

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В ДВУХ ТОМАХ

Под редакцией профессора И. В. МАЕВА,
профессора В. А. ШЕСТАКОВА

ТОМ 2

Рекомендовано

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский
университет имени И. М. Сеченова»
в качестве учебника для студентов учреждений
высшего профессионального образования,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»*

*Регистрационный номер рецензии 326
от 29 сентября 2011 г. ФГАУ «ФИРО»*

2-е издание, стереотипное



Москва
Издательский центр «Академия»
2012

УДК 616-07(075.8)

ББК 53.4я73

П817

Авторы:

И. В. Маев, В. А. Шестаков, А. А. Самсонов, И. Н. Никушкина, Л. М. Салова, А. Н. Казюлин, Н. Н. Голубев

Рецензенты:

зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета
Российского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, профессор *А. В. Струтынский*;
зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Московской международной академии
имени И. М. Сеченова, директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии
и гепатологии имени В. Х. Василенко, академии РАМН, д-р мед. наук, профессор *В. Т. Ивашкин*

Пропедевтика внутренних болезней. В 2 т. Т. 2 : учеб. для студ. учреж-
П817 дений высш. проф. образования / [И. В. Маев, В. А. Шестаков, А. А. Самсонов
и др.] ; под ред. И. В. Маева, В. А. Шестакова. — 2-е изд., стер. — М. : Издательский
центр «Академия», 2012. — 368 с., [24] л. цв. ил.

ISBN 978-5-7695-9322-2

Изложены современные представления об этиологии, патогенезе, особенностях клинической картины заболеваний внутренних органов. Представлены основные сведения о высокоинформативных клинических, лабораторных и инструментальных методах обследования. Рассмотрены основы диагностики наиболее распространенных в клинической практике патологических синдромов и заболеваний внутренних органов.

В томе 2 рассмотрены желудочно-кишечный тракт, мочевыделительная система и система крови.

Учебник создан в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами по специальности «Лечебное дело».

Для студентов учреждений высшего медицинского профессионального образования.

УДК 616-07(075.8)

ББК 53.4я73

Учебное издание

**Маев Игорь Вениаминович, Шестаков Вячеслав Александрович,
Самсонов Алексей Андреевич и др.**

Пропедевтика внутренних болезней

Том 2

Под редакцией И. В. Маева, В. А. Шестакова

Учебник

Редактор *М. Дахнова*. Технический редактор *Н. И. Горбачева*.

Компьютерная верстка: *О. В. Пешкетова*. Корректоры *Л. В. Гаврилина, Т. М. Власенко*

Изд. № 102114711. Подписано в печать 30.05.2012. Формат 70 × 100/16. Гарнитура «Ньютон».

Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 31,85 (в т. ч. цв. вкл. 1,95). Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательский центр «Академия». www.academia-moscow.ru

125252, Москва, ул. Зорге, д. 15, корп. 1, пом. 26б.

Адрес для корреспонденции: 129085, Москва, пр-т Мира, 101В, стр. 1, а/я 48.

Тел./факс: (495) 648-0507, 616-00-29.

Санитарно-эпидемиологическое заключение № РОСС RU. АЕ51. Н 16067 от 06.03.2012.

Отпечатано в Идел-Пресс.

*Оригинал-макет данного издания является собственностью Издательского центра «Академия»,
и его воспроизведение любым способом без согласия правообладателя запрещается*

© Коллектив авторов, 2012

© Образовательно-издательский центр «Академия», 2012

© Оформление. Издательский центр «Академия», 2012

ISBN 978-5-7695-9322-2 (т. 2)

ISBN 978-5-7695-9320-8

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Глава 14

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

14.1. Расспрос больного с заболеваниями органов пищеварения

Расспрос и объективное обследование больного, включающее поверхностную пальпацию живота, глубокую пальпацию живота, перкуссию, являются важнейшими элементами врачебной техники, необходимыми для диагностики заболеваний ЖКТ.

Несмотря на внедрение в медицинский арсенал большого количества новых дополнительных методов исследования, как лабораторных, так и инструментальных, традиционные клинические методы исследования больного никогда не утратят своего ведущего значения в диагностике любого заболевания, в том числе и ЖКТ. Проиллюстрировать значение традиционного клинического обследования больного с патологией органов пищеварения можно на примере диагностики широко распространяющейся в последнее время функциональной патологии ЖКТ.

Функциональные заболевания — это болезни, не сопровождающиеся органическими причинами: воспалением, деструкцией и т. п. Тем не менее тяжесть клинических проявлений при функциональной патологии является серьезной проблемой для пациентов и врачей. Это в первую очередь связано с тем, что у пациента с функциональной патологией ЖКТ органические поражения не выявляются ни одним самым современным методом исследования, а назначать лечение необходимо. В такой ситуации как раз и проявляется все умение врача правильно провести клиническое обследование, расспросить больного, осуществить его осмотр.

Именно расспрос о характере симптомов, условиях их возникновения, динамике помогает врачу найти правильное решение и облегчить страдания пациента, а не отмахнуться от больного назначением симптоматической терапии после безуспешного, подчас избыточного инструментального и лабораторного исследования. Безусловно, и при органической патологии правильно проведенное полноценное клиническое исследование больного позволяет быстро и рационально провести весь комплекс диагностических мероприятий, вовремя начать рациональное и эффективное лечение болезни.

Современный врач должен умело ориентироваться во всем существующем спектре диагностических процедур и помнить, что квалифицированно проведенное субъективное и объективное клинические обследования могут в ряде случаев заменить большое количество дорогостоящих процедур.

Клиническое обследование больного с патологией органов пищеварения строится по традиционному плану и начинается с расспроса больного.

14.1.1. Жалобы, характерные для заболеваний пищевода

Симптомы поражения пищевода связаны главным образом с нарушением продвижения пищи в направлении желудка после ее проглатывания и симптомами регургитации содержимого желудка в пищевод (рефлюксные симптомы).

Дисфагия. Симптом дисфагии определяется как невозможность сделать глоток, нарушение движения пищевого комка в глотке и по пищеводу, а также неприятные ощущения, связанные с задержкой пищи в этих органах (В.Х. Василенко и др., 1971). Чаще всего дисфагия — это ощущение замедления, препятствия или остановки продвижения пищи, возникающее при ее проглатывании в области глотки (орофарингеальная дисфагия) или по ходу пищевода, чаще в местах его физиологических сужений (рис. 14.1). Дисфагия может носить как функциональный, так и органический характер.

