

Пациент с абдоминальной болью на амбулаторном приеме у терапевта

А.Л.Верткин, М.М.Шамуилова, Г.Ю.Кнорринг✉, П.Д.Алиева

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

✉knorring@mail.ru

Статья рассматривает проблематику абдоминальной боли на амбулаторном приеме: самые частые причины, подходы к диагностике, в том числе дифференциальной, позволяющие амбулаторному терапевту выявить показания для экстренной госпитализации или консультации узких специалистов. Материал представлен в виде таблиц, что позволяет его структурировать и сделать удобным в использовании. Описаны терапевтические подходы к терапии абдоминальной боли, включающие применение комбинированных средств, содержащих нестероидные противовоспалительные препараты и спазмолитики.

Ключевые слова: абдоминальная боль, амбулаторный врач, спазмолитики, миотропные спазмолитики, дицикловерин, парацетамол.

Для цитирования: Верткин А.Л., Шамуилова М.М., Кнорринг Г.Ю., Алиева П.Д. Пациент с абдоминальной болью на амбулаторном приеме у терапевта. Consilium Medicum. 2018; 20 (8): 85–90. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.8.85-90

Review

Patient with abdominal pain at an outpatient physician visit

A.L.Vertkin, M.M.Shamuilova, G.Yu.Knorring✉, P.D.Alieva

A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1

✉knorring@mail.ru

Abstract

The article discusses the problem of abdominal pain at an outpatient visit: the most common causes and diagnostic approaches, including differential diagnosis, which will allow outpatient physicians to define indications for emergency hospital admission or refer the patient to other specialized doctors, are presented. The material is presented in tables, that allows to structure it and make it easy to use. Therapeutic approaches to abdominal pain treatment, such as the use of combination drugs including non-steroid anti-inflammatory drugs and spasmolytics are described.

Key words: abdominal pain, outpatient physician, spasmolytics, myotropic spasmolytics, dicyclomine, paracetamol.

For citation: Vertkin A.L., Shamuilova M.M., Knorring G.Yu., P.D.Alieva. Patient with abdominal pain at an outpatient physician visit. Consilium Medicum. 2018; 20 (8): 85–90. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.8.85-90

Введение

Болевой синдром относится к самым частым причинам обращения за медицинской помощью, в том числе на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. Возрастающая в условиях реформирования медицины роль амбулаторного терапевта делает необходимым расширение компетенций этого врача в диагностике и лечении исторически хирургических состояний, минимизируя его «диспетчерские» функции, делая терапевта настоящим дирижером «медицинского оркестра». От своевременной точной диагностики и верных действий существенным образом зависит путь пациента в лечебном учреждении, а в конечном итоге – и итог терапевтических воздействий [1].

Очевидно, что боль как патологический феномен является целой цепью изменений на разных уровнях организма [2, 3]. Еще древние врачи отмечали важность появления боли как феномена, требующего пристального внимания целителя. Например, Авиценна так описывал боль: «Боль помогает врачу распознать заболевание, нередко указывая правильный путь лечения. Такая боль приносит пользу, подобно огню, когда он согревает, а не сжигает; подобно воде, когда она орошает, а не затопляет, подобно ветру, когда он освежает, а не разрушает...» «Боль – это сторожевой пес здоровья, который может превращаться в дикого зверя», – говорили врачи Древней Греции.

Современное понимание механизмов развития болевых синдромов, в частности абдоминальной боли, включает в себя и оценку патогенетических механизмов, выявление



причины и, конечно, применение этиопатогенетических и симптоматических средств [4, 5].

Боль в животе – ощущение болезненности или дискомфорта в области брюшной полости. Наиболее важная задача амбулаторного врача – выявление признаков так называемого острого живота (используемое на догоспитальном

Таблица 1. Заболевания, наиболее часто вызывающие боль в животе

Заболевания органов пищеварения, вызывающие хроническую боль в животе	• Язвенная болезнь желудка и ДПК • Хронический холецистит • Хронический панкреатит • Функциональные расстройства органов пищеварения (СРК) и др.
Заболевания органов пищеварения, при которых наиболее часто возникает острый живот	• Перфорация опухоли желудка, язвы желудка и ДПК • Вклинение желчного камня в желчный проток • Острый холецистит • Острый панкреатит • Ущемленные пупочная, паховая и бедренная грыжи • Острый аппендицит • Кишечная непроходимость • Дивертикулит • Рак толстой кишки и др.
Заболевания других органов и систем, при которых возникает боль в животе	• Инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка • Пневмония в нижней доле легкого • Ишемическая болезнь органов пищеварения • Тромбоз мезентеральных сосудов • Разрыв аневризмы брюшной аорты • Кетоацидоз и др.

