УДК 616.381-009.7-085-089+616-071+616-036.12-039+615.212

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЕВЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

© Сергей Викторович Петров[3], Юрий Павлович Успенский[1, 2], Юлия Александровна Фоминых[1, 2], Анжелика Витольдовна Шотик[2, 3], Екатерина Павловна Лыкова[3], Ольга Александровна Кизимова[1], Кямаля Низамитдиновна Наджафова[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8
[3] Елизаветинская больница. 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14

Контактная информация: Кямаля Низамитдиновна Наджафова — ассистент кафедры факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана. E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Поступила: 28.09.2021 ***Одобрена: 20.10.2021*** ***Принята к печати: 17.11.2021***

РЕЗЮМЕ. Абдоминальный болевой синдром — актуальная проблема для практикующего врача, в особенности для врача-хирурга. Именно на плечи хирурга ложится ответственность за принятие решения о необходимости вмешательства при абдоминальной боли, и зачастую такое решение дается непросто. В данной статье представлено клиническое наблюдение за пациентом, поступившим на хирургическое отделение с болевым абдоминальным синдромом. Случай демонстрирует сложности дифференциальной диагностики патологии, сопровождающейся абдоминальной болью, в том числе при сочетании у больного разных заболеваний, каждое из которых способно вносить вклад в формирование болевого абдоминального синдрома. В статье отражены трудности ведения такого больного и подбора терапии для купирования боли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: абдоминальный болевой синдром; клиническое наблюдение; хроническая боль в животе.

CLINICAL OBSERVATION OF A PATIENT WITH PAIN ABDOMINAL SYNDROME

© Sergey V. Petrov[3], Yuri P. Uspensky[1, 2], Yulia A. Fominykh[1, 2], Anzhelika V. Shotik[2, 3], Ekaterina P. Lykova[3], Olga A. Kizimova[1], Kyamalya N. Nadjafova[1]

[1] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2
[2] First Saint Petersburg State Medical University. 197022, St. Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6–8
[3] Elizabethan Hospital. 195257, Saint-Petersburg, st. Vavilovykh, 14

Contact information: Kyamalya N. Nadzhafova — Assistant of Department of Faculty Therapy named after professor V.A. Waldman. E-mail: kyamalyok@yandex.ru.

Received: 28.09.2021 ***Revised: 20.10.2021*** ***Accepted: 17.11.2021***

SUMMARY. Abdominal pain syndrome is an urgent problem for a practicing doctor, especially for a surgeon. It is on the shoulders of the surgeon that the responsibility for making a decision about the need for intervention in abdominal pain falls, and often such a decision is not easy. This article presents a clinical observation of a patient who was admitted to the surgical department with abdominal pain syndrome. The case demonstrates the difficulties of differential diagnosis of diseases accompanied by abdominal pain, including when the patient has a combination of different diseases, each of which can contribute to the formation of abdominal pain syndrome; reflects the difficulties of managing such a patient and selecting therapy for pain relief.

KEY WORDS: abdominal pain syndrome; clinical observation; chronic abdominal pain.

Боль в животе представляет собой одну из самых важных диагностических проблем в практике врача-хирурга, и ее правильная интерпретация позволяет избежать ненужных хирургических вмешательств [1, 4, 5].

Причины развития боли в животе крайне разнообразны. Этиологическая классификация абдоминальных болей представлена в таблице 1 [7]. Абдоминальные боли подразделяются на острые, которые развиваются, как правило, быстро, реже — постепенно и имеют небольшую продолжительность (минуты, редко — несколько часов), и хронические, которые сохраняются или рецидивируют на протяжении недель и месяцев. В целом по механизму формирования выделяют 4 основных вида абдоминальной боли: висцеральная, париетальная, иррадиирующая и психогенная [2, 3].

Наиболее частым механизмом абдоминальной боли является висцеральная боль, которая вызывается повышением давления, растяжением, натяжением, расстройством кровообращения во внутренних органах и может быть результатом как органических, так и функциональных заболеваний. Боль обычно носит характер тупой, спастической, жгучей, не имеет четкой локализации [8, 10].

Для определения прогноза и тактики ведения пациентов принципиально важно установить характер патологии (органическая или функциональная), являющейся причиной болевого синдрома. Понимание механизмов, лежащих в основе формирования боли, отчасти может помочь в установлении причины ее возникновения и выборе пути купирования [9].

