

**ПРИНЦИПИ НАДАННЯ
НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ
ПРИ ЗАГРОЗЛИВИХ СТАНАХ,
ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ АБДОМІНАЛЬНИМ БОЛЕМ**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів
за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія»,
лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів,
лікарів загальної практики – сімейної медицини*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ПРИНЦИПИ НАДАННЯ
НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ
ПРИ ЗАГРОЗЛИВИХ СТАНАХ,
ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ АБДОМІНАЛЬНИМ БОЛЕМ**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів
за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія»,
лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів,
лікарів загальної практики – сімейної медицини*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ
Протокол № 13 від 29.08.2025.

**Харків
ХНМУ
2025**

Принципи надання невідкладної допомоги дітям при загрозливих станах, які супроводжуються абдомінальним болем : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія», лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини / упоряд. М. О. Гончарь, І. М. Галдіна, Т. Б. Іщенко, Г. Р. Муратов. Харків : ХНМУ, 2025. 28 с.

Упорядники М. О. Гончарь
 І. М. Галдіна
 Т. Б. Іщенко
 Г. Р. Муратов

Вступ

Синдром абдомінального болю у дітей – це сукупність симптомів, які супроводжують різні хірургічні та нехірургічні захворювання, одним з проявів яких є біль в животі.

Біль у животі – частий привід для звернення пацієнтів різного віку до лікаря, одна з найчастіших скарг у дітей та їх батьків та одна з провідних причин екстрених шпиталізацій і хірургічних утручань. Як мінімум 10 % дітей віком від 4 до 18 років хоча б один раз у житті переносили епізод абдомінального болю, що ставав приводом для звернення по медичну допомогу. Серед пацієнтів відділень невідкладної допомоги діти з болем у животі становлять 5–10 %. Завжди слід пам'ятати, що синдромом абдомінального болю у дітей може дебютувати більш 100 різних захворювань (Leung A.K., 2003), які ускладнюють диференційну діагностику основного патологічного стану. За результатами систематичного огляду Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain – IASP) розповсюдженість абдомінального болю серед населення складає від 4 до 53 %, підвищується з віком і переважає у дівчат та жінок. У дослідженні Arpley J. та Naish N. (1978) було встановлено, що у дітей частота абдомінального болю також залежить від віку та максимального значення досягає у дівчаток 9 років (28 %) та у хлопчиків 6 років (14 %).

Абдомінальний больовий синдром посідає у дітей чільне місце у клінічній картині багатьох захворювань, насамперед шлунково-кишкового тракту. Останніми роками розповсюдженість цих захворювань збільшується. Так, в Україні близько 45,5 % дітей мають ті чи інші розлади з боку шлунково-кишкового тракту (Скирда І.Ю., Петішко О.П., Завгородня Н.Ю., 2017). При цьому наявність у дитини синдрому абдомінального болю завжди вимагає проведення диференційної діагностики між інтра- та екстраабдомінальним його характером. У зв'язку з цим натеper диференційна діагностика абдомінального больового синдрому у дітей і підлітків викликає певні труднощі і є дуже актуальною проблемою в педіатрії.

Своєчасна постановка діагнозу, проведення диференційної діагностики і надання невідкладної допомоги в повному обсязі та подальша терапевтична тактика на всіх етапах лікування синдрому абдомінального болю суттєво покращує якість життя, попереджує формування інвалідності та передчасну летальність хворих дітей.

За визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), ***біль – це неприємне відчуття та емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим пошкодженням тканин.***

За етіологічним фактором виділяють дві групи причин синдрому абдомінального болю:

- ***інтраабдомінальні*** – різні захворювання, що локалізуються в межах черевної порожнини (захворювання органів черевної порожнини;

спазм та розтягнення гладкої мускулатури стінок порожнистих органів, натяг їх зв'язкового апарату, капсули органа та вивідних проток; перфорація порожнистих органів; гіпоксія та ішемія органів черевної порожнини та малого таза та ін.);

- **екстраабдомінальні** – при захворюваннях, які локалізуються поза черевної порожнини (захворювання органів грудної порожнини, неврогенні причини, захворювання органів заочеревинного простору, метаболічні порушення, екзогенні фактори, інші захворювання та синдроми).

Механізми виникнення абдомінального болю

Існує дві групи рецепторів: 1) соматичні больові механорецептори (ноцицептори), які мають високий поріг чутливості; їх стимуляція викликає почуття болю; 2) вісцеральні полімодальні рецептори, які при слабкому подразненні передають інформацію про стан органа і лише за сильного болю дають власне відчуття болю. Відповідно **болі в животі можуть бути соматичними чи вісцеральними.**

Соматичними рецепторами багато забезпечена парієтальна очеревина (тому такі болі іноді називають парієтальними), брижа, вони є в жовчних протоках і сечоводах. Розташовані вони переважно зовні органів, тому чим глибше ураження, то ймовірніше їх подразнення. Порушення цих рецепторів передається аферентним нейронам в задній ріг спинного мозку, при цьому дуга на спінальному рівні може замикатися на еферентні рухові волокна, стимуляція яких викликає скорочення м'язів, що відіграє захисну роль. Передача аферентного імпульсу по спіноталамічному тракту в дієнцефальну ділянку, ретикулярну формацію та кору головного мозку дає відчуття та усвідомлення болю, а також формує пам'ять про неї. Соматичний біль характеризується строгою локалізацією в ділянці збудження.

Слизова оболонка і гладка мускулатура порожнистих органів (шлунка, кишечника) не має соматичних рецепторів, тому процеси, що виникають в них, можуть супроводжуватися чітким больовим синдромом. Внутрішні рецептори передають імпульси через волокна блукаючого нерва, що передбачає здійснення контролю над численними функціями органів. Слабке подразнення цих рецепторів не сприймається як біль, останній виникає тільки при сильному подразненні. Вісцеральні рецептори мають ширше поле, тому біль не суворо локалізований. Імпульси можуть нашаровуватися, посилюючи один одного і знижуючи «поріг» чутливості, вісцеральні аферентні шляхи тісно переплітаються із соматичними, тому біль може іррадіювати.

Таким чином, **залежно від впливу на закінчення чутливих нервових волокон** розрізняють **ноцицептивний біль**, який виникає при порушенні ноцицепторів, та **невропатичний біль**, який розвивається при пошкодженні закінчень чутливих нервових волокон.

За механізмом виникнення виокремлюють наступні варіанти абдомінального болю.

Вісцеральний біль. Виникає за наявності патологічних стимулів, пов'язаних із патологією внутрішніх органів, проводиться симпатичними та парасимпатичними волокнами. Основними причинами його виникнення є раптове підвищення тиску в порожнистому органі і розтягнення його стінки (в більшості випадків), розтягнення капсули паренхіматозних органів, натяг брижі, судинні порушення. Буває, як правило, дифузний, погано локалізований; інтенсивність його може змінюватися. Поява вісцерального болю часто пов'язана з рефлексорними вегетативними реакціями (блідість, профузне потовиділення, тахікардія, періодичне збудження), а також з диспетичними явищами – блюванням, нудотою.

