



Н.Б. Губергриц

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

## Недигестивные причины абдоминальной боли: боль в животе при заболеваниях органов дыхания, почек и мочевыводящих путей, половых органов, соединительной ткани, системы крови

### Ключевые слова

Недигестивные причины абдоминальной боли, нижнедолевая пневмония, мочекаменная болезнь, гинекологические заболевания, васкулиты, системные заболевания крови.

В статье, опубликованной в предыдущем номере журнала «Сучасна гастроентерологія», мы подробно описали патогенез абдоминальной боли при недигестивной патологии, остановились на классификации и характеристике абдоминальной боли при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Однако, безусловно, боль в животе возникает при патологии и других органов и систем, представляя значительную сложность для дифференциальной диагностики на практике. В связи с этим считаем важным продолжить тему и описать особенности абдоминальной боли при заболеваниях целого ряда других систем.

### Заболевания органов дыхания

При нижнедолевой *пневмонии* (реже — при пневмонии другой локализации) возможны появление абдоминальной боли, резистентности передней брюшной стенки и слабовыраженных симптомов напряжения брюшины. В сочетании с лихорадкой и лейкоцитозом это может привести к неправильному диагнозу острой хирургической патологии и к ненужному оперативному вмешательству. У пожилых больных с пневмонией боль в животе может быть доминирующей

и/или единственной жалобой, возможно развитие рефлекторного пареза кишечника.

При дифференциальной диагностике следует учитывать жалобы (кашель, одышка), данные осмотра (румянец на щеках, герпес на губах, блестящие глаза), перкуссии (укорочение перкуторного звука), аускультации (бронхиальное дыхание, крепитация, влажные хрипы), результаты рентгенографии [3, 5].

Сухой и экссудативный *плеврит* тоже может проявляться абдоминальной болью, которая усиливается при кашле и глубоком вдохе. Обращают на себя внимание поверхностное дыхание, шум трения плевры. При пальпации живот мягкий. Сложна дифференциальная диагностика при диафрагмальных плевритах, когда аускультативные данные отсутствуют, а до выявления экссудата с помощью перкуссии может пройти до 3 нед. При таком плеврите и рентген-исследование в первые дни заболевания оказывается неинформативным [2].

При *пневмотораксе* внезапная интенсивная боль может напоминать картину перфорации гастродуоденальной язвы. Но она постепенно стихает, а в клинике доминируют одышка, боль в груди. Определяются типичные для пневмото-

ракса перкуторные, аускультативные и рентгенологические данные.

*Тромбоэмболия легочной артерии*, особенно при развитии инфаркт-пневмонии, может сопровождаться болью в животе. Резистентность брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Доминируют боль в грудной клетке, одышка, кровохарканье. Важны данные анамнеза: перенесенное накануне оперативное вмешательство, длительный постельный режим, тромбоз вен нижних конечностей и др. Принципиальное значение для дифференциальной диагностики имеют электрокардиография и данные рентгенографии [3].

Иногда абдоминальная боль может быть симптомом *гриппа*. Боль в этом случае сопровождается тошнотой, рвотой. Учитывая сочетание с лихорадкой, симптомами интоксикации, резистентностью брюшной стенки, у некоторых больных возможен ошибочный диагноз перитонита. Вскоре на первый план выходят респираторные симптомы, боль в мышцах, головная боль, что помогает установить правильный диагноз (особенно с учетом эпидемической обстановки) [3].

Боль в животе возможна также при *туберкулезе* легких, абсцессе легкого и т. д.

### **Заболевания почек и мочевыводящих путей**

Наиболее вероятно развитие боли в животе при *почечной колике*. Она может локализоваться не только в пояснице, но и иррадиировать в боковые отделы эпигастрия и мезогастррия. Боль интенсивная, сопровождается рефлекторными тошнотой и рвотой, иногда парезом кишечника, подъемом температуры. Против патологии органов пищеварения свидетельствуют иррадиация боли в паховую область и половые органы, дизурические явления, гематурия. При пальпации живота определяется болезненность, но резистентности и симптомов раздражения брюшины нет. При локализации камня в верхних отделах мочеточника наблюдается болезненность в реберно-позвоночном углу. При почечной колике больной ведет себя беспокойно, а при перитоните — лежит, не двигаясь. Принципиальное значение имеют результаты ультразвукового исследования (УЗИ) и пиелографии [2, 3].

