



ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Дифференциальная диагностика при синдроме абдоминальных болей

Дисциплина Госпитальная терапия
Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Лекция (2 часа)

2026 ГОД

Н.В. Смагина , кандидат мед.наук,
Кафедра госпитальной терапии
Южно-Уральский государственный
медицинский университет, Челябинск, Россия



План

1. Определение абдоминальной боли
2. Типы абдоминальной боли
3. Дифференциальный диагноз при острой абдоминальной боли
4. Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли
5. Редкие причины абдоминальной боли
6. Центральная опосредованная абдоминальная боль
7. Алгоритмы диагностики и ведения больных с абдоминальной болью

Абдоминальная боль: определение

- Абдоминальная боль – один из наиболее частых симптомов при патологии органов пищеварительной системы. Термин «абдоминальный болевой синдром» является предметом дискуссий, поскольку, по сути, состоит из одного симптома.

Типы абдоминальной боли

- 1. Висцеральная – связана с растяжением, нарушением кровоснабжения и повышением давления во внутренних органах
- 2. Parietalная – возникает из-за вовлечения в патологический процесс брюшины
- 3. Иррадиирующая – отражение болевых ощущений при интенсивном висцеральном импульсе в области проекции других органов, иннервируемых тем же сегментом спинного мозга, что и вовлеченный орган
- 4. Психогенная – возникает при отсутствии соматических причин, связана с дефектом ингибирующих факторов, усилением нормальных входящих афферентных сигналов, снижения синтеза биологически активных субстанций

Типы абдоминальной боли

- В зависимости от продолжительности абдоминальной боли выделяют:
- острую (от нескольких часов до нескольких суток, как правило 48 часов),
- и хроническую (3 месяца и более) абдоминальную боль.



- **I этап** дифференциального диагноза абдоминальной боли – определение ее продолжительности и при острой абдоминальной боли исключения причин, требующих экстренной помощи
- . К ним относятся как ситуации, получившие название «Острый живот» - собирательное понятие, объединяющее различные заболевания органов брюшной полости, угрожающие жизни; так и тяжелые поражения других органов, сопровождающиеся абдоминальной болью.

Причины острой абдоминальной боли

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Патология органов брюшной полости	
Острый холецистит (калькулезный, бескаменный, паразитарный)	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="550 239 1932 878"><p>1. Клинические проявления:</p><p>В анамнезе могут быть приступы желчной колики, после употребления жирной пищи, голодания.</p><p>При развитии острого холецистита нарастает схваткообразная или постоянная боль, локализуется в правом подреберье и эпигастрии, иррадирует в межлопаточную область, правую лопатку или плечо. Возможны рвота, вздутие живота и одышка вследствие вынужденного ограничения глубины вдоха, лихорадка.</p><p>При обструкции ЖВП – механическая желтуха, потемнение мочи, ахолия. Возможен кожный зуд.</p><p>При пальпации живота локальное мышечное напряжение в правом подреберье, возможно – увеличенный и болезненный желчный пузырь</p><p>Симптомы: Мерфи, Боаса, Ортнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского, Кера, Щеткина-Блюмберга в проекции ЖП</p><li data-bbox="550 878 1932 1106"><p>3. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение СРБ</p><p>при механической желтухе - повышение общего билирубина за счет прямой фракции, ахолия кала, повышение ЩФ, возможен цитолиз</p><li data-bbox="550 1106 1932 1428"><p>4. Инструментальная диагностика</p><p>- УЗИ признаки - увеличение размеров ЖП; утолщение стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры; наличие блокирующего конкремента в шейке ЖП в случае калькулезного холецистита; наличие перивезикального жидкостного скопления, положительный УЗИ симптом Мерфи.</p><p>- КТ с КУ, МРТ, эндо УЗИ при нетипичной клинической картине или наличии осложнений</p>

Причины острой абдоминальной боли

Острый аппендицит

1. Клинические проявления:

- Характерна боль без четкой локализации (чаще околопупочной или эпигастральной областях), которая в течение нескольких часов смещается в правый нижний квадрант живота (симптом Кохера-Волковича, Кюммеля). При атипичной локализации аппендикса возможно в правое подреберье, гипогастрий. Анорексия, тошнота, однократная рвота рвота, повышение температуры
- Поза эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями), отставание в дыхании брюшной стенки.
- Симптом Мак-Берни. Перитонеальные симптомы: Симптом Щеткина-Блюмберга; симптом Воскресенского; симптом Ровзинга; Псоас-синдром;

2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение СРБ

3. Инструментальная диагностика:

- Визуализация (УЗИ, МРТ, метод выбора – КТ) на основе предварительной оценки вероятности (шкала Альворадо, шкала AIRS, шкала RIPASAи шкала AAS).
- Диагностическая лапароскопия

Причины острой абдоминальной боли

Острый панкреатит

1. Клинические проявления:

- Характерны в анамнезе пищевая нагрузка, прием алкоголя, наличие ЖКБ. Боли в эпигастрии, опоясывающие, с иррадиацией в спину, интенсивные, стойкие, не купируются спазмолитиками и анальгетиками.
- Патогномоничные симптомы: Гейнеке, Мейо-Робсона, Чухриенко, Кёрте, Френкеля, Лагерлефа, Мондора, Грея-Тернера, Куллена

2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение СРБ, амилазы и липазы крови, диастазы (амилазы) мочи в три раза и более, прокальцитонина (при гнойно-септических осложнениях)

3. Инструментальная диагностика

- УЗ-признаки: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости
- КТ или МРТ (в 72-96 часов от начала заболевания),
- Диагностическая лапароскопия

Причины острой абдоминальной боли

Острая кишечная непроходимость

1. Клинические проявления:

- Интенсивная схваткообразная боль, со временем становится постоянной и может стихать – «период мнимого благополучия»
- Многократная рвота, не приносящая облегчения, которая может иметь застойный, каловый характер (может отсутствовать при «низкой» кишечной непроходимости).
- Задержка отхождения газов и стула. «Низкая» кишечная непроходимость может сопровождаться поносами, пустой ампулой толстой кишки (симптом Грекова или симптом Обуховской больницы).

Объективные данные: перистальтика в начале заболевания

может быть усилена, позднее – ослаблена, живот вздут, асимметричен, выслушивается «шум падающей капли».

