

**О.В. НИКАНДРОВА, В.М. ДЕЛЯГИН, А. УРАЗБАГАМБЕТОВ**

616-079.4

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, г. Москва

Принципы дифференциальной диагностики синдрома болей в животе

Делягин Василий Михайлович

доктор медицинских наук, заведующий отделом педиатрии и реабилитации детей и подростков

117997, г. Москва, Ленинский проспект, д. 117, корп. 2, тел. (495) 936-90-76, e-mail: delyagin-doktor@yandex.ru

Обсуждаются принципы дифференциальной диагностики синдрома болей в животе. Представлены возрастные особенности синдрома. Приведены наиболее важные причины острых, рецидивирующих и хронических болей. Даются рекомендации по тактике врача.

Ключевые слова: боль в животе, дифференциальная диагностика, органические причины, функциональные расстройства.

O.V. NIKANDROVA, W.M. DELYAGIN, A. URASBAGAMBETOV

Federal Scientific Clinical Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow

Principles of differential diagnosis of abdominal pain

The principles of differential diagnosis of abdominal pain syndrome discusses. Age characteristics of the syndrome and the most important causes of acute, recurrent and chronic pain are presented. The recommendations on the tactics of a doctor are given.

Keywords: abdominal pain, differential diagnosis, organic cause, functional disorders.

Пожалуй, нигде больше, как в брюшной полости, широчайший спектр патологических состояний, самых разнообразных по строению и функции тканей и органов, не проявляется одним генеральным симптомом — болью. Вдобавок к этому боль, воспринимаемая пациентом как абдоминальная, может быть только иррадиацией боли из других регионов (плеврит, инфаркт миокарда). Боль нельзя измерить подобно тому, как мы это делаем по отношению к артериальному давлению или температуре тела. То, что один пациент воспринимает как нестерпимую, интенсивную боль, другой стоически охарактеризует как умеренную боль. И в то же время мало найдется жалоб на боли иной локализации, которые врач воспринимал бы с такой тревогой, как боли в животе. Т.е. субъективное чувство боли врач должен уметь объективно интерпретировать, находить иные признаки. Для нас этот процесс подобно выкладыванию мозаики вокруг основного и наиболее яркого камушка (боли). С той только разницей, что некоторые кусочки смальты еще надо отыскать, часть вообще недоступна, время ограничено, а цельную картину сложить надо. Но при выкладывании диагностической мозаики предстоит выполнить не только роль диагноста и лечащего врача, но еще аналитика и организатора, т.к. рядом с интернистом (педиатром) над этой же мозаикой начинают трудиться хирурги, радиологи, эндоскописты, биохимики и т.д.

Боли в животе требуют прежде всего исключения инфекции и паразитозов. Около 40% взрослого населения являются эпи-

зоидически носителями карликового цепня, гименолепидоз переносят 80% детей, посещающих детский сад. Практически все «организованные дети» переносят энтеробиоз. В субтропических и тропических регионах не менее 30% населения являются носителями 2 и более видов гельминтов одновременно [1, 2].

Органы брюшной полости иннервируются двумя путями. Из собственных тканей и висцеральной плевры по веточкам вегетативной нервной системы формируется т.н. висцеральная боль. Из стенки брюшной полости и париетальной брюшины, снабжаемых веточками центральной нервной системы, исходит чувство т.н. соматической боли.

Висцеральные боли обычно локализуются по средней линии живота или рядом с ней. Основными причинами висцеральных болей являются быстрое повышение давления в полых органах, напряжение капсулы, интенсивное сокращение мышц. Чаше висцеральные боли манифестируют как колики, т.е. периодическое болезненное сокращение стенки кишки, чередующееся с относительно свободными от болей промежутками. В целом же висцеральные боли (колики) исходят из любых полых органов, проводятся по nn. splanchnici, воспринимаются как сжимающая, колющая или пронзающая боль, сопровождаются тошнотой, рвотой, бледностью, потливостью, беспокойством больного. Усиливаются в покое и облегчаются при поворотах в постели, ходьбе, маленькие дети сучат ножками. Дифференциальную диагностику (ДД) колик, исходящих из различных органов (см. табл. 1).