Характерними зонами сприйняття вісцерального болю є такі:

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

Соматичний (парієтальний) біль. Зумовлений наявністю патологічних процесів в парієтальній очеревині або корені брижі та тканинах, що мають нервові закінчення чутливих спинномозкових нервів. Він має гострий характер, чітко локалізований (4 квадранти живота), супроводжується напругою м'язів черевної стінки, посилюється при зміні положення тіла, 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 сигмоподібної кишки.

Іррадіючий (відбитий) біль. В основі його розвитку лежить рефлексорний механізм проведення вісцерального болю по чутливим цереброспинальним нервах. Він виникає при надмірній інтенсивності імпульсу вісцерального болю (наприклад, проходження каменю) або анатомічному пошкодженні органа, передається на ділянки поверхні тіла, які мають загальну корінцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини. Іррадіючий біль може локалізуватися в різних ділянках організму, що віддалені від основного вогнища патологічного процесу. Так, при підвищенні тиску в кишечнику виникає вісцеральний біль, який потім іррадіює в спину, при біліарній кольці – в спину, праву лопатку і плече.

Психогенний біль. Виникає при відсутності вісцеральної чи соматичної причини, або ж останні відіграють роль пускового або сприятливого

фактора. Особливе місце в його виникненні належить депресії. Тісний зв'язок депресії з хронічним абдомінальним болем пояснюється загальними біохімічними процесами і в першу чергу недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Основні ознаки психогенних болей: їх тривалість, монотонність, дифузний характер і поєднання з болями іншої локалізації (головний біль, біль в спині, у всьому тілі).

Патогенетичні підходи до класифікації синдрому абдомінального болю дозволяють виділити:

Спастичний біль (коліки). Викликається спазмом гладкої мускулатури. Виникає при органічній патології (кишкові коліки, спазм червоподібного відростка, шлункова, панкреатична, печінкова, ниркова коліка), при функціональних захворюваннях (синдром подразненого кишечника), при отруєннях (свинцева коліка). Такі болі виникають раптово і нерідко так само раптово припиняються, тобто мають характер больового нападу. При тривалому спастичному болю інтенсивність змінюється – вона зменшується після застосування тепла і антиспастичних засобів; супроводжується типовою іррадіацією і залежно від місця свого виникнення іррадіює в спину, лопатку, поперекову ділянку, нижні кінцівки. Поведінка хворого характеризується збудженням і занепокоєнням, він приймає вимушене положення; часто спостерігаються супутні явища, які викликаються за механізмом вісцеральних рефлексів (блювання, метеоризм, поява аритмій та ін.);

Болі від розтягування порожнистих органів: відрізняються ниючим або тягнучим характером і часто не мають чіткої локалізації.

Болі, що залежать від порушення місцевого кровообігу: *ангіоспастичні* – відрізняються нападоподібністю; *стенотичні* – мають більш повільний прояв, але й ті, і інші зазвичай виникають на висоті травлення («черевна жаба»), в разі тромбозу або емболії судини біль набуває жорсткого, зростаючого характеру.

Перитонеальний біль: виникає раптово або поступово і має тривалий час; стихає поступово; відрізняється більш чіткою локалізацією; при пальпації можна виявити обмежені больові ділянки і точки; посилюється від механічного впливу (при кашлі, русі, пальпації); викликає рефлекс у вигляді вираженого напруження м'язів стінки; хворий приймає найбільш спокійне положення, уникаючи незначних рухів.

Відображений біль: іррадіація болю, що виникає у травній системі або при захворюваннях інших органів і систем.

За локалізацією больового синдрому виділяють абдоміналії 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*: при патології підшлункової залози, печінки, жовчних шляхів, шлунка, нижнього відділу стравоходу, при килі 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;

– *навколонушкові ділянки*: 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.

За клінічними проявами розрізняють гострий та хронічний (рецидивуючий) абдомінальний біль.

Гострий біль в животі може бути проявом хірургічної патології, травми або гострого інфекційного захворювання. Його межі, як правило, обумовлені факторами пошкодження та обмежені у часі – *не перевищують трьох місяців*.

Рецидивуючий абдомінальний біль у дітей визначають як *біль, що повторюється протягом трьох місяців не менш трьох разів і впливає на нормальну активність дитини*.

Біль у животі у дітей в більшості випадків обумовлений хронічними захворюваннями органів травлення або функціональними розладами. За даними літератури, близько 20 % дітей шкільного віку мають скарги на болі в животі, що рецидивують. Хронічний абдомінальний біль у дітей в 90–95 % випадків має функціональний (неорганічний) перебіг без об'єктивних ознак основного органічного розладу та характеризується множинними проявами.

Складність інтерпретації болю в животі у дітей, велика кількість абдомінальних і позаабдомінальних її причин диктують необхідність проведення непростого диференційного аналізу та встановлення діагнозу, який ґрунтується на ретельно зібраному анамнезі, даних фізикального обстеження, доповнених лабораторно-інструментальними методами на різних етапах надання допомоги.

Перед практичним лікарем, який стикається з проблемою абдомінального болю, постає низка складних питань. Перше і найбільш важливе: біль у животі – це прояв хірургічної патології, яка вимагає невідкладного оперативного лікування? Друге, яке більш доречно у разі рецидивного перебігу абдомінального болю: біль у животі – це прояв органічного захворювання або він має функціональний характер? І, нарешті, третє:

якщо біль у животі має органічне походження, то про яке захворювання йде мова і як його треба лікувати?

Незалежно від характеру абдомінального болю необхідно оцінити:

- терміни появи болю;
- локалізацію;
- характер;
- інтенсивність;
- тривалість больового нападу та його розвиток;
- періодичність та ритм болю;
- фактори, що посилюють чи послаблюють біль;
- зв'язок з прийомом їжі;
- зв'язок з актом дефекації;
- зв'язок з фізичним або психічним навантаженням;
- зміни болю після прийому медикаментів (спазмолітиків, знеболюючих, антацидів тощо).

При оцінюванні скарг хворого треба пам'ятати, що біль – це завжди суб'єктивна ознака, і кожна людина, а особливо дитина, використовує в його описі слова залежно від власного досвіду попереднього життя. Тому лікар повинен орієнтуватися не стільки на вербальний (суб'єктивний) опис болю, скільки на непрямі ознаки: зміни поведінки, положення, активності дитини, а також результати об'єктивного обстеження. Переважній більшості хворих із соматичними болями потрібне хірургічне лікування.

На першому етапі діагностики синдрому абдомінального болю необхідно виключити гостру хірургічну патологію.

Про високу вірогідність синдрому гострого абдомінального болю, зумовленого хірургічними захворюваннями, свідчать наступні ознаки:

- виникнення болю як першого симптому захворювання;
- відмова від їжі, зміна поведінки дитини (голосний плач, виражене збудження або млявість, вимушене положення);
- пробудження від болю або неможливість заснути;
- поява блювання на тлі болю;
- відсутність випорожнення та відходження газів;
- блідість, холодний піт;
- тахікардія, невідповідність її температурі тіла;
- напруга м'язів передньої черевної стінки.

