

А.С. Сенаторова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии, Е.В. Осипенко, Харьковский национальный медицинский университет, М.Н. Ермолаев, областная детская клиническая больница, г. Харьков

Дифференциальная диагностика болей в животе в практике педиатра

Продолжение, начало в «Педіатрія. Акушерство. Гінекологія», № 4, 2010 г.

Дифференциальная диагностика БЖ у детей

Дифференциальная диагностика БЖ у детей в зависимости от ее локализации

Диффузная боль в животе чаще всего встречается у детей раннего возраста.

Обычно эта боль возникает остро, коликоподобно. Ребенок вскрикивает, сучит ножками, подтягивает бедра к животу. Если подобные жалобы не сопровождаются повышением температуры, частота стула и его характер не изменяются, нет срыгиваний и рвоты, наблюдается удовлетворительная прибавка массы тела, то имеются все основания думать о так называемой трехмесячной колике, которая является частой причиной беспокойства детей первых 3 мес жизни. Генез ее неизвестен.

Схожая клиническая картина у детей в первом полугодии жизни наблюдается при дисахаридазной (чаще лактазной) недостаточности, непереносимости белков коровьего молока.

Сочетание диффузной абдоминальной боли с повышением температуры тела, рвотой, а в последующем и с признаками дегидратации и поносом указывает на острую кишечную инфекцию (острый энтерит, острый гастроэнтерит) вирусного или бактериального генеза.

Диффузная боль в животе может наблюдаться в результате развития лимфаденита брыжейки при мононуклеозе, аденовирусной или туберкулезной инфекции. При этом лимфаденит имеет генерализованный характер, нередко отмечается увеличение селезенки. Совокупность эпидемиологических, клинических и лабораторных данных позволяет уточнить диагноз.

При инфекционном поражении мочевыводящих путей у детей первых лет жизни также возможно развитие диффузной абдоминальной боли. Заподозрить указанную патологию позволяют наличие общинфекционного синдрома (лихорадки, интоксикации, гуморальной активности), изменение частоты мочеиспусканий и прозрачности мочи. Девочки болеют в 8-10 раз чаще мальчиков. Диагноз легко подтверждается обнаружением бактериурии и лейкоцитурии. Наибольшее дифференциально-диагностическое значение имеют указания в анамнезе на имевшие место в прошлом воспалительные изменения в почках и мочевыводящих путях, отсутствие мышечного напряжения, положительный симптом Пастернацкого (у старших детей), общее удовлетворительное состояние при высокой температуре тела, характерные изменения в моче.

Болезнь Гиршпрунга может сопровождаться сильной абдоминальной болью из-за рецидивирующей частичной непроходимости кишечника (копростаз), для которой характерны схваткообразные боли в животе и болезненность при пальпации. Повышается температура тела, наблюдается рвота, в анамнезе — многодневные запоры. При обследовании всегда отмечается отсутствие мышечного напряжения, БЖ разлитые, без четкой локализации, живот вздут. Очистительная клизма зачастую решает вопрос диагностики, однако в дальнейшем ребенок должен быть обследован в плановом порядке.

У детей с нервно-артритической аномалией конституции в возрасте 2-7 лет нередко возникает синдром ацетонемической рвоты: боль в животе, глубокое дыхание, запах ацетона изо рта, положительные реакции мочи на ацетон. В семейном анамнезе — патология пуринового обмена: подагра, мочекаменная болезнь, остеофиты, мигрень и др.

Сильная схваткообразная боль в животе без четкой локализации с фебрильной температурой, артралгиями, возникающая с промежутками в несколько недель, характерна для периодической болезни. Чаще болеют лица армянской и еврейской национальностей. Этиология неизвестна, специфических диагностических приемов нет. Положительный эффект от колхицина может служить косвенным критерием диагноза.

Слабая диффузная БЖ может наблюдаться при лямблиозе, в продромальный период кори, вирусного гепатита.

Боль в верхнем квадранте живота справа. В область верхнего квадранта живота справа проецируются: нижняя доля правого легкого, плевра, диафрагма, печень и желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка, почка и верхние отделы мочевыводящих путей, головка и тело поджелудочной железы, червеобразный отросток при его высоком расположении. Таким образом, болевой синдром в описываемой зоне может встречаться при самых разнообразных заболеваниях. Высокая распространенность гастроэнтерологической, уро-нефрологической патологии у детей, значительная частота поражения гепатобилиарной системы приводят к тому, что наиболее часто жалобы на БЖ связаны именно с верхним правым квадрантом.

