

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА**

**Коцлова Анна Аликовна**

канд. мед. наук, преподаватель кафедры факультетской терапии им. С.П. Боткина, ФГБ ВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, РФ, г. Санкт-Петербург

**Соловьев Владислав Владимирович**

курсант ФГБ ВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, РФ, г. Санкт-Петербург

## **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PAIN IN THE UPPER ABDOMEN**

***Anna Kotslova***

*PhD, Associate professor at the Department of Botkin's Faculty Therapy Kirov's Military Medical Academy, Russia, Saint-Petersburg*

***Vladislav Solovyov***

*Cadet Kirov's Military Medical Academy, Russia, Saint-Petersburg*

**Аннотация.** Произведен обзор литературы по тематике дифференциальной диагностики боли в верхней половине живота. на современном этапе развития представлений и гипотез о данной нозологии. Был выполнен анализ наиболее цитируемых источников литературы из открытых ресурсов по данному вопросу.

**Abstract.** A review of the literature on the topic of differential diagnosis of pain in the upper abdomen has been conducted. at the present stage of the development of ideas and hypotheses about this nosology. An analysis of the most cited literature sources from open resources on this issue was performed.

**Ключевые слова:** болевой синдром; брюшная полость; живот; гастроэнтерология.

**Keywords:** pain syndrome; abdominal cavity; abdomen; gastroenterology.

**Введение.** Боль в верхней части живота – частая жалоба у пациентов общесоматических отделений. Не стоит ожидать, что врач в каждом случае сможет перечислить все возможные причины боли и провести исчерпывающее обследование с использованием всех клинических и лабораторных методов. В этом, как и в многих других медицинских ситуациях, чрезмерное увлечение "полным обследованием" может превратиться в изнурительную и финансово обременительную процедуру. Врачу необходимо детально изучить характер боли в верхней части живота, акцентируя внимание на ее ключевых признаках [1]. Понимание основных

причин возникновения боли поможет поставить предварительный диагноз и определить вероятные заболевания или состояния, которые могут вызывать наблюдаемые симптомы, что в свою очередь позволит оптимизировать направление диагностических исследований. Хотя диагноз, выстроенный только на основании патогномичных признаков, встречается редко, клиническая картина всё же может быть очень полезна для определения места повреждения в определенной системе органов и часто позволяет с достаточной уверенностью предположить его природу.

**Материалы и Методы.** Произведен поиск и анализ наиболее цитируемых источников литературных сведений по данным открытых источников литературы интернет-портала [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru).

**Результаты и обсуждение.** И у людей, которые в целом здоровы, могут возникать периодические боли в верхней части живота. У пациентов с нормальными показателями крови (ферменты печени, билирубин и амилаза) диагностируются следующие заболевания, которые могут быть причиной болевого синдрома. Три основные причины этого синдрома - печеночная колика, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и расстройство пищеварения.

Даже у людей с крепким здоровьем периодически могут появляться боли в верхней части живота. При нормальных показателях крови (ферменты печени, билирубин и амилаза) врачи выявляют ряд заболеваний, которые могут провоцировать болевые ощущения. Среди основных причин таких болей выделяют печеночную колику, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь и нарушения работы пищеварительной системы.

Печеночная колика характеризуется периодическими болями в правом подреберье или в эпигастрии, которые обостряются после приема жирных блюд и достигают пика интенсивности через час, после чего постепенно ослабевают.

Использование термина "колика" при описании боли в печени не совсем точно, так как боль при печеночной колике не имеет периодического характера с периодами безболезненности. Однако, могут наблюдаться такие симптомы, как тошнота и рвота, без развития желтухи и при нормальных показателях ферментов печени. Необходимо выполнить ультразвуковое сканирование для диагностики желчных камней.

Иногда наблюдаются ощущения жжения и дискомфорта в области груди и эпигастрии, которые могут длиться от 10 до 60 минут. Помимо этого, часто фиксируется продолжительное жжение в этих зонах, а также длительная боль в правом верхнем подреберье и эпигастрии. Сильная, затянущаяся боль в области груди и эпигастрии может усиливаться после обильной еды и во время отдыха после приёма пищи в горизонтальном положении. Антацидные препараты при этом способствуют снижению болевых ощущений. [1]. Жжение и дискомфорт в эпигастриальной области, которые обостряются при горизонтальном положении, часто сопровождаются отрыжкой с кислым запахом, оставляющей привкус кислоты во рту. В некоторых случаях могут наблюдаться кашель и боль в груди.

При возникновении подозрений на рак пищевода, врачи обращают особое внимание на наличие таких признаков, как анемия, потеря веса, сложности с проглатыванием пищи и рвота [2].

