

**ЗНОВУ
В аптеках!**



сироп **РІАБАЛ** Знімає спазм

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу РІАБАЛ

Склад: діюча речовина: прифінію бромід; 5 мл сиропу містять прифінію броміду 7,5 мг; допоміжні речовини: пропіленгліколь; гліцерин; натрію бензоат (Е 211); сорбіту розчин, що не кристалізується (Е 420); сахароза; сахарин натрію; натрію цитрат; амонію гліциризат; рідкий карамелевий ароматизатор; FD&C Red № 40 (Е 129); жовтий захід FCF (Е 110); вода очищена. Показання. Біль, пов'язаний зі спазмами та підвищеною перистальтикою травного тракту: при гастриті, виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, ентериті, коліті, після гастроектомії. Біль, пов'язаний зі спазмами та дискінезією жовчовивідних проток: при холециститі, жовчнокам'яній хворобі. Біль при панкреатиті. Біль при спазмах сечового тракту: наявність конкрементів у сечовому тракті, при тенезмах сечового міхура, циститі, пієліті. Призначати перед ендоскопією шлунка та шлунково-кишковою рентгенографією. Призначати при блюванні. Протипоказання. Ріабал протипоказаний пацієнтам з такими захворюваннями: глаукома: симптоми можуть посилюватися у зв'язку з підвищенням внутрішньоочного тиску; розлади сечовипускання, спричинені гіпертрофією простати: симптоми можуть посилюватися, оскільки вони зумовлені розслабленням детрузора та скороченням м'язів сфінктера сечового міхура; серйозні захворювання серця: симптоми можуть посилюватися, оскільки прискорюється серцевий ритм; паралітична кишкова непрохідність: симптоми можуть посилюватися, оскільки перистальтика шлунково-кишкового тракту сповільнюється; підвищена чутливість до прифінію броміду або до будь-якого компонента препарату. Спосіб застосування та дози. Діти: до 3 місяців по 1 мл кожні 6-8 годин, 3-6 місяців – по 1-2 мл кожні 6-8 годин, 6-12 місяців – по 2 мл кожні 6-8 годин, 1-2 роки – по 5 мл кожні 6-8 годин, 2-6 років – по 5-10 мл кожні 6-8 годин. Дітям віком від 6 років та дорослим препарат застосовують в іншій лікарській формі (таблетки, розчин для ін'єкцій). Тривалість курсу лікування лікар визначає індивідуально. Діти. Препарат у цій лікарській формі застосовують дітям віком до 6 років. Передозування. При передозуванні шлунок повинен бути звільнений шляхом аспірації та промивання. Необхідно застосовувати проносний сольовий розчин для покращення перистальтики. Фізостигміну саліцилат (1-2 мг) необхідно ввести внутрішньом'язово, внутрішньовенно або підшкірно для контролю впливу антихолінергічних засобів на центральну та периферичну нервову систему. Побічні реакції. З боку імунної системи: алергічні реакції, у тому числі шкірні висипання, свербіж, гіперемія, кропив'янка, ангіоневротичний набряк. З боку шлунково-кишкового тракту: нудота, блювання, закріп, сухість у роті. З боку сечовидільної системи: затримка сечовипускання. З боку органів зору: порушення акомодатції, затуманення зору. З боку нервової системи: головний біль, запаморочення, слабкість, тремор. З боку серцево-судинної системи: припливи, тахікардія, підвищення артеріального тиску, відчуття серцебиття. Зазначені побічні реакції зникають при зниженні дози або після відміни препарату. Р.п. UA/2908/02/01



Т.М. Христич, д.м.н., професор кафедри фізотерапії та пульмонології, Д.О. Гончарюк, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Диференційна діагностика абдомінального больового синдрому при хронічному панкреатиті

Хвороби підшлункової залози (ПЗ) займають провідні позиції у структурі гастроентерологічної захворюваності в Україні. Так, згідно з даними статистики, у 2014 р. їх поширеність становила 873 795 випадків (2474,7 випадка на 100 тис. населення), а захворюваність – 76 298 нових випадків (215,8 випадка на 100 тис. населення). Це зумовлює необхідність у проведенні профілактики хронічного панкреатиту (ХП), у тому числі в корекції харчування.

До основних факторів ризику розвитку ХП належать стрес, ожиріння, вагітність, наявність таких гастроентерологічних захворювань, як виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), хронічний безкам'яний холецистит, жовчнокам'яна хвороба тощо. Слід зазначити, що при тривалому перебігу ХП, як правило, після 10 років, розвивається гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Тому симптоми ХП, які аналізують на першому етапі діагностики, є неспецифічними, їх необхідно диференціювати з ідентичними симптомами, які виникають при інших захворюваннях органів травлення.

