у больных с инфильтративно-язвенной формой рака желудка.

При желчнокаменной болезни и панкреатите боли появляются или усиливаются после употребления жирной пищи. Возникновение болей в животе после еды (так называемые постпрандиальные боли) может наблюдаться при хронической мезентериальной ишемии. Даже у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) боли могут отмечаться после еды, что обусловливается рефлекторным усилением перистальтики кишечника после приема пищи.

*Связь болей с актом дефекации* считается отличительным признаком заболеваний толстой кишки. При этом у больных с воспалительными заболеваниями толстой кишки или СРК боли усиливаются обычно перед актом дефекации и уменьшаются после опорожнения кишечника. При поражении прямой кишки (геморрой, трещины в области заднего прохода) боли, наоборот, возникают во время или сразу после акта дефекации, сопровождаясь нередко болезненными позывами на дефекацию (тенезмами).

При некоторых заболеваниях отмечается отчетливая *связь болей с положением тела*. Так, при значительном опущении органов брюшной полости (висцероптозе) боли усиливаются в вертикальном положении, при ходьбе и физической нагрузке и уменьшаются в положении лежа. При развитии спаечного процесса вокруг тех или иных органов (например, перихолецистит) боли провоцируются резкими движениями, сотрясениями тела, подъемом тяжестей.

Важное диагностическое значение могут иметь такие признаки, как *продолжительность болей* и *периодичность* их возникновения. Так, четкий ритм возникнове-

ния и исчезновения болей в зависимости от приема пищи, а также чередование периодов болевых ощущений (нередко весной и осенью) и хорошего самочувствия (в другое время года) характерны для язвенной болезни. Боли в животе, от которых больной просыпается во время сна, как правило, свидетельствуют о серьезном органическом заболевании и рассматриваются как один из «симптомов тревоги» (alarm symptoms) или «красных флагов» (red flags), требующих проведения тщательного обследования больного.

Остро возникшие боли продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток, постепенно нарастающие по своей интенсивности, характерны для острых хирургических заболеваний (острый холецистит, острый панкреатит, острый аппендицит). Внезапное возникновение боли на фоне хорошего самочувствия (по образному выражению R.G.Topkins, «как будто бы включили свет» (like a light switching on) характерно для прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки при немом течении заболевания. Постоянные боли, постепенно усиливающиеся на протяжении нескольких недель или месяцев, дают основание заподозрить злокачественное новообразование.

Существенную помощь в диагностике и дифференциальном диагнозе болей в животе оказывает и *оценка лекарственных препаратов*, прием которых способствует уменьшению болевых ощущений. Например, спастические боли (при желчной колике, кишечной колике) проходят после применения холино- и спазмолитических средств. Пептические, жгучего характера боли у пациентов с язвенной болезнью и ГЭРБ хорошо купируются приемом антацидных и антисекреторных препаратов. В запущенных стадиях онкологических заболеваний временное облегчение отмечается иногда лишь при назначении наркотических анальгетиков.

Важнейшую роль в распознавании причин болей в животе играет тщательный анализ сопутствующих симптомов (в первую очередь рвоты, нарушений стула, лихорадки).

**Рвота** может наблюдаться при многих заболеваниях, протекающих с болями в животе. Остро возникшая рвота с примесью остатков пищи, сочетающаяся с ознобом, лихорадкой и диареей, характерна для пищевой токсикоинфекции. Рвота кислым желудочным содержимым, отмечающаяся на высоте болей и приносящая облегчение, является классическим признаком обострения язвенной болезни, хотя и встречается в последние годы сравнительно редко. Рвота «кофейной гущей» или рвотные массы с примесью алой крови относятся к грозным симптомам, требующим незамедлительных диагностических и лечебных мероприятий.

У пациентов с болями в животе рвота (однократная или повторная, обычно небольшим количеством желудочного содержимого с примесью желчи) может носить и рефлекторный характер. Она может наблюдаться при остром аппендиците, панкреатите, желчной колике. Любая очень сильная боль (например, при почечной колике, острых воспалительных заболеваниях органов малого таза) может вызвать возникновение рефлекторной рвоты.