Останній симптом є основоположним в діагностиці гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Додаткові методи діагностики при гострому болю в животі повинні включати обмежену кількість тільки найбільш інформативних процедур:

- клінічний аналіз крові (для оцінки активності запального процесу);
- оглядовий рентгенологічний знімок органів черевної порожнини у вертикальному положенні (для виключення кишкової непрохідності, перфорації, діафрагмальної кили);

- УЗД черевної порожнини та заочеревинного простору (для виключення змін в нирках, жовчному міхурі та підшлунковій залозі);
- фіброезофагогастроуденоскопію (тільки при підозрі на кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту).

Диференційний діагноз при синдромі абдомінального болю проводять з використанням клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження серед захворювань, що поєднані терміном «гострий живіт».

Сукупність гострих захворювань черевної порожнини, що потребують негайного хірургічного втручання, поєднали терміном **«гострий живіт»**:

1. Гострі запальні захворювання черевної порожнини:

- гострий апендицит;
- гострий дивертикул Меккеля;
- гострий холецистит;
- гострий панкреатит;
- перитоніт.

2. Гострі порушення прохідності по шлунково-кишковому тракту – гостра кишкова непрохідність, у тому числі:

- інвагінація;
- защемлення киля.

3. Перфорація порожнистих органів:

- перфорація виразок шлунка або дванадцятипалої кишки;
- перфорація дивертикулів;
- пухлини.

4. Кровотечі в просвіт порожнистих органів або в черевну порожнину:

- розрив селезінки;
- розрив печінки;
- розрив черевної аорти;
- розрив яєчника.

5. Порушення кровообігу в органах черевної порожнини при тромбозах та емболії мезентеріальних судин.

Лікування захворювань черевної порожнини, що поєднані терміном «гострий живіт», повинно бути тільки хірургічним. При цьому невідкладна терапія повинна бути направлена на термінове усунення гіповолемії, шлунково-кишкової кровотечі (якщо її діагностовано), корекцію анемії тяжкого ступеня (гемоглобін менше за 70 г/л), профілактику інфекційних ускладнень, розвитку шокового стану та синдрому поліорганної недостатності.

Успіх лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини та заочеревинного простору завжди залежить від своєчасно та правильно проведеної діагностики.

На практиці лікарю частіше трапляються пацієнти зі скаргами на **хронічний (рецидивуючий) біль у животі**. Погоджувальний документ Американської педіатричної асоціації (AAP) та Північно-американської

асоціації дитячої гастроентерології, гепатології та харчування (NASPGHN) у 2005 р. запропонував використовувати замість терміну «рецидивуючий біль в животі» термін «хронічний абдомінальний біль».

Причини його виникнення відрізняються у дітей залежно від віку.

У дітей перших місяців життя синдром абдомінального болю маніфестує у вигляді кишкових кольок. Вони проявляються занепокоєнням, плачем. Дитина може сукати ніжками, мати напругу та здуття живота, що зменшуються після відходження газів або випорожнення. Кишкові коліки, як правило, з'являються к 6-му тижні життя и можуть спостерігатися до 3–4 міс. Для діагностики кишкової коліки у немовлят використовують так зване «правило трьох»: дитина плаче протягом 3 та більше годин на добу (звичайно не більш 1 год) не менш 3 діб на тиждень протягом 3 тиж поспіль.

Диференціювати кишкову коліку треба з кишковими інфекціями, особливо тими, що викликані умовно-патогенною мікрофлорою, проявами харчової алергії, аномаліями розвитку шлунково-кишкового тракту, гастро-езофагеальною рефлексною хворобою. На користь перелічених захворювань свідчать такі симптоми, як діарея, слиз і, можливо, кров у випорожненнях, шкірні прояви алергії, часті зригування та блювання, порушення набору маси, стійкі закрепи. Для детальної діагностики необхідне проведення копрологічного, мікробіологічного дослідження калу, рентгенологічне обстеження шлунково-кишкового тракту з барієм (пасаж та іригографія), ФГДС, УЗД органів черевної порожнини.

Визначення рецидивуючого болю в животі більш прийнятно відносно дітей старшого віку, приблизно після 3–4 років, коли дитина може свідомо відчувати наявність болю та вказати на його локалізацію. На цьому етапі діагностики важливо вміти диференціювати функціональний характер абдомінального болю від органічного. За статистичними даними, у 90 % дітей із абдомінальним болем органічного захворювання немає і лише у 10 % випадків вдається встановити органічну причину абдоміналії.

Для функціонального болю характерно:

- відсутність прогресування при перебігу захворювання;
- мінливий характер скарг;
- оцінка дитиною болю як дуже сильного;
- наявність численних скарг, що стосуються інших органів та систем;
- короткий анамнез;
- підвищені вимоги батьків до дитини, наявність проблем з навчанням в школі;
- емоційний стрес в родині;
- відсутність об'єктивних змін при обстеженні дитини.

Для функціонального болю не характерно:

- локальний стереотипний біль;
- пробудження від болю під час сну;

- особлива поведінка під час нападів болю;
- анорексія;
- блювання;
- наполегливі закрепи або діарея;
- наявність хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту у членів родини;
- відставання в фізичному розвитку або втрата маси;
- лихоманка або епізоди немотивованого підвищення температури тіла;
- біль у суглобах;
- кров у випороженнях;
- гепатоспленомегалія;
- лімфаденопатія;
- прогресуючий перебіг захворювання;
- зміни в загальному аналізі крові, лейкоцитоз, збільшення ШОЕ.

При аналізі скарг дитини з хронічним абдомінальним болем треба звертати увагу на таке:

- тривалість больового синдрому: короткочасний біль звичайно пов'язаний з моторними порушеннями, тривалий біль (більш 3 год) – із запальними причинами;
- зв'язок болю з прийняттям та характером їжі;
- зв'язок болю з випороженням кишечника;
- наявність симптомів «верхньої диспепсії» – відрижка, печія, нудота, блювання;
- порушення характеру випороження.

При об'єктивному обмеженні важливо оцінити фізикальні дані про стан всіх органів та систем, фізичний розвиток дитини і особливо ретельно провести пальпацію живота.

На практиці за локалізацією болю та поєднанням диспептичних симптомів всіх дітей з хронічним (рецидивуючим) болем у животі можливо поділити на 3 групи:

- 1) пароксизмальний біль в мезо- та гіпогастрії без диспептичних симптомів;
- 2) біль (або болючість) в епігастрії, у тому числі із симптомами «верхньої диспепсії»;
- 3) біль в мезо- та гіпогастрії з порушенням кишечника.

Пароксизмальний біль в мезо- та (або) гіпогастрії без диспептичних симптомів зазвичай нападopodobний, досить інтенсивний, не пов'язаний із вживанням та характером їжі або дефекацією. Під час нападу болю дитина може хапатися за живіт, сидіти з притягнутими до живота ногами. Біль зникає самостійно або після призначення спазмолітиків.

Причинами такого болю можуть бути: паразитарні інвазії, кишкові інфекції (іерсиніоз), рецидивуюча неповна кишкова непрохідність (мальротация, дивертикул Меккеля), порушення фіксації товстої кишки

(синдром Пайра), стеноз черевного стовбура, захворювання нирок (пієлонефрит, гідронефроз та інші), гінекологічні захворювання у дівчат, синдром подразненого кишечника.