Соматические боли исходят из париетальной брюшины, стенки брюшной полости, из ретроперитонеального пространства. Проводятся по чувствительным веточкам сегментарных нервов, воспринимаются как острая или тупая длительная боль. Причинами являются любые повреждения тканей. Этот тип болей характеризуется постоянством, локализуется в месте наибольшего поражения (например, правая нижняя часть живота при аппендиците), не зависит от положения тела, облегаются в покое, при вынужденном положении. Иррадиация болей соответствует нейросегменту пораженного органа. Локализация чаще асимметрична. Усиливаются при движениях, кашле, сотрясениях кровати. Для практических целей наиболее оправдано деление болей на острые («острый живот») и хронические или хронически рецидивирующие. Ведение пациента с болями в животе — постоянный или эпизодический (но от этого не менее важный) контакт терапевта (педиатра) и хирурга. При анализе боли врач должен ответить на следующие вопросы: 1) начало; 2) условия появления или усиления; 3) развитие; 4) миграция; 5) локализация и радиация; 6) характер; 7) интенсивность; 8) продолжительность; 9) условия облегчения боли.

Остро возникшие боли интерпретируются по началу, интенсивности, месту возникновения и общему состоянию пациента. Точный ответ на эти вопросы важен для ДД хирургических и терапевтических острых болей в животе. Этот выбор всегда очень сложен и ответственен. Даже после, казалось бы, окончательного ответа на поставленный вопрос в пользу неоперативного, терапевтического лечения, в пользу т.н. терапевтических острых болей, врач должен постоянно возвращаться к проблемам ДД этих двух больших групп болей (хирургической и терапевтической). Острая боль может быть началом нового заболевания (например, аппендицит), или неожиданным проявлением хронического (пенетрация язвы желудка).

Для целей ДД важна стандартизация характеристик боли (табл. 2). Следует помнить о хронических болях в животе, периодически обостряющихся, менее интенсивных, без хирургически точной локализации, без показаний к немедленному хирургическому вмешательству. «Острый живот» характеризуется остро, в течение нескольких часов возникшими интенсивными болями в животе неуточненной этиологии, которые по локальной и общей симптоматике воспринимаются как неотложная хирургическая ситуация.

Показаниями для консультации хирурга являются:

1. Боль в животе неясной этиологии.
2. Подозрение на наличие хирургической патологии.
3. Стабильный, выраженный или прогрессирующий болевой синдром с признаками ухудшения общего состояния.
4. Травма живота.
5. Рвота желчью или содержимым толстой кишки.
6. Абдоминальная мышечная защита, не снимаемая при отвлечении ребенка (ригидность брюшной стенки).
7. Вздутие живота с диффузным тимпанитом.
8. Признаки скопления в брюшной полости жидкости или крови.

При хирургическом «остром животе» основным симптомом являются интенсивные боли, коликообразные или продолжительные, часто сопровождаемые симптомами раздражения брюшины и/или илеусом, что не наблюдается при терапевтической патологии. В противоположность коликообразным висцеральным болям (боли при холелитиазе, механическом илеусе), при которых пациенты мечутся в постели, буквально скрючиваются от боли, при соматической боли (перитонит) пациенты неподвижны, лежат на спине. Определяются мышечная защита, симптом Щеткина — Блюмберга, боль при перкуссии

в месте наибольшего раздражения брюшины. В целях дальнейшей ДД необходимо провести перкуссию области печени (тупость отсутствует при пневмоперитонеуме), аускультацию кишечных шумов («гробовая тишина» при перитоните, высокие металлические звуки при механическом илеусе), ректальное и гинекологическое обследования. Местные признаки сопровождаются общей симптоматикой: повышение температуры, лейкоцитоз с нейтрофилезом и токсической зернистостью, рвота, задержка газов и стула, тахикардия, нитевидный пульс, сухой язык, мучительная жажда, экзикоз, запавшие глаза и щеки, заострившийся нос, пятнистая гиперемия лица, беспокойство, холодный пот, падение АД. Эти общие изменения свидетельствуют как о хирургической патологии, так и о распространенности и тяжести процесса.

