



Н.Б. Губергриц

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького

Недигестивные причины абдоминальной боли: этиология, патогенез, классификация

Ключевые слова

Абдоминальная боль, недигестивные причины, этиология, патогенез, классификация.

Недигестивные причины абдоминальной боли крайне разнообразны — от заболеваний органов дыхания до метаболических нарушений, инфекционной патологии и иммунодефицитных состояний. В связи с этим и патогенез боли может быть связан с рядом механизмов, а именно:

- с париетальной болью — при растяжении капсул печени, селезенки вследствие гематологической, инфекционной патологии; при спаечном процессе, хроническом вялотекущем воспалении брюшины (при туберкулезе) и др.;
- с висцеральной болью:
 - со спастической (при тиреотоксикозе, гипопаратиреозе и др.);
 - с дистензионной (при спаечном процессе, в случае туберкулезного поражения кишки, при сужении просвета пищеварительного канала из-за большого количества гельминтов, например, аскарид и др.);
 - с болью, связанной с воспалением или повреждением слизистой оболочки и более глубоких слоев пищеварительного канала (вторичные инфекционные поражения при СПИДе, васкулитах, туберкулезе, мезентериальной ишемии, гиперпаратиреозе и др.);
- с ишемической болью — при абдоминальном ишемическом синдроме вследствие атеросклероза брюшной аорты и ее ветвей, васкулитов и т. д.;
- с иррадирующей болью — при почечной колике, крупозной пневмонии и др.;
- с вегетативной дисфункцией — при абдоминальной мигрени;

- с психогенной болью — при истерии;
- с рефлекторной болью — при парезе пищеварительного канала у больных с инфарктом миокарда и др.;
- с корешковой, миофасциальной болью — при остеохондрозе, сифилисе, туберкулезе позвоночника с поражением спинного мозга и др.;
- с болью, связанной с патологией передней брюшной стенки (грыжи, миозит, опухоли и др.) или со спастическим сокращением ее мышц (гипопаратиреоз, абдоминальная эпилепсия и др.). Безусловно, указанные выше механизмы формирования абдоминальной боли взаимосвязаны, переплетаются друг с другом в разной мере при патологии различных органов и систем.

Классифицировать недигестивные причины абдоминальной боли сложно, т. к. они представлены широким спектром возможной патологии, не связанной между собой. Поэтому мы используем самый простой принцип разделения этих причин в зависимости от того, о заболевании какой системы идет речь. Этот принцип использовали и другие авторы [5, 11, 12].

Недигестивные причины абдоминальной боли

(по Л.М. Найхус и соавт., 2000 [11] с дополнениями Н.Б. Губергриц)

Сердечно-сосудистая система

- Инфаркт миокарда
- Перикардит
- Инфекционный эндокардит
- Правожелудочковая недостаточность кровообращения

- Расслаивающая аневризма аорты
- Гипертоническая болезнь и другие случаи артериальной гипертензии
- Абдоминальный ишемический синдром (атеросклероз брюшной аорты и др.)

Органы дыхания

- Пневмония
- Плеврит
- Пневмоторакс
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Грипп
- Туберкулез

Почки и мочевыводящие пути, патология мужских половых органов

- Мочекаменная болезнь (почечная колика)
- Инфаркт почки
- Острый пиелонефрит
- Блуждающая почка
- Уремия
- Острый цистит
- Острая задержка мочи
- Эпидидимит
- Перекрут яичка
- Простатит
- Уретрит

Гинекологические заболевания

- Внематочная беременность
- Разрыв кисты яичника
- Перекрут кисты яичника
- Самопроизвольный аборт
- Острый аднексит
- Острый эндометрит
- Фибромиома матки
- Эндометриоз
- Травма влагалища, матки
- Параметрит

Диффузные болезни соединительной ткани, васкулиты

- Узелковый периартериит
- Системная склеродермия
- Ревматоидный артрит
- Ревматическая лихорадка
- Системная красная волчанка (СКВ)
- Дерматомиозит
- Геморрагический васкулит
- Гранулематоз Вегенера