Функциональная дисфагия (нарушение деятельности нервно-мышечного аппарата пищевода) возникает в молодом возрасте в результате невроза. Она вызвана спазмом гладкой мускулатуры пищевода. Такой вид дисфагии периодичен, так как связан со стрессовыми факторами, невротизацией больных. Кроме того, функциональная дисфагия наблюдается при нарушении глотательного рефлекса, возникающего при поражении центра, ответственного за акт глотания, в головном мозге (нарушение мозгового кровообращения), нарушении чувствительной иннервации пищевода, синдроме Шегрена, склеродермии, дерматомиозите, врожденных или вторичных мио- и нейропатиях, ахалазии кардии (рис. 14.2).

Характерной чертой функциональной дисфагии, связанной с невротизирующими факторами, является ее возникновение на фоне сильных переживаний, а также полная ликвидация симптомов после приема седативных средств, сна. Характерна также повышенная чувствительность к холодным, сильногазированным напиткам, причем консистенция пищи проходит достаточно свободно

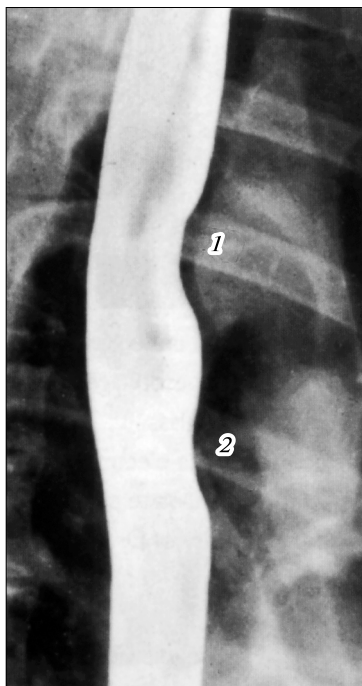


Рис. 14.1. Рентгенографическая картина нормального пищевода. Хорошо видны физиологические сужения рельефа пищевода:

1 — сужение, вызванное дугой аорты; 2 — сужение, вызванное левым бронхом

Рис. 14.2. Рентгенологическая картина ахалазии кардии



(парадоксальная дисфагия). При функциональной дисфагии на протяжении многих лет отсутствуют отрицательная динамика и нарастание симптомов.

Органическая дисфагия носит стойкий или нарастающий характер. Она может быть симптомом врожденной патологии, но чаще возникает вследствие наличия опухолевого процесса — доброкачественные или злокачественные опухоли пищевода (рис. 14.3), рубцового поражения, реже стеноза на фоне выраженного острого воспаления, отека стенки органа, обтурации пищевода инородным телом. Иногда стриктуры могут возникать при химических травмах пищевода (прием концентрированных кислот или щелочей), длительном забросе в пищевод кислого желудочного содержимого при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Дисфагия на ранних стадиях этого заболевания не постоянна и обусловлена гипермоторной дискинезией пищевода. Появление более стойкой дисфагии с постепенным уменьшением частоты и интенсивности изжоги свидетельствует о развитии пептической стриктуры пищевода, а в сочетании с прогрессирующим похуданием — о развитии аденокарциномы пищевода.

Стриктуры могут развиваться и при хронических воспалительных процессах в стенке пищевода (болезнь Крона, буллезный, кандидозный формы эзофагита и др.). Иногда органическая дисфагия сопровождается длительно текущей железодефицитной анемией. При данной патологии, известной как синдром Паттерсона — Брауна — Келли, дисфагию вызывает образование в верхней части пищевода мембран, суживающих его просвет (рис. 14.4). Циркулярно суживающие просвет пищевода мембраны (кольца), располагающиеся чаще в дистальном отделе пищевода, области нижнего эзофагеального сфинктера (кольцо Шацкого), могут также вызывать симптом дисфагии (рис. 1 цв. вклейки).

Кроме того, выделяют *параэзофагеальную дисфагию*, вызываемую патологией органов, соседствующих с пищеводом, и сдавливанием последнего извне: заглоточным или медиастинальным абсцессом; увеличенной щитовидной железой; aberrантной правой подключичной артерией; инверсией дуги аорты; аневризмой аорты; дилатированным левым предсердием при митральном стенозе.

Боль при глотании и прохождении пищи по пищеводу. Боль при глотании или при прохождении пищи по пищеводу (одинофагия) близка по механизму возникновения к симптому дисфагии и часто его сопровождает. Одинофагия характерна для эзофагитов, особенно кандидозного и вызванного вирусом герпеса, рака

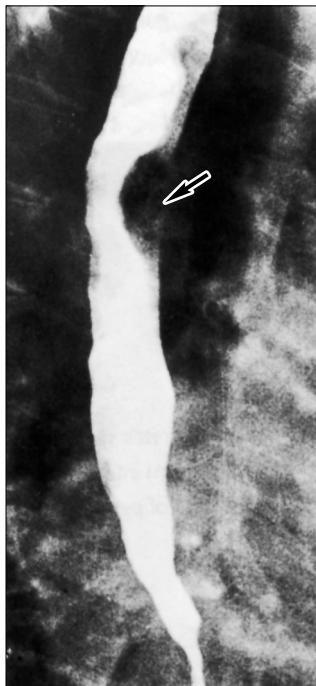


Рис. 14.3. Рентгенологическая картина аденокарциномы пищевода, сужающей его просвет

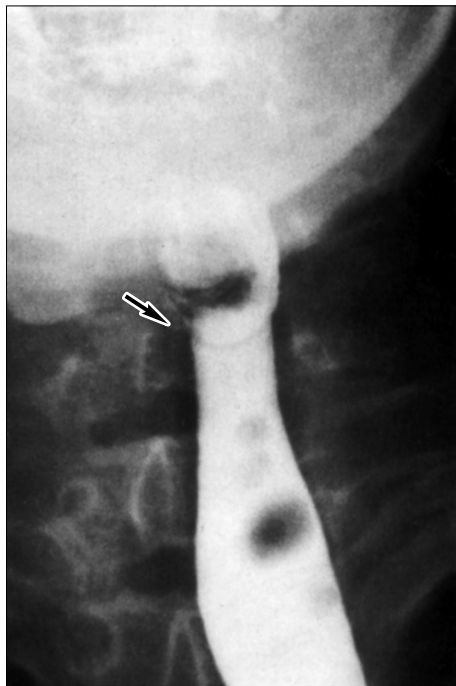


Рис. 14.4. Рентгенологическая картина мембранозного сужения пищевода

пищевода, поражения пищевода при приеме сильных кислот или щелочей, механической травме (ранении) пищевода.

Боль при диффузном спазме гладкой мускулатуры пищевода (диффузный эзофагоспазм). Данный вид боли характеризуется значительной выраженностью. Боль носит нестерпимый характер («разрывающая», «разламывающая»). Она возникает как при приеме пищи, так и без связи с проглатыванием пищевого комка, ночью. Длительность данных болей различна: от нескольких минут до нескольких часов. Боли облегчаются приемом теплой воды и спазмолитиками (нитраты). Нередко данный болевой синдром сопровождается парадоксальной дисфагией.

