

УДК 617.55-053-07

**В.М. Дудник, Г.І. Мантак, І.І. Андрікевич,
Г.Ю. Звенигородська, Г.Г. Однорогова**

Дифференціальна діагностика синдрому абдомінального болю у дітей

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2019.1(97):75-81; doi 10.15574/SP.2019.97.75

Біль у животі є однією з найчастіших скарг при зверненні до педіатра та однією з провідних причин екстреної госпіталізації дітей. У статті проаналізовано та узагальнено сучасні наукові дані щодо синдрому абдомінального болю у дітей. Пошук проводився у системі PubMed, базі даних систематичних оглядів Кокрана (Cochrane Database of Systematic Reviews), Центральному реєстрі контрольованих досліджень Кокрана (Cochrane Central Register of Controlled Trials) для публікацій з 2004 по 2018 рік.

У дітей раннього віку дифузний біль у животі зустрічається найчастіше, зазвичай виникає гостро, колькоподібно. Якщо він не супроводжується підвищенням температури, не змінюються частота випорожнень і їх характер, відсутні зригування і блювання, спостерігається задовільна прибавка маси тіла, то це притаманне синдрому кишкової кольки дітей перших 3-х місяців життя. Абдоміналгії у дітях верхнього квадранта живота справа виникають при порушенні функції правої легені, плеври, діафрагми, печінки і жовчного міхура, 12-палої кишки, нирки і верхніх відділів сечовивідних шляхів, головки і тіла підшлункової залози, червоподібного відростка при його високому розташуванні. Біль у верхньому квадранті живота зліва виникає при порушенні з боку серця, нижньої частини лівої легені і плеври, діафрагми, шлунка, тіла і хвоста підшлункової залози, селезінки, лівої нирки і верхнього відділу сечовивідних шляхів, оскільки саме в цю ділянку проєктуються названі органи. Абдоміналгії у нижньому квадранті живота справа виникають при змінах з боку клубової кишки, апендикса, правої нирки і сечовода, придатків матки, сечового міхура. Біль у нижньому квадранті живота зліва виникає при порушенні функції лівої нирки і сечоводу, придатків матки, товстої кишки, сечового міхура. Тому прояви абдомінального синдрому у дітей є індивідуальними. Правильна оцінка отриманих результатів клінічного обстеження дитини дозволяє провести диференціальну діагностику синдрому абдомінального болю в кожній клінічній ситуації.

Ключові слова: діти, абдомінальний біль, класифікація, диференціальна діагностика.

Differential diagnosis of abdominal pain in children

V. Dudnyk, H. Mantak, I. Andrikevych, G. Zvenigorodska, H. Odnorohova

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Abdominal pain is one of the most common complaints among those who apply to a doctor. It is one of the leading causes of emergency hospitalization of children. *The aim* of the work was to summarize the current scientific data about abdominal pain in children for better differential diagnosis and confirmation of the diagnosis. The review was conducted in the PubMed system, the Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, for the period from 2004 to 2018.

Diffuse abdominal pain is most common for young children, it is colic-like and has acute onset. Usually it is neonatal colic when there is no fever, normal number of defecations, absence of vomiting, standard gaining of bodyweight. Abdominal pain in right upper quadrant is due to pain in the lower part of the right lung, pleura, diaphragm, liver and gallbladder, duodenum, kidney and upper urinary tract, pancreas, and appendix at its high position. Pain in the upper quadrant of the abdomen on the left can be caused by disease of the heart, pericardium, the lower part of the left lung and pleura, diaphragm, stomach, pancreas, spleen, the left kidney and the upper part of the urinary tract. Pain in the lower quadrant of the abdomen on the right appears in case of disease of the colon, appendix, right kidney and ureter, uterus, bladder. Pain in the lower quadrant of the abdomen on the left can be due to disease of left kidney and ureter, appendages of the uterus, large intestine, bladder. Abdominal pain in children varies. Differential diagnosis of abdominal pain in each case needs very careful examination of the patient, attention to the medical history and to results of tests, high quality and experience of the doctor.

Key words: children, abdominal pain, classification, differential diagnosis.

