

Абдоминальный болевой синдром в практике врача педиатра участкового

**Заместитель главного врача
по клинико-экспертной работе
МБУЗ ДГП № 6 Алиева С.А
Г. Краснодар**

2017 год

Актуальность проблемы

- **Абдоминальный болевой синдром –ведущий в клинике ряда заболеваний детского возраста. Разнообразие клинических проявлений и атипичные варианты заболеваний вызывают значительные трудности в дифференциальной диагностике**
- * **Псевдоабдоминальный синдром (так называемый ложный «острый живот») . Доля которого, по данным разных авторов , составляет до 30% в экстренной диагностике**
- * **Для многих врачей (особенно первичного звена) –это один из труднейших разделов дифференциальной диагностики, ибо клиническая картина, симулирующая острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, может развиваться при патологии органов грудной клетки, забрюшинного пространства, нервной системы, при нехирургических заболеваниях органов брюшной полости, функциональных изменениях и многих других состояниях, не требующих, в отличие от истинного «острого» живота, экстренного оперативного лечения.**

Причины абдоминальных болей

- * Боль , согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения.
- * Абдоминальная боль: острая или хроническая. Условная граница — 3 месяца.
- * Существует две группы причин абдоминальных болей: **интраабдоминальные и экстраабдоминальные.**

Важно деление абдоминальных болей на органические и функциональные. У 90 % детей с абдоминальной болью органического заболевания нет, и только в 10 % случаев удается установить органическую причину.

- * У детей дифференциальный диагноз абдоминальной боли должен включать такую хирургическую патологию, как: аппендицит, перитонит, инвагинация, кишечная непроходимость и т.д
- * врожденные аномалии
- * инфекционные заболевания (инфекции мочевой системы, пневмонии, мононуклеоз, ветряная оспа, ротавирусная инфекция и т.д)
- * гинекологические проблемы (гематокольпос, гематометр)
- * лямблиоз, различные глистные инвазии

При обследовании ребенка с болью в животе врач прежде всего должен ответить на следующие вопросы:

- * Является ли абдоминальная боль отражением острой хирургической патологии, требующей безотлагательного оперативного лечения?**
- * В случае хронической или рецидивирующей боли— носит боль органический или функциональный характер?**
- * Если боль носит органический характер, о каком заболевании идет речь?**

Проблема абдоминальной боли как главного компонента «острого живота» говорит о чрезвычайной сложности правильного диагноза у конкретного больного. Правильная интерпретация, особенно в сложных клинических ситуациях, возможна только при тщательном анализе анамнестических данных с акцентом на следующие вопросы:

- * время возникновения боли;**
- локализация боли;**
- * интенсивность и характер боли;**
- * особенности рецидивирования боли;**
- * характер иррадиации боли;**
- * изменение локализации, интенсивности и характера болей во времени;**
- * провоцирующие и облегчающие факторы;**
- * связь с приемом и характером пищи, дефекацией, мочеиспусканием, физической нагрузкой;**
- * связь с диспептическими симптомами и их характер;**

Кроме болевых ощущений, для дифференциальной диагностики необходим анализ дополнительных симптомов, которые присутствуют в клинической картине и могут стать решающими в определении правильного диагноза. Наиболее частыми при абдоминальной патологии являются следующие симптомы:

- * дисфагия;**
- * тошнота и рвота;**
- * расстройства стула (задержка стула, запоры или поносы);**
- * вздутие живота (метеоризм);**
- * изжога;**
- * икота;**
- * желтуха;**
- * падение артериального давления;**
- * повышение температуры тела;**
- * признаки нарастающей анемии;**
- * признаки эндогенной интоксикации.**

Каждый из данных симптомов нуждается в не менее тщательном анализе и интерпретации, так как может быть главным признаком конкретной патологии.


Как и в случае абдоминальной боли, данные симптомы необходимо анализировать во временном аспекте, не упускать из виду провоцирующие и облегчающие факторы, связь с другими симптомами.

Некоторые симптомы (например, желтуха) при правильном анализе позволяют уже на догоспитальном этапе достаточно точно верифицировать диагноз даже без дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.