Причиной данного болевого синдрома является диффузный спазм гладкой мускулатуры пищевода, его грудного отдела (гипермоторная дискинезия пищевода). Рентгенологически при диффузном спазме пищевода наблюдается характерная картина так называемого «штопорообразного» пищевода (рис. 14.5). Нередко (примерно у 60 % пациентов с указанным видом болевого синдрома) к данному явлению может приводить ГЭРБ; у остальных данное явление имеет функциональную природу.

Боли, связанные с ГЭРБ, чаще локализованы за грудиной или в левой половине грудной клетки. Они могут быть жгучими, давящими, колющими. Боли значительно варьируют по своей интенсивности, иррадиируют в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, а по клиническим характеристикам практически неотличимы от коронарных (стенокардия).

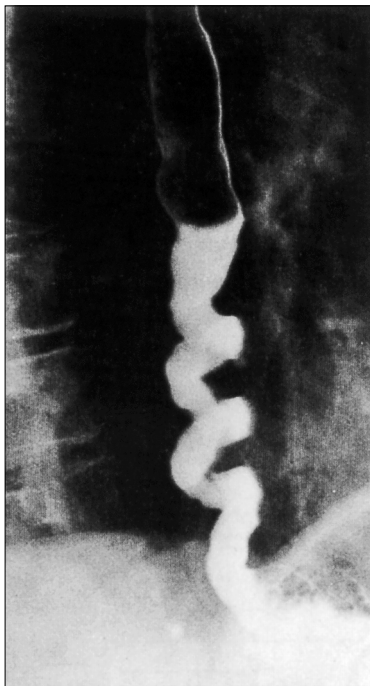


Рис. 14.5. Рентгенологическая картина, характерная для диффузного спазма пищевода («штопорообразный» пищевод)



Рис. 14.6. Рентгенологическая картина дивертикула пищевода

Боли могут появляться сразу после приема пищи, провоцироваться физической или эмоциональной нагрузкой, возникать в покое, ночью, усиливаться при наклонных движениях туловища. Возникновение болей связывают с воздействием рефлюктата на слизистую оболочку пищевода и спазмом гладкой мускулатуры, развивающимся вторично после рефлюкса содержимого желудка в пищевод, а также с ущемлением пролабировавшей слизистой оболочки желудка в области желудочно-пищеводного перехода. Дифференцировать эти боли со стенокардией можно, выполнив пробу Берштейна или тест Степаненко¹.

Для уточнения генеза болей необходимо одновременно проведение 24-часовой рН-метрии и холтеровское мониторирование ЭКГ. Данный мониторинг обеспечивает получение достоверной информации о связи рефлюксных симптомов с колебаниями внутрипищеводного рН и изменениями на ЭКГ. Возникновение и усиление болей за грудиной при ГЭРБ также может соответствовать появлению и прогрессированию пептической стриктуры пищевода.

¹Тест Берштейна заключается в дозированном введении 15 мл 0,1 % раствора HCl в пищевод, которое при рефлюксной болезни приводит к появлению типичной симптоматики. Для достоверности тест повторяют дважды. Этот тест может оказаться полезным в диагностике неэрозивной ГЭРБ, функциональных болезней пищевода (диффузный спазм пищевода), когда слизистая оболочка пищевода визуалью не изменена, но возникают такие симптомы, как изжога, боль. Более физиологичным является тест Степаненко, при проведении которого пациенту вводят в просвет пищевода его собственный желудочный сок.

Пищеводная рвота. Такая рвота связана с застоем пищи в пищеводе при его сужении: при раке, рубцовом стенозе, дивертикуле пищевода (рис. 14.6). Особенностью пищеводной рвоты является отсутствие признаков переваривания пищи, высокое рН среды рвотных масс, отсутствие чувства тошноты перед рвотой, провоцирование рвоты наклоном туловища вперед, физическим усилием больного (подъем тяжести).

Отрыжка газом (воздухом), пищей (регургитация, срыгивание). Отрыжка обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном сфинктере, что вызывает заброс содержимого желудка в пищевод до полости рта (недостаточность верхнего пищеводного сфинктера). Данные явления могут возникать при физическом напряжении, наклонах туловища, в положении лежа, при передании, торопливой еде и т. п.

Различают физиологическую отрыжку (прием газированных напитков, переизбыток) и патологическую — при недостаточности кардиального сфинктера желудка и верхнего пищеводного сфинктера, функциональной диспепсии, эрозивном гастрите, язве желудка, раке желудка. Отрыжка тухлым свидетельствует о застое пищи в желудке, ее разложении (нарушение эвакуации пищи из желудка, ахлоргидрия, ахилия). Отрыжка также часто наблюдается при ГЭРБ.

Наличие постоянного срыгивания может привести к регургитации содержимого желудка в респираторную систему с развитием бронхообструктивного синдрома, пневмонии, а также поражению гортани, полости рта с развитием стоматита, нарушению структуры зубной эмали (кариес) и пр.

Изжога. Для изжоги характерны жгучие, разной интенсивности и продолжительности, иногда мучительные ощущения жжения за грудиной, в области глотки, шеи, реже в эпигастрии. Данный симптом связан с вовлечением в патологический процесс пищевода, его структур и возникает чаще всего при эзофагите, вызванном забросами (гастроэзофагеальный рефлюкс) в просвет пищевода кислого содержимого желудка (рис. 2 цв. вклейки). Постоянно повторяющиеся забросы могут вызывать катаральное, эрозивно-язвенное поражение пищевода — ГЭРБ, которая при длительном течении приводит к развитию таких серьезных осложнений, как стеноз и рак. Изжога — это кардинальный, часто единственный симптом ГЭРБ.

Считается, что главным в механизме данного симптома при ГЭРБ является длительное воздействие на слизистую оболочку пищевода кислотой и пепсином, причем решающим фактором является частота, интенсивность и продолжительность кислотных забросов (время в процентах с рН менее 4). Длительное воздействие ионов водорода вызывает снижение порога чувствительности рецепторов стенки пищевода, реагирующих в норме на изменение давления в органе, перерастяжение и прочие воздействия.

Кроме того, симптом изжоги может быть вызван забросом желчи (билиарный рефлюкс) при дуоденогастральном и гастроэзофагеальном желчных рефлюксах, которые часто сопровождают патологию желчевыводящих путей, поджелудочной железы, нарушение моторной активности двенадцатиперстной кишки (дуоденостаз). В этом случае больные одновременно с изжогой часто предъявляют жалобы на чувство горечи во рту, особенно по утрам. В модулировании симптома изжоги при патологии желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки играет определенную роль рецепторный аппарат двенадцатиперстной кишки, реагирующий на поступление жирной пищи в ее просвет выделением холецистокинина

и других регуляторных пептидов, которые влияют на процессы висцерального восприятия в пищевом тракте, в том числе и кислотных забросов, вызывая появление изжоги.