Дифференциальная диагностика синдрома абдоминальной боли у детей

В.М. Дудник, Г.И. Мантак, И.И. Андрікевич, А.Ю. Звенигородская, Г.Г. Однорогова

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Украина

Боль в животе является одной из наиболее частых жалоб, которые предъявляются при обращении к педиатру, и одной из ведущих причин экстренной госпитализации детей. В статье проанализированы и обобщены современные научные данные относительно синдрома абдоминальной боли у детей. Во время подготовки обзора проводился поиск в системе PubMed, базе данных систематических обзоров Кокрана (Cochrane Database of Systematic Reviews), Центральном реестре контролируемых исследований Кокрана (Cochrane Central Register of Controlled Trials) для публикаций с 2004 по 2018 год.

У детей раннего возраста диффузная боль в животе встречается чаще всего, возникает остро, по типу колики. Если она не сопровождается повышением температуры, не изменяется частота стула и его характер, отсутствуют срыгивания и рвота, наблюдается удовлетворительная прибавка массы тела, то это присуще синдрому кишечной колики детей первых 3-х месяцев жизни. Абдоминалгии в области верхнего квадранта живота справа возникают при нарушении функции правого легкого, плевры, диафрагмы, печени и желчного пузыря, 12-перстной кишки, почки и верхних отделов мочевыводящих путей, головки и тела поджелудочной железы, червеобразного отростка при его высоком расположении. Боль в верхнем квадранте живота слева возникает при нарушениях со стороны сердца, нижней части левого легкого и плевры, диафрагмы, желудка, тела и хвоста поджелудочной железы, селезенки, левой почки и верхнего отдела мочевыводящих путей, так как в эту область проецируются названные органы. Абдоминалгии в нижнем квадранте живота справа возникают при изменениях со стороны подвздошной кишки, апендикса, правой почки и мочеточника, придатков матки, мочевого пузыря. Боль в нижнем квадранте живота слева возникает при нарушении функции левой почки и мочеточника, придатков матки, толстой кишки, мочевого пузыря. Поэтому проявления абдоминального синдрома у детей являются индивидуальными. Правильная оценка полученных результатов клинического обследования ребенка позволяет провести дифференциальную диагностику синдрома абдоминальной боли в каждой клинической ситуации.

Ключевые слова: дети, абдоминальная боль, классификация, дифференциальная диагностика.

Біль у животі (БЖ) є однією з найчастіших скарг при зверненні до педіатра та однією з основних причин екстреної госпіталізації дітей [21]. Рецидивний БЖ може бути однією з найбільш імовірних причин неспокою дітей раннього віку. У шкільному віці рецидивний БЖ турбує більшу половину дітей. Інколи біль зникає безслідно і не вимагає від лікаря проведення поглибленого обстеження дитини і подальшого серйозного лікування, але при цьому у ≈ 50 – 70% випадків він продовжує турбувати пацієнта, вимагаючи уточнення причин його стійкого рецидивного перебігу. Хронічний абдомінальний біль у дитячій гастроентерології та абдомінальній хірургії — одна з основних проблем як з діагностичної, так і з лікувальної точок зору [1,2]. Причини його виникнення численні, а механізми — різноманітні. Разом з тим основні характеристики болю різної етіології (інтенсивність, локалізація, час виникнення, тривалість тощо) не мають суворої специфічності і часто схожі між собою, що може призводити до помилок у діагностиці і лікуванні. Тому вивчення абдомінального больового синдрому у дітей є актуальним.

Метою роботи було проаналізувати та узагальнити сучасні наукові дані щодо синдрому абдомінального болю у дітей для підвищення ефективності проведення диференціальної діагностики та верифікації діагнозу.

Під час підготовки огляду проводився пошук в системі PubMed, базі даних систематичних оглядів Кокрана (Cochrane Database of Systematic Reviews), Центральному реєстрі контрольованих досліджень Кокрана (Cochrane Central Register of Controlled Trials) для публікацій з 2004 по 2018 рік.

За визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), біль — це неприємне відчуття та емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим пошкодженням тканин. Синдром абдомінального болю є провідним у клініці більшості захворювань органів травлення [3]. З цією проблемою щодня стикаються лікарі багатьох спеціальностей дитячої клініки.