Для клінічної картини ХП характерні такі основні синдроми: больовий, диспептичний, зовнішньо-і внутрішньосекреторної недостатності. Окрім перелічених, також можуть спостерігатися прояви синдромів: алергічного, ферментної інтоксикації, здавлювання суміжних органів, гепаторенального, дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдрому), абдомінального ішемічного (при хронічній мезентеріальній ішемії), а також парез кишечника, енцефалопатія тощо.

Абдомінальний больовий синдром при ХП характеризується періодичним болем різної інтенсивності – ниючим, колючим, інколи оперізуючим, який локалізується вище пупка з іррадіацією в ліві підбер'я (при запаленні хвоста ПЗ), праве підбер'я (при запаленні головки залози), в ділянку епігастрія або спину (при запаленні тіла залози). Больові відчуття збільшуються у положенні хворого на спині та зменшуються в сидячому положенні та при нахилах тулуба вперед (інколи біль віддає в ділянку серця та імітує напад стенокардії), а також під дією спазмолітиків та наркотичних анальгетиків (біль зумовлений підвищенням тиску у протоках ПЗ внаслідок сповільнення відтоку секрету, запалення або склеротичних змін).

Патофізіологічними факторами болю є запальний фокус (маса) у ПЗ; псевдокиста (належить до місцевих локальних механізмів); обструкція проток, екстрапанкреатичні ускладнення; імунне запалення, внутрішньотканинна гіпертензія; медикаментозно індукована дисфункція кишечника; підвищена продукція холецистокиніну; дефіцит гастроінтестинальних

гормонів, порушення перистальтики кишечника, синдром надлишкового бактеріального росту у тонкій кишці; периферична сенситизація, психосоматика, нейропатія; інші механізми (за наявності змін з боку ентеральної нервової системи, підвищення симпатичного тону вегетативної нервової системи, мезентеріальної ішемії, супутньої патології, опіоїд-індукованої гіпералгезії). Згідно з першими мультидисциплінарними клінічними рекомендаціями з панкреатичного болю (2016) при ХП біль може виникати внаслідок механічної причини (внутрішньопротоковий блок), запалення, мальабсорбції або мати характер нейропатії в ПЗ і/або суміжних тканинах.

Абдомінальний больовий синдром – один із найбільш значущих проявів ХП. Саме появою болю, як правило, дебютує захворювання, саме біль є причиною втрати працездатності таких пацієнтів, що зумовлює необхідність в амбулаторному і стаціонарному лікуванні.

Абдомінальний біль поділяють на гострий та хронічний. Гострий біль розвивається, як правило, швидше або поступово (рідко) і має незначну тривалість (кілька хвилин, рідко – кілька годин). Для хронічного болю характерне поступове наростання інтенсивності. За механізмом виникнення виокремлюють вісцеральний, парієтальний (соматичний) (табл.), відображений (іррадіюючий) та психогенний біль.

Іррадіюючий біль локалізується в різних ділянках, віддалених від патологічного вогнища, виникає в тих випадках, якщо імпульс вісцерального болю надмірно інтенсивний (наприклад, під час проходження каменя) або при анатомічному пошкодженні органа (наприклад, обмеженні прохідності кишки), передається на ділянки тіла, які мають загальну корінцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини.

Психогенний біль з'являється за відсутності периферичного впливу або коли він є пусковим або предикторним фактором. Особливу роль у його виникненні відіграє депресія. Тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем пояснюється загальними біохімічними процесами і насамперед недостатністю мономінергічних (серотонінергічних) механізмів, що підтверджується високою ефективністю антидепресантів

у лікуванні больового синдрому, особливо інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Характер психогенного болю визначають індивідуальні особливості, вплив емоційних, когнітивних, соціальних факторів, психологічна стабільність хворого та його «больовий» досвід. Часто психогенний біль може поєднуватися з іншими типами болю і залишатися після купірування, істотно трансформуючи їх характер, що необхідно враховувати у терапевтичній практиці.

Причина абдомінального болю належить до однієї з 3 великих нозологічних груп:

- **захворювання органів черевної порожнини** (у тому числі гострі, які вимагають термінового хірургічного втручання);
- **захворювання органів, розташованих поза черевною порожниною**, які характеризуються іррадіюючим болем – псевдоабдомінальним синдромом (симптомокомплексом, що включає прояви, які нагадують клінічну картину «гострого живота», але спричинений патологією інших органів – захворюваннями серця, легенів, плеври, ендокринних органів, інтоксикацією, деякими формами отруєнь тощо);
- **системні захворювання** (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак тощо).