Провоцировать возникновение изжоги могут прием определенных продуктов, курение, физическая нагрузка, наклоны туловища и принятие горизонтального положения сразу после приема пищи. Вызывает изжогу также механическое перерастяжение пищевода (застой пищи разного генеза). В этом случае мышечная система пищевода (продольные мышцы) сокращаются, вызывая данный симптом.

В ряде случаев изжога может носить и чисто функциональный характер. Функциональная изжога не является следствием органической патологии пищевода и желудка (при функциональной изжоге отсутствуют патологические признаки гастроэзофагеального рефлюкса или другая патология пищевода). Наличие данного симптома может быть связано с нарушением чувствительности слизистой оболочки по типу гиперчувствительности к разным раздражителям, как патологическим, так и физиологическим.

Таким образом, к симптому изжоги необходимо подходить очень внимательно, проводя исследование не только пищевода, но и гастродуоденальной зоны, системы желчевыводящих путей.

Икота. Икота возникает при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы в результате рефлюкс-эзофагита, раке кардии, пищевода, а также раздражении диафрагмального и блуждающих нервов.

Слюнотечение. Этот частый симптом эзофагита и ахалазии кардии (нарушения раскрытия кардии), стеноза пищевода возникает при раздражении блуждающего нерва.

Кровотечение. При кровотечении из пищевода кровь часто вытекает из варикозно расширенных вен у больных циррозом печени (рис. 3 цв. вклейки), при синдроме Маллори — Вейсса (продольных надрывах слизистой оболочки кардии и пищевода, возникающих при интенсивной рвоте, чаще при злоупотреблении алкоголем).

14.1.2. Жалобы, характерные для заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки

Болевой синдром. *Болевой абдоминальный синдром* в клинических проявлениях заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки и тесно связанных с ней органов является наиболее ярким и характерным признаком патологии гастродуоденальной зоны. Боль представляет собой сложное ощущение, в котором восприятие организмом сильных (повреждающих) стимулов — ноцицепция — соединяется с субъективным опытом, включающим сильный эмоциональный компонент.

Различают острую и хроническую боль.

Острая боль в животе (острый живот) — это клиническое состояние, характеризующееся сильной болью, часто с острым началом, резко ограничивающее деятельность пациента, вызываемое чрезмерной повреждающей стимуляцией чувствительных рецепторов.

Хроническая боль возникает при длительном воздействии умеренных повреждающих стимулов.

Следует иметь в виду, что механизмы болевого синдрома при патологии разных органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь) могут быть одинаковыми.

Говоря о механизмах болевого синдрома при поражении ЖКТ в целом, следует иметь в виду, что слизистая оболочка его органов, кроме полости рта, не чувствительна ко многим стимулам, которые при действии на другие структуры организма, например на кожу, вызывают ощущение боли. Не дают болевого ощущения при их раздражении также висцеральная серозная оболочка и большой сальник. Рецепторы, способные участвовать в формировании болевых ощущений, локализируются в мышечных слоях стенки полых органов ЖКТ, имеющих чувствительные окончания волокон симпатического нервного сплетения (рис. 4 цв. вклейки). Раздражение данных рецепторов может приводить к болевому синдрому в результате трех причин:

- 1) раздражения висцеральных нервных окончаний в результате растяжения органа (дистензии), содержимым, газом, в результате повышения давления в полости органа;

- 2) спазма гладкой мускулатуры органа;

- 3) непосредственного раздражения рецепторных окончаний в результате воспаления, ишемии, деструкции: инфильтративные воспалительные процессы, тромбоз сосудов, язвенные, опухолевые и другие процессы, распространяющиеся на всю стенку органа (рис. 5 цв. вклейки).

Во всех случаях для появления болевого синдрома необходима большая скорость воздействующих факторов, препятствующая адаптации рецепторов. Постепенное воздействие к боли, как правило, не приводит.

Если источником боли является воспалительный процесс, раздражение висцеральных нервных окончаний осуществляется продуктами воспаления (серотонин, гистамин, лейкотриены, простагландины) или тканевыми метаболитами (при ишемии).

Существенное значение имеет воздействие соляной кислоты на чувствительность рецепторов, реагирующих на перерастяжение органа, внутриполостное давление. Воздействие соляной кислоты, особенно при ее гиперпродукции (гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), значительно понижает порог чувствительности данных рецепторов, вызывая болевые ощущения, снимаемые ощелачивающими и антисекреторными средствами. При злокачественных опухолевых процессах боль возникает непосредственно в результате инфильтрирования и разрушения опухолью нервных окончаний органа.

При патологических процессах могут раздражаться не только висцеральные нервные окончания, вызывающие боль, но и соматические, в париетальных серозных покровах (перитонеальная выстилка задней стенки брюшной полости), имеющие чувствительную спинномозговую иннервацию.

По принципу иннервации принято делить болевой синдром на висцеральный, соматический (париетальный) и смешанный. Как правило, чисто висцеральным является спастический и дистензионный болевые синдромы, а боль при вовлечении париетальных серозных покровов приобретает характер соматической.

Выделяют следующие признаки *висцерального болевого абдоминального синдрома*:

- 1) боль плохо локализована, ощущается чаще по средней линии живота (за счет мультисегментарной и симметричной двухсторонней иннервации);
- 2) сопровождается вегетативными реакциями: тошнотой, рвотой, тахикардией, потливостью и т. п.;
- 3) пальпаторно вызываемые ощущения боли в месте ее локализации возможны, но симптомов раздражения брюшины нет.

Отдельно выделяется *висцеральный болевой синдром с иррадиацией* (вверх и влево при язвах верхних отделов желудка, в правое подреберье при язвах антрального отдела и двенадцатиперстной кишки). Синдром характерен для язвенного процесса, распространяющегося на все слои органа с перипроцессом, но без пенетрации.

Висцерально-соматический (смешанный) болевой синдром описали Г. А. Захарьин и Х. Гед как результат взаимодействия висцеральных и соматических дерматомов в задних рогах спинного мозга. В результате данного взаимодействия болевые ощущения от внутренних органов проецируются в определенных областях поверхности тела, на коже, проявляясь зонами гиперестезии (зоны Захарьина — Геда). Считается, что данный феномен наблюдается при достаточно распространенном воспалительном процессе в органе. Существует также и определение данного вида болевого синдрома как отраженного (рефлекторного), существующего в двух видах:

- 1) непосредственно не связанного с патологией органов брюшной полости и передающегося от разных органов, например грудной клетки;
- 2) иррадиирующего из брюшной полости в области, не являющиеся вместилищем пораженного органа, но имеющие общую нейросегментарную иннервацию с пораженным органом, например иррадиация боли при остром холецистите в область правой или левой лопатки (рис. 14.7).

