

УДК 616.33/34-009.7-053.2

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ*Р.Н. Хоха, ассистент кафедры педиатрии №2, к.м.н.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В лекции изложены заболевания, являющиеся наиболее частой причиной рецидивирующих болей в животе у детей.

Ключевые слова: боли в животе, дети, рецидивирующие

This lecture is the summary of the most frequent causes of recurrent abdominal pains in children.

Key words: abdominal pains, children, relapsing.

Хроническая рецидивирующая боль в животе – это определение болезненности или дискомфорта в области брюшной полости, которая не относится к синдрому острого живота.

Появление острых болей требует исключения хирургической патологии. Ноющие или приступообразные, рецидивирующие боли свидетельствуют о развитии хронического процесса. Правильная интерпретация боли в животе – отправной пункт в диагностике заболеваний органов брюшной полости [2]. Боли в животе могут быть вызваны различными причинами, среди которых ведущее место занимают заболевания желудка, поджелудочной железы, кишечника, желчных путей, печени, различные инфекционные заболевания и другие болезни [6]. В диагностике исключительно важное значение имеют собиранье анамнеза заболевания и осмотр больного, а также сведения о характере и результатах произведенных ранее диагностических, лечебных мероприятий и оперативных вмешательствах. С клинической точки зрения, важны следующие характеристики боли: локализация, характер, интенсивность, длительность болевого приступа и его развитие, периодичность, ритм болей, факторы, усиливающие и ослабляющие боли. Локализация болевых ощущений в определенной степени позволяет судить о вовлечении того или иного органа в патологический процесс. При сборе анамнеза и осмотре больного, необходимо учитывать, что рецидивирующие боли с преимущественной локализацией в эпигатральной области и левой верхней части живота наблюдаются при поражении желудка, поджелудочной железы, селезенки, селезеночного узла толстой кишки, левой почки, а также при грыже пищеводного отверстия диафрагмы. В правой верхней части живота боли чаще всего связаны с заболеваниями печени, желчного пузыря и желчных путей, 12-перстной кишки, головки поджелудочной железы, правой почки и поражением печеночного угла толстой кишки. В правой нижней части живота боли могут быть вызваны вовлечением в патологический процесс аппендикулярного отростка, терминального отдела подвздошной кишки, слепой кишки, восходящего отдела толстой кишки, правых почки и мочеоточника, а также заболеваниями половых ор-

ганов. Боли в левой нижней части живота бывают обусловлены поражениями нисходящего отдела тонкой кишки, сигмовидной кишки, левых почки и мочеоточника, а также половых органов. Скрупулезность анализа характера болей, их локализация и клинические исследования позволяют провести дифференциальную диагностику в такой степени, которая дает возможность определить целенаправленные дополнительные инструментальные и лабораторные исследования или функциональные пробы для конкретизации диагноза. Определенные сведения можно получить при уточнении характера болей [7]. Боль, возникающую в результате обструкции полого органа, имеющую волнообразный характер, можно отличить от боли вследствие прободения полого органа, при которой резкое нарастание болевых ощущений нередко сопровождается спадом. Иррадиация болей в плечо означает раздражение диафрагмы с передачей болевого импульса по диафрагмальному нерву. Это может свидетельствовать о прободной язве с раздражением диафрагмы, желчной колике, разрыве или инфаркте селезенки, абсцессе печени. Боль, иррадиирующая в спину, характерна для панкреатита, почечной колики, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, разрыва аневризмы брюшной аорты. Постоянная, тупая боль при пиелонефрите отличается от нестерпимой боли при кровоточащей аневризме аорты, желчной или почечной колики. Боль, усиливающаяся при мочеиспускании, может свидетельствовать о раздражении правого мочеоточника при аппендиците или тазовом абсцессе, расположенном вблизи мочевого пузыря; потеря сознания на фоне болей в животе может говорить об артериальной гипотензии и тяжелой кровопотере, что наблюдается при разрыве аневризмы селезенки. Помогает в постановке диагноза осмотр больного. Бледность, сонливость и холодные цианотичные конечности могут свидетельствовать об угрозе гиповолемического шока в результате кровопотери. Больной с разлитым перитонитом лежит неподвижно, поскольку малейшее движение вызывает боль. При почечной и желчной колике, наоборот, пациент корчится от боли, часто меняет положение тела, стараясь найти такое, при котором боли бы утихли. Непроизвольное сгиба-