этапе понятие, объединяющее острые заболевания и травмы органов брюшной полости, которые представляют угрозу для жизни больного и, как правило, требуют оперативного вмешательства). Трудности диагностики связаны с тем, что боль в животе может быть вызвана не только поражением органов пищеварения, но и заболеваниями органов, локализующихся вне брюшной полости, а также системными заболеваниями (табл. 1) [3, 4, 6].

Правильной диагностике могут помочь и верно собранный анамнез, и грамотное обследование на первичном приеме, далеко не всегда требующее сложного лабораторного и инструментального оборудования (табл. 2).

Уже на этапе сбора анамнеза врач может понять причины развития болевого синдрома и прицельно выявлять симптомы и синдромы, дающие ключ к диагнозу. Дальнейшее физикальное обследование сужает круг дифференциально-диагностического поиска (табл. 3).

Оценка физикальных данных у пациента с болью в животе

Общий осмотр

Оценивают пол и возраст пациента: язвенная болезнь чаще развивается в возрасте от 20 до 50 лет, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – обычно после 20 лет (чаще у женщин, особенно при наличии ожирения); панкреатит – от 35 до 50 лет (чаще у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и у женщин с ЖКБ); аппендицит – от 20 до 40 лет; у лиц пожилого и старческого возраста чаще встречаются онкологические заболевания.

Оценивают внешний вид пациента. Бледное лицо, покрытое холодным потом, характерно для больных с прободной язвой, резкая бледность наблюдается при внутрибрюшных кровотечениях. Возникновение желтухи одновременно с появлением боли в животе позволяет предполагать холангит, холедохолитиаз, холецистит.

Обращают внимание на маркеры алкогольной болезни – одутловатое синюшное или гиперемированное лицо, инъектированность склер, ринофима (увеличение и обезображивание носа, кожа которого становится ярко красной или багрово-синюшной), двустороннее увеличение и уплотнение околоушных желез (хронический паротит), отсутствие зубов, двусторонняя контрактура Дююитрена (укорочение и сморщивание апоневроза ладоней с ульнарной контрактурой пальцев), множественные мелкие телеангиоэктазии на верхней половине груди, гинекомастия, «печеночные» ладони (покраснение тенара и гипотенара).

Лицо Гиппократов – маловыразительное, неподвижное, с бледно-цианотичной, землистого цвета кожей, заостренным носом, впалыми щеками и висками, глубоко запавшими глазами, опущенными углами губ – наблюдают при перитоните, кишечной непроходимости.

Диагностическое значение может иметь поза, в которой облегчается боль: пациенты с панкреатитом предпочитают иногда лежать с приведенными к груди коленями, поскольку в позе эмбриона уменьшается давление на органы брюшинного пространства; при ретроцекальном аппендиците больные лежат на спине с согнутой в бедренном и коленном суставах правой ногой. При перитоните любое движение усиливает боль (пациенты лежат неподвижно). При почечной колике никакое положение тела боль не облегчает, пациенты ходят, мечутся по комнате.

Исследование органов пищеварения

Осмотр живота позволяет выявить грыжи больших размеров, выпячивания, обусловленные опухолями и инфильтратами. Диагностическое значение может иметь форма живота: втянутый (ладьевидный) живот встречается при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК); вздутие живота, иногда неравномерное, – при кишечной непроходимости. Наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке подразумевает возможность спаечной кишечной непроходимости. Ограниченные участки цианоза на боковых поверхностях живота иногда обнаруживают при геморрагическом панкреонекрозе (симптом Грея Тернера).

Уменьшение подвижности передней брюшной стенки при дыхании наиболее выражено при прободении полых органов.

Перкуссия живота позволяет установить причину его увеличения: тимпанит свидетельствует о наличии метеоризма, тупой звук – о скоплении жидкости (крови, экссудата, трансудата) в брюшной полости. Исчезновение печеночной тупости наблюдается при перфорации язвы желудка или ДПК вследствие скопления газа между диафрагмой и печенью.