Помимо перечисленных механизмов возникновения болевого синдрома выделяют психогенный механизм (психогенные боли), возникающие без периферического воздействия или если воздействие с периферии играет роль пускового момента «толчка». Данный вид болевого синдрома чаще наблюдается при патологии, сопряженной с психической деятельностью человека и ее патологическими состояниями (депрессии, психозы и пр.).

Болевой синдром, наблюдающийся при патологии ЖКТ, может быть не только связан с органической патологией, но и носить функциональный характер — *функциональные абдоминальные боли*. Немаловажное значение в этом случае имеет нарушение порога чувствительности нервных окончаний органов пищеварительной системы, возникающее в результате воздействия сенсibiliзирующих агентов, приводящих к дискоординации регуляторного влияния нейрогуморальных факторов (стресс, дезадаптация, психосоциальные факторы, инфекция, генетическая предрасположенность, особенности конституции и др.). В данном случае имеет место неадекватность реакции рецепторов к естественным раздражающим агентам, действующим в физиологическом диапазоне (прием пищи), — аллодиния или при воздействии мягких повреждающих стимулов (растяжение кишки при метеоризме), обычно не вызывающих болевого ощущения, — гипералгезия. Существует мнение, что большое значение в развитии гипералгезии играют серо-

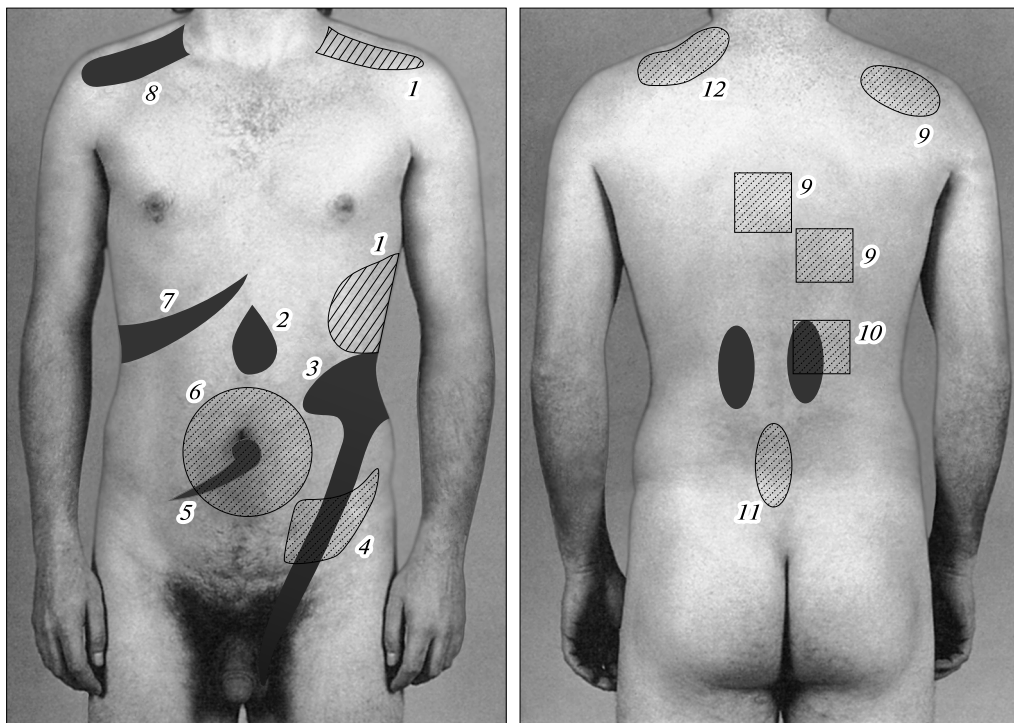


Рис. 14.7. Проекция висцеральных болей на поверхности кожи больного:

a — вид спереди; *b* — вид сзади: 1 — селезенка, левый купол диафрагмы; 2 — двенадцатиперстная кишка, область привратника желудка, головка поджелудочной железы; 3 — левая почка, левый мочеточник; 4 — сигмовидная кишка; 5 — аппендикс; 6 — тонкая кишка; 7 — печень, желчный пузырь; 8 — правый купол диафрагмы; 9 — желчный пузырь, билиарный тракт;

10 — локализация болей при панкреатите, мочекаменной болезни; 11 — мочеточник, прямая кишка; 12 — перфоративная язва желудка, селезенка

тонин и серотониновые рецепторы разных типов, холецистокинин и лиганды опиатных рецепторов. Кроме того, может иметь место и неадекватность реакции на боль органа в целом или его структур, в частности мышечной системы. Возможно также и спонтанное возникновение боли без видимых иницирующих причин — спонтанные болевые спазмы.

В конечном результате возникает дискинезия (гиперсегментарный гиперкинез, антиперистальтический гиперкинез или дискоординация тонического и пропульсивного компонентов моторики, реже — дистонический гипо- или акинез или смешанный характер дисмоторики). В данном случае дискинезия является следствием несостоятельности регуляторных взаимоотношений между центральной, вегетативной нервной системой, нейроэндокринным аппаратом и ЖКТ (рис. 6 цв. вклейки; рис. 14.8). Дисмоторика в свою очередь может давать тот или иной висцеральный болевой синдром — спастический или атонический, за счет перерастяжения органа повышенным внутрипросветным давлением, а также приводить к появлению других симптомов: метеоризма, диареи, запора, их сочетаний и чередований в разных комбинациях.

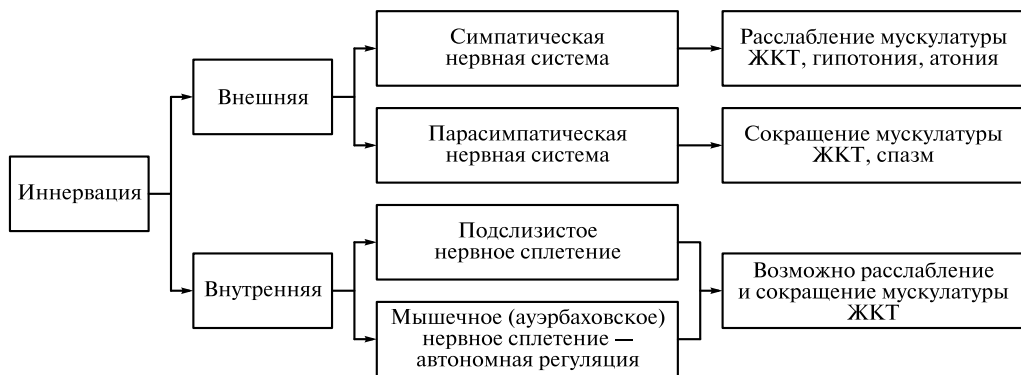


Рис. 14.8. Нервная регуляция моторной функции желудочно-кишечного тракта

Указанные виды болевого синдрома (висцеральный и соматический) отличаются по характерным субъективным признакам. Висцеральный болевой синдром воспринимается чаще как тупая, ноющая боль без четкой локализации. Больные обычно указывают на регион, в котором данная боль проецируется. Так, при патологии желудка и двенадцатиперстной кишки висцерально обусловленные болевые ощущения обычно локализуются в эпигастральной области и носят разлитой характер.

