

БОЛЬ В ЖИВОТЕ (ОТ СИМПТОМА К НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ)

A. Ногаллер, доктор медицинских наук, профессор
Мюнхен, Германия

E-mail: a.nogaller@mail.ru

В понятие «структура болевых ощущений» входят выяснение локализации боли, ее характера, интенсивности, частоты возникновения, постоянства или периодичности, иррадиации; обнаружение факторов, вызывающих появление или усиление боли, а также факторов, уменьшающих боли; выявление сопутствующих болям симптомов.

Ключевые слова: боли в животе, локализация, интенсивность, сопутствующие симптомы.

Современный технический прогресс значительно расширил диагностические возможности врача (рентгенологические, эндоскопические, радиологические, ультразвуковые — УЗИ, магнитно-резонансная томография — МРТ, позитронно-эмulsionная томография — ПЭТ и др. Одновременно просматривается тенденция к пренебрежению классическими клиническими методами обследования больных, в том числе расспрос.

Болевые ощущения — наиболее частый из симптомов, с которыми пациент обращается к врачу. В то же время правильная оценка болевого синдрома помогает в ранней диагностике заболеваний, позволяет более целенаправленно и углубленно проводить дальнейшее инструментально-лабораторное обследование. В понятие «структура болевых ощущений» входят выяснение локализации боли, ее характера, интенсивности, частоты возникновения, постоянства или периодичности, иррадиации; факторов, вызывающих появление или усиление боли, а также факторов, уменьшающих боли; выявление сопутствующих болям симптомов. В зависимости от индивидуальных особенностей течения болезней и психологического склада пациента характер болевых ощущений может существенно меняться. Остановимся на некоторых наиболее типичных проявлениях болевого синдрома при основных заболеваниях органов брюшной полости.

Локализация в эпигастральной области наблюдается при гастритах, желудочной диспепсии различной этиологии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при соляриите. Боли в эпигастральной области могут возникать при хроническом колите, особенно трансферзите, метеоризме, при диафрагмальной грыже, а также стенокардии (абдоминальная форма грудной жабы). Впрочем, болевые ощущения в эпигастральной области возможны при многих других заболеваниях — не случайно подложечная область считается «местом встречи» всех болей. Боль в правой подреберной области чаще встречается при патологии желчного пузыря и желчных протоков — холедискинезии, холецистите, холангите, желчнокаменной болезни. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, дуодените, а также при правостороннем плеврите и межреберной невралгии могут наблюдаться боли в правом подреберье. В левом подреберье

болевыми ощущениями чаще возникают при панкреатите, левостороннем колите, плеврите, а также при кардиалгии, левосторонней межреберной невралгии. При локализации боли в правой подвздошной области необходимо прежде всего исключить острый и хронический аппендицит. Тифлоколит, метеоризм, лимфаденит и ганглионеврит брюшной полости могут также быть причиной этих болей. Боли в левой подвздошной области возникают преимущественно при ректосигмоидите, метеоризме, левостороннем ганглионеврите и лимфадените. Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, паховые грыжи, дивертикулы и опухоли могут быть причиной болевых ощущений в животе.

Характер болей может варьировать от ощущения полноты, давления, распираания, тяжести, тупых и ноющих болей, до острых схваткообразных режущих болей.

Интенсивность болей также варьирует от слабых, неясно выраженных, до сильных, нестерпимых, с множеством других сопутствующих проявлений. Особенно сильные боли возникают при перфорации язвы в брюшную полость и при кишечной непроходимости, тромбозе брыжеечных сосудов. Много зависит от психологических особенностей больных. Некоторые женщины говорят об ужасных болях, независимо от причины и истинной тяжести патологического процесса. Иногда пациенты, наоборот, склонны преуменьшать интенсивность своих болевых ощущений. Боли могут быть кратковременными или длительными, постоянными или возникать с различной частотой.

Иррадиация болей в значительной мере зависит от их локализации. При болях в правом подреберье возможна иррадиация в подложечную область, грудную клетку, плечо, ключицу, особенно при желчнокаменной болезни. При остром и хроническом панкреатите часто наблюдается опоясывающий характер болей. Боли в животе нередко отдают в позвоночник, поясницу, паховую область.