ние нижней конечности в тазобедренном суставе может наблюдаться при абсцессе большой поясничной мышцы, паранефрите или аппендиците. При пальпации важнейшее значение имеет определение признаков раздражения брюшины в динамике, а также установление области максимальной болезненности, наличие защитного напряжения мышц и объемного образования. Анализ характера болей в животе, их локализация и клиническое исследование позволяют провести дифференциальную диагностику в такой степени, которая дает возможность определить целенаправленные дополнительные инструментальные исследования для конкретизации диагноза.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – развитие характерных симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого [9]. Боль при ГЭРБ наблюдается в грудной и/или в эпигастральной области. Клиническая картина включает в себя отрыжку, срыгивание пищи, изжогу, дисфагию. Диагностика: ЭГДС - гиперемия, эрозия в пищеводе, рентгенологическое исследование в положении Тренделенбурга, внутрипищеводная рН-метрия.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется болью с иррадиацией в области грудины. Боль усиливается или возникает в горизонтальном положении больного, нередко сопровождается отрыжкой, дисфагией, а также срыгиванием желудочным содержимым и изжогой. Диагностика основывается на рентгенологическом исследовании больного [9].

Хронический гастрит – хроническое полиэтиологическое рецидивирующее воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка с постепенным развитием атрофии. Клиническая симптоматика хронического гастрита у детей отличается полиморфизмом. Характерна боль в верхней половине живота вскоре после приема (сразу или через 10-15 минут) пищи, поздние боли или спустя 1,5-2 часа после (поздние боли), а в ряде случаев может появиться натошак - перед едой (натошак-овые, голодные). Боль не интенсивная, но упорная длительная, ноющая, с локализацией в эпигастральной области или сверху от пупка. Диспептический синдром проявляется отрыжкой кислым, воздухом, пищей, съеденной накануне, тухлым, сниженным или повышенным аппетитом, изжогой, тошнотой, рвотой, нарушением стула, чувством дискомфорта в желудке, нередко бывает запах изо рта [7]. Диагностика: фиброэзофагогастродуоденоскопия, гистологическое исследование биоптата слизистой, определение *Helicobacter pylori*.

Хронический изолированный дуоденит – воспаление слизистой оболочки 12-перстной кишки. Основным симптомом заболевания являются боли в животе различной интенсивности и продолжи-

тельности. У большинства больных наблюдается периодичность болевого синдрома, связанного с приемом пищи. Чаще беспокоят поздние боли, реже ранние, а иногда болевой синдром возникает после каждого приема пищи, локализуясь обычно в правой верхней половине живота. Из диспептических явлений наблюдается снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, иногда изжога и рвота, часто нарушение стула (преобладают запоры, реже чередование запоров с неустойчивым стулом). Нередко детей беспокоят периодические головные боли, головокружения, нарушение сна, быстрая утомляемость. При осмотре больных обращает внимание бледность кожных покровов, отставание массы тела, признаки вегето-сосудистой дистонии. При пальпации живота определяется болезненность пилородуоденальной области. Характерным является симптом Менделя. Диагностика: фиброэзофагогастродуоденоскопия с прицельной слизистой оболочки 12-перстной кишки.

Хронический гастродуоденит – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки 12-перстной кишки и пилорического отдела желудка, сопровождающееся нарушением регенерации слизистой оболочки этих отделов пищеварительного тракта, расстройством секреторной функции и моторики. Эта патология встречается значительно чаще, чем изолированное поражение желудка и 12-перстной кишки. В период обострения заболевания больные жалуются на боли в околопупочной или эпигастральной области. Боли чаще поздние (через 1-2 часа после еды), могут возникать натошак в течение дня или ночью. Эквивалентом ранних болей считают чувство быстрого насыщения у детей. В случаях гастродуоденита, осложненного эзофагитом или когда изменения в желудке выражены более значительно, чем в 12-перстной кишке, наблюдается сочетание ранних и поздних болей. При этом боли локализуются не только в области пупка, но и в эпигастральной области. Для заболевания характерна сезонность (осень-весна). Нередко выявляется мойнингановский ритм болей: боль – прием пищи – облегчение – боль. Астеновегетативный синдром проявляется утомляемостью, недомоганием, функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, признаками гиповитаминоза [2, 13]. Диагностика: эндоскопия желудка и 12-перстной кишки, фракционное исследование желудочного сока, рН-метрия внутрижелудочковая

