

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Раянов Н.В., Раянов Р.Н., Низаев Н.Р.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Нефтекамская городская больница Республики Башкортостан, 452989, г. Нефтекамск

Абдоминальная боль – серьезная проблема хирургии детского возраста. Боли в животе – одна из наиболее частых жалоб, с которой обращаются дети и их родители к врачам различных специальностей: педиатру, гастроэнтерологу, инфекционисту, детскому хирургу, работникам скорой медицинской помощи [1,2]. Боль в животе является симптомом множества заболеваний органов брюшной полости. Она может быть функционального характера, не представляющего угрозы для жизни ребенка и не требующего хирургического вмешательства, и боль, связанная с острой патологией органов брюшной полости (острый аппендицит, инвагинация кишечника, дивертикулит, кишечная непроходимость, острый калькулезный холецистит, травмы брюшной полости и т.д.), что требуют экстренной операции [1,3].

Ключевые слова: боль в животе; ведущий клинический синдром.

Для цитирования: Раянов Н.В., Раянов Р.Н., Низаев Н.Р. Анализ структуры абдоминального болевого синдрома у детей в условиях Центральной республиканской больницы. *Детская хирургия*. 23 (1): 35-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-1-35-37>

Для корреспонденции: Раянов Наил Вакилович, канд. мед. наук, врач-детский хирург ХМАО-Югра АУ «Советская районная больница», 452989, г. Нефтекамск, Башкортостан. E-mail: rayanov56@mail.ru

Rayanov N.V., Rayanov R.N., Nizaev N.R.

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF ABDOMINAL PAIN SYNDROME IN CHILDREN IN CONDITIONS OF THE CENTRAL REPUBLICAN HOSPITAL

Neftekamsk Municipal Hospital, Neftekamsk, 452989, Russian Federation

Abdominal pain is a serious problem in pediatric surgery. Abdominal pain is one of the most frequent complaints addressed by children and their parents to doctors of various specialties: pediatrician, gastroenterologist, infectious diseases specialist, pediatric surgeon, ambulance workers. Abdominal pain is a symptom of many diseases of organs of abdominal cavity. It may be of a functional nature, which does not pose a threat to the life of the child and does not require surgical intervention, and pain associated with acute pathology of the abdominal organs (acute appendicitis, invagination of the intestine, diverticulitis, intestinal obstruction, acute calculous cholecystitis, injuries of the abdominal cavity and so on. e) requiring an emergency operation.

Key words: abdominal pain; leading clinical syndrome.

For citation: Rayanov N.V., Rayanov R.N., Nizaev N.R. Analysis of the structure of abdominal pain syndrome in children in conditions of the Central Republican Hospital. *Detskaya Khirurgiya (Pediatric Surgery, Russian journal)* 2019; 23(1): 35-37. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-1-35-37>

For correspondence: Nail V. Rayanov, MD, Ph.D., Pediatric Surgeon of the Yugra Soviet Regional Hospital, Neftekamsk, 452989, Russian Federation. E-mail: rayanov56@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 29 September 2018

Accepted 01 October 2018

Введение

В силу своих профессиональных обязанностей, диагностикой и лечением абдоминальной боли у детей в центральной районной и городских больницах занимаются врачи различных специальностей, прежде всего врачи-педиатры, общие и детские хирурги, врачи-инфекционисты, фельдшера и врачи скорой медицинской помощи [1].

Многие патологии детского возраста, проявляющиеся болями в животе, требуют проведения непростого дифференциального диагноза на различных этапах оказания медицинской помощи.

Чаще всего причиной абдоминальной боли в животе у детей раннего возраста являются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, когда имеются клинические симптомы (беспокойство, плач ребенка, отказ от еды, жидкий стул), но отсутствуют органические изменения (воспалительный процесс в брюшной полости, инфекция, аномалии развития) [4, 5]. По данным различных авторов, функциональные нарушения ЖКТ встречаются у 65–75% детей, в зависимости от возраста [1, 2]. При оказании медицинской помощи детям с абдоминальным болевым синдромом должен соблюдаться принцип двухэтапности (догоспитальной и госпитальной).

На первом догоспитальном этапе врачами и фельдшерами скорой медицинской помощи и педиатрами в диагностике острых хирургических заболеваний брюшной полости (ОХЗОБП) чаще всего используется синдромальный принцип диагностики: выявление ведущего клинического синдрома острой хирургической

патологии и транспортировка больного в хирургический стационар. В хирургическом стационаре именно детский хирург является конечной инстанцией в сложном лечебно-диагностическом процессе определения причины абдоминальной боли у детей.