Залежно від впливу на закінчення чутливих нервових волокон розрізняють ноцицептивний синдром абдомінального болю, який виникає при порушенні ноцицепторів, та нейропатичний, який розвивається при пошкодженні закінчень чутливих нервових волокон.

Патогенетичні підходи до класифікації синдрому абдомінального болю дозволяють виділити [24]:

- спастичний біль (кольки): виникають внаслідок спазму гладкої мускулатури на тлі органічної патології (різні види кольок — печінкова, ниркова, шлункова, панкреатична, кишкова та ін.), при функціональних порушеннях (синдром подразненого кишечника), при отруєннях (свинцева колька);
- біль від розтягування порожнистих органів;
- біль у результаті порушень місцевого кровообігу: ангіоспастичний, стенотичний;
- перитонеальний біль;
- відображений біль: іррадіація болю, що виникає у травній системі або при захворюваннях інших органів і систем.

Клініцисти та науковці поділяють синдром абдомінального болю за механізмом його виникнення в черевній порожнині на:

- вісцеральний;
- парієтальний;
- іррадіюючий;
- психогенний.

Слід зазначити, що вісцеральний біль виходить з органів (шлунок, кишечник), чутлива іннервація яких забезпечується парасимпатичною і симпатичною нервовою системою. Виникає за наявності патологічних змін з боку внутрішніх органів. Основними причинами його появи є раптове підвищення тиску в ураженому органі та розтягнення його стінок, розтягнення капсули паренхіматозних органів, натяг брижі, судинні порушення. Біль при цьому дифузний, тупий, нечітко локалізований, інтенсивність його періодично змінюється; локалізується всередині черевної порожнини. Цей біль, як правило, супроводжується вегетативними порушеннями (блідість, профузне потовиділення, тахікардія, періодичне збудження, а також диспептичними явищами — блювання, нудота) [11,14].

Характерними зонами сприйняття вісцерального болю є:

- епігастральна: на тлі захворювань шлунка, 12-палої кишки, підшлункової залози, печінки і жовчного міхура;
- періумбікальна: при ураженні тонкої і сліпої кишок;
- гіпогастральна: ураження товстої кишки, патологія органів малого тазу.

Парієтальний (соматичний) біль обумовлений залученням у процес парієтальної очеревини (при апендициті), черевної стінки. Він більш виразний і локалізований порівняно з вісцеральним, супроводжується напруженою

м'язів черевної стінки. Інтенсивність його зростає при дихальних рухах і кашлі.

Для парієтального болю характерні наступні проєкції:

- епігастральна ділянка: при виразковій хворобі, панкреатиті, холедохолітазі;
- правий верхній квадрант: при гепатиті, холециститі;
- лівий верхній квадрант: при панкреатиті, периспленіті;
- правий нижній квадрант: при апендициті, мезентеріальному лімфаденіті, дивертикуліті Меккеля;
- лівий нижній квадрант: при дивертикуліті сигмовидної кишки.

В основі розвитку іррадіюючого (відображеного) болю лежить рефлекторний механізм проведення вісцерального болю по чутливих цереброспінальних нервах. Так, при підвищенні тиску в кишечнику виникає вісцеральний біль, який потім іррадіює у спину, при біліарній кольці — у спину, праву лопатку, праве плече.

Психогенний біль виникає за відсутності вісцеральної або соматичної причини, і особливо місце в його виникненні належить депресії [11,14]. Тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем пояснюється загальними біохімічними процесами, передусім недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Основні ознаки даного виду болю: тривалість, монотонність, дифузний характер і поєднання з болем іншої локалізації (головним болем, болем у спині або в усьому тілі) [5,6,7].

За локалізацією БЖ виділяють абдоміналгії у наступних характерних відділах:

- правий верхній і середній відділи живота: біль характерний для патології печінки, жовчного міхура та жовчних шляхів, шлунка, 12-палої кишки, підшлункової залози, правої нирки, правобічної нижньочасточкової пневмонії, апендициту (високе розташування червоподібного відростка);
- лівий верхній і середній відділи живота: біль характерний для лівосторонньої нижньочасточкової пневмонії, патології селезінки, підшлункової залози, серця, лівої нирки, шлунка;
- під мечоподібним відростком: як правило, при патології підшлункової залози, печінки, жовчних шляхів, шлунка, нижнього відділу стравоходу, при грижі стравохідного отвору діафрагми тощо;

- права клубова ділянка: при патології клубової кишки, нирок, придатків матки, сечового міхура, апендициті;
- ліва клубова ділянка: при патології товстого кишечника, нирок, сечового міхура, придатків матки;
- навколорічковий ділянка: при патології з боку тонкої і поперечної ободової кишок, червоподібного відростка, підшлункової залози, судин черевної порожнини;
- пахова і лобкова ділянки: при захворюваннях сечового міхура, жіночих статевих органів, прямої кишки.