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся различной клинической картиной и развитием пептической язвы в желудке или 12-перстной кишке. В период обострения заболевания дети предъявляют жалобы на выраженные боли в области живота, возникающие через 2-4 часа после приема пищи, ночью, натошак. Боли носят мойнингановский характер, приступообразные, колющие, режущие, у части

больных иррадируют в спину, поясницу, правое плечо, лопатку. Боль локализуется преимущественно в пилородуоденальной зоне или правом подреберье. Болевой синдром сопровождается нарушением моторики – тошнота, рвота, изжога, отрыжка, запоры. Нарушается общее состояние детей: они беспокойны, плаксивы, раздражительны. Дисфункция вегетативной нервной системы характеризуется повышенной потливостью, склонностью к брадикардии и гипотензии, дермаграфизмом, эмоциональной лабильностью гидрозом конечностей. Диагностическое значение имеет симптом Менделя (болезненность при поколачивании выпрямленным пальцем в точке проекции луковицы 12-перстной кишки), который наблюдается у 75-80% детей. Характерная особенность клинического течения язвенной болезни 12-перстной кишки – сезонность обострений. При локализации язвенного дефекта в теле желудка характерны «ранние» боли в эпигастрии после приема грубой, жареной пищи или сырых овощей, отрыжка воздухом, снижение аппетита, рвота после или сразу еды, стойкая болезненность в области проекции антрального отдела на брюшную стенку [11]. Диагностика: исследование крови, эндоскопия желудка и 12-перстной кишки, исследование кислото-, секреторной и ферментообразующей функции желудка, выявление *Helicobacter pylori*.

Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) – функциональное нарушение моторики желчного пузыря и протоков, проявляющееся нарушением оттока желчи в 12-перстную кишку. Гипотонический и гипокинетический тип дискинезии проявляется постоянными ноющими болями в правом подреберье, сопровождается снижением аппетита, горечью во рту, тошнотой, вздутием живота, увеличением размеров печени, симптомами интоксикации, выражены симпатические вегетативные реакции. Гипотонический и гипокинетический тип дискинезии сопровождается кратковременными болями приступообразного, схваткообразного и режущего характера. Факторы, способствующие рецидивированию болевого синдрома при дискинезиях, – отрицательные эмоции, физические нагрузки, погрешности в диете. В промежутках между приступами дети жалоб не предъявляют. Симптомы интоксикации отсутствуют. Преобладают ваготонические вегетативные реакции. Диспепсический синдром – тошнота, отрыжка горьким, чувство горечи во рту, запоры или поносы. Диагностика: УЗИ с исследованием двигательной функции желчного пузыря, холицистография, дуоденальное зондирование.

Хронический холецистит (холицистохолангит) – хронический воспалительный процесс в стенке желчного пузыря и желчных путях бактериального, вирусного или абактериального происхождения, характеризующийся непостоянными ноющими болями в правом подреберье. Приступы

болеи возникают чаще после физической нагрузки, стрессовых ситуациях, пищевой погрешности (жирная, жаренная, холодная пища, яйца, острые блюда, газированные напитки), интеркуррентной инфекции. Боли иррадируют в правое плечо, лопатку, ключицу. При пальпации мышечное напряжение в правом верхнем квадрате живота, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Леша и др. боли сопровождаются тошнотой, рвотой, метеоризмом, иногда субиктеричностью склер, субфебрилитетом, неустойчивым стулом. Диагностика: общий анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ); биохимическое исследование крови (повышение билирубина, холестерина, щелочной фосфотазы, положительная ДФА, СРБ); УЗИ (увеличение толщины стенки желчного пузыря более 4 мм, «зазубренность» внутреннего контура стенки пузыря, уменьшение его размеров); холицистография.

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) – заболевание, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре, желчных ходах. Для большинства детей характерно латентное течение заболевания, характеризующееся периодическими болями в животе, чаще локализующимися в области правого подреберья. Они иногда связаны с приемом острой, жирной или жареной пищи, сопровождаются горечью во рту, тошнотой, отрыжкой пищей и воздухом. Явление интоксикации выражено умеренно. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области правого подреберья. Диагностика: УЗИ (везикулизация кокрементов); дуоденальное зондирование – в порции В мелкие камни, песок, кристаллы; холецистография.