Признаки, которые говорят о необходимости госпитализации, дополнительной диагностики и в ряде случаев неотложных оперативных мероприятий:

- * остро возникшая, постоянная или нарастающая боль в животе;**
- * повторная, не приносящая облегчения рвота;**
- * задержка стула и газов либо тяжелый понос;**
- * защитное напряжение мышц передней брюшной стенки любой локализации и распространенности;**
- * неудовлетворительное общее состояние;**
- * беспокойное поведение больного или вынужденное положение с испуган-ным выражением лица, с запавшими глазами, заострившимися чертами лица;**
- * гематомезис и/или мелена;**
- * сосудистый коллапс.**

Выявление хотя бы одного из данных симптомов является абсолютным показанием к госпитализации, осмотру хирургом и дополнительным исследованиям, направленным на исключение острой хирургической патологии.



Хотелось бы лишний раз подчеркнуть, что в большей части случаев внимательный расспрос и объективное исследование больного позволяют поставить правильный клинический диагноз без применения дополнительных методов диагностики (поэтому они и называются дополнительными).



Показанием для экстренной госпитализации является не только выявленная хирургическая патология, но и подозрение на нее. Принцип вынужденной гипердиагностики абдоминальной патологии, особенно при небольшом (да и при большом) практическом опыте, является оправданным и целесообразным.

Но это вовсе не говорит о бесполезности или бессмысленности дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе.

Наличие в сопроводительных документах предварительного, пусть неточного догоспитального диагноза (или диагнозов) нередко является единственным ключом для определения направления дальнейших исследований больного, то есть важной составной частью единого (догоспитального и стационарного) дифференциально-диагностического процесса.

Кроме того, от правильного предварительного диагноза зависит адресность госпитализации больного (хирургическое, инфекционное, токсикологическое, кардиологическое, урологическое, неврологическое отделение).

Кроме жалоб и анамнестических данных, важнейшее значение в дифференциальной диагностике заболеваний с абдоминальной симптоматикой имеет:

- ❖ **физикальное исследование живота,**
- ❖ **оценка общего состояния,**
- ❖ **кожных покровов и слизистых,**
- ❖ **артериального давления и пульса,**
- ❖ **осмотр, пальпация,**
- ❖ **аускультация живота и грудной полости,**
- ❖ **ректальное и вагинальное исследования.**

Независимо от выраженности субъективной симптоматики эти исследования являются обязательными. Их последовательность подчинена простейшему алгоритму — от простого к сложному

Алгоритм обследования

1. Оценка общего состояния больного: особенности поведения, положение в постели, адекватность.

2. Определение частоты сердечных сокращений по пульсу, измерение артериального давления, оценка цвета кожных покровов и слизистых оболочек, выявление внешних повреждений, высыпаний, геморрагий, признаков гипогидратации (снижение тургора кожи и глазных яблок, исчезновение рельефа подкожных вен), нарушений микроциркуляции (мраморность, цианоз, симптом «пятна»).

3. Физикальное исследование органов грудной клетки — перкуссия и аускультация сердца и легких.

4. Осмотр живота для выявления вздутия или западения, асимметрии, участия в дыхании, наличия рисунка подкожных вен, рубцов, воспалительных или иных высыпаний на передней брюшной стенке.


5. Ориентировочная поверхностная пальпация живота для выявления зон гиперестезии, болезненных участков, локального или распространенного защитного напряжения мышц передней брюшной стенки и неравномерного вздутия живота. Тщательное обследование типичных мест выхода грыж передней брюшной стенки.

6. Перкуторное исследование живота: оценка идентичности перкуторного звука над всеми отделами живота, выявление зон тимпанита или притупления, перкуторной болезненности. Особый акцент необходимо делать при исследовании отлогих мест живота (боковых фланков), а также на изменение перкуторного звука при изменении положения тела и степень наполнения мочевого пузыря.

7. Первичная аускультация живота для оценки исходной, неспровоцированной моторной активности кишечника.

8. Глубокая, но не грубая поэтажная пальпация живота, начиная с наименее болезненных отделов. При этом иногда удается выявить спаечные или опухолевые конгломераты, локальную пальпаторную болезненность, наличие спазмированных участков ободочной кишки, увеличение печени, селезенки, почек.

9. Повторная аускультация для выявления локального усиления или появления кишечных шумов. Завершить ее целесообразно выявлением локализованного шума плеска (симптом Склярова).



Таким образом качество диагностики заболеваний сопровождающихся болью в животе и адекватность медицинской помощи на амбулаторном этапе определяются клиническим мышлением врача, которое должно опираться на синдромальный принцип диагностики и оптимальный диагностический алгоритм

Спасибо за внимание!