Обстеження повинно включати:

- клінічний та біохімічний аналіз крові;
- клінічний аналіз сечі;
- бактеріологічне дослідження калу на гостру кишкову інфекцію;
- дослідження калу на паразитів (яйця гельмінтів, лямблій);
- УЗД органів черевної порожнини та малого таза;
- доплерографію судин черевної порожнини;
- іригографію.

Біль в епігастрії частіше буває пов'язаний із вживанням їжі та проявляється за типом двох основних варіантів функціональної диспепсії: виразкоподібного або дискінетичного.

Виразкоподібний варіант характеризується ниючим болем натще, який полегшується вживанням їжі.

Дискінетичний варіант супроводжується відчуттям важкості, переповнення, швидкого насичення у сполученні з відрижкою та нудотою. Інколи діти скаржаться на печію, зрідка буває блювання, що надає полегшення. Такий характер болювого синдрому у 90 % випадків є проявом хронічного гастродуоденіту, у 82 % асоціюється з інфекцією *Helicobacter pylori*, рідше – з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, у 20 % таких хворих виявляють гастрозофагеальну рефлексну хворобу.

При захворюваннях жовчовивідних шляхів, підшлункової залози діти також частіше скаржаться на біль в епігастрії та значно рідше – на біль в підреберних ділянках, тому більшу інформацію в цих випадках надає пальпація живота, яка може виявити локальну болючість в зонах проєкції цих органів.

Біль у середніх та нижніх відділах живота в поєднанні з порушеннями функцій кишечника трапляється при багатьох захворюваннях, що мають різну природу: інфекційну, запальну, анатомічну, функціональну. Вони потребують найбільш широкого обстеження. При цьому важливо звертати увагу на відставання дитини у фізичному розвитку, на наявність лихоманки, крові у випорожненнях, болю в суглобах, а також оцінити вираженість та тривалість діареї та закрепів. Причинами такого характеру болю частіше бувають: целакія, харчова алергія, паразитози, кишкові інфекції. (ієрсиніози, кампілобактеріоз, сальмонельоз), запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт), аномалії товстої кишки (хвороба Гіршпрунга з ультракоротким сегментом, доліхосигма, порушення фіксації товстої кишки), дисахаридозна недостатність (лактазна, сахарозо-ізомальтазна), синдром подразненого кишечника.

Обстеження повинно включати:

- клінічний та біохімічний аналіз крові;
- копрограму та паразитологічне обстеження;
- посів кала на гостру кишкову інфекцію;
- ФГДС з біопсією з тонкої кишки та морфологічним дослідженням біоптатів;
- фіброколоноскопію;
- іригографію;
- дослідження крові на антигліадинові антитіла, антитіла до ендомізію, тканинної трансглютамінази тонкої кишки;
- імунологічне дослідження, у тому числі антитіла до харчових антигенів;
- цукрову криву з лактозою (або іншими дисахаридами) або водневий тест.

Лікування хронічних (рецидивуючих) болів у животі спрямоване на усунення їх причини: зняття спазму, нормалізацію моторики шлунково-кишкового тракту. З цією метою у дітей старшого віку першочергово застосовують спазмолітики. За механізмом дії вони діляться на **антихолінергічні препарати** та **безпосередні релаксанти гладких м'язів**.

Для корекції моторних розладів шлунково-кишкового тракту в курсовій терапії широко застосовуються препарати, які знижують вміст цитозольного Ca^{2+} в міоцитах. На сьогодні серед різних груп спазмолітиків при лікуванні функціональних розладів травного тракту віддають перевагу селективним міотропним спазмолітикам. З них мебеверин є оптимальним за ефективністю та безпекою. Мебеверин блокує швидкі натрієві канали, розташовані на клітинній мембрані міоциту, що перешкоджає надходженню іонів натрію в клітину. Цей механізм призводить до ослаблення скорочувальної функції гладком'язових волокон і сприяє усуненню спазму, але не викликає гіпотонії. На відміну від антихолінергічних препаратів, мебеверин надає селективну дію щодо гладеньких м'язів травного тракту.

Мебеверин має подвійний ефект. По-перше, блокує швидкі натрієві канали мембрани міоциту, що порушує процеси надходження натрію в клітину і відповідно уповільнює процеси деполяризації та припиняє вхід кальцію в клітину через повільні канали. У результаті знижуються процеси фосфорилування міозину та відбувається ліквідація спазму м'язового волокна. По-друге, мебеверин знижує поповнення внутрішньоклітинних кальцієвих депо, що призводить лише до короткотривалого виходу іонів калію з клітини та її гіперполяризацію. Цей механізм запобігає розвитку гіпотонії м'язової стінки. На відміну від антихолінергічних препаратів мебеверин надає селективну дію на гладкі м'язи травного тракту.

Препарати даної групи призначаються як для гострого усунення спазму, так і для курсового лікування.

Основні напрями усунення хронічного больового абдомінального синдрому включають: а) етіологічне та патогенетичне лікування основного захворювання; б) нормалізацію моторних розладів; в) зниження вісцеральної чутливості; г) корекцію механізмів сприйняття болю.

Основні принципи лікування синдрому абдомінального болю у дітей наступні:

1. Лікування повинно включати усунення причин (лікування захворювань), що призводять до розвитку хронічного (рецидивуючого) синдрому абдомінального болю у дітей.

2. Якщо синдром абдомінального болю викликаний гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, то необхідно проводити відповідне хірургічне втручання.

3. Якщо синдром абдомінального болю викликаний перебігом хронічного рецидивуючого захворювання органів шлунково-кишкового тракту, то важливо дотримуватись відповідних дієтичних рекомендацій (частий прийом невеликих порцій їжі, зниження споживання жирів, виключення жирної, смаженої їжі і газованих напоїв); забезпечувати психоемоційний режим, ліквідацію стресових ситуацій; упорядкування фізичних навантажень.

4. Медикаментозна терапія *при хронічному (рецидивуючому) характері больового абдомінального синдрому повинна відповідати характеру болю та локалізації.*

При болю з локалізацією у верхніх відділах живота вибір терапії залежить від варіанта функціональної диспепсії.

При ***виразкоподібному варіанті*** призначають антисекреторні препарати – інгібітори протонної помпи (омепразол, рабепразол, пантопразол). При наявності *Helicobacter pylori* згідно з рекомендаціями Маастрихського консенсусу показана потрійна схема ерадикаційної терапії (інгібітори протонної помпи – омепразол та 2 антибіотики – амоксицилін + кларитроміцин або метранідозол).

При ***дискінетичному варіанті*** основою лікування є прокінетики (домперидон, метоклопрамід можливо, але у дітей молодшого віку у зв'язку з великим ризиком побічних реакцій небажано призначати).

При болю з локалізацією в середніх та нижніх відділах живота лікування повинно бути направлено на нормалізацію моторики кишечника та зняття спазму і ліквідацію метеоризму. Це досягається з використанням: блокаторів натрієвих каналів (мебеверин), спазмолітиків гладкої мускулатури (папаверин, пінаверія бромід, отилонію бромід), холінолітиків (ріабал), симетикону (еспумізан), адсорбентів (ентеросгель, поліфепан). Додатковий позитивний ефект, зумовлений нормалізацією кишкового біоценозу, мають препарати, які включають пробіотики (ентерожерміна, ентерол, лінекс, біфіформ, пробіоз пробіолог та ін.).