Хронический гепатит – длительно протекающее полиэтиологическое воспалительное заболевание печени без перестройки ее структуры. Сопровождается длительными явлениями в виде снижения аппетита, непереносимости жирной пищи, болями и чувством тяжести в правом подреберье, возникающими при физической нагрузке или после приема пищи, повышенной утомляемостью, слабостью, потливостью, лабильностью пульса, неустойчивостью артериального давления, умеренной гепатомегалией (чаще за счет правой доли). В редких случаях определяется субиктеричность кожи и склер, единичные сосудистые звездочки, «печеночные ладони» [12]. Диагностика: УЗИ (увеличение печени, повышение ее плотности, увеличение селезенки); анализ крови общий (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитопения); биохимическое исследование крови (повышение активности АсАТ, АДГ, МДГ, диспротеинемия, увеличение тимоловой пробы и бета-липопротеидов, повышение активности щелочной фосфотазы, билирубина, признаки репликации вирусов (положительные маркеры HBV, HCV и HDV); коагулограмма (нарушение свертывания крови); пункционная биопсия (некрвоспалительный процесс в печени);

иммунологическое исследование (повышение в сыворотке крови иммуноглобулина М, G, E, высокий титр антиядерных и антимиохондриальных антител).

Хронический панкреатит – хроническое воспаление поджелудочной железы, сопровождающееся выраженными морфологическими и функциональными нарушениями этого органа, характеризуется периодически наступающими обострениями, ремиссиями различной длительности. В период обострения основное значение приобретает болевой синдром. Боль возникает приступообразно в верхней половине живота слева и в подложечной области, носит опоясывающий характер, иррадирует в левое плечо, часто сопровождается тошнотой, рвотой. При пальпации живота определяют болевые зоны и точки: зону Шоффара, точку Мейо-Робсона, Де-Жардена, Кача. У таких пациентов нарушается общее состояние: частые головные боли, эмоциональная лabilityность, утомляемость, ребенок теряет в массе тела, стул учащается до 3-4 раз в сутки, умеренно разжижен, зловонный, обильный с признаками мальабсорбции (стеаторея, креаторея, амилорея). В период ремиссии болевой синдром и нарушения функции органов пищеварения уменьшаются, но признаки функциональных расстройств поджелудочной железы сохраняются. Диагностика: исследование крови (повышение активности амилазы); исследование мочи (повышение активности диастазы); копрограмма (стеаторея, амилорея, креаторея); УЗИ (изменение размеров, контуров, структуры железы); нагрузочные пробы (с прозеринном, двойной нагрузкой глюкозой).

Хронический энтероколит – хроническое воспалительное поражение тонкой и толстой кишок с нарушением их пищеварительной, всасывательной, двигательной и выделительной функции. Клинически проявляется сочетанием болей и диспептических расстройств. Наиболее часто боль при энтероколите ощущается вокруг пупка, реже в нижней части живота с урчанием в околопупочной области и шумом плеска в слепой кишке. Проявляется неприятными ощущениями или носит схваткообразный характер (типа кишечных колик в разное время суток) продолжительностью от 10-15 минут до 3-5 часов. Боль не зависит от приема пищи, но появляется или усиливается в зависимости от характера пищи (после употребления продуктов, вызывающих брожение). Стул неустойчивый (чередование поносов с запорами). Кал в виде плотной «пробки» в начале и светлый пенный со слизью в конце, иногда в виде «овечьего». Живот вздут из-за метеоризма. На фоне заболевания появляются признаки интоксикации, гиповитаминоза, гипомикроэлементоза, задержка нарастания массы тела, роста, расстройства белкового обмена. Диагностика: анализ крови общий (снижение

гемоглобина, лейкоцитов, ускорение СОЭ); копрограмма (изменение консистенции кала, обнаружение воспалительных элементов, нарушений переваривания пищи); выявление дисбактериоза; ректо- и колоноскопия (изменения слизистой оболочки, выявление полипов, язв, эрозий, рубцов); рентгенологическое исследование (нарушения моторики кишки, аномалии и другие органические изменения).

