

Дифференциальная диагностика при болях

в животе на
амбулаторном этапе.

*Кафедра госпитальной терапии с
профпатологией ЯГМУ*

к.м.н Жомова М.В.

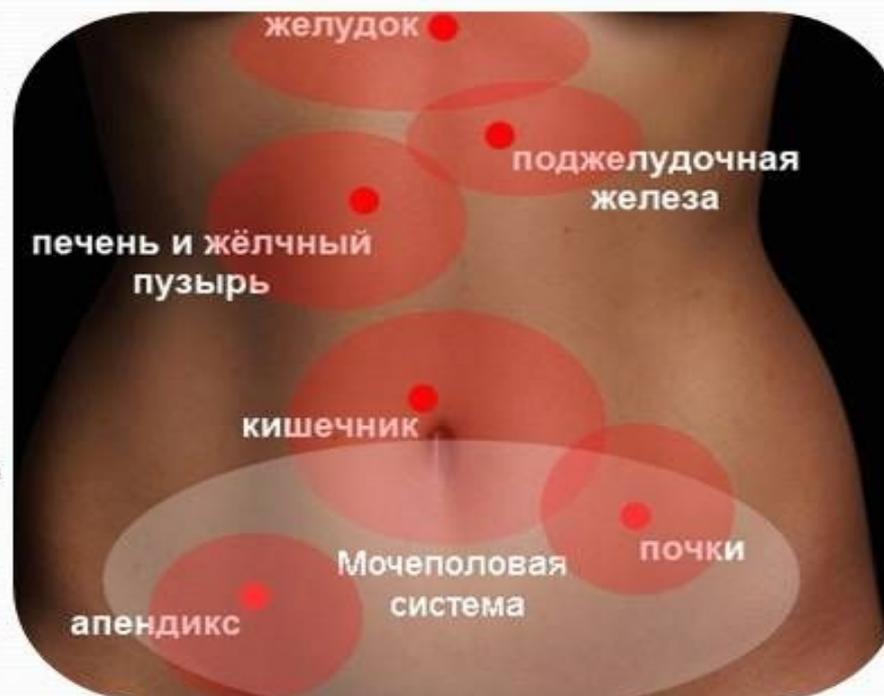


Жалобы, которые приводят на прием к терапевту:

Боль в животе – сложное ощущение, в котором непосредственное восприятие организмом повреждающих стимулов (ноцицепция) соединяется с субъективным опытом, включающим сильный эмоциональный компонент.

По локализации:

- эпигастральная
- спастическая
- распирающая
(связь с приемом пищи – более 1 часа после приема – желудок, 1,5-2 часа – 12 кишка)



Абдоминальные боли

- Функциональная дискинезия
- СРК
- Функциональные абдоминальные боли
- Абдоминальная мигрень
- Аэрофагия

Оценка боли в животе

1. Сроки появления боли:
 - Внезапность появления – характерна для «острого живота», перфорации или пенетрации язвы желудка и 12ПК
 - Хроническая, давняя, боль – рецидивирующие заболевания ЖКТ и системные процессы

Врачебная тактика при боли в животе

- Правильная и быстрая трактовка боли в животе
- Степень неотложности диагностических мероприятий
- Объем диагностических мероприятий
- Степень надежности и информативности клинических и параклинических данных
- Этапность и последовательное исключение наиболее опасных заболеваний
- Временной фактор

Врачебная тактика при боли в животе

- Правильная и быстрая трактовка боли в животе - ответственная задача, поскольку с этим связано проведение экстренных мероприятий. При острой боли в животе необходим точный своевременный диагноз. Большое число заболеваний могут иметь катастрофические последствия, если будет допущено промедление в постановке диагноза. Сложность интерпретации болевого синдрома требует разработки оптимального диагностического алгоритма.

Заподозрить DS «острого живота» должен любой врач, но центральной фигурой в решении проблемы является врач первичного звена !

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ СИНДРОМА «ОСТРОГО ЖИВОТА»

Термином "острый живот" обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь.

Первое врачебное обследование больного часто производится вне стационара (на дому или в поликлинике). Задачей первичной диагностики является распознавание опасной ситуации и необходимости срочного хирургического лечения.

При остром животе прогноз ухудшается с течением времени, поэтому необходимо быстро госпитализировать больного в профильное учреждение, где в ближайшее время больному должны быть проведены необходимые диагностические и лечебные мероприятия. Даже при подозрении на острый живот больного следует немедленно госпитализировать.



