



ARTICLE INFO

Received: 01st October 2022
Accepted: 10th October 2022
Online: 17th October 2022

KEY WORDS

острый живот,
дифференциальная
диагностика.

АКТУЛЬНОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Рузибоева Мохинур Гайрат кизи¹, Баходиров Сардор Баходир угли²

¹ Студентка в Термезском филиале Ташкентской медицинской академии

² Студент в Термезском филиале Ташкентской медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7214019>

ABSTRACT

В статье изучены общие принципы дифференциальной диагностики клинических симптомов заболеваний, вызывающих синдром «острого живота» у детей. Авторы делают вывод, что дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний живота у детей должна проводиться как между группами, то есть между воспалительными, механическими и травматическими процессами, так внутри них.

Введение. Из всех общехирургических заболеваний у детей острая патология живота является наиболее трудной для диагностики, отличается тяжелым клиническим течением, дает самую высокую летальность и инвалидизацию [6, 9]. Своевременное распознавание и лечение острых процессов брюшной полости (и забрюшинного пространства), а также их осложнений является одной из повседневных и в то же время самых ответственных задач, решаемых хирургом и педиатром. Трудности, возникающие при лечении этой категории больных, обычно усугубляются дефицитом времени. Значительное количество нозологических единиц, проявляющихся чаще всего неожиданно в виде «острого живота», привело к их условной классификационной интеграции в виде воспалительных, механических и травматических острых

приобретенных процессов живота. Несмотря на многообразие клинических форм, все они. В конечном счете, сопровождаются однотипными грозными осложнениями — гнойным перитонитом, кишечной непроходимостью, кровотечением в брюшную полость (забрюшинное пространство) или их сочетанием. Несмотря на определенную условность такого деления (многие заболевания сочетают элементы воспаления, непроходимости и травмы), в настоящий момент оно удовлетворяет' большинство практических врачей [4,7,11]. Отдавая безусловную дань уважения современным достижениям науки и ежедневно используя в практической работе возможности рентгенологии, эндоскопии, ультрасонографии, компьютерной томографии и т.д., необходимо помнить основное правило клинической



медицины: врач должен провести дифференциальную диагностику и поставить предварительный диагноз в санитарном пропускнике. Лишь после определения предварительного диагноза по показаниям используются те или иные инструментальные методы диагностики.

Цель работы: упрощение общих принципов дифференциальной диагностики клинических симптомов заболеваний, вызывающих абдоминального болевое синдрома у детей. Дифференциальная диагностика у детей заболеваний живота, вызывающих острую хирургическую патологию. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний живота должна проводиться как между группами, то есть между воспалительными, механическими и травматическими процессами, так и внутри них. Сразу оговоримся, что добиваться точной нозологической диагностики, особенно за счет потери времени, следует лишь в тех случаях, когда установление точного диагноза влечет за собой изменение тактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Например, ошибка в дифференциальной диагностике между острым аппендицитом и острым неспецифическим мезоаденитом может привести к пролонгации предоперационного периода и возникновению осложнений либо, наоборот, к эксплоративной лапаротомии. В другом случае достаточно установить точный синдромальный диагноз, а клинический диагноз выставляется уже после основного (оперативного) этапа

лечения. Примером сказанному может служить ситуация, когда у больного с тупой травмой живота возникает профузное внутри-брюшное кровотечение. Здесь уже не столь важно, повреждение, какого органа или органов брюшной полости вызвало кровотечение, так как сам факт профузного кровотечения требует проведения экстренной лапаротомии [13,15].

Травматическое повреждение органов живота сопровождается возникновением перфоративного или гемоперитонита, иногда их сочетанием, и характеризуется собственно упоминанием травмы в анамнезе. Поэтому особое значение имеет проведение дифференциальной диагностики между острыми воспалительными заболеваниями органов живота и синдромом кишечной непроходимости. Характеристика общего состояния и самочувствия при воспалительных, деструктивных и травматических болезнях живота. При неосложненном течении острых воспалительных заболеваний живота, т.е. при своевременном обращении больного в стационар, общее состояние и самочувствие страдают значительно меньше, чем у больных с кишечной непроходимостью. Лишь в случае прогрессирования патологического процесса и развития осложнений (перфорация, перитонит, инфильтрат и т.п.) состояние ребенка соответствует тяжелому и очень тяжелому, а самочувствие характеризуется как плохое и очень плохое. Выраженное ухудшение состояния при кишечной непроходимости объясняется теорией абдоминального шока, в основе