Учитывая сложную иннервацию органов брюшной полости, различный характер иррадиации боли в животе, не всегда удается сразу с точностью установить диагноз пациентам [6]. Вашему вниманию представлен клинический случай наблюдения пациента с абдоминальным болевым синдромом многокомпонентного генеза, который находился под наблюдением хирурга и гастроэнтеролога.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В приемное отделение Елизаветинской больницы г. Санкт-Петербурга 03.03.2021 г. поступил мужчина Б., 90 лет, с *жалобами* на приступообразную боль жгучего характера в эпигастральной области, возникающую через 1–2 часа после приема пищи, натощак и ночью, а также на изжогу, ощущение горечи во рту, эпизоды кашицеобразного стула, общую слабость, головокружение. Пациент также отмечает эпизоды подъемов артериального давления (АД) до 150/90 мм рт.ст., одышку при ускоренной ходьбе, периодические отеки голеней и стоп.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент длительное время страдает язвенной

Таблица 1

Этиологическая классификация абдоминальных болей

Интраабдоминальные причины	
Воспаление определенных органов	Аппендицит, холецистит, пептические язвы, дивертикулит, гастрит, энтерит, панкреатит, колит язвенный или инфекционный, пиелонефрит, гепатит, эндометрит, лимфаденит и др.
Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта	Синдром раздраженного кишечника, функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди, функциональная диспепсия, функциональная абдоминальная боль и др.
Генерализованный перитонит	Первичный (бактериальный и небактериальный), перфорация полого органа, внематочная беременность, периодическая болезнь
Обструкция полого органа	Интестинальная, билиарная, мочевыводящих путей, маточная
Ишемические нарушения	Мезентериальная ишемия, инфаркты кишечника, селезенки, печени, перекруты органов (желчного пузыря, яичек и др.)
Другие	Ретроперитонеальные опухоли, истерия, синдром Мюхгаузена, отмена наркотиков
Экстраабдоминальные причины	
Заболевания органов грудной полости	Пневмония, ишемия миокарда, заболевания пищевода
Неврогенные	*Herpes zoster*, заболевания позвоночника, сифилис
Метаболические нарушения	Сахарный диабет, порфирия и др.

болезнью двенадцатиперстной кишки. Настоящее ухудшение отмечает в течение трех последних месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. Неоднократно обращался за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, получал терапию лекарственными препаратами: ребагит, энтерол, рифаксимин, дюспаталин (дозы не помнит) без значимого положительного эффекта. Медицинских справок не предоставил. Пациент также заметил однократное появление черного стула. В связи с ухудшением состояния на фоне описанных жалоб вызвал скорую медицинскую помощь и был госпитализирован в Елизаветинскую больницу с направительным диагнозом: «Острый живот. Хронический холецистит, обострение».

Из анамнеза жизни известно, что пациент перенес герниопластику по поводу бедренной грыжи справа и слева, операцию по поводу водянки правого яичка. На протяжении нескольких лет отмечает эпизоды подъемов артериального давления до 150/90 мм рт.ст. Рабочее АД — 130/80 мм рт.ст., никакой регулярной терапии не получает. На протяжении последних двух лет стала появляться одышка при ускоренной ходьбе, периодически стали отекать голени и стопы. Другие хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Эпидемиологический анамнез спокойный: инфекционные заболевания, гепатиты, ВИЧ, туберкулез, переливания крови отрицает. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает. Бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

В приемном покое осмотрен хирургом, терапевтом, кардиологом. *Объективно* состояние пациента расценено как средней степени тяжести. Сознание ясное, в контакт вступает легко, эмоциональная лабильность не выражена, в пространстве и времени ориентирован. Телосложение правильное, нормостеническое. Вес — 60,0 кг, рост — 165 см, индекс массы тела — 22,0. Кожные покровы чистые, склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечных деформаций не выявлено. Зев чистый, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определялись. Щитовидная железа не увеличена. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца расширены влево до левой средне-ключичной линии, тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, частота сердечных сокращений — 72 удара в минуту. Пульс — 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70 мм рт.ст. Органы дыхания: грудная клетка правильной формы, в акте дыхания вспомогательные мышцы не участвовали. Перкуторно — ясный легочный звук, границы легких в пределах нормы, число дыхательных движений — 18 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Пищеварительная система: язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, не напряжен. Определялось притупление в отлогих частях живота. Симптомы раздражения брюшины и желчные симптомы — отрицательные. Перистальтика выслушивается, газы отходят. Печень и селезенка не увеличены. Органы мочевыделения: симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Установлен *предварительный диагноз:*

Основной: Острый холецистит? Хронический панкреатит, обострение?

