

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Дронов А.Ф., Чемоданов В.В., Сафронов Б.Г., Бакланов В.В., Волков И.Е., Мокряков И.А., Царьков М.В.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

Кафедра хирургических болезней детского возраста

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра детских хирургических болезней с реаниматологией и анестезиологией

РЕЗЮМЕ Исследованы особенности клинических проявлений болевого абдоминального синдрома у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости. Разработана балльная оценка выраженности абдоминалгии и выделено четыре варианта течения болевого абдоминального синдрома у детей, перенесших лапаротомию, что может служить основой клинической оценки заболеваний у данной категории больных.

Ключевые слова: дети, болевой абдоминальный синдром, диагностика.

Болевой абдоминальный синдром является ведущим в клинике большинства заболеваний органов пищеварения у детей [1, 2]. Разнообразие клинических проявлений и атипичные варианты течения различных заболеваний нередко вызывают значительные трудности в их интерпретации, особенно если ранее выполнялось оперативное вмешательство на органах брюшной полости [1, 5].

Цель настоящего исследования — уточнить и дополнить клиническую характеристику болевого абдоминального синдрома у детей, ранее перенесших лапаротомию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клиническое исследование проводилось у 120 пациентов, поступавших с данным синдромом после оперативных вмешательств на брюшной полости (поводом для которых послужили различные заболевания).

Описание болевого абдоминального синдрома проводили по общепринятой схеме [4, 6], дополняя его балльной оценкой абдоминалгии по разработанным нами критериям и характеристикой отдельных симптомов (тошнота, рвота, вздутие живота, задержка стула). Боли в животе оценивали по характеру (постоянные, периодические и приступообразные), локализации, длительности, ритмичности (связь с приемом пищи, временем суток, актом дефекации и др.), иррадиации и болезненности при пальпации.

Кроме этого выясняли, впервые ли ребенок испытывает подобные болевые ощущения за время, прошедшее после первичного оперативного вмешательства, и предшествовали ли возникновению болей в животе погрешности питания (переедание или употребление плохо усваиваемой пищи). После сбора анамнеза проводили осмотр и клиническое обследование больного.

Dronov A.F., Chemodanov V.V., Safronov B.G., Baklanov V.V., Volkov I.E., Mokryakov I.A., Tsarkov M.V.

CLINICAL CHARACTERISTIC OF PAIN ABDOMINAL SYNDROME IN CHILDREN

ABSTRACT Peculiarities of clinical manifestations of pain abdominal syndrome in patients after operation on abdominal cavity organs are investigated. Point evaluation of abdominal pain manifestation and four variants of pain abdominal syndrome course in children after laparotomy are worked out. It may be the basis of disease clinical evaluation in present category of patients.

Key words: children, pain abdominal syndrome, diagnosis.

У детей очень сложно оценить интенсивность боли. Часто они не говорят о своих ощущениях. Некоторые даже с сильной болью могут тихо лежать, не привлекая к себе внимания [3]. В таких случаях медицинский персонал полагает, что ребенок испытывает боль небольшой силы или не испытывает ее вовсе. В этой связи проводилась балльная оценка абдоминальной боли по разработанным нами критериям (табл. 1). Данная методика предполагает прежде всего наблюдение за ребенком, что не вызывает у него беспокойства и страха.

Оперативная реакция организма ребенка на абдоминальную боль реализуется, в первую очередь, через нервную систему [7], которая модулирует функцию органов и систем, и прежде всего — сердечно-сосудистую и дыхательную. Первым признаком, характеризующим силу боли, мы выбрали *цвет кожных покровов*, отражающий изменение микроциркуляции. Далее использовали признаки, характеризующие состояние нервной системы: *положение и поведение ребенка, настроение и реакцию на обследование* (мика и выражение глаз), *сон и аппетит*.