Состояниями, угрожающими жизни при «остром животе», являются сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения водно-электролитного баланса, экзикоз, септические осложнения. Крайне тревожными, критическими признаками являются шок, олигурия, илеус, перитонит.

Причины «острого живота»: острый аппендицит, острый механический илеус, ущемленная грыжа, травма органа брюшной полости (разрыв селезенки, печени, кишечника, кисты), спайки после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, опухолевые и воспалительные стенозы, инвагинация, обструкция инородными телами, в т.ч. желчными камнями, дивертикулит; язва желудка и кишечника, перфорация, острый холецистит с перитонитом, перекрут сальника, кисты, опухоли, разрыв маточной трубы при внематочной беременности, сосудистая патология (тромбоз мезентериальных артерий, эмболия бифуркации аорты или аневризма аорты).

Признаки «острого живота», чаще не требующие оперативного вмешательства, возникают при остром панкреатите, остром холецистите, острых гастрите, энтероколите, дивертикулите, раздраженной толстой кишке, при остром гепатите, острой застойной печени, алкогольном гепатите, гемохроматозе, нефролитиазе, цистопиелите, аднексите, срединных болях, а также при мезентериальном лимфадените, идиопатической интестинальной псевдообструкции, аллергических абдоминальных кризах, туберкулезном, гонококковом, хламидийном перитонитах, семейной средиземноморской лихорадке (периодической болезни).

Наиболее частыми причинами «хирургического острого живота» являются перфорация опухоли желудка, язвы желудка и 12-перстной кишки, вклинение желчного камня в желчный проток, острый холецистит, острый панкреатит, ущемленные пупочная, паховая и бедренная грыжи, острый аппендицит, илеус, дивертикулит, рак толстого кишечника.

Постепенно начинающиеся боли типичны для язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки, гастрита, растяжения желудка, холецистита, низкой механической обструкции тонкой кишки, меккелевского дивертикулита, опухоли или инфаркта тонкой кишки, кисты брыжейки, мезоаденита, панкреатита, дивертикулита, колита, перфорирующей опухоли (обычно желудка или тонкой кишки), аппендицита, абсцессов брюшной полости, пиелонефрита, цистита, острой задержки мочи, камня мочеточника, сальпингоофорита, угрожающего аборта, простатита-везикулита, ущемленной грыжи. Медленно начинающиеся боли типичны для неоплазм, хронических воспалительных процессов, обструкции толстой кишки опухолью.

Многие пациенты связывают начало болей с тупой травмой живота. Для врача очень важно соизмерить время начала болей и время травмы. Если есть совпадение, следует думать о разрыве внутреннего органа. Но нередко время начала болей и минимальной травмы совпадают случайно. Так, если пациент пожаловался на начало болей в спине после подъема тяже-



стей, но одновременно выясняется, что он прогрессивно худеет и отмечает быстрое насыщение во время еды, есть основания думать прежде всего о раке поджелудочной железы.

Сочетание локализации боли с симптомами раздражения брюшины и некоторыми другими признаками позволяет сразу выбрать группу болезней для ДД [3].

- Разлитые боли в животе с симптомом Щеткина — Блюмберга — диффузный перитонит. Разлитые боли без симптома Щеткина — Блюмберга — острый илеус: 1. Тонкокишечный (колики, рвота, запавший живот при высоком илеусе, метеоризм — при низкой непроходимости). Необходимо исследовать ворота возможных грыж, исключить спаечную непроходимость. 2. Непроходимость толстой кишки. Задержка стула и газов, рвота появляется поздно.

- Боли в эпигастральной области с раздражением брюшины — местный перитонит при перфорации язвы (живот как доска), острый панкреатит (мягкая мышечная защита).