Сопутствующий: Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии. Артери-

Таблица 2

Данные клинического анализа крови

Анализ	Результат	Результат	Результат	Ед. изм.	Рефер. значения
Дата	03.03.21	24.03.21	29.03.21		
Лейкоциты	7,7	**11,4**	**11,9**	10^9/л	(4,00–10,00)
Гемоглобин	**123**	128,0	112,0	г/л	(130–160)
Эритроциты	**3,47**	3,89	3,51	10^{12}/л	(4,00–5,50)
MCV	**101,1**	92,2	92,7	fL	(80,0–100,0)
MCH	**35,4**	32,8	31,9	pg	(27–34)
Гематокрит	**35,1**	35,9	**32,5**	%	(40,0–54,0)
Тромбоциты	239	289	257	10^9/л	(150–400)

альная гипертензия 1 степени. Риск сердечно-сосудистых осложнений — 4. Хроническая сердечная недостаточность IIа стадии, II функциональный класс по NYHA.

В клиническом, биохимическом анализе крови при поступлении клинически значимых изменений не выявлено (данные лабораторных исследований крови в динамике приведены в таблицах 2 и 3 соответственно). Коагулограмма и общий анализ мочи — без особенностей. Кровь на гепатиты B,C, ВИЧ, RW — результат отрицательный.

Электрокардиограмма от 03.03.2021 г. Ритм синусовый, ЧСС — 65 ударов в минуту. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Флюорография от 03.03.2021 г. В легких без свежих очаговых и инфильтративных изменений.

Рентгенография органов брюшной полости от 03.03.2021 г. — Rg-признаков пневмоперитонеума и острой кишечной непроходимости не выявлено.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) от 03.03.2021 г. Печень увеличена: косой вертикальный размер (КВР) — 16,0 см, контуры ровные, структура однородная на доступных участках. Эхогенность повышена. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Портальная вена расширена — 1,5 см. Холедох — 0,6 см. Желчный пузырь: 11,5×5,4 см, структура однородная на доступных осмотру участках. Селезеночная вена не расширена. В брюшной полости и забрюшинно визуализируются множественные лимфатические узлы диаметром до 2,7 см.

Заключение: Уплотнение паренхимы печени. Расширение портальной вены. Увеличение желчного пузыря. Увеличение лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. Следы свободной жидкости в брюшной полости.

В связи с выраженным абдоминальным болевым синдромом пациент был госпитализирован в хирургическое отделение для консервативного лечения и динамического наблюдения.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) от 04.03.2021 г. Варикозное расширение вен пищевода (I ст. по K.-J. Paquet). Атрофия слизистой оболочки желудка. Антральная эрозивная гастропатия. Ульцерогенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Язвы (2) двенадцатиперстной кишки (с анамнестическими признаками состоявшегося кровотечения по J.H. Forrset IIc). Данных за продолжающееся кровотечение на момент осмотра нет.

На отделении хирургии получал спазмолитические препараты (дротаверин внутримышечно), ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг утром). На фоне лечения отмечалось незначительное уменьшение болевого абдоминального синдрома. Показаний для оперативного лечения не выявлено,

Таблица 3

Данные биохимического анализа крови

Анализ	Результат	Результат	Результат	Результат	Ед. изм.	Рефер. значения
Дата	03.03.21	12.03.21	24.03.21	29.03.21		
СРБ	–	**21,0**	**25,9**	**108,4**	мг/л	(0,0–5,0)
Общий белок	–	67,0	**64,0**	**60,0**	г/л	(65,0–85,0)
Альбумин	–	–	**26,00**	–	г/л	(35,0–50,0)
Мочевина	4,60	4,60	5,60	**11,60**	ммоль/л	(2,50–8,30)
Креатинин	68	68	65	**111**	мкмоль/л	(53–97)
Билирубин об.	8,00	8,00	11,00	10,00	мкмоль/л	(3,00–20,00)
Глюкоза	5,44	5,44	5,90	5,50	ммоль/л	(4,00–6,10)
Натрий	139	139	136	146	ммоль/л	(136–146)
Калий	4,20	4,20	3,70	3,60	ммоль/л	(3,50–5,10)
АСТ	27,0	27,0	**42,0**	34,0	ед/л	(8,00–38,00)
АЛТ	13,0	13,0	15,0	12,0	ед/л	(7,00–40,00)
Амилаза	**15**	**15**	**15**	**12**	ед/л	(20–100)
Железо	–	–	**7,80**	–	мкмоль/л	(9,50–30,0)
ЛДГ	–	–	**1173**		ед/л	(195–450)

вследствие чего пациент был переведен в гастроэнтерологическое отделение 09.03.2021 г. для дальнейшего лечения и обследования.

