

Гострий і хронічний біль в животі: методи обстеження, диференційний діагноз, забезпечення маршруту пацієнта

Доц. Бабаніна М.Ю.

Кафедра сімейної медицини і
терапії

План заняття

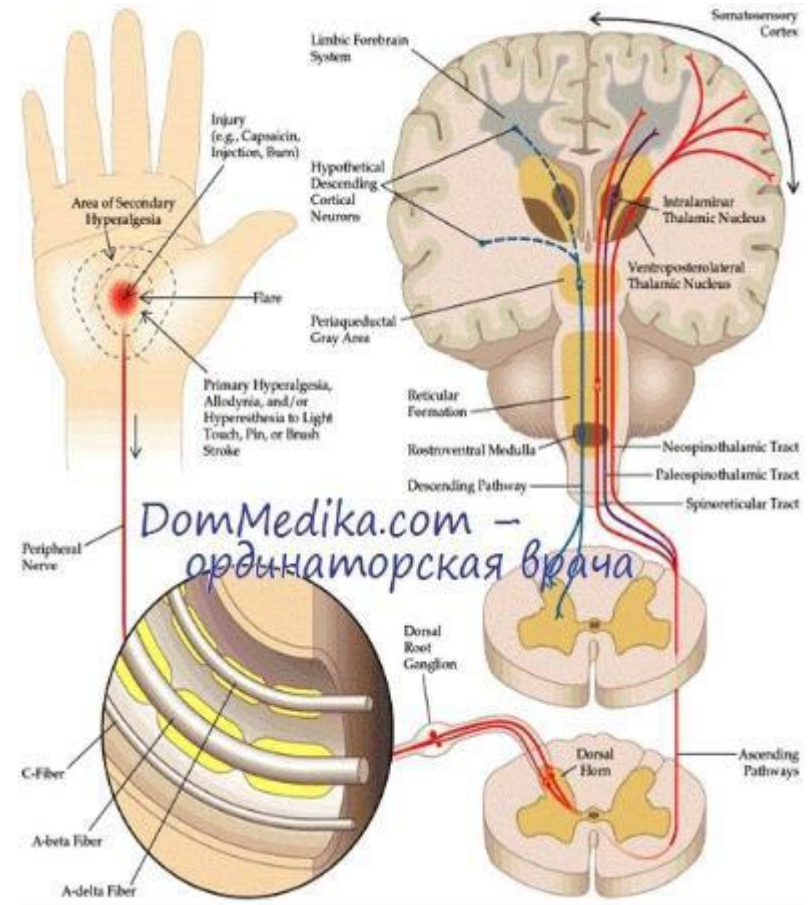
- 1. Патогенез абдомінального болю
- 2. Класифікація абдомінального болю
- 3. Причини абдомінального болю
- 4. Поняття «Гострий живіт»
- 5. Тактика ведення хворих з абдомінальним болем



Запідозрити діагноз "гострого живота" повинен будь-який лікар, але центральною фігурою в проблемі залишається "хірург та терапевт"

Патогенез

[У 1965 році R. Melzack і P. Wall висунули теорію "контролю воріт" болю, згідно з якою в спинному мозку спеціальний механізм контролю регулює потік імпульсів з периферії до вищерозміщених відділів, що контролюють саме ноцицептивні сприйняття. Аксони аферентних ноцицептивних волокон закінчуються в стовпах заднього рогу спинного мозку. Тут вони контактують з передавальними нейронами спіноталамічного шляху, по якому больова імпульсація досягає задніх ядер таламуса, а потім соматосенсорних полів кори головного мозку.



Ноцицептивні нервові закінчення

Хемочутливі, оскільки вплив усіх подразників, що викликають відчуття болю (механічні, термічні, запальні, ішемічні, хімічні), пов'язано зі зміною хімічного оточення больових рецепторів. До хімічних медіаторів, що беруть участь в ноцицептивній передачі та регулюванні потоку імпульсів, відносяться:

1. Нейротрасмітери:

- 5-гідрокситриптамін (5-HT),
- гістамін.

2. Кініни:

- брадикинін,
- каллідін.

3. Низький рН.

4. АТФ.

5. Молочна кислота.

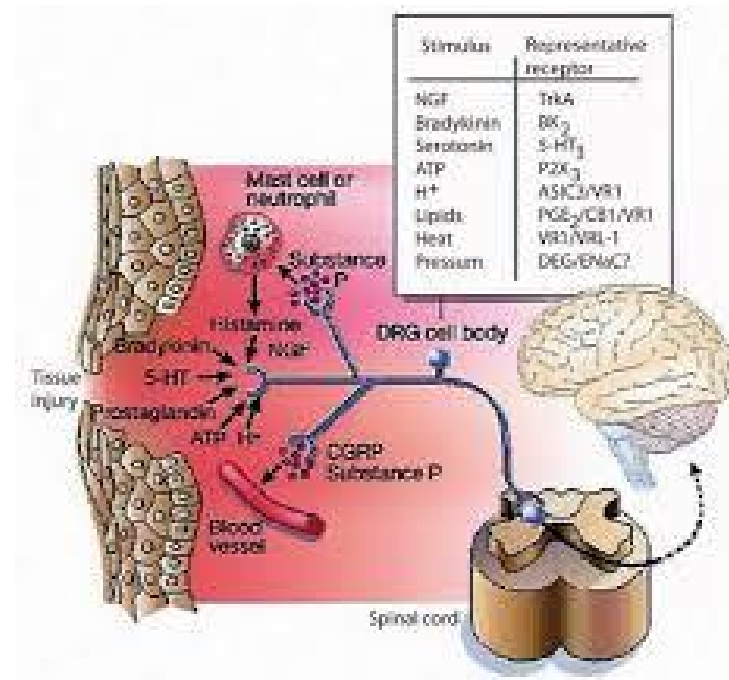
6. Іони K⁺.

7. Простагландини.

8. Тахікініни:

- субстанція P (SP),
- нейрокінін A (NKA),
- нейрокінін B (NKB).

