

- и Курск. гос. мед. ун-том. – Воронеж, 2007. – Т. 2. – С. 195–197.
4. Иванова М. Н. и др. // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 67–69.
  5. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. и др. // Хирургия. – 1990. – № 8. – С. 3–7.
  6. Корымасов Е. А., Горбунов Ю. В. // Вестн. хир. – 2003. – № 3. – С. 101–106.
  7. Кригер А. Г. и др. // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 25–29.
  8. Курбонов К. М., Гулов М. К., Нурназаров И. Г. // Вестн. хир. – 2006. – № 3. – С. 54–57.
  9. Лемешко З. А. // Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф. И. Комарова, А. П. Гребенева. – М., 1995. – Т. 2, ч. 2. – С. 265–280.
  10. Мишукова Л. Б. Комплексное ультразвуковое исследование в диагностике острой тонкокишечной непроходимости: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – С. 74–86.
  11. Нестерова И. В., Колесникова Н. В., Чудилова Г. А. Комплексное трехуровневое исследование системы нейтрофильных гранулоцитов с возможной диагностикой иммунодефицитных состояний при различной патологии: Метод. рекомендации. – Краснодар, 1996.
  12. Петрович Е. А., Колесов А. А., Манухин И. Б. // Иммунология. – 2006. – № 2. – С. 12–14.
  13. Петухов В. А., Сон Д. А., Миронов А. В. // Анналы хир. – 2006. – № 5. – С. 27–33.
  14. Романов Э. И. и др. // Вестн. хир. – 1998. – Т. 157, № 1. – С. 57–60.
  15. Тараканов В. А., Старченко В. М., Надгериев В. М. и др. // Неотложная хирургия органов брюшной полости: Материалы науч.-практ. конф. – Краснодар, 1994. – С. 101–103.
  16. Creteur V., Campinse N. // J. Belge Radiol. – 1996. – Vol. 79. – P. 1–8.
  17. Gimondo P. // Am. J. Roentgenol. – 1999. – Vol. 173. – P. 381–387.
  18. Maglinte D. D., Herlinger H., Nolan D. J. // Radiology. – 1991. – Vol. 179, N 2. – P. 383–387.
  19. Maglinte D. D. et al. // Am. J. Roentgenol. – 1996. – Vol. 167, N 6. – P. 1451–1455.
  20. Ogata M. // Br. J. Surg. – 1994. – Vol. 81. – P. 421–424.
  21. Schmutz G. R. et al. // Eur. Radiol. – 1997. – Vol. 7, N 7. – P. 1054–1058.

Поступила 27.05.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.55-009.7-053.2-079.4

**Б. Г. Сафронов, И. Е. Волков, И. С. Буров, М. В. Царьков, Е. А. Частухина, Д. В. Бабанов, Е. А. Игнатъев**

## **ОЦЕНКА СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Кафедра детских хирургических болезней с реанимацией и анестезиологией (зав. – доктор мед. наук Б. Г. Сафронов) ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России

**Борис Григорьевич Сафронов**, д-р мед. наук, зав. каф.; e-mail:safronovi61@mail.ru.

*Представлен анализ клинических наблюдений за 132 детьми, поступившими в хирургический стационар, не оперированными на органах брюшной полости, с болевым абдоминальным синдромом, интерпретация которого вызывала диагностические трудности. С помощью традиционных методов дифференциальной диагностики обследовано 66 детей группы сравнения. В основной группе, также состоящей из 66 детей, применен разработанный нами метод ганглиоплегии. Использование ганглиоплегии в диагностическом процессе позволило исключать проявления ложного “острого живота” у детей, уменьшить число диагностических лапароскопий, при которых не найдена хирургическая патология, на 15%, сократить время диагностического процесса.*

**Ключевые слова:** дети, болевой абдоминальный синдром, диагностика, ганглиоплегия, ложный “острый живот”

*The authors report the results of clinical observation of 132 children with difficult-to-diagnose abdominal pain syndrome who did not undergo abdominal surgery in the preceding period. 66 children were treated with the use of an original method of ganglioplegia. 66 patients of the control group were examined using traditional differential diagnostic methods. It was shown that inclusion of ganglioplegia in diagnostic procedures allows to exclude manifestations of false “acute abdomen” in children, reduces the frequency of unnecessary diagnostic laparoscopies by 15%, and decreases duration of the diagnostic process.*

**Key words:** children, abdominal pain syndrome, diagnostics, ganglioplegia, false “acute abdomen”

Боль в животе является одним из ведущих признаков различных заболеваний у детей. Сочетание абдоминалгии с другими проявлениями поражения пищеварительного тракта позволяет выделить болевой абдоминальный синдром [1].