Рвота является важнейшим симптомом нарушения проходимости различных отделов желудочно-кишечного тракта. Так, рвота значительным количеством жидкости может свидетельствовать об острой атонии желудка (например, при инфаркте миокарда, разлитом перитоните, в послеоперационном периоде). Рвота большим количеством желчи встречается при нарушении дуоденальной проходимости дистальнее большого дуоденального сосочка. В свою очередь, отсутствие желчи в рвотных массах может указывать на локализацию места обструкции проксимальнее этого анатомического образования. Появление каловой рвоты указывает на развитие тонкокишечной непроходимости или желудочно-ободочного свища.

Заболевания, протекающие с болями в животе, часто сопровождаются и *нарушениями функции кишечника*. При некоторых из них (например, остром аппендиците) из-за

снижения перистальтической активности кишечника отмечаются запоры. Отсутствие стула с прекращением отхождения газов свидетельствует о кишечной непроходимости.

Боли в животе, сочетающиеся с диареей (нередко с примесью крови), встречаются при острых пищевых токсикоинфекциях, неспецифическом язвенном колите, дивертикулите, тромбозе мезентериальных сосудов. В то же время любые острые воспалительные заболевания (аднексит, внематочная беременность, абсцессы малого таза), приводящие к раздражению прямой и сигмовидной кишки, могут стать причиной диареи и тенезмов.

В правильной интерпретации болей в животе может помочь и выявление *нарушений мочевого пузыря*. Так, остро возникшая задержка мочи в результате перерастяжения мочевого пузыря может вызвать сильные боли в надлобковой области, которые иногда ошибочно принимают за развитие кишечной непроходимости. Боли в животе, сопровождающиеся макрогематурией, могут быть проявлением мочекаменной болезни, инфаркта почки или разрыва органов мочевыводящей системы. Сочетание болей в животе с высокой лихорадкой, учащенным и болезненным мочеиспусканием отмечается у больных с острым пиелонефритом. В то же время необходимо помнить, что дизурические расстройства, сопутствующие болям в животе, могут наблюдаться и у больных, не имеющих урологических заболеваний (например, при остром аппендиците, аднексите, внематочной беременности).

Большое значение в дифференциальной диагностике болей в животе имеет наличие или отсутствие *лихорадки*. При многих острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (прежде всего остром аппендиците) в начальный период их развития отмечается повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Высокая лихорадка при остром аппендиците свидетельствует уже обычно о развитии гангренозных осложнений и перитонита. Начало заболевания с высокой температуры и озноба характерно для острой пневмонии, острого пиелонефрита, периодической болезни. Гектический тип лихорадки с большими суточными размахами значений температуры встречается при формировании абсцессов брюшной полости.

В распознавании причин возникновения болей в животе может помочь правильная оценка *анамнестических данных*. Важно обратить внимание на длительность заболевания (впервые возникшие боли в животе или боли, периодически появлявшиеся на протяжении ряда лет, например, в виде приступов желчной колики), особенности его течения (с периодическим чередованием периодов обострения и ремиссии при язвенной болезни, неуклонно прогрессирующее течение при злокачественных опухолях), результаты предыдущего обследования и лечения.

Следует выяснить наличие у больного предшествующих и сопутствующих заболеваний. Так, острые боли в эпигастрии у пациента с ишемической болезнью сердца иногда оказываются проявлением абдоминального варианта инфаркта миокарда. Боли в животе у больного тяжелым сахарным диабетом, сопровождающиеся рвотой, метеоризмом и отсутствием стула, могут быть признаком диабетического пареза желудка, диабетической псевдообструкции кишечника или свидетельствовать о развитии грозного осложнения – диабетической комы. Важную роль играет выявление перенесенных операций на органах брюшной полости или недавно перенесенной тупой травмы живота. Прием (особенно бесконтрольный) нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) может оказаться причиной прободения язвы желудка или острых желудочно-кишечных кровотечений.

У женщин необходимо тщательно собрать гинекологический анамнез (срок последней менструации, наличие в прошлом внематочной беременности, болей в середине менструального цикла, связанных с овуляцией, и др.).



## 2.2. Непосредственное обследование

Физические методы исследования играют нередко решающую роль в распознавании заболевания, послужившего причиной болей в животе, и определении дальнейшей тактики диагностики и лечения.