Система крови

- Острый и хронический лейкозы
- Лимфома
- Лимфогранулематоз
- Разрыв селезенки
- Блуждающая селезенка
- Абсцесс селезенки
- Тромбофлебитическая селезенка
- Гемолитическая анемия
- Гемолитический уремический синдром

- Расстройства свертывания

Эндокринные заболевания, метаболические расстройства и интоксикации

- Сахарный диабет
- Тиреотоксикоз
- Гипотиреоз
- Гипопаратиреоз
- Гиперпаратиреоз
- Надпочечниковая недостаточность
- Феохромоцитома
- Порфирия
- Гиперлиппротеинемия
- Профузный пот
- Наследственный ангионевротический отек
- Отравление свинцом
- Алкоголизм
- Никотинизм
- Наркомания и синдром отмены
- Укусы паука, скорпиона

Заболевания опорно-двигательного аппарата, нейромышечные расстройства,

психо-неврологическая патология

- Заболевания позвоночника (остеохондроз и др.)
- Межреберная невралгия
- Табетический криз
- Опоясывающий лишай
- Синдром ущемления нервов
- Патология лобкового сочленения
- Солярит
- Абдоминальная эпилепсия
- Абдоминальная мигрень
- Истерия

Инфекционные и паразитарные заболевания

- Туберкулез
- Малярия
- Пищевая токсикоинфекция
- Дизентерия
- Брюшной тиф
- Острый вирусный гепатит
- Тонзиллит
- Грипп
- Корь
- Ветряная оспа
- Бруцеллез
- Сифилис
- Гонорея
- СПИД
- Пятнистая лихорадка Скалистых гор
- Аскаридоз
- Описторхоз
- Трихинеллез
- Амебиаз
- Лямблиоз и др.

Заболевания неясной этиологии

- Периодическая болезнь
- Семейная средиземноморская лихорадка

Патология передней брюшной стенки

- Грыжи
- Расхождение прямых мышц
- Миозит
- Абсцессы клетчатки
- Липомы и др.

Разделяют также экстраабдоминальные заболевания, вызывающие абдоминальную боль (сердечно-сосудистая, неврологическая, эндокринная патология, болезни органов дыхания и др.), и интраабдоминальные (гинекологическая, урологическая и др.) [13]. В некоторых случаях такое разделение затруднено, например, при атеросклерозе брюшной аорты и ее ветвей можно говорить и об экстраабдоминальной причине боли как о сердечно-сосудистом заболевании, и об интраабдоминальной причине, т. к. идет речь о патологии именно брюшного отдела аорты. Трудно отнести к интраабдоминальной или экстраабдоминальной патологии диффузные болезни соединительной ткани, когда боль связана с васкулитом сосудов брюшной полости, но заболевание этим не ограничено. Среди интраабдоминальных причин есть такие, которые, строго говоря, являются заболеваниями органов, расположенных не в брюшной полости, а в забрюшинном пространстве (почки) или в малом тазу (матка с яичниками и маточными трубами и др.).

Проведем анализ недигестивных причин абдоминальной боли при патологии сердечно-сосудистой системы. При этом будем более подробно рассматривать причины хронического болевого синдрома.

Абдоминальная (гастралгическая) форма инфаркта миокарда представляет большие трудности и для диагностики, и для дифференциальной диагностики. Эта форма заболевания описана в 1909 г. В.П. Образцовым и Н.Д. Стражеско. Такой клинический вариант чаще развивается при инфаркте задней стенки сердца, а частота среди всех случаев инфаркта миокарда не превышает 5 % [9, 12].

