

## БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЭКСТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕГО МЕСТО В ИНТЕНСИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

*М. Ф. Мусин, А. Ф. Юсупова*

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. — проф. И. И. Камалов)  
Казанского государственного медицинского университета,  
Республиканская клиническая больница (главврач — Р. Г. Фатихов) МЗ РТ*

Благодаря достижениям научно-технического прогресса, был создан целый арсенал методов, обладающих большими разрешающими возможностями, — УЗИ, рентгеновская и магнитно-резонансная компьютерная томография, эндоскопические методы и т.д. Их рациональное использование в настоящее время является не только общемедицинской, но и социально-экономической проблемой [3, 4]. На первом этапе диагностики большое значение имеют клиническая картина и жалобы. Отсюда в период постановки предварительного диагноза необходим тщательный клинический анализ ведущего болевого синдрома, так как нередко уже на этом этапе становится ясным механизм его возникновения.

Боль в эпигастральной области — одна из самых частых жалоб в хирургической и терапевтической клинике. Клиницисты порой забывают, что боль в животе развивается не только в результате локального патологического процесса в этой области. Она может быть ведущим симптомом общего заболевания и в клинике часто встречается при экстраабдоминальной патологии [2]. Кроме того, подтверждена значительная роль эмоционально-личностных расстройств в генезе абдоминального синдрома, который может быть нейрогенного происхождения. Среди многообразных форм болевых синдромов нейрогенный абдоминальный синдром занимает особое место [5].

Целью нашего исследования было обследование группы больных (98), ведущим симптомом у которых была боль в эпигастральной области. Больные находились на лечении в кардиологическом,

гематологическом, неврологическом, эндокринологическом отделениях РКБ. Характер боли, ее возникновения и иррадиация были различны и очень индивидуальны. В таблице мы попытались отразить особенности боли в эпигастральной области и причину ее возникновения. С учетом жалоб больных проводилось тщательное соответствующее инструментальное обследование — рентгенологическое, эндоскопическое, УЗИ и др.

Самую многочисленную группу составляли больные кардиологического отделения с диагнозами чаще инфаркт миокарда, стенокардии, острой и хронической недостаточности кровообращения. В большинстве случаев они жаловались на боли в верхней части эпигастральной области с иррадиацией вверх за грудину. У 40 из 43 обследованных на ФГДС органической патологии не оказалось; у 2 больных выявлены язвы желудка и у одного — двенадцатиперстной кишки. Гипоксия, возникающая при острой и хронической недостаточности кровообращения, являлась причиной поражения печени, застойных явлений в ней, застоя крови в венах желудка и кишечника. Клиническая картина не была специфичной: увеличение печени, интенсивные боли, тяжесть, давление в правом подреберье, вздутие живота, отрыжка, тошнота, плохой аппетит. Определяющее значение в дифференциальной диагностике имела ЭКГ.

Небольшую группу (5) составили больные с системными заболеваниями — склеродермией (2), ревматизмом (1), системной красной волчанкой (1), узелковым периартериитом (1). При систем-

### Боль в эпигастральной области при экстраабдоминальной патологии

Группы обследованных	n	Клинический диагноз	Характер боли в эпигастрии	Причины боли в эпигастрии
1-я	43	инфаркт миокарда, стенокардия, острая и хроническая недостаточность кровообращения	боль в верхней части эпигастральной области тупая, может быть острой с иррадиацией вверх за грудину, давление в правом подреберье, вздутие живота	ишемия, гипоксия, спазм коронарных сосудов; гипоксия приводит к поражению печени, застою в ней, сосудах желудка и кишечника
2-я	5	системные заболевания: склеродермия, ревматизм, системная красная волчанка	боль по ходу пищевода, боль в эпигастрии после еды	раздражение брюшины, вовлечение в патологический процесс кишечника и поражение печени, разрастание соединительной ткани в ней, инфаркт селезенки, кишечника
3-я	4	железодефицитная анемия	боль в эпигастрии натощак, тошнота, тяжесть в животе	атрофия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, развитие тяжелого атрофического гастрита, фолликулярного бульбита
4-я	20	остеохондроз грудного и верхнепоясничного отделов позвоночника, болезнь Бехтерева	тупая, чаще постоянная боль в эпигастрии независимо от приема пищи	иррадиация болей в эпигастральную область
5-я	3	тиреотоксикоз, сахарный диабет	покалывающие боли, тяжесть, тупые боли в правом подреберье	расстройство вегетативной нервной системы, нарушение обмена белков, жиров и углеводов; гипоксия способствует поражению печени и желудочно-кишечного тракта, жировая дистрофия печени, цирроз
6-я	10	нейрогенный абдоминалгический синдром	боль постоянного и пароксизмального характера	
7-я	8	маскированная депрессия	вибрация в желудке, бульканье, боль в стенке живота	депрессивно-ипохондрические нарушения психики