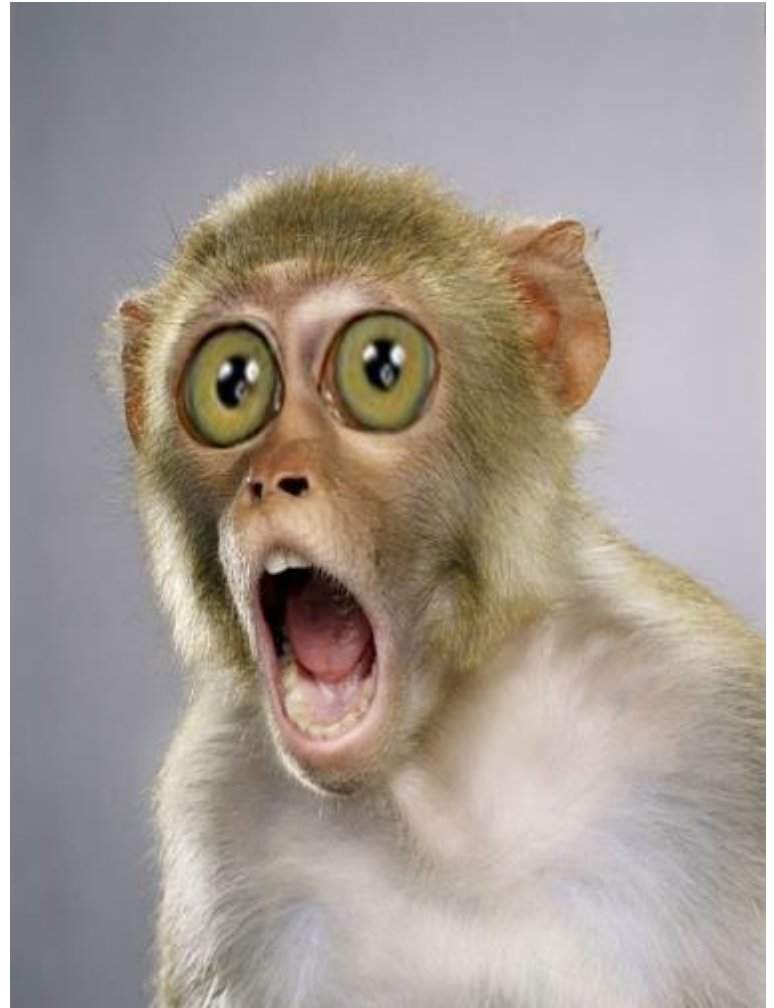
9. Опіоїдні пептид



Абдомінальний біль

ділять на:

- гострий, що розвивається, як правило, швидко або, рідше, поступово і має невелику тривалість (хвилини, рідко кілька годин);
- хронічний, для якого характерне поступове наростання. Цей біль зберігається або рецидивує упродовж тижнів і місяців.



Гострий біль

- виникає раптово, розвивається швидко, його тривалість не перевищує 3-х місяців. Його зазвичай кваліфікують як "сигнал тривоги», тобто первинний симптом, що відображує появу патології. Нещодавно виниклий гострий біль має важливе значення не тільки для хворого, але і для лікаря, так як вимагає негайного реагування і швидкого з'ясування його причини. Повторювані епізоди гострого болю можуть з часом трансформуватися в хронічний, проте хронічний біль не можна розглядати тільки як тривало існуючий симптом або як суму повторюваних приступів гострого болю.



Хронічний біль

- Це не просто симптом. Це складний синдром, що відображає серйозне захворювання і характеризує не тільки локальні зміни, але і порушення з боку центральної і периферичної нервової систем. Стосовно до шлунково-кишкового тракту ці зміни зумовлені порушенням взаємодії між хворим органом-мішенню і регуляторними системами, тому що будь-який вісцеральний орган перебуває під контролем численних регулюючих впливів.



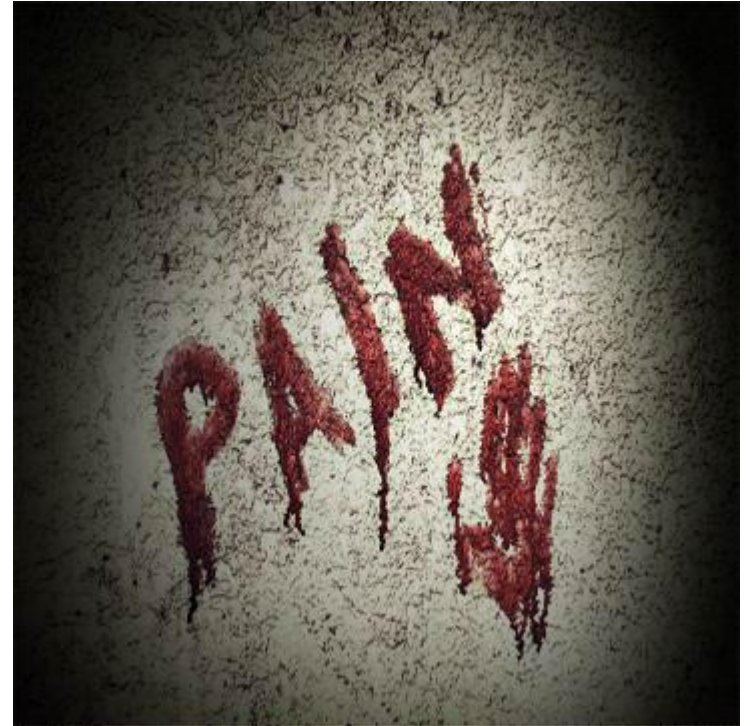
Інтраабдомінальні причини

- Генералізований перитоніт, який розвинувся в результаті перфорації порожнистого органу, позаматкової вагітності або первинний (бактеріальний і небактеріальний);
періодична хвороба
 - Запалення певних органів: апендицит, холецистит, пептичні виразки, дивертикуліт, гастроентерит, панкреатит, запалення органів малого тазу, коліт виразковий або інфекційний, регіональний ентерит, пієлонефрит, гепатит, ендометрит, лімфаденіт
 - Обструкція полого органу: інтестинальна, біліарна, сечовивідних шляхів, маткова, аорти
 - Ішемічні порушення: мезентеріальна ішемія, інфаркти кишечника, селезінки, печінки, перекрут органів (жовчного міхура, яєчок і ін.)
 - Інші: синдром подразненого кишечника, ретроперітонеальні пухлини, істерія, синдром Мюнхаузена, скасування наркотиків



Екстраабдомінальні причини

- Захворювання органів грудної порожнини (пневмонія, ішемія міокарда, захворювання стравоходу)
- Неврогенні (herpes zoster, захворювання хребта, сифіліс)
- Метаболічні порушення (цукровий діабет, надниркова недостатність, токсичний зоб, уремія, порфірія)
- Вплив токсинів: укуси комах, отруєння отрутами



Абдомінальний біль

також може бути:

- - органічним;
- - функціональним.



За механізмом виникнення

біль в черевній
порожнині ділять на:

- - Вісцеральний,
- Парієтальний(перитон
еальний, соматичний),
- - Відбитий
(ирадiюючий);
- - Психогенний.



Для збору найбільш важливих даних анамнезу при болю в животі IASP рекомендує алгоритм PQIRST:

P - фактори, що полегшують (palliate) або підсилюють (provoke) біль у животі, наприклад, якщо біль зменшується після дефекації, можна припустити захворювання товстого кишечника;

Q - якісні (qualities) характеристики болю (наприклад пекучий, гострий, переймоподібний);

R - ірадіація (radiation) болю, наприклад при захворюваннях жовчовивідних шляхів біль ірадіює в область правої лопатки, при захворюваннях ПЗ - в спину, поддіафрагмальні болі можуть іррадіювати в плече;

S - інтенсивність (severity) болю;

T - фактори часу (temporal), наприклад тривалість болю, постійний біль або минучий, пов'язаний з їжею або дефекацією

Залежно від зв'язку болю за часом з прийомом їжі розрізняють

Залежно від зв'язку болю за часом з прийомом їжі розрізняють ранній біль (через 5-20 хвилин після їжі); пізній біль (через 1,5-3 години після їжі); голодний біль, який зменшується після прийому їжі. Найчастіше вважають, що голодний нічний біль характерний тільки для пептичної виразки.