Причины, вызывающие «острый живот»

- Травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости;
- Перфорации полых органов;
- Внутрибрюшные кровотечения;
- Острая кишечная непроходимость;
- Острое нарушение мезентериального кровообращения;



**правая
сторона**

середина

**левая
сторона**

панкреатит
язва желудка
грипп

язва желудка
панкреатит
желчные камни
эпигастральная
грыжа

панкреатит
язва желудка
грипп

камни в почках
поясничная
грыжа
грипп

панкреатит
аппендицит
воспаление
кишечника
пупочная грыжа

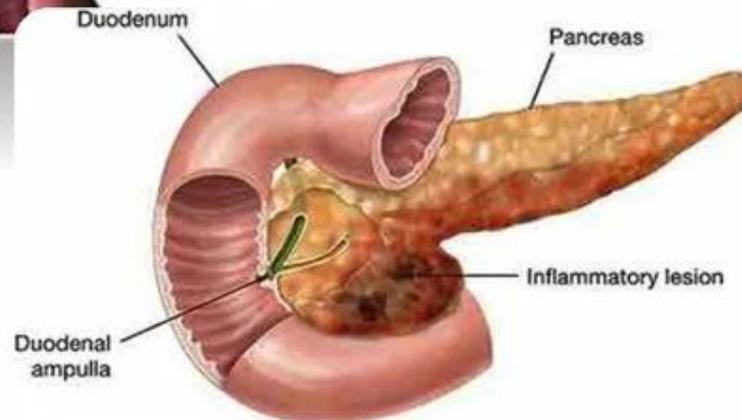
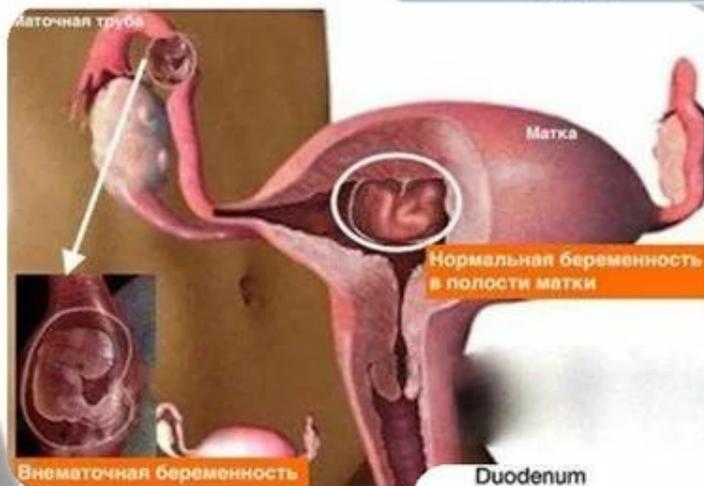
камни в почках
поясничная
грыжа
грипп

киста яичника
аппендицит
тазовые боли
паховая боль
грипп

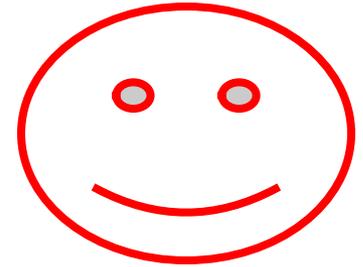
панкреатит
аппендицит
воспаление
кишечника
пупочная грыжа

киста яичника
тазовые боли
паховая боль

Острый живот



Задача терапевта ! □



- 1) Поставить или/и подтвердить факт состояния
- 2) Установить причину «острого живота» (т.к. терапевтических причин в развитии болей в животе значительно больше, чем хирургических)
- 3) Своевременно направить больного в хирургический стационар



Главное помнить: одни и те же симптомы (боли в животе, тошнота, рвота, с-м раздражения брюшины) могут иметь разное происхождение

Вопросы, на которые необходимо ответить при синдроме «острого живота» □□□

- 1. Что болит?**
- 2. Почему болит?**
- 3. Есть ли угроза жизни больного в данный момент?**

ЧТО БОЛИТ?



- **1. Морфологические структуры и органы в брюшной полости**

- А) полые и паренхиматозные органы (желудок, кишечник, печень, ПЖ и др.)
- Б) сосуды бр. полости
- В) брюшина

ЧТО БОЛИТ?

2. Боль, связанная с поражением др. органов и систем

- 1) Сердца, лёгких и плевры
- 2) Системное поражение сосудов

3. Метаболические нарушения

при СД (кетоацидоз),
порфириновой болезни,

первичной гиперпаратиреоза

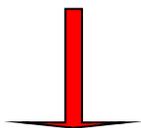
ПОЧЕМУ БОЛИТ?



Механизм поражения	Основные причины	Осложнение
1..Деструкция органа	Язв. болезнь Аутолиз ПЖ, Перфорация, Некроз	перитонит
2. Воспаление	Асептическое Инфекционное (бактериальное) Ферментативное	Перивисцерит Солярит Перитонит

ПОЧЕМУ БОЛИТ?