Острая интенсивная абдоминальная боль в некоторых случаях может быть симптомом *инфаркта почки*. В этом случае боль имеет типичную иррадиацию в паховую область, сопровождается гематурией. В анамнезе — недавние оперативные вмешательства, длительный постельный режим, мерцательная аритмия, бактериальный эндокардит и другие причины тромбоэмболии [5].

При *остром пиелонефрите* возможна боль в боковых отделах живота с иррадиацией в паховую область. Боль сопровождается лихорадкой, ознобом, дизурией, пиурией и бактериурией. В некоторых случаях развивается рефлекторный парез кишечника. У больных с карбункулом почки из-за раздражения брюшины задней стенки брюшной полости может появиться резистентность брюшной стенки (при распространении раздражения), а клиническая картина становится подобной клинике ретроцекального аппендицита, острого холецистита и др. [3, 5].

*Блуждающая почка* при перегибе мочеточника может вызвать резкую схваткообразную боль в животе. При этом возникают характерные иррадиация вниз, дизурия. Удастся пальпировать опущенную почку, а окончательно диагноз подтверждается сонографическими и рентгенологическими данными.

*Уремия* сопровождается развитием элиминационных гастрита, энтерита и колита, которые являются причинами разлитой боли в животе, тошноты, рвоты, диареи. У больных определяются и другие симптомы почечной недостаточности (зуд, изменения кожи и др.), повышен уровень креатинина крови, снижена клубочковая фильтрация. Важны также данные анамнеза о наличии длительного хронического заболевания почек [2, 5].

При *остром цистите* развивается боль над лобковым симфизом. Однако она сопровождается частым и болезненным мочеиспусканием, а симптомов раздражения брюшины нет. Моча мутная, иногда с неприятным запахом, характерны пиурия и гематурия.

Для *острой задержки мочи* характерна боль в нижних отделах живота. В анамнезе — сведения о длительном отсутствии мочеиспускания. При пальпации определяется болезненный увеличенный мочевой пузырь. Симптомы раздражения брюшины не определяются. При катетеризации мочевого пузыря удаётся эвакуировать большой объем мочи, кроме того, больной испытывает значительное облегчение.

### **Патология мужских половых органов**

*Эпидидимит* иногда сопровождается болью в паховых областях, лихорадкой. Боль облегчается в приподнятом положении яичка. В некоторых случаях возникают рефлекторные тошнота и рвота. Для постановки диагноза необходимы осмотр и пальпация наружных половых органов.

*Перекрут яичка* или придатка яичка сопровождается болью в паховых областях, в нижних отделах живота, а иногда и в надчревной области (до половины случаев). Возможны рефлектор-

ные тошнота и рвота, но без лихорадки. Если врач не осмотрел наружные половые органы, то возможен ошибочный диагноз острого хирургического заболевания органов брюшной полости, особенно у маленьких детей [3].

При хроническом *простатите*, уретрите, в т. ч. гонорейном, онанизме, привычном прерывании полового акта описывают эпигастралгии, боль в нижних отделах живота, паховых областях. Боль называют «половой неврастенией». Вероятно, она имеет рефлекторное или психосоматическое происхождение. Нередко боль имеет язвopodobный характер, то есть возникает натощак и купируется приемом пищи. Характерны повышенная кислотообразующая функция желудка, его усиленная перистальтика, иногда пилороспазм [2].

### Гинекологические заболевания

При *внематочной беременности* беспокоят незначительная боль внизу живота, задержка менструаций, небольшие маточные кровотечения. При гинекологическом исследовании находят некоторое увеличение матки, образование и/или болезненность в области одной из маточных труб. При разрыве трубы боль резко усиливается, возможен обморок. Боль иррадирует в плечо, усиливается при движении. При значительном внутрибрюшном кровотечении появляются симптомы раздражения брюшины. Разрыв трубы нередко сопровождается маточным кровотечением, которое женщина может неправильно интерпретировать как менструацию. Боль при пальпации резко усиливается. Диагноз подтверждается результатами УЗИ, а также повышением содержания хорионического гонадотропина в крови. При необходимости для уточнения диагноза проводят пункцию заднего свода влагалища [3, 5].