Біль у верхніх відділах живота (епігастрії) частіше за все пов'язаний з наступними захворюваннями:

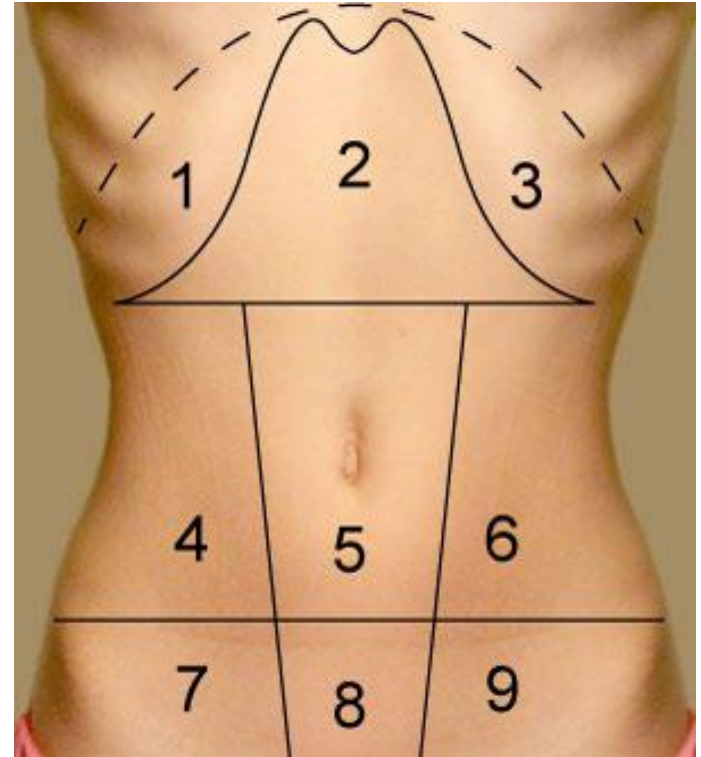
Біль у верхніх відділах живота (епігастрії) частіше за все пов'язаний з наступними захворюваннями:

- Пептична виразка шлунка або ДПК;
- - Гастрит, дуоденіт, функціональна диспепсія; діафрагмальна грижа, езофагіт;
- - ЖКБ, холецистит, холангіт;
- - Панкреатит;
- - Апендицит (при атиповому розташуванні червоподібного відростка);
- - Висока тонкокишкова непрохідність, порушення евакуації зі шлунку;
- - Поддіафрагмальний абсцес, абсцес печінки;
- - Гепатит;
- - Пухлини печінки;
- - Застійна гепатомегалія;
- - Патологія селезінкового кута товстої кишки та / або поперекової кишки;
- - Плеврит, ніжньодольова пневмонія, пневмоторакс, абсцес легені;
- - Інфаркт міокарда (status gastralgicus), стенокардія;
- - Перикардит;
- - Пієлонефрит, ниркова колька;
- - Захворювання або ушкодження селезінки;
- - Захворювання черевної стінки - киля білої лінії, міозит прямих м'язів живота, їх флегмона;
- - Ураження шлунка при ендокринних захворюваннях - цукровому діабеті, аддісоновій хворобі, тиреотоксикозі

Біль в мезогастрії найчастіше обумовлений

Біль в мезогастрії найчастіше обумовлений:

- Апендицитом (на початку захворювання);
- Тонкокишечною непрохідністю, ентеритом;
- Панкреатитом;
- Тромбозом або емболією брижових судин;
- Пупковою грижею;
- Аневризмою черевного відділу аорти;
- Колітом - переважно трансверзитом;
- Мезентеріальним лімфаденітом;
- Туберкульозним перитонітом;
- Захворюваннями черевної стінки (кили)



Причиною болю в гіпогастрії зазвичай є наступні захворювання

Причиною болю в гіпогастрії зазвичай є наступні захворювання:

- Товстокишкова непрохідність;
- - Апендицит;
- - Мезентеріальний лімфаденіт;
- - Запалення дивертикулу Меккеля, дивертикуліт товстої кишки, проктит, коліт, в т.ч. неспецифічний виразковий коліт (НВК), хвороба Крона;
- - Сальпінгіт, ендометріоз, аднексит, кіста яєчника, менструальний біль, перекрут яєчника або його кісти;
- - Цистит, камені сечового міхура, пієлонефрит, ниркова колька;
- - Простатит;
- - Аневризма черевного відділу аорти;
- - Пахова кила

Ірадіюючий біль

виникає при надмірній інтенсивності імпульсу вісцерального болю (наприклад, проходження каменю) або анатомічному пошкодженні органу (наприклад, защемленій кишці), передається на ділянки поверхні тіла, які мають загальну корінцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини.



Ірадіюючий біль

Область ірадіації болю	Захворювання
Ліве плече	Панкреатит, лівобічний плеврит або захворювання серця, пошкодження селезінки, перфоративна виразка
Праве плече	Перфоративна виразка, правобічний плеврит, поддіафрагмальний абсцес, пошкодження селезінки
Права підлопаткова область	Жовчовивідної системи
Пахова область і зовнішні статеві органи	Сечостатевої сфери, апендицит, пахові грижі
Хрестець	Пряма кишка і внутрішні статеві органи у жінок

Психогенний біль

Виникає за відсутності периферичної дії або коли остання грає роль пускового фактору.

Особлива роль її виникненні відводиться депресії.

Характер психогенного болю залежить від особистісних особливостей.

Така біль довготривала, монотонна, дифузного характеру.



абдомінальна мігрень

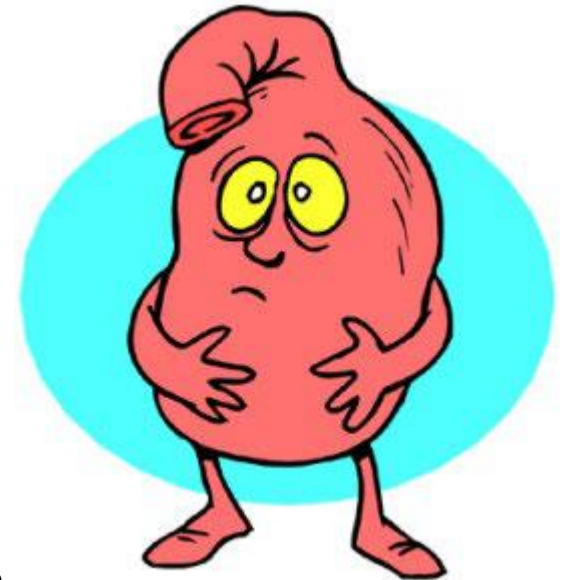
частіше зустрічається в молодому віці, носить інтенсивний розлитий характер, але може бути локальною (в параумбілікальній області).

Характерні супутні нудота, блювота, пронос і вегетативні розлади (збліднення і похолодання кінцівок, порушення ритму серця, артеріального тиску та ін.). Часто присутня мігренозна цефалгія і характерні для неї провокує і супроводжуючі фактори. Під час пароксизму відзначається збільшення швидкості лінійного кровотоку в черевній аорті.

Головне пам'ятати: одні і тіж симптоми (біль в животі, нудота, блювота, с-м роздратування очеревини) можуть мати різне походження.

Питання, на які необхідно відповісти при синдромі "гострого живота"

1. Що болить?
2. Чому болить?
3. Чи є загроза життя хворому в даний момент?



Завдання терапевта

- 1) Поставити або/та підтвердити факт стану
- 2) Встановити причину "гострого живота"
(оскільки терапевтичних причин в розвитку гострого живота значно більше, ніж хірургічних)
- 3) Своєчасно направити хворого на операцію

Чи є загроза життя хворому в даний момент?