Правосторонняя нижнедолевая пневмония сопровождается выраженной болью, усиливающейся при кашле и глубоком вдохе. Диагностика не представляет затруднений при правильной оценке респираторного синдрома, лихорадки, стетоскопических данных, рентгенологической картины.

Крупозная пневмония у детей нередко сопровождается БЖ, которые объясняются раздражением нижних межреберных нервов, иннервирующих диафрагму, брюшные мышцы, а также кожу живота, в связи с чем у таких больных можно отметить напряжение мышц брюшной стенки. Однако при пневмонии боли в животе непостоянны и не столь интенсивны, как при аппендиците, и появляется этот симптом на 2-3-й день заболевания. Мышечное напряжение брюшной стенки непостоянно и носит активный характер, оно исчезает при отвлечении внимания больного. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз при пневмонии чаще высокий (значительно выше, чем при аппендиците), общее тяжелое состояние возникает в первые сутки заболевания, а при воспалительных хирургических заболеваниях органов брюшной полости — на 2-4-е сутки.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается чаще у подростков. Язва двенадцатиперстной кишки встречается в пять раз чаще, чем язва желудка. Последняя характеризуется упорной БЖ, возникающей или усиливающейся непосредственно после приема пищи. Тошнота предшествует приступу боли; наблюдается изжога, частая рвота, отрыжка воздухом, склонность к запорам. При язве двенадцатиперстной кишки боль умеренная, преимущественно «голодная» или ночная. После еды боль стихает. Диспепсические нарушения такие же, как и при язве желудка. Изжога объясняется частым сочетанием язвенной болезни с рефлюкс-эзофагитом. Аппетит сохранен или даже повышен (особенно ночью, симптом старосветских помещиков). Как и при язве желудка, симптом Менделя обычно положительный. Диагноз подтверждается результатами фиброгастроуденоскопии.

При хронических гастритах и гастродуоденитах болевые ощущения неинтенсивные. На первый план выступают диспепсические нарушения — изжога, отрыжка, метеоризм, склонность к запорам. Язык обложен белым налетом. Аппетит чаще

снижен. Диагноз уточняется при ФЭГДС с биопсией на *Helicobacter pylori*, характер желудочной секреции — при рН-метрии. Рентгенологическое исследование малоинформативно.

При холецистите, холангите, дискинезии желчного пузыря, холелитаму, развивающихся, как правило, вторично, на фоне хронического дуоденита, обменных нарушений или лямблиозной инфекции, болевой синдром по своей интенсивности может варьировать от слабо выраженной тупой боли при гипокинезии до острой схваткообразной и весьма интенсивной — при гиперкинетической дискинезии. Желтуха при перечисленных заболеваниях обычно отсутствует, печень может незначительно увеличиваться. Болезненность особенно выражена в точке Кера. Симптом Ортуэра положительный, иногда отмечается локальное напряжение мышц в правом подреберье. Диагноз подтверждается результатами дуоденального зондирования, биохимического анализа желчи, холецистографии, ультразвукового исследования.

Острый гепатит А в преджелтушный период сопровождается умеренной болью в правом подреберье. Тошнота, рвота, диарея, субфебрилитет, незначительное увеличение печени, данные эпидемиологического анамнеза позволяют заподозрить заболевание. Появление желтухи, увеличение содержания в крови связанного билирубина и аминотрансфераз, иммуноферментное обследование подтверждают диагноз.

При пиелонефрите отмечается БЖ и/или боль в пояснице со стороны пораженной почки (при одностороннем процессе) или с обеих сторон (при двустороннем). Симптомы — отсутствие аппетита, рвота, недержание мочи, поллакиурия, мутная моча. Часто сочетается с повышенным уровнем стигматизации у ребенка, вульвитом, фимозом. Диагноз основывается на исследовании мочи (бактериурия, лейкоцитурия, незначительная протеинурия, транзиторная эритроцитурия), урологическом и сонографическом обследовании. При рецидивировании абдоминальной боли невыясненного генеза необходимо урологическое обследование даже при отсутствии патологических изменений в моче — поиск часто встречающихся аномалий развития почек и мочевыводящих путей.

Боль в верхнем квадранте живота слева. В область верхнего квадранта живота слева проецируются сердце, перикард, нижняя доля левого легкого и плевра, диафрагма, желудок, тело и хвост поджелудочной железы, селезенка, левая почка и верхний отдел мочевыводящих путей.

