



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Под редакцией
акад. РАН В.Т. Ивашкина,
канд. мед. наук Т.Л. Лапиной

Подготовлено под эгидой
Российской гастроэнтерологической ассоциации
и Ассоциации медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Раздел I

Основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов пищеварения

Глава 1. Боль в животе	13
Глава 2. Тошнота и рвота	24
Глава 3. Диспепсия	30
Глава 4. Диарея	35
Глава 5. Желудочно-кишечные кровотечения.....	44
Глава 6. Мальабсорбция.....	52
Глава 7. Биохимические печеночные синдромы	59
Глава 8. Асцит и спонтанный бактериальный перитонит	66

Глава 1

Боль в животе

Синоним

Абдоминальная боль.

Определение

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

Эпидемиология

Симптом боли возникает при различных заболеваниях как органов брюшной полости, так и других органов, и имеет важное диагностическое значение.

Этиология

Причины появления боли в животе весьма многообразны. В целом их можно разделить на следующие основные группы.

- Связанные с заболеваниями органов пищеварения:
 - ✧ состояния, при которых повышается спастическая активность гладкомышечных клеток полых органов ЖКТ (боль при ущемлении камня в шейке желчного пузыря, при кишечной колике);
 - ✧ состояния, при которых происходит растяжение стенки полого органа ЖКТ и внутрипротоковая гипертензия (боль при обструкции камнем общего желчного протока, при остром панкреатите, кишечной непроходимости);
 - ✧ состояния, при которых поражаются листки висцеральной или париетальной брюшины (боль при аппендиците или остром холецистите в стадии развития местного перитонита, при раке с прорастанием брюшины, при глубоком язвенном дефекте желудка, достигающем брюшинного покрова);
 - ✧ состояния, при которых происходит быстрое растяжение капсулы паренхиматозных органов (боль при остром гепатите, при отеке ПЖ).

- Связанные с поражением других органов и систем:
 - ✧ ишемия задней (диафрагмальной) стенки левого желудочка (иррадиация боли);
 - ✧ диафрагмальный плеврит (иррадиация боли);
 - ✧ пневмоторакс;
 - ✧ острый пиелонефрит (иррадиация боли);
 - ✧ острый цистит;
 - ✧ почечная колика (иррадиация боли);
 - ✧ аднексит;
 - ✧ внематочная беременность;
 - ✧ острая перемежающаяся порфирия (сопровождается сильнейшими приступами кишечной колики);
 - ✧ свинцовая интоксикация (сопровождается сильнейшими приступами кишечной колики);
 - ✧ истерия (патогенез недостаточно изучен);
 - ✧ гемолитический криз/посттрансфузионные осложнения (нарушения микроциркуляции);
 - ✧ болезни щитовидной железы (повышенная спастическая активность);
 - ✧ декомпенсированный сахарный диабет (вероятно, повышение болевой чувствительности под воздействием кетоновых тел);
 - ✧ воспаление или сдавление нервных корешков на уровне нижнегрудного отдела позвоночника (иррадиация боли);
 - ✧ анемия (патогенез недостаточно изучен);
 - ✧ депрессия (патогенез недостаточно изучен).
- Связанные с воздействием различных веществ и лекарственных препаратов. Наиболее распространенные из них:
 - ✧ усиливающие перистальтическую активность (никотин, макролиды, холиномиметики и ингибиторы фосфодиэстеразы, эуфиллин*, соматостатин*);
 - ✧ усиливающие секрецию соляной кислоты (препараты кальция, витамин D, паратгормон, противотуберкулезные препараты, эуфиллин*);
 - ✧ обладающие повреждающим действием на слизистую (нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды, препараты двухвалентного железа, цитостатики, тетрациклин, стрептомицин, сульфаниламиды, имидазолы, калия хлорид, β -адреноблокаторы, тироксин*, производные хинина, бисфосфонаты);
 - ✧ вызывающие билиарный сладж и приступы желчной колики (цефтриаксон);
 - ✧ механизмы не полностью изучены (антидепрессанты — ингибиторы MAO, этанол).