Факторы, вызывающие или усиливающие боль. Боли в животе чаще всего связаны с приемом пищи. Так, при приеме острой и соленой пищи часто появляются или усиливаются боли при гастрите, неврогенной желудочной диспепсии, язвенной болезни. Прием жирной и жареной пищи часто вызывает болевые ощущения у больных холециститом и желчнокаменной болезнью, молоко и молочные продукты нередко являются причиной болей при заболеваниях кишечника. Длительный перерыв в приеме пищи нередко вызывает «голодные» боли при язвенной болезни. Иногда больные очень чувствительны к приему избыточного количества пищи. Нередко боль возникает без всякой видимой причины, иногда — при нервном возбуждении, физической нагрузке, тряске, при ношении тяжести в правой руке (при желчнокаменной болезни).

Факторы, облегчающие или прекращающие боль. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки боли иногда облегчаются, если надавить рукой на подложечную область при согнутом положении больного, при рвоте. У больных гастритом и желудочной диспепсией рвота или срыгивание также нередко приводят к уменьшению болей. При хроническом колите, синдроме раздраженной толстой кишки, метеоризме отхождение газов или дефекация обычно облегчают боль. Многим больным помогает применение грелки или согревающего компресса, прием внутрь соды, щелочных порошков или минеральной воды. Иногда боль облегчается или прекращается лишь при применении спазмолитических или седативных средств, инъекциях этих препаратов или даже наркотиков.

Сопутствующие болям симптомы. При патологии желудка нередко появляются тошнота, ощущение горечи во рту, изжога, отрыжка кислым, срыгивание, рвота. Выраженное похудение, потеря аппетита часто наблюдаются при злокачественных опухолях, а повышение температуры — при острых воспалительных процессах (аппендиците, холецистите, панкреатите, при пищевой токсикоинфекции). Приступы сильных болей, особенно в правом подреберье, при наличии желчных камней могут сопровождаться симптомами обтурационной желтухи. При аллергических процессах наряду с болями в животе могут возникать отеки, сыпь и эритема на коже, крапивница, слезотечение, насморк.

Для больных гастритом выраженный болевой синдром не столь характерен, чаще возникает ощущение полноты, тяжести, переполнения пищей в подложечной области. Болевые ощущения в значительной мере зависят от характера и количества принятой пищи. При острых гастритах и обострении хронического гастрита обычно преобладают диспепсические симптомы: тошнота, изжога, отрыжка кислым или съеденной пищей, рвота. Не всегда выраженность морфологических изменений слизистой оболочки желудка соответствует клиническим проявлениям болезни. Гастрит с сохраненной и повышенной кислотностью желудочного сока чаще наблюдается у молодых больных. У них более выражен болевой синдром, чем в пожилом возрасте, обычно у больных с пониженной секреторией.

Характерна зависимость между интенсивностью боли и качеством пищи: острая, соленая, грубая пища вызывает более сильные болевые ощущения, которые появляются в более ранние сроки. При расположении язвы в пилородуоденальной зоне боль может быть выражена преимущественно в правом подреберье и около пупка. Она может иррадиировать в позвоночник, область грудины, подреберье. Различают раннюю боль, возникающую вскоре после еды (через 1–2 ч), и позднюю (через 3–4 ч после еды) а также «голодную» — при длительном перерыве в приеме пищи, натошак или ночную, обычно среди ночи или под утро. У пациентов с язвенной болезнью боли в подложечной области обычно возникают через 30–60 мин после еды, особенно при приеме острой, соленой, кислой пищи. Болевые ощущения уменьшаются при давлении на подложечную область, при согнутом положении больного, после приема соды или питья щелочных растворов. Боли нередко иррадиируют в спину, а при сопутствующем панкреатите — в левое подреберье или носят опоясывающий характер. Обострение болевого синдрома наблюдается в весенний и осенний сезоны. Кроме симптоматических лечебных средств, при язвенной болезни рекомендуется этиологическое и патогенетическое лечение с помощью препаратов против хеликобактерной инфекции (антибиотики и др.) и H₂-блокаторов (омепразол и пр.). Рак желудка может длительное время протекать с маловыраженными болевыми и диспепсическими симптомами. Поэтому при подозрении на наличие опухоли в желудке необходимо эндоскопическое, рентгенологическое обследование или УЗИ, особенно когда боли приобретают постоянный характер и мало зависят от приема пищи.

