

Боль в животе

А.И. Парфенов[✉]

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Аннотация

Боль в животе является симптомом, от качества оценки которого зависят точность и своевременность диагноза, лечения и прогноз. В статье описаны причины острой и хронической боли в животе, в частности брюшной стенке, и сложности в их распознавании. Показаны особенности патогенеза висцеральной, париетальной, рефлекторной, психогенной боли и принципы симптоматической терапии. Подчеркивается, что сложные инвазивные исследования органов брюшной полости особенно необходимы при обследовании пожилых пациентов, чаще имеющих заболевания, требующие компьютерной томографии, в том числе с внутривенным контрастированием. Не уменьшая значимости современных методов исследования, применяемых в клинической практике, автор напоминает, что подробный анамнез болезни и тщательный физический осмотр могут значительно сузить объем исследований. Эндоскопические и другие инструментальные инвазивные исследования должны быть строго обоснованы и применяться в рамках рационального экономически эффективного подхода.

Ключевые слова: боль в брюшной стенке, боль в животе, висцеральная боль, париетальная боль, рефлекторная боль, психогенная боль, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение

Для цитирования: Парфенов А.И. Боль в животе. Терапевтический архив. 2023;95(2):113–119. DOI: 10.26442/00403660.2023.02.202055 © ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

EDITORIAL ARTICLE

Abdominal pain

Asfold I. Parfenov[✉]

Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russia

Abstract

Abdominal pain is a symptom that determines the accuracy and timeliness of diagnosis, treatment, and prognosis. The article describes the causes of acute and chronic abdominal pain, particularly the pain in the abdominal wall, and the challenges in recognizing them. The pathogenetic features of visceral, parietal, referred, and psychogenic pain and the principles of symptomatic therapy are addressed. It is emphasized that complex invasive examinations of the abdominal organs are especially relevant for elderly patients who often have conditions that require computed tomography, including contrast-enhanced scans. Without losing the importance of modern examination methods used in clinical practice, the author states that a detailed medical history and a thorough physical examination can significantly narrow the work-up. Endoscopic and other instrumental invasive examinations should be strictly justified and applied with a cost-effective rational approach.

Keywords: abdominal wall pain, abdominal pain, visceral pain, parietal pain, reflex pain, psychogenic pain, diagnosis, differential diagnosis, treatment

For citation: Parfenov AI. Abdominal pain. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2023;95(2):113–119. DOI: 10.26442/00403660.2023.02.202055

Боль в животе является симптомом, от качества оценки которого зависят точность и своевременность диагноза, лечения и прогноз. В 2008 г. в статье «Боль в животе в практике терапевта», опубликованной в журнале «Терапевтический архив» №8, мы обсудили клинические проблемы острой и хронической боли, связанной с заболеваниями органов пищеварения [1]. Возвращаясь к этому вопросу 15 лет спустя, начнем изложение с боли в брюшной стенке (ББС).

Боль в брюшной стенке

Кажущаяся на первый взгляд легкость в распознавании ББС не согласуется с данными литературы. Так, Т. McGarrity и соавт. изучили 100 последовательных пациентов, направленных гастроэнтерологами в клинику боли, и установили, что у 43 из них ББС ошибочно объяснялась проявлениями синдрома раздраженного кишечника (СРК) или психического расстройства [2]. Последующие исследования показали, что распространенность ББС в общей по-

пуляции колеблется в пределах от 5 до 67% [3, 4], т.е. точно не известна.

ББС обычно локализуется у края прямой мышцы живота, появляется чаще внезапно, усиливается при изменении положения тела и при напряжении мышц живота. Пациент указывает локализацию боли кончиком пальца, она может усиливаться при напряжении мышцы живота (симптом Карнетта). Причиной ее служит ущемление вентральной ветви одного из спинномозговых нервов мышцей передней брюшной стенки. Прямая мышца живота может быть причиной боли вверху у ксифоидного отростка или внизу в проекции пирамидальной мышцы.