Неприятные ощущения в верхней части живота, чувство переполненности после приема пищи и/или быстрое насыщение - вот основные проявления диспепсии. В большинстве случаев диспепсия носит функциональный характер, не сопровождается структурными изменениями в органах ЖКТ, но может указывать на более серьезные проблемы, такие как пептические язвы, рак желудка и другие патологии. При наличии факторов риска, таких как возраст старше 60 лет, анемия, снижение массы тела, желтуха, кровотечение из ЖКТ, трудности при проглатывании пищи или семейная история злокачественных опухолей в верхних отделах ЖКТ, требуется более тщательное обследование. Если же таких тревожных признаков нет, диагноз функциональной диспепсии может быть уверенно установлен без проведения излишних эндоскопических исследований и дополнительных анализов. Избегайте назначения лекарств, которые могут усугубить течение заболевания, например, нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикостероидов. Проведите диагностику на

*Helicobacter pylori* и при его выявлении назначьте курс лечения, включающий эрадикацию и гастропротекторную терапию.[1].

Хроническая прогрессирующая боль в животе. Такая симптоматика вызывает тревогу из-за постоянного прогрессирования заболевания. Злокачественные опухоли, если они обнаруживаются в виде хронических болей в животе, свидетельствуют о том, что заболевание уже находится на поздней стадии.

Дискомфорт в верхней части живота после хирургического вмешательства. Пациенты, жалующиеся на боли, до сих пор объединяются в одну категорию больных, которую называют постхолецистическим синдромом - состоянием, возникающим после удаления желчного пузыря [3]. Для исключения заболеваний, не связанных с предыдущей операцией, таким пациентам необходимо провести комплексное обследование, включающее рентгеноскопию желудка, гастродуоденоскопию, ультразвуковую диагностику и другие методы.

Желтуха и холангит часто встречаются вместе, но желтуха может возникнуть и без холангита. Появление желтухи спустя некоторое время после операции является тревожным симптомом, сигнализирующим о серьезных проблемах с оттоком желчи. [3]. Возникновение желтухи может быть обусловлено как органическими факторами, препятствующими нормальному оттоку желчи (камни в протоках, стеноз желчных путей, опухоли протоков, рубцовые сужения), так и забросом (регругитацией) содержимого кишечника в желчные протоки с затрудненной его обратной эвакуацией (например, после создания билиодигестивного анастомоза). В этих ситуациях желтуха обычно сопровождается холангитом.

Кардиальная патология. Стенокардия проявляется как загрудинный дискомфорт или боль, который может быть давящим, сжимающим или жгучим, и длится от нескольких до 20 минут. Боль часто распространяется в шею, челюсть, область под ложечкой, левую руку и лопатку, а также межлопаточное пространство. Ее интенсивность возрастает при физической нагрузке, в холодное время года или во время эмоционального стресса. Стенокардия сопровождается ощущением одышки и паническим страхом смерти. Приступ купируется приемом нитратов, например, нитроглицерина, под язык.[4].

Инфаркт миокарда проявляется схожими клиническими симптомами с стенокардией, однако может иметь более выраженную интенсивность. Отличительной особенностью является внезапное начало, продолжительность которого обычно превышает 30 минут, и неэффективность нитратов в его купировании. Часто инфаркт сопровождается одышкой, ощущением слабости, тошнотой и рвотой.

Основная концепция диагностики боли в животе - выявление перитонита является первостепенной задачей, так как он требует неотложной помощи (например, при перфорации внутреннего органа, разрыве аневризмы аорты или внематочной беременности) или свидетельствует о наличии инфицированной брюшины. При возникновении сильной боли в животе, обращайтесь внимание на характерные для каждой системы органов (желудочно-кишечной, урологической, репродуктивной и др.) проявления. Учитывая характер боли (очаговая или распространенная, колющая или ноющая) и ее локализацию, можно сузить круг подозрений и определить более точный диагноз. Частые боли в животе у здорового человека с нормальными показателями крови обычно носят функциональный характер, однако стоит быть внимательным к тревожным симптомам, которые могут потребовать дополнительного обследования. Постоянная и усиливающаяся боль в животе вызывает опасения по поводу возможного развития злокачественных опухолей и других серьезных заболеваний.

Самые частые ошибки - это игнорирование кардиальной патологии, поэтому при наличии у пациента сильных острых болей в животе, необходимо не только провести пальпацию живота, но также сделать ЭКГ. [4] Несмотря на то, что нормальная КТ брюшной полости не исключает наличие серьезных заболеваний, она не всегда может выявить мезентериальный тромбоз (в этом случае рекомендуется выполнить коагулограмму). [5].1

## Список литературы:

1. Ивашкин В. Т., Маев И.В., Царьков П.В., и др. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30 - №1 – 49-70.
2. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Казюлин А.Н. Заболевания поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22 - №3 - 13-19.
3. Макарова Ю. В., Осипенко М. Ф., Литвинова Н. В., Дробышева В. П. Состояния и заболевания, ассоциированные с холецистэктомией, проведенной по поводу желчнокаменной болезни // Журнал «Эффективная фармакотерапия». – 2023. – Т. 19 - №8 – 76-83.
4. Манак Н. А., Соловей С. П., Карпова И. С. О стенокардии как одной из форм ИБС и симптомах стенокардии при других заболеваниях // Журнал «Кардиология в Беларуси». – 2015. – Т. 38 - №1 – 130-137.
5. Сваткова О.А., Шептулин А.А. Причины ошибок в диагностике хронических воспалительных заболеваний кишечника в общей врачебной практике. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30 – №5 – 26-29.