З-поміж захворювань 1-ї групи найбільше нас цікавлять ті, які починаються з болю і супроводжуються розвитком жовтяниці:

- гострий та хронічний холецистит;
- холедохолітіаз;
- гострий панкреатит або загострення ХП;
- прогресуючий стеноз термінального відділу загальної жовчної протоки;
- рак жовчного міхура, рак загальної жовчної протоки та ПЗ;
- хвороби печінки: гострий гепатит і загострення хронічного гепатиту, цироз печінки, первинний склерозуючий холангіт, метастатичний рак печінки.

Основною диференційною ознакою вказаних захворювань є жовтяниця. З лабораторних тестів найбільше значення при підозрі на її механічний характер має визначення рівня лужної фосфатази. Алгоритм подальших досліджень, які дають змогу уточнити характер і патогенез жовтяниці, такий:

- **ультразвукове дослідження** (дозволяє виявити біліарну гіпертензію – протокову і внутрішньопечінкову; нерідко під час його проведення визначають і рівень перешкоди);
- **ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ)** (відносні ознаки ураження ПЗ, ураження фатерова сосочка, пухлини шлунка і ДПК, парафатеральний дивертикул з явищами дивертикуліту);
- **ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ)** (ураження панкреатичних, загальних жовчних і печінкових проток, камені в них, обтураційна патологія);
- **лапароскопія** (у разі неефективності перелічених методів і наростання клінічної симптоматики).

Умовно можна виділити кілька видів абдомінального больового синдрому при ХП:

- виразкоподібний (голодний або ранній біль, нічний біль);

Продовження на стор. 42.



Т.М. Христич

Таблиця. Характеристика вісцерального і соматичного болю		
Ознаки	Тип болю	
	Вісцеральний	Соматичний
Механізм виникнення	Наявність патологічних імпульсів у внутрішніх органах, які проводяться симпатичними волокнами. Основні фактори виникнення: раптове підвищення тиску в порожнині органів і розтягнення стінки органа, розтягнення капсули паренхіматозних органів, судинні порушення	Наявність патологічних процесів у парієтальній очеревині та тканинах, що мають закінчення чутливих спинномозкових нервів. Основні фактори виникнення: ураження черевної стінки та очеревини
Характер	Давлячий, спастичний, тупий	Гострий інтенсивний
Локалізація	Розлитий, невизначений, по серединній лінії	Точковий у місці подразнення
Тривалість	Від хвилини до кількох місяців	Постійний
Ритмічність (зв'язок із прийомом їжі, часом доби, актом дефекації тощо)	Характерна (ритм може бути правильним/неправильним)	Відсутня
Іррадіація	Виникає при інтенсивному характері болю і відповідає локалізації ураженого органа	Наявна у більшості випадків
Чутливість при пальпації	У місці локалізації болю	У місці локалізації ураженого органа
Медикаментозна терапія	Ефективні препарати, які нормалізують моторну функцію ураженого органа	Неефективна і протипоказана
Клінічні приклади	Неускладнена виразкова хвороба, жовчна колька, дисфункція сфінктера Одді, панкреатити	Перфоративні та пенетруючі виразки шлунка або кишечника, спастична дискінезія товстої кишки, перитоніт, пухлини з подразненням парієтальної очеревини



Т.М. Христич, д.м.н., професор кафедри фізіотерії та пульмонології, **Д.О. Гончарюк**, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Диференційна діагностика абдомінального больового синдрому при хронічному панкреатиті

Продовження. Початок на стор. 41.

- за типом лівосторонньої ниркової кольки;
- синдром «правого підребер'я» (у 30-40% випадків із жовтяницею);
- дисмоторний (у поєднанні з відчуттям важкості після їжі та блюванням);
- поширений (без чіткої локалізації).

Наявність больового абдомінального синдрому вимагає поглибленого обстеження хворого для уточнення механізмів його розвитку та вибору тактики лікування.

Диференційна діагностика клінічного перебігу абдомінального больового синдрому при ХП

Збір анамнезу починають зі з'ясування обставин виникнення болю, він має дати відповіді на перелічені нижче питання.

Локалізація болю. Захворювання внутрішніх органів супроводжуються болем чіткої локалізації. Виникнення болю у проекції ураженого органа зумовлено подразненням парієтальної очеревини. Тому насамперед слід припустити наявність захворювань тих органів, які розташовані в безпосередній близькості від вогнища болю. Захворювання органів заочеревинного простору (нирок, ПЗ) здебільшого супроводжуються болем у спині або боці, але нерідко спричиняють і гострий абдомінальний біль. Оскільки захворювання органів, що не контактують із парієтальною очервиною, а також незапальні захворювання органів черевної порожнини, які супроводжуються розлитим болем без чіткої локалізації, а також органів, розташованих у безпосередній близькості один від одного, часто дають подібну клінічну картину, диференційна діагностика є складним завданням навіть для досвідченого лікаря.