которого лежит каскадное нарастание эндотоксикоза, а также значительно более выраженный, чем, скажем, при остром аппендиците, болевой синдром [4, 12]. Иногда боль у детей с кишечной непроходимостью настолько интенсивная, что у них возникает первичный болевой (травматический) коллапс. Общее состояние и самочувствие больных с травмой живота зависят от характера повреждающего фактора, места, силы и продолжительности его действия, а также от индивидуальной реактивности организма ребенка [8]. Жалобы на боли в животе при воспалительных, деструктивных и травматических болезнях живота. У детей с острыми воспалительными заболеваниями живота боль средней интенсивности, склонная к стабилизации, локализованная, не иррадирует. Иногда боль может мигрировать, как это бывает при остром аппендиците, когда у ряда больных боль изначально появляется в собственно эпигастриальной или околопупочной области, а уже потом «опускается» в правую подвздошно-паховую область. Исключение составляют пациенты с острым неспецифическим мезоаденитом, у которых характеристики боли зависят от характера дискинезии кишечника. При атонической форме дискинезии боль средней интенсивности, постоянная, достаточно локализованная. При спастической форме дискинезии боль в животе более выраженная, может быть схваткообразной, зачастую мигрирует), [9,15]. У детей с синдромом кишечной непроходимости боль в животе очень интенсивная, склонная к нарастанию. За

счет этого боль нелокализуемая, носит схваткообразный (периодический) характер. Объяснить этот факт можно следующим образом. Чрезвычайно сильная боль вызывает запредельное торможение центральной нервной системы, поэтому выделяются эндорфины, которые временно блокируют болевой центр головного мозга. Наступает период временного «благополучия», когда же концентрация эндорфинов снижается, вновь возникает болевой приступ. Достаточно часто у пациентов с механической кишечной непроходимостью, особенно при странгуляции, боль иррадирует в наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедра, поясницу, под лопатку. Миграция боли у этой категории больных в связи с отсутствием четкой локализации не характерна [4,11].

Дети с травмой живота обычно указывают локализацию боли в месте воздействия травматического агента на живот, что особенно характерно при повреждении паренхиматозного органа - селезенки, печени или почки. Боль в таких случаях достаточно интенсивная, постоянная, иногда может иррадировать. У детей с комбинированной травмой органов живота или повреждением полого органа боль обычно очень интенсивная и нелокализованная. При сочетанной травме, особенно у пациентов с повреждением органов грудной полости и ДНС, болевой синдром в животе может быть вообще не выражен за счет превалирования конкурентного поражения или угнетения сознания [1,2,10].



Диспептической и дисфагический синдром при воспалительных, деструктивных и травматических болезнях живота. К проявлениям дисфагического синдрома относятся тошнота, рвота, икота, отрыжка и изжога. У детей с острыми воспалительными (хирургическими) заболеваниями живота характерными проявлениями дисфагического синдрома являются тошнота и рвота. Обычно они возникают спустя некоторое время после появления боли в животе и поначалу носят рефлекторный характер. Рефлекторный характер тошноты и рвоты объясняется тенденцией организма к «физиологическому покою», который достигается путем опорожнения кишечной трубки от содержимого. В силу этого у некоторых пациентов на начальных этапах заболевания острым аппендицитом, дивертикулитом или первичным перитонитом может наблюдаться отрыжка. Чаще всего рвота многократная, рвотные массы представлены содержимым желудка или двенадцатиперстной кишки. В случае прогрессирования заболевания и возникновения осложнений (перфорация полого органа, перитонит, инфильтрат) возникает парез кишечника, что приводит к многократной, изнуряющей рвоте. В этом случае, особенно у детей с распространенным перитонитом, рвотные массы представлены содержимым тонкой кишки - химусом. Рвотные массы зеленовато-желтого цвета, неомогенные, содержат обилие слизи [15]. У детей с механической кишечной непроходимостью тошнота и рвота поначалу также носят

рефлекторный характер. Однако объем и кратность рвоты у этой категории больных значительно больше, чем у пациентов с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости. Кроме того, рефлекторный характер рвоты очень быстро сменяется морбидным, иначе говоря - застойным. Характер рвотных масс различается в зависимости от уровня, на котором возникла непроходимость кишечной трубки. Если у ребенка пассаж пищевого комка нарушен на уровне желудка, что на практике наблюдается чаще всего в области пилорического отдела, рвотные массы представлены его содержимым, они водянистые, с характерным «кислым» запахом. При обструкции двенадцатиперстной кишки выше большого дуоденального сосочка рвотные массы представлены вторично ферментированным пищевым комком, однако в отличие от непроходимости на уровне привратника желудка в них присутствует значительное количество слизи, поэтому они густые, мутные, липкие на ощупь, со слабым «щелочным» запахом. В случае, когда двенадцатиперстная кишка обтурирована ниже большого дуоденального сосочка, рвотные массы содержат желчь, почему цвет их колеблется от желтого до желто-зеленого, они водянистые, могут содержать белесоватые комочки слизи, со «щелочным» запахом. У детей с синдромом кишечной непроходимости, который развивается на уровне тощей, подвздошной и толстой кишки, возникает рвота содержимым тонкой кишки. В этом случае рвотные массы зеленого цвета различных оттенков (от светлого до интенсивно зеленого,