Латеральная брюшная стенка состоит из поверхностной и глубокой наружных косых, внутренних косых и поперечных мышц живота. Их апоневрозы, а также пупок являются областями, склонными к образованию грыжевых выпячиваний [4]. Наиболее распространенной причиной ББС на боковой границе прямой мышцы является сжатие переднего кожного нерва, проходящего через мускулатуру

Информация об авторе / Information about the author

[✉]Парфенов Асфольд Иванович – д-р мед. наук, проф., зав. отд. патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Тел.: +7(916)678-10-17; e-mail: asfold@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9782-4860

[✉]Asfold I. Parfenov. E-mail: asfold@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9782-4860

Таблица 1. Причины острой ББП

Table 1. Causes of acute abdominal pain

- Воспаление: болезни органов брюшной полости и малого таза, пиелонефрит, мезоаденит, поддиафрагмальный абсцесс, болезни органов малого таза; перфорация пептической язвы, дивертикула слепой кишки; осложнения болезни Крона и язвенного колита
- Механические факторы: тонкокишечная непроходимость (спайки, инвагинация, грыжа, опухоль), толстокишечная непроходимость (колоректальный рак, ВЗК, заворот, каловый камень, грыжа)
- Тромбоз эмболия сосудов кишечника
- Травмы: тупая или проникающая с перфорацией полого органа или повреждением печени, селезенки, почки

Примечание. ВЗК – воспалительное заболевание кишечника.

Таблица 2. Причины хронической ББП

Table 2. Causes of chronic abdominal pain

- Воспаление висцеральной брюшины: воспалительное заболевание желудка, кишечника, поджелудочной железы, желчевыводящих путей
- Воспаление париетальной брюшины: инфекция (воспаление червеобразного отростка, органов малого таза), химическое раздражение (перфоративная язва желудка, острый панкреатит, разрыв трубы при внематочной беременности)
- Механическое сужение кишечника, желудка, желчевыводящих и мочевыводящих путей
- Ишемия: эмболия, тромбоз, сдавление, перекрут и разрыв брюшного отдела аорты, ее ветвей и одноименных вен, серповидная клеточная анемия
- Растяжение желудка, кишки, капсулы печени, поджелудочной железы и почки
- Аутоиммунные нарушения: геморрагический васкулит, саркоидоз
- Нарушение кишечного пищеварения: непереносимость лактозы и других дисахаридаз
- Рефлекторная (отраженная) боль при заболеваниях легких, сердца, позвоночника и органов малого таза
- Метаболические нарушения: уремия, диабетический кетоацидоз, недостаточность надпочечников, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, порфирия, отравление свинцом, укусы пауков, недостаточность ингибитора C₁-эстеразы, электролитные нарушения, гиперлипотеинемия, синдром отмены при употреблении наркотиков, семейная средиземноморская лихорадка
- Гинекологические болезни: перекрут яичника, внематочная беременность, эндометриоз, эндометрит, аднексит
- Спайки брюшной полости
- Функциональная боль: СРК

и апоневрозы брюшной стенки [5]. Внутри- и внебрюшное давление или наличие рубца вызывает раздражение нерва и является еще одной причиной боли в нижней части живота у пациентов, перенесших грыжесечение или аппендэктомию [6]. Причинами ББС также могут быть травматическое повреждение мышцы, кожных нервов и межреберная невралгия, диабетическая невропатия, радикулопатия грудного отдела позвоночника, постгерпетическая невралгия, спортивные и истинные грыжи разнообразной локализации [7].

Грыжи спигелиевой линии живота – дефекты в поперечном апоневрозе, возникают на стыке прямой мышцы живота и полулунной линии. Их диагностике помогает ультразвуковое исследование [8]. Наконец, известны и другие редкие причины ББС: эндометриоз брюшной стенки, синдром скользящего ребра, гематома прямой кишки, воспаление и спайки брюшной стенки, неврогенная боль (опоясывающий лишай, болезнь Лайелла, спинная сухотка, менингит) [9, 10].

Боль в брюшной полости

В табл. 1, 2 приведены причины острой и хронической боли в брюшной полости (ББП).

В зависимости от патогенеза различают висцеральную, париетальную, рефлекторную и психогенную ББП.

Висцеральная боль. Этот тип боли вызывается:

- а) повышением давления в полости желудка и кишечника при их растяжении или сокращении;
- б) нарушением кровоснабжения.

Причиной служат функциональные нарушения деятельности органа и органические поражения. Функци-

ональная составляющая определяется порогом висцеральной чувствительности (ВЧ). ВЧ может изменяться в больших пределах. М. Lipkin и соавт. впервые исследовали у людей ВЧ желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с помощью баллончика, наполняемого воздухом, в 1957 г. Висцеральная гиперчувствительность (ВГЧ) воспринимается пациентом ощущением боли в животе. Повышению ВЧ способствуют стресс, кишечные инфекции, физические перегрузки, нарушение микробиоты кишечника, изменения половых гормонов и соотношения нейромедиаторов, генетическая предрасположенность, включение в рацион короткоцепочечных углеводов [11, 12]. В настоящее время патогенез СРК и ВГЧ связывают также с формированием низкой степени воспаления в слизистой оболочке толстой кишки: синтезом провоспалительных цитокинов (интерлейкина – ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 и т.д.), активацией тучных клеток, высвобождением нейромедиаторов воспаления (серотонин, ацетилхолин, гистамин), повреждением нейронов энтеральной нервной системы [13, 14].