Проекция нижних отделов сердца и перикарда в верхний левый квадрант живота приводит у ряда детей к распространению боли из грудной клетки. Наиболее частая причина кардиальной боли — дистрофия миокарда на почве хронической интоксикации. Часто сочетается с артралгиями. Боль колющего характера, умеренной интенсивности. При перикардите обычно боль почти не ощущается.

Боль стенокардитического характера, сопровождающая инфаркт миокарда, у детей встречается исключительно редко.

Боль при вовлечении в патологический процесс селезенки — при анемиях, гемобластозах, лимфогранулематозе, тромбоцитопениях, болезнях накопления, инфекционных заболеваниях — отмечается редко. Наиболее частой причиной боли, исходящей из селезенки, являются контрактивные боли, возникающие при физической нагрузке, особенно при беге и быстрой ходьбе у физически не подготовленных детей. Подобное явление расценивается как физиологическое и не требует особого внимания.



А.С. Сенаторова

Боли в нижнем квадранте живота справа. В область нижнего правого квадранта проецируются: подвздошная кишка, аппендикс, правая почка и мочеточник, придатки матки, мочевой пузырь.

Мезентериальный лимфаденит: болевой синдром напоминает боль при аппендиците. Диагностика сложна, нередко требуется госпитализация в хирургическое отделение и дальнейшее наблюдение. Показана туберкулинодиагностика.

Аппендицит, дивертикулит, пиелонефрит, гастроэнтерит, инвагинация описаны выше.

Аднексит: боль локализуется в глубине таза, диспепсические расстройства и мышечная ригидность не характерны. Важно бимануальное обследование.

Овуляторная и предменструальная боль связана с менструальным циклом.

Боли в нижнем квадранте живота слева. В область нижнего квадранта живота слева проецируются: левая почка и мочеточник, придатки матки, толстая кишка, мочевой пузырь.

Обстипация (тяжелый запор): боль может быть острой (в результате грубых диетических нарушений) или хронической (болезнь Гиршпрунга, муковисцидоз, запор при гипотиреозе или длительном применении спазмолитиков, функциональный мегаколон). Боль умеренной интенсивности, отмечаются вздутие и увеличение живота в нижних отделах. Необходима ирригография.

Острый колит: боль, усиливающаяся при дефекации. Стул жидкий, скудный, со слизью, иногда в кале имеются прожилки крови.

Другие заболевания, проявляющиеся болью в указанной области, описаны выше — левосторонняя почечная колика и пиелонефрит, аднексит, левосторонний аппендицит, уменьшенная паховая грыжа, предменструальные боли.

Боли внизу живота и при мочеиспускании. Цистит или нарушение пассажа мочи (стеноз шейки мочевого пузыря, клапан уретры, камень, инородное тело). План обследования: анализ мочи, цистография, цистоскопия, сонография, урофлоуметрия.

Клинический случай № 1

Приводим выписки из историй болезни детей, находившихся под наблюдением, которые демонстрируют трудность дифференциальной диагностики БЖ у детей.

В Харьковской областной детской клинической больнице под нашим наблюдением с 04.07.2007 г. по 09.08.2007 г. находился ребенок Самвел Д., 1992 г. р., армянин по национальности, с диагнозом: периодическая болезнь, абдоминально-лихорадочная форма; интерстициальный нефрит, активность I-II ст.; хронический гастродуоденит (застойная гастродуоденопатия), период обострения, диспанкреатизм; кифосколиоз II ст. груднопоясничного отдела позвоночника.

Поступил в клинику с жалобами на многократную рвоту, тошноту, повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, интенсивные боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи, спастического характера, повторяющиеся с четкой периодичностью. Из анамнеза болезни и жизни известно, что в возрасте 7 лет перенес

Продолжение на стр. 30.

А.С. Сенаторова, д.м.н., профессор, завідувачка кафедрою госпитальної педіатрії, Е.В. Осипенко, Харківський національний медичний університет, М.Н. Ермолаєв, обласна дитяча клінічна лікарня, г. Харків

Дифференціальна діагностика болей в животі в практиці педіатра

Продолжение. Начало на стр. 29.

аппендэктомии (проведена в связи с наличием приступов резкой боли в животе). В дальнейшем в Армении установлен диагноз периодической болезни. Получал колхицин, от которого родственники впоследствии самостоятельно отказались. У бабушки по линии отца – периодическая болезнь. Эти факты были скрыты родителями ребенка при сборе анамнеза.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Ребенок принимал вынужденное положение с приведенными к животу ногами. Отмечались резкая БЖ без четкой локализации, положительные симптомы раздражения брюшины, резко положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. Ребенок был направлен в хирургический стационар, где острая патология была исключена.