иногда с желтоватым окрашиванием), густые, липкие, содержат белесоватые и желто-коричневые включения в виде комочков и нитей, со «щелочным» запахом. В случае поздней диагностики и возникновения терминальной стадии низкой кишечной непроходимости рвотный секрет гомогенизируется, приобретает желтокоричневый цвет и дурной (сероводородный) запах - такая рвота носит название каловой [12]. У детей с травмой органов живота качественный и количественный характер рвоты во многом зависит от характера поражения и наличия сочетанных повреждений. Если у пациентов с геморрагическим перитонитом или гематомой брюшинного пространства в основном наблюдается рефлекторная рвота содержимым верхних отделов желудочно-кишечного тракта, то при перфоративном перитоните рвотные массы носят застойный характер. При сочетанной травме, особенно при повреждении ЦНС, наблюдается многократная некупируемая рвота центрального генеза. К проявлениям диспептического синдрома относятся различные нарушения акта дефекации и нарушения отхождения газов. У детей с острыми воспалительными заболеваниями живота характерными проявлениями диспептического синдрома являются диарея и запор. Проявление этих симптомов зависит от характера дискинезии толстой кишки, которая всегда возникает у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. У детей с механической кишечной непроходимостью на начальных стадиях болезни могут

отходить стул и газы, вплоть до «парадоксальной» диареи, однако вскоре после опорожнения отводящих отделов кишечника (т.е. ниже препятствия) стул и газы не отходят вовсе. Описанное явление закономерно для полной кишечной непроходимости, в случае возникновения частичной кишечной непроходимости экскременты и газы могут отходить в скудном количестве [4,12]. При травме органов живота, с учетом ее «точки приложения» и развития осложнений, обычно возникает парез кишечника, что обуславливает склонность к запору и метеоризму.

Пальпация живота и оценка клинических симптомов при воспалительных, деструктивных и травматических болезнях живота. У детей с острым аппендицитом, дивертикулитом, первичным перитонитом в первые часы с момента возникновения заболевания живог при поверхностной пальпации болезненный чаще всего в правой подвздошной области, реже - в околопупочной и надлобковой областях. Гам же отмечается пассивная резистентность (дефанс) мышц передней брюшной стенки. У большинства пациентов с острым аппендицитом оцениваются как положительные симптомы ЩеткинаБлюмберга, Ро-взинга, Раздольского, Ситковского, Воскресенского, Думбадзе, Бартомье-Михельсона, Москалей ко-Веселого. У детей с острым неспецифическим мезоаденитом дефанс может отсутствовать либо быть слабо выраженным, носить активный характер. Проведение глубокой пальпации живота у этой категории



бальных нецелесообразно. В результате прогрессирования патологического процесса, возникновения осложнений увеличивается зона болезненной пальпации и резистентности передней брюшной стенки. У детей с распространенными формами перитонита наблюдаются разлитые (по всему животу) болезненность и дефанс. Диагнос-тируются как положительные разнообразные симптомы раздражения брюшины [9,14,15].

Таким образом, боль и резистентность мышц передней брюшной стенки являются обязательными симптомами острых воспалительных хирургических заболеваний живота. Следует знать, что у детей с миастенией, которая часто развивается в результате детского церебрального паралича, спинальной травмы, сухотки и т.п., резистентность мышц живота настолько слабо выражена, что может не ощущаться куратором во время пальпации. Вообще оценка пальпаторных данных определяется не только знаниями врача, но и его физиологическими возможностями, которые необходимо развивать путем постоянной практики, а также сопутствующими факторами [6]. У детей с синдромом приобретенной кишечной непроходимости на ранних этапах развития заболевания живот обычно мягкий во всех отделах, т.е. пассивной резистентности мышц передней брюшной стенки нет, чаще отмечается локальная болезненность - например, в случае пальпации инвагината или адгезивного (спаечного) инфильтрата. Реже, в основном при странгуляции, болезненность оценивается как разлитая. У пациентов с

низкой кишечной непроходимостью оцениваются как положительные симптомы Валя, Склярова, Вильмса, Кивуля, Лотейзен, Обуховской больницы. С течением времени болезненность при пальпации становится разлитой, в случае развития осложнений, таких как некроз кишки и перфорация, появляются симптомы перитонита - резистентность мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины [4,9,12].