Большой вклад в патогенезе ВГЧ отводится транзиторным рецепторным потенциалам (ТРП) ионных каналов. Сенсорные нейроны, экспрессирующие ТРП, расположены в нейронах ганглий ЖКТ и вызывают ощущение боли. У пациентов с СРК количество каналов ТРП увеличено [15]. Это послужило открытию нового направления в лечении СРК, основанного на создании препаратов, влияющих на ТРП каналы. Известно около 30 каналов ТРП, сходных по структуре, но отличающихся друг от друга выполняемыми функциями. При их активации происходит усиленный перенос внутриклеточных катионов Na⁺ и Ca²⁺, Mg²⁺ в плазматическую мембрану клеток, приводящий к иници-

ированию нейронов, относящихся к химио-, термо-, механической чувствительности. В ЖКТ нейроны экспрессируют ТРП каналы, участвующие в регуляции гомеостаза и перистальтики кишечника, секреции, барьерной функции, контроля мембранного потенциала и возбудимости нейронов и интерстициальных клеток Кахала – водителей ритма гладких мышц органов ЖКТ, а также ВЧ [16].

Висцеральные (ноцицептивные) стимулы воспринимаются специализированным набором нейронов стенки кишечника, которые передают информацию в ганглии дорсального корешка спинного мозга. Стимуляция нервных окончаний происходит в результате механического растяжения, при участии нейромедиаторов. Периферические нервные окончания в стенке кишечника активируют рецепторы, и висцеральные импульсы передаются из задних корешков спинного мозга по афферентным нервным волокнам в ствол мозга, где происходит восприятие и обработка полученной информации. В дальнейшем импульсы по эфферентным нервным окончаниям передаются в энтеральную нервную систему, что приводит к формированию ВГЧ и нарушению моторной активности кишечника [17].

Воспаление органа приводит к снижению порога ощущения боли. У больных с СРК порог чувствительности к механическим, термическим и химическим раздражителям снижен и боль появляется в ответ на допороговые стимулы. Одним из проявлений ВГЧ является висцеральная гипералгезия. Следует подчеркнуть, что гиперчувствительность может распространяться на все отделы ЖКТ.

Как уже сказано, в патогенезе ВГЧ ведущую роль отводят нейромедиаторам, в частности серотонину, который через активацию серотониновых рецепторов 5-гидрокситриптамина, локализующихся на первичных афферентных (чувствительных) нейронах (нейроны блуждающего нерва и спинномозговых нервов), вызывает появление периферических восходящих сенсорных импульсов. В коре головного мозга эти сенсорные импульсы формируют болевые ощущения. Подобные больные дают подробную характеристику своим ощущениям в виде жгучей, колющей, распирающей боли и т.д.

Постепенно развивающаяся висцеральная боль обычно тупая, появляется значительно позже патологического очага, но, появившись, постепенно нарастает и приобретает характер «грызущей» или схваткообразной. Указанные особенности объясняются отсутствием тактильной чувствительности слизистой оболочки и висцерального листка брюшины. Болезненные ощущения возникают при растяжении мышечной оболочки, имеющей окончания симпатических нервных волокон. У больных панкреатитом боль обычно локализуется на уровне нижних грудных позвонков и распространяется на подреберья. В результате отека железы, «упакованной» в плотную капсулу, растяжение последней вызывает при остром процессе нестерпимую боль. При заболеваниях кишечника происхождение висцеральной боли связано с растяжением, ишемией или перистальтикой кишки, и больной не может точно указать болезненную точку. Обычно боль ощущается по средней линии живота или вблизи нее, так как связана с раздражением нервных окончаний всех отделов кишечника.

Париетальная боль. Париетальная боль обусловлена раздражением цереброспинальных нервных окончаний париетальной брюшины или корня брыжейки. Она отражается на соответствующие сегменты кожи и часто ассоциируется с постоянным спазмом (ригидностью) мускулатуры брюшной стенки. Этот тип боли называют также соматическим, так как он наиболее часто является резуль-

татом воспаления париетальной брюшины или брыжейки, т.е. результатом перитонита. Париетальная (соматическая) боль довольно сильная, строго локализована в области патологического процесса и усиливается при кашле и движениях.

Четкая локализация боли характерна для раздражения париетального листка брюшины. Эта боль появляется при язвенно-деструктивных пенетрирующих процессах в органах брюшной полости и характерна для воспалительных заболеваний в случае трансмурального поражения стенки органа.