*Общее состояние* пациента с болями в животе может быть различным, варьируя от вполне удовлетворительного (например, при СРК) до крайне тяжелого (при разлитом перитоните). Потеря сознания и коллапс встречаются при острых желудочно-кишечных кровотечениях (при язвенной болезни, разрыве варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени), при разрыве аневризмы брюшного отдела аорты и крупных кровеносных сосудов.

Оценка *положения* больного часто помогает правильно интерпретировать характер заболевания и его тяжесть. Особое внимание должно привлекать к себе вынужденное положение больного, которое он принимает с целью уменьшения болей. Больные с острым аппендицитом очень осторожно встают с постели и ходят медленно, прижимая руками брюшную стенку в правой подвздошной области. Пациенты с перитонитом обычно лежат неподвижно, поскольку любые движения вызывают у них усиление болей. Пациенты с панкреатитом или раком поджелудочной железы могут принимать положение сидя с наклоном туловища вперед или лежа на животе, что позволяет несколько уменьшить давление на органы забрюшинного пространства. Больные с кишечной или почечной коликой часто становятся беспокойными, постоянно меняя свое положение.

*Выражение лица* больного (спокойное или страдальческое) может объективизировать степень испытываемых им болей, а выявление запавших глазных яблок и заостренных черт мертвенно-бледного лица помогает распознать перитонеальные явления.

Однажды В.Х.Василенко – в период, когда еще в распоряжении клиницистов не было ни УЗИ, ни КТ, – поставил при осмотре пожилого больного, находившегося в клинике с симптомами тяжелой легочно-сердечной недостаточности, обусловленной гипертонической болезнью, постинфарктным кардиосклерозом и острой пневмонией, диагноз разлитого перитонита при отсутствии каких-либо абдоминальных симптомов. На вопрос удивленных врачей, какие симптомы перитонита он находит у больного, Владимир Харитонович спокойно ответил: «Только один, *facies Hippocratica*». При последующей срочной операции в брюшной полости было обнаружено 500 мл гнойного экссудата и выявлены межкишечные абсцессы, оказавшиеся осложнением латентно протекавшего дивертикулита с микроперфорациями дивертикулов.

Секрет диагностического мастерства В.Х.Василенко в данном случае кроется в его клиническом мышлении, основанном на громадном опыте. «...Симптоматология заболеваний, – писал он, – никогда не бывает в действительности такой полной, как она излагается в руководствах... Перитонит в старческом возрасте может проявляться только коллапсом...» (Василенко В.Х., 1985).

Определенное диагностическое значение могут иметь изменения *окраски кожных покровов*. Так, выраженная бледность кожных покровов иногда появляется при развитии шока или коллапса. Возникновение желтухи одновременно с болями в животе может указывать на наличие холангита, холедохолитиаза, папиллита.

Тщательное исследование *системы дыхания* помогает обнаружить симптомы заболеваний легких и плевры (притупление перкуторного звука, крепитацию, шум трения плевры и т.д.), способных послужить причиной отраженных болей в животе (острая пневмония, плеврит).

Исследование *сердечно-сосудистой системы* имеет большое значение при динамическом контроле за течением острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, поскольку появление и нарастание тахикардии свидетельствует, как правило, об их прогрессировании. Выраженную тахикардию (120 уд./мин и более) в сочетании с артериальной гипотонией, обнаруженную при первичном обследовании больного язвенной болезнью или же пациента, получившего травму живота, можно расценивать

как один из симптомов внутреннего кровотечения. Серьезные изменения сердечно-сосудистой системы (глухость тонов сердца, тахикардия, ритм галопа, артериальная гипотония и др.), появившиеся одновременно с болями в подложечной области, должны настораживать в отношении возможного развития инфаркта миокарда.

При *осмотре языка* у многих больных (например, неосложненной язвенной болезнью) каких-либо изменений выявить не удастся. При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (особенно с развитием перитонита) язык становится сухим и покрывается плотным темным налетом.

При *осмотре живота* обращают внимание на изменение его формы. Плоский, втянутый (ладьевидный) живот, иногда с подчеркнутыми контурами мышц передней брюшной стенки, встречается при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Вздутие живота, особенно неравномерное, с появлением контуров петель тонкой или толстой кишки, отмечается при кишечной непроходимости. При осмотре живота можно обнаружить грыжи больших размеров, выпячивания, обусловленные опухолями и инфильтратами, а выявление на передней брюшной стенке послеоперационных рубцов иногда становится объяснением причин схваткообразных болей в животе (например, при спаечной непроходимости). Обязательно обращают внимание на участие мышц передней брюшной стенки в акте дыхания: при вовлечении в процесс париетального листка брюшины больной садит при дыхании брюшную стенку или ее определенные отделы.