При обследовании установлено следующее. Клинический анализ крови: гемоглобин – 99 г/л; эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$; цветной показатель – 0,89; лейкоциты – $8,0 \times 10^9/л$; эозинофилы – 3%; палочкоядерные нейтрофилы – 5%; сегментоядерные нейтрофилы – 64%; лимфоциты – 25%; моноциты – 3%; скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 52 мм/ч. Клинический анализ мочи: удельный вес – 1006; белок – 0,171 г/л; кетоновые тела +++; эпителий переходный – 1-2 в поле зрения; эпителий почечный – местами; лейкоциты – 8-12 в поле зрения (в скоплениях до 50); эритроциты неизмененные – 15-20 в поле зрения; слизь – немного. Биохимический анализ крови: креатинин – 0,1 ммоль/л; мочевины – 7,9 ммоль/л; сиаловые кислоты – 267 ед.; гаптоглобин – 1,9; С-реактивный белок ++.

Проводилась сложная дифференциальная диагностика с диффузными заболеваниями соединительной ткани, гломеруло-нефритом, туберкулезом, острой хирургической патологией, сепсисом. Вышеперечисленные нозологические формы были исключены. Проводилась симптоматическая терапия (спазмолитические ЛС), однако резкий абдоминальный болевой синдром повторялся с четкой периодичностью. После уточнения анамнеза установлен диагноз периодической болезни. Назначена патогенетическая (колхицин 0,5 мг 3 раза в сутки пожизненно) и симптоматическая терапия.

Болевой синдром купирован. Достигнута стойкая ремиссия. Ребенок находится под наблюдением.

Периодическая болезнь – заболевание наследственной природы, характеризующееся циклическим развитием асептического воспаления серозных оболочек с преобладанием экссудативной реакции. Предполагают врожденное нарушение метаболизма с аутосомно-рецессивной формой наследования без связи с полом, хотя мужчины болеют несколько чаще. Сравнительно редкое заболевание, встречающееся преимущественно в определенных географических зонах и среди некоторых этнических групп – лиц армянской и еврейской национальностей (страны Средиземноморья, Армения). Выделяют четыре варианта клинической картины:

- абдоминальный – протекающий с признаками острого живота, по поводу чего оперируются почти половина больных этой формой периодической болезни;
- торакальный – с картиной сухого или экссудативного плеврита, с выпотом в пределах синусов;
- суставной – в виде артралгий, артрита, поражающего один или несколько суставов;
- псевдомаларийный.

Клиническая картина часто развивается с детского возраста. Наиболее встречаемое клиническое проявление заболевания –

периодически возникающая сильная БЖ, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, лихорадкой, симптомами острого живота. Боль длится от нескольких часов до нескольких дней. Нередко больных госпитализируют в хирургические отделения и подвергают оперативным вмешательствам (иногда повторным) в связи с подозрением на острый аппендицит, прободную язву, кишечную непроходимость. Приступы боли могут рецидивировать. Заболевание может проявляться болью в грудной клетке, усиливающейся при дыхании и кашле. Объективно могут выявляться шум трения плевры, ослабление дыхания с соответствующей стороны. Рентгенологически определяется небольшое количество жидкости в плевральной полости с одной стороны (реже – с двух сторон). Наряду с болевым синдромом одним из признаков заболевания может быть лихорадка с повышением температуры тела до 39-40°C, сопровождающаяся ознобом, артралгиями, миалгиями. Лихорадка проходит самостоятельно через несколько дней. Использование антибиотиков не улучшает течение заболевания. Во время приступа возможно развитие острого синовита, чаще коленного сустава. В крови во время острой атаки отмечаются нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Периодичность острых атак различна – от нескольких недель до нескольких лет. Заболевание может осложняться амилоидозом почек с развитием почечной недостаточности.

Дифференциальную диагностику в период абдоминального приступа проводят с заболеваниями, вызывающими острый живот. При этом больные должны находиться в стационаре под наблюдением хирургов. В таких случаях указания на возникновение подобных приступов в прошлом, а также динамическое наблюдение за пациентом помогают избежать ненужной лапаротомии. При диагностической лапаротомии у таких больных находят небольшой серозный перитонит при отсутствии поражения какого-либо органа, однако проведение этой операции при периодической болезни нежелательно из-за опасности развития спаек в брюшной полости.

