

УДК 612.9:616.342-002.44]: 612.017.1

**С.В. Сокольник**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики (зав. – проф. Т.В. Сорокман)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ

**Резюме.** Проаналізовано причини та механізми розвитку абдомінального болю в дітей та наведена диференційна характеристика.

**Ключові слова:** діти, абдомінальний біль, етіологія, диференційна діагностика.

Абдомінальний біль в гастроентерології та абдомінальній хірургії – одна з основних проблем як з діагностичної, так і з лікувальної точок зору. Біль у животі є однією з найбільш частих скарг, що пред'являють діти та їх батьки, щодня стикаються лікарі багатьох спеціальностей та однією з провідних причин екстрених госпіталізацій дітей у гастроентерологічне та хірургічне відділення [1].

Однак визначення причини виникнення болю часто викликають труднощі не лише у амбулаторних умовах, але й у стаціонарі. Багато дітей із болями у животі неодноразово обстежуються у різних спеціалістів, їм виставляють різні діагнози, тоді як істина причина залишається невідомою.

Особливостями абдомінального болю в дітей є тяжкість описання дитиною своїх відчуттів, їх локалізації та іррадіації. Так, діти до 7 років здатні асоціювати любий дискомфорт у організмі з болем у животі. За даними літератури близько 23% дітей віком до 6 тижнів кричать в ночі, що пов'язано переважно з наявністю кишкової коліки; більше ніж половина дітей шкільного віку скаржаться на рецидивуючий біль в животі [2]. У 30-40% дітей абдомінальний біль проходить самостійно та не потребує медикаментозної корекції, однак у решти пацієнтів реалізується у хронічні захворювання гастродуоденальної ділянки [3]. Все це обумовлює актуальність проблеми абдомінального болю в педіатричній практиці та необхідність проведення ретельної диференціальної діагностики.

Згідно даних Міжнародної асоціації по вивченню болю (IASP), біль – це неприємне відчуття та емоційне хвилювання, що пов'язане з дійсним або можливим пошкодженням тканин або що описується в термінах такого пошкодження.

Біль – це суб'єктивне відчуття, сигнал небезпеки, що виникає як багатокомпонентна адаптаційна реакція організму на дію пошкоджувального фактору, тісно пов'язане з руховими, сенсорними, вегетативними, аналітичними, емоційними системами мозку.

Вважають, що передача больового імпульсу у новонароджених та дітей раннього віку утруднена у зв'язку з недостатньою мієлінізацією нервових волокон та те, що внаслідок незрілості кори головного мозку, больові імпульси безсвідомі та не залишаються у пам'яті [1]. Однак це протирічить даним про те, що здатність до передачі ноцицептивних імпульсів з'являється у плода з 24 тижня внутрішньоутробного розвитку; нейротрансмітери виявляються на 12-16 тижні гестації; комплекс кортикальних нейронів – 20 тиждень; таламокортикальні взаємозв'язки розвиваються з 29 тижня та остаточно формуються до 37 тижня гестації. Отже, поступлення, передача та реакції на больові імпульси присутні й у плода, однак антиноцицептивна система (норепінефрин та серотонін) – з'являються на 6 тиждень життя [4]. Крім того, доведено, що біль залишається у пам'яті, що пояснюється повною зрілістю до моменту народження ретикулярної формації та гіпоталамуса.

Причини виникнення абдомінального болю численні, а механізми різноманітні. Разом з тим, основні характеристики болю різної етіології (інтенсивність, локалізація, час виникнення, тривалість тощо) не мають суворої специфічності, часто схожі між собою, що може спонукати до виникнення помилок у діагностиці та виборі адекватного лікування. Визначення причини болю – найважливіше завдання лікаря, оскільки це визначає подальшу тактику ведення хворого та вибір ефективної терапії.

© Сокольник С.В., 2014

Проблема вивчення абдомінального болю полягає у складності взаємодії провідних факторів її виникнення, основними з яких є пошкоджувальний агент (травма, операція), конституційні особливості організму (імунологічні, вікові, психологічні), вплив оточуючого середовища.

За етіологічним чинником виділяють дві групи причин виникнення абдомінального болю: інтраабдомінальні (запалення органу – апендицит, холецистит, пептичні виразки, гастрит, ентерит, панкреатит тощо; функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту – синдром подразнення кишок, функціональні розлади жовчного міхура та замикального апарату, функціональна диспепсія, функціональний абдомінальний біль; обструкції порожнистого органу – інтестинальна, біліарної та сечовидільної систем, маткова; ішемічних порушеннях – мезентеріальна ішемія, інфаркти кишок, селезінки, печінки, перекрути органів тощо) та екстраабдомінальні (захворювання органів черевної порожнини – пневмонії, захворювання стравоходу; нейрогенні – Herpes zoster, захворювання хребта; метаболічні порушення – цукровий діабет, порфірія [5].