Загальний алгоритм купірування абдомінального болю може включати наступні групи препаратів:

1. Препарати, що зменшують інтенсивність руйнування ентероцитів (антациди, препарати вісмуту).
2. Блокатори мускаринових рецепторів (препарати беладони).
3. Інгібітори фосфодіестерази, активатори аденілатциклази (дротаверин).
4. Інгібітори кальцієвих каналів (дицител).
5. Інгібітори натрієвих каналів (мебеверин, дюспаталін).
6. Селективні блокатори серотонінових рецепторів (антагоністи 5HT₃ та 5HT₄ рецепторів).
7. Препарати 5-аміносаліцилової кислоти (месалазин).
8. Нестероїдні протизапальні препарати.
9. Антидепресанти.
10. Опіати.

Для пригнічення синдрому абдомінального болю у дітей можливо використання таких альтернативних методів терапії, як психотерапія, гіпнотерапія, фізіотерапія, голкорексотерапія.

Наприкінці треба відзначити, що лікування хронічного абдомінального болю у дітей потребує персоніфікованого підходу. У частини дітей абдомінальний біль проходить самостійно та не потребує медикаментозної корекції, однак у інших пацієнтів реалізується у хронічні захворювання гастродуоденальної ділянки, що зумовлює необхідність проведення ретельної диференційної діагностики.

У випадку виявлення соматичних причин болю лікування спрямоване на ліквідацію причин основного захворювання. Якщо встановлено діагноз функціонального хронічного болю в животі варто застосовувати паліативні заходи, які включають дієтичні рекомендації, психотерапевтичні методи лікування та лише зрідка – медикаментозну корекцію (знеболюючі, нестероїдні протизапальні засоби та іноді трициклічні антидепресанти). Крім того, необхідно проводити подальші регулярні контрольні огляди щомісяця або один раз у два-три місяці залежно від потреб та стану пацієнта і повинні продовжуватися, поки не буде вирішена проблема.

Серед лікувальних методів, що надають дію на центральному рівні, дуже важливим є контакт лікаря з хворим, психотерапевтичний вплив з поясненням причин захворювання та можливих шляхів його усунення з урахуванням психосоціального фактору. При обліку всіх параметрів функціональних розладів і підборі комплексного лікування значно поліпшується стан хворого, зменшується або повністю купірується біль.

У підсумку можна зробити наступні висновки:

1. Тактика купірування абдомінального болю при органічних гастроентерологічних захворюваннях диктується причиною, топографією, інтенсивністю і домінуючими механізмами больового синдрому.

2. При правильній оцінці цих критеріїв можливий адекватний «патогенетичний», а не симптоматичний підхід до знеболювання, що усуває або зменшує причинні впливи, що дозволяє уникнути поліпрагмазії і підвищити ефективність лікування.

3. Всупереч поширеній практиці, призначення анальгетиків при абдомінальному болю не обов'язково. «Патогенетична» тактика корекції болю дозволяє зменшити тривалість прийому анальгетиків, в тому числі наркотичних, або повністю відмовитися від їх застосування.

4. Серед хворих з абдомінальним болем неясного генезу значну частку становлять хворі з функціональними гастроінтестинальними розладами.

5. Визначити та усунути справжню причину функціональних порушень у більшості випадків неможливо, але топографія і механізм болю при них можуть бути встановлені при ретельному зборі анамнезу та детальному обстеженні.

6. Корекція функціональних порушень і купірування вісцерального болю повинні бути комплексними, спрямованими на ліквідацію основного механізму болю (порушення моторики та чутливості) у поєднанні з медикаментозними і немедикаментозними психотерапевтичними впливами.

7. Хворі з абдомінальним болем функціонального характеру не потребують призначення анальгетиків незалежно від інтенсивності больового синдрому.

Таким чином, генез абдомінальних болів є поліетіологічним і поліпатогенетичним. Лікування абдомінального больового синдрому повинно бути спрямоване на нормалізацію структурних та функціональних порушень ураженого органу, а також на нормалізацію функцій нервової системи, що відповідають за сприйняття болю.

Тестові завдання

1. Хворий П. 17 років, госпіталізований у гастроентерологічне відділення зі скаргами на неодноразове блювання кольору «кавової гущі», загальну слабкість, запаморочення. В анамнезі – виразкова хвороба. Протягом останнього тижня турбував біль в епігастрії після їжі, не лікувався. Відзначає зникнення болю після блювоти. Який найбільш імовірний діагноз?
 - A. Шлунково-кишкова кровотеча.
 - B. Легенева кровотеча.
 - C. Хронічний панкреатит.
 - D. Тромбоз мезентеріальних судин.
 - E. Жовчнокам'яна хвороба.
2. Діагностичний метод, за допомогою якого можна виявити джерело кровотечі у 12-палій кишці:
 - A. Подвійне контрастування цибулини 12-палої кишки.
 - B. Контрастна рентгенографія
 - C. рН-метрія.
 - D. Ургентна фіброезофагогастродуоденоскопія.
 - E. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.
3. Больовий синдром при хронічному гастриті характеризується:
 - A. Періодичним нападаподібним болем у животі.
 - B. Ниючим монотонним, часто постійним болем або болем, що з'являється після їжі.
 - C. «Голодним», нічним чи «пізнім» болем.
 - D. «Раннім» болем, що досягає значної інтенсивності.
 - E. Безбольовий варіант.
4. У 12-річного хлопчика спостерігається ниючий біль в епігастрії через 1,5 год після їжі та натще, періодично нудота, блювання, печія. За останній час дитина швидко втомлюється, скаржиться на головний біль, слабкість. На підставі клініко-параклінічного обстеження діагностовано хронічний антральний гастрит. Які клінічні синдроми є провідними?
 - A. Астено-вегетативний, диспептичний, інтоксикаційний.
 - B. Астенічний, больовий, цефалгічний.
 - C. Больовий, інтоксикаційний, астенічний.
 - D. Больовий, диспептичний, астено-вегетативний.
 - E. Диспептичний, осалгічний, інтоксикаційний.
5. Хлопчик 15 років протягом останніх 5 років хворіє на виразкову хворобу 12-палої кишки. Останнє загострення хвороби було навесні. Раптово з'явився «кинджальний» біль в епігастрії, який дещо тамувався в колінно-ліктьовому положенні. Стан дитини тяжкий, різка блідість, тахікардія, симптоми подразнення очеревини. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гострий панкреатит.*
- В. Гострий апендицит.*
- С. Калькульозний холецистит.*
- Д. Гостра кишкова непрохідність.*
- Е. Перфорація 12-палої кишки.*

6. У 12-річного хлопчика протягом року періодично виникають напади болю в навколупупкової ділянці та епігастрії, нудота, зниження апетиту, метеоризм, рідкі випорожнення. Пальпаторно: болючість в епігастрії, панкреатичній точці Дежардена, холедохопанкреатичній зоні Шоффара, позитивний симптом Мейо-Робсона. Рівень амілази крові та сечі підвищений, хлориди поту – 17 ммоль/л. УЗД підшлункової залози: підвищення ехогенності, розширення панкреатичної протоки. Яким буде діагноз?