При осмотре живота важно тщательно исследовать кожные покровы, изменения которых могут объяснить причины болей в животе. Так, при тяжелом течении острого панкреатита (геморрагическом панкреонекрозе) на боковых поверхностях живота можно обнаружить ограниченные участки цианоза (симптом Грея Тернера).

Известный венгерский клиницист И.Мадьяр (1987) приводил пример, когда у больной, госпитализированной с острыми болями в животе, правильный диагноз в течение нескольких часов не мог быть поставлен только потому, что пальпация живота по ее настоятельному требованию осуществлялась через сорочку (пациентка была послушницей монастыря). После того как больную все же убедили обнажить живот, причина болей – опоясывающий герпес – стала очевидной.

*Перкуссия живота* является очень ценным методом исследования у пациентов с болями в животе. Так, с ее помощью можно установить причину увеличения живота в размерах. Определение при перкуссии живота ярко выраженного тимпанита свидетельствует о наличии метеоризма. Проникновение газа в брюшную полость при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки приводит к его скоплению между диафрагмой и печенью и исчезновению печеночной тупости.

При наличии жидкости в брюшной полости отмечается появление при перкуссии живота тупого звука. При этом при скоплении свободной жидкости в брюшной полости зона тупого звука будет перемещаться соответственно изменению положения больного, располагаясь в боковых отделах живота (при положении больного на спине), в лобковой и паховых областях (при вертикальном положении), в нижерасположенных боковых отделах живота (при повороте больного на правый или левый бок). Участки притупления, обусловленные наличием в брюшной полости осумкованной жидкости (например, содержимого больших кист), воспалительного инфильтрата или опухоли, при изменении положения больного сохраняют, как правило, прежние границы.

С помощью перкуссии можно также определить содержимое грыжевого мешка (петли кишечника или салыник), границы печени и селезенки, выявить некоторые симптомы (Менделя, Орнера и др.). Перкуторное определение высоты стояния дна мочевого пузыря над лонным сочленением может помочь в обнаружении его переполнения и объяснении причин болей в надлобковой области, связанных с острой задержкой мочи у пациентов с аденомой простаты. В свою очередь, обнаружение переполненного мочевого пузыря у больных с хронической задержкой мочи может стать неожиданно-

стью для врача, поскольку какие-либо болевые ощущения у пациентов в таких случаях иногда полностью отсутствуют.

С помощью *пальпации живота* у пациентов с болями в животе можно получить очень важные диагностические данные, но только в том случае, если она проводится методически правильно.

Прежде всего прибегают к поверхностной (ориентировочной) пальпации, начиная ее проведение с тех участков живота, где пациент не испытывает болей, и заканчивая той областью, в которой они локализируются (в противном случае после возможного причинения боли трудно будет достичь расслабления мышечной стенки живота, что затруднит дальнейшее проведение пальпации). При поверхностной пальпации обращают внимание на наличие болезненности и напряжения (ригидности) мышечной стенки, которое может быть локальным (при остром аппендиците, остром холецистите) или разлитым (доскообразный живот, например при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки).

При поверхностной пальпации определяется также симптом Щеткина–Блумберга (резкое усиление боли при внезапном отнятии от передней стенки живота пальпирующей руки), свидетельствующий о наличии перитонеальных явлений, исследуется состояние слабых мест передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, пупочное кольцо, паховые кольца).

Глубокая пальпация живота по Образцову–Стражеско–Василенко дает ценные сведения о состоянии различных отделов кишечника (расширение или спазмированность, болезненность, характер поверхности, подвижность, наличие урчания и т.д.), позволяет обнаружить опухоли, инвагинаты, воспалительные инфильтраты, увеличение органов (печени, селезенки, желчного пузыря, почек, мочевого пузыря), миому матки крупных размеров и др.