В хирургической практике выделяется хотя и устаревшее, но конкретное понятие “острый живот” – клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости, при которых требуется срочная медицинская (чаще хирургическая) помощь [3].

В педиатрии также существуют заболевания, которые могут симулировать клиническую картину “острого живота”. Проявления болезней, которые в какой-то период своего течения могут быть сходными с симптомами острого хирургического заболева-

ния органов брюшной полости, предложено называть «ложный “острый живот”», доля которого, по данным разных авторов, составляет от 5 до 25% в экстренной диагностике [1–3].

Для многих врачей это один из труднейших разделов дифференциальной диагностики.

Клиническая картина, симулирующая острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, может развиваться при патологии органов грудной клетки, нервной системы, функциональных изменениях и других состояниях, не требующих в отличие от истинного “острого живота” экстренного оперативного лечения [4, 5, 8].

Разнообразие клинических проявлений болевого абдоминального синдрома у детей вызывает значительные трудности в дифференциальной диагности-

ке заболеваний органов брюшной полости. Совершенствование диагностики с использованием новых методов явилось целью настоящей работы [7, 9].

### Материалы и методы

В соответствии с целью и задачами проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 300 детей, доставленных в отделение по экстренным показаниям с подозрением на острый аппендицит, у которых установить диагноз при поступлении с помощью обычных клинических и дополнительных методов исследования не представлялось возможным, поскольку сведения, полученные при сборе анамнеза и обследовании, не соответствовали какой-либо определенной нозологической форме заболевания. Из этих детей нами отобрано 132 пациента и сформированы 2 равноценные (по полу, возрасту и давности заболевания) группы наблюдения – основная и группа сравнения.

В состав обеих групп вошли пациенты от 3 до 14 лет. Мы исключили из обследования детей младше 3 лет, так как клиническая оценка боли у маленьких детей сопряжена с объективными трудностями: ограниченностью познания, несовершенством или отсутствием разговорной речи и др.

У детей, поступивших в хирургический стационар с клинической картиной, вызывающей трудности в дифференциальной диагностике, проведен анализ болевого абдоминального синдрома и выделены 2 варианта его течения.

У детей с первым вариантом течения развитие болевого абдоминального синдрома происходило характерно для острых воспалительных хирургических заболеваний органов брюшной полости (с момента начала заболевания болевые ощущения в животе присутствовали все время и сопровождалась ограничением подвижности ребенка; пациенты предпочитали сидеть или лежать, а в ночное время отмечалось нарушение сна – больные периодически просыпались). При осмотре и обследовании больного клиническая картина, однако, была неубедительной: поверхностная пальпация передней брюшной стенки выявляла умеренную болезненность, часто без определенной локализации, симптом Щеткина–Блюмберга был отрицательным, напряжение мышц передней брюшной стенки – неотчетливым (по субъективным ощущениям врача и по данным компьютерной электромиографии).

У больных со вторым вариантом течения болевого абдоминального синдрома при сборе анамнеза выяснялось, что развитие симптомокомплекса происходило нехарактерно для хирургических заболеваний, но при обследовании передней брюшной стенки определялись напряжение мышц живота, чаще в правых отделах и пупочной области, и отчетливая болезненность при поверхностной пальпации.

С помощью традиционных методов дифференциальной диагностики обследовано 66 детей из группы сравнения. В основной группе, также состоявшей из 66 детей, с целью дифференциальной диагностики хирургических и соматических заболеваний мы использовали разработанный нами метод ганглиоплегии.

Методика ганглиоплегии [6]: 5% раствор пентамина вводят внутримышечно в дозе 0,4 мг на 1 кг массы тела больного и через 15–20 мин после его введения проводят повторный объективный осмотр пациента. Для объективной оценки напряжения мышц передней брюшной стенки использовали компьютерную электромиографию.