*Разрыв кисты яичника* проявляется болью внизу живота, которая вначале может быть локальной, затем разлитой. В анамнезе — физическая нагрузка или травма живота. При пальпации — болезненность в гипогастрии, симптомы раздражения брюшины. При гинекологическом исследовании характерна болезненность в области придатков, усиливающаяся при смещении шейки матки. Для установления диагноза необходимы УЗИ, пункция заднего свода влагалища [3, 5].

*Перекрут кисты яичника* вызывает ишемию и яичника, и кисты, вследствие чего появляются боль внизу живота, локальная болезненность при пальпации, симптомы раздражения брюшины. Развитие лейкоцитоза объясняется некрозом стенки кисты. При вагинальном исследова-

нии выявляют болезненное опухолевидное образование. Диагноз подтверждают результатами УЗИ [3, 5].

*Самопроизвольный аборт* проявляется не только болью различной интенсивности схваткообразного характера внизу живота, но и кровотечением различной выраженности: от кровянистых выделений при угрожающем аборте до обильного кровотечения при аборте в ходу. Для диагностики важны анамнез, результаты вагинального и сонографического исследований, повышение уровня хорионического гонадотропина в крови [3, 5].

Болью в нижних отделах живота сопровождается острый *аднексит* или обострение хронического аднексита. Боль может быть тупой или схваткообразной. Характерны повышение температуры, выделения из влагалища. При пальпации — болезненность в гипогастрии, при вагинальном исследовании — болезненность и уплотнение придатков. В случае осложнения аднексита тубоовариальным абсцессом или пельвиоперитонитом появляются симптомы раздражения брюшины. При пальпации в подвздошных областях (или одной из них) — болезненность, опухолевидное образование, при вагинальном исследовании находят инфильтрат в дугласовом пространстве. Диагноз подтверждается наличием лейкоцитоза, ускорения скорости оседания эритроцитов, а также данными УЗИ, бактериологического посева выделений из влагалища [3, 5].

Боль в нижних отделах живота характерна для острого *эндометрита*. В анамнезе — недавние роды, инструментальные манипуляции в полости матки (выскабливание и др.). Заболевание проявляется постоянной или схваткообразной болью, выделениями из влагалища с неприятным запахом, повышением температуры, ознобом. В крови — лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов. При пальпации — болезненность в гипогастрии, при влагалищном исследовании — болезненность матки. Для диагностики необходим бактериологический посев выделений из влагалища [3, 5].

*Фибромиома матки* чаще протекает бессимптомно или проявляется кровотечениями. Боль в животе появляется при сдавлении органов малого таза, дегенеративных изменениях миомы или перекруте ее на ножке. В этих случаях боль в нижних отделах живота может быть интенсивной, иногда тупой, тянущего характера, чаще локализуется по средней линии над лобковым симфизом. При пальпации в случае большой опухоли определяется увеличенная матка с неровными контурами. Иногда пальпируется болез-

ненный опухолевый узел. Если боль возникла в результате перекрута фибромиомы на ножке, то клиника соответствует проявлениям перекрута кисты яичников. Она усиливается во время или после беременности из-за более высокой вероятности ишемии опухоли. Диагноз фибромиомы матки подтверждается при вагинальном исследовании, сонографии [3].

*Эндометриоз* редко проявляется болью внизу или в других отделах живота. Подозрение должно возникнуть, если боль протекает циклически, совпадая с менструациями. Острая боль появляется при разрыве эндометриоидной кисты яичников. При специальном гинекологическом исследовании можно обнаружить очаги эндометриоидной ткани в виде узлов во влагалище, вдоль крестцово-маточных связок или в дугласовом пространстве, а также прочную фиксацию изогнутой кзади матки у женщин, в анамнезе которых нет указаний на воспалительные и другие заболевания, приводящие к развитию спаечного процесса [3].

*Травма* половых органов обычно связана с сексуальным насилием или с инструментальными манипуляциями в полости матки. Для исключения перфорации матки или влагалища проводят обзорную рентгенографию брюшной полости (в случае перфорации — газ в поддиафрагмальном пространстве). Для выявления гематомы в малом тазу проводят УЗИ, компьютерную томографию (КТ) [3].

Боль в нижних отделах живота возможна при *параметрите* и некоторых других гинекологических заболеваниях.