Іррадіація болю — важлива діагностична ознака, яка доповнює клінічну картину. При ураженні органів піддіафрагмального простору (розрив селезінки, гемоперитонеумі, абсцесі) біль іррадіює в надпліччя та бічну поверхню шиї на стороні ураження, оскільки діафрагма іннервується ІV шийним спинномозковим нервом. При жовчній кольці біль, як правило, охоплює праве підребер'я та іррадіює у праве плече і під праву лопатку. Біль при панкреатиті зазвичай іррадіює у спину, його часто називають оперізуючим. Біль при нирковій кольці, як правило, починається в боці, іррадіює в пах по шляху сечоводу і супроводжується прискореним і болісним сечовипусканням.

Характер болю. Абдомінальний біль може бути постійним або переймоподібним (колька).

Постійний біль може посилюватися і слабшати, але не проходить повністю і не виникає у вигляді нападів. Він характерний для запальних і пухлинних захворювань внутрішніх органів.

Переймоподібний біль зазвичай виникає при обструкції порожнинного органа або підвищенні тиску в просвіті органа внаслідок інших причин.

Тривалість болю. Епізодичний короткочасний біль, який не супроводжується іншими клінічними симптомами та змінами лабораторних показників, рідко є наслідком серйозного захворювання. Тривалий постійний або нападоподібний біль майже завжди свідчить про патологічний процес.

Інтенсивність болю. Як правило, чим тяжчим є захворювання, тим сильніше біль. Майже всі хворі інтуїтивно правильно оцінюють власний стан та інтенсивність болю. Тому не слід ігнорувати скарги на абдомінальний біль, навіть якщо він виникає у зовні здорової людини, особливо при *хронічній мезентеріальній ішемії*.

Пацієнти скаржаться на спастичний післяпрандіальний біль (у 90% випадків) відразу після їжі, його тривалість — від 30 хв до 2 год. Зменшення або посилення інтенсивності болю впродовж 4-6 год нехарактерно для хронічної мезентеріальної ішемії. Через больовий синдром пацієнти приймають їжу малими порціями, відмовляються від вживання жирів, пропускають один із прийомів їжі, що призводить

до схуднення та появи страху перед їжею (ситофобії), а також мальнотриції. Приблизно 35% хворих скаржаться на діарею неясного генезу. При тяжкому багатосудинному ураженні абдомінальний больовий синдром стає тривалим (до 5 год) і супроводжується наростанням слабкості та діареї. Такі пацієнти належать до групи ризику розвитку інфаркту товстої кишки. У низці випадків синдром абдомінальної ішемії перебігає як панкреатит, виразкова хвороба, хвороба Крона, правобічний коліт (при стенозі верхньої мезентеріальної артерії).

При аускультатії живота майже у половини хворих вислуховується систолічний шум, який локалізується посередині лінії між мечоподібним відростком та пупком. З метою визначення природи, ступеня стенозу та вираженості колатералей використовують дуплексну ультрасонографію, комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), ангіографію. Сучасна цифрова обробка і можливість 3D-реконструкції зображення забезпечують високу інформативність методу КТ (але його недоліком є високе променеве навантаження). Селективна мезентеріальна ангіографія — золотий стандарт у діагностиці хронічного ішемічного больового синдрому, особливо при ураженні дистальних судин або плануванні одночасного ендovasкулярного способу лікування.

Виникнення болю. При деяких захворюваннях органів черевної порожнини хірургічного профілю (перфорації порожнинного органа, тромбоемболії черевної артерії) гострий абдомінальний біль з'являється раптово, часто — на тлі гарного самопочуття. Стан хворого погіршується стрімко, він охоче і детально описує обставини виникнення болю. При інших захворюваннях (апендициті, дивертикуліті, механічній кишковій непрохідності) больові відчуття розвиваються не так швидко, однак через кілька годин біль може стати дуже сильним.

Блювання, яке супроводжує больовий синдром. Найчастіше необхідно диференціювати блювання при ХП із таким при виразковій хворобі, пухлинах шлунка, гострих та хронічних інфекціях, гепатитах, холециститах, жовчнокам'яній хворобі, перитонітах, кишковій непрохідності, хворобі Крона, виразковому коліті тощо. Провести диференційну діагностику складно, тому що при перелічених захворюваннях може уражатися ПЗ.