- Боли в эпигастральной области без раздражения брюшины — острый гастрит, панкреатит, дебют аппендицита (через несколько часов боли опускаются вправо вниз), плевропневмония, перикардит, инфаркт миокарда, диабетическая кома, коллагенозы, порфирия, расслаивающая аневризма аорты.

- Боли в околопупочной области с раздражением брюшины — серозный перитонит.

- Боли в околопупочной области без раздражения брюшины — механический илеус, пупочная грыжа, острый энтероколит, раздраженная толстая кишка.

- Боли в правом подреберье с раздражением брюшины — острый холецистит, перфорирующая или пенетрирующая язва 12-перстной кишки, острый панкреатит, острый перигепатит, острый аппендицит.

- Боли в правом подреберье без раздражения брюшины — холелитиаз, абсцесс печени, острая застойная печень, гепатит, правосторонняя плевропневмония, почечная колика, опоясывающий лишай.

- Боли в левом подреберье с раздражением брюшины — перфорация язвы желудка, панкреатит, разрыв пищевода, разрыв селезенки.

- Боли в левом подреберье без раздражения брюшины — инфаркт селезенки или другие варианты поражения селезенки и левой почки, панкреатит, плеврит, инфаркт миокарда, ущемленная диафрагмальная грыжа.

- Боли в правой подвздошной области с раздражением брюшины — острый аппендицит, аднексит, разрыв маточной трубы, перекрут кисты яичника.

- Боли в правой подвздошной области без раздражения брюшины — энтерит регионарный, острый илеит, срединные боли, поражения яичника, меккелевский дивертикулит, панкреатит, тромбоз тазовых вен, паховая грыжа, коксит.

- Боли в левой подвздошной области с раздражением брюшины — острый дивертикулит. Остальное симметрично.

- Боли в левой подвздошной области без раздражения брюшины — дивертикулез толстой кишки, раздраженная толстая кишка, остальное — симметрично.

- Боли в надлобковой области — острая задержка мочи, расслаивающая аневризма аорты, острый тромбоз подвздошных сосудов.

Диагностика и ДД болей в животе зависят от возраста, пола, сопутствующих заболеваний, питания, генетических факторов, влияния внешней среды [4, 5].

Наиболее вероятные причины болей у детей первого года жизни:

- Аномалии развития¹
- Меконеальный илеус²

- Некротизирующий энтероколит³
- Инвагинация⁴
- Ущемленная грыжа
- Гастроэнтерит
- Инфантильные колики⁵
- Запоры
- Инфекция мочевыводящих путей
- Болезнь Гиршпрунга

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

- Гастроэнтерит
- Аппендицит⁶
- Запор
- Инфекция мочевыводящих путей
- Травма
- Инвагинация
- Вирусные инфекции
- Пурпура Шенлайн — Геноха
- Мезоаденит⁷.

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

- Гастроэнтерит⁸
- Аппендицит
- Запор⁹
- Функциональные боли
- Инфекция мочевыводящих путей¹⁰
- Травма¹¹
- Вирусные инфекции
- Пурпура Шенлайн — Геноха¹²
- Мезоаденит

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

- Аппендицит
- Гастроэнтерит
- Запор
- Холелитиаз¹³
- Панкреатит¹⁴
- Дисменорея
- «Срединные боли»
- Воспалительные заболевания таза
- Аборт
- Внематочная беременность¹⁵
- Перекрут яичек/яичников
- «Острая мошонка» (орхит, травма)¹⁶

1. Наиболее вероятными аномалиями развития кишечника, проявляющимися у новорожденных, в грудном и раннем детском возрасте, являются:

Атрезия кишечника и стенозы. Клинику определяет уровень обструкции. Высокая обструкция (атрезия пилорического отдела, пилоростеноз, атрезия 12-перстной кишки, кольцевидная поджелудочная железа и т.д.). Признаки: гидрамнион, большое количество желудочного содержимого, рвота (желчная рвота при обструкции ниже фатерова сосочка). УЗИ — желудок большого объема, гипертрофированный привратник, расширенная 12-перстная кишки. Рентген — отсутствие газов в кишечнике. Атрезия тощей кишки. Атрезия подвздошной кишки. Синдром маленькой нисходящей толстой кишки.