Патогномоничные симптомы: Мондора, «гробовой тишины», Спасокукоцкого, Склярова

2. Лабораторная диагностика: электролитные нарушения, гипопроотеинемия, возможен лейкоцитоз, ацидоз

3. Инструментальная диагностика:

- Обзорная рентгенография органов брюшной полости стоя или в латеропозиции (чаши Клойбера)

- Рентгенографии тонкой кишки с контрастированием

(энтерография) с последующим динамическим рентгенологическим контролем каждые 6 часов с целью

оценки пассажа контрастного вещества

- УЗИ брюшной полости

- КТ брюшной полости

Причины острой абдоминальной боли

Прободная язва желудка

(перфорация полого органа)

1. Клинические проявления:

- Острая интенсивная «кинжальная боль» в эпигастральной области, с иррадиацией в правое плечо, надключичную область и правую лопатку.
- Объективные данные: «доскообразный живот», положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Чугаева, Жобера, Бейли, Бруннера, Квервена, Кулленкампа

2. Инструментальная диагностика:

- Обзорная рентгенография брюшной полости (газ в виде серповидной прослойки между диафрагмой и печень)
- ЭГДС
- УЗИ, КТ брюшной полости
- При отрицательном результате обзорной рентгенографии – пероральное или через назогастральный зонд введение водорастворимого контрастного препарата с проведением повторного рентгенологического исследования или КТ органов брюшной полости) с целью выявления затеков

Причины острой абдоминальной боли

Синдром
(спонтанный
пищевода)

Бурхаве
разрыв

1. Клинические проявления:

триада Маклера (рвота, подкожная эмфизема в шейно-грудной области, сильная боль в грудной клетке), одышка, гипотония, боли в эпигастральной области

Появление симптомов после интенсивной рвоты, обильного приема пищи, алкоголя, поднятия тяжестей

2. Инструментальная диагностика: обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости, исследование пищевода с водорастворимым контрастным веществом, ЭГДС, КТ грудной клетки

Причины острой абдоминальной боли

Ущемленная грыжа

1. Клинические проявления:

Боль в области грыжевого выпячивания, невозможность вправления грыжи, увеличение грыжевого выпячивания, напряжение и болезненность при пальпации, отсутствию симптома "кашлевого толчка", присоединение клиники кишечной непроходимости, "шум плеска" при отсутствии симптомов перитонита.

1. УЗИ, КТ при неясном диагнозе

Причины острой абдоминальной боли

Острый дивертикулит

1. Клинические проявления:

Постоянная боль в левой подвздошной области, гипогастрии, повышение температуры тела. Возможны нарушения стула, гематохезия

При осложненной форме – пальпируемый инфильтрат в брюшной полости, образование свищей

2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение СРБ

3. Инструментальная диагностика

- УЗИ брюшной полости и кишечника

- КТ брюшной полости

При подозрении на острый дивертикулит колоноскопия и ирригоскопия нецелесообразны риска перфорации!

Причины острой абдоминальной боли

Острая мезентериальная ишемия

1. Клинические проявления:

- Внезапная интенсивная разлитая абдоминальная боль, вздутие живота, возможны рвота и диарея, гематохезия

- В анамнезе: сердечно-сосудистые заболевания (фибрилляция предсердий, ГБ, ИБС), предшествующие симптомы хронической мезентериальной ишемии у части пациентов. Неокклюзионная мезентериальная ишемия – возникновение симптомов у пациентов без значимых стенозов мезентериальных артерий вследствие падения АД (шок, тяжелые операции)

3. Объективные данные: несоответствие интенсивности боли и физикальным данным при осмотре живота (отсутствие симптомов раздражения брюшины)

4. Инструментальная диагностика: КТ-ангиография, лапароскопия

Причины острой абдоминальной боли

Перитонит

1. Клинические проявления:

- Симптомы основного заболевания в сочетании с признаками воспаления брюшины - нарастание боли в животе, слабости, появление рвоты, явлений эндогенной интоксикации

- Объективные данные: «доскообразный живот», положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Дзелафуа, Жобера, Бейли, Раздольского, Менделя, Гефтера-Шипицына, Розанова, Воскресенского, Бернштейна, «лицо Гиппократата»

3. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ и С-реактивного белка, прокальцитонин, интерлейкины -1,6,8,10 и TNF, электролитные нарушения

4. Инструментальная диагностика: УЗИ и рентгенография органов брюшной полости

Причины острой абдоминальной боли

Перекрут и некроз жировых структур брюшной полости (жировых подвесок толстой кишки, прядей большого сальника)

1. Клинические проявления: постоянная боль в месте проекции перекрученного сальникового отростка (чаще сигмовидная кишка). Чаще наблюдается у людей с ожирением, после физических нагрузок. Редко – субфебрильная температура, тошнота

Пальпаторно определяются локальная болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в проекции перекрученного сальникового отростка, иногда там же пальпируется опухолевидное образование и наблюдаются симптомы раздражения брюшины

2. Инструментальная диагностика: КТ, лапароскопия – основной метод

Причины острой абдоминальной боли

Патология других органов

Инфаркт миокарда

1. Клинические проявления:

Абдоминальный вариант, при котором боль локализована в эпигастрии, является одной из форм инфаркта миокарда. Боль или чувство сжатия, давления или тяжести, возможна иррадиация в левую руку, левое плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий, потливость, тошнота, боль в животе, одышка, удушье, потеря сознания, продолжительностью от 20 мин до нескольких часов, боль возникает в покое, не устраняется приемом нитроглицерина

2. Лабораторная диагностика: определение динамики уровня сердечного тропонина I или T

3. Инструментальная диагностика: ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях, ЭХОКГ, коронароангиография

Причины острой абдоминальной боли

Острое
расслоение
аневризмы аорты

1. Клинические проявления:

Резкое (как удар кинжала) начало болей грудной клетке, спине и животе, возможно мигрирующего характера по ходу расслоения, головокружение, повышение АД, затем гипотония, дефицит пульса

2. Лабораторная диагностика: анемия в общем анализе крови

2. Инструментальная диагностика: КТ, МРТ и ЧП-ЭхоКГ

Причины острой абдоминальной боли

Почечная колика

1. Клинические проявления:

- Внезапная, выраженная боль, приступообразная с периодами затишья, локализующаяся в поясничной области и/или в подреберье, боль может сопровождаться учащенным мочеиспусканием, болями в уретре, боль заставляет пациента метаться, принимать вынужденное положение тела

- В анамнезе мочекаменная болезнь, подагра, аномалии развития мочевыводящих путей, стриктуры мочеточников, новообразования почек, мочеточников

- Объективные данные: учащение пульса, повышение АД, отсутствуют напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины

2. Лабораторная диагностика: общий анализ мочи (гематурия)

3. Инструментальные данные:

- КТ (бесконтрастное)

- УЗИ и обзорная урография

Причины острой абдоминальной боли

Заболевания женской репродуктивной системы

1. Клинические проявления, характерные для заболеваний (внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки опухоли яичника, нарушение питания фиброматозного узла, острые гнойные заболевания внутренних половых органов, синдром гиперстимуляции яичников)
2. Гинекологическое исследование и соответствующие методы лабораторной и инструментальной диагностики

Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли

*Органические
заболевания ЖКТ*

*Функциональные
заболевания ЖКТ*

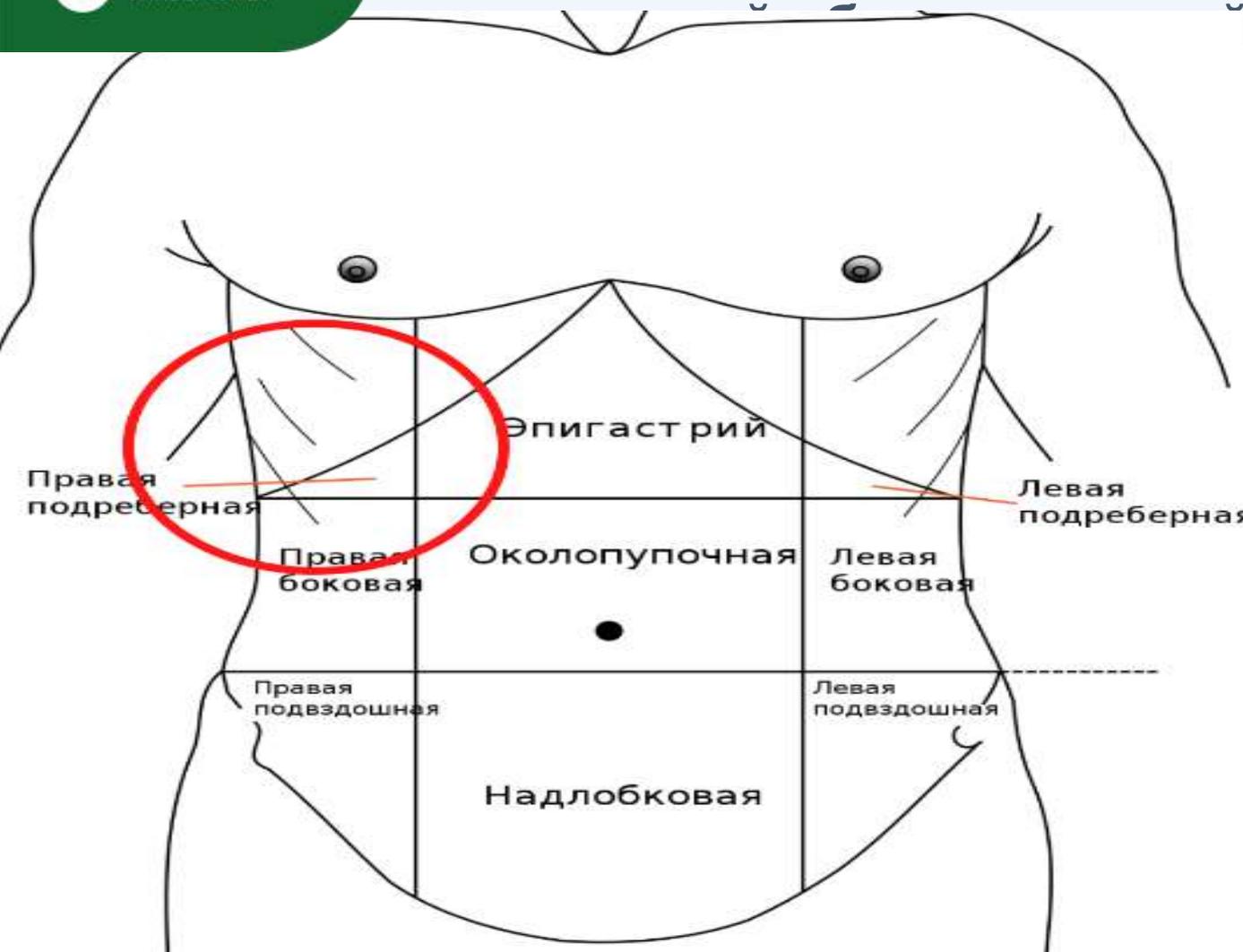
*Дифференциальный
диагноз в зависимости
от локализации боли*

*Исключение заболеваний
других органов и редких
причин абдоминальной боли*

Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли

- При проведении дифференциального диагноза хронической абдоминальной боли необходимо учитывать множество факторов:
 - - локализация боли
 - - характер боли
 - - иррадиация
 - - условия возникновения: связь с приемом пищи, дефекацией, физической нагрузкой, стрессом, сменой положения тела, приемом препаратов
 - - способы купирования боли: голод или прием пищи, спазмолитиков, антисекреторных препаратов, изменение положения тела
 - - наличие сопутствующих жалоб: тошнота, рвота, изжога, кишечная диспепсия.

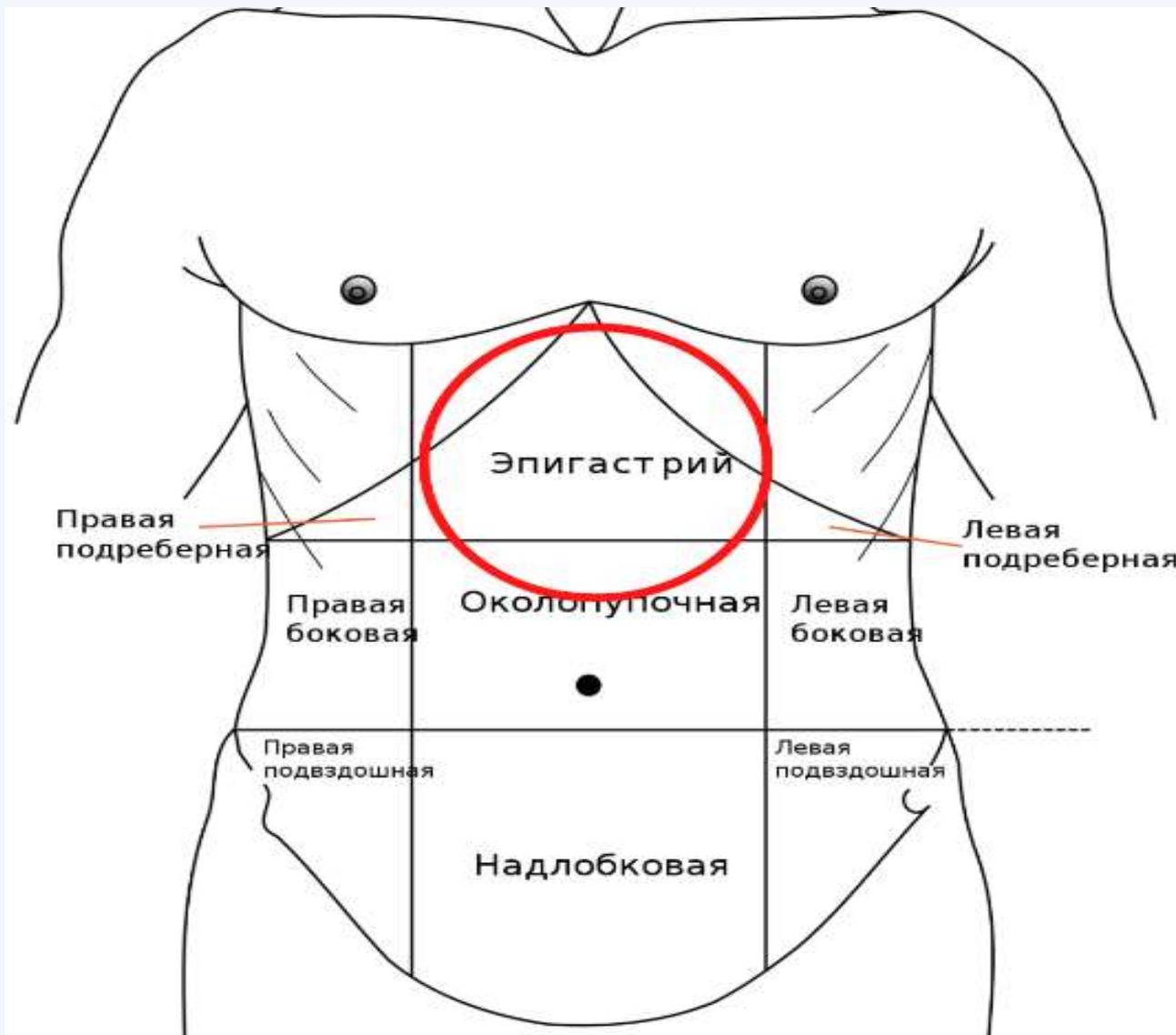
Дифференциальный диагноз при боли в животе . Боль в



Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в правом подреберьи:

- **Заболевания желчевыводящих путей :**
желчнокаменная болезнь, холангит, дискинезии желчевыводящих путей (дискинезия ЖП, дисфункция сфинктера Одди, функциональная билиарная боль), рак желчного пузыря;
- **Заболевания поджелудочной железы :**
хронический панкреатит, рак поджелудочной железы;
- **Заболевания верхних отделов ЖКТ (см.)** ЯБЖ и ЯБДПК;
- **Другие заболевания :** болезнь Крона, хроническая мезентериальная ишемия, СРК;

Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в эпигастральной области



Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в эпигастральной области:

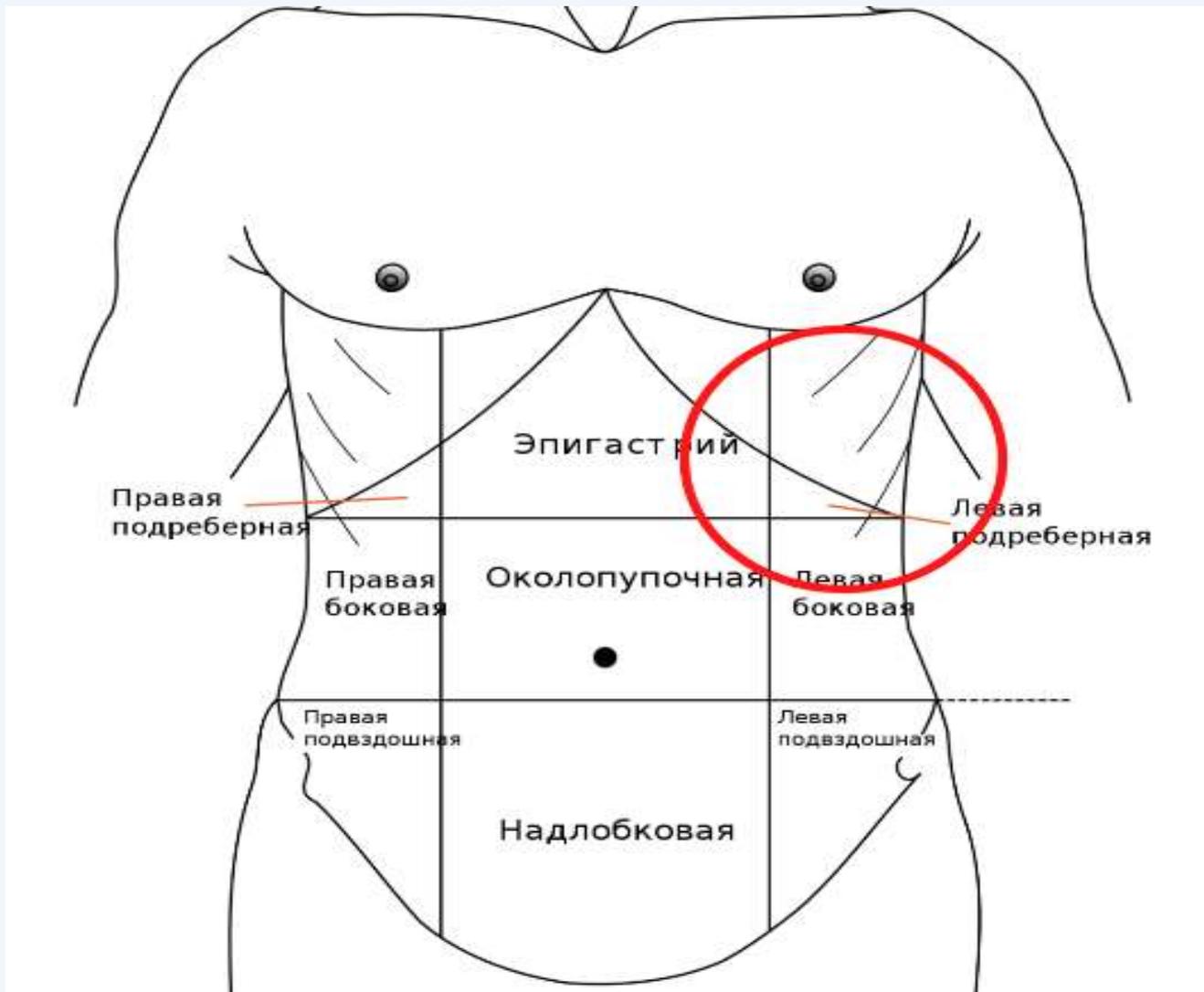
Заболевания верхних отделов ЖКТ: функциональная диспепсия и диспепсия, ассоциированная с *H. pylori*, ЯБЖ и ЯБДПК, рак желудка, гастропарез, синдромы оперированного желудка

Заболевания желчевыводящих путей : желчекаменная болезнь, холангит, дискинезии желчевыводящих путей (дискинезия ЖП, дисфункция сфинктера Одди, функциональная билиарная боль), рак желчного пузыря