чи є синдроми?

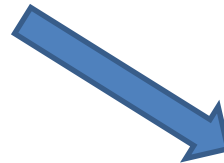
- 1. Перфорації порожнистого органу
- 2. Гострої кишкової непрохідності
- 3. Подразнення очеревини
- 4. Кровотечі



Є!

Мінімум обстеження,
ургентна операція
навіть без уточнення
нозоологічної одиниці

Оцінити динаміку –
ан.крові, t, R-скопія, ФГДС,
лапароскопія



немає

Аналіз супутніх симптомів,
дообстеження, можливо
знеболення (пробне)

Оцінка супутніх синдромів

Виявлені синдроми	Діагностичні гіпотези
1.Інтоксикаційно-запальний	Коліка при гострому пієлонефриті, типова пневмонія (біль у черевній порожнині при пневмонії)
2.ДН,масивної інфільтрації в легенях, ураження плеври	Плеврит, пневмонія
3. Дизурія	СКХ

Оцінка супутніх синдромів

4. Дизменорея	Позаматкова вагітність
5. Серцево-судиння недостатність, гострий коронарний синдром, порушення периферійного кровообігу	ІХС, ІМ, облітеруючий атеросклероз «черевна жаба»
6. Локальне подразнення очеревини	Перивісцерит при ВХ, дуоденіті та ін.

Оцінка супутніх синдромів

7.Ураження шкіри, суглобів	Васкуліт черевної порожнини, СЧВ, вузелковий периартеріїт, геморагічний васкуліт
Термінове дообстеження за показами: ЕКГ, R-графія ОГК, хромоцитоскопія Огляд гінеколога та ін.	Гіпотеза не підтверджується
Підтвердження гіпотези Вирішення питання про тактику лікування (оперативне, консервативне)	Планове обстеження та лікування

Обов'язкові питання анамнезу при гострому болю у животі

- Час виникнення
- Чи є рецидиви болю
- Ірадіація
- Характер болю
- Провокуючі та фактори полегшення
- Чи є блювота, її особливості
- Чи було порушення свідомості при болю
- Менструальний анамнез



Обов'язкові питання анамнезу при гострому болю у животі

- Біль пов'язаний:
- З прийомом їжі
- Характером їжі
- З дефекацією
- З сечовиділенням
- З фіз навантаження
- З блювотою



Запальні захворювання живота

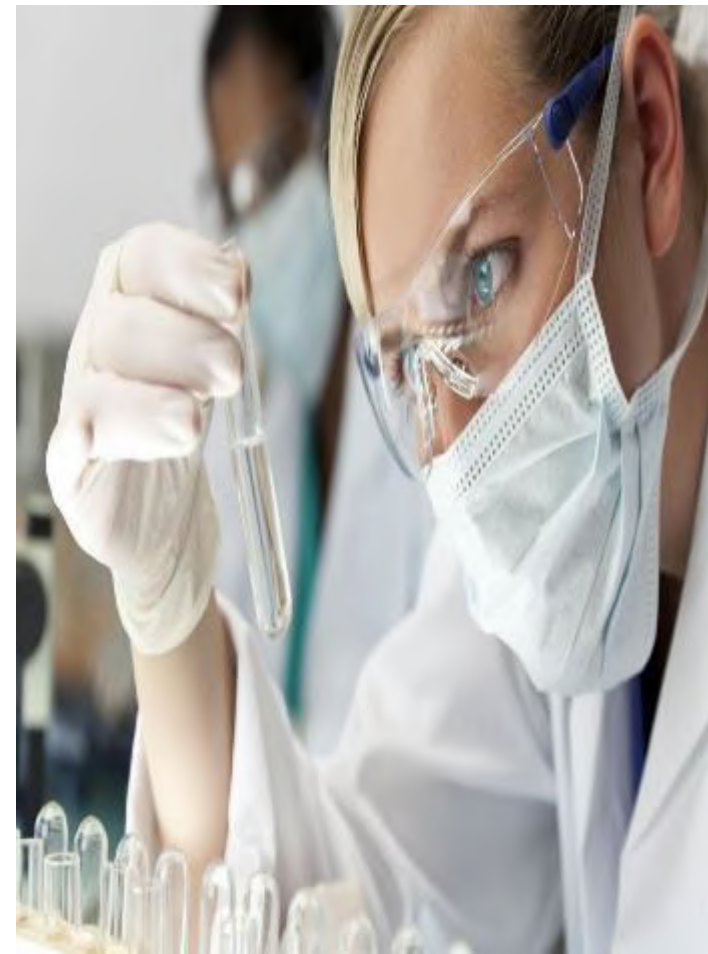
«Гострий живіт» – це симптомокомплекс при гострих формах апендициту, холециститу, панкреатиту, перитоніту.

Основні симптоми:

- 1. Напруга м'язів черевної стінки (загальна, локальна)**
- 2. Участь живота у дихальних екскурсіях**
- 3. Притуплення перкуторного звуку у відлогих відділах живота**
- 4. Симптом Роздольського – болісність при поверхневій перкусії**
- 5. Симптом Кулемкамфа – різка пальпаторна болісність при м'якій передній черевній стінці**
- 6. Симптом Щьоткіта – Блюмберга – посилення болю при відніманні руки під час пальпації**

Обстеження при синдромі «гострого живота»

- 1. Клінічний аналіз крові
- 2. Електроліти крові
- 3. А-амілаза крові та сечі
- 4. Група крові и резус-фактор
- 5. ЕКГ
- 6. Аналіз сечі, тест на вагітність (при підозрі)
- 7. Ро графія грудної клітки
- 8. Посіви крові при тривалій лихорадці
- 9. Ро графія черевної порожнини стоячи (виразність дилатації кишки до (до 2,5 см – тонка, 6 та більше см - товста), повітря в області біліарного тракту, конкременти у нирках та жовчному міхурі



Особливості больового синдрому при захворюваннях легень та плеври

- Абдомінальний синдром спостерігається на початку захворювання (2-3 дня – 90%)
- Підвищення t передує або йде паралельно болю в животі, блювота не характерна
- Виразність болю з ураженого боку
- Herpes labialis, nosalis
- Зв'язок із застудою, переохлодженням