Цель исследования – выявить частоту клинических проявлений абдоминальной боли у детей патологии органов брюшной полости, требующих оперативного вмешательства, дифференцировать абдоминальную боль у детей на различных этапах оказания медицинской помощи различных возрастных групп и определить признаки острой хирургической.

Материал и методы

В 2014–2016 гг. в приемное отделение Нефтекамской городской больницы республики Башкортостан с болями в животе работниками скорой помощи были доставлены, обратились самостоятельно с родителями или были направлены врачами-педиатрами к хирургу 2500 детей разного возраста для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости (табл. 1).

Таблица 1

Количество детей, поступивших с болями в животе, за 2014–2016 гг.

Показатель	Год			Всего
	2014	2015	2016	
Количество детей	800	840	860	2500

Таблица 2

Возрастной состав детей

Возраст детей, годы	Количество детей	
	абс.	%
0–3	1510	60,4
3–7	480	19,2
7–10	300	12
10–17	210	8,4
Всего...	2500	100

Количество поступающих в приемное отделение детей с болями в животе за последние два года увеличилось (см. табл. 1).

Детей до 3 лет поступило 1510 (60,4%), от 3 до 7 лет – 480 (19,2%), от 7 до 10 лет – 300 (12%), от 10 до 17 лет – 210 (8,4%) детей (табл. 2).

Результаты и обсуждение

После осмотра детским хирургом в приемном отделении из 2500 детей острая хирургическая патология брюшной полости исключена у 1528 (61%) детей и они направлены к другим специалистам для установления причин боли в животе, т.е. им оперативное вмешательство не требовалось.

Из всех доставляемых в хирургическое отделение с болями в животе с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости были госпитализированы 972 (39%) ребенка.

Общее беспокойство и плач ребенка наблюдались у детей до 3 лет – 1510 (61,4%). С возрастом этот симптомокомплекс уменьшается; от 3 до 7 лет составляет 200 (41,7%), а у детей старшего возраста этот симптомокомплекс не отмечался (табл. 3).

Рвота многократная, часто съеденной пищей, наблюдалась у большинства детей младшего возраста и составила 1000 (66%) случаев, рвота у детей от 3 до 7 лет отмечалась в 255 (53%) случаях.

Тошнота и однократная рвота наблюдалась у детей старшего возраста: от 7 до 10 лет – у 175 (58%), от 10 до 17 лет – у 180 (86%) детей.

Повышение температуры чаще всего отмечалось у детей младшего возраста: до 3 лет – у 935 (62%), от 3 до 7 лет – у 210 (44%). Нарушение стула: жидкий стул наблюдался у 1335 (88%) детей первых 3 лет жизни, от 3 до 7 лет – у 315 (66%) детей. Задержка стула у детей младшего возраста,

по нашим данным, наблюдалась реже, а у детей более старшего возраста (10–17 лет) – у 130 (62%).

Из всех госпитализированных детей 972 (за исследуемый период с 2014 по 2016 г.) в хирургическом отделении были прооперированы всего 319 (32%) детей; с различными травмами брюшной полости; разрывом селезенки и печени (3), поздней спаечной кишечной непроходимостью (4), кишечной непроходимостью, обусловленной дивертикулом Меккеля (2), острым дивертикулитом (1), ущемленной паховой грыжей (7) и острым аппендицитом (302) ребенка. У остальных детей после динамического наблюдения, проведения клинико-лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, УЗИ брюшной полости, ФГДС, рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости), после консультации врача-педиатра и инфекциониста были диагностированы различные соматические патологии, чаще всего: функциональные расстройства кишечника, острый пиелонефрит, гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический запор, ротовирусная инфекция и другие патологии, которым оперативное лечение не требовалось.

Выводы

1. Абдоминальная боль у детей составляет значительную часть вызовов скорой помощи и обращения родителей к врачу. Вместе с тем установлено, что не всякая боль в животе требует хирургического вмешательства, т.к. боли в животе могут быть обусловлены функциональными расстройствами ЖКТ (по нашим наблюдениям у 1528 (61%) детей боли носили функциональный характер). Из всех госпитализированных детей 972 были прооперированы: 319 (32%) детей с различной острой патологией органов брюшной полости.