Окрім вищевказаних характеристик локалізації синдрому абдомінального болю етіологічна класифікація включає інтраабдомінальний (при захворюваннях, які локалізуються в межах черевної порожнини) та екстраабдомінальний (при захворюваннях, які локалізуються поза черевною порожниною).

Перед практичним лікарем, який стикається з проблемою БЖ, постає низка складних питань. Перше і найбільш важливе: БЖ — це прояв хірургічної патології, яка вимагає невідкладного оперативного лікування? І друге, яке більш доречно у разі рецидивного перебігу болю: БЖ — це прояв органічного захворювання або він має функціональний характер [8].

Первинне обстеження пацієнта диктує необхідність виключити важкі і загрозливі для життя стани. Небезпечні симптоми, які супроводжують абдомінальний біль, вказують на необхідність термінових діагностичних заходів, інтенсивного спостереження та вирішення питання про невідкладне хірургічне втручання при гострій хірургічній патології [16,17]. До таких небезпечних симптомів належать: запаморочення, слабкість, апатія; артеріальна гіпотензія, тахікардія; видима кровотеча; лихоманка; повторне блювання; наростаюче збільшення обсягу живота; відсутність відходження газів, перистальтичних шумів; посилення абдомінального болю; напруга м'язів черевної стінки; позитивний симптом Щоткіна—Блумберга; вагінальні виділення; неприємність під час акту дефекації.

Під час проведення збору анамнезу у хворого з гострим БЖ лікар повинен з'ясувати наступне:

- початок болю (поступовий, повільний, раптовий);
- інтенсивність болю (легкий, помірний, сильний);

- динаміка болю (стихання, наростання, зміна його характеру);
- характер болю (постійний, нападаподібний);
- глибина болю (поверхневий, глибокий);
- залежність болю від рухів, сечовиділення, дефекації;
- локалізація болю (у конкретному місці, дифузний, поза животом);
- локальність болю (локальний, мігруючий);
- іррадіація болю (сегментарний, відображений в ураженні органи);
- вплив лікарських засобів (ЛЗ) (застосовані лікарські засоби, їх ефективність).

Проводячи огляд, пальпацію та аускультацию живота, необхідно встановити наявність: асиметрії живота; незвичних випинань у ділянці передньої черевної стінки; здуття живота; видимої перистальтики кишечника; ригідності передньої черевної стінки; болючих і/або пульсуючих утворень, які визначаються пальпаторно; симптомів подразнення очеревини; кишкових шумів [20].

За варіантом перебігу розрізняють гострий, хронічний, рецидивний БЖ.

Гострий БЖ може бути наслідком гострої хірургічної патології, травми або гострого інфекційного захворювання [13]. Існує умовна межа — три місяці — термін, після якого триваючий біль набуває характеру хронічного. У педіатричній практиці частіше доводиться мати справу з рецидивним БЖ, під яким розуміють біль, що повторювався не менше трьох разів протягом трьох місяців [25].

Близько 10% госпіталізованих з БЖ пацієнтів мають важку патологію. Диференціальна діагностика БЖ дуже широка і вимагає логічної оцінки. У дітей раннього віку, як правило, найчастіше зустрічається дифузний БЖ, який зазвичай виникає гостро, колькоподібно. Дитина скрикує, соває ніжками, підтягує стегна до живота. Якщо подібні скарги не супроводжуються підвищенням температури, не змінюються частота і характер випорожнень, відсутні зригування і блювання, спостерігається задовільна прибавка маси тіла, то можна думати про так звану «тримісячну кольку», яка є частою причиною неспокою дітей перших трьох місяців життя [18,19]. Подібна клінічна картина у дітей першого півріччя життя спостерігається при дисахаридазній (частіше лактазній) недостатності, непереносимості білків коров'ячого молока [4,10].