Перечисленные признаки — от состояния полного физического и психоэмоционального благополучия до очень сильной абдоминальной — оценили в диапазоне от 0 до 17

бал-

лов: 0—1 балл (боли нет), 2—5 баллов (слабая боль), 6—8 (умеренная), 9—13 (сильная) и 14—17 (очень сильная).

У поступивших больных, в зависимости от особенностей клинической картины, нами выделены 4 варианта течения болевого абдоминального синдрома.

Первый вариант (легкий) — это чаще всего слабые и реже умеренные (от 2 до 8 баллов) боли в животе, беспокоящие не менее 6 месяцев (часто повторяющиеся или непрерывные), постоянного (тупого, ноющего) характера, диффузные (без четкой локализации), без иррадиации. Локализация наибольшей болезненности при пальпации живота чаще всего определялась в эпигастральной и околопупочной области. У части пациентов возникновение болей было связано с приемом пищи. Основным критерием для выделения данного варианта течения болевого абдоминального синдрома являлось то, что абдоминальная боль беспокоила детей достаточно продолжительное время до поступления, а очередное ее возникновение или усиление служило поводом для обращения за медицинской помощью. Боли сопровождались тошнотой, редко однократной рвотой и умеренным вздутием живота с задержкой стула.

Таблица 1. Критерии оценки выраженности боли

Признаки	Боли нет 0 баллов	Слабая (2—5 баллов) 1 балл	Умеренная (6—8 баллов) 2 балла	Сильная (9—13 баллов) 3 балла	Очень сильная (14—17 баллов) 4 балла
Кожные покровы	Розовые 0 баллов	Бледно-розовые 1 балл	Бледные 2 балла	Бледно-серые 3 балла	Серые 4 балла
Положение, поведение	Активное 0 баллов	Активность снижена 1 балл	Пассивное 2 балла	Вынужденное положение 3 балла	Нет движений или на этом фоне периодическое беспокойство 4 балла
Аппетит	Обычный 0 баллов	Снижен 1 балл		Только пьет 2 балла	Отказ от питья и еды 3 балла
Настроение, реакция на обследование	Веселый, контактный 0 баллов	Эмоциональный тонус, контактность снижены 1 балл		Негативная реакция 2 балла	Нет реакции, безучастный 3 балла
Сон	Не нарушен 1 балл		Нарушен 2 балла	Отсутствует 3 балла	

Второй вариант (умеренный) — это редкие боли в животе средней интенсивности (от 6 до 8 баллов), периодического характера, без четкой локализации и иррадиации. Обследование передней брюшной стенки позволяло определить при пальпации болезненность чаще в чревной и надчревной области. Как правило, при детальном изучении анамнеза удавалось выяснить, что в течение последнего года подобные абдоминалгии беспокоили пациентов, но затем самостоятельно купировались и не повторялись в течение нескольких месяцев. Очередное появление болей в животе служило поводом для обращения за медицинской помощью. Боли сопровождались тошнотой, почти у половины пациентов рвотой более одного раза и умеренным вздутием живота, иногда задержкой стула. У части пациентов возникновение болей было связано с погрешностями в питании.

Третий вариант (выраженный) — это сильные (9—13 баллов) впервые возникшие боли в животе периодического характера, занимающие несколько областей передней брюшной стенки, без иррадиации. Место наибольшей болезненности определялось около пупка, в правых отделах живота, около послеоперационного рубца, или наблюдалась диффузная боль. Рвота чаще была многократной, с примесью желчи и сопровождалась вздутием живота. Болезненность при пальпации живота часто локализовалась в области послеоперационного рубца. У большинства пациентов возникновение болей было связано с погрешностями в питании.