Применение пентамина основывалось на выявленной у него способности купировать дискоординацию моторики желудочно-кишечного тракта, снимать рефлекторную абдоминальную боль, ликвидировать рефлекторное напряжение мышц, не связанное с хирургической патологией.

У пациентов основной группы на фоне ганглиоплегии пентамином болезненность не проходила, но локализовалась. Если болезненность локализовалась в эпигастральной области или левых отделах живота, хирургическое заболевание

исключали; если боль локализовалась в правых или нижних отделах живота выполняли лапароскопию.

У пациентов группы сравнения на фоне ганглиоплегии боль в животе или проходила, или становилась менее интенсивной, а напряжение мышц исчезало и больному проводилось обследование для уточнения соматического диагноза.

Все авторы, изучавшие болевой абдоминальный синдром, единодушны в том, что этот симптомокомплекс очень сложен для диагностики и служит причиной значительного количества ошибок. Поэтому мы являемся сторонниками расширения показаний к госпитализации детей с болью в животе: все дети до 5-летнего возраста; больные с малой давностью заболевания (несколько часов); больные с длительным анамнезом болевого синдрома; дети с сопутствующими заболеваниями (патология центральной нервной системы, ревматизм, болезни мочевыделительной системы, простудные заболевания); девочки старшего возраста (учитывая трудность дифференциальной диагностики с гинекологической патологией); дети, доставленные без родителей (из интернатов, детских домов, пионерских лагерей); больные, доставленные в ночное время; дети, доставленные из отдаленных районов области.

После осмотра в приемном покое ребенка помещают в палату, где его обследует лечащий врач.

### Результаты и обсуждение

В группе сравнения среди 66 больных, обследованных традиционным методом с первым типом абдоминального синдрома (у 56), у 41 ребенка диагностирован аппендицит и выполнена аппендэктомия, у 15 детей исключить острое хирургическое заболевание в процессе наблюдения не удалось. Во время ревизии брюшной полости (при лапароскопии) у 5 больных выявлен пельвиоперитонит, у 4 – мезаденит, у 2 – сальпингит. У 4 детей патологических изменений в брюшной полости не найдено, установлен диагноз: "функциональная абдоминальная боль".

У больных со вторым типом абдоминальной боли (у 10), выявлены обострение хронического гастродуоденита (у 1), острый пиелонефрит (у 1), пневмония (у 1), обострение хронического пиелонефрита (у 1), острый бронхит (у 1), функциональная боль в животе (у 5). У 4 детей пришлось выполнить лапароскопию из-за невозможности исключить хирургическую патологию.

Таким образом, традиционный метод диагностики в группе из 66 детей позволил исключить хирургическое заболевание у 6 больных, подтвердить диагноз острого аппендицита и оперировать 41 ребенка, исключить хирургическую патологию после лапароскопии у 19 детей.

На исключение хирургического заболевания в среднем затрачено от 7 до 19 ч в зависимости от выраженности симптомов заболевания и возраста больного.

У пациентов основной группы с болевым абдоминальным синдромом дифференциальная диагностика проведена с применением ганглиоплегии пентамином. Из 56 детей с первым вариантом течения абдоминального болевого синдрома диагноз деструктивного аппендицита установлен и подтвержден во время операции у 37 больных и исключен у 6 детей. У 13 больных выполнена лапароскопия и диагностирован пельвиоперитонит (у 6), мезаденит (у 3), сальпингит

(у 2); лишь в 2 случаях патологии брюшной полости не обнаружено и установлен диагноз: "функциональная абдоминальная боль".

Среди 10 детей основной группы со вторым вариантом течения абдоминального болевого синдрома использование ганглиоплегии позволило исключить хирургическое заболевание у всех детей без использования диагностической лапароскопии.

Итак, из 66 детей основной группы на фоне ганглиоплегии диагноз острого аппендицита установлен у 37 больных, исключен у 16 без ревизии брюшной полости. Лапароскопия у 13 детей позволила выявить патологию у 11 больных и исключить ее у 5.