На отделении гастроэнтерологии пациента беспокоил мучительный болевой абдоминальный синдром различной степени выраженности, изжога, периодически чувство горечи во рту, вздутие живота, кашицеобразный стул до 5–7 раз в день. При детальном расспросе пациент сообщил, что стул у него желеобразный зеленый со слизью. Живот при поверхностной пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. При глубокой пальпации в правой подвздошной области пальпировалось округлое безболезненное образование диаметром 2–3 см; сигмовидная, слепая кишка пальпировалась в виде безболезненного эластичного тяжа, поперечная ободочная кишка не пальпируется. Печень и селезенка не увеличены. В остальном — объективные данные прежние.

В копрограмме от 11.03.2021 г. (табл. 4) реакция на скрытую кровь — положительная, выявлены нарушения функции пищеварения со стороны желудка, поджелудочной железы, тонкой кишки, имеются признаки воспаления. Выполнен *посев кала на патогенную флору, условно-патогенную флору* — выявлен обильный рост *Klebsiella pneumonia*.

Для купирования болевого абдоминального синдрома на отделении пациент получал симптоматическую терапию: спазмолитики (платифиллин п/к), ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в день перорально), гастропротекторы (висмута трикалия дицитрат 120 мг по 1 таблетке 4 раза в день), антациды (алгелдрат + магния гидроксид по 10 мл 3 раза в день + на ночь). На фоне проводимой терапии положительного эффекта пациент Б. не отмечал. Была произведена коррекция лечения: добавлены ферментативные препараты (таблетки панкреатина 25 000 ЕД

Таблица 4

Копрограмма от 11.03.2021 года

Анализ	Результат	Рефер. значения
Реакция кала на скрытую кровь	**Слабоположит. (+)**	(Отрицательно)
Формы	**Неоформленный кал**	(Оформлен)
Консистенция	Кашицеобразный	
Цвет	**Зеленый**	
Наличие слизи	Отсутствует	(Отсутствует)
Кровь	Отсутствует	(Отсутствует)
Мышечные волокна с исчерченностью	0	(0)
Мышечные волокна без исчерченности	1	(0–2)
Растительная клетчатки переваримая	**2**	(0–1)
Растительная клетчатки непереваримая	1	(0–2)
Крахмальные зерна внутриклеточные	**1**	(нет/незн. кол-во)
Крахмальные зерна внеклеточные	**2**	(нет/незн. кол-во)
Йодофильная флора	Отсутствует	(Отсутствует)
Лейкоциты	**Един. в препарате**	(Не обнаружено)
Эритроциты	Не обнаружено	(Не обнаружено)
Нейтральный жир	Не обнаружено	(Не обнаружено)
Жирные кислоты	Не обнаружено	(Не обнаружено)
Кристаллы	Не обнаружено	(Не обнаружено)
Мыла	Не обнаружено	(Не обнаружено)
Слизь	**2**	(Не обнаружено)
Эпителий	Не обнаружено	(Не обнаружено)
Дрожжи	Отсутствуют	(Отсутствуют)
Патогенные простейшие	Не обнаружены	(Не обнаружены)
Яйца гельминтов	Не обнаружены	(Не обнаружены)