Важным методом обследования при болях в животе является *аускультация живота*. В норме при аускультации живота выслушиваются периодические кишечные шумы (с частотой 5–10 в минуту), обусловленные перистальтикой кишечника. Более выраженная перистальтика кишечника, отчетливо улавливаемая и без фонендоскопа (урчание), отмечается при воспалительных заболеваниях кишечника (энтерит, колит), функциональных расстройствах кишечника. Резкое усиление перистальтики появляется при механической кишечной непроходимости и выслушивается при этом выше места препятствия. Напротив, при паралитической кишечной непроходимости, а также при разлитом перитоните в результате прогрессирующего пареза кишечника наблюдается исчезновение кишечной перистальтики («мертвая тишина»). При фибринозном воспалении листка брюшины, покрывающего органы брюшной полости (например, при инфаркте селезенки), можно выслушать шум трения брюшины, появляющийся в такт движениям брюшной стенки. При стенозе чревного ствола и мезентериальных артерий в месте их проекции можно выслушать сосудистые шумы.

Появление позднего (через 7–8 ч после еды) шума плеска в эпигастрии справа от срединной линии при толчкообразной пальпации живота (симптом Василенко) свидетельствует о задержке эвакуации из желудка и расширении его препилорического отдела.

Для уточнения источника болей в животе (брюшная стенка или органы брюшной полости) иногда применяется прием Карнетта, который заключается в проведении пальпации живота при напряженном брюшном прессе (больной при этом, лежа на кушетке, поднимает голову). Сохранение болезненности при пальпации свидетельствует в пользу локализации патологического процесса в брюшной стенке. Правда, по мнению некоторых авторов, этот прием все же не позволяет полностью исключить поражение париетального листка брюшины (Koelz H.R. et al., 1995).

При обследовании пациентов с болями в животе (особенно при подозрении на острый живот) большую помощь может оказать *ректальное пальцевое исследование*, которое обычно проводится в коленно-локтевом положении или в положении паци-

ента на левом боку с подтянутыми к животу ногами. При пальцевом исследовании прямой кишки можно выявить зияние сфинктера прямой кишки (симптом Обуховской больницы), свидетельствующий о возможном завороте сигмовидной кишки, наличие опухоли прямой кишки, нависание стенки прямой кишки (например, за счет скопившейся в дугласовом пространстве жидкости), кисты и воспалительные инфильтраты, располагающиеся в малом тазу, и т.д. Наличие на перчатке следов черного кала или крови может подтвердить подозрение на желудочно-кишечное кровотечение.

При наличии болей (особенно острых) в животе у женщин необходимо обязательное проведение *влагалищного исследования*, позволяющего обнаружить изменение размеров и конфигурации матки, резкую болезненность при пальпации, воспалительные инфильтраты в области придатков матки, нависание и болезненность сводов влагалища и таким образом распознать гинекологическое заболевание, послужившее причиной возникновения болей в животе.

### 2.3. Лабораторные исследования

Лабораторные исследования, проводимые у пациентов с болями в животе (особенно острыми), должны обязательно включать клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, а при необходимости – и другие исследования.

*Клинический анализ крови* может выявить снижение уровня гемоглобина и гематокрита при наличии острой кровопотери. Правда, эти изменения нельзя считать ранними; они начинают обнаруживаться только тогда, когда произойдет выход жидкости из тканей в кровеносное русло. Выявление хронической гипохромной железодефицитной анемии дает основание думать о наличии скрытой хронической кровопотери, которая может быть обусловлена эрозивно-язвенными поражениями или злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта.

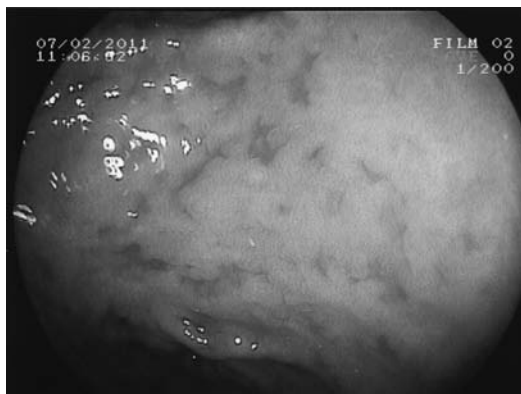
Лейкоцитоз и повышение СОЭ встречаются при многих воспалительных заболеваниях органов брюшной полости (острый холецистит, острый панкреатит, хронические воспалительные заболевания кишечника), хотя в ряде случаев (например, у лиц пожилого возраста) эти изменения могут отсутствовать, в других же они бывают обусловлены иными причинами (беременность, прием кортикостероидов, перенесенная спленэктомия).