### **Диффузные заболевания соединительной ткани и васкулиты**

При *узловом периартериите* абдоминальная боль связана с поражением мелких артерий — артериол брюшной полости. При окклюзии этих сосудов развивается ишемия, иногда — инфаркты стенки кишки, формируются язвы кишечника. Возможны их перфорация, перитонит. Боль возникает также при разрыве артериол и кровоизлияниях в брыжейку. Может быть также обусловлена подкапсульными инфарктами печени, острыми холециститом и панкреатитом, которые могут развиваться при узловом периартериите.

Частота некротизирующего артериита интрапанкреатических сосудов достигает 60—71 %. Причем поражаются мелкие и среднего диаметра сосуды, преимущественно в головке поджелудочной железы (ПЖ). Вокруг артерий — кровоизлияния и мелкие некрозы паренхимы ПЖ [16]. В некоторых случаях формируются мелкие

аневризмы мезентериальных сосудов (рис. 1) с их разрывом и кровотечениями, например, из панкреатических сосудов (рис. 2, 3), или с кишечными кровотечениями.

Абдоминальная боль при узловом периартериите может иметь различную интенсивность и характер в зависимости от конкретной ситуации. При прободении язвы развивается перитонит.

Диагноз подтверждается наличием других симптомов заболевания: артериальной гипертензии, бронхоспазма, гематурии, повышения температуры, полиневрита по типу «носков» и «перчаток».

При *системном (мультифокальном) склерозе* (системной склеродермии) поражаются различные органы пищеварения, чаще пищевод, поэтому более вероятно пищеводная боль (одинофагия) в сочетании с дисфагией. Однако в ряде случаев бывает абдоминальная язвopodobная, холецистоподобная, панкреатическая боль [1]. Возможна боль в нижнебоковых отделах живота, подвздошных областях — при поражении кишечника. В этих случаях боль сопровождается нарушениями стула. При инфаркте или перфорации кишки развивается перитонит.

Склеродермический панкреатит протекает с минимальной болью или вообще без нее, а доминируют проявления панкреатической недостаточности. Характерны выраженный фиброз и атрофия паренхимы ПЖ (рис. 4), перидуктальный фиброз с лимфоплазматической инфильтрацией

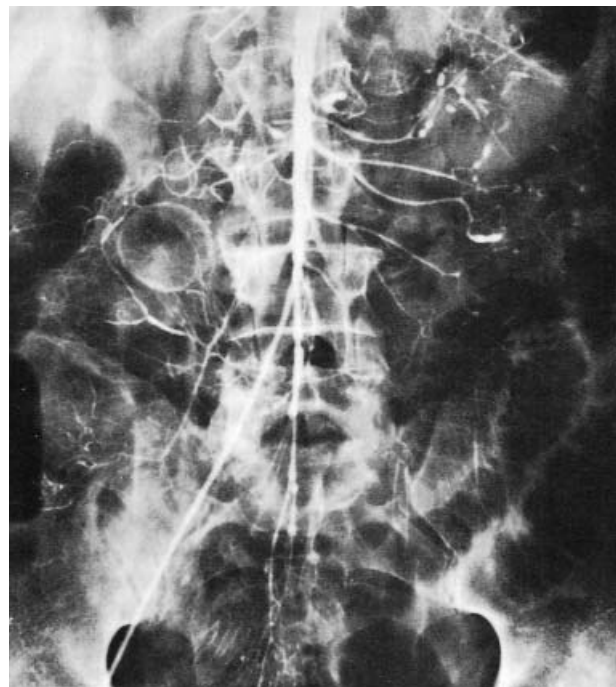
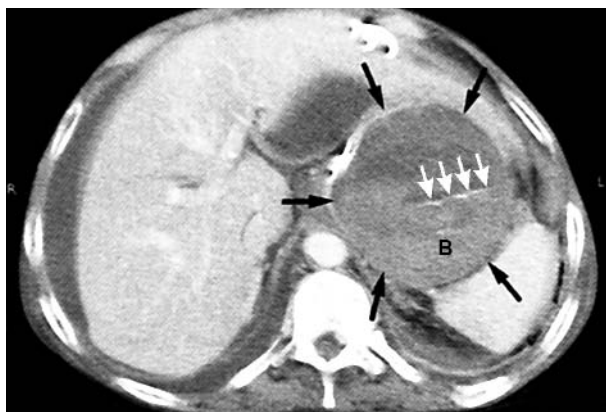