Заболевания поджелудочной железы : хронический панкреатит, рак поджелудочной железы

Другие заболевания: болезнь Крона, хроническая мезентериальная ишемия, СРК

Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в левом подреберьи

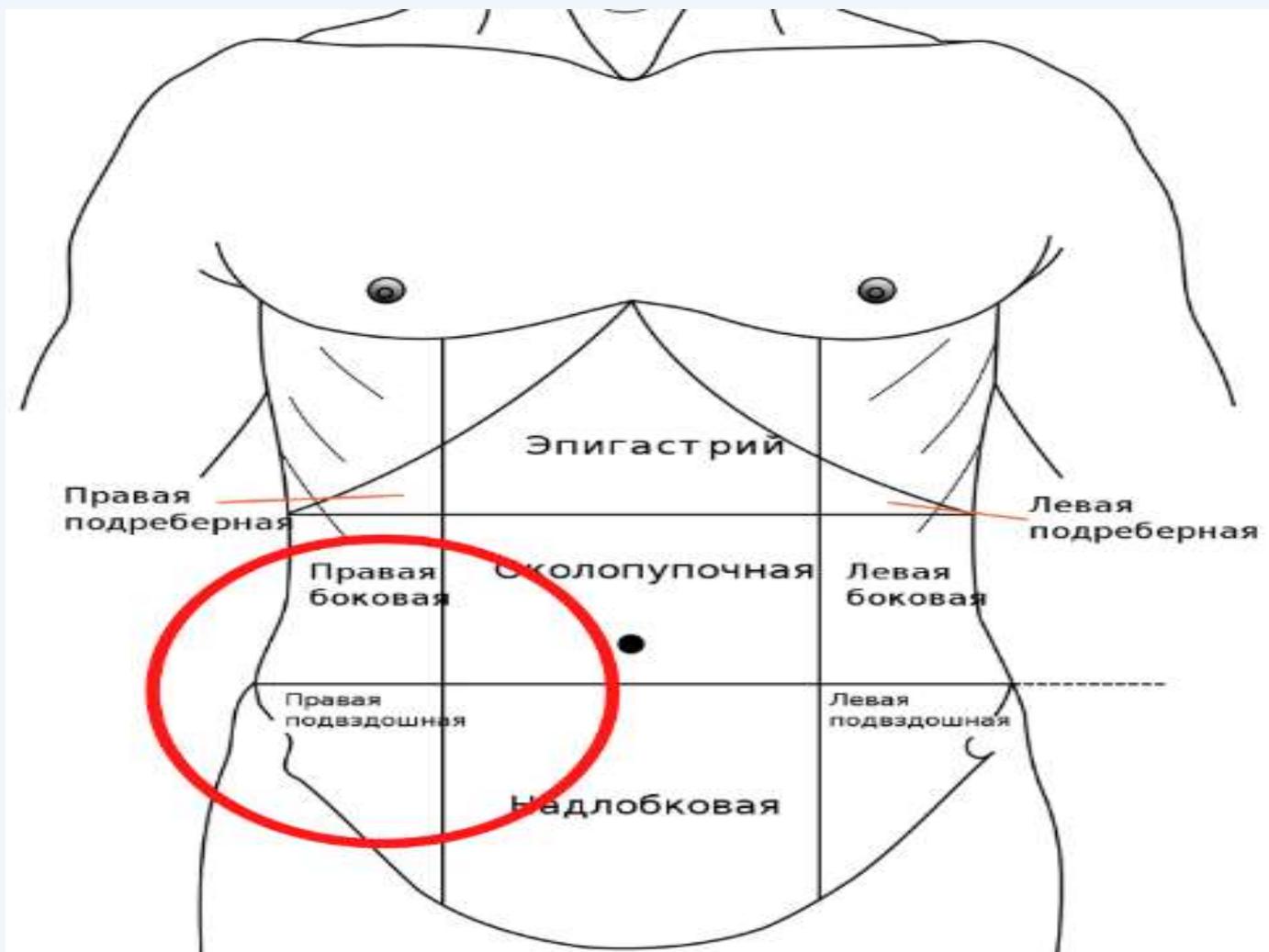


Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в левом подреберьи:

- **Заболевания поджелудочной железы** : хронический панкреатит, рак поджелудочной железы;
- **Заболевания верхних отделов ЖКТ** : ЯБЖ и ЯБДПК, гастропарез, рак желудка, синдромы оперированного желудка;
- **Другие заболевания** : болезнь Крона, хроническая мезентериальная ишемия, СРК.

Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли .

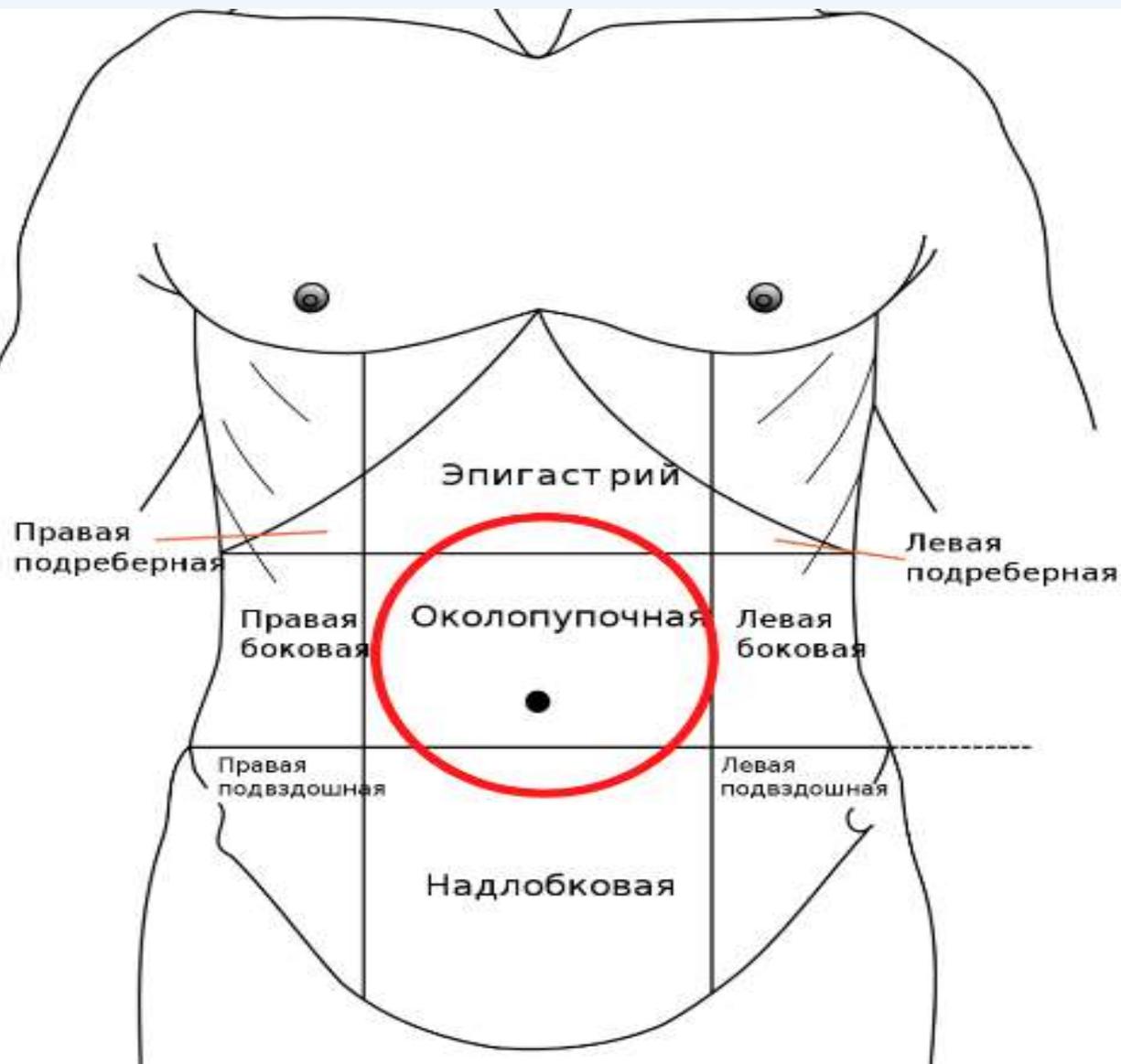
Боль в правой фланковой и подвздошной областях (боль в правом нижнем квадранте)



Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли Боль в правой фланковой и подвздошной областях(боль в правом нижнем квадранте):

- **Заболевания нижних отделов ЖКТ** : колоректальный рак, иерсиниоз, туберкулез кишечника, язвенный колит (ретроградный илеит), СРК;
- **Другие заболевания** : болезнь Крона, хроническая мезентериальная ишемия.

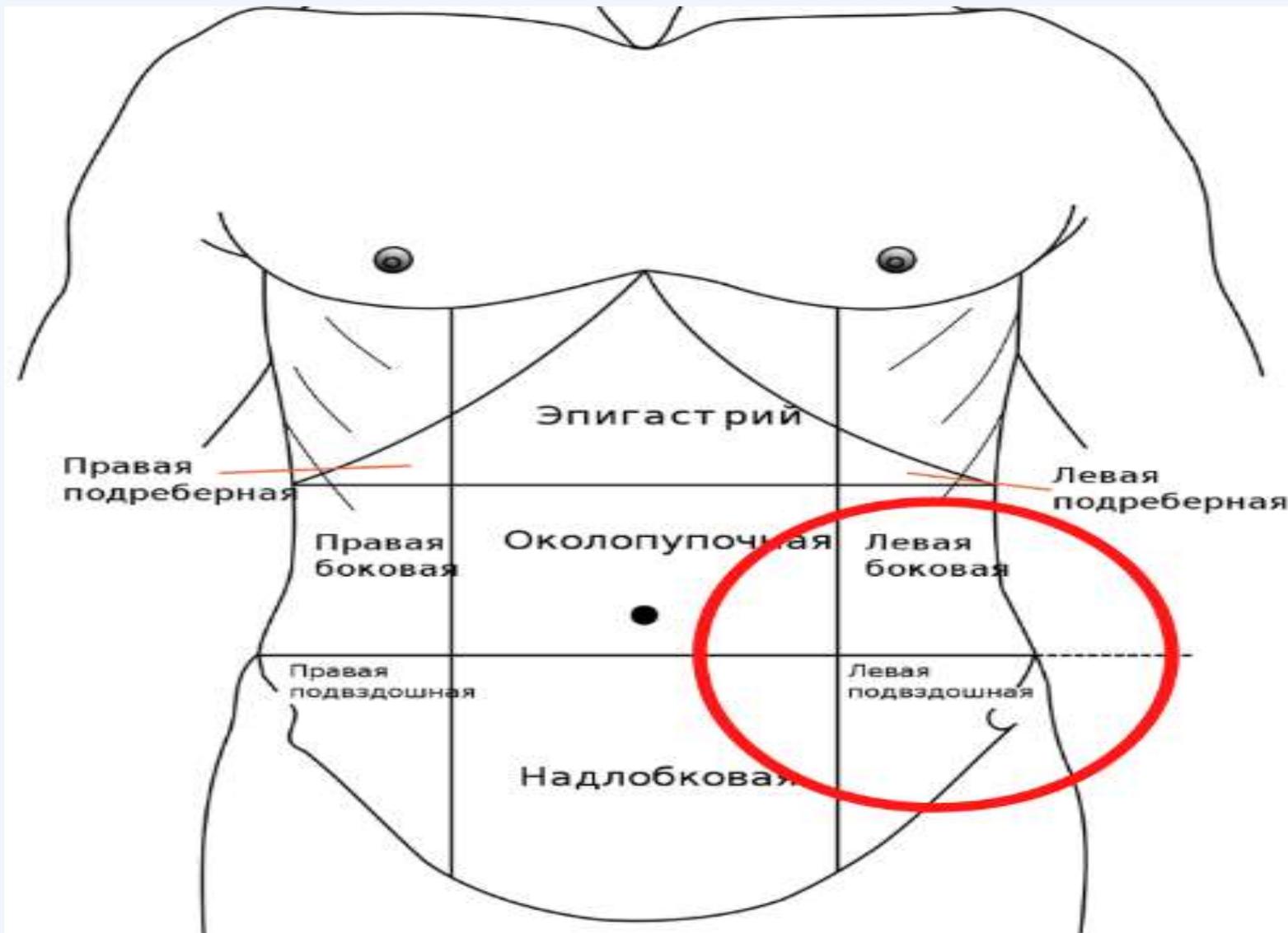
Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в околопупочной области



Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в околопупочной области:

- **Заболевания ЖКТ :**
- Целиакия;
- болезнь Крона;
- колоректальный рак;
- иерсиниоз;
- туберкулез кишечника;
- СРК.

Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли . Боль в левом нижнем квадранте(боль в левой фланковой и подвздошной областях):



Дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли Боль в левом нижнем квадранте(боль в левой фланковой и подвздошной областях):

- **Заболевания нижних отделов ЖКТ :**
- колоректальный рак;
- иерсиниоз, туберкулез кишечника;
- язвенный колит;
- дивертикулярная болезнь;
- инфекционные колиты;
- лучевой колит;
- *Cl.difficile* – ассоциированный колит;
- СРК;
- **Другие заболевания :** болезнь Крона, хроническая мезентериальная ишемия.