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое небактериальное заболевание, характеризующееся воспалительно-язвенным поражением толстой кишки и проявляющееся гемоколитом. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением. Развивается постепенно. Первыми признаками заболевания являются приступы схваткообразных болей в животе при дефекации, локализующихся в левой половине живота (подвздошная область). Затем появляется примесь крови, слизи с гноем, неустойчивым или оформленным стулом, повышается температура, снижается аппетит. В анализе крови – анемия. Отмечается задержка физического развития. Сопровождается изменениями со стороны других органов и систем (узловая эритема, пиодермия, гепатит, артрит). При пальпации определяется урчащая, спастически спазмированная сигмовидная кишка с уплотненными стенками [11]. Диагностика: колоноскопия (гиперемия, отечность слизистой оболочки, эрозии, при тяжелой форме язвы с дном, покрытым фибрином и гноем); рентгенологическое исследование (деформация или отсутствие гаустр, зазубренность контуров толстой кишки, сужение просвета, дефекты наполнения).

Болезнь Крона – хронический неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, поражающий различные отделы желудочно-кишечного тракта, но преимущественно слизистую и дистальные отделы подвздошной кишки. Клинически проявляется болями в животе схваткообразного характера, возникающими после еды и перед дефекацией. Возможны также боли при движениях, наклонах туловища. Локализуются по ходу толстого кишечника (в боковых и нижних отделах живота). К характерным клиническим признакам относят ректовагинальные, кишечно-пузырные, толсто-тонкокишечные свищи и поражение перianальной области (трещины, линейные язвы). Остальные клинические проявления болезни Крона такие же, как и при НЯК [10]. Диагностика: колоноскопия (рентгенологические данные о стенозировании тонкой кишки с пристеночным расширением или о сегментарном поражении толстой кишки в виде «бульжной мостовой»); гистологические данные (обнаружение эпителиальных гранулем с гигантными клетками Лангерганса).

Хронический колит (ХК) – воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки

толстой кишки различной этиологии [14]. Для ХК характерны боли, локализующиеся в нижней части живота, в области флангов, иногда около пупка в левом подреберье. Боли носят разнообразный характер – тупые, ноющие, приступообразные, распирающие. Усиливаются при приеме грубой клетчатки, молока, газированных напитков; уменьшаются после отхождения газов, дефекации, после применения тепла на живот, приема спазмолитических препаратов. Локализация болей зависит от локализации и распространения процесса. При тотальном и правостороннем колите боли локализируются преимущественно в правых отделах живота (особенно в правой подвздошной, иррадирует в правую ногу, пах). При ангите (поражение области селезеночного изгиба – синдром левого подреберья) – боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. При левосторонних дистальных колитах болезненность отмечается в левой подвздошной области, нижних отделах живота слева, иррадирует в левую паховую область и промежность. Диспептический синдром при ХК характеризуется метеоризмом, флатуленцией, тошнотой, снижением аппетита. Наблюдаются изменения со стороны стула в виде чередования поносов с запорами, имеют место синдром недостаточного опорожнения, ложные позывы на дефекацию, «запорный понос». Общее состояние обычно не нарушено. При объективном обследовании обращает внимание обложенность языка, запах изо рта. При пальпации живота – урчание и болезненность по ходу толстой кишки. Диагностика: колоноскопия.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – комплекс функциональных расстройств тонкой кишки, не связанных с органическим поражением и продолжающихся свыше 3 месяцев. Абдоминальная боль – обязательный компонент клинической картины СРК. Может проявляться от легкого дискомфорта до интенсивной постоянной схваткообразной боли, с локализацией в низу живота, чаще в левой подвздошной области, но иногда в любом отделе вплоть до эпигастрия. Боль появляется после еды, носит непрерывно-рецидивирующий характер, усиливается при нарушении диеты, стрессовыми факторами, при переутомлении, стихает после дефекации и отхождения газов. Характерно, что боли не беспокоят по ночам. Болевой синдром сопровождается вздутием живота, метеоризмом, усилением перистальтики кишечника, диареей, урежением стула. Больные предъявляют массу жалоб не гастроэнтерологического характера – головную боль, боли в поясничной области, дисменорею, дизурию, депрессию, утомляемость. СРК – диагноз исключения. Комплекс обследования направлен на исключение органической патологии кишечника и повреждения функционального характера страдания [11]. Диагностика: колоноско-

пия, копрограмма, мазки на патогенную кишечную флору.

