

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Игнатъев С.В., Новоселова М.М.

Кировская ГМА Росздрава,

Кафедра хирургических болезней детского возраста

Научный руководитель - доц. М.П.Разин

Зав.кафедрой - доц. В.Н.Галкин

Болевой синдром вообще - самое частое и самое реальное проявление людских недугов. Традиционно в педиатрической практике наибольшие затруднения в дифференциальной диагностике вызывает "синдром боли в животе", состояние весьма не однородное по тяжести клинических проявлений и нозологической

причастности патологии. Сложность верификации патологии зависит не только от локализации и характера патологического процесса, особенностей топографии, возраста и пола, но так же и от размытости клинической картины характерным для детей преобладанием общих симптомов заболевания над местными. Целью нашего исследования явилось изучение общей структуры абдоминального синдрома у детей для возможной оптимизации лечебно-диагностических мероприятий. Ретроспективному анализу была подвергнута медицинская документация 1184 детей с абдоминальным синдромом, находившиеся на лечении в детской хирургической клинике Кировской государственной медицинской академии или обследованные в приемном покое детской областной клинической больницы за период с 2004 по 2006 год. Из них мальчиков было 686 (58%), девочек 498 (42%); больных до 3 лет 116 (10%), детей от 3 до 7 лет 272 (23%), старше 7 лет 796 (67%). У 319 детей хирургическая патология была исключена на этапе первичного осмотра (респираторные заболевания и инфекции желудочно-кишечного тракта), что составило 27% от общего числа обследованных детей. В стационарном динамическом наблюдении хирурга нуждались 865 больных (73%) с неоднозначными клинико-лабораторными характеристиками, из них за время динамического наблюдения диагноз хирургической патологии был исключен у 347 больных (40% от всех госпитализированных больных), а у 518 больных была диагностирована патология, потребовавшая хирургического лечения.

Нозологическая характеристика хирургических больных была неоднородна: острый аппендицит диагностирован у 383 больных (73,9%, или 32,3% от общего числа осмотренных детей с "синдромом боли в животе"). Из них мальчиков было 245 (64%), девочек 138; детей до 3 лет было 15 (3,9%), с 3 до 7 лет 62 (16,2%), старше 7 лет - 306 больных (79,9%). Перитонит осложнял течение острого аппендицита у 74 больных (19,3%) из них мальчиков было 44 (60%), девочек 30 (40%), детей до 3 лет было 12 (16%), с 3 до 7 лет 16 (22%) и старше 7 лет 46 больных (62%). Приобретенная кишечная непроходимость была диагностирована у 80 больных (15,4% от хирургических больных и 6,8% от всех обследованных), из них мальчиков было 53 (66%), девочек 27, детей до 3 лет было 33 (41%), у 23 их них причиной приобретенной кишечной непроходимости была инвагинация кишечника; с 3 до 7 лет 13 (16%) и старше 7 лет 34 больных (43%), в этих возрастных группах кишечная непроходимость в подавляющем большинстве случаев была инициирована спаечным процессом в брюшной полости. Реже причинами абдоминального синдрома являлись острые гинекологические заболевания (5,6% от числа больных с хирургической патологией или 2,4% от общего количества обследованных), опухоли брюшной полости (3,9% от хирургических или 1,7% от всех осмотренных; обращает на себя внимание тот

факт, что 75% из них - мальчики), язвы желудочно-кишечного тракта (0,8% от хирургических и 0,3% от всех осмотренных), первичный перитонит (0,4% и 0,2% соответственно). На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы: стертость характерной клинической картины, особенности психомоторного развития детей, большой удельный вес функциональных отклонений требуют стационарного наблюдения у большинства детей с "синдромом боли в животе", самым частым хирургическим заболеванием, проявляющимся абдоминальным синдромом, остается острый аппендицит (73,9%), которым несколько чаще страдают мальчики (64%), а наиболее характерной возрастной группой является школьный возраст (79,9%), перитонит осложняет течение острого аппендицита уже при поступлении в стационар у 80% детей младшего возраста, у 25,8% больных дошкольного и 15% детей школьного возраста, считаем показанным выполнение УЗИ всем детям до трех лет с "синдромом боли в животе"; осмотр под наркозом и выполнение ирригографии в этой возрастной группе - всем больным с клиникой приобретенной кишечной непроходимости.