заболеваний других органов и редкие причины абдоминальной боли



Заболевания других органов, сопровождающиеся абдоминальной болью

Заболевания органов грудной полости	Пневмония, плеврит, стенокардия, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии, пневмоторакс
Заболевания органов брюшинного пространства	Почечная колика, пиелонефрит, рак почки, рак надпочечников
Неврогенные заболевания	Поражения корешков и спинного мозга на грудном уровне (Herpes zoster, сдавление грыжей диска, опухоль корешка и др.), миофасциальные синдромы, очаговые поражения спинного мозга, мигрень
Метаболические нарушения	Кетоацидоз, надпочечниковая недостаточность, токсический зоб, терминальная почечная недостаточность
Ревматические заболевания	Системные васкулиты, системная красная волчанка
Воздействие токсинов и укусов насекомых	Отравление ядами (свинцом), укусы различных пауков и насекомых

Причины абдоминальной боли. Патология передней брюшной стенки

- Синдром ущемления переднего кожного нерва; синдром илеоингвинального нерва;
- грыжа (эпигастральная, пупочная, спигелиевой линии, паховая, послеоперационная);
- повреждение/гематома мышц передней брюшной стенки;
- эндометриоз передней брюшной стенки;
- десмоидная опухоль;
- болезнь Деркума;
- ксифодиния;
- синдром идиопатической миофасциальной боли.

Абдоминальная боль

- Критериями постановки диагноза являются:
- - наличие локализованной боли в животе (область менее 2 см в диаметре), связанной с изменением положения тела;
- - положительный симптом Карнетта;
- - эффект от локальной инъекции анестетика.

Выполнение теста на определение симптома Карнетта



Выполнение теста на определение симптома Карнетта

- **Выполнение теста на определение симптома Карнетта:**
- 1. Сначала определяют точку максимальной болезненности на животе
- 2. Затем, продолжая оказывать давление на точку максимальной болезненности, пациента просят сократить мышцы живота 2 возможными способами:
 - - привести голову к груди (или приподнять ее)
 - - свести и поднять ноги вместе
- **Интерпретация:** тест положительный, если болезненность становится более выраженной или не изменяется. Тест отрицательный, если болезненность уменьшается.

Редкие причины абдоминальной боли

Наследственный ангионевротический отек

1. Клинические проявления: асимметричный и болезненный отек мягких тканей (веки, губы, лицо, язык), тошнота, рвота абдоминальная боль, отек гортани

Характерно: отсутствие зуда, гиперемии кожи, крапивницы

2. Наследственный анамнез, отсутствие эффекта от лечения системными глюкокортикостероидами и антигистаминными средствами, связь отёков с механическим воздействием (травмой, инвазивными манипуляциями и др.), физическим и эмоциональным напряжениями, острыми респираторными заболеваниями, дебют заболевания в детском/молодом возрасте

3. Лабораторная диагностика: концентрация ингибитора С1-эстеразы, генетическое тестирование

Редкие причины абдоминальной боли

Склерозирующий мезентерит
(мезентериальный
панникулит)

- Абдоминальная боль, тошнота, рвота, потеря веса, лихорадка
- В анамнезе абдоминальная хирургия, аутоиммунные заболевания, рак
- Ассоциация с первичным склерозирующим холангитом, IgG4-ассоциированными заболеваниями, паранеопластическим синдромом
- КТ, МРТ органов брюшной полости: отграниченный участок диффузно неомогенной жировой клетчатки («туманная брыжейка»), лимфаденопатия

Редкие причины абдоминальной боли

Хроническая мезентериальная ишемия

1. Клинические проявления: постпрандиальная абдоминальная боль, похудание, расстройства стула, систолический шум в проекции брюшной аорты
2. УЗДГ, МСКТ висцеральных ветвей брюшной аорты: гемодинамически значимый стеноз одной мезентериальной артерии $> 70\%$ или стеноз 2ух и более мезентериальных артерий $> 50\%$

Редкие причины абдоминальной боли

Заболевания	Особенности
Семейная средиземноморская лихорадка	<ul style="list-style-type: none">- Эпизоды лихорадки, острой боли в животе (перитонит), моноартрит (тазобедренного, коленного, голеностопного суставов), плеврит, перикардит, сыпь на голенях и стопах, мышечные проявления и поражение мочеполовой системы(критерии Тель-Хашомер)- Этническая принадлежность (евреи, турки, армяне и арабы), дебют у лиц моложе 20 лет, наличие случаев ССЛ в семейном анамнезе- Лабораторная диагностика: исследование мутаций гена MEFV

Редкие причины абдоминальной боли

Острая
порфирия

перемежающаяся

1. Клинические проявления: поведенческие расстройства, галлюцинации, тахикардия, гипонатриемия, абдоминальный болевой синдром, красный или бурый цвет мочи, запоры, тетрапарез/тетраплегия тошнота/рвота, боли в ногах, руках, пояснице, грудной клетке

2. Лабораторная диагностика: анализ мочи на порфобилиноген

Редкие причины абдоминальной боли

Системный мастоцитоз

- Симптомы активации тучных клеток (приливы, тахикардия, мышечноскелетные боли, гипотензия, боли в животе, гиперемия кожи, зуд, диарея, анафилактические реакции на продукты питания, укусы насекомых, некоторые лекарства)
- Лабораторная и инструментальная диагностики: генетическое тестирование, биопсия кожи, костного мозга

Редкие причины абдоминальной боли

Синдром Элерса-Данлоса

- Гиперупругость кожи, гипермобильность суставов, хрупкость тканей

Эндометриоз

- Диспареуния, дисхезия, диарея во время менструации. При локализации в кишечнике

Наркотический кишечный синдром

Усиление абдоминальной боли при увеличении дозировки опиоидов

Центрально-опосредованная абдоминальная боль.

- Диагноз центрально-опосредованная абдоминальная боль устанавливается при условии соответствия всем нижеперечисленным критериям в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности симптомов не менее чем 6 месяцев до постановки диагноза:
 - 1. Постоянная или почти непрерывная боль в животе
 - 2. Связь боли с физиологическими событиями (например, приемом пищи, дефекацией или менструацией) отсутствует или встречается только изредка
 - 3. Боль ограничивает некоторые аспекты повседневной деятельности (работа, интимная жизнь, семейная жизнь и уход за собой)
 - 4. Боль не притворная
 - 5. Боль не объясняется другим структурным или функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта или другим заболеванием

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ



ЛЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ СОГЛАСНО СУЩЕСТВУЮЩИМ СТАНДАРТАМ и КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

При отсутствии эффекта – ПОВТОРНОЕ ДЕТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Ступенчатый алгоритм выбора препаратов для купирования хронической боли в животе в зависимости от ее интенсивности и ведущего механизма развития



Для купирования болевого синдрома рекомендуются следующие спазмолитические препараты:

Бускопан (гиосцина бутилбромид) из группы холинолитиков,

Дюспаталин(мебеверин) из группы блокаторов натриевых каналов,

папаверин и Но-шпа (дротаверин) из группы ингибиторов фосфодиэстеразы IV типа,

Спазмомен, Метеоспазмин и др.