Пищевая аллергия – состояние повышенной чувствительности к использованию тех или иных продуктов питания, которая проявляется возникновением клиники явных симптомов или реакций аллергического генеза. Боли в животе – частое проявление этого заболевания у детей как младшего, так и старшего возраста. Пищевая аллергия проявляется клиническими признаками нарушения деятельности органов пищеварения, нередко наблюдаются патологические симптомы и со стороны других органов и систем. Употребление аллергенной пищи может вызвать катаральное, афтозное или язвенное поражение полости рта (стоматит, гингивит, глоссит), пищевода (эзофагит и эзофагоспазмы). При алиментарной аллергии гораздо чаще страдает желудок, возникают типичные гастрические симптомы: боль и тяжесть в эпигастриальной области, отрыжка, изжога, горечь во рту, тошнота и в ряде случаев рвота, нередко с большой примесью желудочного сока. Боль в животе может быть единственным проявлением пищевой аллергии. Нередко боли настолько интенсивны (спазм гладкой мускулатуры), что их называют даже «брюшной мигренью», а сопровождающие болевой синдром общие явления – «вегетативной бурей». Поражения и нарушения функции тонкого и толстого кишечника проявляются острыми схваткообразными, реже ноющими тупыми болями по всему животу, сочетающиеся с урчанием и переливанием, позывами на дефекацию. Частый жидкий стул, нередко с примесью непереваренной пищи и слизи, дополняет клинику пищевой аллергии. Диагностика: выяснения аллергологического анамнеза; проведение провокационных проб с пищевыми продуктами; проведение кожных проб; обнаружение в сыворотке крови антигенов к пищевым продуктам; общий анализ крови – эозинофилия, возможна анемия, тромбоцитопения; определение уровня иммуноглобулина Е общего и специфического.

Хронический рецидивирующий аппендицит – это регрессия острого аппендицита на стадии катарального воспаления с возможными последующими обострениями. Клиническая картина хронического аппендицита характеризуется болями в правой подвздошной области, нередко усиливающимися при физической нагрузке. При пальпации живота определяется болезненная слепая кишка, часто положительный симптом Образцова (урчание в области слепой кишки при пальпации). Симптомы раздражения брюшины отсутствуют [15].

Новообразования. У детей встречаются доброкачественные и злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта. Последние встречаются редко. Чаще всего они представлены полипами. Клиническая картина новообразования

складывается из болей в животе ноющего или спазматического характера, диареи, кишечные кровотечения, нарушение питания, явления интоксикации [7]. Диагностика: рентгенологическое исследование (дефект наполнения, полипы, инвагинации), фиброколоноскопия с биопсией, пальцевое исследование, ректоромоскопия.

Хронический неспецифический мезаденит (мезентериальный лимфаденит) – воспаление брыжеечных лимфатических узлов, вызываемое аденовирусной инфекцией, которая проявляется катаром верхних дыхательных путей. Заболевание чаще встречается весной и осенью. Отмечается прямая зависимость его от учащения случаев острой респираторной вирусной инфекции. Мезаденит иногда сопутствует инфекционным заболеваниям (скарлатина, корь, ветряная оспа). У детей, страдающих мезентериальным лимфаденитом, нередки повторные ангины, острые респираторные заболевания, хронический тонзиллит. Острый мезаденит проявляется повышением температуры тела до 38-39°C, иногда тошнотой и рвотой, разлитыми, острыми, периодически усиливающимися, схваткообразными болями в животе. Некоторые дети из-за болей мечутся в постели, ходят, лежат в коленно-локтевом положении. При прекращении болевого приступа указывают на болезненность в области пупка или в правой подвздошной области. В период между болевыми атаками общее состояние детей сравнительно удовлетворительное [15].

Мезентеральный лимфоденит туберкулезной этиологии проявляется болями вокруг пупка, усиливающимися при ходьбе и физическом напряжении. При пальпации боль локализуется преимущественно в проекции корня брыжейки: левом верхнем (точка Поркеса) и правом нижнем квадратах живота. Клиническое улучшение в этом случае наступает после назначения туберкулоспастических препаратов *ex jnbantibus*. По мере прогрессирования процесса и образования в кишечнике изменений, появляются боли в животе, чаще в правой подвздошной области, нарастают слабость, недомогание и симптомы интоксикации. При пальпации в правой подвздошной области можно обнаружить гладкую или бугристую малобользненную опухоль [15]. Диагностика: проведение пробы Манту с 2ТЕ; лапароскопия и компьютерная томография; УЗИ (известные мезентеральные лимфатические узлы).