- А. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.*
- В. Функціональна діарея.*
- С. Хронічний холецистит.*
- Д. Хронічний панкреатит.*
- Е. Муковісцидоз.*

7. 14-річний хлопець скаржиться на болі у правій здухвинній ділянці, часті проноси з домішками крові, болі у суглобах, часте підвищення температури. Хворіє протягом декількох місяців. Живіт при пальпації м'який, чутливий у правій здухвинній ділянці. При глибокій пальпації болючість визначається там же. Рентгеноскопічно: на рельєфі слизової оболонки визначаються контрастні плями, ілеоцекальний перехід звужений. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- А. Неспецифічний виразковий коліт.*
- В. Мезентеріальний лімфаденіт.*
- С. Хвороба Крона.*
- Д. Туберкульозний ілеотифліт.*
- Е. Термінальний ілеїт.*

8. У 6-місячної дитини 8 год тому раптово виник інтенсивний переймоподібний біль в животі. Періоди неспокою дитини тривають 5 хв, з проміжком у 15 хв. Випорожнень не було. Годину тому виникла прямокишкова кровотеча. Під час пальпації: живіт м'який, болючий у правій половині, де нечітко визначається видовжене утворення – 10 × 4 см. При ректальному дослідженні – сліди крові. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Ілеоцекальна інвагінація.*
- В. Кишкова кровотеча.*
- С. Гострий апендицит.*
- Д. Заворот кишечника.*
- Е. Гострий ентероколіт.*

9. Хворий 17 років скаржиться на інтенсивний «голодний» та нічний біль в епігастрії. Об'єктивно: температура – 36,5 °С, ЧД – 18 за 1 хв, пульс – 74 уд./хв, АТ – 120/75 мм рт. ст. ФГДС: виразка цибулини 12-палої кишки. Вживання яких поживних речовин слід збільшити в денному раціоні хворого?

- A. Вітаміни. D. Білки.
 B. Вуглеводи. E. Жири.
 C. Мінеральні речовини.

10. Дівчинка (13 років) протягом 5 років скаржиться на біль у правому підребер'ї, що віддає у праву лопатку, напади болю пов'язані з порушенням дієти. Вони нетривалі, легко знімаються спазмолітичними засобами. Під час нападу болю пальпація живота болісна, максимально в точці проєкції жовчного міхура. З найбільшою імовірністю у хворої таке захворювання:

- A. Хронічний холецистит.
 B. Хронічний гастродуоденіт.
 C. Хронічний панкреатит.
 D. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
 E. Дискінезія жовчовивідних шляхів.

Відповіді до тестових завдань:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	D	B	D	E	D	C	A	D	E

Ситуаційні завдання

Задача 1. Хлопчик 9 років. Скарги на болі в епігастральній ділянці. Вночі від болю дитина іноді прокидається, при цьому у хлопчика спостерігаються гіперсалівація, періодично – нудота, здуття живота, що супроводжується відчуттям дискомфорту в епігастральній ділянці. Хворіє впродовж 2 міс, захворів навесні. Лікування не одержував. Об'єктивно: температура тіла – 36,2 °С, частота дихання – 42 на 1 хв, пульс – 132 уд./хв, АТ – 80/50 мм рт. ст. Шкірні покриви чисті, бліді. Язик обкладений біля кореня білувато-жовтим нашаруванням, сухий. Живіт правильної форми, м'який. При пальпації пілородуоденальної зони спостерігається больова реакція. Печінка і селезінка не збільшені. Випорожнення нестійкі, останнім часом темного кольору. Під час огляду – дефекація, випорожнення у вигляді мелени. Загальний аналіз крові: Нв – 90 г/л; еритроц. – $2,83 \times 10^{12}/л$, КР – 0,95, ретикул. – 3 %, нейтрофіли: п/я – 7 %, с/я – 49 %; еоз. – 3 %; лімф. – 38 %; моноц. – 3 %; ШОЕ – 12 мм/год. В копрограмі – лейкоцити 5–6 в полі зору, позитивна реакція Грегерсена.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Які методи дообстеження для підтвердження основного захворювання необхідні?
3. Яке ускладнення основного захворювання розвинулось та які ознаки свідчать на його користь?

Задача 2. Дівчинка 8 років з дитячого будинку надійшла до лікарні зі скаргами на болі в животі через 2 год після їжі та після сну. Хворіє протягом року. Об'єктивно: знижена маса, язик обкладений білим нальотом, сухий. При пальпації живота біль в епігастрії та пілородуоденальній зоні.

1. Попередній діагноз.
2. Яке першочергове дослідження необхідно провести?
3. Назвіть вірогідний етіологічний фактор даного захворювання.

Задача 3. У дівчинки 13 років останні 2 дні сонливість, запаморочення, двічі була короткочасна втрата свідомості. Весь тиждень випорожнення були дуже темними. Протягом 2,5 років турбують болі в животі, що локалізуються в епігастрії і з'являються вранці натщесерце, при тривалій перерві у прийманні їжі іноді вночі. Болі зникають після прийому їжі. Епізоди больового синдрому по 2–3 тиж з частотою 3–4 рази на рік, зникали поступово самостійно. До лікаря не зверталися. Об'єктивно: дитина млява, апатична, виражена блідість шкірних покривів і слизових оболонок, ЧСС – 116 на хвилину, АТ – 85/50 мм рт. ст. Живіт не збільшений, м'який, помірна болючість при глибокій пальпації в епігастрії і пілородуоденальній ділянці. Печінка – по краю реберної дуги. Симптоми жовчного міхура негативні, невелика болючість в точках Дежардена і Мейо-Робсона. Загальний аналіз крові: Ер – $2,8 \times 10^{12}/л$; Нв – 72 г/л; КП – 0,77; анізоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит – 29 %; лейкоцити – $8,7 \times 10^9/л$; п/я – 6 %, с/я – 50 %, е – 2 %, л – 34 %, м – 8%; ШОЕ – 12 мм/год; тромбоцити – $390 \times 10^9/л$; реакція Грегерсена позитивна (+++). ФЕГДС: слизова оболонка стравоходу рожева. Кардія змикається. У шлунку слизова оболонка строката з плоскими вибуханнями в тілі і антральному відділі, осередкова гіперемія і набряк в антрумі. Цибулина дванадцятипалої кишки середніх розмірів, виражений набряк і гіперемія. На передній стінці – лінійний рубець 0,5 см. На задній стінці – округла виразка $1,5 \times 1,7$ см з глибоким дном і вираженим запальним валом. З дна виразки видно струмінець крові, що надходить у просвіт кишки. Тест біопсії на НР: (+++).

1. Поставте діагноз.
2. Чи вимагав хворий проведення екстрених діагностичних заходів?
3. Яку схему терапевтичного лікування дитини Ви пропонуєте?