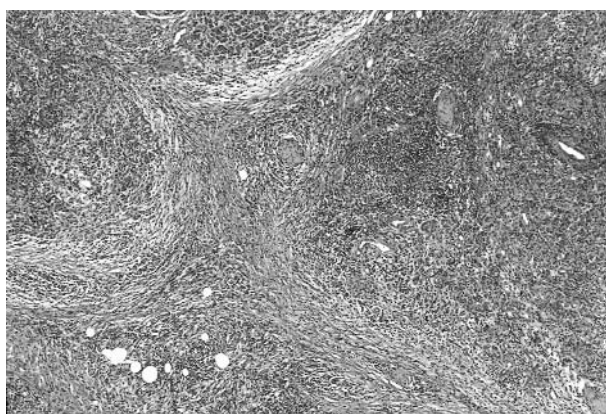
Рис. 1. Ангиография [11]. Множество мелких аневризм ветвей верхней мезентериальной артерии



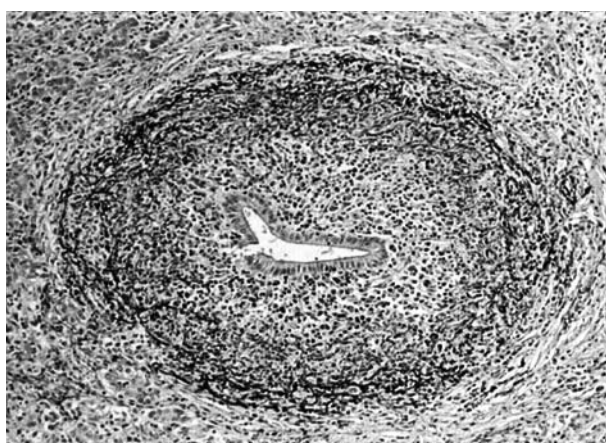
**Рис. 2. Панкреатическое кровотечение [12]:**  
 А — эндоскопическая картина. В фатеров сосок введен катетер, возле него определяется тромб. Кроме того, кровь поступает из ампулы;  
 Б — при эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии определяется небольшое расширение главного панкреатического протока, в полости протока — дефект заполнения (тромб — стрелка)



**Рис. 3. КТ брюшной полости и забрюшинного пространства больного с алкогольным хроническим панкреатитом [8]**  
 Определяется крупная псевдокиста ПЖ (черные стрелки), заполненная кровью (В). В полость псевдокисты поступает введенное внутривенно контрастное вещество (белые стрелки)



**Рис. 4. Микропрепарат [9]. Выраженный интерстициальный фиброз ПЖ, атрофия и инфильтрация паренхимы**  
 Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 8



**Рис. 5. Микропрепарат [9]. Перидуктальный фиброз ПЖ с лимфоплазматической инфильтрацией и неравномерным сужением просвета протока, с повреждением пластических волокон его стенки**  
 Окраска по Ван Гизону. Ув. 24

и повреждением эластических волокон стенок панкреатических протоков (рис. 5) [9].

*Ревматоидный артрит* может сопровождаться болью, обусловленной НПВП-гастропатией. Однако возможна и боль, связанная с васкулитом. В этих случаях она возникает при высокой активности заболевания, сопровождается метеоризмом, напряжением мышц брюшной стенки, а также клиническими и лабораторными признаками ревматоидного артрита [5].

При ревматоидном артрите в половине случаев развивается панкреатит, но обычно он протекает латентно. Частота снижения внешней секреции ПЖ по результатам прямых зондовых методов достигает 30 %, а при вторичном синдроме Шегрена — 58 % [15, 16]. Панкреатическая боль развивается очень редко.

При *ревматической лихорадке* (ревматизме) причинами боли в животе могут быть неспецифическая воспалительная реакция в брюшине, корешковая иррадиация при поражении позвоночника, эндovasкулит брыжеечных сосудов, гастритические явления, связанные с самим ревматизмом или приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, кортикостероидов. Абдоминальная боль имеет изменчивую локализацию, нестойкий и летучий характер. Симптомов раздражения брюшины нет или выражены слабо.

В острую фазу ревматизма возможна панкреатическая атака с интенсивной болью и «уклонением» ферментов в кровь, гипергликемией, извращением кривых продукции ферментов ПЖ по данным зондового исследования [2, 4].