Диагностика. Периодическую болезнь следует заподозрить при наличии периодической лихорадки, болей в животе или грудной клетке у лиц определенных национальностей, отсутствии изменений со стороны внутренних органов (во время острой атаки), случаев заболевания в семье. Диагноз подтверждается выявлением амилоида в прямой кишке, десне, тканях почек. Необходимо тщательно собирать анамнез, знакомиться с имеющимися у больных выписками из историй болезни (указание на лапаротомии при отсутствии поражений органов брюшной полости!). При развитии первого приступа следует проводить дифференциальную диагностику с острыми хирургическими заболеваниями, пневмонией, инфарктом миокарда, инфекциями.

Лечение. Патогенетическая терапия заключается в длительном применении колхицина. Диагностическая лапаротомия нецелесообразна (развитие спаечного процесса). При развитии почечной недостаточности проводят симптоматическую терапию.

Клинический случай № 2

Ребенок Володя Ф., 16 лет, наблюдается в клинике с диагнозом: наследственная копропорфирия с аутосомно-доминантным типом наследования. При очередном поступлении предъявлял жалобы на светобоязнь, обильное слюноотделение, интенсивные БЖ приступообразного характера, боли в области сердца ноющего характера, учащенное сердцебиение, неукротимую рвоту с примесью слизи и желчи. Приступы провоцировались метеорологическими

условиями, нерегулярным питанием, ярким солнечным светом, передвижением в транспорте, длились до 3-7 сут. В последние годы приступы участились до 8-10 раз в год и не зависят от времени года.

Из анамнеза болезни и жизни известно, что манифестация заболевания наблюдается с трехлетнего возраста. Неоднократно обследовался в стационаре областной детской клинической больницы. Проводился дифференциальный диагноз с вегетососудистой дисфункцией, опухолью мозга, дискинезией желчевыводящих путей, глистной инвазией, первичным гиперальдостеронизмом (синдром Конна), синдромом циклической ацетонемической рвоты, наследственными нарушениями обмена веществ. У ближайших родственников – инсульты, инфаркт миокарда. У брата и родителей обнаружено повышение уровня δ-аминолевулиновой кислоты.

При осмотре ребенка выявлены выраженный абдоминальный болевой синдром и судорожное сведение конечностей (ноги приведены к животу, а кисти принимали форму «руки акушера»), тризм. Ребенок не мог говорить и глотать. Имели место

бледность и сухость кожных покровов, гипертрихоз спины, голени, предплечий, признаки врожденной дисплазии соединительной ткани (кифосколиотическая осанка, гипермобильность суставов, гиперэластичность кожи, воронкообразная деформация грудной клетки). На коже головы имела крупная гемангиома в затылочной области. Язык был обложен белым налетом. Артериальная гипертензия до 160/120 мм рт. ст., тахикардия с частотой сердечных сокращений до 100-110 уд/мин. Аускультативно над всей областью сердца выслушивался нежный систолический шум. При пальпации живота отмечалась резкая болезненность в эпигастриальной области, в точках проекции хвоста и головки поджелудочной железы. Печень пальпировалась до 2 см ниже края реберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена. Стул нерегулярный, периодически – склонность к запорам. Моча светлая, при стоянии на свете ее цвет не менялся.

Неврологический статус. Голова гидроцефальной формы. Усилен венозный рисунок в области висков. Правая глазная щель