Рефлекторная (отраженная) боль. Этот тип боли впервые изучен и описан Г.А. Захарьиным и Н. Гедом. В результате взаимодействия висцеральных волокон и соматических дерматомов в задних рогах спинного мозга болевые ощущения отражаются на поверхности тела, иннервируемой теми же сегментами спинного мозга, что проявляется зонами повышенной кожной чувствительности Захарьяна–Гедда. Они локализируются в определенных областях поверхности тела, удаленных от патологического процесса. Рефлекторная боль чаще возникает при заболеваниях желудка, поджелудочной железы или желчного пузыря и менее характерна для заболеваний кишечника.

На формирование боли оказывают влияние центральная нервная система и энтеринервная система с ее рецепторным аппаратом, реагирующим на продукцию серотонина и норадреналина. Снижение продукции серотонина ведет к повышению ощущения боли, так как снижает порог болевых ощущений, а норадреналин, наоборот, повышает его.

Психогенная боль. Постоянная тупая ноющая ББП, продолжающаяся месяцами и даже годами, без соотношения с физиологическими функциями и при отсутствии объективных изменений в органах брюшной полости, может быть психогенной.

Особенностью ее является отсутствие очага, которым можно было бы объяснить пусковой механизм боли. Психогенная боль наблюдается у лиц с психоэмоциональными нарушениями и «привязана» к нарушениям эвакуаторной функции кишечника. Особенности психогенной боли являются:

- а) прекращение или уменьшение в условиях психического покоя (например, в отпуске);
- б) отсутствие во время сна, в том числе ночного, т.е. боль не будит больного;
- в) положительный эффект от применения психотропных средств.

Клинические особенности

Во время беседы с больным врач должен получить сведения об особенностях начала и развития болей, интенсивности и характере, продолжительности и причинах обострения и стихания болей.

Начало боли может быть внезапным, постепенным и медленным. Внезапное начало развивается при париетальном (соматическом) типе боли.

Внезапное начало болей в животе (в течение нескольких секунд или минут) характерно для перфорации желудка или кишечника, расслаивающейся аневризмы брюшного отдела аорты, перекрута яичника и разрыва трубы при внематочной беременности. Больной часто принимает вынужденное положение и застывает в нем.

При локализации в правой подвздошной области внезапная схваткообразная боль может быть проявлением синдрома подвижной слепой кишки или спаечного процесса. В этих случаях ее появление связано с изменени-

ем положения тела и физической нагрузкой. Обычно она кратковременная [18].

Боль, постепенно нарастающая в течение нескольких часов, наблюдается при многих заболеваниях. При локализации ее в правой подвздошной области в первую очередь у врача и у больного возникает мысль о возможности острого аппендицита, что часто и подтверждается. Хотя при этом заболевании боль сначала обычно появляется в мезогастрии и лишь спустя некоторое время перемещается из средних отделов живота в правый нижний квадрант.

Постепенно нарастающая боль в правой подвздошной области характерна для острого аппендицита, а также для воспаления дивертикула Меккеля, низкой тонкокишечной непроходимости, ущемленной правосторонней паховой грыжи, терминального илеита и почечной колики с локализацией камня в правом мочеточнике. У женщин острая боль в правой подвздошной области может быть при воспалении придатка и внематочной беременности.

Имеет значение продолжительность боли: при остром аппендиците анамнез короткий. Но у детей и стариков могут возникнуть трудности с оценкой анамнестических данных. Кроме того, надо помнить о возможности хронического рецидивирующего аппендицита. В этом случае у больного подобные приступы уже возникали прежде, но заканчивались самостоятельно без оперативного вмешательства [19].

Постепенное начало болей в животе характерно также для тромбоза или эмболии мезентериальных сосудов, внутрибрюшных абсцессов при болезни Крона и дивертикулита толстой кишки.

Медленно нарастающая боль (в течение нескольких дней и недель) бывает при постепенном нарушении кишечной проходимости вследствие опухоли или болезни Крона. Появлению боли обычно предшествует обильный прием пищи или физическая нагрузка.

Постоянная тупая боль в правой подвздошной области нередко наблюдается при запорах и является признаком переполнения и растяжения слепой кишки фекалиями. Причиной болей в правом нижнем квадранте может явиться раздражение слепой и восходящей кишок желчью при асинхронном с пищей сокращении желчного пузыря [18].