Хронический пиелонефрит. Ему свойственна тупая, постоянная, иногда приступообразная боль в животе различной локализации в сочетании с повышением температуры тела до субфебрильных цифр, пониженный аппетит, общее недомогание, повышенная утомляемость, дизурические явления [4]. Диагностика: анализ мочи (лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия); общий анализ крови (лей-

коцитоз, увеличение СОЭ, нейтрофильный сдвиг формулы влево); анализ мочи по Нечипоренко (увеличение лейкоцитов); биохимический анализ крови (диспротеинемия в период обострения, увеличение содержания сиаловых кислот, С-реактивного белка, при снижении функции почек – повышение уровня мочевины); рентгенологическое исследование (снижение тонуса верхних мочевых путей, уплощенность и запруженность форкинсов, деформация чашек, их сближение, пиелоктазия); УЗИ почек.

Хронический цистит – микробно-воспалительный или иммунопатологический процесс в слизистой оболочке мочевого пузыря, сопровождающаяся болями внизу живота перед или во время мочеиспускания, постоянная, коликообразная. При глубокой пальпации определяется напряжение стенки живота в месте проекции мочевого пузыря. Обязательным является наличие в клинике данного заболевания синдром дизурии. В анализе мочи – лейкоцитурия нейтрофильного характера, претинурия, бактериурия, эритроцитурия (свежие эритроциты). Рентгенологическое исследование – паренхима почек не изменена, ограниченный стеноз или спазм уретры, дисфункция мочевого пузыря. Уточняет диагноз – УЗИ мочевого пузыря [4].

Гидронефроз – стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек на почве нарушения оттока мочи в пиелоуретральном сегменте, приводящее к постепенной атрофии почечной паренхимы. Наиболее частым симптомом является боль в животе, иногда в пояснице, сопровождающаяся дизурией, гематурией, лейкоцитурией. Диагноз основывается на данных ультразвукового и рентгенологического исследования почек и мочевого пузыря.

Хронический сальпингофорит (ХСО) – хроническое воспалительное заболевание придатков матки. Клиническая картина разнообразна. Наиболее часто девочки жалуются на ноющие, тупые боли в низу живота, области крестца, усиливающиеся при охлаждении. Боль особенно выражена по ходу тазовых нервов. ХСО приводит к нарушению менструальной функции. Нередко у этих больных выявляются нарушения функций пищеварительной, мочевыделительной и гепатобилиарной систем. Течение ХСО характеризуется частыми обострениями, связанными с влиянием неблагоприятных факторов, снижением защитных сил. Этим детям необходим осмотр гинеколога, проводится гистеросальпингография, УЗИ-исследование.

Пупочные и кишечные колики можно встретить не только у грудных детей, но и у детей дошкольного и школьного возрастов. Чаще они имеют место у **детей-невропатов**, растущих в невротизирующей обстановке. Проявляются в любое время суток, но главным образом днем, внезапно, приступами и бывают разной интенсивности. Локали-

зуются около пупка, длительность их разная, исчезают спонтанно, причем при объективном исследовании никакой находки не обнаруживается [1].

Боли могут отмечаться у девочек во время менструации **при дисменорее**, вследствие патологических состояний матки. Такие боли локализуются низко в животе или в пояснице [8].

Боли при гельминтозах (энтеробиоз, трихоцефалез, аскаридоз) бывают слабыми, непостоянными, локализуются в околопупочной области. Однако аскариды могут привести к острой боли в животе, которая наблюдается при закупорке кишки сплетенными в клубок глистами или при проникании глистов в общий желчный проток. Боли обычно возникают по утрам, натощак, проходят после приема пищи. У таких пациентов имеют место головные боли, повышенная утомляемость, периодическое повышение температуры тела, задержка физического развития. Диагностике помогает обнаружение в кале яиц власоглавов, аскарид, остриц в перианальном соскобе. В общем анализе крови наблюдается эозинофилия, анемия [3].