Деякі хвороби завжди супроводжуються безперервним блюванням, при інших воно спостерігається рідко або взагалі відсутнє. Часте блювання характерне для початкової стадії гострого панкреатиту (або загострення ХП) і гострого холециститу. При механічній кишковій непрохідності частота та інтенсивність блювання залежать від локалізації обструкції: чим вона вища, тим частіше блювання. Відсутність жовчі у блювотних масах означає обструкцію у ШКТ проксимальніше фатерова сосочка.

Блювання виникає через подразнення інтерорецепторів внутрішніх органів, часто йому передують нудота. Воно супроводжується слабкістю, головокружінням, блідістю шкірних покривів, неприємним присмаком.

Вік і стать хворого мають істотне значення для встановлення діагнозу, оскільки деякі захворювання зазвичай зустрічаються у певному віці. Наприклад, інвагінація кишечника — у дітей до 2 років, апендицит — у віці до 50 років, хронічна мезентеріальна ішемія — 50-70 років. Холециститом частіше хворіють молоді жінки. Водночас слід враховувати те, що з цих правил можливі винятки.

Значення лікарського анамнезу. Лікарські засоби, що полегшують біль при виразковій хворобі, ГЕРХ, панкреатиті, можуть знижувати інтенсивність больового синдрому (наприклад, антисекреторні засоби). Важливо, що при перитоніті зменшити біль препаратами з домашньої аптечки практично неможливо. Деякі лікарські та наркотичні засоби можуть провокувати загострення захворювань органів черевної порожнини хірургічного профілю. Алкоголь, тiazидні діуретики, пентамідин та азатіоприн іноді сприяють розвитку

панкреатиту. Крім того, на цей процес може вплинути прийом антиаритмічних засобів, колхіцину, дигоксину, еритроміцину, нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), пероральних контрацептивів тощо.

Перенесені захворювання. Для диференційної діагностики важливо з'ясувати, чи є напад болю повторним або виник вперше. Наприклад, для жовчнокам'яної хвороби і ХП характерні повторювані напади болю. Обов'язково з'ясовують, які операції проведено хворому. Найчастіше появі болю при ХП передують прийом алкоголю, переїдання (жирна, смажена, м'ясна їжа), особливо у вечірній та нічний час. Травма ПЗ, гіперпаратиреоїдний криз, напад жовчної кольки також можуть бути причиною болю при ХП. При частих госпіталізаціях із приводу однотипного болю без наявної причини слід припустити можливість симуляції.

Значення фізикального дослідження у диференційній діагностиці ХП

Зовнішній вигляд хворого. Поза, яку хворий приймає для полегшення больових відчуттів, має значення для першого етапу діагностичного пошуку. При панкреатиті типовою є поза ембріона (спина зігнута, коліна і стегна приведені до живота). У такому положенні біль зменшується, оскільки при запальному процесі розслаблюються поперекові м'язи. При ретроцекальному апендициті хворі іноді згинають праву ногу в кульшовому та колінному суглобах: це зменшує тиск запаленого апендикса на правий поперековий м'яз. При розлитому перитоніті будь-якої етіології хворі лежать нерухомо, оскільки найменший рух посилює біль.

Тахікардія при гострому абдомінальному болю може бути зумовлена лихоманкою і зневодненням. У літніх людей із серцево-судинними захворюваннями, які приймають бета-адреноблокатори, тахікардії може не бути. Її відсутність не виключає серйозного захворювання органів черевної порожнини. Причиною тахіпное при абдомінальному болю може бути зменшення дихального об'єму. Поверхнєве прискорене дихання дозволяє на належному рівні підтримати хвилинний об'єм дихання.

Лихоманка характерна для багатьох запальних процесів у черевній порожнині. Поєднання лихоманки (з підвищенням температури тіла до 39,5-40,5 °С) з болем у животі має місце тільки при бактеріальному перитоніті та абсцесах черевної порожнини. Озноб у поєднанні з лихоманкою та підвищенням температури тіла спостерігається при бактеріемії. При зневодненні, а також у літніх хворих температурна реакція на запалення також може бути відсутня.

Дослідження живота. Починають з огляду. Оцінюють загальний стан і позу хворого. Під час дослідження живота звертають увагу на такі ознаки:

- *рубці та їх локалізацію.* Підозра на спайкову кишкову непрохідність. За розташуванням рубця можна зробити висновок про характер перенесеної операції і таким чином прискорити диференційну діагностику.
- *здуття живота.* Оцінюють ступінь здуття живота: як правило, чим дистальніше обструкція кишечника, тим сильніше роздутий живіт. Локальне випинання живота часто зумовлює об'ємне утворення. Слід з'ясувати причину здуття живота — скупчення рідини (асцит) або газу.

Аускультатія. Аускультатія має дуже важливе значення для диференційної діагностики ХП.