Таким образом, использование ганглиоплегии в диагностическом процессе позволило уменьшить количество диагностических ревизий брюшной полости на 15%, а продолжительность диагностического процесса – с 13 до 7 ч. В нашей клинике ганглиоплегия осуществляется с 1990 г. во всех случаях, когда интерпретация проявлений болевого абдоминального синдрома затруднена.

### Заключение

Дифференцированный подход к оценке абдоминального болевого синдрома у детей остается сложной актуальной задачей для педиатров, инфекционистов и детских хирургов.

Расширение показаний к госпитализации детей с болью в животе позволяет в процессе наблюдения в

стационаре использовать в полном объеме традиционные и современные методы диагностики.

Предложенная нами ганглиоплегия является простым, доступным и малоинвазивным методом дифференциальной диагностики хирургических и соматических заболеваний. Метод позволяет совершенствовать диагностику, уменьшить число лапароскопий, при которых не найдена хирургическая патология, сократить время диагностического процесса.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Клим В., Римарчук Г. В. Детская гастроэнтерология. – М., 2002.
2. Денисов М. Ю. Болезни органов пищеварения у детей и подростков. – Ростов на/Д., 2005.
3. Долецкий С. Я. Общие проблемы детской хирургии. – М., 1984.
4. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котлобовский В. И. Эндоскопическая хирургия у детей. – М., 2002.
5. Евтихов Р. М., Бабаев А. А., Тлеужанов М. М. // Острые хирургические заболевания брюшной полости (клиника, диагностика, лечение): Тезисы докл. пленума АМН СССР и Всесоюзной конф. по неотложной хирургии. – Ростов н/Д., 1991. – С. 220–222.
6. Сафронов Б. Г., Волков И. Е., Евтихов Р. М. и др. // Изобретения, полезные модели. – М., 2005. – № 25. – С. 25.
7. Cucchiara S., Borrelli O., Sulvia G. et al. // Dig. Dis. Sci. – 2000. – Vol. 45, N 2. – P. 258–264.
8. Macarthur C. // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2000. – Vol. 30, N 2. – P. 112.
9. Textbook of gastroenterology / Eds T. Yamada et al. – 2nd ed. – Philadelphia, 1995.

Поступила 15.06.11

© А. Д. АЙНАКУЛОВ, 2012

УДК 616.617-007.256-053.2-073.432

А. Д. Айнакулов

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛНОГО УДВОЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

Отделение детской урологии Национального научного центра материнства и детства, Казахстан, Астана

Ардак Джаксылыкович Айнакулов – канд. мед. наук, врач-уролог, e-mail:ainakulov@mail.ru

*При проведении исследования на стороне полного удвоения мочеточников определяются два выброса, которые могут быть синхронными, но значительно чаще асинхронными. Локализация выбросов соответствует расположению устьев полностью удвоенных мочеточников. Данный способ позволяет неинвазивно, с высокой степенью точности определить наличие полного или неполного удвоения мочеточников.*

Ключевые слова: дети, УЗИ, доплерография, мочеточник

*This ultrasound study of 15 children demonstrated two synchronous or (more frequently) asynchronous peaks at the side of complete ureteral duplication. Their localization coincided with that of the ureteral openings. This non-invasive method permits to detect complete or incomplete ureteral duplication with a high degree of accuracy.*

Key words: children, ultrasound study, dopplerography, ureter

Врожденное удвоение мочеточников и почек является наиболее частой аномалией мочевой системы и встречается от 6 до 10 случаев на 1000 новорожденных [3]. Причем в 2/3 отмечается неполное удвоение мочеточников (*ureter fistula*), а в 1/3 – полное (*ureter duplex*). Первый вариант удвоения мочеточников и почек протекает часто бессимптомно, ребенок растет и развивается нормально, и в последующем этот порок практически может не иметь клинического

значения, никак не отражаясь на состоянии растущего организма. При втором варианте – полном удвоении мочеточников и почек – в большинстве случаев имеет место нарушение анатомо-функционального состояния одного из удвоенных или сразу обоих мочеточников. Это связано с дисплазией самой нервно-мышечной ткани мочеточников на всем его протяжении, либо сегментарной дисплазии, чаще на уровне уретероветвистического сегмента. Указанные структур-