Таблица 3. Список ЛС, прием которых разрешен или запрещен при порфирии

Могут использоваться	Исключены
Система пищеварения	
Антацидные ЛС	
Кальций- и магнийсодержащие	Алюминийсодержащие
ЛС для лечения пептических язв	
Циметидин, фамотидин, пирензепин, ранитидин, сукаральфат	–
ЛС, подавляющие газообразование	
Диметикон/силиконы	–
Антиреургитационные ЛС	
Альгиновая кислота	Препараты алюминия
Спазмолитики	
Папаверин, пропантелин	–
Препараты белладонны и их дериваты	
Атропин	Белладонна Бутилскопаламин Гиосциамин
Противорвотные и противотошнотные ЛС	
Скополамин	–
ЛС для лечения заболеваний печени и желчного пузыря	
Хенодесоксихолиевая, холиевая, дигидрохолиевая, урсодесоксихолиевая кислоты	–
Слабительные ЛС и прокинетики	
Домперидон, бисакодил, наполнители, докузат натрия, соли магния, минеральные соли в комбинации с маслом, соли натрия, гликозиды сенны, сорбитол	Цисаприд
Кишечные адсорбенты	
Медицинский уголь	–
Закрепляющие ЛС	
Дифеноксилат + атропин, лоперамид	–
Кишечные противовоспалительные ЛС	
Кортикостероиды для местного применения	Сульфасалазин
Сердечно-сосудистая система	
Сердечные гликозиды	
Дигоксин	–
Антиаритмики	
Дизопирамид, хинидин, прокаинамид	Амиодарон, лидокаин
Антиадренергические ЛС периферического действия	
Доксазоцин, празозин	–
ЛС, действующие на гладкую мускулатуру артерий	
Диазоксид	Дигидралазин, гидралазин
Тиазидные диуретики	
Гидрохлортиазид, хлорталидон, буметанид, этакриновая кислота	Бендрофлуметиазид, фуросемид
Калийсберегающие диуретики	
Амилорид, триамтерен	Спиринолактон, калия канреонат
Периферические вазодилататоры	
Фентоламин	–
Антигеморроидальные ЛС для местного применения	
Гидрокортизон, преднизолон	–
β-Адреноблокаторы и другие антигипертензивные ЛС	
Алprenолол, атенолол, бетаксоллол, биспролол, лабеталол, метопролол, пиндоллол, пропранолол, соталол, тимолол	Метопролол + фелодипин
Селективные антагонисты кальция с преимущественным воздействием на сосудистое звено	
Амлодипин	Фелодипин, исрадипин, нифедипин
Селективные антагонисты кальция с преимущественным воздействием на сердце	
–	Дилтиазем, верапамил
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (моно- и комбинированные)	
Лизиноприл	Цилазаприл ± ГХТЗ, каптоприл ± ГХТЗ, эналаприл ± ГХТЗ, фозиноприл ± ГХТЗ, рамиприл ± ГХТЗ, лизиноприл + ГХТЗ, квинаприл + ГХТЗ

меньше левой. Птоз век, ограничение движения глазных яблок вверх, слабость конвергенции с обеих сторон, при движении глазных яблок появлялась слеза. Сглажена левая носогубная складка. Девиация кончика языка и язычка влево. Непостоянный симптом Маринеску-Радовичи, четче справа. Мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. Симптом Штрюмпеля положительный с обеих сторон. Координаторные пробы выполнял удовлетворительно.

В проведенных клинико-лабораторных и инструментальных исследованиях патология не выявлена. Однако уровень δ -аминолевулиновой кислоты в моче повышен до 42,0 мкмоль/г креатинина (при норме 3,94-18,95), концентрация уропорфиринов в моче составляла до 85,8 нмоль/г креатинина (при норме 0-40,0), а копропорфиринов в моче – до 147,4 нмоль/г креатинина (при норме 30,5-122,0).

Лечение. Диета № 5, специальная диета при копропорфирии. Симптоматическая терапия – дезинтоксикационная, спазмолитическая, подбор гипотензивных ЛС, протекторы слизистой оболочки желудка, H_2 -блокаторы, прокинетики, вегетотропные ЛС.

В течение последнего полугодия на фоне и в результате проводимой терапии состояние мальчика не ухудшалось. Артериальное давление – около 90/60 мм рт. ст. Периодически отмечаются незначительные боли в области коленных суставов. Кожа сухая гиперэластичная. Отмечается некоторое увеличение размеров гемангиомы в области затылка. На коже спины и грудной клетки появились участки депигментации размером от 0,6x0,8 до 0,8x1,2 см, в том числе единичные участки в окружности пигментных невусов. Вегетовисцеральные приступы не зарегистрированы. Продолжает находиться под наблюдением.

Порфирии представляют собой патологию, связанную с наследственными или приобретенными аномалиями биосинтеза гема. Порфирины – это тетрапирроловые пигменты, которые выполняют роль

промежуточных продуктов в этом синтезе и образуются из предшественников – δ -аминолевулиновой кислоты и порфириногена. Порфирия передается как аутосомно-доминантное заболевание с неполной пенетрантностью. Выделяют семь основных нозологических форм [5].

Классификация I

1. Печеночные порфирии:
 - порфирия, обусловленная дефицитом дегидратазы δ -аминолевулиновой кислоты;
 - острая перемежающаяся порфирия;
 - наследственная копропорфирия;
 - varieгатная порфирия;
 - поздняя кожная порфирия.
2. Эритропоэтические порфирии:
 - врожденная эритропоэтическая порфирия (болезнь Гюнтера);
 - эритропоэтическая протопорфирия.

Существует и другая классификация, в которой нозологические формы порфирий подразделяются по клиническим проявлениям.