При аномалиях кишечника исключить хромосомные аномалии, пороки пищевода, сердца и почек.

2. Мекональный илеус. Муковисцидоз. Вздутый живот, большой объем желудочного содержимого. Рвота желчью. Видимая перистальтика. Рентген — большие вздутые петли кишечника. В газовых скоплениях в нижних отделах живота видны гранулярные уплотнения. Интраперитонеальные кальцинаты — при перфорации во внутриутробном периоде.

3. Некротизирующий энтероколит — некротизирующее воспаление желудочно-кишечного тракта чаще в терминальном отделе подвздошной кишки и в толстой кишке. Группа риска — недоношенные дети, маловесные, после перинатальной асфиксии. Клинические — непереносимость пищи, рвота желчью, вздутый болезненный бледный (позднее — гиперемированная отечная брюшная стенка) живот, отсутствие кишечных шумов, пневматоз стенки кишки, стул с кровью и слизью, централизация кровообращения, артериальная гипотония, дыхательная недостаточность, метаболический ацидоз, тромбоцитопения, перитонит, угроза перфорации кишки.

Таблица 1.
Дифференциальная диагностика колик, исходящих из разных органов

Пораженный Орган	Светлый интервал	Наиболее частая причина	Другие основные симптомы	Вспомогательные исследования
Желудок	нет	Обструкция пилорического отдела	Тошнота, рвота	ЭГДС
	нет	Гастрит	Тошнота, боль	ЭГДС
Тонкая кишка	1-5 мин. и меньше	Механическая обструкция	Тошнота	Рентгенография: лежа и стоя
	1-5 мин.	Энтерит	Понос, вздутие	
		Илеус механический	Вздутие, рвота	Рентгенография: лежа и стоя
Толстая кишка	5-20 мин.	Механическая обструкция	Вздутие	Рентгенография: лежа и стоя. Эндоскопия
	3-5 мин.	Колит	Диарея	Эндоскопия
Аппендикс	нет	Воспаление	Миграция боли	Эхография
Желчный проток	нет (обычно)	Камень	Тошнота	Холангиография Ретроградная холан-
		Стриктура	Желтуха	Гио-панкреатография Эхография
Поджелудочная железа	нет или очень короткий	Воспаление, некроз	Боли в животе, гиповолемия	Амилаза, эхография, КТ
Почки и мочеточники	Различен	Камень	Гематурия	Экскреторная (внутривенная) пиелография
Яички	нет	Перекрут	Тошнота, резкая чувствительность мошонки	Допплерграфия Эхография
Матка, трубы	2-5 мин.	Аборт	Кровотечение	Per vaginam: открытая шейка матки
	1-5 мин. или нет	Дисменорея	—	

4. Инвагинация — едва ли не самая частая причина обструкции кишечника у детей младшего возраста (чаще у мальчиков). Распространенность 1-4 на 1000 живорожденных. Обычно причину инвагинации выявить не удается. Связи между инвагинацией и характером питания не выявлено. Обсуждается роль энтеро- и ротавирусов. 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. У детей старше 6 лет наиболее частой причиной инвагинации считают лимфому или свинцовую интоксикацию. Инвагинация дебютирует как спастического характера периодически возникающие боли в животе, сопровождающиеся криком ребенка и приведением ног к животу. На первых этапах между эпизодами болей возможны светлые промежутки. Напряжение мышц брюшной стенки, угнетение сознания, судороги появляются позже. С учетом того, что в анамнезе нередко регистрируются вирусные

инфекции, в качестве первоначально-го диагноза иногда ссылаются на отит или иные воспалительные состояния. Регургитация и диарея коррелируют с длительностью болевого эпизода до врачебного вмешательства. Среди леченых консервативно у 6-7% повторный эпизод инвагинации развивается в ближайшие сутки, еще у 9-10% — в ближайшие 4 месяца. Результаты консервативной терапии инвагинации у детей старшего возраста значительно хуже, чем у детей младшего возраста. Среди оперированных младенцев повторный эпизод инвагинации регистрируется у 10-12%. Инвагинация может сохраняться несколько суток, если обструкция кишечника неполная. В этом случае периодически возникают боль в животе и симптомы энтероколита. У детей старшего возраста описан вариант рецидивирующей инвагинации с самостоятельным завершением обструкции.