Поєднання дифузного абдомінального болю з підвищенням температури тіла, блюванням, а в подальшому — з ознаками дегідратації і проносом вказує на гостру кишкову інфекцію (гострий ентерит, гострий гастроентерит) вірусного або бактеріального генезу.

Дифузний БЖ може спостерігатися у результаті розвитку лімфаденіту брижі при мононуклеозі, аденовірусній або туберкульозній інфекції. При цьому лімфаденіт має генералізований характер, нерідко спостерігається збільшення селезінки [22,23]. Вивчення епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних дозволяє уточнити діагноз. Інфекційне ураження сечовивідних шляхів у дітей перших років життя може супроводжуватися дифузним абдомінальним болем. Запідозрити зазначену патологію дозволяє наявність загальноінфекційного синдрому (лихоманки, інтоксикації), зміна частоти сечовипускань та прозорості сечі. Дівчатка хворіють у 8–10 разів частіше хлопчиків [4]. Діагноз легко підтверджується наявністю бактеріурії і лейкоцитурії. Диференціально-діагностичне значення мають анамнестичні дані про перенесені в минулому запальні зміни в нирках і сечовивідних шляхах, відсутність м'язової напруги, позитивний симптом Пастернацького (у старших дітей), характерні зміни в сечі.

Хвороба Гіршпрунга може супроводжуватися сильним абдомінальним болем внаслідок рецидивної часткової непрохідності кишечника (копростаз), якій притаманний нападаподібний БЖ і болючість при пальпації. Підвищується температура тіла, спостерігається блювання, в анамнезі — багатоденні запори. При обстеженні завжди відсутнє м'язове напруження, БЖ розлитий, без чіткої локалізації, відмічається здуття живота. Очисна клізма найчастіше вирішує питання діагностики, проте надалі дитина повинна бути обстежена в плановому порядку.

Синдром ацетонемічного блювання, який найчастіше виникає у дітей віком 2–7 років, нерідко супроводжується БЖ, глибоким і шумним диханням, запахом ацетону з рота, позитивною реакцією сечі на ацетон. Сімейний анамнез обтяжений патологією пуринового обміну (подагра, сечокам'яна хвороба, остеофіти, мігрень тощо) [12,15].

У ділянку верхнього квадранта живота справа проєктуються: нижня частка правої легені, плевра, діафрагма, печінка і жовчний міхур, дванадцятипала кишка, нирка і верхні відділи

сечовивідних шляхів, головка і тіло підшлункової залози, червоподібний відросток при його високому розташуванні.

Таким чином, больовий синдром у цій зоні може зустрічатися при найрізноманітніших захворюваннях травної, гепатобіліарної, уронефрологічної патології у дітей.

Правобічна нижньочасткова пневмонія супроводжується виразним БЖ, що посилюється під час кашлю та глибокого вдиху. Правильна оцінка респіраторного синдрому, лихоманки, аускультативних даних, рентгенологічної картини дозволяє вірно та вчасно, без труднощів, встановити діагноз. При пневмонії біль у животі непостійний і не настільки інтенсивний, як при апендициті і, як правило, з'являється на 2–3-й день захворювання. М'язове напруження черевної стінки непостійне, воно зникає при відволіканні уваги хворого. Симптомів подразнення очеревини немає. Лейкоцитоз при пневмонії частіше високий (значно вищий, ніж при апендициті), загальний стан оцінюється як важкий вже в першу добу захворювання, а при запальних хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини — на 2–4 добу.

Виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки частіше спостерігається у підлітків, причому виразка 12-палої кишки зустрічається у п'ять разів частіше, ніж виразка шлунка. Остання характеризується наявністю БЖ, який виникає або посилюється безпосередньо після прийому їжі. Нудота передують нападу болю; характерна печія, часте блювання, відрижка повітрям, схильність до запорів. При виразці 12-палої кишки біль помірний, переважно «гоłodний» або нічний, який стихає після їжі. Диспептичні порушення такі самі, що і при виразці шлунка. Печія пояснюється частим поєднанням виразкової хвороби з рефлюкс-езофагітом. Апетит збережений або навіть підвищений (особливо вночі, симптом «старосвітських поміщиків»). Симптом Менделя зазвичай позитивний. Діагноз підтверджується результатами фіброгастродуоденоскопічного дослідження.