Интенсивность боли обычно нарастает при непроходимости кишечника, но может и временно ослабевать, если проходимость частично восстанавливается. Смена эпизодов острых болей временным их прекращением особенно свойственна тонкокишечной инвагинации. При остром аппендиците боль также может приобретать волнообразную интенсивность, а при перфорации отростка даже временно стихнуть вследствие падения давления в его просвете.

Связь болей с положением тела особенно характерна для больных перитонитом, у которых даже незначительное сотрясение тела вызывает усиление болей в животе. При ишемическом абдоминальном синдроме больные безуспешно пытаются найти положение, при котором боль стала бы менее жестокой. При остром аппендиците с ретроцекальным положением отростка больной лежит на спине с согнутой в бедре и колене правой ногой. Больной с обострением хронического панкреатита часто принимает коленно-локтевое положение, при котором уменьшается давление на поджелудочную железу располагающихся над ней органов и тканей.

Боль при заболеваниях желудка, желчевыводящих путей и поджелудочной железы появляется вскоре после еды. При патологии тонкой кишки она возникает на высоте кишечного пищеварения, т.е. во 2-й половине дня. При пато-

логии левых отделов толстой кишки боль нарастает перед стулом или в связи с метеоризмом, а уменьшается после отхождения газов и стула. Нередко боль в животе и позывы к дефекации возникают после каждого приема пищи, что связано с повышенным гастроцекальным рефлексом и особенно часто наблюдается у больных с СРК.

Боль, усиливающаяся после стула, при ходьбе и сотрясении тела, обычно свидетельствует о спастическом процессе и воспалении стенки желудка или кишечника, распространяющемся на висцеральную брюшину.

Функциональная боль связана с нарушениями тонуса желудка или кишечника и воспринимается как тупая или спастическая. Она возникает в разное время после еды, нередко провоцируется эмоциональным напряжением. Боль редко будит пациентов, но часто мешает уснуть. Болезненные ощущения могут продолжаться многие годы, варьируя в интенсивности и продолжительности в различные дни, но без заметного прогрессирования. Механизм подобной боли связан с сильными ритмическими или постоянными мышечными сокращениями или растяжением кишки газом, а также с изменением рецепторной чувствительности раздраженного кишечника. При пальпации болевые точки совпадают с проекцией ободочной кишки.

Приступообразная боль может быть результатом как функционального спазма желудка, желчного пузыря или кишечника, так и непроходимости больного органа вследствие сужения его просвета воспалительного или опухолевого происхождения, наличия конкремента в желчном пузыре.

Иногда ББП сопутствует заболеваниям или повреждениям центральной и периферической нервной системы. Ее вызывает раздражение спинного мозга при искривлениях позвоночника, смещении межпозвоночных дисков, артритах, артрозах, туберкулезе и новообразованиях, что создает значительные дифференциально-диагностические трудности с болезнями органов пищеварения.

Клиническими проявлениями ВГЧ являются симптомы гипералгезии и аллодинии. Гипералгезия может проявляться в виде повышенной чувствительности к болевым стимулам и ощущением боли, вызванным не болевыми стимулами. Аллодинией называется расстройство функции, вызываемое болевыми воздействиями. К ним относят метеоризм, нарушение моторики, транзита и акта дефекации, наблюдаемые у больных с СРК. Тем не менее, как показали наши исследования, у значительной части пациентов с предполагаемым СРК клинические симптомы объясняются энтеропатией с нарушением мембранного пищеварения, что следует иметь в виду при дифференциальной диагностике этих болезней [20].

При сборе анамнеза следует учитывать важность так называемых тревожных симптомов. К ним относятся возраст пациентов старше 50 лет, наследственность, отягощенная онкологическими и аутоиммунными заболеваниями кишечника (семейный полипоз, болезнь Крона, язвенный колит, целиакия и др.), лихорадка неясного генеза, немотивированная потеря массы тела, отсутствие аппетита, появление болей в ночные часы, ночные поты, наличие скрытой крови в кале и железодефицитная анемия. Тем не менее понятно, что у многих пациентов с перечисленными выше органическими заболеваниями эти симптомы могут и отсутствовать.

Наконец, важно подчеркнуть особенности клинических симптомов у пациентов старческого возраста. Многие из них создают условия для поздней диагностики острых заболеваний брюшной полости, так как обращаются к

врачу не сразу, могут дать расплывчатую характеристику своих ощущений, поскольку принимают лекарства, изменяющие характеристику болей и реакцию на болезнь, например лихорадку [21].