ной красной волчанке боль в животе была вызвана раздражением брюшины, вовлечением в патологический процесс кишечника и поражением печени. Больные со склеродермией жаловались на боль по ходу пищевода и в эпигастральной области после еды, что обусловлено изменением слизистой гастроинтестинального тракта при этом заболевании. Поражение печени при системных заболеваниях было связано в основном с первичным разрастанием, а также с дезорганизацией соединительной ткани в печени и наличием осложнений основного заболевания в виде острой и хронической сердечно-сосудистой недо-

статочности, инфаркта селезенки, кишечника, поджелудочной железы. Причина боли в эпигастральной области при системных заболеваниях становилась ясной лишь после установления основного заболевания.

У больных с железодефицитной анемией причиной абдоминалгии являлась атрофия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, развитие тяжелого атрофического гастрита, фолликулярного бульбита.

У большинства больных из неврологического отделения (20) был остеохондроз, причем чаще грудного и верхнепоясничного отдела позвоночника.

Возраст этих больных варьировал от 35 до 45 лет. У 2 из них были выявлены язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с различной степенью деформации, у остальных — хронический гастродуоденит в различных стадиях развития.

У 8 больных определялись эндокринные нарушения: у 5 — тиреотоксикоз и у 3 — сахарный диабет. Нарушение обмена углеводов, белков, жиров, расстройство вегетативной нервной системы, возникающее в связи с увеличенным выделением тироксина, создают условия, способствующие поражению печени и желудочно-кишечного тракта. Это является причиной покалывающих болей в животе, которые преобладали в клинике больных с тиреотоксикозом. Существенную роль в поражении печени играет гипоксия; увеличение печени наблюдалось у 30% больных. Клиника сахарного диабета характеризовалась болью в эпигастральной области при пальпации, увеличением печени, тяжестью или тупыми болями в правом подреберье. Недостаток инсулина ведет к накоплению жира, ожирению гепатоцитов, что чревато развитием жирового гепатоза и цирроза. При УЗИ и ФГДС были обнаружены поражения печени, поджелудочной железы, явления гастродуоденита.

В последние годы особый интерес представляют состояния, в клинической картине которых доминируют соматические симптомы, а стертые психические проявления остаются на заднем плане. Такие состояния получили название маскированной, скрытой, латентной депрессии [1, 6]. Своевременная диагностика маскированной депрессии трудна: различные соматические жалобы создают впечатление поражения какого-либо органа. Большинство больных с такими расстройствами пребывают в поликлиниках и терапевтических стационарах, и психиатры чаще всего не имеют возможности наблюдать подобные случаи в своей практике. Причины диагностических ошибок при маскированной депрессии можно объяснить, во-

первых, недостаточной осведомленностью врачей о клинике психических нарушений, маскируемых соматическими жалобами, а во-вторых, отсутствием знаний и опыта у психиатров в области внутренних болезней для исключения органической патологии. При этом следует подчеркнуть, что путь больного от терапевта или хирурга до психиатра часто измеряется одним или несколькими годами, в течение которых используются многочисленные методы исследования. Поэтому диагностику маскированной депрессии можно считать не только общемедицинской, но и экономической проблемой. Однако следует подчеркнуть, что жалобы на боль в эпигастральной области у таких больных все же характеризуются необычностью ощущений — вибрацией желудка, бульканьем в животе, болью в стенке живота и т.п. При диагностике эту необычность жалоб необходимо учитывать, так как сами больные, не подозревая у себя каких-либо психических нарушений, обращаются не к тем специалистам, которые им требуются.