4. Кишечная непроходимость (частичная, полная, острая и хроническая)	Паралитическая Обтурационная	Перитонит
5. Повышение внутриполостного и внутрипротокового давления (растяжение органа)	Колика (кишечная, почечная, печёночная)	Перитонит

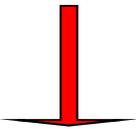


ПОЧЕМУ БОЛИТ?

**7.Раздражение
брюшины**

**Как следствие 1, 2,
3, 4 или при
«общих»
заболеваниях и
состояниях
(кетоацидоз,
уремия,
порфириновая
болезнь,
периодическая б-
нь и т.д.)**

ПОЧЕМУ БОЛИТ?



**8.Боль в бр.
полости
связана с
патологией
др. органов и
систем
«отраженные
боли».**

**Наличие
сопутствующ
их синдромов
со стороны
др. органов и
систем**

**Патология
сердца,
сосудов,
органов
дыхания,
признаки
системных
заболевании
(СЗСТ)**

Угрожает ли состояние жизни больного?

Есть ли синдромы?

1. Перфорации полого органа
2. Острой киш.непроходимости
3. Раздражение брюшины
4. Кровотечение

Оценить динамику –ан.крови, t, R-скопия, ФГДС, лапароскопия

ЕСТЬ

Минимум обследования, срочная операция даже без уточнения нозологической формы

НЕТ

Анализ сопутствующих симптомов, дообследование, возможно купирование боли (пробное)

Оценка сопутствующих синдромов

Выявленные синдромы	Диагностические гипотезы
1. Интоксикационно-воспалительный	Колика при остром пиелонефрите, пневмония в нижней доле (боль в бр. полости)
2. ДН, массивного уплотнение в легких, поражение плевры	Плеврит, пневмония, ТЭЛА
3. Дизурия	МКБ

Оценка сопутствующих синдромов

4. Дисменорея	Внематочная беременность
5. СС недостаточности, коронарный синдром, нарушение периферического кровообращения	ИБС, ИМ, обл. атеросклероз «брюшная жаба»
6. Локальное раздражение брюшины	Перивисцерит при ЯБ, Дуодените и др.

Оценка сопутствующих синдромов

7. Поражение кожи, суставов	Васкулит бр. полости, СКВ, УП, гем. васкулит
Срочное дообследование по показаниям: ЭКГ, R-грудной клетки, осмотр гинеколога, уролога, инфекциониста и др.	Гипотеза не подтверждается
Подтверждение гипотезы Решение вопроса о тактике лечения (консервативное, оперативное)	Плановое обследование и лечение.

Обязательные вопросы анамнеза при острой боли в животе



- **Время возникновения**
- **Есть ли рецидивы боли**
- **Иррадиация**
- **Характер боли**
- **Провоцирующие и облегчающие факторы**
- **Есть ли рвота, ее особенности**
- **Был ли обморок на боли**
- **Менструальный анамнез**

Обязательные вопросы анамнеза при острой боли в животе



? Боль связана:

- С приемом пищи
- Характером пищи
- С дефекацией
- С мочеиспусканием
- С физ. нагрузкой
- С рвотой

Минимум обследования при синдроме «острого живота»

1. Клин.ан.крови
 2. Электролиты крови
 3. А-амилаза крови и мочи
 4. Гр.крови и Резус-фактор
 5. ЭКГ
 6. Ан.мочи, тест на беременность (при подозрении)
 7. R° графия гр.клетки.
 8. Посевы крови при длит. лихорадке.
- R° графия бр.полости стоя (выраженность дилатации кишки до (до 2,5 см –тонкая, 6 и более см. толстая), воздух в обл.билиарного тракта, камни в

Особенности абдоминального болевого синдрома при некоторых заболеваниях внутренних органов

**1. Заболевания легких и плевры
(пневмония и диафр. плеврит)
морфологическая сущность – воспаление
диафрагм.плевры, «отраженный» характер
боли (чаще у детей и пожилых).**

Особенности болевого синдрома при заболевании легких и плевры

- Абдоминальный болевой синдром наблюдается только в начале болезни (2-3 дня – 90%)
- t предшеств. или идет параллельно боли в животе, рвота не характерна
- выраженность боли с пораж. стороны
- Herpes labialis, nosalis
- связь с простудой, переохлаждением