Диагноз, дифференциальный диагноз

Объективная оценка болевых ощущений затруднена. Интенсивность их зависит от ряда факторов: типа высшей нервной деятельности, эмоционального фона, обстановки, в которой больной находится. Оценить боль помогает Визуальная аналоговая шкала, отражающая интенсивность боли. Оценку боли должен проводить сам больной. Ответ на вопрос: «Насколько сильную боль вы ощущаете?» может быть представлен в виде горизонтальной линии длиной 100 мм с надписями на концах: «Боли совсем не было» (слева) и «Нестерпимая боль» (справа). Больному предлагают ответить на вопрос, поставив метку на линии. Шкалу обычно используют при проведении клинических исследований.

Для объективной оценки ВЧ применяют баллонно-дилатационный тест. Методика заключается во введении в прямую кишку латексного баллона, который нагнетают воздухом. У здоровых людей растяжение прямой кишки вызывает болевые ощущения при наполнении баллона воздухом до 180 мл. По уровню нагнетания баллона воздухом и появления времени позывов к дефекации оцениваются следующие показатели: первые ощущения, легкий позыв, интенсивный позыв, максимально терпимый объем и боль. Для ВГЧ характерно уменьшение времени появления первого позыва к дефекации [22, 23]. При объективном обследовании необходимо иметь в виду БС, связанную с кожным покровом живота и мышцами брюшного пресса, подробно описанную в начале статьи. Интенсивность болевых ощущений в животе зависит от степени чувствительности нервных сплетений. Солнечное сплетение располагается в глубине брюшной полости влево и вверх от пупка. Кнаружи и несколько вниз от пупка расположены брыжеечные сплетения – верхнее справа и нижнее слева от пупка.

Характер боли обычно не играет решающей роли в дифференциальной диагностике. Тем не менее, если боль продолжается годами, не связана с физиологическими функциями и у больного отсутствуют изменения внутренних органов, которыми можно было бы ее объяснить, можно предполагать психогенный генез болевых ощущений.

Правильная интерпретация болевого синдрома и знание его особенностей при различных заболеваниях позволяют врачу предварительно определить правильный диагноз и лечебную тактику приблизительно у 75–90% больных. Для врача важно также помнить, что брюшная боль может быть вызвана проблемами вне живота, особенно сердечными приступами и пневмонией, которые иногда могут вызывать брюшную боль. Установлению правильного диагноза помогают анализы крови, общий, на электролиты, мочевины, креатинин, печеночные аминотрансферазы, амилазу, липазу и тест на беременность; анализ мочи; электрокардиограмма и обзорные рентгенограммы грудной и брюшной полости.

Для окончательного диагноза необходимы также ультразвуковые, контрастные лучевые и эндоскопические исследования органов брюшной полости. Особенно часто к ним следует прибегать при обследовании пожилых пациентов, чаще имеющих заболевания, требующие использования компьютерной томографии, в том числе с внутривенным контрастированием.

Лечение

При появлении болей в животе, особенно хронических, большие принимают лекарства еще до обращения к врачу. Наиболее часто используются Но-шпой, антацидными препаратами, желчегонными средствами и панкреатическими ферментами. Но-шпа обычно оказывает временный обезболивающий эффект при болях в желудке, кишечнике и желчевыводящих путях спастического характера. Желчегонные и ферментные препараты могут способствовать стиханию болей, вызываемых растяжением кишечника газами. Прекращение боли после приема антацидных средств характерно для кислотозависимых заболеваний.

Принципы симптоматической терапии при болях зависят от их происхождения. При висцеральной боли, связанной со спазмами гладкой мускулатуры, болеутоляющее действие оказывают спазмолитические и холинолитические средства с различным механизмом действия.

К традиционным антихолинергическим и спазмолитическим препаратам относятся атропин, Но-шпа, папаверина гидрохлорид, Платифиллина гидротартрат и Метацин, а также гиосцина бутилбромид (Бускопан), блокатор м₁-холинорецепторов пирензепин, м-холиноблокатор дицикловерин (Триган).

В настоящее время чаще применяют блокаторы натриевых и кальциевых каналов. Представителями последнего поколения подобных препаратов являются гидрохлорида мебеверин (Дюспаталин), пинаверия бромид (Длицетел) и альверина цитрат (Метеоспазмил).

Дюспаталин блокирует натриевые каналы, что ограничивает приток калия и предотвращает таким образом мышечный спазм. Препарат избирательно действует на кишечник и билиарный тракт. Назначают его по 0,2 г (1 капсула) 2 раза в день, за 15–20 мин до еды.

Длицетел представляет собой спазмолитик миотропного действия. Препарат избирательно блокирует потенциалзависимые кальциевые каналы L-типа гладкой мускулатуры кишечника и препятствует избыточному поступлению кальция внутрь клетки. Препарат не обладает антихолинергическим, вазодилаторным и антиаритмическим действием. Его назначают по 0,05 г 3 раза в день, до еды.