Классификация II

1. Острые формы порфирий:
 - порфирия, обусловленная дефицитом дегидратазы δ -аминолевулиновой кислоты;
 - острая перемежающаяся порфирия;
 - наследственная копропорфирия;
 - varieгатная порфирия.
2. Формы порфирий, протекающие с поражением кожных покровов:
 - поздняя кожная порфирия;
 - наследственная копропорфирия;
 - varieгатная порфирия;
 - врожденная эритропоэтическая порфирия;
 - эритропоэтическая протопорфирия.

Каждая форма порфирии характеризуется особенностями гиперпродукции, накопления и экскреции промежуточных продуктов биосинтеза гема [4, 5].

Основным клиническим проявлением порфирии является наличие перемежающихся приступов дисфункции нервной системы и/или повышенной чувствительности

кожи к солнечным лучам. Неврологические проявления заключаются в развитии периферической нейропатии, нарушениях психики и интенсивных БЖ. Боль связана, вероятно, с автономной нейропатией, ведущей к нарушению двигательной активности желудочно-кишечного тракта. Из-за нарушения иннервации кишечника часты выраженные рвота и запор [4, 16]. Вариегатная порфирия и наследственная копропорфирия могут проявляться поражением кожи в виде покраснений, появлений пузырей и эрозий на участках тела, подверженных ультрафиолетовому облучению. Обращает на себя внимание различной степени анемия, обусловленная нарушением образования гема и сопутствующими инфекционными процессами. Нередко в дебюте и разгаре острых порфирий отмечается выделение мочи красного цвета.

Больные порфирией могут вести нормальный образ жизни при выполнении некоторых правил. Они должны соблюдать режим питания, им не рекомендованы пребывание на солнце, прием алкоголя и некоторых медикаментов. Известно, что неврологическая симптоматика провоцируется приемом таких ЛС, как барбитураты, диазепам, эстрогены, сульфаниламиды, некоторые антигистаминные ЛС. В развитии приступа могут иметь значение такие факторы, как голодание, курение, инфекции.

Больные порфирией нуждаются в регулярном наблюдении гастроэнтеролога, невролога, дерматолога и генетика. При назначении медикаментозного лечения врачам необходимо учитывать, что некоторые препараты нельзя применять у пациентов с порфирией. В таблице 3 приведен перечень ЛС, апробированный Шведским центром порфирий под руководством профессора Стига Тунелла для пациентов с острой порфирией (по данным Гематологического научного центра Российской академии медицинских наук).

Таким образом, БЖ у детей могут иметь место как при хирургических, так и при нехирургических заболеваниях. При наличии

этого синдрома ребенок должен быть обследован для установления причины боли, поскольку ранняя ее диагностика и назначение адекватной терапии позволяют предотвратить развитие возможных осложнений.

Литература

1. Бенца Т.М. Синдром абдоминальной боли в практике врача-терапевта // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 239. – С. 23-27.
2. Хендерсон Д.М. Патология физиологии органов пищеварения / Пер. с англ. – СПб.: Невский диалект, 1997. – 287 с.
3. Катеренчук І.П., Гуцаленко О.О. Діагностика і терапія болю в животі у практиці сімейного лікаря // Острые и неотложные состояния. – 2008. – № 2/1. – С. 20-26.
4. Мейер У.А. Порфирии. В кн.: Внутренние болезни (Harrison's Principles of Internal Medicine) / Пер. с англ. – М., 1996. – Кн. 8. – С. 202-212.
5. Пивнык А.В. и др. Первые результаты выявления мутаций в гене фермента порфириногендезаминазы у больных с острой перемежающейся порфирией в России // Терапевтический архив. – 2000. – № 7. – С. 5-8.
6. Харченко Н.В., Родонезская У.В. Абдоминальная боль в практике гастроэнтеролога // Журнал практического врача. – 2003. – № 4. – С. 8-12.
7. Щупелькова Ю.О., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т. Абдоминальный болевой синдром // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – № 4. – С. 8-15.
8. Apley J. The child with abdominal pains. – Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1959.
9. Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy. – Seattle: ASP Press, 1994. – P. 209-214.
10. Fitzgerald M. The development neurobiology of pain. In: Proceeding of the 5th World Congress on Pain, 1990.
11. Gilles F.H., Shackle W., Dooling E.C. Myelinated tracts: growth patterns. In: Gilles F.H., Leviton A. The developing human brain. – Boston, MA Wright & Co., 1983. – P. 117.
12. Hymans J.S. Recurrent abdominal pain in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997; 25: 16-17.
13. Marty E. et al. Ontogeny of peptide – and amino-containing neurons in motor, sensory, and autonomic regions. J Comp Neurol 1987; 266: 332-359.
14. St. James-Roberts L., Halil T. Infant crying pattern in the first year. Normal community and clinical findings. J Clin Psychol Psychiatry 1991; 32: 951.
15. Sutphen J.L. Is it colic or is it gastroesophageal reflux? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 33: 110-111.
16. Thadani H., Deacon A., Peters T. Diagnosis and management of porphyria. BMJ 2000; 320: 1647-1651.