При пальпации обращают внимание на болезненность и напряжение (ригидность) мышечной стенки – локальные (при остром аппендиците, остром холецистите) или разлитые (доскообразный живот при перфорации язвы желудка или ДПК), определяют симптом Блюмберга (резкое усиление боли при внезапном отнятии от передней стенки живота руки – признак перитонита).

Симптом Щёткина–Блюмберга (синонимы: симптом Щёткина, симптом Блюмберга; англ. rebound tenderness) – резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания. Симптом раздражения брюшины в большинстве случаев – признак воспалительного процесса, в который вовлечена брюшина: перитонит, перитонизм, аппендицит и пр. Симптом описан немецким хирургом Моритцем Блюмбергом в 1907 г. Однако русский акушер Д.С.Щёткин (1851–1923) еще в конце 80-х годов XIX в. использовал этот прием в своей клинической практике. Официальное

Таблица 2. Оценка жалоб у пациента с болью в животе	
Вопрос	Клиническая значимость ответа
Как давно беспокоит боль в животе?	Различают боль в животе острую (развивается внезапно или быстро, длится часами, днями) и хроническую (нарастает постепенно, длительно сохраняется или рецидивирует на протяжении недель и месяцев)
Где локализуется боль?	В первую очередь следует предположить заболевание органов, расположенных в непосредственной близости от очага боли. Возможна миграция боли, например при остром аппендиците (из подложечной области в правый нижний квадрант живота – симптом Кохера), ЖКБ (из подложечной области в правое подреберье вследствие перемещения камня в пузырный проток)
Куда отдает боль?	При заболеваниях пищевода и субкардиального отдела желудка – в левую половину грудной клетки и область мечевидного отростка; при язве задней стенки ДПК – в поясничную область; при желчной колике – в правую половину грудной клетки и под правую лопатку; при панкреатите – в спину (опоясывающая боль); при раздражении диафрагмы (перфоративная язва желудка или ДПК с излиянием содержимого желудка в брюшную полость, разрыв селезенки, маточной трубы с развитием гемоперитонеума) – в область плечевого сустава и боковую поверхность шеи (френикус-симптом); при почечной колике – в пах. Боль в обеих подвздошных областях, обусловленная заболеваниями внутренних половых органов у женщин, обычно иррадирует вниз с ощущением давления на мочевой пузырь и прямую кишку
Боль началась внезапно или нарастала постепенно?	Внезапно возникает боль при перфорациях язв желудка и ДПК, разрыве или перекруте кист яичника у женщин, печеночной и почечной коликах; более постепенное нарастание боли (в течение минут, часов) наблюдают при динамической и обтурационной кишечной непроходимости, воспалительных заболеваниях (острые аппендицит, панкреатит, холецистит, аднексит), внематочной беременности; в течение дней и недель развивается боль при новообразованиях внутренних органов, хронических воспалительных заболеваниях, толстокишечной непроходимости злокачественной этиологии. Волнообразная боль возникает вследствие обструкции полого органа (например, при кишечной непроходимости)
Каков характер боли?	Сильная «кинжальная» боль наблюдается при прободении язвы желудка или ДПК, разрыве внутренних органов; жгучая боль – при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и язвенной болезни; разрывающая боль – при расслоении аорты; постоянная тупая боль – при остром панкреатите, аппендиците; схваткообразная боль обычно возникает при обструкции полого органа (желчная или почечная колика, кишечная непроходимость), повышении давления в просвете органа вследствие других причин (например, при гастроэнтерите). Превращение схваткообразной боли в постоянную может свидетельствовать о нарушении кровообращения в стенке кишки (например, при кишечной непроходимости, осложнившейся инфарктом кишечника), желчной колике с последующим развитием холецистита
Что провоцирует возникновение боли?	Боль после приема пищи возникает при язве желудка, голодные (в том числе ночные) боли – при ДПК; прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП также может усиливать боль при язвенном поражении желудка. Боль после приема жирной пищи возникает или усиливается при остром холецистите, панкреатите. Боль в животе, возникающая после приема пищи, может также наблюдаться при хронической ишемии кишечника (брюшная жаба), СРК. Боль, возникающая после употребления молока, может свидетельствовать о лактазной недостаточности
Есть ли связь с приемом пищи, дефекацией, мочеиспусканием, менструацией?	Боль, связанная с дефекацией, мочеиспусканием, менструацией свидетельствует о заинтересованности кишечника, мочевыводящих путей, органов малого таза соответственно. Так, при воспалительных заболеваниях толстой кишки, СРК боль усиливается перед актом дефекации и уменьшается после него; при поражении прямой кишки (геморрой, трещины в области заднего прохода) боль возникает во время или сразу после дефекации
Что облегчает боль?	Прием антацидов может уменьшить боль при язвенной болезни; прием нитроглицерина уменьшает боль при желчной колике, рефлюкс-эзофагите
Не было ли рвоты?	Характерна для панкреатита, холецистита, язвенной болезни, может наблюдаться при кишечной непроходимости
Не было ли обморока?	Потеря сознания может свидетельствовать об острой кровопотере у пациента с язвенным кровотечением, разрывом аневризмы аорты, внематочной беременностью, разрывом селезенки
Когда был стул, какого цвета?	Отсутствие стула с прекращением отхождения газов свидетельствует о кишечной непроходимости; диарея наблюдается при пищевых токсикоинфекциях, неспецифическом язвенном колите, дивертикулите, тромбозе мезентериальных сосудов, а также при заболеваниях, приводящих к раздражению прямой и сигмовидной кишки (аднексит, внематочная беременность, абсцессы малого таза). Необходимо выявить или исключить мелену (желудочно-кишечное кровотечение). Рецидивирующая на протяжении последних 3 мес боль в животе, при которой пациент отмечает связь ухудшения самочувствия с изменением частоты или формы стула и улучшение состояния после дефекации, позволяет заподозрить СРК
Чем пациент раньше болел?	Могут быть получены сведения о подобных заболеваниях в прошлом, наличии язвенной болезни желудка или ДПК, имевших место приступов почечных или печеночных колик, развившейся после колики желтухе. Важно помнить о том, что боль в животе нельзя объяснить наличием в анамнезе хронического гастрита. Играть роль не только анамнестические указания на заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, но и сведения о заболеваниях сердечно-сосудистой системы (например, острое нарастание сердечной недостаточности с набуханием печени и растяжением ее капсулы может обусловить боль в правом подреберье), сахарном диабете (в частности, проявлением кетоацидоза может быть псевдоперитонит) и др.
Есть ли в анамнезе оперативные вмешательства на органах брюшной полости?	Образование послеоперационных спаек в брюшной полости – одна из основных причин кишечной непроходимости
Какие лекарства принимает?	Прием НПВП и глюкокортикоидов может провоцировать эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ
Гинекологический анамнез, не было ли раньше операций по поводу внематочной беременности?	У женщин, перенесших внематочную беременность, возможно ее повторение, о чем свидетельствует прекращение менструаций
Вредные привычки	Боль в животе, возникшая на фоне злоупотребления алкоголем, в первую очередь требует исключения острого панкреатита и пептической язвы