Как правило, доминируют другие симптомы ревматизма, прежде всего симптомы поражения сердца и суставов. При правожелудочковой недостаточности появляется тяжесть или тупая боль в правом подреберье при венозном застое в печени. Абдоминальная боль быстро купируется при назначении противоревматической терапии [2, 5].

*Системная красная волчанка* (СКВ) сопровождается абдоминальной болью в трети случаев [2]. Боль связана с воспалением брюшины (проявление полисерозита), васкулитом, образованием язв кишечника. При пальпации определяется диффузная болезненность, возможны симптомы раздражения брюшины.

Абдоминальная боль в ряде случаев связана с панкреатитом. Это может быть специфический волчаночный (аутоиммунный) острый или хронический панкреатит, лекарственный (вызванный кортикостероидами, азатиоприном, 6-меркаптопурином или тиазидовыми диуретическими средствами), вирусный (вызванный цитоме-

галовирусом), банальный (алкогольный, билиарный и др.) панкреатиты. Возможны инфаркты ПЖ вследствие тромбозов в рамках антифосфолипидного синдрома.

Острый волчаночный панкреатит может быть первым проявлением СКВ или развивается в течение первого года после постановки диагноза (в 44 % случаев панкреатит диагностируют именно в эти сроки). Частота острого волчаночного панкреатита составляет 4,5–12,5 %. Обычно он развивается при высокой активности СКВ. Самый частый симптом панкреатита — боль, реже рвота. Почти у всех больных наблюдается «уклонение» ферментов в кровь. Особенностью волчаночного панкреатита является низкая информативность УЗИ (всего 45 %) и КТ (24 %). Летальность при остром волчаночном панкреатите при назначении кортикостероидов — 20 %, а без них — 61 % [13, 16]. Следовательно, крайне важно разобраться, является ли панкреатит волчаночным (в этом случае необходимы кортикостероиды) или лекарственным (кортикостероиды могут быть его причиной).

Хронический волчаночный панкреатит, как и банальный, сопровождается кальцификацией ПЖ, формированием псевдокист [7, 14].

Кортикостероиды и азатиоприн относятся к I классу лекарственных препаратов по вероятности развития лекарственного панкреатита [10], следовательно, риск такого панкреатита при СКВ высок.

У больных СКВ с абдоминальной болью, безусловно, присутствуют и другие проявления заболевания (поражение почек, суставов, кожи и т. д.).

*Дерматомиозит* иногда сопровождается схваткообразной болью в животе и метеоризмом. Однако боль редко бывает интенсивной, она носит неопределенный характер, а преобладают симптомы поражения мышц [2, 5].

*Геморрагический васкулит* (болезнь Шенлейн — Теноха) в 75 % случаев сопровождается гастроэнтерологическими симптомами: болью, тошнотой, рвотой, диареей, кровью в кале. Боль в животе начинается внезапно, она интенсивная, схваткообразная, появляется в ряде случаев раньше кожных петехий и артралгии. Такая клиника заставляет думать об острой хирургической патологии. Действительно, при геморрагическом васкулите возможна перфорация стенки желудка или тонкой кишки.

Причиной абдоминальной боли являются подслизистые и субсерозные кровоизлияния, отек стенки кишки в результате васкулита. Особенно выражены гастроэнтерологические проявления при абдоминальной форме заболевания.

Характерны тромбоцитоз, геморрагические высыпания, преимущественно на нижних конечностях и ягодицах, поражение коленных и голеностопных суставов [3].

Редко развиваются васкулит и подкапсульные кровоизлияния в ПЖ с формированием панкреатита, который также является причиной абдоминальной боли [6].

При *гранулематозе Вегенера* абдоминальная боль также может быть связана с поражением ПЖ. В ней находят сосудисто-гранулематозные изменения, экстравазаты, некротические фокусы, очаги атрофии и склероза. Крайне редко развиваются выраженные деструктивные изменения и геморрагическая инфильтрация ПЖ [6].

### Заболевания системы крови

*Острый и хронический лейкозы* иногда сопровождаются абдоминальной болью различной интенсивности, что связано с растяжением капсул печени и селезенки, периспленитом, перигепатитом, инфарктом селезенки, кровоизлияниями в брюшину. При лейкомической инфильтрации стенки кишки развивается схваткообразная боль, которая сопровождается диареей. При инфаркте селезенки ее пальпация резко болезненна, появляется резистентность брюшной стенки.