Лямблиоз кишечника – протозойное заболевание. При длительной персистенции лямблий дети жалуются на боли в животе, преимущественно в правом подреберье и эпигастрии. Боль в околопупочной области усиливается после жирной пищи, сопровождается синдромом хронической интоксикации и полигиповитаминоза, диспепсией (тошнота, рвота, снижение или полное отсутствие аппетита). При объективном обследовании выявляется урчание по ходу кишечника, болезненность при пальпации в пилорoduоденальной зоне, мезо- и гипогастрии, увеличение печени, положительные симптомы Ортнера-Грекова, Георгиевского-Мюсси. Диагноз устанавливается на основании обнаружения цист лямблий в фекалиях или вегетативных форм в дуоденальном содержимом [5].

Сильные боли в животе приступообразного характера, не исчезающие полностью в промежутках, являются характерным и основным признаком **абдоминальной формы узелкового периартериита**. Боли охватывают весь живот, но дети локализуют их чаще всего около пупка. Они могут сочетаться с болями и в других участках тела, например, в конечностях, мышцах. Другими характерными признаками этого заболевания являются быстро наступающее и значительное похудание, геморрагические проявления со стороны кожи внутренних органов почек, повышение кровяного давления [1].

Повторяющимися болями в животе сопровождаются гемолитические кризы хронических гемолитических анемий, диагноз которых основывается на установленной анемии с желтушностью гепатомегалии и гематологических исследованиях.

В истерическом припадке, наряду с множе-

ством других жалоб и проявлений, ребенок может сообщить и о болях в животе при совершенно отрицательной объективной находке со стороны живота.

В редких случаях боль в брюшной полости является эквивалентом или аурой эпилептического припадка – **абдоминальная эпилепсия**. При этом варианте заболевания боль в брюшной полости может быть ведущим симптомом, но пароксизмы всегда повторяются в одном и том же определенном стереотипном комплексе проявлений; боль в брюшной полости, тошнота, рвота, побледнение, появление пота. Иногда во время приступа наступает непроизвольное мочеиспускание, может отмечаться диарейный стул. Чаще всего приступы появляются утром при просыпании, но могут быть ночью во время сна, а также и днем. Как правило, после приступа у детей наблюдается слабость, и они засыпают. Постановка диагноза облегчается при наличии типичных эпилептических припадков у ребенка в прошлом, а также указании на эпилепсию.

Очень часто здоровые дети дошкольного и школьного возраста жалуются на приступообразные боли в животе во время игр и бега. При этом они точно определяют место боли в правом, в левом подреберье или одновременно с двух сторон. Эта боль является результатом сокращения печени и соответственно селезенки, которые в качестве резервуаров крови, при внезапно возникших напряжениях мышц, выбрасывают резервные количества крови, необходимые для работы мышц. Эти болям не следует придавать особое значение, но такой диагноз можно поставить, лишь исключив возможность любого иного заболевания.

Литература

1. Андреев И.А., Михов Х. «Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней». – Медицина и физкультура, 1981. – 781с.
2. Броневец И.Н. и др. «Справочник по гастроэнтерологии». – Мн., 1998. – 478с.
3. «Детская гастроэнтерология (избранные главы)». Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. – М., 2002. – 592с.
4. «Синдромная диагностика в педиатрии: Справочник». Под ред. А.А. Баранова. – М., 1997. – 320с.
5. Гнатюк А.И. и др. «Практическая нефрология детского возраста». – К., 1998. – 376с.
6. Гончарик И.И. «Клиническая гастроэнтерология: Практическое пособие». – Мн., 2002. – 335с.
7. Денисов М.Ю. «Практическая гастроэнтерология для педиатра: Справочное руководство». – М., 1999. – 296с.
8. Дуда И.В. и др. «Клиническая гинекология». – Мн., 1999. – 352с.
9. Зернов Н.Г. и др. Заболевания пищевода у детей. – М., 1988. – 176с.
10. «Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней». Под ред. Г.П. Матвейкова. – Мн., 1990. – 607с.
11. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. «Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах». – С-Пб., 1998. – 534с.
12. «Справочник детского гастроэнтеролога». Под ред. Е.М. Лукьянова и др. – К., 1986. – 224с.
13. «Болезни органов пищеварения у детей: Руководство для врачей». Под ред. А.В. Мазурина. – М., 1984. – 656с.
14. Окорков А.Н. «Диагностика внутренних органов: Диагностика болезней органов пищеварения». – М., 2000. – 560с.
15. Эвербек К. Дифференциальная диагностика болезней в детском возрасте. – М., 1980. – 368с.