

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В

ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Боли в животе могут быть одной из самых вероятных причин беспокойства и плача ребенка:

- около 23% детей к 6–недельному возрасту кричат по ночам, страдая от кишечных колик
- в школьном возрасте жалобы на боли в животе предъявляют более половины детей
- в 50–70% случаев боли в животе реализуются в хронические гастроэнтерологические заболевания

- ***Боль*** – это неприятное чувство, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описанное в терминах этого повреждения*

*The International Association for the Study of Pain (IASP®)

Механизмы болей в животе

Боль является следствием возбуждения рецепторов поврежденной ткани

соматические болевые механорецепторы
(ноцицепторы) –
имеют высокий порог чувствительности, их стимуляция вызывает чувство боли

висцеральные полимодальные рецепторы –
при слабом раздражении передают информацию о состоянии органа и лишь при сильном дают ощущение боли

Соматические боли

Соматическими рецепторами богато снабжена париетальная брюшина, брыжейка, они есть в желчных протоках и мочеточниках

Соматическая боль:

- характеризуется строгой локализацией
- пациенты могут указать место ощущения максимума боли одним или двумя пальцами

Висцеральные боли

- исходят из любых полых органов
- боль не строго локализована
- обычно локализуются по средней линии живота или рядом с ней и воспринимаются как сжимающая, колющая или пронзающая боль
- чаще обусловлены спазмом или растяжением вследствие препятствия прохождению по пищеварительному тракту
- их максимум может ощущаться вовсе не в зоне возникновения
- сопровождаются тошнотой, рвотой, бледностью, потливостью, беспокойством больного

Причины:

- быстрое повышение давления в полых органах
- напряжение капсулы
- интенсивное сокращение мышц

Варианты течения болей в животе

Острая боль

условная
граница 3 мес.



*Продолжающаяся боль
(хроническая)*

Рецидивирующие боли

Острые боли в животе

I. Острые воспалительные заболевания брюшной полости:

- Острый аппендицит
- Острый дивертикулит Меккеля
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Перитонит

II. Острые нарушения проходимости по желудочно–кишечному тракту:

- Острая кишечная непроходимость, в том числе инвагинация
- Ущемление грыжи

III. Перфорация полых органов:

- Перфорация язв желудка или двенадцатиперстной кишки
- Перфорация дивертикулов

Острые боли в животе

IV. Кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость:

- Разрыв селезенки
- Разрыв печени
- Разрыв брюшной аорты
- Разрыв яичника

V. Нарушение кровообращения в органах брюшной полости при тромбозах и эмболии мезентериальных сосудов

Аппендицит

- Весьма сложен для диагностики, особенно у детей младшего возраста. Около 2% детей, оперированных по поводу аппендицита, младше 3 лет. В этой группе аппендицит несравнимо более грозное заболевание, чем у подростков и взрослых, т.к. частота перфорации, по некоторым публикациям, достигает 90%
- У детей раннего и младшего возраста целесообразно выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости.
- У детей сходную с аппендицитом клиническую картину дают мезоадениты, особенно сальмонеллезной этиологии и при вирусных инфекциях

Острый панкреатит

Причины:

- инфекции
- прием лекарственных препаратов
- врожденные аномалии вирсунгова протока
- муковисцидоз
- гемоглобинопатии
- полное парентеральное питание
- у подростков провокаторами являются алкоголь, травмы

Инвагинация

Едва ли не *самая* частая причина *обструкции кишечника* у детей младшего возраста (чаще у мальчиков)

Дебютирует как периодически возникающие боли в животе спастического характера, сопровождающиеся криком ребенка и приведением ног к животу

Обычно причину инвагинации выяснить *не удается*.

В 10-15% всех случаев инвагинация может развиваться на фоне полипозов, Меккелева дивертикула, геморрагического васкулита (пурпура Шенлейн — Геноха), тупой травмы живота с гематомой тонкой кишки или брыжейки, гельминтозов, инородных тел, липом, длительного парентерального питания, предшествующих диарей. Обсуждается роль энтеро- и ротавирусов.

Инвагинация

Среди леченых *консервативно*:

- у 6-7% повторный эпизод инвагинации развивается в ближайшие сутки
- у 9-10% — в ближайшие 4 месяца

Среди *оперированных* младенцев повторный эпизод инвагинации регистрируется у 10-12%. У детей старшего возраста описан вариант рецидивирующей инвагинации с самостоятельным завершением обструкции

Успех лечения всех заболеваний,
проявляющихся симптомами «острого
живота», зависит от:

- правильности и своевременности постановки диагноза
- тщательно собранного анамнеза
- внимательного, объективного обследования

Диагностика при острых болях в животе

- При *оценке* жалоб больного надо помнить, что боль всегда *субъективна*
- Врач должен больше ориентироваться на *косвенные признаки*: изменение поведения, положения, активности ребенка, а также данные объективного осмотра

Среди *клинических признаков* следует выделить наиболее значимые «симптомы тревоги»:

- Возникновение боли, как первого симптома болезни
- Отказ от еды, изменение поведения (громкий плач, резкое беспокойство или малоподвижность, вынужденное положение)
- Пробуждение от болей или невозможность уснуть
- Появление рвоты на фоне болей
- Отсутствие стула и газов
- Бледность, холодный пот
- Тахикардия, не соответствующая температуре
- **Напряжение мышц передней брюшной стенки**

Дополнительные методы диагностики

- клинический анализ крови (для оценки активности воспалительных изменений)
- обзорный снимок брюшной полости в вертикальной позиции (для исключения кишечной непроходимости, перфорации, диафрагмальной грыжи)
- ультразвуковое исследование брюшной полости (для исключения изменений в почках, желчном пузыре и поджелудочной железе)
- фиброэзофагогастродуоденоскопию (только при подозрении на кровотечение из верхних отделов ЖКТ)

Рецидивирующие боли в животе -

3 и более эпизода за последние 3 месяца, нарушающих повседневную активность ребёнка

Причины:



- Анатомические
 - Биохимические
 - Инфекционные
 - Неинфекционные воспалительные
 - Функциональные
- Органические
 - Неорганические (психологические)

РБЖ у детей первых месяцев жизни: кишечные колики

- как правило, появляются к 6–недельному возрасту и могут наблюдаться до 3–4 мес. жизни
- обусловлены напряженностью процессов пищеварения в условиях физиологической незрелости ЖКТ и максимальной функциональной нагрузки на кишечник
- сохраняется хороший аппетит, хорошая прибавка в весе, эмоциональный настрой, нормальный стул, возможны нечастые срыгивания
- *Для диагностики* используют так называемое «правило трех»:
- плач в течение 3 и более часов в сутки (обычно не более 1 часа)
- не менее 3 дней в неделю
- на протяжении 3 недель подряд

РБЖ у детей первых месяцев жизни могут быть симптомами серьезных заболеваний

- Кишечные инфекции
- Пищевая аллергия
- Аномалии ЖКТ (атрезии, мальротация, кисты, грыжи, стенозы и т.д.)
- ГЭРБ

Симптомы тревоги:

- Диарея, слизь и, возможно, кровь в стуле
- Кожные проявления аллергии
- Упорные срыгивания и рвоты
- Нарушение весовых прибавок
- Упорные запоры

Наличие симптомов тревоги требует углубленного обследования:

- Микробиологическое исследование кала
- Копрограмма
- Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием (пассаж и ирригография)
- ФГДС
- УЗИ брюшной полости

Наиболее вероятные причины болей у детей в возрасте 2-5 лет:

- Гастроэнтерит
- Запор
- Инфекция мочевыводящих путей
- Вирусные инфекции
- Пурпура Шенлейн — Геноха
- Мезоаденит

Наиболее вероятные причины болей у детей в возрасте 6-11 лет:

- Гастроэнтерит
- Запор
- *Функциональные боли*
- Инфекция мочевыводящих путей
- Вирусные инфекции
- Пурпура Шенлейн — Геноха
- Мезоаденит

Для функциональных болей характерно:

- Отсутствия прогрессирования в течении заболевания
- Меняющийся характер жалоб
- Оценка ребенком болей как очень сильные
- Наличие многочисленных жалоб, касающихся других органов и систем
- Короткий анамнез
- Завышенные требования родителей к ребенку, наличие проблем в школе
- Эмоциональный стресс в семье
- Отсутствие объективных изменений при обследовании

Для функциональных болей не характерны:

- Локальная стереотипная боль
- Пробуждение от болей во сне
- Особое поведение во время приступов
- Анорексия
- Рвота
- Упорные запоры или диарея
- Наличие хронических заболеваний ЖКТ у членов семьи
- Отставание в физическом развитии или потеря массы тела
- Лихорадка
- Боли в суставах
- Кровь в стуле

Наиболее вероятные причины болей у подростков в возрасте 12-18 лет

- Гастроэнтерит
- Запор
- Холелитиаз
- Дисменорея
- Воспалительные заболевания таза
- Аборт
- Внематочная беременность
- Перекрут яичек/яичников

При анализе жалоб ребенка и его родителей следует обратить внимание на:

- Длительность болей: кратковременные боли обычно связаны с моторными нарушениями, длительные (более 3 часов) – с воспалительными причинами
- Связь болей с приемом и характером пищи
- Связь болей с дефекацией
- Наличие симптомов «верхней диспепсии» – отрыжка, изжога, тошнота, рвота
- Нарушения стула

При осмотре:

- Оценка физического развития
- Физикальное состояние всех органов и систем
- Пальпация живота

По локализации болей (и болезненности) и сочетанию диспепсических симптомов можно выделить 3 группы:

1. Пароксизмальные боли в мезо– и гипогастрии без диспепсических симптомов
2. Боли (или болезненность) в эпигастрии, в том числе с симптомами «верхней диспепсии»
3. Боли в мезо– и гипогастрии с нарушением функций кишечника