В этом плане более информативной часто оказывается лейкоцитарная формула. У большинства пациентов с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости происходит сдвиг формулы влево с увеличением числа молодых форм (палочкоядерных, юных). Так, например, было отмечено, что нормальное количество лейкоцитов в периферической крови в сочетании с отсутствием сдвига лейкоцитарной формулы влево сохраняется менее чем у 5% больных острым аппендицитом (Найхус Л.М. и др., 2000).

При некоторых заболеваниях и состояниях, протекающих с болями в животе (брюшной тиф, паратиф, бруцеллез, вирусные инфекции, гиперспленизм), в клиническом анализе крови выявляется лейкопения.

Важные диагностические данные удается получить при *клиническом анализе мочи*. Высокая относительная плотность мочи может отражать дегидратацию организма, развившуюся, например, вследствие упорной рвоты. Обнаружение высокого уровня глюкозы и кетоновых тел дает право интерпретировать боли в животе как проявление диабетического кетоацидоза. Выявление значительной пиурии может свидетельствовать о связи болей в животе с острым пиелонефритом, а обнаружение выраженной гематурии служит в ряде случаев указанием на связь болей в животе с мочекаменной болезнью или инфарктом почек. Незначительная лейкоцитурия (менее 20 лейкоцитов в поле зрения) и микрогематурия (менее 30 эритроцитов в поле зрения) могут от-

**Рис. 25.** Эндоскопическая картина выраженного катарального гастрита.



некроза, вызывают менее интенсивные боли, хотя поражения стенки желудка могут быть более глубокими.

При осмотре больных обычно бывают видны следы химических ожогов на губах и слизистой оболочке полости рта, при пальпации отмечается выраженная болезненность в подложечной области. Острый коррозивный гастрит с самого начала часто сопровождается шоком, отеком гортани, профузными желудочными кровотечениями, перфорацией стенки пищевода и желудка с развитием медиастинита и перитонита.

Диагноз острого коррозивного гастрита ставится на основании данных анамнеза и выявлении характерных изменений видимых слизистых оболочек.

#### 3.4.3.3. Хронический гастрит

Хронический гастрит представляет собой длительно протекающее заболевание, характеризующееся развитием структурных изменений слизистой оболочки желудка (увеличение лимфоидно-плазмноклеточной инфильтрации, нарушение регенерации эпителиальных клеток с перестройкой желез по пилорическому и кишечному типу) и сопровождающееся нарушением основных функций желудка (кислото-, пепсино- и слизиобразующей). Хронический гастрит относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. По разным данным, он выявляется у 50–80% населения.

Современная (Хьюстонская, 1994) классификация хронического гастрита выделяет неатрофический гастрит (син. ассоциированный с *Helicobacter pylori* [НР], или гастрит типа В), атрофический гастрит и особые формы хронического гастрита. В свою очередь, атрофический гастрит может быть аутоиммунным (син. типа А) и мультифокальным (ассоциированным с НР). В качестве особых форм хронического гастрита приводятся химический (син. реактивный рефлюкс-гастрит, типа С), радиационный, лимфоцитарный, неинфекционный гранулематозный, эозинофильный (син. аллергический) и инфекционные формы хронического гастрита, вызванные различными микроорганизмами, исключая НР (Dixon M.F. et al., 1996).

В 2008 г. эта классификация была дополнена новой системой определения степени хронического гастрита (выраженности суммарной воспалительной инфильтрации слизистой оболочки желудка нейтрофилами и мононуклеарными клетками) и стадии заболевания (выраженности атрофических изменений слизистой оболочки), получившей название OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) и позволяющей лучше отразить динамику воспалительных и атрофических изменений (Ruge M. et al., 2008).

Патогенез хронического гастрита типа А (атрофического гастрита тела желудка), на долю которого приходится 3–6% всех случаев хронического гастрита, связан с наличием определенной иммунологической реактивности организма (обычно наследственно обусловленной) и образованием антител к обкладочным клеткам слизистой

оболочки желудка. Хронический гастрит типа А особенно часто встречается у больных  $B_{12}$ -дефицитной анемией.