Очень важное разделение абдоминальной боли при инфаркте миокарда по патогенезу было сделано В.Х. Василенко и М.Ю. Меликовым в 1959 г. [3]. Они выделили иррадиирующую абдоминальную боль, то есть собственно боль, связанную с инфарктом миокарда — его абдоминальной формой, и боль, связанную с патологией пищеварительного канала, развившуюся вследствие инфаркта миокарда (стрессовые гастродуоденальные язвы, рефлкторный парез желудка и кишечника, острая абдоминальная ишемия при кардиогенном шоке, острый панкреатит). Возможна также ситуация, когда острое тяжелое

заболевание органов брюшной полости (желчная колика, перфорация язвы, острый панкреатит и др.) провоцирует инфаркт миокарда. Установление причинно-следственных связей в таких случаях очень важно (тщательное выяснение анамнеза, проведение неинвазивных методов диагностики заболеваний органов брюшной полости), т. к. они влияют на тактику лечения.

Если же боль связана именно с инфарктом миокарда как таковым, то резистентность брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины не будет, а болезненность при пальпации определяется редко. Инфаркт миокарда может быть спровоцирован эмоциональной или физической нагрузкой, но, учитывая боль в животе, некоторые больные высказывают предположение о приеме недоброкачественной пищи, что снижает диагностическое значение анамнеза.

Для диагностики инфаркта миокарда имеют значение артериальная гипотензия, аритмии, изменения ЭКГ, повышение уровней трансаминаз, креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, тропонинов, результаты сцинтиграфии, эхокардиографии. Следует учитывать также характерный для инфаркта миокарда инициальный лейкоцитоз при нормальной СОЭ с последующими «ножницами», то есть повышением СОЭ и нормализацией количества лейкоцитов в крови [5, 9, 12].

При *перикардите*, особенно слипчивом и выпотном, боль в животе может быть связана с застоем крови в печени при правожелудочковой недостаточности, реже — с диафрагмитом, когда воспалительный процесс распространяется с перикарда на диафрагму. При перикардите выраженность абдоминальной боли противоречит отсутствию объективных симптомов и данных обследования в отношении патологии органов брюшной полости. В пользу перикардита свидетельствуют недостаточность кровообращения (одышка, цианоз, отеки и др.), расширение границ сердечной тупости, шум трения перикарда, глухость тонов, изменения на ЭКГ (конкордантный подъем сегмента ST, повышение с последующей инверсией зубца T), рентгенологические данные и т. д. [5, 11, 12].

Инфекционный эндокардит является причиной абдоминальной боли в случае его осложнения эмболией сосудов кишечника, почек, селезенки с развитием их инфарктов.

Острая правожелудочковая недостаточность вызывает абдоминальную боль при венозном застое в печени с растяжением ее капсулы. Могут наблюдаться также острое расширение желудка и парез кишечника. У больных с острой правожелудочковой недостаточностью могут возникнуть также рефлкторные тошнота и рво-

та, что еще более усиливает подозрение на патологию брюшной полости. У некоторых больных клинические проявления сходны с клиникой острых холецистита и панкреатита. Однако боль не иррадирует, не наблюдаются резистентность брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины, лихорадка, лейкоцитоз. Характерны тахикардия, набухание яремных вен, отеки, печеночно-яремный рефлекс, соответствующие причине недостаточности аускультативные изменения, данные ЭКГ [11, 12].

При *хронической правожелудочковой недостаточности* развивается венозный застой во всех органах брюшной полости, что проявляется неинтенсивной болью в животе неопределенной локализации, симптомами легкого пареза кишечника, снижения секреции желудка, поджелудочной железы, а также хронического гепатита с минимальной активностью [2]. Обычно диагноз не вызывает сомнений, т. к. доминируют симптомы основного заболевания, явившегося причиной правожелудочковой недостаточности.

При *расслаивающей аневризме аорты* боль начинается в грудной клетке и в спине, а затем прогрессирует вниз. В анамнезе обычно есть указания на атеросклероз, гипертоническую болезнь. Однако это больше характерно для пожилых пациентов. У молодых расслаивающая анев-

ризма аорты развивается при сифилисе, различных синдромах недостаточности соединительной ткани (например, при синдроме Марфана). Боль интенсивная, сопровождается напряжением брюшной стенки. При пальпации определяется плотное пульсирующее образование с четкими контурами, аускультативно над ним выслушивается шум. Пульс на бедренных артериях ослаблен. При нарушении кровоснабжения спинного мозга возможны парез и паралич нижних конечностей. Диагноз подтверждают с помощью УЗИ, доплерографии, ангиографии [11, 12].