Диагноз основан на проявлениях основного заболевания (лихорадка, интоксикация, геморрагии, изменения в крови и др.) [3].

*Лимфома, лимфогранулематоз* приводят к боли в животе из-за увеличения селезенки, печени с растяжением их капсулы, при вовлечении лимфоузлов брыжейки кишки. Резко увеличенные лимфоузлы могут вызвать кишечную непроходимость. Диагноз подтверждается наличием симптомов основного заболевания, данными УЗИ и КТ.

*Разрыв селезенки* происходит при ее травмах или значительном увеличении (при лейкозах, лимфогранулематозе, тромбозе селезенки, циррозе печени, малярии, брюшном тифе и т. д.). Характерны внезапная острая интенсивная боль в левом подреберье, резистентность брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, гипотензия, тахикардия, нарастающая анемия, снижение гематокрита [2].

*Блуждающая селезенка* вызывает неопределенную тупую боль в левом подреберье. Перекрут ножки селезенки приводит к резкой боли, коллапсу, парезу кишечника. В анамнезе — ранее перенесенные подобные приступы. При пальпации — резкая болезненность в левом подреберье, возможны симптомы раздражения брюшины.

После окончания приступа сохраняются неприятные ощущения, тянущая боль в левом под-

реберье. Селезенка в положении по Сали в отдельные дни пальпируется, а в другие — нет [2].

*Абсцесс селезенки* обычно развивается при сепсисе и проявляется болью. Если вовлечена капсула, то боль интенсивная, а селезенка при пальпации резко болезненна. Для диагностики важны другие проявления сепсиса, данные УЗИ [2].

*Тромбофлебитическая спленомегалия* при остром тромбозе селезеночной вены проявляется резкой болью, а при хроническом тромбозе — тяжестью в левом подреберье. Боль сопровождается кровотечениями (из расширенных вен пищевода, желудка, носовые, маточные и др.), после которых селезенка уменьшается, а затем вновь увеличивается. Характерны анемия, лейкопения, тромбоцитопения [2]. При подозрении на тромбоз селезеночной вены необходимо проведение доплерографии.

*Гемолитическая анемия* в период гемолитического криза сопровождается резкой болью в левом, иногда и в правом подреберье. При серповидноклеточной и других вариантах врожденных гемолитических анемий это объясняется образованием множественных внутрисосудистых тромбов, что приводит к развитию небольших инфарктов селезенки и других внутренних органов [3]. Боль развивается остро, может носить диффузный характер. При пальпации — болезненность, возможны симптомы раздражения брюшины. Криз разрешается быстро (1—2 сут) после инфузионной терапии и переливания крови. Во время криза усиливается желтушность, повышается уровень непрямого билирубина в крови, нарастают уробилинурия, анемия, ретикулоцитоз, показатель лактатдегидрогеназы крови.

У больных с гемолитической анемией часто бывает желчнокаменная болезнь (черные пигментные конкременты), то есть боль может быть обусловлена также желчной коликой [2, 3].

*Гемолитический уремический синдром* развивается у новорожденных или грудных детей. Для него характерны боль в животе, почечная недостаточность, гемолитическая анемия, тромбоцитопения. Боль имеет коликоподобный характер, возникает за несколько суток до гемолиза и почечной недостаточности, сопровождается рвотой. У больных развиваются инфаркт толстой кишки, ее перфорация. Возможно разрешение ишемии кишки, после чего формируются стриктуры. Характерны лихорадка, лейкоцитоз, олигурия, повышение уровня креатинина крови, артериальная гипертензия, симптомы поражения головного мозга [3].

При *расстройствах свертывания* (его снижении) в случае гематом в органах брюшной полости развиваются резкая боль, напряжение

брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. Возможен синдром псевдоаппендицита, если произошло кровоизлияние в стенку слепой кишки или червеобразного отростка. Гематома забрюшинного пространства проявляется парезом кишечника и симптомами кишечной непроходимости [3].

Боль может быть вызвана также геморрагическими и очагово-некротическими изменениями в ПЖ, то есть панкреатитом [6].

