

А.Н. Марьина, Е.В. Вологжанина, М.И. Степнов

Омская областная детская клиническая больница,
Областной детский токсикологический центр,
г. Омск, Россия

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Рассмотрены 1690 случаев диагностики заболеваний у детей, поступивших в приемно-диагностическое отделение детской больницы № 1 г. Омска в 2004–2007 гг. с болями в животе.

Ключевые слова: боли в животе, дети.

A.N. Maryina, E.V. Vologzhanina, M.I. Stepnov
THE ABDOMINAL SYNDROME IN PEDIATRISTS PRACTISE

1690 cases of diseases diagnostics of children with abdominal pains admitted to receptionally-diagnosical department of children's hospital № 1 of Omsk in 2004–2007 years are observed.

Key words: abdominal pains, children.

Боли в животе являются одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых детьми и их родителями, и одной из ведущих причин экстренных госпитализаций детей и оперативных вмешательств. Перед практическим врачом, который встречается с больным, предъявляющим жалобы на боли в животе, встает целый ряд сложных вопросов. Первый и наиболее важный: не являются ли боли в животе проявлением хирургической патологии, требующей безотлагательного оперативного лечения? И второй, который более уместен в случае рецидивирующего течения болей, — являются ли боли в животе проявлением органического заболевания и какого, или они имеют функциональный характер.

На практике врачу значительно чаще встречаются пациенты с жалобами на рецидивирующие боли в животе. У детей первых месяцев жизни РБЖ обычно манифестируют в виде кишечной колики, которая проявляется беспокойством и плачем. О том, что именно боли в животе являются причиной этих симптомов, можно судить по некоторым сопутствующим признакам: сучение ножками, напряжение и вздутие живота, уменьшающиеся после отхождения стула и газов. Определение РБЖ более приемлемо по отношению к детям старшего возраста, которые могут осознать наличие болей в животе и указать на них. Это становится возможным не ранее 3–4 лет. Поэтому термин РБЖ обычно используют применительно к детям в возрасте от 4 до 15 лет, им обозначают боли в животе, которые повторяются не менее 3 раз в течение 3 месяцев и влияют на нормальную активность ребенка.

Корреспонденцию адресовать:

Марьина Наталья Александровна,
644010, г. Омск, ул. Куйбышева, 77,
Областная детская клиническая больница.

Причины возникновения болей в животе весьма разнообразны — это острые воспалительные заболевания брюшной полости, острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту, кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость, перфорация полых органов, нарушение кровообращения в органах брюшной полости, паразитарные и инфекционные заболевания. В связи с этим, в настоящее время дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей и подростков вызывает определенные трудности и является весьма актуальной проблемой в педиатрии.

Боли в животе, пожалуй, одна из самых частых причин госпитализации детей в стационар по скорой помощи. Предварительный диагноз при поступлении таких детей в клинику чаще всего звучит как «подозрение на острый аппендицит», поскольку именно эту, наиболее частую хирургическую патологию, необходимо подтвердить или исключить в течение нескольких часов динамического наблюдения. Но не следует забывать и о других не менее значимых причинах болей. В связи с этим, нами было проведено исследование, целью которого стало уточнение структуры болевого абдоминального синдрома у детей и подростков, а так же анализ дифференциально-диагностических ошибок на различных этапах медицинской помощи.

За период с 2004 по 2007 годы в приемно-диагностическое отделение Областной детской клинической больницы № 1 г. Омска поступили 1690 детей, основной жалобой у которых являлись боли в животе. В результате проведения диагностических мероприятий, у 892 (52,8 %) из них подтвердилась хирургическая патология, и эти пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение. В реанимационное отделение госпитализированы 7 пациентов (0,4 %) в тяжелом состоянии также с хирур-

гической патологией. В связи с отсутствием показаний для госпитализации 400 человек (23,7 %) были направлены в поликлинику для амбулаторного наблюдения. В профильные отделения стационара были распределены 239 человек (14,1 %). Из них, 131 человек (54,8 %) – в гастроэнтерологическое отделение, 93 человека (38,9 %) – в отделение гематологии, 13 человек (5,4 %) – в кардиологическое отделение, и по одному человеку (0,4 %) – в неврологическое и пульмонологическое отделения. У 24 человек (1,4 %) диагностированы инфекционные заболевания, с которыми они направлены в инфекционную больницу, 5 пациентов (0,3 %) отказались от госпитализации в стационар (табл.).