- Ослаблені кишкові шуми або їх відсутність протягом декількох хвилин свідчать про перитоніт або паралітичну кишкову непрохідність. При місцевому перитоніті кишкові шуми — в нормі.
- Посилені, дзвінкі кишкові шуми на тлі переймоподібного болю в животі характерні для механічної кишкової непрохідності.
- Судинні шуми, зумовлені турбулентністю кровообігу, зустрічаються при анеризмі черевної аорти, стенозі ниркових і брижових артерій.

Перкусія. Розрізняють такі перкуторні звуки:

- *тупий звук* — дозволяє припустити наявність об'ємних утворень, вільної рідини в черевній порожнині, заповнених рідиною петель кишечника;
- *тимпанічний звук* — свідчить про наявність вільного газу в черевній порожнині, скупчення газів у кишечнику;

- *зсув тупого звуку* при зміні положення тіла вказує на асцит;
- *зникнення печінкової тупості* — на скупчення вільного газу між червеною стінкою і печінкою, що свідчить про перфорацію порожнинного органа. За допомогою перкусії можна діагностувати перитоніт, не вдаючись до глибокої пальпації. Якщо перкусія живота викликає біль, можна припустити ймовірність глибокого перитоніту. Хворі з перитонітом дуже чутливі до найменших струсів через те, що вони спричиняють больові відчуття.

Пальпація. Спочатку проводять поверхневу орієнтовну пальпацію, визначаючи ділянки найбільшої чутливості. Дослідження живота завершують глибокою пальпацією, за допомогою якої методично досліджують усі органи черевної порожнини, оцінюють чутливість, болісність, напруженість м'язів передньої черевної стінки, виявляють об'ємні утворення і визначають розміри органів. Якщо запально-деструктивні процеси превалюють у ділянці голівки ПЗ, при пальпації відзначається болючість у зоні Шоффера (холедохопанкреатичній) і точці Дежардена. Якщо у патологічний процес залучені тіло і хвіст ПЗ, біль локалізується відповідно у зоні Губергріца-Скульського, точці Губергріца і зоні Мейо-Робсона (у лівому реберно-хребтному куті).

Незважаючи на те що зазначені місця при пальпації болючі, черевна стінка м'яка і захисна реакція її м'язів на пальпацію часто відсутня. На шкірі можуть з'являтися зони гіпералгезії Захар'їна-Геда (VIII-X грудні сегменти).

Огляд промежини, дослідження статевих органів і прямої кишки при болю в животі обов'язково проводять і чоловікам, і жінкам.

Лабораторні дослідження у диференціюванні абдомінального болю при ХП

Як вже було зазначено, незважаючи на зв'язок болю з процесами у ПЗ, він тільки певною мірою співвідноситься з лабораторними та біохімічними маркерами, які характеризують ХП у цілому.

Загальний аналіз сечі — доступний метод виявлення захворювань нирок і сечовивідних шляхів. Гематурія підтверджує діагноз сечокам'яної хвороби. Лейкоцитурія та бактеріурія вказують на інфекцію сечовивідних шляхів. Протеїнурія — неспецифічна ознака. Питома вага сечі дозволяє оцінити водний баланс.

Загальний аналіз крові. Для запалення характерний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво (збільшення відносної кількості незрілих гранулоцитів), хоча існує багато винятків.

При активації запалення у ПЗ у периферичній крові може спостерігатися помірний лейкоцитоз із зсувом формули вліво (зазвичай не перевищує $12-13 \times 10^9/\text{л}$). Поєднання більш вираженого лейкоцитозу і характерних для запалення змін лейкоцитарної формули з інтенсивним больовим синдромом вимагає активних діагностичних і лікувальних заходів через можливий розвиток (прогресування) панкреонекрозу і високий ризик тяжких ускладнень.

Встановлюють наявність і тип анемії (за зниженням абсолютного рівня гемоглобіну і гематокриту, за морфологією еритроцитів). Проводять визначення електролітів сироватки, рівня глюкози у крові, біохімічних показників функції печінки, нирок, ПЗ, коагулограму.

Активність амілази та ліпази сироватки. Діагноз гострого панкреатиту (або загострення ХП) завжди є клінічним. Підвищення активності амілази і ліпази підтверджує діагноз ХП. Слід пам'ятати, що підвищення активності амілази — неспецифічна ознака, яка наявна при багатьох інших захворюваннях (механічній кишковій непрохідності, інфаркті кишечника, проривній (перфоративній) виразці, позаматковій вагітності). Оскільки амілаза виводиться нирками, при нирковій недостатності її активність у сироватці також підвищується.