Препараты первой ступени должны соответствовать определенным критериям включения в список средств первой необходимости, к числу которых относятся:

- высокая спазмолитическая активность;
- высокая скорость наступления спазмолитического действия;
- длительный спазмолитический эффект;
- высокая безопасность;
- большой международный опыт применения;
- доступность для населения (низкая стоимость);
- возможность применения для самолечения (безрецептурные средства);
- наличие форм для перорального применения.

По механизму действия спазмолитики подразделяются на два класса:

- 1. Миотропные спазмолитики, напрямую влияющие на биохимические процессы в гладкомышечных клетках, либо избирательно действующие на отдельные гладкомышечные органы.
- 2. Нейротропные спазмолитики, нарушающие передачу нервных импульсов в вегетативных ганглиях или окончаниях вегетативных нервов.

- Оба класса спазмолитических препаратов относятся к древнейшим лекарственным средствам, ведущим свою родословную от алкалоидов снотворного мака (*Papaver somniferum*) и красавки обыкновенной, белладонны или сонной одури (*Atropa Belladonnae*), применявшихся еще во времена Гиппократов.
- Эти лекарственные растения вошли в историю, не только положив начало эффективному лечению спастической боли, но и породив множество смертельных ядов и такое величайшее бедствие человечества, как наркоманию.

- Среди современных миотропных спазмолитиков «родственниками» снотворного мака являются полусинтетические производные его алкалоида изохинолина – папаверина гидрохлорид и дротаверин .
- Среди прямых «потомков» нейротропных спазмолитиков из группы холинолитиков сегодня в мире широко применяется Гиосцина бутилбромид – препарат естественного происхождения, который является производным алкалоидов дурмана.

гиосцина бутилбромид :

- Относится к числу высокоселективных холиноблокаторов, избирательно подавляющих высвобождение ацетилхолина в области периферических окончаний мускариновых рецепторов 1 и 3 типов, которые локализуются преимущественно в стенке желудочно–кишечного тракта, желчного пузыря и билиарных протоках.
- Оказывает ганглиоблокирующее действие, подавляя высвобождение ацетилхолина в спинальных ганглиях, и потому является одним из наиболее мощных спазмолитиков, доказавших свою эффективность по результатам мета–анализа многочисленных мультицентровых контролируемых исследований
- При этом препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер и лишен выраженного атропиноподобного системного действия.
- При длительном лечении могут наблюдаться умеренные побочные эффекты, такие как нарушения [аккомодации](#), мидриаз, сухость во рту и тахикардия, которые, как правило, не ухудшают качество жизни пациента, получающего этот препарат.

- Абсорбция гиосцина бутилбромида при пероральном приеме составляет 8–10 %, при ректальном введении – 3 %. При этом низкое всасывание не влияет на спазмолитическое действие.
- В связь с белками плазмы крови вступает 3–11 % абсорбированного препарата.
- Максимальная концентрация гиосцина бутилбромида в плазме достигается через 1–2 часа после перорального приема и составляет около 4,4 нг/мл, т. е. терапевтический эффект препарата обеспечивается его малыми дозами.
- Свидетельством избирательности действия является высокое содержание препарата в гладкой мускулатуре, превышающее его концентрацию в плазме крови.
- Для гиосцина бутилбромида характерны быстрое наступление спазмолитического действия (через 20–30 минут после приема внутрь) и длительное сохранение эффекта (на протяжении 2–6 часов).
- Препарат выводится в неизменном виде почками. Период полувыведения составляет 4,2 часа.

- Существенным преимуществом является его низкая биодоступность – лишь небольшое количество препарата попадает в системный кровоток.
- Для гиосцина бутилбромида этот показатель составляет 1 %. Препарат преимущественно концентрируется в спазмированных участках гладких мышц органов–мишеней.
- С низкой биодоступностью связана минимальная выраженность системных эффектов препарата.
- По этому показателю гиосцин бутилбромид выгодно отличается от дротаверина (Но-шпы), биодоступность которого составляет 25–91 %, что обеспечивает выраженное системное действие.
- Препарат выпускается в таблетках, покрытых сахарной оболочкой, и суппозиториях по 10 мг; отпускается без рецепта врача. Рекомендуемые дозы Бускопана 1–2 таблетки или 1–2 свечи 3–5 раз в день.
- Противопоказаниями к приему бускопана служат закрытоугольная глаукома, гиперплазия предстательной железы с тенденцией к задержке мочи, органический стеноз отделов желудочно–кишечного тракта, тахикардия, миастения, мегаколон.



- Гиосцина бутилбромид может применяться как для кратковременного симптоматического лечения боли в животе, так и для длительной курсовой терапии заболеваний, в патогенезе которых ведущую роль играет спазм.
- Так, при СРК, дисфункции и стенозе сфинктера Одди, протекающих преимущественно со спастическими болями, спазмолитики выступают в качестве препаратов основного патогенетического лечения.

В заключение хотелось бы еще раз напомнить врачам:

абдоминальная боль – это не только свидетельство физического страдания, но и тяжелейшая психоэмоциональная, стрессовая ситуация в жизни больного, которая существенно снижает качество его жизни и нарушает трудоспособность. Врач не должен допускать ситуаций, при которых пациент длительно испытывает боли и ждет, пока определят их причину и назначат лечение. В первую очередь мы должны избавить пациента от страданий и назначить симптоматическую терапию, выбрав наиболее эффективное и безопасное средство.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение абдоминальной боли
2. Перечислите типы абдоминальной боли
3. Проведите дифференциальный диагноз при острой абдоминальной боли.
4. Проведите дифференциальный диагноз при хронической абдоминальной боли.
5. Назовите редкие причины абдоминальной боли.
6. Центральное-опосредованная абдоминальная боль. Дайте определение.
7. Сформулируйте алгоритмы диагностики больных с абдоминальной болью
8. Сформулируйте принципы ведения больных с абдоминальной болью

Литература

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью, 2015г. http://www.gastro.ru/userfiles/R_AB_2015_4.pdf
2. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru/>
3. «Дифференциальный диагноз в гастроэнтерологии: учебно-методическое пособие /А.И. Долгушина, А.А. Саенко, А.С. Кузнецова, Н.В. Смагина, Г.М. Хусаинова.-г. Челябинска: Издательский центр «Титул»,2023 .-152с.:ил.
- 4 . Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. ЭБС. Консультант студента: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444061.html>



ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Спасибо за внимание!