Таблица 3. Локализация боли при разных заболеваниях	
Локализация боли	Возможные заболевания
Разлитая боль в животе	Диффузный перитонит, кишечная непроходимость
Эпигастральная область	Заболевания пищевода, желудка или ДПК, острый панкреатит, дебют аппендицита, поражение диафрагмы (пневмония в нижней доле легкого, плеврит), абдоминальная форма инфаркта миокарда
Правое подреберье	Заболевания печени (гепатит, набухание печени при быстром нарастании сердечной недостаточности, перикардите), желчного пузыря (ЖКБ, холецистит, холангит), головки поджелудочной железы, ДПК, печеночного угла поперечной ободочной кишки, правой почки, пневмония в нижней доле правого легкого, плеврит
Левое подреберье	Заболевания желудка, хвоста поджелудочной железы, селезенки, селезеночного угла поперечной ободочной кишки, разрыв или инфаркт селезенки, пневмония в нижней доле левого легкого, плеврит
Околопупочная область	Пупочная грыжа, поражение тонкой кишки (например, тонкокишечная непроходимость), брыжеечных лимфоузлов, брюшной аорты
Боковые отделы живота справа	Поражение восходящего отдела ободочной кишки, аппендицит (при высоком расположении червеобразного отростка), правой почки и мочеточника, желчного пузыря (при его низком расположении)
Боковые отделы живота слева	Поражение левой почки и мочеточника, нисходящего отдела ободочной кишки
Надлобковая область	Заболевания органов мочеполовой системы (цистит, простатит, эндометрит и др.)
Правая подвздошная область	Аппендицит, заболевания слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, правого яичника, правого мочеточника, правосторонняя паховая грыжа
Левая подвздошная область	Заболевания сигмовидной кишки, левого яичника и левого мочеточника, левосторонняя паховая грыжа