Боль в животе может сопровождать *гипертоническую болезнь*, особенно во время кризов. Возможно, она связана с усугублением во время криза хронической абдоминальной ишемии [5].

В связи с высокой частотой встречаемости и особым клиническим значением абдоминального ишемического синдрома ему уделено большое внимание в ряде работ [1, 6, 7, 10].

Как было указано выше, абдоминальная боль может развиваться не только при сердечно-сосудистой патологии, но и при заболеваниях других органов и систем. Недигестивные причины абдоминальной боли представляют большую трудность для дифференциальной диагностики, поэтому данной проблеме мы планируем посвятить наши ближайшие публикации.

Список литературы

1. Анохина Г.А. Абдоминальный ишемический синдром // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 1.— С. 42—47.
2. Башняк В. В. Венозная дисциркуляторная болезнь органов брюшной полости.— К: Здоров'я, 1993.— 237 с.
3. Василенко В.Х., Меликова М.Ю. О желудочно-кишечном синдроме при инфаркте миокарда // Клини. мед.— 1959.— № 2.— С. 35—44.
4. Волошин О.І., Сплавський О.І., Руснак І.О. та ін. Ішемічний коліт як прояв абдоминальної ішемічної хвороби: дискусійні питання клініки, діагностики, лікування: огляд літератури та власні дослідження // Внутрішня медицина.— 2009.— № 1—2.— С. 47—59.
5. Губергриц А.Я. Боли в брюшной полости и их диагностическое значение.— К: Здоров'я, 1968.— 152 с.
6. Губергриц Н.Б., Агапова Н.Г., Шкарбун Л.И. Клинико-патогенетическое обоснование эффективности комбинации Эссенциале Н и Глутаргина в лечении хронического абдоминального ишемического синдрома // Сучасна гастроентерологія.— 2005.— № 5 (25).— С. 19—29.
7. Калинин А.В., Степура Д.К., Токмулина Г.М. Хронический абдоминальный ишемический синдром. Особенности клиники и диагностики // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2003.— Прилож. № 21.— С. 12.
8. Коломойская М.Б., Дикштейн Е.А., Михайличенко В.А., Ровенская Н.М. Ишемическая болезнь кишок.— К: Здоров'я, 1986.— 133 с.
9. Курс лекций по клинической кардиологии / Под ред. В.И. Целуйко.— Х: Гриф, 2004.— 576 с.
10. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения.— М.: Анахарсис, 2003.— 136 с.
11. Найхус Л.М., Вителло Д.М., Конден Р.Э. Боль в животе.— М.: Бино, 2000.— 320 с.
12. 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.
13. Levine J.S., Klor H.-U., Oehler G. Gastroenterologische Differentialdiagnostik. Entscheidungsprozesse in Flußdiagrammen.— Stuttgart: Schattauer, 1995.— 498 s.

Н.Б. Губергриц

Недигестивні причини абдоминального болю: етіологія, патогенез, класифікація

У статті проаналізовано головні причини й механізми розвитку абдоминального болю при хворобах, не пов'язаних з патологією органів травлення. Автор представила детальну класифікацію недигестивних причин абдоминального болю й особливо зупинилася на серцево-судинних хворобах, які можуть виявлятися таким болям.

N.B. Gubergrits

Non-digestive reasons of the abdominal pain: aetiology, pathogenesis, classification

The article gives the analysis of the principal causes and main mechanisms of abdominal pain pathogenesis at diseases not related to digestive pathology. The author has presented the detailed classification of non-digestive reasons of abdominal pain and has paid special attention to cardiovascular diseases which can manifest with such a pain.

Контактна інформація

Губерґріц 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 7 жовтня 2009 р.