Развитию хронического гастрита типа В, встречающегося в 80–90% всех случаев заболевания, предшествует колонизация слизистой оболочки желудка НР. Гастритические изменения, первоначально поверхностные и локализованные в антральном отделе желудка (рис. 26), со временем распространяются на фундальный отдел и становятся диффузными, постепенно приобретая атрофический характер (рис. 27) с перестройкой эпителия по кишечному и пилорическому типу.

Сиднейская классификация хронического гастрита отражает также наличие эрозий слизистой оболочки желудка и подслизистых геморрагий. Острые эрозии, которые могут быть одиночными или множественными, представляют собой небольшие (до 10–15 мм в диаметре) поверхностные дефекты слизистой оболочки, не проникающие глубже ее мышечной пластинки и эпителизирующиеся без образования рубца, однако способные стать источником желудочно-кишечных кровотечений (рис. 28, а–в). К таким же последствиям могут привести ангиэктазии слизистой оболочки желудка, возникающие, например, при синдроме портальной гипертензии у больных циррозом печени (рис. 28, г). Хронические (полные, приподнимающиеся эрозии) рассматриваются как вариант заживления острых эрозий (рис. 28, д).

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

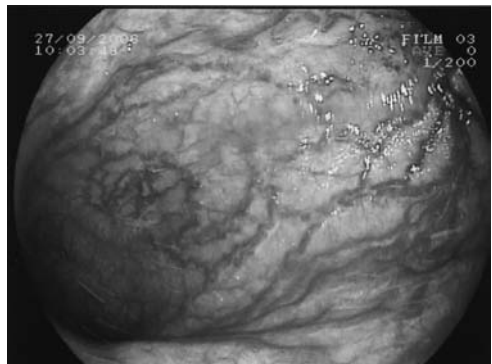
В настоящее время широко применяется косвенная диагностика атрофических изменений слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка с помощью определения сывороточных маркеров: пепсиногена и гастрин-17 (тест «Гастропанель») (Пюрвеева К.В. и др., 2005).

Самые большие изменения в современных представлениях о хроническом гастрите касаются оценки его клинических проявлений. Как известно, это заболевание рассматривалось раньше (а некоторыми врачами рассматривается и сейчас) как основная причина хронических болей в подложечной области.