Новости

Ожирение и нарушение кишечной микрофлоры

В настоящее время ожирение – одна из самых глобальных проблем в странах с развитой экономикой. С ожирением связано большое количество заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, обменных нарушений и эндокринных заболеваний. В различных исследованиях было показано, что микрофлора кишечника может существенно менять резистентность к инсулину, кроме того, нормальная микрофлора кишечника дает возможность значительно дольше удерживать вес человека в пределах нормы при лечении ожирения.

R.E. Ley в обзоре показала взаимосвязь между ожирением и нарушениями биоценоза кишечника. Согласно данным нескольких исследований при похудении изменяется микрофлора кишечника, при этом отмечается уменьшение численности условно патогенных микроорганизмов. Эти данные также подтверждаются и в экспериментальных исследованиях, проводившихся на моделях животных. При этом была выявлена следующая закономерность: микрофлора кишечника зависит не только от вида питания (вегетарианское или смешанное), но и от частоты приемов пищи и величины порции. Также было обнаружено, что при добавлении к специальным диетам, направленным на похудение, пробиотиков, содержащих представителей нормальной микрофлоры, можно добиться устойчивого положительного эффекта в снижении веса.

Таким образом, применение пробиотиков может стать важной и неотъемлемой частью лечения ожирения, однако этот вопрос требует дальнейшего изучения и стандартизации для использования его в практической медицине.

www.journals.lww.com

Пробиотики в лечении диарей

Персистирующая диарея у детей продолжительностью более 14 дней часто может вызывать ряд опасных для жизни осложнений и приводить к смертельным исходам. Как правило, заболевание

начинается остро и имеет тяжелое течение. Причина возникновения диареи пока не изучена, возможно, она может быть вызвана комплексом патологических изменений. Поэтому лечение данного заболевания является довольно сложным. Предполагается, что использование пробиотиков, включающих бактериальную и грибковую флору, может положительно влиять на процесс выздоровления при персистирующей диарее.

Группой ученых во главе с В. Aronpe проведен метаанализ, включенный в библиотеку Кокрановского сотрудничества, в котором изучалось влияние пробиотиков на течение и частоту стула при длительной диарее.

В метаанализ вошли рандомизированные контролируемые исследования, в которых проводили сравнение лечения с использованием пробиотиков и плацебо. Были включены четыре исследования с участием 464 пациентов с персистирующей диареей. Метаанализ показал уменьшение продолжительности диареи в среднем на один день в двух исследованиях, кроме того, отмечалось значительное уменьшение частоты стула. Также в одном исследовании было показано уменьшение количества дней пребывания в стационаре. Три исследования показали отсутствие побочных эффектов при использовании пробиотиков у детей. В одном двойном слепом рандомизированном исследовании, проводившемся у детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет, удалось достичь существенного уменьшения продолжительности диареи и частоты жидкого стула при добавлении к лечению *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium bifidum* в сравнении с плацебо.

Таким образом, было продемонстрировано, что пробиотики оказывают положительное влияние на лечение персистирующей диареи у детей.


www.ncbi.nlm.nih.gov


Подготовил **Владимир Савченко**

Ацидолак

Оберігає, регулює, та гімкає слакує!

- 2 млрд. лактобактерій та 2 млрд. біфідобактерій в 1 саше
- Містить пребіотик рафтилозу (середовище для життєдіяльності бактерій)
- Регулює рівновагу кишкової мікрофлори при антибіотикотерапії
- Лише 1-2 саше на добу
- Дітям від 2 років





Р.П. МОЗ України №UA/7942/01/01 від 18.03.2008. Виробник: Хр. Хансен А/С, Данія. Заявник: Медана Фарма АТ, Польща. Повна інформація щодо застосування препарату міститься в інструкції-вкладці. Склад: по 3 г у саше, по 10 саше у картонній коробці. Лазарська форма: порошок для орального розчину. Правила відпуску: без рецепту. Представництво ЗФ «ПОЛФАРМА» С.А в Україні та Молдові: вул. Тургенівська, 15, оф. 802, м. Київ, 01054. Тел. (044) 461-93-07, факс (044) 461-93-87, e-mail: office@polpharma.ua, www.polpharma.ua