При хронічних гастритах і гастродуоденітах больові відчуття неінтенсивні, при цьому на перший план виступають диспептичні порушення: печія, відрижка, метеоризм, схильність до закрепів. Язик обкладений білим нальотом. Апетит частіше знижений. Уточнення діагнозу проводиться за допомогою фіброгастродуоденоскопічного дослідження з біопсією на *Helicobacter pylori*, рН-метрії для вивчення характеру шлункової секреції. Рентгенологічне дослідження малоінформативне [18].

При патології біліарного тракту (холецистит, холангіт, дискінезія жовчного міхура) больовий синдром за своєю інтенсивністю може варіювати від слабко вираженого тупого болю при гіпокінезії до гострого нападоподібного і дуже інтенсивного при гіперкінетичній дискінезії. При перерахованих захворюваннях жовтяниця відсутня, печінка збільшена незначно. Болочість особливо виражена в точці Кера. Симптом Ортнера позитивний, іноді відзначається локальне напруження м'язів у правому підребер'ї. Діагноз підтверджується результатами дуоденального зондування, біохімічного аналізу крові та жовчі, холецистографії, ультразвукового дослідження.

Переджовтяничний період гострого гепатиту А супроводжується помірним болем в правому підребер'ї. Нудота, рідше блювання, діарея, субфебрилітет, незначне збільшення печінки, дані епідеміологічного анамнезу дозволяють запідозрити захворювання. Поява жовтяниці, підвищення вмісту в крові зв'язаного білірубину та амінотрансфераз, імуноферментне обстеження підтверджують діагноз.

При пієлонефриті відзначаються БЖ та/або біль у попереку з боку ураженої нирки (при односторонньому процесі) або з обох сторін (при двосторонньому). Характерними клінічними симптомами при цьому є: відсутність апетиту, блювання, нетримання сечі, полакіурія, каламутна сеча. Діагноз ґрунтується на результатах дослідження сечі (бактеріурія, лейкоцитурія, незначна протеїнурія, транзиторна еритроцитурія), урологічного та ехосонаграфічного обстеження. У разі рецидивування абдомінального болю необхідне урологічне обстеження навіть за відсутності патологічних змін у сечі — пошук анатомічних аномалій розвитку нирок і сечовивідних шляхів для виключення причин розвитку хронічної патології у дітей [1,2].

У ділянку верхнього квадранта зліва проєктуються серце, перикард, нижня частина лівої легені і плевра, діафрагма, шлунок, тіло і хвіст підшлункової залози, селезінка, ліва нирка і верхній відділ сечовивідних шляхів.

Проекція нижніх відділів серця і перикарда у верхній лівий квадрант обумовлює у дітей розвиток больового синдрому в животі. Найчастішою причиною кардіального болю є патологія міокарда. Слід пам'ятати, що кардіалгії часто

поєднується з артралгіями. Біль колючого характеру, помірної інтенсивності. При перикардиті зазвичай біль майже не відчувається. Біль стенокардитичного характеру, який супроводжує інфаркт міокарда, у дітей зустрічається рідко.

Біль при залученні в патологічний процес селезінки відмічається зрідка (при анеміях, гемобластозах, лімфогранулематозі, тромбоцитопеніях, хворобах накопичення, інфекційних захворюваннях). Найбільш частою причиною болю селезінкового характеру є контрактильний біль, який виникає при фізичному навантаженні, особливо під час бігу і швидкої ходьби. Подібне явище є фізіологічним і не вимагає особливого обстеження та спостереження за дітьми [5,7].

У ділянці нижнього квадранта живота справа проєктуються клубова кишка, апендикс, права нирка і сечовід, придатки матки, сечовий міхур.

Мезентеріальний лімфаденіт супроводжується больовим синдромом, який нагадує біль при апендициті. Діагностика складна, нерідко з необхідністю госпіталізації у хірургічне відділення і подальшого спостереження. Не виключене проведення туберкулінодіагностики для встановлення діагнозу.

