Е.К. Сычева, А.Ф. Неретина, Л.В. Ульянова, Е.Б.Сокол, Т.И. Булатова, А.В. Мясоедова

АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ

Каф. педиатрии лечфакультета ВГМА им. Н.Н. Бурденко, ОДБ №2, г. Воронеж

Актуальность. Участковым педиатрам, врачам скорой помощи, ординаторам детских стационаров практически ежедневно приходится иметь дело с детьми, предъявляющими жалобы на боли в животе. Срочной медицинской помощи требуют остро возникающие абдоминальные боли в сочетании с интоксикацией и признаками раздражения брюшины.

Самым распространенным хирургическим заболеванием в детском возрасте является острый аппендицит, диагностика которого представляет большие трудности.

По М. Хартлоу (1990), крайне опасными состояниями, определяющими неотложность диагностических и лечебных мероприятий при острой боли в животе, являются аппендицит, кишечная непроходимость, инвагинация, острый перитонит. Срочная диагностика необходима и при ряде нехирургических заболеваний: остром энтерите с эксикозом, пневмонии, миокардите, ацетонемической рвоте, диабетической коме, эклампсической уремии, менингите, энцефалите, проглоченных инородных телах, эхинококковой кисте брюшной полости, язвенной болезни.

В задачу настоящей работы входит определение структуры острой абдоминальной боли у детей, поступающих по «скорой помощи» в детскую многопрофильную больницу, и у которых была исключена хирургическая патология.

Материал и методы исследования.Был проведен анализ 140 историй болезни детей в возрасте 0-14 лет (61 мальчиков, 79 девочек).

Патология верхних отделов пищеварительного тракта была диагностирована у 49 детей (35%), гастрит и гастроэнтерит (25%), язвенная болезнь (2%), ацетонемическая рвота (3%), печеночная колика, дискинезия желчевыводящих путей, холецистит (2%).

Второе место по распространенности абдоминальной боли заняла патология кишечника: кишечная колика определялась у 1.7% детей, острые кишечные инфекции (1.7%). Уточнение диагноза кишечной колики позволило у значительной части больных диагногстировать врожденную патологию толстой кишки. Нередко подобная клиника была обусловлена перенесенной кишечной инфекцией, массивной антибактериальной терапией, нарушением питания, вегето-висцеральными дисфункциями.

Особую группу представляли дети с внеабдоминальным болевым синдромом при заболеваниях, не связанных непосредственно с поражением органов брюшной полости. У 19 детей (1.9%) острая разлитая боль в животе была связана с острой пневмонией (у 10 детей в возрасте до 1 года), у 6 детей диагностирован плеврит, у 4 детей – деструкция легочной ткани.

Наибольшую сложность для врача представляет трактовка хронической абдоминальной боли, вызванной не органическими, а функциональными расстройствами пищеварительного тракта (нарушение моторики и секреции).

Классификация функциональных гастроинтестинальных расстройств включают пищевые расстройства, гастродуоденальные, кишечные абдоминальные и билиарные расстройства.

Самым распространенным и наиболее изученным среди функциональных расстройств является синдром раздраженного кишечника. В зависимости от ведущего симптома выделяют 3 клинических варианта синдрома раздраженного кишечника.

Функциональные расстройства, по данным литературы, встречаются у 30% взрослых (у детей чаще), однако в проводимом исследовании такая патология не была диагностирована, хотя у многих больных были выявлены неяркие и скудные по клинической картине дискинетические расстройства со стороны верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Видимо увлечение инструментальными методами исследования приводит к формализму и появлению стереотипных диагнозов «хронических гастродуоденитов», «дисбиозов кишечника», особенно у детей с патологией центральной и вегетативной нервной системы, других органов.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ изученных историй болезни позволил установить особенности клинической картины заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

Изучение анамнеза позволило установить в большинстве случаев хронический, рецидивирующий характер абдоминальной боли, слабовыраженной или умеренной по интенсивности. Характер боли был различным: от схваткообразной, сильной, приступообразной, колющей до ноющей, продолжительной и слабой, давящей или тупой длительной. Боль чаще локализовалась в эпигастральной области в правом подреберье, околопупочной области, чаще возникновение боли дети не связывают с приемом пищи; реже отмечаются голодные и ночные боли или связанные с перееданием и физической нагрузкой.

При пальпации отмечают болезненность, иногда и напряжение брюшной стенки в эпигастрии и пилородуоденальной зоне, в точке Дежардена, Кача, Мейо-Робсона, положительные симптомы Ортнера, Кера.

При эндоскопическом исследовании, проведенном всем больным, диагностирован поверхностный гастрит, бульбит у 63%, гастроэзофагальный рефлюкс у 40%, эрозивный гастродуоденит у 26,8%, у 10% слизистая имела вид «булыжной мостовой». Увеличение желчного пузыря , по данным УЗИ, диагностировано у 21% детей, деформация желчного пузыря – у 42%, холестаз – у 15,8%; у 20% изменение структуры и размеров поджелудочной железы.