Задача 4. Дівчинка 11 років скаржиться на періодичні болі в животі ниючого, тягнучого характеру, на затримку випорожнень до 1–2 разів на тиждень. Дратівливість, порушення сну і головні болі. Хворіє протягом 2 років, коли з'явилися зазначені вище скарги. Останні 2 міс випорожнення часто були відсутні протягом 72 год, очисні клізми – неефективні. Об'єктивно: маса – 30,6 кг, зріст – 141 см. Загальний стан середнього ступеня тяжкості. На огляд реагує агресивно, емоційно лабільна. Шкірні покриви бліді, сухі, чисті, періорбітальні тіні. Язик вологий, слизові оболонки порожнини рота блідо-рожевого кольору. Живіт роздутий, при пальпації болючий по ходу кишечника. Печінка не збільшена. Випорожнення один раз в три дні, після тривалої натуги. Калові маси за типом «овечого калу». При колоноскопії: посилення судинного малюнка слизової оболонки, обкладення слизом, високі ригідні складки, фізіологічні сфінктери мають підвищений тонус. Надайте відповіді на наступні питання.

1. Вкажіть попередній діагноз у хворой.
2. Вкажіть план обстеження дитини.
3. Ваша тактика у цій ситуації.

Задача 5. Хлопчик 4 роки скаржиться на млявість, болі в лівій здухвинній ділянці, збільшення кількості випорожнень до 6 разів на добу з прожилками крові, зниження апетиту, недостатній приріст маси тіла. Зі слів матері відомо, що з місячного віку з'явилися рідкі випорожнення до 3–4 разів на добу з домішкою слизу. Неодноразово обстежувався в стаціонарах з приводу дисбіозу кишечника. Стійкий діарейний синдром зберігався тривалий час. У віці 2 років у випорожнення з'явилися прожилки крові. На першому році життя – гіпотрофія. Об'єктивно: Вага – 15 кг, зріст – 98 см. Стан важкий, самопочуття порушено. Дитина зниженого харчування. Температура – 37,2 °С, ЧД – 24 на хвилину, ЧСС – 86 уд./хв. Шкірні покриви бліді, сухі, тургор знижений. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. Язик вологий, у кореня обкладений білим нальотом. Живіт м'який, болючий у лівій клубовій ділянці. Паренхіматозні органи не збільшені. Випорожнення коричневі, розм'якшені, до 7 разів на добу, з непостійною домішкою крові і слизу. При ректороманоскопії слизова оболонка гіперемована, матового відтінку, контактні кровотечі.

1. Вкажіть попередній діагноз у дитини.
2. Перерахуйте критерії діагностики основного захворювання.
3. Ваша тактика лікування.

Відповіді до ситуаційних завдань

Задача 1.

1. Виразкова хвороба шлунка, первинна, шлунково-кишкова кровотеча.
2. Ендоскопічне дослідження, рентгенконтрасне дослідження шлунка.
3. Шлунково-кишкова кровотеча, тахікардія, гіпотермія, зниження АТ, випорожнення у вигляді мелени.

Задача 2.

1. Хронічний гастродуоденіт, період загострення.
2. ФЕГДС.
3. *Helicobacter pylori*.

Задача 3.

1. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, активність I ступеня. Ускладнення: дуоденальна виразкова кровотеча, постгеморагічна анемія середньої тяжкості.
2. Заходи, направлені на зупинку кровотечі. Термінова госпіталізація в хірургічне відділення.
3. Лікування в умовах стаціонару. Дієта № 1. Фармакотерапія: метронідазол + де-нол + амоксиклав + омепразол.

Задача 4.

1. Синдром подразненого кишечника, який протікає із закрепом.
2. Клінічний аналіз крові, сечі, копрологічне дослідження, іригографія.
3. Нормалізація режиму дня та сну. Рекомендується регулярний (5–6 разів на день) прийом їжі, невеликими порціями. Виключаються: тваринні жири, цитрусові, шоколад, горох, квасоля, сочевиця, капуста, молоко, чорний хліб, газовані напої, квас, виноград, ізюм; седативна терапія, прокінетики, проносні, що мають гідрофільний ефект, міотропні спазмолітики, регулятори моторики (тримебутин).

Задача 5.

1. Неспецифічний виразковий коліт, тяжкий.
2. Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма та реакція на сховану кров, протеїнограма, ендоскопічне обстеження з гістологічним дослідженням біоптатів товстої кишки, іригографія.
3. Тимчасово обмежують вживання продуктів, що підсилюють кишкову секрецію та перистальтику. Призначають глюкокортикостероїди, при відсутності ефекту – в сполученні з імуносупресорами, інфузійна терапія, переливання еритроцитарної маси при анемії тяжкого ступеню, ентеросорбенти, гемостатичні та протианемічні препарати, пробіотики.

Література

1. Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославська С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці : навч. посіб. 2-е вид., переробл. та допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2020. 440 с.
2. Педіатрія : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації / за ред. О.В. Тяжкої. 4-те вид., доопрацьов. і допов. Вінниця : Нова Книга, 2016. 1132 с.
3. Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Основи педіатрії за Нельсоном : пер. 8-го англ. вид. : у 2 т. Київ : Медицина, 2019. Т. 1. 378 с.
4. Невідкладні стани в педіатрії : метод. вказ. для студентів / М.О. Гончарь, І.В. Завгородній, Н.Д. Битчук та ін. Харків : ХНМУ, 2017. 75 с.
5. Бордїй Т. Синдром гострого болю в животі у практиці педіатра. *3 турботою про дитину*. 2018;2(64):9-13.
6. Дудник ВМ, Мантак ГІ, Андрікевич ПІ, Звенігородська ГЮ, Однорогова ГГ. Диференціальна діагностика синдрому абдомінального болю у дітей. *Сучасна педіатрія*. 2019;1(97):75-81.
7. Синдром абдомінального болю у дітей : навч. посібник / В.Ф. Рибальченко, Т.В. Марушко, А.А. Переяслова та ін. Київ, 2023. 334 с.
8. Сенаторова ГС, Осіпенко ОВ, Єрмолаєв ММ. Диференційна діагностика болей у животі в практиці педіатра. *Дитячий лікар*. 2009; 1(1): 29-40.
9. Шутова ОВ. Абдомінальний больовий синдром у дітей та підлітків: можливості терапії. *Здоров'я дитини*. 2018;13(5):495-501.
10. Edwards T, Friesen C, Schurman JV. Classification of pediatric functional gastrointestinal disorders related to abdominal pain using Rome III vs Rome IV criteria. *BMC Gastroenterol*. 2018;18(1):41-47.
11. Friesen C, Singh M, Singh V, Schurman JV. An observational study of headaches in children and adolescents with functional abdominal pain: Relationship to mucosal inflammation and gastrointestinal and somatic symptoms. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(30):11395.
12. Harris BR, Chinta SS, Colvin R, Schnadower D, Tarr PI, Sayuk GS. Undifferentiated abdominal pain in children presenting to the pediatric emergency department. *Clin Pediatr (Phila)*. 2019;58(11-12):1212.
13. Hijaz NM, Friesen CA. Managing acute abdominal pain in pediatric patients: current perspectives. *Ped Health, Med Therap*. 2017;8:83-91.

14. Lee WH, O'Brien S, Skarin D, Cheek JA, Deitch J, Nataraja R, Craig S, Borland ML. Pediatric abdominal pain in children presenting to the emergency department. PREDICT. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(12):593.

15. Martin AE, Newlove-Delgado TV, Abbott RA, Bethel A, Thompson-Coon J, Whear R, Logan S. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD010973.