5. Диагноз инфантильных колик — диагноз исключения. Могут наблюдаться при непереносимости лактозы. Инфантильный тип обусловлен дефектом гена лактазы в структурной части и прогностически крайне тяжел. Взрослый тип — результат полиморфизма гена в регуляторной части. Встречается у 30-40% европейцев и у 90-100% азиатов. Клиническая картина (боли в животе, вздутие, головные боли, анемия, остеопороз) вариабельна в зависимости от полиморфизма гена, характера питания, сопутствующих состояний.

6. Аппендицит — при всей, казалось бы, банальности диагноза, 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 взрос-

лых, т.к. частота перфорации, по некоторым публикациям, достигает 90%. Это обусловлено тем, что анамнез представляют родители, а не сам больной. Время начала болезни узнать невозможно. Ребенок боится осмотра и сопротивляется ему. Отсутствует анорексия, а рвота и понос более выражены, чем у старших. Так как гастроэнтерит у детей раннего возраста встречается очень часто, сведения о разжиженном стуле никак не наводят врача на мысль об аппендиците. Проблему иногда помогает решить наличие диареи у сиблингов, что, конечно, свойственно инфекционным гастроэнтеритам. У детей младшего возраста нет характерной миграции боли. В точку Мак-Бурнея боль мигрирует только через несколько часов после ее появления. Этот срок может затягиваться до 3 суток. Чем младше ребенок, тем реже боль локализуется в нижнем правом квадранте живота, оставаясь разлитой. Классический признак раздражения брюшины, получаемый резким отрывом ладони после глубокого медленного давления, в этой возрастной группе бесполезен. Этот тест приводит к гипердиагностике перитонитов. Значительно плодотворнее определять мышечную



Таблица 2.
Диагностически значимые характеристики начала боли

Признаки	Острая, неожиданная боль	Постепенное начало боли	Медленное начало боли
Начало	Секунды-минуты	От минут до часов и дней	Незаметное, от дней до недель
Воспоминание пациента о начале боли	С точностью до минут	Достаточно четкое, в пределах часа	Смутное, от часов до дней
Максимальная интенсивность	В начале	Спустя минуты — часы после начала	Через часы — дни после начала
Поведение пациента	Реакция на боль немедленная	Вначале пациент активен	Активность сохраняется длительное время после начала боли

защиту путем перкуссии. Ректальное исследование болезненно само по себе и мало что дает для диагноза.

У детей раннего и младшего возраста целесообразно выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости. Если, при наличии соответствующей клинической картины, удалось визуализировать копролит, то диагноз аппендицита можно считать достоверным. Свободный воздух в брюшной полости при перфоративном аппендиците — большая редкость (0-4%), поэтому искать данный признак нет смысла. У детей сходную с аппендицитом клиническую картину дают мезоадениты, особенно сальмонеллезной этиологии и при вирусных инфекциях.

7. Мезоаденит имитирует аппендицит. Воспаленные лимфатические узлы брыжейки осложняют течение бактериальной (иерсиниоз) или вирусной инфекции (аденовирусы, корь). Диагноз облегчается при наличии признаков респираторной инфекции (конъюнктивит, фарингит) и подтверждается данными ультразвукового исследования или компьютерной томографии.

8. Гастроэнтерит — самая частая причина болей в животе у детей. По нашим данным, не менее чем у 50% всех детей, доставленных в скорую детскую больницу с синдромом болей в животе, исключается диагноз хирургической патологии и выявляется гастроэнтерит. Диарея нередко присоединяется после манифестации болей, лихорадки и интоксикации. Из вирусных агентов чаще встречаются ротавирусы, аденовирусы, энтеровирусы, вирус Норволк. Из бактериальных возбудителей — кишечная палочка, сальмонелла, шигелла, иерсиния, кампилобактер.