Метеоспазмил содержит миотропный спазмолитик цитрат альверина и пеногаситель симетикон. Альверин обладает модулирующим действием на моторику, а симетикон снижает газообразование в кишечнике. Препарат назначают по 1 капсуле 3 раза в день перед едой.

Попытки применения синтетических аналогов энкефалина в качестве регуляторов моторики, уменьшающих боли, привели к созданию тримебутина.

Эффект тримебутина обусловлен влиянием на опиоидные рецепторы ЖКТ. Тримебутин назначают по 0,1–0,2 г 3 раза в день, перед едой, продолжительность лечения 2–4 нед.

Для лечения больных с СРК с выраженной ВГЧ, психогенными болями следует применять трициклические антидепрессанты (например, amitриптилин). Установлено, что антидепрессанты и нейрорептики оказывают влияние на психогенную боль и способны повышать порог ВЧ [24].

На сегодняшний день растет интерес к антидепрессантам из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, а именно дулоксетину. Дулоксетин – антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – продемонстрировал высокую эффективность в терапии больных с СРК с соматоформными нарушениями, такую как: купирование тревожно-депрессивного синдрома

ма и болевого синдрома, устранение диареи, повышение порога ВЧ [25].

Рефлекторная (отраженная) боль, появляющаяся при воспалительных заболеваниях органов пищеварения, может уменьшаться под влиянием анальгетиков – антипиретиков (Анальгин, Баралгин и др.), нестероидных противовоспалительных средств (салицилаты, диклофенак, Вольтарен, Метиндол ретард и др.), препаратов, понижающих чувствительность нервных окончаний (Новокаин, Вентер, Алмагель и др.) и ганглиоблокаторов (бензогексоний, кватерон и др.).

Боль, появляющаяся вследствие раздражения цереброспинальных нервных окончаний париетальной брюшины или корня брыжейки, является результатом перитонита и уступает лишь наркотическим анальгетикам (морфин, Омнопон, Промедол, фентанил, Трамал и др.). В заключение подчеркнем, что при назначении лечения людям пожилого и старческого возраста важно правильно подобрать дозу анальгетика в соответствии с возможной почечной и печеночной недостаточностью, риском деменции и потери равновесия (падения).

Заключение

Боль в животе – сложный диагноз, который часто требует тщательного обследования для выявления функци-

ональных или органических состояний, избегая чрезмерного исследования. В клинической практике подробный анамнез болезни и тщательный физический осмотр могут значительно сузить объем исследований. Эндоскопические и другие инструментальные инвазивные исследования должны быть строго обоснованы и применяться в рамках рационального экономически эффективного подхода.

Раскрытие интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The author declares that he has no competing interests.

Вклад автора. Автор декларирует соответствие своего авторства международным критериям ICMJE.

Author's contribution. The author declares the compliance of his authorship according to the international ICMJE criteria.

Источник финансирования. Автор декларирует отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The author declares that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