### Список литературы

1. Гребенева Л.С. Поражение органов пищеварения при системной склеродермии: Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева.— М.: Б. и., 1996.— Т. 3.— С. 644—657.
2. Губергриц А.Я. Боли в брюшной полости и их диагностическое значение.— К.: Здоров'я, 1968.— 152 с.
3. Найхус Л.М. Боль в животе / Л.М. Найхус, Д.М. Вителло, Р.Э. Конден.— М.: Бином, 2000.— 320 с.
4. Николаева В.А. Функциональное состояние некоторых главных пищеварительных желез (желудка, поджелудочной железы и печени) при ревматизме: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.05.— Ижевск, 1958.— 15 с.
5. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики: от симптома и синдрома — к диагнозу и лечению / Под ред. Ф.И. Комарова.— М.: Мед. информ. агентство, 2007.— 872 с.
6. Ярыгин Н.Е. Системные аллергические васкулиты / Н.Е. Ярыгин, В.А. Насонова, Р.Н. Потехина.— М.: Медицина, 1980.— 328 с.
7. Chronic calcifying pancreatitis and systemic lupus erythematosus / H. Izzedine, C. Caramella, V. Ratziu, G. Deray // *Pancreas*.— 2005.— Vol. 31, N 3.— P. 289—290.
8. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons / Ed. J.E. Dominguez-Munoz.— Oxford et al.:

Описанными выше заболеваниями не ограничиваются недигестивные причины абдоминальной боли. В последующих статьях мы планируем описать особенности боли в животе при эндокринной патологии, метаболических нарушениях, интоксикациях, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нейромышечных расстройствах, психоневрологической патологии, при инфекционных и паразитарных заболеваниях, при заболеваниях неясной этиологии.

A Blackwell Publ. Co., 2005.— 535 p.

9. Close relationship between autoimmune pancreatitis and multifocal fibrosclerosis / T. Kamisawa, N. Funata, Y. Hayashi et al. // *Gut*.— 2003.— Vol. 52.— P. 683—687.
10. Drug induced pancreatitis might be a class effect of statin drugs / S. Antonopoulos, S. Mikrosi, S. Kokkoris // *JOP*.— 2005.— Vol. 6, N 4.— P. 380—381.
11. Gastrointestinal disease: Pathophysiology, diagnosis, management / Ed. M.H. Sleisenger, J.S. Fordtran.— Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1983.— 1850 p.
12. Lankisch P.G. Pancreatitis / P.G. Lankisch, P.A. Banks.— Berlin: Springer, 1998.— 377 p.
13. Lupus-associated pancreatitis / G. Neshet, G.S. Breuer, K. Temprano // *Semin. Arthritis Rheum.*— 2006.— Vol. 35, N 4.— P. 260—267.
14. Melamed N. Spontaneous retroperitoneal bleeding from renal microaneurysms and pancreatic pseudocyst in a patient with systemic lupus erythematosus / N. Melamed, Y. Molad // *Scand. J. Rheumatol.*— 2006.— Vol. 35, N 6.— P. 481—484.
15. Pancreatic duct antibodies and subclinical insufficiency of the exocrine pancreas in Sjogren's syndrome / A. D'Ambrosi, A. Verzola, P. Buldrini // *Recenti Prog. Med.*— 1998.— Vol. 89, N 10.— P. 504—509.
16. Suda K. Pancreas: pathological practice and research / K. Suda.— Basel: Karger, 2007.— 318 p.

Н.Б. Губергриц

## Недигестивні причини абдомінального болю: біль у животі при захворюваннях органів дихання, нирок і сечовивідних шляхів, статевих органів, сполучної тканини, системи крові

У статті описано особливості абдомінального болю при низці хвороб органів дихання, сечовивідної системи, васкулітах, патології чоловічих і жіночих статевих органів, сполучної тканини, системи крові. Особливої уваги надано диференційно-діагностичним критеріям болю в животі при пневмоніях, сечокам'яній хворобі.

N.B. Gubergrits

## Non-digestive reasons of abdominal pain: pain in the respiratory, renal diseases, disorders of urinary tracts, genital organs, connective tissue, and blood system

The article describes the peculiarities of abdominal pain at a number of diseases of respiratory and urinary system, vasculitis, pathologies of male and female genital organs, connective tissue, blood system. A special attention is paid to the differential and diagnostic criteria of abdominal pain at pneumonia and urolithiasis.

### Контактна інформація

Губергриц Наталя Борисівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини № 1 ДНМУ 83003, м. Донецьк, просп. Ілліча, 16. Тел. (62) 297-00-28

Стаття надійшла до редакції 16 листопада 2009 р.