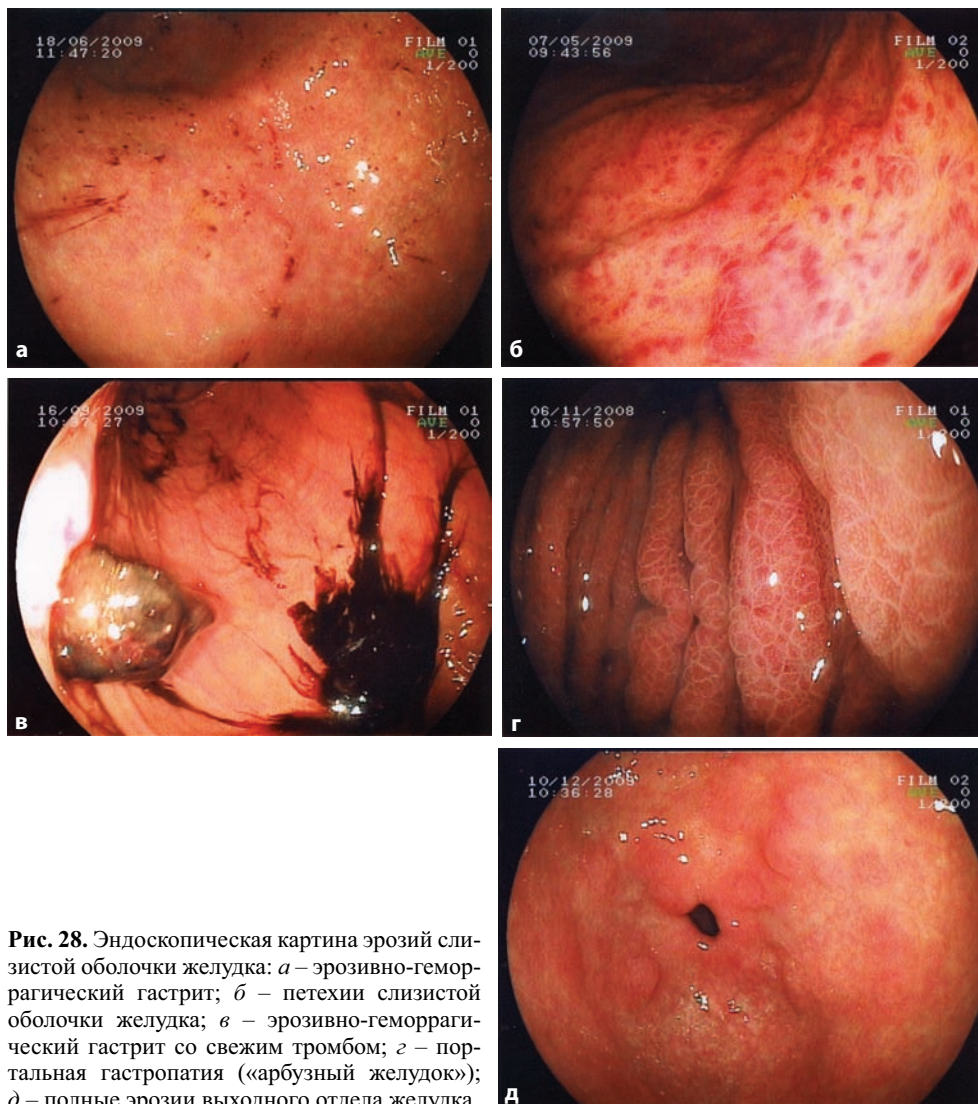
В настоящее время твердо установлено, что *хронические воспалительные изменения слизистой оболочки желудка сами по себе не служат* – вопреки прежним представлениям – *причиной возникновения болей и других диспепсических жалоб*. Опираясь на этот вывод, известный немецкий гастроэнтеролог М. Classen (1994) метко назвал диагноз «хронический гастрит» «мальчиком для битья» (нем. Prügelknabe), имея в виду, что этот



**Рис. 26.** Эндоскопическая картина антрального гастрита.



**Рис. 27.** Эндоскопическая картина диффузного атрофического гастрита.



**Рис. 28.** Эндоскопическая картина эрозий слизистой оболочки желудка: *а* – эрозивно-геморрагический гастрит; *б* – петехии слизистой оболочки желудка; *в* – эрозивно-геморрагический гастрит со свежим тромбом; *г* – портальная гастропатия («арбузный желудок»); *д* – полные эрозии выходного отдела желудка.

диагноз автоматически ставится во всех тех случаях, когда врач не может объяснить происхождение у пациента болей и симптомов диспепсии. Неслучайно поэтому ни одна из трех современных классификаций хронического гастрита (Сиднейская, Хьюстонская, классификация OLGA) *не содержит раздела, касающегося оценки клинических проявлений.*

Показано, что у большинства больных хроническим гастритом заболевание протекает бессимптомно. Наблюдающиеся у ряда пациентов жалобы (в том числе и на боли в подложечной области) обуславливаются не самим хроническим гастритом и не его обострением (поскольку обострение хронического гастрита – это тоже морфологическое понятие), а протекающей независимо от него функциональной диспепсией, современные представления о которой будут подробно изложены в п. 3.4.3.12 (с. 82), посвященном функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Диагноз хронического гастрита важен в настоящее время не как диагноз, объясняющий появление у пациента болей в подложечной области и других диспепсических

**Ивашкин Владимир Трофимович,  
Шептулин Аркадий Александрович**

**БОЛИ В ЖИВОТЕ**

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редактор: *Н.В.Денежкина*

Корректор: *О.В.Воронцова*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 978-5-98322-808-5



9 785983 228085

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 02.11.11. Формат 70×100/16.

Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 9,03

Гарнитура Таймс. Тираж 1000 экз. Заказ №Р-1734

Издательство «МЕДпресс-информ».

119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3

e-mail: [office@med-press.ru](mailto:office@med-press.ru)

[www.med-press.ru](http://www.med-press.ru)

Отпечатано в полном соответствии с качеством  
предоставленного оригинал-макета  
в типографии филиала ОАО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс»  
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2  
e-mail: [idelpress@mail.ru](mailto:idelpress@mail.ru)