Механизм развития

По механизму развития абдоминальную боль можно разделить на висцеральную, париетальную и иррадирующую.

Висцеральная боль происходит от возбуждения механорецепторов мышечного слоя полых органов ЖКТ вследствие их спазма или растяжения (нарастания внутрипросветного давления). Сигнал от механорецепторов воспринимается как болевой импульс.

Спазм гладкой мускулатуры — это универсальный ответ на раздражение хеморецепторов слизистой оболочки и нейронов подслизистого сплетения. Именно поэтому висцеральная боль в клинической практике наиболее распространена.

В качестве непосредственных раздражителей рецепторов могут выступать:

- механическая обструкция полого органа (при холедохолитиазе, вирсунголитиазе);
- микробные токсины (при инфекционно-воспалительных заболеваниях: кишечных инфекциях, антибиотикоассоциированной диарее);
- ионы водорода (при кислотозависимых заболеваниях: рефлюкс-эзофагите, язвенной болезни);
- воспалительные медиаторы (при воспалительно-деструктивных заболеваниях: БК, ЯК);
- дисбаланс нейромедиаторов в результате нарушений центральной и автономной регуляции (при дискинезии сфинктера Одди, неязвенной диспепсии, синдроме раздраженного кишечника).

Растяжение мышечного слоя наблюдают при нарушении проходимости полых органов (обструкции билиарного дерева, панкреатической гипертензии, кишечной непроходимости).

Париетальная (соматопариетальная) боль возникает вследствие возбуждения рецепторов брюшинного покрова из-за воспаления (например, при перихолецистите), прорастания опухоли, травмы, некроза. Париетальную боль наблюдают также при растяжении капсулы паренхиматозных органов (например, при увеличении печени вследствие острого гепатита, правожелудочковой недостаточности).

Иррадирующая боль локализована в участках тела, получающих иннервацию из одного сегмента спинного мозга с пораженным органом пищеварения. Иррадиацию отмечают как при париетальной, так и при висцеральной боли. Кроме того, иррадирующая боль возможна при поражении органов грудной клетки (диафрагмальном плеврите, инфаркте задней стенки левого желудочка).

Некоторые авторы выделяют также *сосудистую боль*, обусловленную раздражением симпатических нервов сосудистого сплетения и возникающую при ишемии.

В развитии и поддержании хронической боли в животе подчас играют важную роль механизмы *нейрогенного воспаления*. Существует гипотеза, что повышение порога болевой чувствительности (так называемые гипералгезия, аллодиния, спонтанные болевые спазмы) при синдроме раздраженного кишечника обусловлено нейрогенным воспалением, затрагивающим ганглии подслизистого и межмышечного сплетений. Нейрогенное воспаление, возможно, играет важную роль в развитии резистентной к лечению боли при хроническом панкреатите.

Следует помнить о разном пороге болевой чувствительности у различных пациентов, что обусловлено генетическими особенностями восприятия боли, особенностями воспитания и развития личности, а также состоянием нервной системы. При поражении центральных или периферических нервных структур отмечают как повышенную, так и резко сниженную восприимчивость к боли. Классическими примерами могут служить пациенты старческого возраста и больные сахарным диабетом, у которых своевременное распознавание заболеваний затруднено вследствие стертой симптоматики.

Классификация

При первом осмотре пациента боль в животе классифицируют по ее патогенезу (париетальная, висцеральная, иррадиирующая), локализации и давности возникновения (острая и хроническая).

В процессе дальнейшего наблюдения пациента можно также получить данные о том, каким заболеванием обусловлена боль — органическим или функциональным.

Заключение о патогенезе боли можно сделать на основании анализа клинической картины (см. ниже). Локализацию боли принято описывать по топографическим областям живота.

Верхний этаж живота отграничен сверху мечевидным отростком, снизу — линией, проходящей по краю реберных дуг. К нему относят подложечную (эпигастральную), правую и левую подреберные (гипохондральные) области.

Средний этаж живота отграничен сверху линией, проходящей по краю реберных дуг, снизу — линией, проходящей через передние верхние ости подвздошных костей. К нему относят околопупочную (мезогастральную), правую и левую боковые (латеральные) области.