Аднексит: біль локалізується в глибині тазу, не супроводжується диспептичними розладами і м'язовою ригідністю. Важливе бімануальне обстеження. Овуляційний і передменструальний біль — зв'язок з менструальним циклом.

Біль у нижньому квадранті живота зліва: проєктуються ліва нирка і сечовід, придатки матки, товста кишка, сечовий міхур.

Обстипація (важкий запор): біль може бути гострим (у результаті грубих дієтичних порушень) або хронічним (хвороба Гіршпрунга, муковісцидоз, запор при гіпотиреозі або тривалому застосуванні спазмолітиків, функціональний мегаколон) [9]. Біль характеризу-

ється помірною інтенсивністю зі здуттям і збільшенням живота в нижніх відділах. Проведення іригографії дозволяє провести диференціальну діагностику в даному випадку. Гострий коліт: біль, який посилюється під час дефекації. Випорожнення рідкі, мізерні, зі слизом, іноді в калі присутні прожилки крові.

Біль внизу живота при сечовипусканні буває при циститі, порушенні пасажу сечі (стеноз шийки сечового міхура, клапан уретри, камінь, стороннє тіло).

Прояви абдомінального синдрому у дітей є індивідуальними. Лише професійна майстерність педіатра, глибоке знання патофізіологічних механізмів розвитку болю, вміння кваліфіковано проводити обстеження пацієнта та давати ґрунтовну і правильну оцінку отриманим результатам дозволяють виважено провести диференціальну діагностику синдрому абдомінального болю у кожній конкретній клінічній ситуації.

Таким чином, аналіз літературних джерел показав, що на сучасному етапі розвитку медичної науки синдром абдомінального болю залишається важливою проблемою педіатричної практики.

Абдоміналгії у дітей можуть маскувати проблеми соматичного характеру та захворювання хірургічного профілю. Тому, незважаючи на багатогранність клінічної симптоматики даного стану, існує необхідність визначення провідного синдрому для подальшого проведення диференціальної діагностики, постановки діагнозу та успішного вибору лікувальної тактики.

Перспективою подальших розробок є диференційований підхід та створення алгоритмів діагностики синдрому абдомінального болю у віковому аспекті, пошук стандартів покращення надання медичної допомоги на догоспітальному етапі з метою подальшого зниження кількості ускладнень у даній категорії дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. (2005). Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 115 (3): 370–381. doi 10.1542/peds.2004–2523.
2. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, Kanda PT. AAP Subcommittee, NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. (2005). Chronic Abdominal Pain In Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 40(3):249–61.
3. Edwards T, Friesen C, Schurman JV. (2018). Classification of pediatric functional gastrointestinal disorders related to abdominal pain using Rome III vs. Rome IV criteria. *BMC Gastroenterol.* 18(1):41–47. doi 10.1186/s12876-018-0769-z.
4. Friesen C, Singh M, Singh V, Schurman JV. (2018). An observational study of headaches in children and adolescents with functional abdominal pain: Relationship to mucosal inflammation and gastrointestinal and somatic symptoms. *Medicine (Baltimore)*. 97(30):11395. doi 10.1097/MD.00000000000011395.
5. Friesen CA, Schurman JV. (2018). The challenges of evolving Rome criteria for functional dyspepsia. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 14(3):63–65. doi 10.21037/tgh.2018.09.08.
6. Galdston MR, John RM. (2016). Mind Over Gut: Psychological Management of Pediatric Functional Abdominal