Четвертый вариант (очень выраженный) болевого абдоминального синдрома характери-

зовался очень сильной (14 — 17 баллов) впервые возникшей абдоминалгией приступообразного характера, без иррадиации, сопровождающейся асимметричным вздутием живота и многократной рвотой с желчью. Боли локализовались в проекции послеоперационного рубца или в околопупочной области. Место наибольшей болезненности при пальпации совпадало с зоной субъективного ощущения боли.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди заболеваний, сопровождающихся болевым абдоминальным синдромом у детей (табл. 2), ранее перенесших оперативные вмешательства на брюшной полости, чаще встречались поздняя спаечная кишечная непроходимость (ПСКН), функциональная абдоминальная боль (ФАБ) и обострение хронического гастродуоденита (ХГД).

Реже болевой абдоминальный синдром был обусловлен дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, дисметаболической нефропатией и копростазом.

Первый вариант течения болевого абдоминального синдрома в равной степени наблюдался у небольшой части пациентов с ХГД (7,3%) и ПСКН (7,3%). Второй вариант выявлен более чем у половины больных (55,1%) и приблизительно в равных долях был представлен у пациентов с ХГД, ФАБ и ПСКН. Четверть больных имела третий вариант болевого абдоминального синдрома, среди которых детей с ПСКН было в три раза больше, чем с ФАБ. Четвертый вариант болевого абдоминального синдрома выявлен только у пациентов с ПСКН (7,3%).

Таблица 2. Заболевания, диагностируемые у детей с различными вариантами течения болевого абдоминального синдрома

Выявленная патология	Варианты течения				Всего
	I (легкий)	II (умеренный)	III (выраженный)	IV (очень выраженный)	
ХГД	7,3%	14,6%	-	-	21,9%
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	-	-	1,2%	-	1,2%
ФАБ	-	15,1%	5,4%	-	20,5%
ДЖВП	-	2,4%	-	-	2,4%
Дисметаболическая нефропатия	-	1,2%	-	-	1,2%
Копростаз	-	0,6%	-	-	0,6%
ПСКН	7,3%	21,2%	16,4%	7,3%	52,2%
Итого:	14,6%	55,1%	23,0%	7,3%	100%

ВЫВОДЫ

1. При анализе клинических проявлений заболеваний, сопровождающихся абдоминалгией у ранее оперированных детей, прежде всего, необходимо учитывать клинический вариант течения болевого абдоминального синдрома, который основывается на тщательно собранном анамнезе, объективном обследовании и определении выраженности болевых ощущений, испытываемых ребенком.
2. Определение клинического варианта течения болевого абдоминального синдрома у детей, перенесших лапаротомию, позволяет более быстро и точно диагностировать заболевания, встречающиеся у данной категории больных.
3. Предложенные критерии оценки выраженности боли помогают не только ее установить, но и контролировать динамику, что очень важно для определения эффективности проводимого обезболивания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакланов В.В., Буров И.С., Сафронов Б.Г., Никонов Н.Н. Спаечная кишечная непроходимость у детей: Учеб.-метод. пособие. — Иваново, 1998. — 88 с.
2. Баранов А.А., Климанская Е.В., Римарчук Г.В. Детская гастроэнтерология. — М., 2002. — 592 с.
3. Биккулова Д.Ш. Контроль боли у детей в послеоперационном периоде по собственной шкале субъективной оценки боли при лечении трамалом // Анестезиология и реаниматология. — 1994. — № 2. — С. 37—40.
4. Денисов М.Ю. Болезни органов пищеварения у детей и подростков. — Ростов н/Д. : Феникс, 2005. — 608 с.
5. Дронов А.Ф., Аль-Машат Н.А., Челак О.А. Видеолапароскопия у детей с лапаротомиями в анамнезе // Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей»: Тез. докл. — М., 2006. — С. 34—36.
6. Ходунова А.М., Рывкин А.И., Решетова Т.Г. Основы гастроэнтерологии в педиатрической практике. — Иваново, 2002. — 267 с.
7. Yamada T., Alpers D.H. et al. Textbook of Gastroenterology : 2nd ed. — Philadelphia : J.B. Lippincott, 1995. — 752 p.

Поступила 18.04.2006 г.