9. Острый запор, как правило, органический. Хронический запор обычно функциональный (низкошлаковая диета). Боль локализуется преимущественно в левой половине живота и над лобком.

10. Признаком инфекции мочевыводящих путей являются лихорадка, учащенное болезненное мочеиспускание, боли в низу живота и над лобком, пиурия и бактериурия.

11. Травма живота чаще тупая, а не проникающая. Сочетается с повреждением кожи, мышц, интрамуральными гематомами, могут наблюдаться перфорация кишечника, разрыв или

гематома печени или селезенки, отрыв органа от сосудистой ножки.

12. Пурпура Шенлейн — Геноха манифестирует болями в суставах, лихорадкой, кожной пурпурой преимущественно на ногах (пурпура после пальпации), лейкоцитозом, повышением концентрации IgA, гематурией и протеинурией.

13. Холелитиаз характеризуется периодически усиливающимися болями в верхнем правом квадранте живота, иррадиирующими в угол лопатки или в спину. Возможны рвота, бледность, потливость, тахикардия, позднее — желтуха. Чем младше ребенок, у которого обнаружен холелитиаз, тем больше вероятности, что у него не диагностированы ранее субклиническая гемолитическая анемия, хронический вирусный гепатит, семейная гипербилирубинемия или перенесен в перинатальном периоде синдром сгущения желчи. Кроме того, в качестве фактора риска известно тотальное парентеральное питание.

14. Острый панкреатит у детей встречается нечасто. Провокаторами панкреатита у подростков являются алкоголь, травмы. Панкреатит возможен на фоне инфекции, приема лекарственных препаратов (особенно аспарагиназы), врожденных аномалий вирусного протока, муковисцидоза, гемоглобинопатий, полного парентерального питания. Состояние детей тяжелое, ноги подтянуты к животу. Характерно повышение концентрации амилазы, липазы и эластазы. В дебюте в 10-15% случаев концентрация амилазы не изменяется. После атаки острого панкреатита концентрация амилазы возвращается к норме быстрее, чем концентрация липазы или эластазы. Эхография или КТ позволяют обнаружить отек, увеличение органа, очаги некроза и кальцинаты как исход воспаления.

15. У девочек и девушек-подростков при болях в животе всегда следует тщательно собрать гинекологический анамнез, помнить о вероятных — беременности, аборте, инфекции малого таза.

16. У мальчиков и юношей-подростков боли внизу живота могут быть связаны с грыжами, застоем в малом тазу, травмами, передающимися половым путем инфекциями, орхоэпидидимитами.

При уточнении причин острых болей в животе и установлении показаний к оперативному вмешательству наблюдение в условиях стационара значит больше, чем лабораторная или инструментальная диагностика. По результатам нескольких рандомизированных исследований, показано, что разумное использование анальгетиков повышает точность диагностики у т.н. «хорошо кооперированных пациентов» [6]. Наблюдение за ребенком с острыми болями в животе, составление плана обследования и интерпретация результатов должны проводиться коллегиально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев А.Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. — Москва: Медпрактика-М, 2007. — 824 с.
2. Делягин В.М., Мальцев В.И., Румянцев А.Г. Лекции по клинической диагностике внутренних болезней. — Киев: Морион, 2007. — 663 с.
3. Green H., Glasscock R., Kelly M. (Edd.) Introduction of clinical medicine. — Philadelphia: B.C. Decker Inc., 1991. — 794 p.
4. Leung A., Sigalt D. Acute abdominal pain in children. // American Family Physician, 2003. — V. 67. — P. 2321-2326.
5. Niranga M., Shaman H., De Silva J. Recurrent Abdominal Pain in Children. // Indian Pediatrics, 2009. — v. 46. — PP. 389-399.
6. Pace S., Burke T. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. // Acad. Emerg. Medicine, 1996. — V. 3. — P. 1086-1092.