Нижний этаж живота отграничен сверху линией, проходящей через передние верхние ости подвздошных костей, снизу — лобковой костью. К нему относят надлобковую (гипогастральную), правую и левую подвздошные области.

При многих заболеваниях абдоминальная боль имеет характерные локализацию и иррадиацию, знание которых помогает в распознавании патологии. Наиболее характерные примеры представлены в табл. 1-1.

Таблица 1-1. Наиболее характерные примеры локализации абдоминальной боли при различных заболеваниях

Группа заболеваний	Основная локализация боли	Места возможной иррадиации
Боль при заболеваниях желудка	Подложечная область	Левая половина грудной клетки
Боль при заболеваниях ПЖ	Верхние отдела живота; при поражении хвоста — левое подреберье; при поражении головки — правое подреберье	Иррадиация по типу пояса или полупояса
Боль при заболеваниях желчевыводящих путей	Подложечная область — при висцеральной боли; правая подреберная область — при париетальной боли	Правая лопатка, правая половина шеи и нижней челюсти
Боль при заболеваниях тонкой кишки	Околопупочная область	—
Боль при заболеваниях слепой кишки и аппендикса	Околопупочная область — при висцеральной боли; правая подвздошная область — при париетальной боли	Переднебвнутренняя поверхность правого бедра, наружные половые органы, пояснично-крестцовая область
	При подпеченочном расположении аппендикса соответствует боли при патологии желчевыводящих путей	
Боль при заболеваниях сигмовидной кишки	Надлобковая и левая подвздошная области	Пояснично-крестцовая область
Боль при заболеваниях мочевыводящих путей	Боковые или надлобковая области	Переднебвнутренняя поверхность правого бедра, наружные половые органы, пояснично-крестцовая область

Оценка давности возникновения боли имеет важное значение в исключении острого живота, онкологических процессов и т.п. Граница между острой и хронической болью довольно размыта. Боль можно квалифицировать как хроническую, если она длится на протяжении 6 мес до обращения к врачу. Хроническая боль в 90% случаев носит рецидивирующий характер, в 10% — постоянный.

Особую форму в классификации занимает синдром острого живота (см. ниже).

Абдоминальную боль функционального характера (не связанную с очевидными органическими изменениями) распознают на основании характерных симптомов и исключении органических заболеваний; диагностические критерии функциональной абдоминальной боли известны под названием «Римские критерии». Римские критерии III пересмотра установлены в 2006 г.

Клиническая картина

При исследовании пациента необходимо в первую очередь оценить:

- характер и силу боли (как ее описывает больной);

- локализацию боли;
- провоцирующие факторы (в том числе связь с приемом пищи и ее характером, связь с приемом медикаментов, со временем суток, сезонность возникновения и пр.);
- воздействия, облегчающие боль;
- дополнительные симптомы, с которыми связана боль (тошнота, рвота, нарушения стула, головокружение и пр.);
- данные физикального обследования (включая детальный расспрос, оценку семейного анамнеза и исследование всех систем).

В проявлениях висцеральной, париетальной и сосудистой боли, как правило, можно выявить существенные различия. Оценка характера боли имеет принципиальное значение для определения тактики ведения. При париетальной и сосудистой боли может потребоваться хирургическое лечение.

Висцеральная боль. В связи с тем что полые органы брюшной полости получают двустороннюю иннервацию из спинного мозга, боль, связанная со спазмом/растяжением гладкой мускулатуры, характеризуется неотчетливой локализацией и тяготеет к средней линии живота.

Характерны следующие зоны восприятия висцеральной боли:

- эпигастральная — при заболеваниях желудка, ДПК, ПЖ, желчевыводящих путей, поперечной ободочной кишки;
- параумбиликальная — при поражении тонкой и слепой кишки, восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки;
- надлобковая — при патологии сигмовидной кишки.