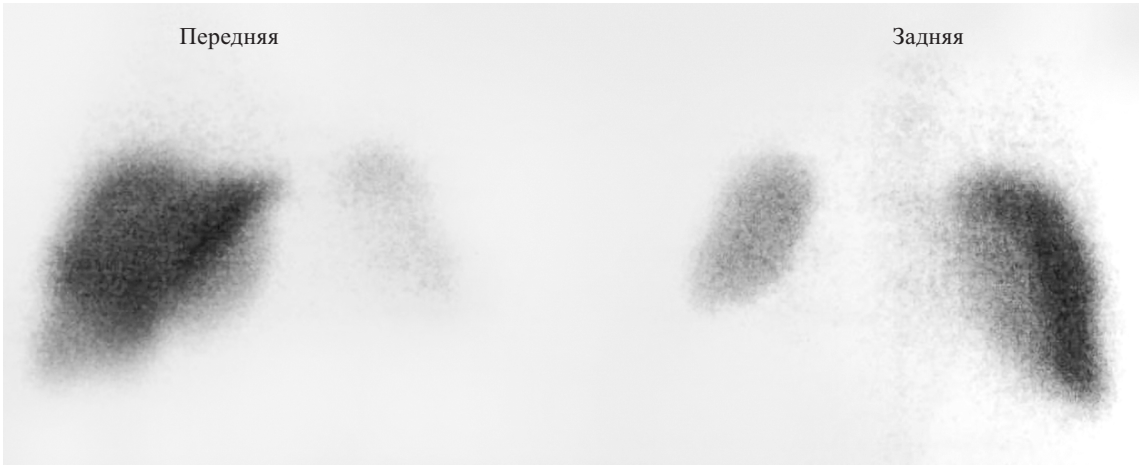


Рис. 1. Сцинтиграфия печени

во время основного приема пищи; введение спазмолитического препарата (дротаверин 2,0 мл внутривенно капельно)). В связи с повторным усилением боли, появлением тошноты и отказом от еды к терапии добавлено белково-энтеральное питание «Нутрикомп». После получения результатов посева кала терапия пациента была обсуждена с клиническим фармакологом, в связи с выявлением роста *Klebsiella pneumonia* в кале, наличием у пациента желеобразного зеленого стула к терапии добавлен ванкомицин перорально 250 мг 4 раза в день.

С учетом признаков гепатомегалии и портальной гипертензии по данным УЗИ ОБП с целью дифференциальной диагностики заболеваний печени и синдрома портальной гипертензии выполнена сцинтиграфия печени 12.03.2021 г. (рис. 1).

При статистической сцинтиграфии печени, выполненной в различных проекциях в положении лежа, изображение печени обычной формы, контуры ровные, размеры увеличены. Накопление радиофармпрепарата (РФП) в печени активное и составляет 90% (норма более 80%). Распределение РФП в печени диффузно-неравномерное. Селезенка визуализируется в обычном месте, форма не изменена, контуры ровные. Размеры не увеличены. Накопление РФП в селезенке составляет 10% (норма до 20%). Распределение в селезенке равномерное. Накопление РФП в позвоночнике не повышено — 8,0% (норма до 10%). Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени.

При повторном УЗИ ОБП от 15.03.2021 г. печень увеличена, КВР — 15,8 см. Структура однородная. Контуры ровные. Эхогенность повышена. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены, очаговые изменения не выявлены. Портальная вена — 10 мм. Селезеночная вена — 5 мм. Холедох — 5 мм. Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены, уплотнены, деформирован в шейке. Конкрементов нет. Поджелудочная железа фрагментарно (экранирована желудком). Селезенка не увеличена, структура однородная, патологические изменения не определяются.

Заключение: осмотр после еды. Гепатомегалия. Диффузное уплотнение печени. Множественные увеличенные лимфатические узлы до 1,7 см в эпигастральной области и парааортально. Свободная жидкость в брюшной полости. Расширенные петли кишечника жидким содержимым.

С учетом выявленных множественных увеличенных лимфатических узлов до 1,7 см в эпигастральной области и парааортально, пациент оставался диагностически неясен, планировалось проведение фиброколоноскопии, компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости и органов малого таза.

В связи с сохраняющимся интенсивным болевым синдромом пациент был повторно осмотрен хирургом, клинических признаков кишечного кровотечения не обнаружено. Для исключения кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта назначен клинической анализ крови, повторное проведение фиброгастродуоденоскопии по неотложным показаниям. По результатам ФГДС от 17.03.21 г. отмечена незначительная положительная динамика в виде частичной эпителизации язвенных дефектов. Данных за кровотечение не получено.

Терапия вновь была скорректирована, к схеме лечения добавлен омепразол 40 мг внутривенно. На фоне проводимой тера-

пии пациент стал отмечать регресс болевого синдрома. При оценке эмоционального фона пациента была отмечено появление подавленности, ипохондрии, плаксивости, пациент был эмоционально лабилен, раздражителен, отмечал периодическое нарастание болей в эпигастрии и левом подреберье. В связи с продолжающимися жалобами пациента на постоянные боли в животе и незначительный эффект от проводимой спазмолитической терапии назначен пероральный прием новокаина, после которого пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение болей.

По результатам компьютерной томографии органов брюшной полости и органов малого таза от 21.03.2021 г. и фиброколоноскопии от 29.03.2021 г. у пациента было заподозрено лимфопролиферативное заболевание.