Особенности болевого синдрома при заболевании легких и плевры

- активное положение (полусидячее) положение
- грудной тип дыхания
- непостоянство мышечной защиты
- перистальтика сохранена (при аускультации)
- ЧДД : ЧСС 1:2, 1:3 (учитывая исходный фон)
- выявление изменений легочной ткани (пораж. плевры, изменения в легочной ткани)
- ректальное исследование без особенностей
- R-лог. признаки: инфильтрации в легких
- высокое стояние диафр. на стороне поражения

Абдоминальный синдром при сердечно-сосудистых заболеваниях

- 1) Абдоминальные формы ИМ (2-3 %)
- 2) Расслаивающаяся аневризма аорты
- 3) Перикардиты
- 4) Гипертонические кризы

Абдоминальный синдром при эндокринных расстройствах

- 1) «Острый живот» при кетоацидозе у больных СД; поражение нервных окончаний – атония кишечника и желудка, дегидратация брюшины – кровоизлияния
- 2) «Тиреотоксическая» боль в животе
- 3) «Адиссонические кризы»
- 4) «Феохромоцитарные» кризы

Абдоминальный синдром при редких заболеваниях

- 1) Порфириновая болезнь
- 2) Периодическая болезнь
- 3) Свинцовая колика

Абдоминальный синдром при заболеваниях сосудов брюшной полости

- «Брюшная жаба», ишемическая болезнь кишечника, мезентериальная недостаточность и т.д.

Сущность:

поражение сосудов брюшной полости (первичное или вторичное) аорты, чревн. ствола, верх. и нижн. брыж. артерий

Абдоминальный синдром при заболеваниях сосудов брюшной полости (особенности клиники)

- Боль в животе при «нагрузке» (пищеварение)
 - В межприступном периоде – «дискомфорт» в животе
 - Нитраты уменьшают или прекращают боль
 - Развитие в тяж. случаях хрон. эрозивного процесса в слизистых. (симпт. язвы), энтеропатии с похуданием
 - Сочетание с другими проявлениями сосудистой недостаточности (ИБС, головного мозга, нижних конечностей)

Верификация: ангиография, доплеровское

Первичные системные васкулиты (УП)

- УП – узелковый панартериит
(частота абдоминального синдрома – 50%)
Клинико-морфологическая сущность:
 - хроническая и острая недостаточность кровообращения органных и мезентериальной области кровоснабжения
- некрозы, инфаркты органов , эрозии, язвы
- В 18-20 % требуется оперативное лечение

Первичные системные васкулиты

Абдоминальный синдром развивается в дебюте, в разгаре, в финале болезни

Клиническая картина напоминает:

**острый и хронический
панкреатит**

острый аппендицит

холецистит

перигепатит

жк-кровотечение (10-13%)

Локализация острой боли в животе при хирургических заболеваниях

Верхний правый квадрант живота	Верхний левый квадрант живота
Острый холецистит Жёлчная колика Гепатит Панкреатит Печёночные и поддиафрагмальные абсцессы Инфаркт миокарда Пневмония Плеврит Перикардит Кишечная непроходимость	Панкреатит Разрыв селезёнки Инфаркт селезёнки Гастрит Инфаркт миокарда Пневмония Плеврит Кишечная непроходимость
Нижний правый квадрант живота	Нижний левый квадрант живота
Аппендицит Кишечная непроходимость Дивертикулит Прободная язва Ущемление грыжи Почечная колика Эктопическая беременность Заболевания яичника Эндометриоз Перекрут яичка	Разрыв аневризмы аорты Расслоение аорты Кишечная непроходимость Дивертикулит Забрюшинный абсцесс Почечная колика Эктопическая беременность Заболевания яичника Эндометриоз Перекрут яичка

Боли внизу справа

- **Характер.** Вначале появляются в подложечной области, затем постепенно усиливаются и опускаются в правую нижнюю (подвздошную) область живота.
- **Куда отдает.** В прямую кишку, усиливается при ходьбе (больные передвигаются согнувшись вправо), усиливаются при попытке лечь на левый бок.
- **Чем сопровождаются.** Может быть повышение температуры, тошнота.
- **После чего.** Точной взаимосвязи нет.
- **Что это может быть.** Аппендицит.
- **Что делать?** Вызывайте "неотложку".

Боли в правом подреберье

- **Характер.** Резкая, сжимающая.
- **Куда отдает.** В поясницу справа, правую половину грудной клетки, правое плечо, под правую лопатку.
- **Чем сопровождаются.** Чувством горечи во рту, может быть рвота желчью, после которой наступает облегчение, возможно повышение температуры.
- **После чего.** После злоупотребления жирной острой едой или после тряски в транспорте.
- **Диагноз.** Холецистит.
- **Что делать?** Принять спазмолитик (препарат на основе дротаверина или папаверина) и любой препарат из пищеварительных ферментов (это обеспечит организму полный покой). Сходите на УЗИ, чтобы убедиться, что в желчном пузыре нет камней.