Нейрогенный абдоминалгический синдром и маскированная депрессия были определены у 18 больных. Их беспокоила в основном боль в эпигастрии постоянного и пароксизмального характера. Больные многократно обследовались в терапевтическом и хирургическом отделениях. Некоторые из них (3) перенесли хирургическое вмешательство, однако органической патологии в брюшной полости у них не было выявлено. В результате всестороннего и полного обследования (УЗИ, ФГДС, рентгенологическое и т.д.) были сделаны заключения о наличии у больных хронического панкреатита, хронического холецистита и др. Однако в большинстве случаев после применения различных диагностических методов соматическая природа заболевания была исключена и диагностирован солярит. Для всех больных были характерны некоторая нервозность и различные нарушения психо-эмоционального состояния. Иными словами, эта группа боль-

ных нуждалась в дополнительном обследовании и консультациях невропатолога и психиатра. При психоневрологическом обследовании у них были обнаружены депрессивно-ипохондрические и истерические нарушения психики, различные вегетативные расстройства. Неудивительно, что у больных наблюдались изменение порога болевой чувствительности, его извращения, некоторое повышение нервно-мышечной возбудимости. У 7 человек в анамнезе имелась язвенная болезнь желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, однако в момент обследования органической патологии у них не оказалось, то есть боль в эпигастральной области была как бы "фантомной".

После курса терапии антидепрессантами, транквилизаторами, нейролептиками отмечен быстрый положительный эффект — уменьшение болей, а чаще и их полное исчезновение.

Следовательно, при проведении обследования больных с жалобами на боль в эпигастральной области значительное место следует уделять эмоционально-личностным расстройствам, которые могут быть основной причиной в генезе абдоминального синдрома. Не следует также забывать и об экстраабдоминальной патологии при заболеваниях сердечно-сосудистой, эндокринной систем, неврологических и системных заболеваниях, при которых боль в эпигастральной области может быть ведущим симптомом в клинике и стать причиной различных заболеваний и врачебных ошибок. Ведущими в процессе диагностики, как было и раньше, ос-

таются тщательное клиническое обследование, подробно собранный анамнез, особенности проявления болевого синдрома, то есть то, что называется доинструментальной диагностикой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Десятников В.Ф.//Клин. мед. — 1975. — № 9. — С. 105—110.
2. Залькин Я.П./Современные аспекты практической гастроэнтерологии: Сб. научных статей. — Рига, 1986.
3. Мусин М.Ф./Казанский мед. ж. — 1984. — № 4. — С. 247—249.
4. Мусин М.Ф., Латыпов Р.Х., Юсупова А.Ф.//Казанский мед. ж. — 1988. — № 2. — С. 115—118.
5. Шкрот Е.О., Яхно Н.Н. Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. — Минск, 1986.
6. Kielholz P., Basle/ Masked depression-haus huber Puiblishens. — 1973.

Поступила 16.04.97.

#### ALGESIC SYNDROME IN THE EPIGASTRIC REGION IN EXTRAABDOMINAL PATHOLOGY, ITS PLACE IN INTENSIVE DIAGNOSIS

M.F. Musin, A.F. Yusupova

#### S u m m a r y

As many as 98 patients with extraabdominal pathology having pain in epigastric region as a basic symptom are examined. Among them 10 patients with neurogenetic abdominalgic syndrome and 8 patients with masked depression received due attention. The careful clinical examination before instrumentation, comprehensive anamnesis, algescic syndrome peculiarities are basic in the diagnosis, because the mechanism of its origin becomes clear at this stage. The use of uneffective, nonresultant investigation methods is excluded, the time and material expense for examination are reduced.