Нечеткость локализации боли связана в первую очередь с тем, что количество нервных окончаний в органах ЖКТ значительно меньше, чем в коже, а также с иннервацией из нескольких сегментов с обеих сторон спинного мозга. Дистензионные боли чаще носят распирающий характер, дают ощущение тяжести, инородного тела, иногда приобретают жгучий характер (ощущение жжения, тепла и пр.). Спастические боли обычно более острые (колики): «режущие», «тянущие», «схватывающие».

Говоря о наиболее характерной локализации болевого синдрома висцерального происхождения, связанного с поражениями желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящей системы, поджелудочной железы, следует сказать, что во всех этих случаях боли чаще локализуются в зоне эпигастрия по средней линии (подложечная область) (рис. 14.9). Только при присоединении соматической компоненты (распространение процесса на париетальную брюшину, резкое перерастяжение органа или спазм мускулатуры) боли приобретают типичную локализацию, например в правом подреберье — при остром холецистите, желчной колике.

Соматический болевой синдром, как правило, более четко локализован и значительно острее и выраженнее по силе, чем висцеральный. Больной обычно четко показывает пальцем, где болит, щадит от механического воздействия больное место, так как данная боль значительно усиливается при кашле, сотрясении, поколачивании, перемене положения тела и др. Пациент с данным болевым синдромом иногда занимает причудливое вынужденное положение и как бы застывает в нем, а при висцеральном болевом синдроме часто «не находит себе места». В ряде случаев, например при прободении язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки, болевой синдром приобретает острейший характер, как от удара кинжалом.

Особенности абдоминальной боли при разных заболеваниях ЖКТ и других внутренних органов приведены в табл. 14.1.

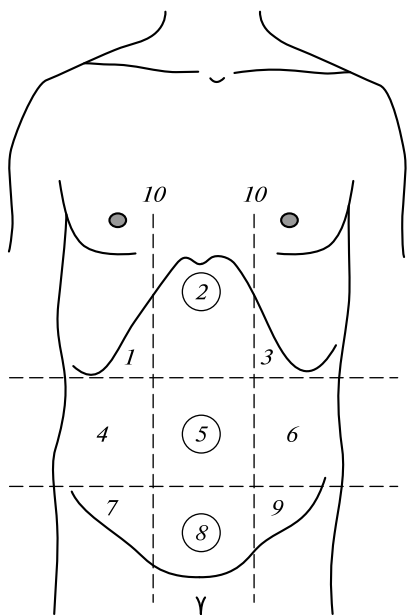


Рис. 14.9. Регионы передней брюшной стенки: 1, 3 — правое и левое подреберья; 2 — эпигастральная область; 4, 6 — правые и левые фланки живота; 5 — область пупка; 7, 9 — правая и левая подвздошные области; 8 — гипогастральная или надлобковая область; 10 — край прямых мышц живота. Локализация висцеральной боли (показана кружками): в эпигастральной области (2) характерна для желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы; в области пупка (5) — для тонкой кишки, аппендикса, правой половины ободочной кишки; в надлобковой области (8) — для толстой кишки, почек, женских половых органов и аппендикса

Боли в эпигастральной области и ощущение тяжести связаны с заболеваниями желудка, печени, поджелудочной железы, наличием грыжи белой линии живота и другими заболеваниями брюшной полости. Боли в эпигастральной области при заболеваниях желудка (гастрит, язва) возникают вследствие растяжения желудка или спазма мускулатуры и имеют, как правило, висцеральное происхождение. При глубоком поражении стенки желудка может наблюдаться висцерально-соматический (иррадиация болей) или даже соматический болевой синдром (рак желудка, пенетрирующая язва). Чаще всего боли иррадиируют в спину, подобно болям при поражении желчевыводящих путей и поджелудочной железы. В целом иррадиация свидетельствует о локализации и глубине процесса в стенке органа, а также об интенсивности поражения и раздражающих нервные рецепторы стимулов, что доказано экспериментально. Так, в эксперименте при незначительном раздражении органа дистензией резиновым баллоном, раздуваемым воздухом, вначале появляется типичная висцеральная боль без иррадиации, затем по мере увеличения давления в баллоне и растяжения стенки кишки возникает иррадиация в спину на уровне T_{VI} — T_{IX} , как раз там, где в спинной мозг входят афферентные нервные волокна от тонкого кишечника, желчного пузыря, поджелудочной железы и желудка.

Ощущение тяжести в эпигастрии чаще возникает после приема пищи и связано с понижением тонуса гладкой мускулатуры желудка (острый, поверхностный гастрит). Также больной может постоянно ощущать чувство тяжести при повышении тонуса его мускулатуры (функциональная диспепсия, компенсированный стеноз привратника).

Приступообразные, спастические, режущего характера периодические боли в подложечной или пилородуоденальной зонах возникают при спазме привратника и чаще наблюдаются при язве двенадцатиперстной кишки, дуодените.

Характеристика органоспецифических болей брюшной полости

Орган	Боль		
	висцеральная	соматическая	отраженная
Пищевод	Загрудинная	Загрудинная	В спину, яремную ямку, область сердца
Желудок	Эпигастрий, мезогастриальная область	Эпигастрий, мезогастриальная область и левый верхний квадрант	В спину
Двенадцатиперстная кишка	То же	Эпигастрий, мезогастриальная область	Правый верхний квадрант
Тонкая кишка	Околопупочная область	Над местом поражения	Редко
Аппендикс	Отсутствует	Правый нижний квадрант	Редко
Проксимальная часть толстой кишки	Правые отделы живота	Над местом поражения	Редко
Дистальная часть толстой кишки	Гипогастриум и левые отделы живота	Над местом поражения	Редко
Прямая кишка	В центре таза	В центре таза	В область крестца
Печень	Правый верхний квадрант	Правый верхний квадрант	Редко
Селезенка	Левый верхний квадрант	Левый верхний квадрант	Редко
Желчный пузырь	Мезоэпигастриум	Правый верхний квадрант	Правая лопатка, плечо, межлопаточное пространство
Поджелудочная железа	Мезоэпигастриум	Над местом поражения	В спину
Матка, трубы, яичник	Гипогастриум и пах	Гипогастриум и пах	В пах на внутреннюю поверхность бедра
Мочевой пузырь	Гипогастриум	Надлобковая область	В пах
Простата, уретра	В центре таза	В центре таза	В дистальную часть уретры, спину, область крестца

Орган	Боль		
	висцеральная	соматическая	отраженная
Почки	Костовертебральные углы	Над местом поражения	Редко
Почечные лоханки, мочеточник	Костовертебральные углы	Над местом поражения	В пах, мошонку, половые органы
Грудная и брюшная аорта	Отсутствует	По средней линии спины	Редко
Сердце	Загрудинная область	Загрудинная область	Эпигастрий

Ноющие, тупые боли в эпигастрии возникают из-за перерастяжения желудка (дистензионные боли). Они появляются, как правило, сразу после приема пищи и типичны для обострения хронического гастрита, язвы кардиального отдела желудка, малой кривизны желудка (рис. 14.10), рака желудка высокой локализации без прорастания в стенки органа.