Висцеральная боль имеет характер ноющей, схваткообразной спастической, изредка колющей или жгучей, с периодами волнообразного нарастания и стихания болевых ощущений. Приступ интенсивной схваткообразной боли называют коликой. В качестве провоцирующих факторов могут выступать, например, употребление жирной, жареной пищи или тряская езда (при желчной колике), обильная пища и алкоголь (при панкреатите), голодание (при язвенной болезни ДПК). Висцеральная боль облегчается при применении тепла и введении спазмолитиков.

Этот тип боли часто сопряжен с рефлекторными вегетативными реакциями: рвотой, не приносящей облегчения, субфебрильной температурой тела, изменением артериального давления и частоты пульса и пр.

При висцеральной боли пальпаторно определяют болезненность передней брюшной стенки в месте локализации боли; защитное напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Во время приступа колики пациент мечется от боли. Появление нейтрофильного лейкоцитоза в крови при висцеральной боли не характерно.

Париетальная боль. В связи с тем что брюшина и капсульный покров получают одностороннюю иннервацию из спинного моз-

га, париетальная боль характеризуется отчетливой локализацией в квадранте живота, соответствующем месту поражения.

Характер париетальной боли постоянный, без волнообразного нарастания и стихания. Часто боль бывает мучительной, усиливающейся день ото дня.

Не удается выявить определенных факторов, спровоцировавших появление боли. Париетальная боль усиливается при резких движениях, кашле и не купируется при применении тепла, введении спазмолитиков.

При париетальной боли пациент избегает лишних движений, при пальпации живота определяются защитное напряжение мышц в месте локализации боли, ограничение дыхательных движений, болезненность при пальпации, которая резко усиливается при сотрясении брюшины (так называемые симптомы раздражения брюшины Щеткина–Блюмберга, Ортнера). Этот тип боли, как правило, сопряжен с повышением температуры тела, лейкоцитозом в крови.

Сосудистая боль обусловлена недостаточным кровоснабжением органов брюшной полости и может наблюдаться при хронической и острой ишемии.

Хроническая сосудистая боль чаще выступает как симптом атеросклеротического стеноза брюшной аорты и артерий брюшной полости у пожилых пациентов. Наблюдают также случаи сосудистой боли у молодых — при врожденном стенозе чревного ствола или внешнем сдавлении сосудов опухолью или лимфатическим узлом. При хронической ишемии боли имеют неотчетливую локализацию и появляются или усиливаются после приема пищи, особенно обильной. Весьма характерен также метеоризм, плохо поддающийся лечению традиционными средствами. Такой характер болей часто затрудняет дифференциальную диагностику с хроническим панкреатитом, синдромом раздраженного кишечника.

Хроническая боль может также наблюдаться при рецидивирующем субкомпенсированном тромбозе мелких венозных сосудов при тромбофилических состояниях (тромбоцитозе, антифосфолипидном синдроме, врожденном дефиците противосвертывающих факторов крови и др.). Симптомы часто стертые и волнообразно меняются на протяжении нескольких дней, месяцев и даже лет. Для периодов обострений характерны ноющие боли неотчетливой локализации, упорный метеоризм, неоформленный стул.

Острая сосудистая боль, связанная с тромбозом или тромбозом-болией мезентериальных сосудов, как правило, появляется внезапно и нарастает по интенсивности.

При артериальном тромбозе боль быстро принимает характер нестерпимой, могут присоединяться тошнота, рвота. В ближайшие часы можно обнаружить признаки пареза кишечника и перитонита. При осмотре и пальпации живота определяют вздутие,

выраженную разлитую болезненность, симптомы раздражения брюшины. В определенной стадии боль может становиться более стертой вследствие гангрены кишечника.

При венозном тромбозе симптомы более стертые. Портальному тромбозу нередко сопутствуют проявления портальной гипертензии: спленомегалия, кровотечение из вен пищевода, асцит. При венозном тромбозе, не компенсированном коллатеральями, в течение 1–2 дней развивается гангрена кишечника.

Практика показывает, что сосудистые поражения в брюшной полости часто распознают поздно — в стадии гангрены кишечника и перитонита. Именно поэтому при неясном диагнозе крайне важно динамическое наблюдение за больным!

При оценке вероятности тромбоза или тромбоэмболии важно учитывать наличие фоновых заболеваний: атеросклероза, инфекционного эндокардита, мерцательной аритмии, тромбофилического состояния.