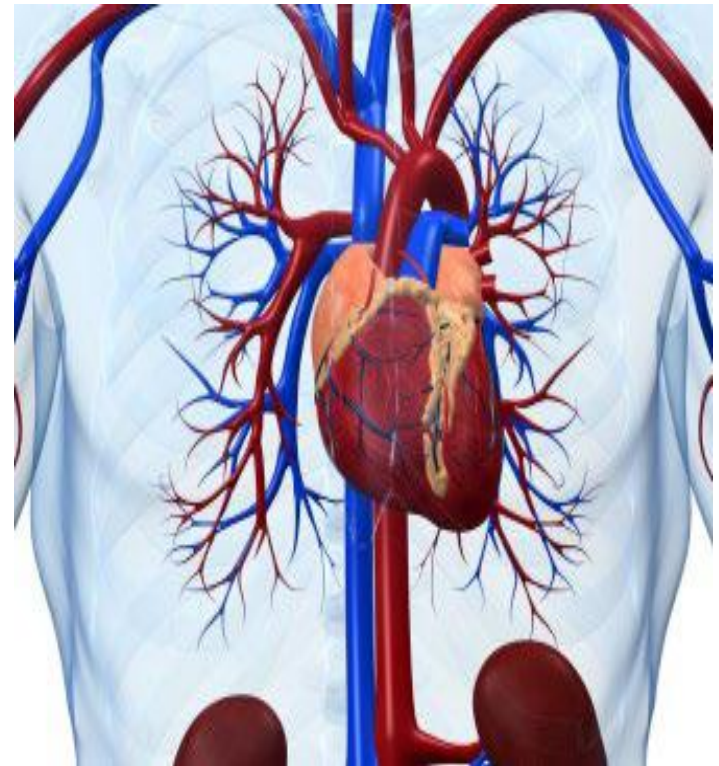


Особливості больового синдрому при захворюваннях легень та плеври

- **активне положення (полусидячи)**
- **грудний тип дихання**
- **нестійкість м'язового захисту**
- **перистальтика збережена (при аускультції)**
- **ЧД : ЧСС 1:2, 1:3 (враховуючи початковий фон)**
- **виявлення легеневих синдромів (ураження плеври, ущільнення легеневої тканини)**
- **ректальне обстеження без особливостей**
- **Р-ні ознаки: інфільтрації в легенях**
- **високе стояння діафрагми збоку ураження**
- **Обмеження її рухливості (с-м Вільямса)**

Абдомінальний синдром при серцевосудинних захворюваннях

- **1) Абдомінальні форми ІМ (2-3%)**
- **2) Розшаровуюча аневризма аорти**
- **3) Перикардити**
- **4) Гіпертонічні кризи (рідко)**



Абдомінальний синдром при ендокринних розладах

- 1) «Гострий живіт» при
кетоацидозі у хворих на ЦД:
ураження нервових закінчень -
атонія кишечника та шлунку,
дегідратація очеревини –
крововилив
- 2) «Тиреотоксичний» біль в
животі
- 3) «Адісонічні кризи»
- 4) «Феохромоцитарні» кризи



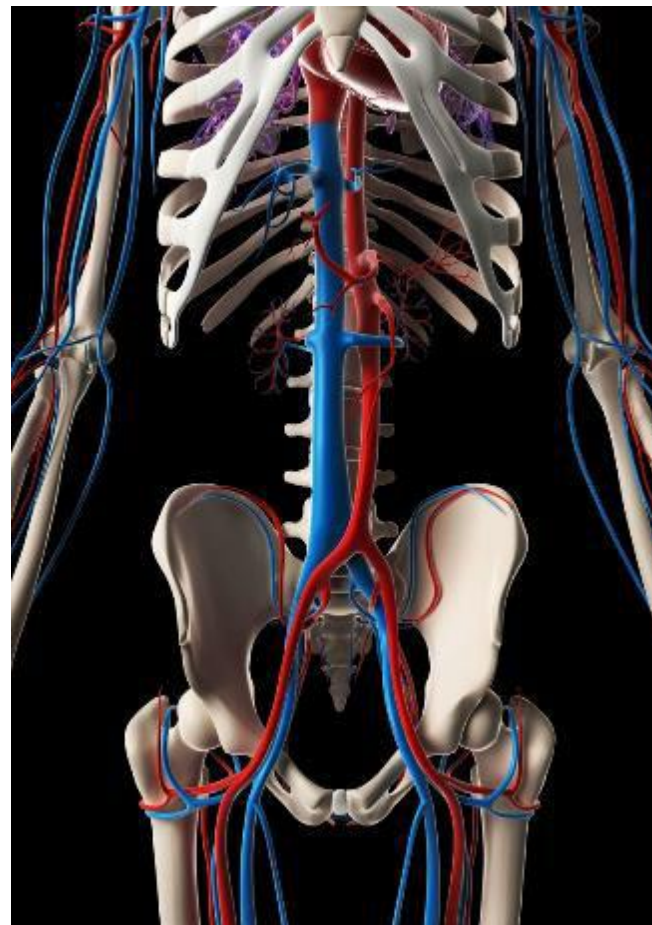
Абдомінальний синдром при рідкісних захворюваннях

- 1) Порфиринова хвороба
- 2) Періодична хвороба
- 3) Свинцева коліка



Абдомінальний синдром при захворюваннях судин черевної порожнини

- «Черевна жаба», ішемічна хвороба кишківника, мезентеріальна недостатність та ін.
- Зміст:
- ураження судин червної порожнини (первинне або вторинне) аорти, черевного стволу, верхньої та нижньої брижової артерій



Абдомінальний синдром при захворюваннях судин черевної порожнини (особливості клініки)

- - Біль у животі при «навантаженні» (травлення)
- - У міжприступному періоді – «дискомфорт» в животі
- - Нітрати зменшують або припиняють біль
- - Розвиток у важких випадках хронічного ерозивного процесу у слизових оболонках (симптоматичні виразки), ентеропатії зі схудненням
- - Поєднання з іншими проявами судинної недостатності (ІХС, головного мозку, нижніх кінцівок)
- Верифікація: ангіографія, доплерівське сканування

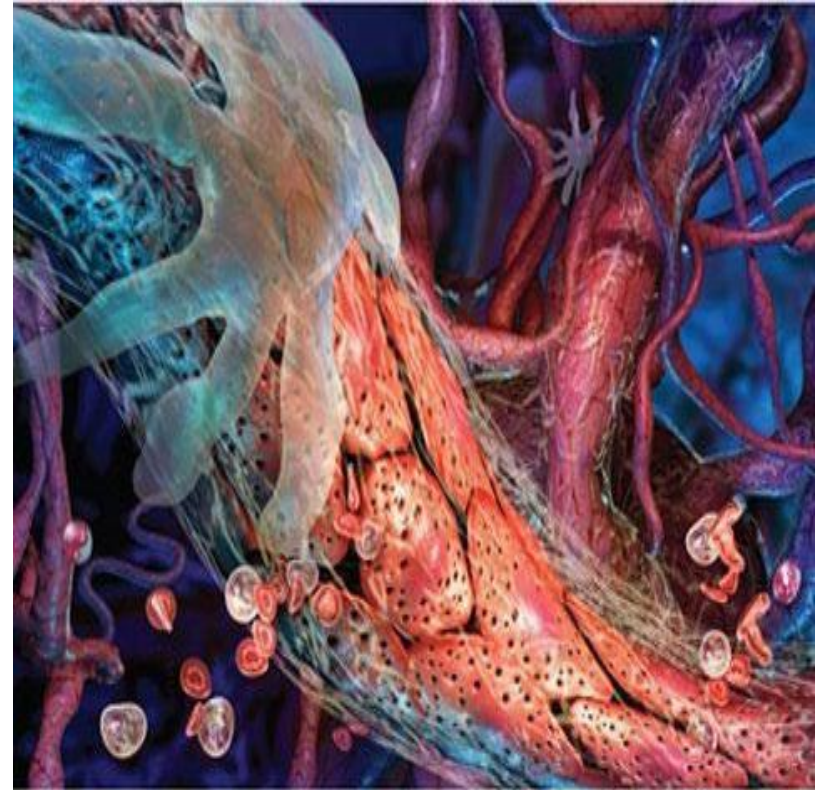
Первинні системні васкуліти

- ВП – вузелковий панартеріїт
- (частота абдомінального синдрому – 50%)
- Клініко-морфологічний зміст:
- - хронічна або гостра недостатність кровообігу органів та мезентеріальної ділянки кровопостачання
- некрози, інфаркти органів , ерозії, виразки
- У 18-20 % необхідне оперативне лікування