- Pain. *J Pediatr Health Care.* 30(6):535–545. doi 10.1016/j.pedhc.2015.11.011.
7. Geeraerts B, Tack J. (2008). Functional dyspepsia: past, present, and future. *J Gastroenterol.* 43(4):251–255. doi 10.1007/s00535-008-2167-8.
 8. Horst S, Shelby G, Anderson J, Acra S, Polk DB, Saville BR, Walker LS. (2014). Predicting persistence of functional abdominal pain from childhood into young adulthood. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 12(12):2026–2032. doi 10.1016/j.cgh.2014.03.034.
 9. Jin L, Deng L, Wu W, Wang Z, Shao W, Liu J. (2018). Systematic review and meta-analysis of the effect of probiotic supplementation on functional constipation in children. *Medicine (Baltimore).* 97(39):12174–12179. doi 10.1097/MD.00000000000012174.
 10. Kovacic K, Williams S, Li BU, Chelmsky G, Miranda A. (2013). High prevalence of nausea in children with pain-associated functional gastrointestinal disorders: are Rome criteria applicable? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 57(3):311–315. doi 10.1097/MPG.0b013e3182964203.
 11. Park JK, Huh KC, Shin CM, Lee H, Yoon YH, Song KH, Choi KD. (2014). Current issues in functional dyspepsia. *Korean J Gastroenterol.* 64(3):133–141.
 12. Paul SP, Basude D. (2016). Non-pharmacological management of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children. *World J Pediatr.* 12(4):389–398. doi 10.1007/s12519-016-0044-8.
 13. Reust CE, Williams A. (2016). Acute Abdominal Pain in Children. *Am Fam Physician.* 93(10): 830–836. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27175718>.
 14. Romano C, Valenti S, Cardile S, Benninga MA. (2016). Functional Dyspepsia: An Enigma in a Conundrum. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 63(6):579–584. doi 10.1097/MPG.0000000000001344.
 15. Rutten JM, Korterink JJ, Venmans LM, Benninga MA, Tabbers MM. (2015). Nonpharmacologic treatment of functional abdominal pain disorders: a systematic review. *Pediatrics.* 135(3):522–535. doi 10.1542/peds.2014–2123.
 16. Rutten JM, Korterink JJ, Venmans LMAJ, Benninga MA, Tabbers MM. (2017). Guideline on functional abdominal pain in children. *Ned Tijdschr Geneesk.* 161:781–789. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28936932>.
 17. Scholl J, Allen PJ. (2007). A primary care approach to functional abdominal pain. *Pediatr Nurs.* 33(3):247–254. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17708185>.
 18. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, Walker LS. (2013). Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics.* 132(3):475–482. doi 10.1542/peds.2012–2191.
 19. Schurman JV, Friesen CA, Danda CE, Andre L, Welchert E, Lavenbarg T, Hyman PE. (2005). Diagnosing functional abdominal pain with the Rome II criteria: parent, child, and clinician agreement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 41(3):291–295. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16131983>.
 20. Schurman JV, Karazsia BT, Friesen CA. (2017). Examination of competing diagnostic models of functional gastrointestinal disorders related to pain in children. *Neurogastroenterol Motil.* 29(11):576–582. doi 10.1111/nmo.13126.
 21. Tack JI, Talley NJ. (2013). Functional dyspepsia-symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 10(3):134–41. doi 10.1038/nrgastro.2013.14.
 22. Trivi? I, Hojsak I. (2018). Initial Diagnosis of Functional Gastrointestinal Disorders in Children Increases a Chance for Resolution of Symptoms. *Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutr.*, 21(4), 264–270. doi: 10.5223/pghn.2018.21.4.264.
 23. van Kerkhoven LA, Laheij RJ, Meineche-Schmidt V, Veldhuyzen-van Zanten SJ, de Wit NJ, Jansen JB. (2009). Functional dyspepsia: not all roads seem to lead to rome. *J Clin Gastroenterol.* 43(2):118–22. doi 10.1097/MCG.0b013e31815591f7.
 24. Vanheel H, Carbone F, Valvekens L, Simren M, Tornblom H, Vanuytsel T, Tack J. (2017). Pathophysiological Abnormalities in Functional Dyspepsia Subgroups According to the Rome III Criteria. *Am J Gastroenterol.* 112(1). 132–140. doi 10.1038/ajg.2016.499.
 25. Walker LS, Lipani TA, Greene JW, Caines K, Stutts J, Polk DB, Rasquin-Weber A. (2004). Recurrent abdominal pain: symptom subtypes based on the Rome II Criteria for pediatric functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 38(2):187–191. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14734882>.

Сведения об авторах:

Дудник Вероника Михайловна — д.мед.н., проф, зав. каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.
Андрикевич Ирина Ивановна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.
Мантак Галина Ивановна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.
Звенигородская Анна Юрьевна — к.мед.н., ассистент каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.
Однорогова Галина Григорьевна — ассистент каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.

Статья поступила в редакцию 21.10.2018 г.; принята в печать 12.02.2019 г.