КТ органов брюшной полости и органов малого таза от 21.03.2021 г. КТ-картина утолщения стенок проксимальных отделов восходящей ободочной кишки, слепой кишки, тощей кишки, выраженной внутрибрюшной и забрюшинной лимфаденопатии (более вероятно, в рамках лимфопролиферативного заболевания). Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Кальцинаты печени и селезенки. Портальная гипертензия. Асцит. Двусторонний «малый» гидроторакс. Образование левого надпочечника (аденома?). Кисты обеих почек (Bsniak 1). Парапельвикальные кисты левой почки. Дивертикулез восходящего и поперечного отделов ободочной кишки. Атеросклероз брюшного отдела аорты и подвздошных артерий. Флеболиты в малом тазу. Обызвествления в структуре предстательной железы. Остеопороз. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Фиброколоноскопия 29.03.2021 г. (рис. 2). Перианальная область не изменена. Сфинктер в тонусе. В анальном канале увеличенные геморроидальные узлы, без признаков тромбоза и воспаления. Эндоскоп проведен до купола слепой кишки. В просвете пенистые промывные воды. Слизистая оболочка восходящего отдела ободочной и слепой кишки с множественными язвами неправильной формы до 1,4 см под фибрином с отечной и гиперемированной слизистой оболочкой вокруг, слизистая оболочка контактно кровоточива. Выполнена биопсия. В области баугиневой заслонки также определяется язвенный дефект, аппарат не завести в подвздошную кишку из-за его фиксированности и риска перфорации. Заключение: Сегментарный язвенный колит (с поражением слепой, восходящего отдела ободочной кишки). Лимфома?

Гистологическое исследование биоптатов. Слепая и восходящая ободочная кишка: на фоне гиперемированной слизистой оболочки щелевидные язвы под фибрином до 1,5 см. Заключение: недифференцируемая злокачественная опухоль, возможно, лимфома.

При лабораторном обследовании в динамике: коагулограмма, общий анализ мочи — без изменений. В клиническом, биохимическом анализах крови определялись признаки системного воспаления: лейкоцитоз, повышение уровня СРБ, диспротеинемия (табл. 2 и 3).

На фоне длительного и тщательного подбора терапии была отмечена положительная динамика, уменьшения болевого абдоминального, диарейного, диспепсического синдромов.

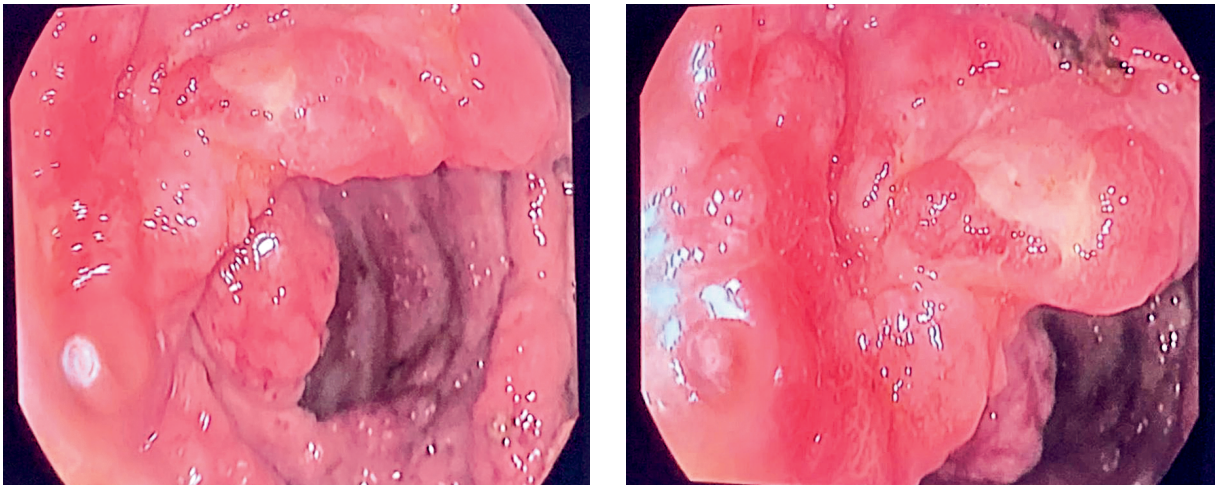


Рис. 2. Снимки фиброколоноскопии

На отделении пациенту Б. была проведена следующая терапия: платифиллин п/к, дротаверин в/в, омепразол *per os*, в/в, висмута трикалия дицитрат, алгедрат + магния гидроксид, панкреатин, белково-энергетическое питание «Нутрикомп», метронидазол, ванкомицин.