Первинні системні васкуліти (ВП)

- Абдомінальний синдром розвивається в дебюті, у розпалі, в фіналі хвороби
- Клінічна картина нагадує:
- гострий та хронічний панкреатит
- гострий апендицит
- холецистит
- перигепатит
- ШКК (10-13%)
- кишкову непрохідність



Первинні системні васкуліти (ВП)

ВЕРИФІКАЦІЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ

- 1. Біопсія шкірно-м'язового клаптю**
- 2. Регіональна ангіографія**
- 3. Біопсія слизової кишківника ?**
- 4. Біопсія органу ?**
- 5. ФГДС, RRS ?**
- 6. Лапароскопія ?**

Пп 3,4,5,6 – грають роль тільки для діагностики ускладнень

Геморагічний васкуліт

- черевна пурпура) 50% у дітей
- Клініка - синдром гострого живота (подразнення очеревини, блювота, мелена, симптоми непрохідності, апендицита, кишкової коліки), раннє підвищення температури
- шкірний синдром, суглобовий, нирковий
- Критерії діагнозу:
 1. Пурпура, що пальпується
 2. Початок хвороби до 20 років
 3. Біль у животі
 4. Гранулоцити у стінці судин



Гострий біль в животі, не пов'язаний із захворюваннями органів черевної порожнини (за І. П. Катеринчуком зі співавт., 2003)

При наявності захворювання органів грудної порожнини, що обумовлює гострий біль у животі	Патологія нервової системи, нервових корінців та м'язів хребта, що обумовлює гострий біль у животі
Вогнищева, особливо, базальна пневмонія	Остеохондроз хребта з радикулярним синдромом
Діафрагмальний плеврит	Грижа міжхребцевого диска
Пневмоторакс	Пухлини і пухлиноподібні утворення спинного мозку
Абсцес легені	Синдром утиску нервів
Інфаркт легені	Абдомінальна епілепсія
Задній інфаркт міокарда	Менінгіт
Розшаровуюча аневризма грудного відділу аорти	Енцефаліт
Перикардит	Порушення мозкового кровообігу
Ендокардит	Істерія
Міокардит	Мігрень
Тромбоемболія легеневої артерії	Спинна сухотка
Гостра правошлуночкова недостатність	Солярний синдром
Розрив стравоходу	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)
Езофагіт	Епідемічна міалгія (хвороба Борнхольма)
Езофагоспазм	

Загальні захворювання, при яких може розвинутися гострий біль у животі
(За І. П. Катеринчуком зі співавт., 2003)

Метаболічні та ендокринні порушення	Гематологічна патологія	Отруєння	Системні захворювання сполучної тканини
Діабетичний кетоз Кризи аддісонової хвороби Тиреотоксикоз, тиреотоксический криз Гіпаратиреоз Гіперкальціємія Пегрівання Уремія	Гемолітичний криз Поліцитемія (еритремія) Лейкози Порфірія Лімфогранулематоз Тромбоцитопенічна пурпура Порушення згортання крові (придбані та вроджені)	Чотирьоххлористим вуглецем Грибами Бактеріальними токсинами (стафілокок, паличка правця) Медикаментозна хвороба Реакції на укуси комах Інтоксикації: - Свинцем; - Нікотинова; - Морфінової.	Ревматизм Системний червоний вовчак Дерматоміозит Вузликовий періартеріт Геморагічний васкуліт Шенлейна-Геноха (Schnlein-Henoch)

Класифікація абдомінальних болів за швидкістю розвитку

(за П.Я.Григор'євим зі співавт., 2002)

Характер, темпи розвитку	Причини (хвороби)
Миттєво виникають, інтенсивні, нестерпні болі	Перфоративного виразка, розрив аневризми великої судини, жовчні або ниркові кольки (при проходженні каменів), інфаркт міокарда
Швидко виникають (протягом декількох хвилин) інтенсивні болі постійного характеру	Гострий панкреатит, повна кишкова непрохідність, тромбоз мезентеріальних судин
Поступово виникають болі (можуть тривати годинами)	Гострий холецистит, дивертикуліт, гострий апендицит
Інтерміттуючий і колікоподібний біль (може тривати годинами)	Механічна тонкокишкова непрохідність, ЖКХ

Способи градації інтенсивності болю

Спосіб	Градація болю	Коли використовується
П'ятизначна загальна шкала	0 = немає болю 1 = слабкий (трохи) 2 = помірний (болить) 3 = сильний (дуже болить) 4 = нестерпний (не можна терпіти)	При оцінці / обстеженні в звичайних умовах
Словесна рейтингова шкала	Немає болю – нестерпний (Яке число відповідає силі вашого болю?)	При оцінці / обстеженні в звичайних умовах
Візуальна аналогова шкала (лінія 10 см, лінійка, що ковзає)	Немає болю – нестерпний (Позначте на лінії, наскільки сильний ваш біль)	При оцінці / обстеженні в звичайних умовах Може застосовуватися у дітей старше 6 років.
Поведінкові і психологічні параметри (Опосередковані ознаки болю). Ці ознаки слід приймати до уваги	Мімічні гримаси, підвищення голосу, блідість, пітливість, сльозотеча, розширення зіниць, тахікардія, гіпертензія, дискоординація дихання та ін.	При оцінці / обстеженні в несвідомому стані, у аутичних, критично хворих пацієнтів
з обережністю, так як вони не є специфічними		
Оцінка життєво важливих функцій хворого лікарем	Чи може пацієнт здійснювати самостійно основні функції (наприклад, довільне глибоке дихання, кашель, активні рухи в суглобах, пересування) Так / Ні	Співвіднести з суб'єктивними оцінками, отриманими від самого пацієнта. Слід використовувати у всіх категоріях хворих

У значної кількості хворих хронічний абдомінальний біль пов'язаний не з органічними захворюваннями, а з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту

Функціональні гастроінтестинальні розлади (Рим II):

- Розлади стравоходу
 - о Комок в горлі;
 - о регургітація;
 - о Функціональний біль за грудиною, переважно стравохідного генезу;
 - о Функціональна печіння за грудиною;
 - о Функціональна дисфагія;
 - о Неспецифічні (невизначені) дисфункції стравоходу;
- Гастродуоденальні розлади
 - о Функціональна диспепсія (виразкоподібна, дисмоторна, неспецифічна);
 - о Аерофагія;
 - о Функціональна блювота;
- Кишкові розлади
 - о Синдром подразненого кишківника (СРК);
 - о Функціональне здуття живота;
 - о Функціональний запор;
 - о Функціональна діарея;
 - о Неспецифічні (невизначені) функціональні розлади кишечника;
- Функціональний абдомінальний біль;
 - Біліарний розлади;
 - Аноректальні розлади;
 - Функціональні розлади у дітей.