У большинства детей 10-13 лет определяют признаки вегето-сосудистой дистонии; увеличение печени и селезенки, изменения биохимических показателей ни у кого из детей не были установлены. В анамнезе у 25% отмечался атопический дерматит, у многих – гастроэнтерологическая

патология, очаги инфекции в носоглотке. Генетические данные анамнеза оказались недостаточными.

Дети поступали в хирургический стационар чаще на 1-3 день заболевания, 26,3% - в тяжелом состоянии, 63,2% - в среднетяжелом.

Тяжесть состояния была обусловлена в 10% токсическим состоянием, в 16% - дегидратацией. В период наблюдения и установления диагноза дети задерживались в отделении интенсивной терапии в течение 1-5 дней, у детей с ацетонемической рвотой, реактивным панкреатитом инфузионная терапия была продолжена в гастроэнтерологическом отделении. У большинства детей улучшение состояния отмечалось на 6 день терапии.

Согласно литературным данным (1), 70-90% гастритов и гастродуоденитов у детей 3-14 лет ассоциирован с H. pylori и носит гиперпластический характер. Этот признак принимается за диагностический тест (диагностическая точность 80%) (4).

Необходимость эрадикационной терапии при хронических гастродуоденитах в настоящее время не вызывает сомнений. В соответствии с вышеизложенным, в лечении детей применялись высокоэффективные антибактериальные препараты (амоксициллин, макролиды) с подавляющими продукцию соляной кислоты средствами, антациды. Терапия проводилась в течение 7-10 дней и продолжалась приемом антацидов в течение нескольких недель. В случае ГЭР назначались, кроме того, препараты, нормализующие моторику желудка (3,1).

У 20 % больных хроническим гастродуоденитом по данным эхографических исследований установлен «реактивный панкреатит», хотя диагностические критерии этого состояния недостаточно разработаны. Экспериментальными данными (1,7) доказано, что вакуолизирующий токсин H.p. ингибирует выработку ферментов поджелудочной железы. Этот факт объясняет вторичную панкреатическую недостаточность у этих детей и оправдывает назначение заместительной и корригирующей терапии ферментами.

При дискинезии желчевыводящих путей применялась традиционная терапия, включающая диетический режим, желчегонные препараты, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры.

Средняя продолжительность пребывания на койке составила 11,5 дней, выписывались все дети в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. После исключения хирургической патологии наиболее частой причиной абдоминальной боли являются гастроэнтерологические заболевания;

2. Диагностическими критериями гастроэнтерологической боли являются данные анамнеза (хронический, рецидивирующий характер боли, ее локализация, наследственная отягощенность по поражению желудочно-кишечного тракта, очаги инфекции в носоглотке, аллергия, неврологические заболевания);

3. Объективное обследование должно быть максимально полным, не фиксирующим внимание только на органах брюшной полости. Необходимо обращать внимание на симптомы, сопутствующие боли: диарея, одышка, цианоз, кашель, катаральные явления в легких,рвота, метеоризм);

4. Интерпретация болей в животе должна основываться, прежде всего, на данных физикального обследования и анамнеза и лишь подтверждаться высоко профессиональной оценкой результатов проведенных инструментально-лабораторных исследований;

5. Проведение комплексного лечения детей с рецидивирующими болями в животе позволит снизить число больных, доставляемых в хирургический стационар с подозрением на аппендицит.

Литература.

1. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии. - Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т.1, №1. – С.12-16.

2. Белоусова Е. Абдоминальная боль. - Врач. – 2002. - №2. – С.16-20.

3. Васильев Ю.В., Ли И.А. Опыт лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. - Лечащий врач. – 2002. - №6. – С.40-43.

4. Григович И.Г., Фомичев Д.В. Боли в животе у детей (Helicobacter pylori и острый аппендицит). - Детская хирургия. – 2001. – №2. – С.4-5.

5. Конюхов А.В. Абдоминальный синдром у детей. - Российский семейный врач. – 2001. - №2. – С.33-38.

6. Минушкин О.Н. Абдоминальная боль. Дифференциальная диагностика, возможные лечебные подходы. – Русский медицинский журнал. – 2002. – Т.10, №15. – С. 624-628.

7. Римарчук Г.В. Лечение хронического панкреатита у детей. Русский медицинский журнал. – 2001. - Т.7, №11. – С.495-499.

Abstract

E.K. Sichyova, A.F. Neretina, L.V. Ulianova, E.B. Sokol, T.I. Bulatova, A.V. Myasoediva

ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN

Pediatric Department, General Medicine Faculty, N.N. Burdenko VSMA; Regional Pediatric Hospital No2, Voronezh

It was found that abdominal pain is most often caused by gastroenterological diseases after the exclusion of surgical pathology. Objective examination has to be maximum full; the attention should not be focused on abdominal organs only. It is required to pay attention on symptoms accompanying the pain: diarrhea, dyspnea, cyanosis, cough, catarrhal sings in lungs and meteorism). Complex treatment delivered to children with recurrent abdominal pains will enable to reduce the number of patients, admitted to surgical hospital and suspected to have appendicitis.