ББП – боль в брюшной полости

ББС – боль в брюшной стенке

ВГЧ – висцеральная гиперчувствительность

ВЧ – висцеральная чувствительность

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИЛ – интерлейкин

СРК – синдром раздраженного кишечника

ТРП – транзитные рецепторные потенциалы

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Парфенов А.И. Боль в животе в практике терапевта. *Терапевтический архив*. 2008;80(8):38-42 [Parfenov AI. Pain in the abdomen in the practice of a therapist. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2008;80(8):38-42 (in Russian)].
- McGarrity TJ, Peters DJ, Thompson C, McGarrity SJ. Outcome of patients with chronic abdominal pain referred to chronic pain clinic. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(7):1812-6. DOI:10.1111/j.1572-0241.2000.02170.x
- Costanza CD, Longstreth GF, Liu AL. Chronic abdominal wall pain: clinical features, health care costs, and long-term outcome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2(5):395-9. DOI:10.1016/s1542-3565(04)00124-7
- Mui J, Allaire C, Williams C, Yong PJ. Abdominal wall pain in women with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(2):154-9. DOI:10.1016/j.jogc.2015.11.003
- Clarke S, Kanakarajan S. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*. 2015;15(2):60-3.
- Sippo WC, Gomez AC. Nerve-entrapment syndromes from lower abdominal surgery. *J Fam Pract*. 1987;25(6):585-7.
- Shian B, Larson ST. Abdominal Wall Pain: Clinical Evaluation, Differential Diagnosis, and Treatment. *Am Fam Physician*. 2018;98(7):429-36.
- Towfigh S, Anderson S, Walker A. When it is not a Spigelian hernia: abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Am Surg*. 2013;79(10):1111-4.
- Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, et al. Risk factors, clinical presentation, and outcomes for abdominal wall endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(3):478-84. DOI:10.1016/j.jmig.2017.01.005
- Karaca B, Tarakci H, Tumer E, et al. Primary abdominal wall actinomycosis. *Hernia*. 2015;19(6):1015-8. DOI:10.1007/s10029-013-1208-2
- Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А., Черемушкина Н.В. Биомаркеры в диагностике синдрома раздраженного кишечника, каковы реалии? *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018;10:86-91 [Maev IV, Cheremushkin SV, Kucheryavyy YA, Cheremushkina NV. Biomarkers In The Diagnosis Of Irritable Bowel Syndrome, What Is The Reality? *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2018;10:86-91 (in Russian)]. DOI:10.31146/1682-8658-ecg-158-10-86-91
- Katsumata R, Shiotani A, Muraio T, et al. The TPH1 rs211105 gene polymorphism affects abdominal symptoms and quality of life of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *J Clin Biochem Nutr*. 2018;62(3):270-6. DOI:10.3164/jcfn.17-76
- Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016; S0016-5085(16)00223-7. DOI:10.1053/j.gastro.2016.02.032
- Meerveld BG, Johnson AC. Mechanisms of Stress-induced Visceral Pain. *J Neurogastroenterol Motil*. 2018;24(1):7-18. DOI:10.5056/jnm17137
- Szymaszkiwicz A, Włodarczyk J, Wasilewski A, et al. Desensitization of transient receptor potential vanilloid type-1 (TRPV1) channel as promising therapy of irritable bowel syndrome: characterization of the action of palvanil in the mouse gastrointestinal tract. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*. 2020;393(8):1357-64. DOI:10.1007/s00210-020-01829-x
- Balemans D, Boeckxstaens GE, Talavera K, Wouters MM. Transient receptor potential ion channel function in sensory transduction and cellular signaling cascades underlying visceral hypersensitivity. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2017;312(6):G635-48. DOI:10.1152/ajpgi.00401.2016
- Szymaszkiwicz A, Włodarczyk J, Wasilewski A, et al. Desensitization of transient receptor potential vanilloid type-1 (TRPV1) channel as promising therapy of irritable bowel syndrome: characterization of the action of palvanil in the mouse gastrointestinal tract. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*. 2020;393(8):1357-64. DOI:10.1007/s00210-020-01829-x
- Парфенов А.И. Болезни илеоцекальной области. М.: Анахарсис, 2005 [Parfenov AI. Boleznii ileotsekal'noi oblasti. Moscow: Anacharsis, 2005 (in Russian)].

19. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000 [Loginov AS, Parfenov AI. *Bolezni kishechnika. Rukovodstvo dlia vrachei*. Moscow: Meditsina, 2000 (in Russian)].
20. Парфенов А.И. Энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения. 2-е изд. М.: Медконгресс, 2022; с. 244 [Parfenov AI. *Enteropatiia s narusheniim membrannogo pishchevareniiia*. 2-e izd. Moscow: Medkongress, 2022; p. 244 (in Russian)].
21. Magidson PD, Martinez JP. Abdominal pain in the geriatric patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2016;34(3):559-74. DOI:10.1016/j.emc.2016.04.008
22. Dong WZ, Zou DW, Li ZS, et al. Study of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Chin J Dig Dis*. 2004;5(3):103-9. DOI:10.1111/j.1443-9573.2004.00168.x
23. Макарова А.А., Дюкова Г.М., Ручкина И.Н., и др. Висцеральная чувствительность в диагностике и лечении синдрома раздраженного кишечника тяжелого течения. *Терапевтический архив*. 2022;94(2S):356-61 [Makarova AA, Dyukova GM, Ruchkina IN, et al. Visceral sensitivity in the diagnosis and treatment of severe irritable bowel syndrome. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2022;94(2S):356-61 (in Russian)]. DOI:10.26442/00403660.2022.02.201394
24. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, et al. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and metaanalysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;51:142-52. DOI:10.1016/j.cpr.2016.11.001
25. Salehian R, Mokhtare M, Ghanbari Jolfaei A, Noorian R. Investigation the Effectiveness of Duloxetine in Quality of Life and Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Adv Biomed Res*. 2021;10:14. DOI:10.4103/abr.abr_247_20

Статья поступила в редакцию / The article received: 04.07.2022



OMNIDOCTOR.RU