Усі функціональні розлади (ФР), незалежно від рівня ураження, мають спільні ознаки, які допомагають поставити правильний діагноз

- тривалість основних симптомів не менше 3 місяців протягом останніх 6 міс (хронічні симптоми, включаючи біль);
- відсутність органічної патології (ФР - це діагноз виключення) і відсутність видимого морфологічного субстрату;
- множинний характер скарг з боку різних органів при загальному доброму соматичному стані (головний біль, підвищена втомлюваність, слабкість, безсоння, дратівливість, парестезії, порушення сечовипускання), що пов'язано з неадекватними нервово-вегетативними реакціями, властивими цим хворим;
- участь психосоціальних факторів і порушень нейрогуморальної регуляції у формуванні симптомів; в результаті впливу цих факторів при ФР відзначається висока частота психоневротичних змін (тривога, страх, депресія, іпохондрія, істеричні реакції), що потребують включення у терапію психокорекції і психотропних засобів;
- виникнення симптомів у ранковий або денний час і стихання, іноді повне зникнення під час сну, відпочинку, відпустки.

Діагноз функціональних розладів неможливий при наявності наступних ознак

- невмотивована втрата маси тіла;
- нічний біль;
- початок захворювання у віці старше 50 років;
- лихоманка;
- будь-які зміни, що виявлені при безпосередньому обстеженні хворого (збільшенні печінки, селезінки, лімфовузлів і т.п.);
- будь-які зміни лабораторних показників крові, сечі, калу (позитивна реакція на приховану кров у калі, лейкоцитоз, анемія, еритроцитоз, тромбоцитоз, тромбоцитопенія, збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), гематурія, гіпербілірубінемія та ін.);
- будь-які зміни, що виявлені за допомогою інструментальних досліджень (камені в ЖМ, кісти ПЗ, розширення загальної жовчної протоки та ін.).

Для полегшення страждань хворого можуть бути використані
нефармакологічні методи як на додаток до
медикаментозного лікування, так і самотійно

- фізичні - фізіотерапія, масаж, рефлексотерапія (акупунктура, електропунктура, електроакупунктура), гіперстимулююча аналгезія, м'язова релаксація, метод біологічного зворотного зв'язку, блокада нервів, хірургічне втручання;
- психологічні - тренування впевненості в собі, зміна поведінки, освіта, сімейна терапія, гіпноз, психотерапія, усунення стресорного впливу, лікування музикою, відволікаючі методи, когнітивна терапія (відтиснення почуття безпорадності і втрати контролю над болем у пацієнта на основі аналізу неповноцінної «больової» поведінки);
- соціальні - підтримка пацієнтів суспільними групами, зайнятість, групи взаємодопомоги, юридичні корисні поради, повернення до праці.

Основні напрямки купірування больового абдомінального синдрому включають

- а) етіологічне і патогенетичне лікування основного захворювання;
- б) нормалізацію моторних розладів;
- в) зниження вісцеральної чутливості;
- г) корекцію механізмів сприйняття болю.

Фармакологічна блокада механізмів розвитку болю може здійснюватися завдяки введенню:

- НПЗП (нестероїдних протизапальних препаратів);
- опіатів, опіоїдного пептиду діпорфіну (+/-);
- енкефалінів, гамма-аміномасляної кислоти (GABA);
- 5-НТ, норадреналіну.

З огляду на все викладене, алгоритм купування абдомінального болю можна представити у вигляді такої схеми:

1. Препарати, що зменшують інтенсивність руйнування ентероцитів (антациди, вісмут).
2. Блокатори мускаринових рецепторів (препарати беладони, піренцепін).
3. Інгібітори фосфодіестерази активатори аденілатциклази (дротаверін).
4. Інгібітори кальцієвих каналів (діцітел). Інгібітори натрієвих каналів (дюспаталин).
5. Ліганди серотонінових рецепторів, антагоністи 5НТ3 (алосетрон), антагоністи 5НТ4 (тегасерод).
6. Препарати 5 АСК (месалазін).
7. НПЗП.
8. Антидепресанти.
9. Опіати

Надання невідкладної допомоги при «гострому животі»

Викликати ШМД

Дієта – 0

Гіпотермічний пакет

**Назогастральний зонд (при перфорації
порожнистих органів)**

**Зонд Блекмора (при гастродуоденальних
кровотечах)**

Аутоаналгезія

**Негайна госпіталізація до хірургічного
стаціонару**

Проривна виразка

Під перфорацією (проривом) виразки шлунка та дванадцятипалої кишки розуміють прорив виразки у вільну черевну порожнину з надходженням у неї шлунково-дуоденального вмісту і повітря. Серед інших ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки перфорація виразки займає перше місце за безпосередньою загрозою для хворого в зв'язку зі швидким розвитком розлитого перитоніту.

Ускладнення перфорацією виразкової хвороби зустрічається у 5-10% хворих, а серед інших ускладнень вона складає 20-25% випадків. Перфорація виразок зустрічається частіше у чоловіків, ніж у жінок (10:1). Більшість хворих з перфоративною виразкою припадає на вік 20-40 років. У молодому віці частіше перфорують виразки дванадцятипалої кишки, в середньому та похилому – виразки шлункової локалізації. Перфорація виразок зустрічається частіше весною і восени (56-76%), що пов'язано з загостренням виразкової хвороби в ці періоди, авітамінозом, впливом кліматичних факторів.

Фактори, які визначають клініку гастродуоденальних перфоративних виразок:

1. Стадія клінічного перебігу (шоку, уявного благополуччя, перитоніту).
2. Захисні особливості організму при перфорації (прикрита перфорація, атипові перфорації).
3. Поєднання перфорації з іншими ускладненнями виразкової хвороби.

До основних симптомів належать:

1. Раптове виникнення різкого болю у верхньому відділі живота (багнетоподібний біль).

2. Наявність типового виразкового анамнезу або невизначених шлункових скарг (85-90% хворих).

3. “Дошкоподібне” напруження передньої черевної стінки.

Ці симптоми об'єднуються в триаду Мондора.

Другорядні симптоми характеризуються:

1. Загальними порушеннями: утруднене дихання, брадикардія з переходом в тахікардію, зниження артеріального тиску.

2. Функціональними порушеннями: одноразове блювання, спрага, сухість у роті, загальна слабкість, затримка випороженнь.

3. Об'єктивними змінами, які виявляються при обстеженні хворого:

3.1. Вимушене положення тіла з приведеними до живота ногами.

3.2. Блідість шкірних покривів.

3.3. Холодний липкий піт.

Патогномонічні симптоми

- а) симптом Щоткіна-Блюмберга;
- б) гіперестезія шкіри живота;
- в) зникнення або зменшення печінкової тупості (симптоми Спіжарного, Жобера);
- г) підтягування яєчок до зовнішнього отвору пахового каналу (симптом Бернштейна);
- д) “симптом плеску”, який виявляється при перкусії епігастральної ділянки;
- з) відчуття при пальпації поштовху газів, які проникають через перфоративний отвір (симптом Юдіна);
- ж) шум тертя діафрагми, який виникає при скупченні шлункового вмісту між діафрагмою і роздутим шлунком (симптом Бруннера);
- з) тріада Гюстена: приведення серцевих тонів до пупка, перитонеальне тертя, яке нагадує шум тертя плеври в ділянці краю реберної дуги, металічний шум, який виникає на вдиху і пов'язаний з наявністю вільного газу, що виходить через перфоративний отвір.