Дискинезия желчных путей и хронический холецистит вне обострения чаще проявляются небольшими, тупыми или кратковременными острыми болями в правом подреберье. Желчные камни в пузыре могут длительно клинически ничем не проявляться, особенно если они расположены на его дне. Но в большинстве случаев при желчнокаменной

болезни возникают приступы резких болей в правом подреберье, подложечной области, нередко иррадиирующие в спину, правую грудную клетку или плечо. Иногда наблюдается болевая торпидная форма желчнокаменной болезни. Типично рецидивирующее течение холелитиаза, когда периоды полного благополучия сменяются приступами желчной колики. При прохождении камней через общий желчный проток может возникнуть обтурационная желтуха. Пробождение камня в свободную брюшную полость вызывает картину острого живота с резкими болями, напряжением брюшной стенки, общей интоксикацией. Острые боли возникают и при гангренозном холецистите с развитием перитонита.

Хронический колит, дискинезия или синдром раздраженной толстой кишки обычно проявляются диффузными болями по всему животу, иногда преимущественно в правой или левой подвздошной области. Нередко имеется преимущественно ощущение полноты, распираания, усиленного газообразования. При остром аппендиците обычно возникают резкие боли (обычно в правой подвздошной области), сопровождающиеся напряжением брюшной стенки, диспепсией, общей интоксикацией.

В зависимости от преимущественной локализации и интенсивности воспалительного процесса и его активности, степени двигательных нарушений мускулатуры органа клиническая картина болезни значительно варьирует. При хроническом энтерите боли чаще локализируются вокруг пупка, носят тупой, распирающий характер, не имеют зоны иррадиации, появляются через 3–4 ч после приема пищи, сопровождаются вздутием, ощущением переливания и урчания в животе, уменьшаются при применении грелки. При хроническом воспалении слизистой оболочки толстой кишки боли локализируются внизу живота или в подвздошной области; они тупого характера, появляются или усиливаются нередко в вечернее время; интенсивность их возрастает после приема соленой, грубой пищи, молока; боли сопровождаются ощущением вздутия и переливания в кишечнике. При неспецифическом язвенном колите наряду с болями, при дефекации отмечается выделение крови, смешанной с калом. Как уже отмечалось, для колита характерно облегчение болей после опорожнения кишечника, отхождения каловых масс или газов. Боли в области промежности, которые появляются или усиливаются при дефекации, в сочетании с появлением алой крови могут свидетельствовать о раке прямой кишки, геморрое, проктите, трещинах анального отверстия. Популярный термин «синдром раздраженной кишки» близок по своему содержанию раннему представлению о слизистой колике или псевдомембранном колите. Нередко при этом наблюдаются общие аллергические симптомы. Боли сопровождаются частым позывом на низ с отхождением небольшого количества плотного или неоформленного кала, часто с большим количеством слизи. Слизь обычно белого цвета, в виде пластинок, пленок или трубок, может напоминать слепок кишки. Иногда она полностью обволакивает кал или выделяется без каловых масс. Приступы боли с выделением слизи продолжаются от 20–30 мин до нескольких дней, сменяясь нередко в дальнейшем нормальным стулом и общим хорошим самочувствием. Однако все больные с патологией кишечника нуждаются в детальном инструментально-лабораторном обследовании для исключения опухолей, дивертикулов или аномалий развития кишечника (ректо-, колоноскопия, УЗИ, копроскопия и др.)

При остром и хроническом панкреатите боли возникают чаще в левой подреберной области, носят тупой или острый, часто опоясывающий характер. Во всех подобных случаях необходимо исключить с помощью инструментально-лабораторного обследования опухолевую этиологию болевого синдрома.

Описанная структура болевых ощущений может существенно меняться у разных больных даже при одном и том же заболевании. Выяснение характера болей является скрининг-тестом, способствующим правильному направлению диагностического процесса. При известном опыте врача анамнез не занимает много времени. В то же время де-

тальный респрос пациентов свидетельствует о внимательном отношении врача, повышает уважение к нему и доверие к его рекомендациям.

ABDOMINAL PAIN (FROM SYMPTOM TO NOSOLOGICAL ENTITY)

Professor A. Nogaller, MD

Munich, Germany

The concept «pattern of painful sensations» encompasses the elucidation of the location of pain, its nature, intensity, incidence, constancy or periodicity, irradiation; the identification of factors causing pain appearance or intensification and those reducing pain; the detection of concomitant pain symptoms.

Key words: abdominal pains, location, intensity, concomitant symptoms.