Сформулирован окончательный диагноз:

Основной: 1) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. Язвы (2) малого и среднего размеров с признаками состоявшегося кровотечения от 04.03.2021 г. Язва среднего размера луковицы двенадцатиперстной кишки от 17.03.2021 г. Варикозное расширение вен пищевода I степени. Хронический эрозивный гастрит, обострение.

2) Лимфопролиферативное заболевание? Лимфома?

3) Неверифицированный колит. Дисбактериоз, вызванный *Klebsiella pneumonia*.

Конкурирующий: Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 1 степени. Риск сердечно-сосудистых осложнений — 4.

Осложнение: Белково-энергетическая недостаточность. Хроническая сердечная недостаточность IIа стадии, II функциональный класс по NYHA.

Сопутствующий: Цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия 1 степени. Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника: распространенный остеохондроз позвоночника. Аденома предстательной железы. Образование левого надпочечника (аденома?). Кисты обеих почек.

С целью верификации лимфопролиферативного заболевания пациент после выписки на амбулаторное лечение направлен в онкогематологический центр для дальнейшего обследования и лечения.

Рекомендации:

1. Консультация онколога, гематолога с результатами гистологического исследования биоптатов, проведение иммуногистохимического исследования.
2. С13 дыхательный уреазный тест через 2 недели после окончания лечения.
3. Контроль АД.
4. Контроль ФГДС с биопсией через 1 месяц.
5. Определение уровня фекального кальпротектина.
6. Контроль клинического анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы, копрограммы, посева кала на условно-патогенную флору через 7 дней.

Прием препаратов:

1. Капсулы пантопразол 20 мг по 1 капсуле 2 раза в день, утром и вечером за 30 минут до приема пищи, 1 месяц.
2. Капсулы висмута трикалия дицитрат 120 мг по 1 капсуле 4 раза в сутки, за 30 минут до приема пищи, в течение 28 дней.
3. Магния гидроксид + алгедрат по 1 таблетке 4 раза в день, спустя 1 час после приема пищи и на ночь, в течение 2 недель, далее при изжоге.
4. Периндоприл 5 мг утром, длительно.
5. Таблетки месалазин (пентаса) 500 мг по 2 таблетки 3 раза в день после приема пищи (коррекция терапии гастроэнтерологом после верификации диагноза).
6. Капсулы симетикон + альверин (метеоспазмил) по 1 капсуле 2–3 раза в сутки в течение 7 дней, затем при болях.
7. Ванкомицин 1 грамм по 1/4 флакона 4 раза в день внутрь, запивая водой, на 7 дней.
8. Дополнительное энтеральное питание (нутризон/нутридринк и др.) по 200 мл 3 раза в день между приемами пищи (мелкими глотками) до нормализации уровня общего белка крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В описанном клиническом случае с абдоминальной болью был госпитализирован возрастной коморбидный пациент. По клиническим данным, результатам лабораторных и инструментальных методов исследований выявлено обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, заподозрено лимфопролиферативное заболевание желудочно-кишечного тракта. У пациента отмечался стойкий выраженный болевой синдром, не купируемый на амбулаторном этапе, трудно поддающийся лечению во время стационарного лечения. Признаков острого живота не было, ввиду некупирующейся боли ему выполнялись повторные инструментальные исследования. Пациент требовал постоянного взаимодействия хирурга и гастроэнтеролога для выработки оптимальной тактики ведения.

Наличие у нашего пациента таких факторов, как возраст, длительное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненный анамнез по кровотечениям из желудочно-кишечного тракта, кардиоваскулярные заболевания (длительный стаж ишемической

болезни сердца, гипертонической болезни), дорсопатия (распространенный остеохондроз позвоночника), склонность к депрессии и ипохондрии, отягощали состояние больного, усиливая восприятие боли и затрудняя подбор терапии врачом.

Терапией первой линией для купирования абдоминального синдрома было назначение спазмолитических препаратов. Положительного эффекта их назначением не удалось добиться. Было необходимо подключить к терапии местные анестетики, что в совокупности с ингибиторами протонной помпы, антибактериальной, ферментативной терапией привело к достижению положительного результата, уменьшению болевого синдрома, а также снижению тревожности, улучшению эмоционального фона.