Для першого періоду характерні:

- 1) сильний раптовий біль у верхньому відділі живота;
- 2) важкий загальний стан хворого (шок, колапс);
- 3) часте поверхневе дихання;
- 4) блювання;
- 5) нормальна або понижена температура при картині розлитого гострого перитоніту.

- У період **уявного благополуччя**, незважаючи на зменшення болю, поліпшення загального стану і гемодинамічних показників, деяку стертість клінічної картини, залишається ряд важливих симптомів, які вказують на прогресування запалення в черевній порожнині:
 1. напруження передньої черевної стінки;
 2. різка болючість при пальпації;
 3. зникнення печінкової тупості;
 4. наявність вільної рідини в животі;
 5. виражені перитонеальні симптоми.

У період прогресуючого перитоніту спостерігають:

1. погіршення стану хворого;
2. почастішання блювання;
3. обличчя Гіппократа;
4. здуття живота, інколи послаблення м'язового захисту;
5. різко виражені перитонеальні симптоми;
6. частий пульс, зниження артеріального тиску;
7. підвищення температури;
8. високий лейкоцитоз із зсувом формули вліво.

Консервативне лікування.

Консервативне лікування перфоративних виразок за методом Тейлора може бути застосоване у виняткових випадках - при категоричній відмові хворого від операції, при відсутності хірурга.

Хірургічне лікування.

Перфоративна виразка є абсолютним показанням до оперативного втручання. Підготовка хворого до операції триває 1,5-2 години. Об'єм передопераційної підготовки залежить від стадії клінічного перебігу перфоративної виразки.

Пенетрація виразки

Одним із різновидів прикритої перфорації є пенетруюча виразка, яка виникає в результаті прогресування деструктивних процесів в стінці шлунка або ДПК, супроводжується утворенням спайкового процесу, а дном виразки є паренхіматозний орган.

Стадії перебігу:

1. внутрішньостінкова пенетрація виразки;
2. стадія фіброзних зрощень;
3. завершення пенетрації в сусідній орган.

Виразка шлунка
пенетрує в:

- - малий сальник;
- - підшлункову залозу;
- - печінку;
- - поперековоободову кишку.

Виразка ДПК пенетрує в:

- - голівку підшлункової залози;
- - гепатодуоденальну зв'язку;
- - жовчний міхур;
- - жовчні протоки з утворенням нориці.

Клінічна симптоматика:

1. стійкий, тривалий, постійний больовий синдром;
 2. втрата характерної періодичності, ритмічності болю;
 3. іррадіація болю в поперекову ділянку;
 4. блювання не приносить полегшення;
 5. постійна резистентність, виражена пальпаторна і перкуторна болючість у проекції виразки;
 6. незначна ефективність консервативного лікування;
 7. на клініку виразкової хвороби нашаровується клініка захворювань органів, в які пенетрує виразка.
- Інколи спостерігають загальні симптоми:
1. втрата маси тіла;
 2. субфебрильна температура.

Лікувальна тактика та вибір методу лікування.

Лікування оперативне.

Оперативне за умовно абсолютними показаннями в поєднанні з лікуванням захворювання органа, в який пенетрує виразка.

ПІЛОРОСТЕНОЗ

Пілородуоденальний стеноз - звуження пілоричного відділу шлунка або верхньогоризонтального відділу дванадцятипалої кишки, викликане грубою деформацією органа внаслідок рубцювання виразкового дефекту.

Це найбільш часте ускладнення виразкової хвороби, яке виникає у 10-40% випадків захворювання. Частіше розвивається в осіб з довготривалим виразковим анамнезом. Співвідношення чоловіків та жінок - 3:1.

Класифікація.

Залежно від локалізації виразкового процесу, розрізняють три типи стенозу (О.О.Шалімов, В.Ф. Саєнко, 1987):

I - стеноз пілоричного відділу;

II - стеноз цибулини ДПК;

III - позацибулинний дуоденальний стеноз.

За морфологічною картиною розрізняють три стадії стенозу:

I - запальна;

II - рубцева виразкова;

III - рубцева.

За клінічним перебігом виділяють наступні стадії стенозу:

I - компенсована;

II - субкомпенсована;

III - декомпенсована.

Клінічна симптоматика Компенсований стеноз.

На фоні звичайних симптомів виразкової хвороби хворі помічають відчуття важкості і повноти в епігастрії, переважно після вживання великої кількості їжі, печію, відрижку кислим і епізодичне блювання шлунковим вмістом з вираженим кислим присмаком. Після блювання зникає відчуття важкості та повноти в епігастрії.

При огляді стан хворих задовільний. Аускультативні, пальпаторні, перкуторні дані без особливих змін. Натще при зондуванні виявляється 200-300 мл шлункового вмісту.

Субкомпенсований стеноз

- Хворих турбує майже постійне відчуття важкості і повноти в епігастральній ділянці, відрижка з неприємним запахом тухлих яєць внаслідок тривалої затримки їжі в шлунку. Спостерігається виражений різкий колікоподібний біль, який пов'язаний з посиленою перистальтикою шлунка, супроводжується переливанням, бурчанням в животі. Щоденно виникає блювання з домішками їжі, спожитої напередодні, яке приносить полегшення. Турбує слабкість, швидка втомлюваність. При огляді стан хворих порушений, схуднення, в окремих випадках видно хвилеподібну перистальтику шлунка, зміну контурів передньої черевної стінки.

Аускультативно визначається посилення перистальтики над шлунком. При пальпації натще визначається "шум плеску" в шлунку, опущення його нижньої межі. Натще при зондуванні виявляється 500-600 мл шлункового вмісту з домішками спожитої напередодні їжі з ознаками гниття.

Декомпенсований стеноз

- Клінічна картина прогресує, виражена важкість в епігастрії, відрижка тухлим, часте щоденне блювання з неприємним запахом внаслідок бродильних процесів у шлунку. Хворі самотійно викликають блювання для полегшення стану. Больовий синдром практично відсутній, переважають ознаки порушення евакуації, хворі відмовляються від їжі, виражена спрага.

При огляді стан хворих важкий, значна втрата ваги, виражене зневоднення, адинамія. Шкіра суха, тургор її різко знижений. Спостерігається також сухість язика і слизових оболонок ротової порожнини, зменшення діурезу. На передній черевній стінці видно контури розтягнутого шлунка.

При аускультії - сповільнення перистальтики над шлунком, пальпаторно-перкуторно виражений "шум плеску" в шлунку натще, різке опущення нижньої межі шлунка, аж до входу в малий таз. Натще при зондуванні з шлунка видаляють декілька літрів шлункового вмісту з домішками старої їжі з ознаками гниття.

Методи операцій.

У хворих з виразковою хворобою виконують

3 типи оперативних втручань:

1. Органозберігаючі операції (ваготомії та ваготомії з дренируючими операціями).

2. Органощадні операції (антрумектомія, ПРІС).

3. Резекційні типи оперативних втручань.

Контрольні запитання

- 1. Поняття «Гострого живота»
- 2. Хронічний абдомінальний біль та його причини
- 3. Функціональні захворювання ШКТ як причина хронічного абдомінального болю
- 4. Невідкладна допомога при абдомінальному болю
- 5. Тактика лікаря-терапевта при абдомінальному болю