Таблица 4. Оценка результатов лабораторного обследования	
Метод исследования	Диагностическая ценность метода
Общий анализ крови	Позволяет выявить лабораторные признаки воспаления – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ, анемию (по снижению абсолютного уровня гемоглобина и гематокрита) и ее тип
Анализ мочи	Позволяет выявить гематурию при мочекаменной болезни, лейкоцитурию и бактериурию при инфекции мочевых путей
Гликемия	Выраженная гипергликемия может свидетельствовать о развитии кетоацидоза и псевдоперитонита
Активность амилазы	При остром панкреатите активность амилазы обычно достигает максимума через 1 сут и нормализуется к концу 2–3-х суток; уровень амилазы может быть повышен при механической кишечной непроходимости, инфаркте кишечника, прободной язве, внематочной беременности, почечной недостаточности; при хроническом панкреатите с некрозом железы уровень амилазы может не повыситься
Электрокардиография	Снятая во время болевого приступа позволяет исключить гастралгическую форму инфаркта миокарда
Рентгенография органов грудной клетки в положении стоя	Позволяет выявить пневмонию, оценить размеры сердца, обнаружить в грудной полости свободный газ (разрыв диафрагмы) или полые органы (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), свободный газ в поддиафрагмальном пространстве, выявить медиальное смещение газового пузыря желудка и высокое стояние левого купола диафрагмы (повреждение селезенки)
Обзорная рентгенография органов брюшной полости в положении лежа на спине	Позволяет установить причину вздутия живота (скопление газа или жидкости), выявить уплотнение мягких тканей и конкременты (мочевые камни – в большинстве случаев, желчные камни – иногда), обызвествление поджелудочной железы (признак хронического панкреатита), газ в желчных путях (признак пузырно-кишечного свища), отсутствие тени поясничной мышцы (признак патологического процесса в забрюшинном пространстве – кровотечения при травме или воспаления при ретроцекальном аппендиците, панкреатите, дивертикулите сигмовидной кишки)
Обзорная рентгенография брюшной полости в положении стоя	Позволяет выявить горизонтальные уровни жидкости и газа (чаши Клойбера) в петлях кишечника при кишечной непроходимости
Исследование верхних отделов ЖКТ с контрастированием бариевой взвесью	Позволяет выявить перфорацию пищевода (например, при синдроме Бурхава)
Компьютерная томография	Позволяет выявить заболевания и травмы органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза	Позволяет выявить камни желчного пузыря и желчных протоков, плотное продолговатое образование в правой подвздошной области и утолщение слизистой и серозной оболочек аппендикса (признак острого аппендицита), метастазы в печень, оценить состояние других органов брюшной полости и малого таза

сообщение Д.С.Щёткин сделал только в 1908 г. на заседании Пензенского медицинского общества.

Симптом Курвуазье–Терье: пальпация увеличенного растянутого безболезненного желчного пузыря в сочетании с механической желтухой при закупорке общего желчного протока главным образом опухолью головки поджелудочной железы или опухолью в области большого сосочка ДПК.

Симптом Мюсси–Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при надавливании между ножками грудного-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края справа. Боль иррадирует в правое плечо, правую руку и область правого подреберья. Положительный симптом

выявляется при разных заболеваниях желчного пузыря и печени в тех случаях, когда в патологический процесс вовлечена область диафрагмы и диафрагмального нерва.

Аускультация живота позволяет выявить усиленную перистальтику при механической кишечной непроходимости, полное отсутствие кишечных шумов при паралитической кишечной непроходимости, разлитом перитоните («мертвая тишина»).