1. Пароксизмальные боли в мезо– и гипогастрии без диспепсических симптомов

- Обычно бывают *приступообразными*, довольно *интенсивными*, *не связанными* с приемом и характером пищи или дефекацией
- Боли проходят самостоятельно или после приема спазмолитиков
- Пальпаторно обычно *не удается* обнаружить локальной болезненности, но может быть небольшое вздутие живота

Причины:

- Паразитарные инвазии
- Кишечные инфекции (йерсиниоз)
- Рецидивирующая неполная кишечная непроходимость (мальротация, дивертикул Меккеля)
- Нарушение фиксации толстой кишки (синдром Пайра)
- Заболевания почек (пиелонефрит, гидронефроз и т.д.)
- Гинекологическая патология у девочек
- Синдром раздраженного кишечника (СРК)

Обследование должно включать:

- Клинический и биохимический анализ крови
- Клинический анализ мочи
- Посев кала на ОКИ
- Исследование кала на паразиты (яйца гельминтов, лямблии)
- Ирригографию
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- Допплерографию сосудов брюшной полости

2. Боли в эпигастрии, в том числе с симптомами «верхней диспепсии»

Боли в *эпигастрии* чаще бывают связаны с приемом пищи и проявляются в виде двух основных вариантов функциональной диспепсии:

1. язвенноподобного (характеризуется ноющими болями натощак, купирующимися пищей)
2. дискинетического (характеризуется чувством тяжести, переполнения, быстрого насыщения в сочетании с отрыжкой и тошнотой).

Среди детей с жалобами на *эпигастральные боли* в 25% случаев встречается сопутствующая патология желчевыводящих путей (дискинезии, редко – желчно–каменная болезнь), поджелудочной железы (панкреатит). *Причиной* болей может быть лямблиоз.

Обследование должно включать:

- ФГДС с биопсией из антрального отдела желудка
- Исследование на НР
- 24–часовую внутрижелудочную рН–метрию
- УЗИ брюшной полости с оценкой сократительной функции желчного пузыря
- Исследование кала на лямблии
- Определение ферментов печени, амилазы

3. Боли в мезо– и гипогастрии с нарушением функций кишечника

Встречаются при многих заболеваниях, имеющих разную природу: инфекционную, воспалительную, анатомическую, функциональную

Важно учитывать наличие у ребенка «симптомов тревоги»:

- отставание в физическом развитии
- лихорадка
- кровь в стуле
- боли в суставах
- оценивать выраженность и продолжительность диареи и запоров

Возможные причины:

- Целиакия
- Пищевая аллергия
- Паразитозы
- Кишечные инфекции (йерсиниозы, кампилобактериоз, сальмонеллез)
- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит)
- Аномалии толстой кишки (болезнь Гиршпрунга с ультракоротким сегментом, долихосигма, нарушения фиксации толстой кишки)
- Дисахаридазная недостаточность (лактазная, сахарозо–изомальтазная)
- СРК

Обследование должно включать:

- Клинический и биохимические анализы крови
- Копрограмму и паразитологическое исследование
- Посев кала на ОКИ
- ФГДС с биопсией из тонкой кишки и морфологическое исследование биоптатов
- Фиброколоноскопию
- Ирригографию
- Исследование крови на антиглиадиновые антитела, антитела к эндомизию, тканевой трансглутаминазе тонкой кишки
- Иммунологическое исследование, в том числе антитела к пищевым антигенам
- Сахарную кривую с лактозой (или другими дисахаридами) или водородный тест

Дифференциальная диагностика болей в животе

Пораженный Орган	Наиболее частая причина	Другие основные симптомы	Вспомогательные исследования
Желудок	Обструкция пилорического отдела	Тошнота, рвота	ЭГДС
	Гастрит	Тошнота, боль	ЭГДС
Тонкая кишка	Механическая обструкция	Тошнота	Рентгенография: лежа и стоя
	Энтерит	Понос, вздутие	
	Илеус механический	Вздутие, рвота	Рентгенография: лежа и стоя

Дифференциальная диагностика болей в животе

Пораженный Орган	Наиболее частая причина	Другие основные симптомы	Вспомогательные исследования
Толстая кишка	Механическая обструкция	Вздутие	Рентгенография: лежа и стоя. Эндоскопия
	Колит	Диарея	Эндоскопия
Аппендикс	Воспаление	Миграция боли	Эхография
Желчный проток	Камень	Тошнота	Ретроградная холангио-панкреатография
	Стриктура	Желтуха	Эхография
Поджелудочная железа	Воспаление, некроз	Боли в животе, гиповолемия	Амилаза, эхография, КТ

Дифференциальная диагностика болей в животе

Пораженный Орган	Наиболее частая причина	Другие основные симптомы	Вспомогательные исследования
Почки и мочеточники	Камень	Гематурия	Экскреторная (внутривенная) пиелография
Яички	Перекрут	Тошнота, резкая чувствительность мошонки	Допплерграфия Эхография
Матка, трубы	Аборт	Кровотечение	Per vaginem: открытая шейка матки
	Дисменорея	—	

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