Кроме того, выделяют периодичность болевого синдрома в зависимости от приема пищи или длительности состояния натошак, прочих причин:

- ранние боли, возникающие через 10—15 мин после еды с последующим усилением через 1,0—1,5 ч, характерны для гастрита, язвенной болезни с локализацией в теле желудка, раке кардиального отдела или тела желудка;
- поздние боли, появляющиеся через 1,5—4,0 ч после приема пищи, характерны для язвы двенадцатиперстной кишки (рис. 14.11), дуоденита;

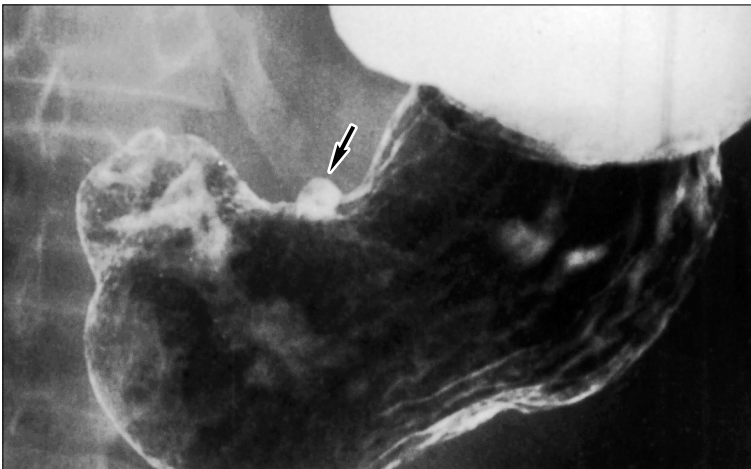


Рис. 14.10. Рентгенологическая картина язвенного поражения желудка: на малой кривизне желудка видна язвенная ниша с конvergенцией складок слизистой оболочки в направлении язвенного дефекта

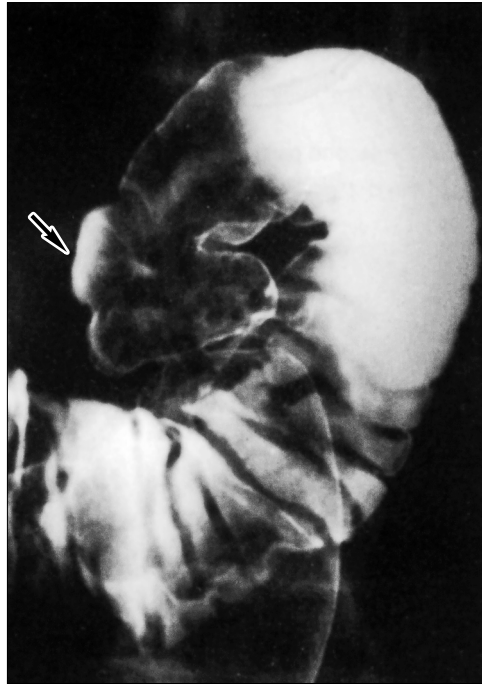


Рис. 14.11. Рентгенологическая картина язвенного поражения луковицы двенадцатиперстной кишки

- ночные и голодные боли, как правило, сочетаются с гиперсекрецией соляной кислоты и пепсина в желудке, легко купируются приемом антацидов и небольшого количества пищи, характерны для язвы двенадцатиперстной кишки;
- весенне-осенний, сезонный характер обострения болевого синдрома (характерно для язвенной болезни).

Анализ субъективных признаков болевого синдрома позволяет иногда с большой точностью определить причину, характер и особенности патологического процесса в брюшной полости, в частности гастродуоденальной области. Так, при гастродуодените, эрозивно-язвенном поражении двенадцатиперстной кишки, неязвенной диспепсии, если в механизме болевого синдрома участвует кислотный фактор (избыточное закисление двенадцатиперстной кишки вызывает снижение порога чувствительности болевых рецепторов, реагирующих на растяжение органа, спазм гладкой мускулатуры), чаще всего болевой синдром возникает через 1,5—2,0 ч и более после приема пищи (поздний болевой синдром). Боли могут возникать ночью или натощак (при непрерывном кислотообразовании высокой интенсивности и (или) декомпенсированном ощелачивании в базальную фазу секреции). Данный болевой синдром обычно связан со спазмом циркулярной мускулатуры привратника, носит острый, «режущий», «сосущий» характер, локализуясь в подложечной области.

Если патологический процесс связан с атонией двенадцатиперстной кишки, дуоденостазом, то болевой синдром характеризуется чувством распирания, «инородного тела», иногда проявляется «тянущей», «грызущей» болью. Болевой син-



Рис. 14.12. Рентгенологическая картина дивертикулов двенадцатиперстной кишки

дром спастического характера, связанный с нарушением эвакуаторной функции других отделов кишечника, чаще носит характер колики.

При анализе болевого синдрома кроме связи с приемом пищи и субъективных характеристик необходимо учитывать его остроту, длительность и периодичность:

- мгновенно, внезапно возникшие, интенсивные, мучительные боли — инфаркт миокарда, перфоративная язва, разрыв аневризмы крупного сосуда, желчные или почечные колики;

- быстро возникающие (в течение нескольких минут) интенсивные боли постоянного характера — язвенная болезнь, острый панкреатит, полная кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных артерий;

- постепенно возникающие, постоянные боли (могут длиться часами) — острый холецистит, дивертикулит (рис. 14.12), острый аппендицит;

- интермиттирующие и коликообразные боли (могут длиться часами) — подострый панкреатит, механическая тонкокишечная непроходимость.

Висцеральная боль длится обычно недолго, но ей свойственны периодичность и рецидивы. Соматический болевой синдром, как правило, характеризуется постоянными болями, иногда нарастающими по интенсивности до невыносимых болей при онкологической патологии. Дифференциально-диагностические признаки висцеральной и соматической боли приведены в табл. 14.2.