При гострому панкреатиті, інтенсивному болю активність амілази зазвичай сягає максимуму через добу і нормалізується після 2-3 діб. Тому для підтвердження діагнозу доцільно визначати також активність ліпази. Зауважимо, що підвищення активності обох ферментів не корелює з тяжкістю панкреатиту. Більше того, при ХП, який супроводжується некрозом залози, активність амілази та ліпази може не змінюватися. Якщо активність амілази крові перевищує 200 од/л, слід підозрити калькульозний панкреатит.

Інструментальні дослідження у диференціюванні абдомінального болю при ХП (рентгенологічні дослідження)

Оглядова рентгенографія. При деяких захворюваннях інформативність оглядової рентгенографії настільки низька, що її проводити недоцільно. Зокрема, на рентгенограмі можна виявити лише 10% жовчних каменів. Якщо оглядова рентгенографія необхідна, роблять чотири знімки.

Рентгенограма грудної клітки в задній прямій проекції в положенні стоячи найкраще підходить для виявлення вільного газу в піддіафрагмальному просторі. З її допомогою можна виявити захворювання легенів, оцінити розміри серця, встановити наявність у грудній порожнині вільного газу (розриву діафрагми) або порожнистих органів (грижі стравохідного отвору діафрагми), виявити медіальне зміщення газового міхура шлунка і високе стояння лівого купола діафрагми (пошкодження селезінки), а також іншу патологію.

Рентгенограма черевної порожнини у положенні лежачи на спині дозволяє побачити розподіл газу в кишечнику, встановити причину здуття живота (скупчення газу або рідини), виявити заповнені рідиною петлі кишечника, ущільнення м'яких тканин і конкременти. На рентгенограмі видно 90% сечових каменів (оскільки вони містять достатню кількість кальцію) і лише 10% жовчних каменів. До того ж можна виявити звапнення ПЗ, що є ознакою ХП. Осередок звапнення у правій клубовій ділянці разом із відповідними скаргами та даними фізикального дослідження свідчить про гострий апендицит.

Наявність газу в жовчовивідних шляхах — ознака міхурово-кишкової нориці. Відсутність тіні поперекового м'яза вказує на патологічний процес у заочеревинному просторі — кровотечу (при травмі) або запалення (при ретроцекальному апендициті, панкреатиті, дивертикуліті сигмоподібної кишки). На рентгенограмі можна виявити патологію хребта і таза.

Рентгенограма черевної порожнини у положенні стоячи використовується, головним чином, для виявлення горизонтальних рівнів рідини та газу в петлях тонкої кишки. При механічній кишкової непрохідності рівні рідини в суміжних колінах кишкової петлі мають різну висоту. **Рентгенограма черевної порожнини у положенні лежачи на лівому боці.** Перед дослідженням хворий повинен лежати на лівому боці близько 10 хв для того, щоб увесь вільний газ, який знаходиться в черевній порожнині, зібрався у просторі між печінкою і діафрагмою. Метод дозволяє виявити навіть невелику кількість газу, оскільки в нормі піддіафрагмальний простір його не містить. Наявність вільного газу в черевній порожнині не є показанням до операції: необхідно встановити його джерело.

Спеціальні методи

Дослідження верхніх відділів ШКТ із контрастуванням проводять при підозрі на перфорацію стравоходу, перфорацію виразки шлунка або ДПК у разі неінформативності інших методів діагностики. Майже всі захворювання верхніх відділів ШКТ і тонкої кишки можна виявити за допомогою ендоскопії.

Іригоскопію проводять для диференціювання механічної непрохідності тонкої та товстої кишок у тих випадках, коли оглядова рентгенографія черевної порожнини дає сумнівні результати. Іригоскопія має не тільки діагностичне, а й терапевтичне значення, наприклад, при інвагінації кишечника, завороті сигмовидної кишки. Призначаючи дослідження, потрібно мати на увазі, що наявність барію в кишечнику (навіть у невеликій кількості) завадить проведенню КТ і ангіографії.

Електрокардіографію (ЕКГ) — для виключення ураження серця, що супроводжується іррадіацією болю.

КТ — один із найкращих методів діагностики захворювань органів черевної порожнини, заочеревинного простору і малого таза. При панкреатиті КТ дозволяє оцінити ступінь ураження ПЗ та її проток. Діагностична інформативність цього методу — 90%. Розрізняють *помірно виражені діагностичні зміни* за наявності 2 або більше таких ознак:

- розширення головної панкреатичної протоки (2-4 мм);
- невелике збільшення ПЗ (менш ніж удвічі);
- гетерогенність паренхіми ПЗ;
- наявність невеликих порожнин (10 мм);
- нерівність проток;
- вогнищевий гострий панкреатит;
- підвищення ехогенності стінки головної панкреатичної протоки;
- нерівність головки, тіла залози.