Таблица
Распределение больных
с абдоминальным синдромом в 2004–2007 гг.

	%
Хирургическое отделение	52,8
Амбулаторное наблюдение	23,7
Профильные отделения стационара	14,1
ПДО	7,3
Инфекционная больница	1,4
Реанимационное отделение	0,4
Отказ от госпитализации	0,3

Но наибольший интерес представляет группа поступивших больных – 123 человека (7,3 %), которым не удалось установить диагноз, поэтому они остались в ПДО для проведения дальнейшего обследования.

Каждому пациенту для уточнения диагноза были проведены следующие обязательные диагностические исследования: общеклинические анализы крови и мочи, копрологическое исследование, кал на яйца гельминтов, УЗИ органов брюшной полости. Некоторым пациентам проводились: биохимический анализ крови, определение белков острой фазы воспаления, ФЭГДС, внутривенная урография, диагностическая лапароскопия (2 случая). После проведенных диагностических мероприятий и установки диагноза 21 человек (17,1 %) были отпущены домой под наблюдение участкового педиатра, 6 человек (4,9 %) переведены в детскую инфекционную больницу, 3 человека (2,4 %) направлены на амбулаторное наблюдение инфекционистом, в связи с отказом от госпитализации в ДИБ, 1 человек (0,8 %) направлен на плано-

вую госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение, 1 человек (0,8 %) – на консультацию к нефрологу, 1 человек (0,8 %) – в ОКВД для продолжения лечения основного заболевания, 9 человек (7,3 %) отказались от госпитализации, и, наконец, 81 человек (65,9 %) остались в ПДО для дальнейшего наблюдения и лечения.

Их диагнозы были весьма разнообразны: первое место занимают заболевания ЖКТ (53,9 %): функциональное нарушение ЖКТ, острый и хронический гастрит, хронический гастродуоденит, инвагинация кишечника, острый холецистит, язвенная болезнь; на втором – заболевания мочевыводящих путей (21 %): острый пиелонефрит, ИМВП; на третьем – инфекционные заболевания (9,9 %): инфекция неуточненной этиологии и ОРВИ; на четвертом – паразитарные заболевания (7,4 %): лямблиоз, описторхоз, иерсиниоз; на пятом – заболевания ЛОР-органов (3,7 %): острый верхнечелюстной синусит, лакунарная ангина; на шестом – периодическая болезнь (2,5 %); на седьмом – конъюгационная гипербилирубинемия (1,2 %) и гемангиома тела ThX (1,2 %). Всем этим детям проведено полное обследование и назначена адекватная терапия, после чего все они были выписаны с рекомендациями под наблюдение амбулаторно-поликлинической службы.

Таким образом, проанализировав полученные результаты исследования, можно сделать вывод, что, к сожалению, все же имеют место «дефекты» в диагностике и ведении всех этих пациентов. В связи с тем, что практически все они жители Омской области, то наиболее значимой проблемой является невозможность проведения первичного параклинического обследования по месту жительства, особенно в вечернее время. Кроме того, такое большое поступление детей в ОДКБ с подозрением на хирургическую патологию обусловлено отсутствием в Омском районе центральной районной больницы и, в частности, хирурга. В некоторых случаях родители пытаются напрямую обратиться за помощью в областную больницу, минуя ФАП. Возможно, это обусловлено в какой-то степени недоверием персоналу или боязнью потерять время в процессе ожидания помощи, а также отсутствием диагностических возможностей в участковой больнице. Ну и, наконец, самыми грубыми ошибками в диагностике заболевания являются неполный сбор анамнеза, недооценка симптомов и некачественное проведение первичного осмотра пациента.

Сведения об авторах:

Марьина Наталья Александровна, клинический ординатор кафедры детских болезней № 1 Омской государственной медицинской академии, г. Омск, Россия.

Вологжанина Елена Владимировна, врач высшей категории, заведующая приемно-диагностическим отделением Областной детской клинической больницы, г. Омск, Россия.

Степнов Михаил Иванович, канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней № 1 Омской государственной медицинской академии, г. Омск, Россия.

* * *