Виникнення болю є наслідком збудження рецепторів ушкодженої тканини. У механізмі регуляції болю беруть участь дві групи рецепторів: перша – соматичні больові механорецептори (ноцицептори), які мають високий поріг чутливості, стимуляція викликає відчуття болю; інша – нутрощеві полімодальні рецептори, які при слабкому подразненні передають інформацію про стан органу, при сильному – відчуття болю [6].

Перша група рецепторів розташована переважно у пристінковій очеревині, брижі, жовчних протоках та сечоводах; інша – у слизовій оболонці та гладенькій мускулатурі порожнистих органів [1, 7].

У зв'язку з чим за механізмом виникнення виділяють нутрощевий, пристінковий, іррадіюючий та психогенний абдомінальний біль.

*Нутрощевий біль* виникає у разі патологічних імпульсів у внутрішніх органах і передається через симпатичні волокна та поділяється на спастичний (спазм гладеньких м'язів шлунково-кишкового тракту; дистензійний (гіпомоторна дискінезія гладеньких м'язів та розтягнення порожнистого органу); перитонеальний (натягування капсули або листка очеревини); судинний. Пусковим фактором є швидке підвищення тиску в порожнистому органі та розтягнення його стінки, капсули паренхіматозних органів, судинні порушення. Ділянками сприйняття нутрощевого болю є епігастральна (при захворюваннях шлунка, дванадцяти-

палої кишки, підшлункової залози, печінки, жовчного міхура); періумбілікальна (при ураженні тонкої і сліпої кишок); гіпогастральна (при ураженні товстої кишки, органів малого таза) [4, 8].

*Пристінковий (соматичний) біль* обумовлений наявністю патологічних процесів у пристінковій очеревині і тканинах, які мають закінчення чутливих спинномозкових нервів (шкіра, підшкірна клітковина). Основними імпульсами для виникнення є ушкодження черевної стінки, перитоніт, абсцеси. Ділянками сприйняття пристінкового (соматичного) болю є епігастральна (пептична виразка, панкреатит, холедохолітіаз); правий верхній квадрант живота (гепатит, холецистит, панкреатит); лівий верхній квадрант (панкреатит, периспленіт); правий нижній квадрант (апендицит, мезентеріальний лімфаденіт, дивертикуліт Меккеля); лівий нижній квадрант (дивертикуліт сигмоподібної ободової кишки) [2, 9].

*Іррадіюючий біль* – локалізується в різних ділянках, віддалених від патологічного вогнища. Виникає у тих випадках, коли імпульс нутрощевого болю надміру інтенсивний (наприклад, під час проходження каменя) чи у разі анатомічного ушкодження (наприклад, защемлення кишки) передається на ділянки поверхні тіла, які мають спільну корінцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини. У разі підвищення тиску в кишках з'являється нутрощевий біль, який іррадіює у спину, у разі біліарної кольки – у спину, праву лопатку і плече. Прикладом є абдомінальний біль у дитини із пневмонією [10].

*Психогенний біль* виникає за відсутності нутрощевих чи соматичних причин, або ж якщо вони відіграють роль пускового чинника. Доведено, що тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем виникає внаслідок загальних біохімічних процесів і, насамперед, недостатністю моноамінергічних механізмів. Основними ознаками такого болю є його тривалість, монотонність, дифузний перебіг і поєднання з болем іншої локалізації (головний біль, біль у спині, у всьому тілі). Нерідко психогенний біль зберігається після нівелювання болю іншого типу [11].

Варто зазначити, що не завжди абдомінальний біль є ознакою захворювання органів черевної порожнини: часто це є скаргою захворювань нирок, легень, плеври, серцевого м'яза.

Першочерговим питанням, яке постає перед лікарем, – характер абдомінального болю, оскільки біль в животі може виникати внаслідок хірургічної патології та бути результатом органічних або функціональних змін шлунково-кишкового тракту.

Клінічні ознаки болю обумовлені двома компонентами відчуттів: перший (корковий) – швидкий, короткотривалий, специфічний біль з критичною оцінкою його інтенсивності та ідентифікації, що вирізняється від інших відчуттів; інший (підкорково-стовбуровий та ретикулярної форми) – повільний, триваліший, стійкий біль дифузного нелокалізованого характеру, що часто супроводжується емоційною лабільністю [4].

За тривалістю абдомінальний біль поділяється на короткочасний (до 3 годин), що часто пов'язаний із моторними порушеннями, та тривалий (більше 3 годин) – запальними причинами [10].

Абдомінальний біль різниться також і за інтенсивністю: різкий, сильний та раптовий абдомінальний біль – ознака, як правило, гострої хірургічної патології органів черевної порожнини; незначний або помірний абдомінальний біль характерний для хронічної патології черевної порожнини та псевдоабдомінального болю, який виникає при інших захворюваннях, що потребує проведення ретельної диференційної діагностики. Незважаючи на тяжкість оцінки інтенсивності абдомінального болю, поведінка та зовнішній вигляд дитини в багатьох випадках допоможуть вірогідно оцінити ступінь інтенсивності больового синдрому [7].