Таким образом, данный клинический случай еще раз подтверждает, что купирование абдоминальной боли является серьезной самостоятельной проблемой, даже при условии верной и своевременной диагностики причины ее появления. Не вызывает сомнений тот факт, что сложные коморбидные пациенты с абдоминальной болью требуют внимания разных специалистов и применения мультимодального подхода к подбору терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян И.Г., Барышникова Н.В., Григорян Т.М. и др. Методы диагностики хеликобактериоза. СПб.: Диалект; 2008.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Кучерявый Ю.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью. РЖГГК. 2015; 4: 71–80.
3. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Колчев А.И., Лытаев С.А. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2005.
4. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В. Функциональная диспепсия и хронический гастрит. Педиатр. 2018; 9(1): 77–83. DOI: 10.17816/PED9177-83.
5. Успенский Ю.П., Пахомова И.Г. Рациональная фармакотерапия болевого абдоминального синдрома у больных хроническим панкреатитом. Terra Medica Nova. 2008; 5(55): 17–8.
6. Фоминых Ю.А., Успенский Ю.П. Болевой абдоминальный синдром и синдром раздраженного кишечника. Справочник поликлинического врача. 2011; 11: 43–6.
7. Яковенко Э.П., Яковенко А.В., Агафонова Н.А. и др. Абдоминальные боли: механизмы формирования, рациональный подход к выбору терапии. РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2011; 2: 47–9.
8. Kawamura R., Harada Y., Shimizu T. Diagnostic Effect of Consultation Referral from Gastroenterologists to Generalists in Patients with Undiagnosed Chronic abdominal pain: a retrospective study. Healthcare. 2021; 3; 9(9): 1150. DOI: 10.3390/healthcare9091150.
9. Hunt R., Quigley E., Abbas Z. et al. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: A global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort. J Clin Gastroenterol. 2014; 48(7): 567–78.
10. Ietto G., Amico F., Pettinato G., et al. Laparoscopy in Emergency: Why Not? Advantages of Laparoscopy in Major Emergency: A Review. Life. 2021; 3; 11(9): 917. DOI: 10.3390/life11090917.

REFERENCES

1. Akopyan I.G., Baryshnikova N.V., Grigoryan T.M. i dr. Metody diagnostiki helikobakterioza. [Methods for the diagnosis of helicobacteriosis]. Sankt-Peterburg: Dialekt Publ.; 2008. (in Russian).
2. Ivashkin V.T., Maev I.V., Kucheryavyj Yu.A. i dr. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the management of patients with abdominal pain. [Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association for the management of patients with abdominal pain]. RJGHK. 2015; 4: 71–80. (in Russian).
3. Ovchinnikov B.V., D'yakonov I.F., Kolchev A.I., Lytaev S.A. Osnovy klinicheskoj psihologii i medicinskoj psihodiagnostiki. [Fundamentals of Clinical Psychology and Medical Psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg: ELBI-SPb Publ.; 2005. (in Russian).
4. Uspenskij Yu.P., Baryshnikova N.V. Funkcional'naya dispepsiya i hronicheskij gastrit. [Functional dyspepsia and chronic gastritis]. Pediatr. 2018; 9(1): 77–83. DOI: 10.17816/PED9177-83 (in Russian).
5. Uspensky Yu.P., Pakhomova I.G Rational pharmacotherapy of abdominal pain in patients with chronic pancreatitis. [Rational pharmacotherapy of abdominal pain in patients with chronic pancreatitis]. Terra Medica Nova. 2008; 5(55): 17–8. (in Russian).
6. Fominykh Yu.A., Uspensky Yu.P. Abdominal pain and irritable bowel syndrome. [Abdominal pain syndrome and irritable bowel syndrome]. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2011; 11: 43–6. (in Russian).
7. Yakovenko E.P., Yakovenko A.V., Agafonova H.A. et al. Abdominal pain: mechanisms of formation, rational approach to the choice of therapy. [Abdominal pain: mechanisms of formation, a rational approach to the choice of therapy]. RMJ. 2011; 2: 47–9. (in Russian).
8. Kawamura R., Harada Y., Shimizu T. Diagnostic Effect of Consultation Referral from Gastroenterologists to

Generalists in Patients with Undiagnosed Chronic abdominal pain: a retrospective study. Healthcare. 2021; 3; 9(9): 1150. DOI: 10.3390/healthcare9091150.

9. Hunt R., Quigley E., Abbas Z. et al. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: A global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort. J Clin Gastroenterol. 2014; 48(7): 567–78.
10. Ietto G., Amico F., Pettinato G., et al. Laparoscopy in Emergency: Why Not? Advantages of Laparoscopy in Major Emergency: A Review. Life. 2021; 3; 11(9): 917. DOI: 10.3390/life11090917.