Триада симптомов при ОКН

1. Боль в животе (режущая)
 2. Рвота – неукротимая, не приносящая облегчения. Сначала нервно-рефлекторная, потом интоксикационная, калового характера.
 3. Задержка стула и газов.
- Срок появления двух последних симптомов зависит от уровня ОКН.



Нарушения дефекации

Понос (диарея) - частый жидкий стул.

Клинические проявления:

- ▶ частота стула бывает различной,
- ▶ испражнения - водянистыми или кашицеобразными, характер зависит от заболевания.



Возможны

- ▶ боль в животе,
- ▶ ощущение урчания, переливания,
- ▶ вздутие живота,
- ▶ тенезмы (неудержимые позывы).

Возможные осложнения:

- ▶ в случае инфекции – риск заражения окружающих;
- ▶ длительные и тяжелые поносы приводят к обезвоживанию, истощению организма, гиповитаминозам, выраженным изменениям в органах.



• **Гепатиты** – клиника

1. Боль в правом подреберье
2. Боль в мышцах
3. Тошнота и рвота
4. Слабость
5. Вялость
6. Изменения обоняния или вкуса
7. Боль в правом подреберье
8. Светобоязнь
9. Слезотечение
10. Головокружение
11. Понос (могут быть обесцв. кал и темная моча)



• **Симптоматика**

Желтуха 20%

Гепатомегалия – 10%

Спленомегалия – 5%

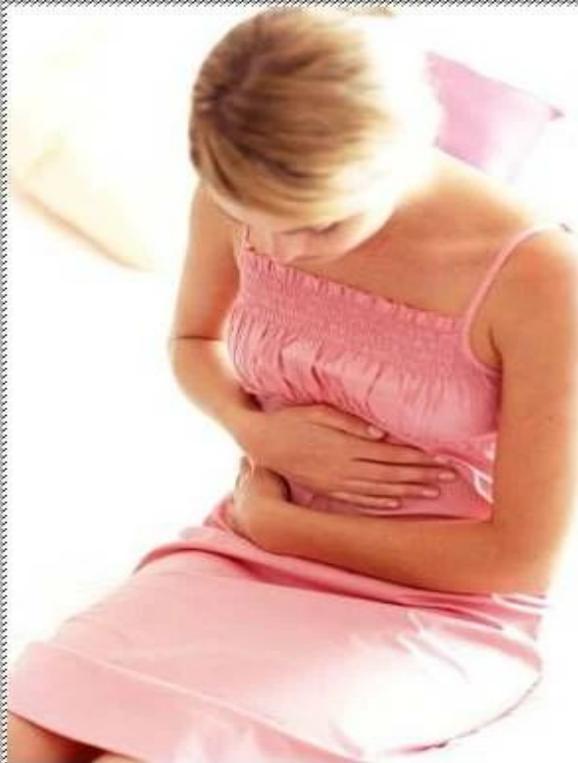
Лимфаденопатия – 5%

Остальные формы скрытые

• **Лабораторные признаки**

1. Лейкопения
2. Анемия
3. Тромбоцитопения
4. Повышение титра иммуноглобулинов

Признаки отравления:



- Головная боль
- Шум в ушах
- Головокружение
- Рвота
- Расстройство кишечника
- Редкий пульс
- Сужение зрачков
- Отек слизистой оболочки языка, губ, гортани
- Затрудненное дыхание
- В тяжелых случаях развиваются судороги



- Во второй половине беременности симптомы раздражения брюшины бывают плохо выражены или отсутствуют из-за растяжения передней брюшной стенки и отсутствия прямого контакта отростка с брюшиной, так как этому препятствует увеличенная беременная матка. Начиная со второй половины беременности после 20 недель увеличенная в размерах матка смещает кверху и кзади слепую кишку с червеобразным отростком. Ближе к концу беременности отросток может располагаться ближе к правой почке и желчному пузырю, что изменяет типичную локализацию болей. Вследствие этого боли могут определяться не внизу живота справа, а выше - в правом подреберье.