Крім того, при оцінці абдомінального болю слід звернути увагу на зв'язок болю з прийомом їжі; зв'язок болю з актом дефекації; наявність симптомів “верхньої диспепсії” – відрижка, печія, нудота, блювота; порушення випорожнень.

Практичні лікарі виділяють три варіанти абдомінального болю: гострий, хронічний та псев-

доабдомінальний біль [9].

Гострий абдомінальний біль є, як правило, наслідком гострої хірургічної патології, травми або гострого інфекційного захворювання. Хронічний абдомінальний біль – біль, що триває більше 3 місяців і пов'язаний з хронічними захворюваннями органів травлення або їх функціональними розладами. Псевдоабдомінальний біль обумовлений захворюваннями, які не пов'язані з патологією органів черевної порожнини [12].

Слід зазначити, що майже всі пацієнти з хронічним абдомінальним болем раніше проходили обстеження, однак незважаючи на ретельний анамнез, фізикальне і повне обстеження діагноз не був встановлений.

Складним звичайно є проведення диференційної діагностики між абдомінальним болем органічного і функціонального походження. Це потребує проведення ретельного комплексного обстеження дитини. Але за даними деяких вчених, у 90% дітей із абдомінальним болем органічного захворювання немає і лише у 10% випадків вдається встановити органічну причину абдоміналії. Отже, у більшості дітей біль в животі носить функціональний характер без виявлення ознак будь-яких анатомічних, метаболічних, інфекційних, запальних або неопластичних порушень [13, 14].

**Висновок.** Складність інтерпретації болю в живості в дітей, безліч абдомінальних та позаабдомінальних ознак потребують високопрофесійних знань. Правильний діагноз захворювання при гострому абдомінальному болю у дітей базується перш за все на ретельно зібраному анамнезі, даних клінічно-параклінічного обстеження на різних етапах надання лікувально-профілактичної допомоги.

### Список використаної літератури

1. Абаев Ю.К. Боли в животе у детей: практическое руководство / Ю.К. Абаев. – Ростов Н/Д: Феникс, 2007. – 287 с.
2. Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения / Е.К. Баранская // Фарматека. – 2006. – С. 143-153.
3. Ливзан М.А. Болевой синдром в гастроэнтерологии – алгоритм терапии / М.А. Ливзан // Медицинский совет. – 2010. – № 3-4. – С. 68–70.
4. Артамонов Р.Г. Боли в животе у детей / Р.Г. Артамонов, Е.В. Куйбышева, Е.Г. Бекташанц // Мед. каф. – 2006. – № 3-4. – С. 19-31.
5. Губергриц Н.Б. Хроническая абдоминальная боль. Боль при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. – Донецк: ООО “Лебедь”, 2009. – 312 с.
6. Григорьев П.Я. Абдоминальные боли: этиология, патогенез, диагностика, врачебная тактика / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // *Практ. врач.* – 2012. – № 1. – С. 39-41.
7. Drossman D.A. Severe and refractory chronic abdominal pain / D.A. Drossman // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2008. – Vol. 6, № 9. – P. 978-982.
8. Шульпекова Ю.В. Симптом висцеральной боли при патологии органов пищеварения / Ю.В. Шульпекова // *Врач.* – 2008. – № 9. – С. 12–16.
9. Brandt L.J. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome / L.J. Brandt, W.D. Chey, A.E. Foxx-Orenstein // *Am. J. Gastroenterol.* – 2009. – V. 104, Suppl 1. – P. 1-35.
10. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // *Русский мед. ж.* – 2004. – Т. 12, № 7. – С. 437-444.
11. Лисенко Г.І. Біль у животі (лекція)

/ Г.І. Лисенко, Л.В. Хіміон, О.Б. Яценко // Сімейна мед. – 2007. – № 1. – С. 42-47. 12. Tytgat G.N. Hyoscine butylbromide: a review of its use in the treatment of abdominal cramping and pain / G.N. Tytgat // *Drugs*. – 2009. – V. 67(9). – P. 1343-1357. 13. Эрдес С. Абдоминальная боль у детей и пути ее терапии / С. Эрдес, Е. Мухаметова // *Врач*. – 2007. – № 5. – С. 27-31. 14. Camilleri M. Review article: new receptor targets for medical therapy in irritable bowel syndrome / M. Camilleri // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2010. – V. 31(1). – P. 35-46.

#### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

**Резюме.** Проанализированы причины и механизмы развития абдоминальной боли у детей и представлена дифференцированная характеристика.

**Ключевые слова:** дети, абдоминальная боль, этиология, диагностика

#### DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN

**Abstract.** The causes and mechanisms of development of abdominal pain in children are analyzed and their differential characteristic is presented.

**Key words:** children, abdominal pain, etiology, diagnostics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 21.11.2014 р.

Рецензент – проф. Нечитайло Ю.М. (Чернівці)