У детей с травмой органов живота и повреждением внутренних органов на первый план выступают явления геморрагического или перфоративного перитонита. На начальных этапах болезни максимальная болезненность при пальпации живота определяется «точкой приложения» травматического фактора. В случае политравмы первичного травматического коллапса болезненность обычно оценивается как разлитая, различный степени выраженности [1,10].

Следует помнить о том, что терминальная пауза любых острых хирургических заболеваний органов живота сопровождаются общими симптомами характеризующими деструкцию органа или органов, перитонит или кишечную непроходимость. Например, терминальная стадия перитонита, Так называемый абсцедирующий перитонит, всегда сопровождается явлениями кишечной непроходимости. Точно так же некроз и перфорация кишечника у детей с кишечной непроходимостью всегда сопровождается клиническими проявлениями перфоративного



перитонита[11]. Ректальный осмотр и его значение в дифференциальной диагностике висцеральных деструктивных и травматических болезней живота. Визуальный осмотр перианальной области и ректальное пальцевое исследование один из наиболее важных компонентов общего исследования ребенка с острым хирургическим заболеванием органов живота, позволяющий выявить клинические признаки болезни, провести дифференциальную синдромную и нозологическую диагностику. Вначале проводят общий осмотр, который дает представление о физическом развитии ребенка, помогает обнаружить те или иные отклонения. Учитывая характер жалоб, обращают внимание на особенно важные физикальные признаки. Например, при выделении венозной гемолизированной крови через прямую кишку наличие симптоматики синдрома кишечной непроходимости позволяет предположить инвагинацию кишечника и провести целенаправленное исследование для подтверждения диагноза. Отсутствие признаков кишечной непроходимости, особенно на фоне боли в животе, выделение крови по типу «вишневого желе» побуждает к углубленному исследованию пациента для подтверждения кровотокащей язвы дивертикула Меккеля. У детей с терминальной стадией кишечной непроходимости обычно выявляют зияние анального отверстия.

Пальцевое ректальное исследование является необходимым дополнением к визуальному осмотру аноректальной области. Мизинец или указательный палец густо смазывают

вазелином и вводят в заднепроходное отверстие. Очень осторожно и нежно рабочей поверхностью концевой фаланги исследуют стенку кишки во всех направлениях, обращая внимание на наполнение кишки, наличие патологических образований как внутри, так и в ее окружности. Важно уловить тонус наружного и внутреннего сфинктеров. Пальцевое исследование дает возможность поставить диагноз острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка, перитонита (ригидность и выпячивание передней стенки прямой кишки), кишечной непроходимости (можно пропальпировать растянутую петлю кишки), а также других заболеваний — стеноза прямой кишки, полипа, инородного тела, опухоли или кисты малого таза, уточнить характер патологии при травме живота.

Абдоминальный стресс у детей с острыми хирургическими заболеваниями живота. По мнению целого ряда исследователей, во время заболеваний хирургического профиля, травм и операций под воздействием повреждающих факторов происходят существенные сдвиги в организме, которые с известным приближением могут быть названы стрессом либо его крайним проявлением - шоком. Известно несколько определений стресса, однако наиболее удачное, на наш взгляд, принадлежит Г. Селье: стресс представляется как ответная неспецифическая реакция организма независимо от вида и силы повреждающего фактора. При этом последователи Г. Селье разделяют стресс на «общий» и «местный» [5, 13]. С клинической точки зрения выделение



различных типов адаптационных реакций нерационально. Известно, что нозологическую сущность болезни определяет этиологический (повреждающий) фактор - значит, и легкие и тяжелые изменения в организме сопровождаются стрессом [7, 8]. Согласно терминологии общего адаптационного синдрома, в зависимости от силы стрессора развиваются стресс-норма, дистресс, шок [3]. При этом возникают как общие, так и местные адаптационные реакции, которые определяются «точкой приложения» патологического процесса, в данном случае это брюшная полость. В зависимости от тяжести течения заболевания преобладают либо местные реакции (иначе диагностика острого аппендицита, кишечной непроходимости, травматического повреждения органов брюшной полости и т.д. была бы невозможна), либо общие. Понятно, что при воздействии очень сильного, экстремального раздражителя преобладают общие реакции, вуалирующие местные проявления. В этом случае превалирование общих адаптационных реакций может развиваться двумя путями. Первый из них соответствует неблагоприятному течению заболевания, например развитию ранней спаечной кишечной непроходимости у больного, оперированного по поводу аппендикулярного перитонита, сопровождающейся выраженной интоксикацией, циркуляторными расстройствами, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, т.е. шоком. Второй путь – это молниеносное развитие первичного травматического коллапса, возникающего за очень