Топическая диагностика причинного заболевания может потребовать привлечения специалистов соответствующего профиля – консультации при наличии в клинике конкретного специалиста или перевода в профильный стационар для установки окончательного диагноза и про-

ведения комплекса терапевтических мероприятий, включая и оперативное вмешательство (по показаниям).

Показания к госпитализации в стационар хирургического профиля:

- остро возникшая боль в животе, сохраняющаяся на протяжении 6 ч и более;
- непрерывно усиливающаяся боль в животе;
- обморок, артериальная гипотония, тахикардия;
- признаки кровотечения (желудочно-кишечного, маточного);
- боль в животе в сочетании с лихорадкой;
- боль в животе, сопровождающаяся упорной рвотой;
- признаки острого живота (напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Блюмберга), пареза кишечника (вздутие живота, отсутствие стула и отхождения газов, перистальтических шумов);
- травма живота.

Безусловно тревожными могут считаться и признаки усиления/изменения характера привычной боли в брюшной полости. Симптомы тревоги (красные флажки) при хронической боли в животе:

- появление боли в животе в возрасте старше 40–50 лет;
- сохранение боли в ночные часы (в период сна);
- прогрессирующее похудение;
- субфебрилитет, лихорадка;
- изменение лабораторных показателей (анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ); табл. 4.

Основные подходы к терапии болевого синдрома в брюшной полости учитывают как выявленную патологию (этиопатогенетический подход), так и необходимость купирования собственно болевого синдрома. Очевидно, что большинство патологических процессов, протекающих с болевым синдромом в брюшной полости, связано с органами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и мочевыделительной системы, поэтому в первом ряду симптоматической терапии абдоминального болевого синдрома оказываются спазмолитики. Важно, что при некоторых патологических состояниях устранение спазма будет не только уменьшать болевой синдром, но и оказывать патогенетическое действие, способствуя купированию патологического процесса.

В ряду спазмолитиков, наиболее широко применяемых и перспективных в плане воздействия на гладкую мускулатуру внутренних органов брюшной полости, необходимо выделить дицикловерина гидрохлорид – третичный амин, обладающий относительно слабым неизбирательным М-холиноблокирующим и прямым

миотропным спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру. В терапевтических дозах дицикловерин вызывает эффективное и быстрое расслабление гладких мышц, которое не сопровождается побочными эффектами, характерными для атропина [7]. Официальная форма дицикловерина представлена в виде инъекционного препарата Триган, а для перорального приема применяют дицикловерин в сочетании с парацетамолом (Триган-Д). Сочетание миотропного спазмолитика и нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) обеспечивает потенцирование лечебного эффекта, влияние на несколько механизмов формирования болевого синдрома, оказывая тем самым комплексное действие, а также обеспечивает возможность снижения побочных эффектов компонентов

препарата [8, 9]. Триган-Д хорошо зарекомендовал себя при лечении болевого синдрома и спазма, например при синдроме раздраженного кишечника (СРК), выживив улучшение по сравнению с плацебо по общему состоянию, болевому синдрому и выраженности спазма. Дицикловерин входит в Римские критерии IV пересмотра (2016 г.) при всех вариантах СРК для борьбы со спастическими болями в животе в качестве препарата 1-й линии [7]. Кроме того, согласно инструкции по применению, Триган-Д применяется для купирования спазма при почечной, печеночной колике, дисменорее [9, 10]. Важно, что препарат имеет две формы (пероральную и инъекционную), что расширяет возможности врача при оказании помощи пациентам с абдоминальным болевым синдромом.

ТРИГАН-Д

Двойная сила
против спазма и боли

**СПАЗМОЛИТИК
С ДВОЙНЫМ
МЕХАНИЗМОМ
ДЕЙСТВИЯ**

- ◆ Прямое спазмолитическое и М1 и М2 холиноблокирующее действие
- ◆ Без побочных атропинподобных действий при применении в терапевтических дозах¹

**БЕЗОПАСНЫЙ
АНАЛЬГЕТИК**

- ◆ Безопасный анальгетик даже при длительном применении²
- ◆ Оказывает синергетическое действие³

ДИЦИКЛОВЕРИН ПАРАЦЕТАМОЛ

Триган-Д
может приниматься
взрослыми и детьми
старше 15 лет
по 1 таблетке
2-3 раза в сутки¹.