Если выявленные при исследовании больного симптомы укладываются в характерную картину, можно говорить об определенном болевом синдроме (см. ниже).

Опасные симптомы, сопровождающие абдоминальную боль, указывают на необходимость срочных диагностических мероприятий, интенсивного наблюдения и решения вопроса о неотложном хирургическом вмешательстве.

К ним относят:

- боль, остро возникшую и сохраняющуюся 6 ч или более;
- непрерывно усиливающуюся боль;
- головокружение, слабость, апатию;
- артериальную гипотонию, тахикардию;
- видимое кровотечение (выделение крови при рвоте или из прямой кишки);
- лихорадку;
- упорную рвоту;
- признаки острого живота — напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина–Блюмберга, симптомы пареза кишечника (увеличение объема живота, неотхождение газов, отсутствие перистальтических шумов);
- гнойные или кровянистые выделения из влагалища.

При хронической боли следует обращать внимание на так называемые симптомы тревоги (*«красные флаги»*), которые могут свидетельствовать о воспалительно-деструктивном процессе: на появление симптомов в пожилом возрасте, лихорадку, примесь крови в кале, кишечные расстройства, прерывающие сон, немотивированное похудение, анемию, лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Следует помнить, что у пожилых пациентов, у больных, страдающих сахарным диабетом, *возможно отсутствие отчетливых болевых ощущений*. В качестве основных симптомов в таких случа-

ях могут выступать изменения психического статуса и поведения, отказ от приема пищи.

План обследования

Обязательные методы обследования пациентов включают подробный расспрос и физикальное обследование, клинический анализ крови.

Дополнительные методы исследования следует выбирать, оценивая вероятность того или иного заболевания и наличие факторов риска у пациента (табл. 1-2).

Таблица 1-2. Инструментальные методы, которые целесообразно применять в качестве первой ступени для уточнения причин абдоминальной боли различного характера

Метод исследования	Признаки, на которые следует опираться при выборе метода
Рентгеноскопия грудной клетки	Боль в верхних отделах живота, усиливающаяся при дыхании; одышка
ЭКГ	Сочетание боли и одышки, нарушения сердечного ритма. Мужчины старше 40 лет. Женщины старше 55 лет. Факторы риска сосудистых осложнений: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, инфаркт и инсульт в анамнезе, отягощенная наследственность
Обзорная рентгенография брюшной полости	Картина острого живота. Приступы боли по типу колики. Признаки кишечной непроходимости
ЭГДС/рентгеноскопия желудка	Боль по типу желудочной диспепсии (связь с приемом пищи, ассоциация с тошнотой, рвотой, отрыжкой, изжогой)
УЗИ; общий анализ мочи	Сочетание боли и лихорадки с ознобом. Боль по типу почечной колики
Сигмоскопия	Сочетание боли с дефекацией и нарушением стула
Колоноскопия/ирригоскопия	Сочетание боли с дефекацией и нарушением стула, а также возраст больного старше 40 лет; выявление патологических изменений при сигмоскопии; отягощенный семейный анамнез по заболеваниям толстой кишки
Лапароскопия	Неясные причины боли
Консультация медицинского психолога	При исключении органических причин боли

При картине острого живота в план дополнительного обследования следует включать:

- общий анализ крови с оценкой лейкоцитарной формулы и СОЭ;
- биохимический анализ для оценки общего метаболического состояния и функций почек (концентрация электролитов, креатинина, глюкозы);
- обзорную рентгенографию брюшной полости в положении стоя (или лежа на левом боку) и лежа на спине;
- УЗИ;

22 Основные симптомы и синдромы при заболеваниях органов пищеварения

- компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости, лапароскопию (при недостаточной информативности предыдущих исследований).

Дифференциальная диагностика

На основании анализа симптомов можно выделить отдельные синдромы, как правило, отчетливо указывающие на тот или иной патологический процесс (табл. 1-3).