короткое время при воздействии чрезвычайно сильного стрессора [5, 7]. Клинические примеры - комбинированный разрыв печени и селезенки с выраженным внутрибрюшным кровотечением или несостоятельностью кишечного анастомоза на 4-6-е сутки до этого «благополучно» протекавшего послеоперационного периода. Таким образом, возникает необходимость выделения такой клинической формы общего адаптационного синдрома, как абдоминальный стресс, что обосновано специфичностью патологических процессов, имеющих единую локализацию («точку приложения») - брюшную полость. Укажем, что использование термина «абдоминальный стресс» обусловлено исключительно практическими соображениями, и это не более чем сокращение, указывающее на конкретную ситуацию, при которой развивается неспецифическая ответная реакция организма ребенка. В клинической практике такая интеграция острых внутрибрюшных процессов помогает выработать новые подходы к оценке тяжести состояния больных, прогнозировать течение и исход заболевания, специализировать и индивидуализировать лечение, а также оценить его эффективность [7,8].

Выводы: Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний живота у детей должна проводиться как между группами, то есть между воспалительными, механическими и травматическими процессами, так и внутри них. На начальных этапах развития острых хирургических болезней живота, в



зависимости от этиологического фактора, адаптационные реакции имеют нозологическую конфигурацию. Эволюция терминальной стадии острых процессов брюшной полости и

первичный травматический коллапс нозологической конфигурации не имеют.

References:

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Иоффе Ю.С. Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости в сочетании с черепно-мозговой травмой // Хирургия. — 1985. — №11. — С. 34-37.
2. Апанасенко Б.Г., Бесаев Г.М., Гальцева И.В. и др. Травматический шок: патогенез, диагностика, прогнозирование и лечение. — М.: Союзмединформ, 1990. — 77 с.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. — Ростов-на-Дону: Издво Ростовского ун-та, 1990. — 224 с. 3. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1989. — 192 с.
4. Клецкин С.З. Хирургический стресс и регуляция физиологических функций. — М.: Союзмединформ, 1983. — 86 с.
5. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот. — Т. 2. — Москва-Ленинград: МЕДГИЗ, 1939. — 386 с.
6. Москаленко В.З., Веселый С.В. Клиническая стандартизация общего адаптационного синдрома у детей с острыми хирургическими процессами живота И Детская хирургия. — 1997. — №2. — С. 51-55.
7. Москаленко В.З., Ельский В.Н., Веселый С.В. Клиническое обоснование'динамики адаптационных реакций у детей при возникновении острого воспаления в брюшной полости. О правомочности понятия «абдоминальный стресс» в хирургии // Юпшчна хірургія. — 1996. — №4. — С. 38-41.
8. Москаленко В.З., Минцер О.П., Веселый С.В., Лосицкий А.А. Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложненного л ечения острой хирургической патологии живота у детей. — Севастополь: Вебер, 2003. — 282 с.
9. Москаленко В.З., Серов С.П., Веселый С.В. Диагностика и лечение закрытой травмы почек и забрюшинного пространства у детей // Юйшчна хірургія. — 2001. — №7. — С. 55-59.
10. Мшцер О.П., Москаленко В.З., Веселий С.В. Інформаційні технологи в хірургії // Інформаційш технологи в охорош здоров'я і практичюй медицин!: В 10 кн. — Кшв: Вшца школа, 2004. — Кн. 3. — 423 с.
11. Петров В.П., Ерюхин И.А Кишечная непроходимость. — М.: Медицина, 1989. — 288 с.
12. Селье Г. Концепция стресса. Как мы ее представляем в 1976 году // Новое о гормонах и механизме их действия. — Киев: Наукова думка, 1977. — С. 27-51.
13. Слободин Э.А., Шамис А.Я., Ривин Е.М. Диверти- кул Меккеля в ургентной хирургии детского возраста // Вести, хирургии. — 1991.— №5. — С. 75-76.
14. Струков А.И., Петров В.И., Пауков В.С. Острый разлитой перитонит. — М.: Медицина, 1987. — 288 с.