До *виражених змін* належать вищеперелічені у поєднанні з 1 і/або більше з таких:

- наявність великих порожнин;
- значне збільшення ПЗ (більш ніж удвічі);
- внутрішньопрокові дефекти наповнення або камені у ПЗ;
- обструкція, виражена нерівністю або стриктура протоки ПЗ;
- інвазія в суміжні органи.

МРТ і МРХПГ (магнітно-резонансна холангіо-панкреатографія) мають інформативність 90% і більше. До помірних змін на панкреатограмі належить патологія головної та бічних проток (більше 3). До виражених змін — патологія головної та бічних проток (більше 3), а також наявність одного з перелічених критеріїв: велика порожнина; обструкція; дефекти наповнення; виражена дилатація або нерівність поверхні органа.

Ангіографію проводять для виявлення джерела шлунково-кишкової кровотечі, а також при підозрі на тромбоемболію судин брижі.

Ультрасонографічне дослідження є методом вибору в діагностиці жовчнокам'яної хвороби, дозволяє виявити камені у жовчному міхурі та жовчних протоках. У деяких складних випадках УЗД, особливо у поєднанні з кольоровим доплерівським дослідженням, надає істотну допомогу в діагностиці апендициту. Жінкам при скаргах на біль внизу живота показано УЗД органів малого таза. Інтраопераційне УЗД полегшує діагностику захворювань печінки та ПЗ. Останнім часом дедалі ширше використовують ректальне і вагінальне УЗД. При раку шлунка за допомогою ендоскопічного УЗД можна визначити стадію захворювання. Ультразвукові діагностичні критерії ХП — інформативні в 80% випадків, але їх обов'язково слід зіставляти з клініко-лабораторними даними. При ХП характерними є збільшення розмірів ПЗ, наявність кальцифікатів та псевдокіст у залозі, нечіткість і нерівність її контурів, неоднорідність структури та зміна ехогенності органа, розширення вірсунгіанової протоки і/або додаткових проток. Важливо враховувати те, що наявність менше 4 ендоскопічних критеріїв вказує на низьку ймовірність ХП, а більше 5 критеріїв — на високу ймовірність цього діагнозу.

ЕРПХГ вважають золотим стандартом діагностики захворювань ПЗ, але її проводять рідко через серйозні ускладнення.

Діагностична **лапароскопія** останнім часом набуває дедалі більшого поширення. До неї вдаються при критичних станах і сумнівних результатах фізикального дослідження. Лапароскопію можна проводити біля ліжка хворого під місцевою анестезією, і в цьому її головна перевага перед діагностичною лапаротомією, яку проводять в операційній. Діагностична лапароскопія незамінна при обстеженні жінок із боєм у правій клубовій ділянці. У цій категорії хворих до 30% апендектомії є помилковими. Лапароскопія дозволяє знизити число невиправданих хірургічних втручань і отримати більш повну картину стану органів черевної порожнини.

Впроваджені у медичну практику у 1990-х рр. **методи нейровізуалізації** — однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (СПЕКТ), позитронно-емісійна томографія (ПЕТ), функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ) — дають змогу верифікувати біль. За допомогою методів ПЕТ і фМРТ було підтверджено лабораторні дані про те, що больові відчуття виникають внаслідок активації та при динамічному взаємозв'язку сенсорних, моторних, асоціативних зон кори головного мозку і лімбічної системи.

Література

1. Губергриц Н.Б. Новости европейской панкреатологии (по материалам 48-й встречи Европейского Клуба Панкреатологов, 6-9 июля 2016 г., г. Ливерпуль, Великобритания) / Н.Б. Губергриц, Н.В. Беляева, Г.М. Лукашевич, А.Е. Клочков, П.Г. Фоменко // Вестник клуба панкреатологов.— 2016.— № 4.— С. 11-20.
2. Губергриц Н.Б. Показатели ультразвуковой гистогграфии поджелудочной железы в динамике лечения больных с хроническим панкреатитом на фоне ожирения / Н.Б. Губергриц, О.А. Бондаренко // Гастроэнтерология.— 2013.— № 2.— С. 64-67.
3. Ивашкин В.Т. Боль при хроническом панкреатите: происхождение и возможности коррекции / В.Т. Ивашкин, К.В. Охлобыстин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 2015.— Т. 25.— № 3.— С. 4-11.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013-2014 роки / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». — К.: МОЗ України, 2015.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічний панкреатит» // Український медичний вісник.— 2015.— № 1.— С. 54-57.
6. Христич Т.Н. Хронический панкреатит: нерешенные проблемы / Т.Н. Христич, В.П. Пишак, Т.Б. Кендзерская. — Черновцы, 2006. — 280 с.