Таблица 1-3. Характеристика отдельных болевых синдромов

Синдром	Характер боли
Дуоденита	Боль в правой половине эпигастральной области, усиливающаяся натощак и облегчающаяся после приема пищи и антацидов. Боль висцеральная. Сезонность возникновения боли
Панкреатита	Боль в верхних отделах живота, отчетливо связанная с приемом пищи. Характерна связь с нарушением диеты
Желчной колики	Интенсивная схваткообразная боль в эпигастральной области с характерной иррадиацией (см. табл. 3-1). Провоцируется употреблением жирной, жареной пищи, тряской ездой. Часто наблюдается реакция со стороны вегетативной нервной системы. Купируется теплом и спазмолитиками
Кишечной колики	Боль неотчетливой локализации, усиливающаяся или облегчающаяся после дефекации и отхождения газов, ассоциированная с изменениями стула
Периспленита	Колющая боль в левом подреберье, усиливающаяся при дыхании. Выслушивается шум трения селезенки
Острой ишемии кишечника	Боль в эпигастральной или околопупочной области, возникающая внезапно, нарастающей интенсивности. Обычно развивается у пациентов из группы риска по тромбозу и тромбоземболии
Хронической ишемии кишечника	Боль в эпигастральной или околопупочной области, возникающая или усиливающаяся после приема пищи, часто ассоциирована с метеоризмом и нарушением стула. Обычно развивается у пожилых пациентов
Почечной колики	Интенсивная схваткообразная боль в боковом отделе или надлобковой области с характерной иррадиацией (см. табл. 3-1). Сочетается с дизурией. Провоцируется тряской ездой. Часто наблюдается реакция с стороны вегетативной нервной системы. Купируется теплом и спазмолитиками
Острого живота	Ноющая боль нарастающей интенсивности, усиливающаяся при дыхании, по локализации соответствующая воспаленному участку брюшины. Сопровождается лихорадкой, защитным напряжением мышц передней брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины, признаками пареза кишечника, лейкоцитозом в крови

При появлении боли в животе необходимо проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями других органов и систем, в особенности с такими часто встречающимися, как инфаркт миокарда, нижнедолевая плевропневмония.

Лечение

Основное значение имеет этиотропная терапия. Необходимо оценить, есть ли показания к хирургическому лечению; при неясном диагнозе следует продолжить динамическое наблюдение пациента.

В отношении симптоматического лечения (облегчения боли) разработан трехступенчатый алгоритм.

На первой ступени — при боли слабой и средней интенсивности, в основе которой лежит спазм гладкой мускулатуры полых органов ЖКТ, — показано назначение спазмолитических и препаратов местного действия, снижающих чувствительность периферических нервных окончаний (вяжущих и обволакивающих). Эти средства безопасны, так как они не обладают непосредственным анальгетическим эффектом и неспособны «замаскировать» картину острых хирургических заболеваний.

Выбор спазмолитика необходимо проводить с учетом особенностей действия и фармакокинетики препарата.

При кислотозависимых заболеваниях выраженным обезболивающим эффектом обладают антацидные и антисекреторные средства.

На второй ступени — при длительной и усиливающейся боли, при которой спазмолитики неэффективны, — возможно присоединение средств, влияющих на нервные механизмы болевой чувствительности: блокаторов серотониновых рецепторов, НПВП, ненаркотических анальгетиков (парацетамола), психотропных средств. Среди последних следует отметить антидепрессанты — ингибиторы МАО и обратного захвата серотонина и мягкие нейролептики (тиоридазин).

На третьей ступени — при чрезвычайно сильной боли, резистентной к вышеперечисленным мерам, и при отсутствии показаний к хирургическому лечению необходимо назначать лекарственные препараты в комбинациях (психотропные средства в сочетании с ненаркотическими анальгетиками — парацетамолом) либо наркотические анальгетики.

Большинство экспертов придерживаются мнения, что *при клинической картине острого живота* назначение анальгетических препаратов допустимо только при выраженной боли и применять их следует уже в процессе дообследования больного.

Если у пациента диагностируют развитие перитонита как осложнения воспалительного заболевания органа брюшной полости, еще до хирургического вмешательства следует назначить антибиотик с учетом антибактериального спектра препарата.