Максимальная
разовая доза
для взрослых
составляет 2 таблетки,
суточная – 4 таблетки¹.

1. Согласно инструкции по медицинскому применению Триган-Д таблетки, П N015469/01 от 25.05.2009
2. Согласно данным ВОЗ. World Health Organization, (2009). WHO's Pain Relief Ladder. www.who.int/cancer/palliative/painladder/en
3. Pain & Research Treatment 2012; 295916: 1-5.

Заключение

Лечение болевых синдромов в брюшной полости находится на стыке врачебных специальностей и требует порой коллегиального наблюдения, однако большинство причин и первичная диагностика находятся в сфере ответственности амбулаторного терапевта. Причины абдоминальных болей требуют вдумчивой диагностики и настороженности, а применение комбинированных лекарственных средств позволяет в большинстве случаев обеспечить купирование боли и спазма, что облегчает состояние пациента и оказывает влияние на патологический процесс.

Литература/References

1. Верткин А.Л., Наумов А.В., Кнорринг Г.Ю. Лечение пациентов с болью и коморбидной патологией. Рус. мед. журн. 2016; 25: 1683–86. / Vertkin A.L., Naumov A.V., Knorring G.Yu. Lechenie patsientov s bol'yu i komorbidnoi patologiei. Rus. med. zhurn. 2016; 25: 1683–86. [in Russian]
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Боли в животе. М.: Медпресс-Информ, 2012. / Ivashkin V.T., Sheptulin A.A. Boli v zhivote. M.: Medpress-Inform, 2012. [in Russian]
3. Наумов А.В., Семенов П.А., Верткин А.Л. Стратегия лечения пациентов с болью и соматической патологией. Consilium Medicum. 2010; 12 (9): 111–4. / Naumov A.V., Semenov P.A., Vertkin A.L. Strategiya lecheniya patsientov s bol'yu i somaticheskoi patologiei. Consilium Medicum. 2010; 12 (9): 111–4. [in Russian]
4. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. «Острый живот» в практике врача-терапевта. Справочник поликлинического врача. 2014; 2: 51–5. / Tarasova L.V., Trukhan D.I. "Ostryi zhivot" v praktike vracha-terapevta. Handbook for Practitioners Doctors. 2014; 2: 51–5. [in Russian]
5. Кучерявый Ю.А. Боль и диспепсия после холецистэктомии. Доктор.Ру. Гастроэнтерология. 2016; 1 (118): 27–32. / Kucheryavyy Yu.A. Bol' i dispepsiya posle kholetsistektomii. Doktor.Ru. Gastroenterologiya. 2016; 1 (118): 27–32. [in Russian]
6. Абдоминальная боль: причины и механизмы развития. ЖКТ. 2014; 2: 10. / Abdominal'naya bol': prichiny i mekhanizmy razvitiya. ZhKT. 2014; 2: 10. [in Russian]
7. Poynard T., Regimbeau C., Benhamou Y. Мета-анализ релаксантов гладкой мускулатуры в лечении синдрома раздраженного кишечника. Алиментарная фармакология и терапия. 2001; 15: 355–61. / Poynard T., Regimbeau C., Benhamou Y. Meta-analiz relaksantov gladkoi muskulatury v lechenii sindroma razdrazhennogo kishechnika. Alimentarnaya farmakologiya i terapiya. 2001; 15: 355–61. [in Russian]
8. Trinkley KE, Nahata MC. Treatment of irritable bowel syndrome. J Clin Pharm Ther 2011; 36 (3): 275–8.
9. Инструкция по применению препарата Триган-Д: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=Trigan= / Instruktziya po primeneniyu preparata Trigan-D: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=Trigan= [in Russian]
10. Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade R. Diagnosis and management of IBS in adults. Am Fam Physic 2012; 86 (5): 419–26.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Верткин Аркадий Львович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапии, клин. фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». E-mail: kafedrakf@mail.ru
Шамуилова Марина Мириковна – д-р мед. наук, проф. каф. терапии, клин. фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». E-mail: kafedrakf@mail.ru
Кнорринг Герман Юрьевич – канд. мед. наук, доц. каф. терапии, клин. фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». E-mail: knorring@mail.ru
Алиева Патима Данияровна – ассистент каф. терапии, клин. фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова». E-mail: kafedrakf@mail.ru