Дисменорея

Циклический патологический процесс, при котором в дни менструации появляются выраженные боли внизу живота. Эти боли могут сопровождаться другими симптомами:

- ▶ Общей слабостью,
- ▶ Тошнотой,
- ▶ Рвотой,
- ▶ Головной болью,
- ▶ Головокружением,
- ▶ Отсутствием аппетита,
- ▶ Сухостью во рту,
- ▶ Слюнотечением,
- ▶ Вздутием живота,
- ▶ Ощущением «ватных» ног,
- ▶ Обмороками и другими эмоциональными и вегетативными расстройствами, повышением температуры тела до 37—38 °С





Гастрит

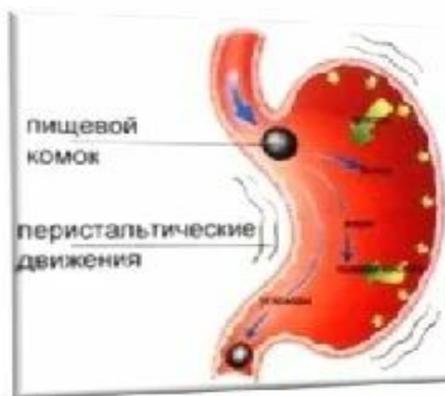


Признаки гастрита:

- боли в животе (эпигастральная область)
- белый налет на языке
- тошнота
- снижение аппетита
- отрыжка
- изжога
- метеоризм
- излишнее слюновыделение
- нарушение стула (запор или понос)



Язва желудка



Симптомы:

Ноющая или жгучая боль в животе, тошнота, рвота, потеря аппетита и похудание.

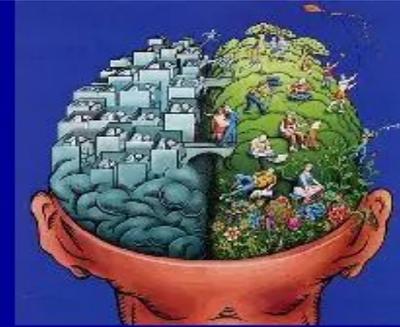
Эффект длительного курения заключается в соляной кислоте в желудке, разъедающей защитный слой в его полости. Ноющая или жгучая боль между грудиной и пупком - самый частый симптом, возникающий после еды и рано утром. Боль может длиться от нескольких минут до нескольких часов; бывает, что боль облегчает еда. Курение замедляет заживление язв и способствует их повторному возникновению.

Синдром раздраженного кишечника -



это комплекс функциональных (т.е. не связанных с органическим поражением) расстройств толстой кишки, продолжающихся свыше 3 месяцев.

Основные звенья патогенеза СРК



▶ ЦНС

Связь «мозг-кишка -оптимизирует двигательную, секреторную активность, кровоток и т.д.

Обратная связь «кишка-мозг» - рефлекторная регуляция, формирование настроения.

▶ **Психосоциальные факторы** участвующие в формировании СРК – эмоциональное, сексуальное, физическое насилие; стрессовые ситуации; хронический стресс, тревожные расстройства и др.

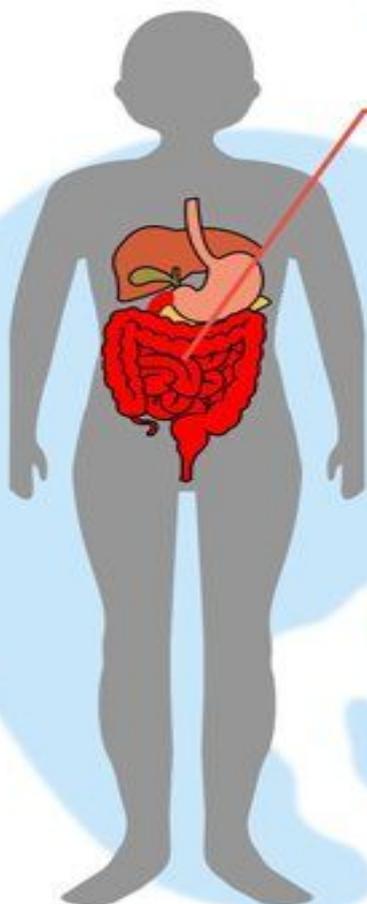
* Drossman DA, Whitehead WE, Toner BB et al/American journal of Gastroenterology.- 2000.-95.-P 974-980

Синдром раздраженного кишечника

ДИАГНОЗ СРК ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОЗОМ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Отсутствие строгой специфичности клинических симптомов СРК обуславливает необходимость проведения (по крайней мере, первичного) включающего в себя **тщательного обследования**, обязательные клинические и биохимические анализы крови, общий анализ кала, анализ кала на скрытую кровь, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию с прицельной биопсией (при необходимости).

Диагноз Синдром раздраженного кишечника



▶ 15%

всех людей на Земле имеют
диагноз СРК вне зависимости
от страны и уровня жизни

ПРИЧИНЫ



Повышенная
проницаемость
слизистой оболочки ЖКТ



Сильный стресс



Кишечная инфекция

ЛЕЧЕНИЕ



1. Базис терапии – гастрозентеропротектор на основе ребамипида для восстановления слизистой оболочки ЖКТ.
2. Симптоматическое лечение.

ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ



Индивидуальный
подбор диеты
в зависимости
от состояния
больного



▶ 30 лет

средний возраст впервые
обратившихся пациентов вне
зависимости от пола

СИМПТОМЫ



Боль в животе,
суставно-мышечные
боли



Изжога, тошнота



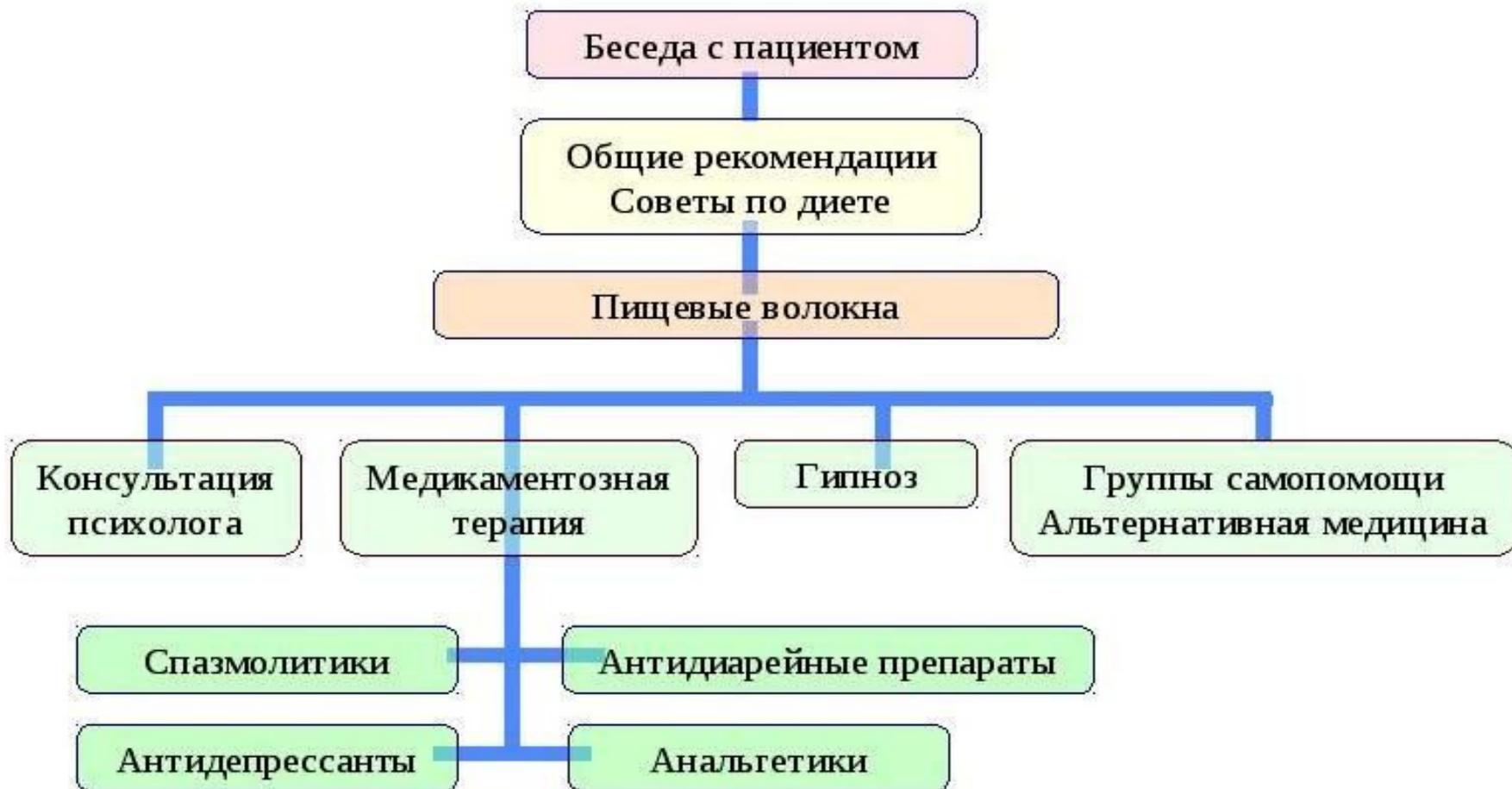
Нарушения стула:
запоры, поносы
и их чередование



Раздражительность,
бессонница, слабость

Лечение СРК

Выбор терапии СРК зависит от выраженности симптомов, особенностей личности пациента и доступности лечения



