

ДАнные ПАльПАЦИИ ЖИВОТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ВЕРТЕБРОГЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Цель исследования: сравнить интенсивность болезненности живота и напряжения мышц передней брюшной стенки при пальпации живота при органических заболеваниях толстой кишки и при отсутствии органической патологии органов пищеварения в зависимости от положения пациента на спине либо на боку на стороне болей.

Материалы и методы: обследовано 38 пациентов без «симптомов тревоги» с абдоминальными болями в околопупочных областях, по фланкам и/или подвздошных областях, послужившими причиной их госпитализации. При осмотре проводилась пальпация живота в зоне боли как в обычном положении больного на спине, так и на боку на стороне поражения. Помимо клинического и лабораторного обследования выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, а также обследование толстой кишки (колоноскопия или ирригоскопия), о результатах которых устанавливался клинический диагноз. В 1-ю группу вошли 20 больных, у которых при обследовании выявлялись органические заболевания толстой кишки (обострение неспецифического язвенного колита — 6, хронического постинфекционного колита — 5, дивертикулёз сигмовидной кишки с явлениями дивертикулита — 6, псевдомембранозный колит — 2, рак толстой кишки — 1); во 2-ю — 18 пациентов с синдромом раздражённого кишечника, у которых при обследовании не выявлено обострений органических заболеваний органов пищеварения и признаков воспаления.

Результаты: у пациентов 1-й группы при изменении положения тела сохранялась прежняя интенсивность болезненности живота при пальпации и мышечная защита. Больные 2-й группы при повороте на бок на стороне болей отметили существенное уменьшение или даже исчезновение болезненности той же зоны, где отмечалась выраженная болезненность при пальпации лёжа на спине. Анамнестически у пациентов 2-й группы в отличие от 1-й отмечались длительные монотонные боли, их жгучий характер, провокация болей не погрешностями в диете, а необычными физическими нагрузками, связь интенсивности болей с вертикальным и горизонтальным положением тела, уменьшение интенсивности болей при движении, иррадиация болей в спину, отсутствие полного эффекта от приёма спазмолитиков и необходимость приёма анальгетиков для купирования болей. У них в меньшей степени, чем в 1-й группе были выражены диспепсические расстройства и нарушения стула. При осмотре у больных 2-й группы выявлялись симптомы нижнегрудной и/или поясничной радикулопатии на стороне болей — болезненность передней брюшной стенки, болезненность паравerteбральных точек на уровне болей на стороне поражения и другие. При магнитнорезонансной томографии у больных 2-й группы выявлялись признаки остеохондроза нижнегрудного и/или поясничного отделов позвоночника, что позволяло предположить у них вертеброгенную абдоминалгию.

Выводы: у пациентов с абдоминальными болями при исключении по результатам обследования органических заболеваний органов пищеварения уменьшение болезненности живота при положении пациента на боку на стороне болей может свидетельствовать о вертеброгенном генезе боли.