2. Абдоминальная боль требует от врача, особенно детского хирурга, большой врачебной ответственности, взвешенного подхода к осмотру больного ребенка во избежание диагностических ошибок. Первичная диагностика характера боли в животе у детей, особенно младшей возрастной группы должна основываться на тщательно собранном анамнезе, объективных данных и оценке тяжести состояния больного ребенка.

3. Несмотря на введение новых современных методов обследования (УЗИ брюшной полости, ФГДС, лапароскопия), дифференцировать абдоминальную боль у детей в условиях ЦРБ остается сложной задачей, т.к. большинство районных и городских больниц еще не имеют лапароскопическую аппаратуру и обученных специалистов.

4. При неясных болях в животе детей необходимо госпитализировать в хирургическое отделение для дальнейшего динамического наблюдения, используя для этого весь арсенал имеющихся методов исследования и при наличии лапароскопа провести диагностическую лапароскопию.

Таблица 3

Частота клинических проявлений

Симптом	Возраст, годы							
	1–3, n = 1510		3–7, n = 480		7–10, n = 300		10–17, n = 210	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общее беспокойство и плач ребенка	1510	61,4	200	41,7	–	–	–	–
Отказ от еды и отсутствие аппетита	1035	68,5	175	36,4	200	66,7	110	52,4
Рвота: однократная	510	33,8	225	47	175	58	180	86
многократная съеденной пищей	1000	66,2	255	53	125	42	30	14
Боль в животе: постоянная, приступообразная	–	–	480	100	300	100	210	100
Вздутие живота	1235	82	175	36	125	42	90	43
Повышение температуры	935	62	210	44	120	40	55	26
Нарушение стула: жидкий стул	1335	88	315	66	180	60	80	38
Задержка стула	175	12	165	34	120	40	130	62

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А. *Неотложная хирургия детей*. 2-е изд., перераб. и доп. Л.: Медицина: 1983.
2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. *Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарии*. М.: 2005.
3. Григович И.Н. Значение этапности и регламентации при оказании помощи детям с острыми хирургическими заболеваниями. *В кн.: Избранные лекции по детской хирургии*. Петрозаводск: Из-во ПетрГУ. 2004: 22-32.
4. Дронов А.Ф. *Эндоскопическая хирургия у детей*. М.: Медицина: 2002.
5. Захарова И.Н., Сугян Н.Г., Андрухина Е.Н., Дмитриева Ю.А. Тактика педиатра при младенческих коликах. *РМЖ. Мать и дитя. Педиатрия*. 2004; 1: 33-4.
6. Хавкин А.И., Бердникова Е.К., Жихарева Н.С. Современные представления о младенческих коликах. *Болезни пищеварительной системы*. 2006; 8: 206 .

7. Хавкин А.И. Кишечные колики у детей раннего возраста. *Участковый педиатр*. 2012; 1: 22-3.

REFERENCES

1. Bairov G.A. *Immediate surgery of children [Neotlozhnaya khirurgiya detey]*. Medicine; 1983 (in Russian)
2. Belmer S.V., Gasilina T.V., Khavkin A.I., Eyberman A.S. *Functional disorders of the digestive system in children. Recommendations and consultants [Funktional'nye narusheniya organov pishchevareniya u detey, Rekomendatsii i kommentarii]*. Moscow: 2005. (in Russian)
3. Grigovich I.N. Value of staging and a regulation at assistance to children with sharp surgical diseases. *Petrozavodsk: PetrGU*; 2004: 22-32.
4. Dronov A.F. *Endoscopic surgery in children [Endoskopicheskaya khirurgiya u detey]*. Moscow: Medicine. 2002. (in Russian)
5. Zakharova IN, Sugyan NG, Andrukhina EN, Dmitrieva Yu.A. tactics of the pediatrician in infantile colic. *RMZH. Mat' I ditya. Pediatriya*. 2004; 1: 33-4. (in Russian)
6. Khavkin AI, Berdnikova EK, Zhikhareva NS modern ideas about infantile colic. *Bolezni pishchevaritel'noy sistemy*. 2006; 8: 206 (in Russian)
7. Khavkin, AI, Ciliary colic in young children. *Uchastkovyi pediatr*. 2012; 1: 22-3.(in Russian)

Поступила 16 июня 2018

Принята в печать 04 января 2019