Определение

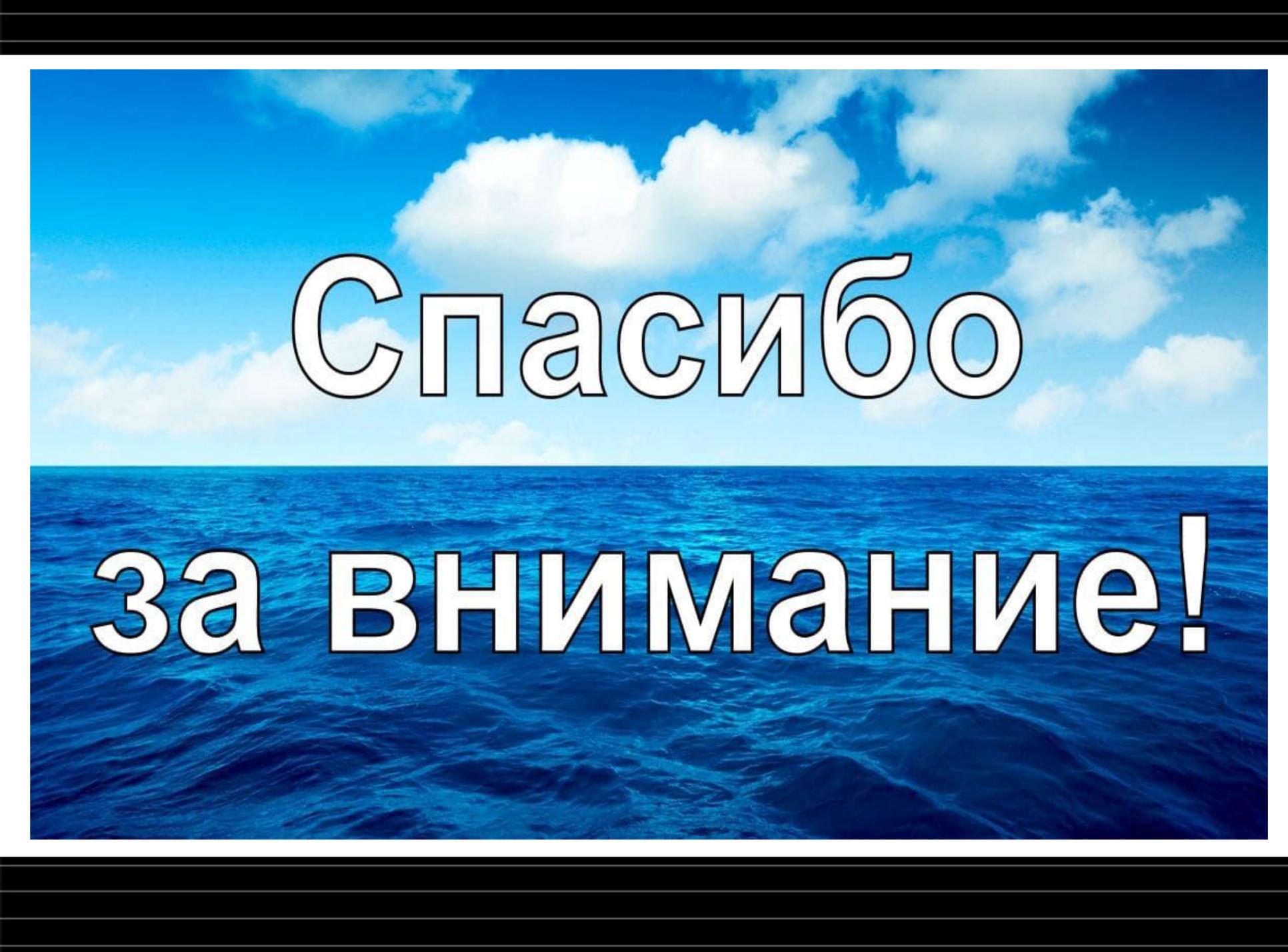
Целиакия (глютеновая болезнь, глютеновая энтеропатия, нетропическая спру, болезнь Ги-Гертера-Гейбнера) – хроническое генетически детерминированное заболевание, характеризующееся стойкой непереносимостью глютена с развитием атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и связанного с ней синдрома мальабсорбции различной степени выраженности



Лечение целиакии

- В комплексе с медикаментозными методами лечения целиакии, **необходимо применять специальную диету**, которая на сегодняшний день остаётся **основным методом лечения глютеновой энтропии**.
- Больному назначают специальную безглютеновую диету, которую необходимо соблюдать на протяжении всей жизни.
- Главным принципом диеты при целиакии является полное исключение всех продуктов, содержащих глютен, или продуктов его неполного расщепления.





Спасибо

за внимание!