Важной характеристикой висцерального болевого синдрома является сочетание боли с другими субъективными симптомами, автономными вторичными эффектами: потоотделением, беспокойством, бледностью кожи, тошнотой, иногда рвотой, не приносящей облегчения.

Немаловажное значение имеет и сбор информации о том, что купирует болевой синдром: спазмолитики, антисекреторные, желчегонные препараты, антациды, прокинетики или только анальгетики. При абдоминальном болевом синдроме, связанном с функциональной патологией, боли могут купироваться психотропными средствами, исчезать при смене больным обстановки, назначении постельного режима, физического и психического покоя. Характерной чертой болевого синдрома, связанного с функциональной патологией, является его отсутствие во время сна больного и усиление утром или в дневные часы.

Следует учитывать также зависимость болевого синдрома от характера принимаемой пищи, ее раздражающих свойств, ошелачивающей способности. Так, прием острой пищи, мясных бульонов чаще вызывает боль у пациентов с язвенным поражением двенадцатиперстной кишки, а молочная пища, в том числе сметана, уменьшает болевой синдром. Наоборот, прием жирного молока и молочных продуктов может вызвать болевой синдром при поражении поджелудочной железы и желчевыводящих путей. При этом характер самого висцерального болевого синдрома может быть схожим по испытываемым ощущениям.

В заключение следует указать, что абдоминальный болевой синдром может наблюдаться и при приеме пациентом каких-либо препаратов или других агентов,

Таблица 14.2

Характеристика висцеральных и соматических болей

Признак	Боль	
	висцеральная	соматическая
Характер	Давящая, спастическая, тупая	Острая интенсивная
Локализация	Разлитая, неопределенная, по срединной линии	Точечная, в месте раздражения
Длительность	От минуты до месяцев	Постоянная
Ритмичность (связь с приемом пищи, временем суток, актом дефекации и др.)	Характерна (ритм может быть правильным или неправильным)	Отсутствует
Иррадиация	Возникает при интенсивном характере боли и соответствует пораженному органу	Присутствует в большинстве случаев
Болезненность при пальпации	В месте локализации боли	В месте локализации больного органа
Лекарственная терапия	Эффективны препараты, нормализующие моторику пораженного органа	Неэффективна и противопоказана
Клинический пример	Желчная колика, дисфункция сфинктера Одди	Перфорация желчного пузыря, перитонит с раздражением париетальной брюшины

таких как алкоголь, никотин, мышьяк, свинец, эритромицин, нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды, препараты железа, цитостатики, имипрамин, препараты калия и кальция.

Тошнота и рвота. *Рвота* — это сложнорефлекторный акт изгнания содержимого желудка, тонкой кишки (реже из отделов, расположенных ниже илеоцекального сфинктера) через рот путем развития обратной перистальтики. Рвота возникает при раздражении рвотного центра, расположенного в дорсальной части ретикулярной формации продолговатого мозга рядом с центрами, отвечающими за ЧСС, дыхания, слюно- и потовыделения. Пути развития акта рвоты приведены на рис. 14.13.

Возбуждение рвотного центра возможно при патологической импульсации из вестибулярного аппарата. Оно осуществляется главным образом через H_1 -рецепторы

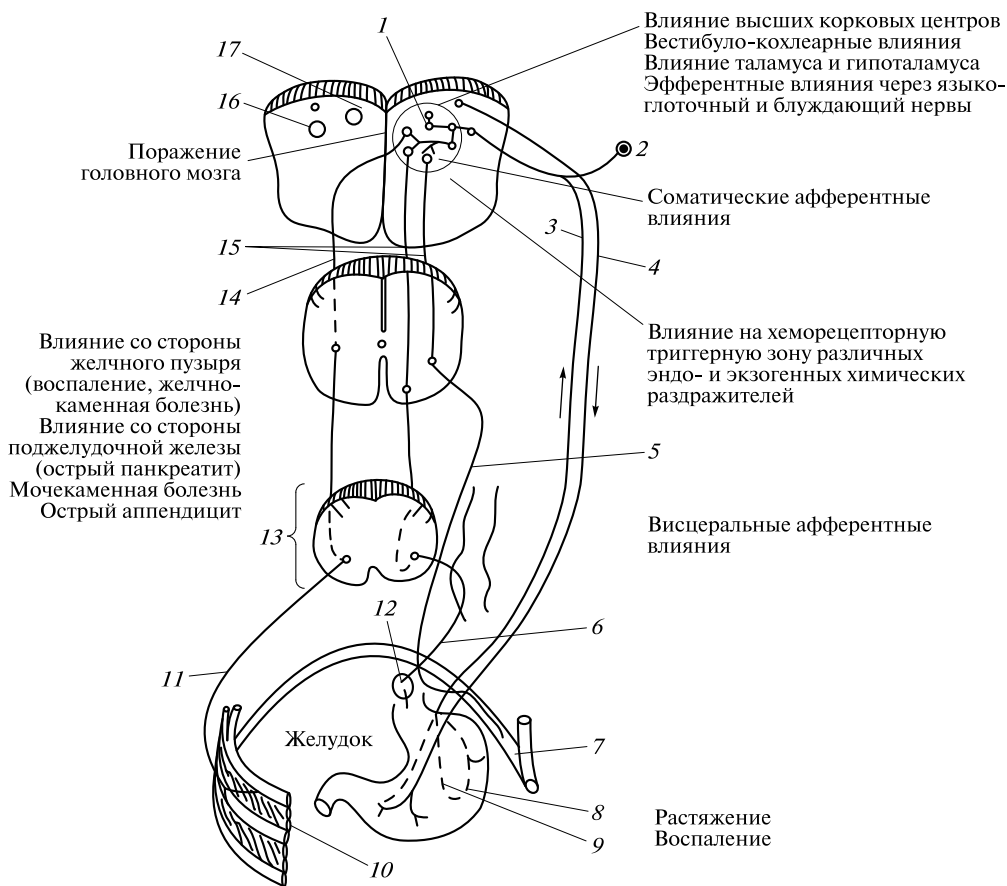


Рис. 14.13. Схема рвотного рефлекса:

1 — рвотный центр; 2 — g. nodosum; 3 — афферентные волокна блуждающего нерва; 4 — эфферентные волокна блуждающего нерва; 5 — n. frenicus; 6 — n. splanchnicus; 7 — диафрагма; 8 — желудок; 9 — чувствительные волокна блуждающего нерва; 10 — наружные мышцы живота; 11 — n. intrcostalis; 12 — g. coeliacum; 13 — грудной отдел спинного мозга; 14 — tr. reticulo-spinalis lateralis; 15 — tr. reticulo-spinalis ventralis; 16 — nucl. et tr. solitarius; 17 — дорсальное моторное ядро блуждающего нерва