16. Rexwinkel R, de Bruijn CMA, Gordon M, Benninga MA, Tabbers MM. Pharmacologic treatment in functional abdominal pain disorders in children: a systematic review. *Pediatr*. 2021;147(6):e2020042101.

17. Reust CE, Williams A. Acute Abdominal Pain in Children. *Am Fam Physician*. 2016;93(10):830-836.

18. Reust CE, Williams A. Recurrent abdominal pain in children. *Am Fam Physician*. 2018;97(12):785-793.

19. Rutten JM, Korterink JJ, Venmans LMAJ, Benninga MA, Tabbers MM. Guideline on functional abdominal pain in children. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2017;161:781-789.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Причини гострого болю в животі у дітей залежно від віку

Новонароджені	1 міс – 2 роки	2–5 років	>5 років
<ul style="list-style-type: none"> • Адгезії* • Некротизуючий ентероколіт* • Заворот кишок* • Коліки** • Харчова алергія на білок • Перекрут яєчок. • Апендицит (зрідка)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Адгезії* • Проковтування сторонніх тіл* • Гемолітико-уремічний синдром* • Хвороба Гіршпрунга* • Защемлена кила* Інвагінація* • Травма (включаючи нанесену травму)* • Гастроентерит** • Вірусне захворювання** • Харчова алергія на білок • Гепатит • Запальні захворювання кишківника • Дивертикул Меккеля • Вазооклюзійна криза при серподібно-клітинній анемії • Токсичні речовини • Пухлина • Інфекції сечовивідних шляхів • Апендицит (зрідка)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Адгезії* • Апендицит* • Проковтування сторонніх тіл* • Гемолітико-уремічний синдром* • Інвагінація* • Первинний бактеріальний перитоніт* • Травма (включаючи нанесену травму)* • Гастроентерит** • Вірусне захворювання** • Фарингіт** • Закреп** • Пурпура Шенлейна-Геноха • Гепатит • Запальні захворювання кишечника • Внутрішньочеревний абсцес • Дивертикул Меккеля • Інфекції сечовивідних шляхів • Перекрут яєчників • Панкреатит • Пневмонія • Вазооклюзійна криза при серподібно-клітинній анемії • Токсичні речовини • Пухлина 	<ul style="list-style-type: none"> • Адгезії* • Апендицит* • Діабетичний кетоацидоз* • Гемолітико-уремічний синдром* • Міокардит, перикардит* • Перфоративна виразка* • Первинний бактеріальний перитоніт* • Травма* • Закреп** • Гастроентерит** • Фарингіт** • Вірусне захворювання** • Абдомінальна мігрень • Холецистит або жовчнокам'яна хвороба • Сімейна середземноморська лихоманка • Порушення моторики ШКТ • Пурпура Шенлейна-Геноха • Гепатит • Запальні захворювання кишечника • Внутрішньочеревний абсцес • Дивертикул Меккеля • Перекрут яєчників • Панкреатит • Пневмонія • Розрив кісти яєчника • Вазооклюзійна криза при серподібно-клітинній анемії • Перекрут яєчок • Інфекції сечовивідних шляхів • Сечокам'яна хвороба • Токсичні речовини

Примітка:

*Небезпечний для життя стан.

**Розповсюджене захворювання

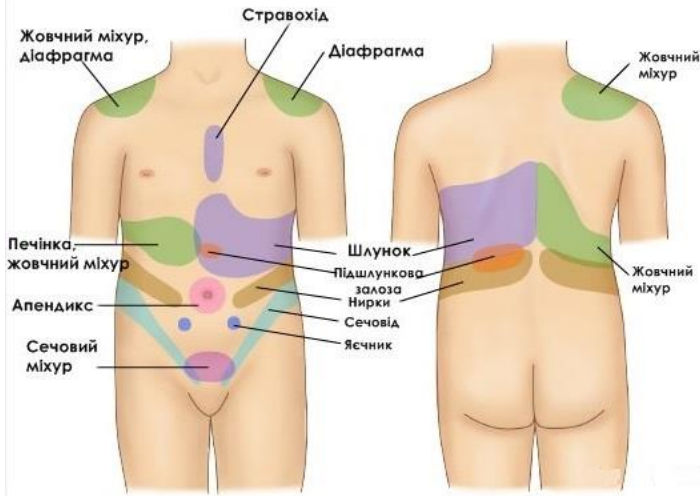
Загальні захворювання, при яких може розвинутися гострий біль у животі (за І. П. Катеринчуком зі співавт., 2003)

Метаболічні та ендокринні порушення	Гематологічна патологія	Отруєння	Системні захворювання сполучної тканини
<ul style="list-style-type: none"> • Діабетичний кетоацидоз • Криза аддісонової хвороби • Тиреотоксикоз, тиреотоксична криза • Гіпопаратиреоз • Гіперкальціємія • Перегрівання • Уремія 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемолітична криза • Поліцитемія (еритремія) • Лейкози • Порфірія • Лімфогранулематоз • Тромбоцитопенічна пурпура • Порушення згортання крові (придбані та вроджені) 	<ul style="list-style-type: none"> • Чотирихлористий вуглець • Гриби • Бактеріальні токсини (стафілокок, паличка правця) • Медикаментозна хвороба • Реакції на укуси комах • Інтоксикації: <ul style="list-style-type: none"> — свинцем; — нікотинова; — морфінова 	<ul style="list-style-type: none"> • Ревматизм • Системний червоний вовчак • Дерматомиозит • Вузликовий періартеріт • Геморагічний васкуліт Шенлейна-Геноха

Характеристика вісцерального і соматичного болю

Ознаки	Тип болю	
	Вісцеральний	Соматичний
Характер	Що давить, спастичний, тупий	Гострий, інтенсивний
Локалізація	Розлитий, невизначений, по середній лінії	Точкова в місці подразнення
Загальна тривалість	Від хвилини до місяців	Постійний
Ритмічність (зв'язок з прийомом їжі, часом доби, актом дефекації та ін.)	Характерна (ритм може бути правильним і неправильним)	Відсутня
Іррадіація	Виникає при інтенсивному характері і відповідає ураженому органу	Присутня у більшості випадків
Болючість при пальпації	У місці локалізації болю	У місці локалізації хворого органа
Лікарська терапія	Ефективні препарати, які нормалізують моторну функцію ураженого органа	Неефективна і протипоказана
Клінічні приклади	Неускладнена виразкова хвороба, жовчна коліка, дисфункція сфінктера Одді, виразки шлунка або кишечника, спастична дискінезія товстої кишки, перитоніт, пухлини з подразненням парієтальної очеревини	Перфоративні і пенетруючі виразки

Закономірності абдомінальних причин та відбитого болю у дитини



Локалізація абдомінального болю

Ділянка переважної локалізації абдомінального болю	Внутрішні органи, що уражені
Правий верхній відділ живота (праве підребер'я)	Печінка, жовчний міхур та жовчні шляхи, 12-пала кишка, голівка підшлункової залози, печінковий кут ободової кишки, апендикс (високе розташування червоподібного відростка), права нирка та сечовід, права легеня та плевра
Лівий верхній відділ живота (ліве підребер'я)	Шлунок, підшлункова залоза (хвіст), селезінка, селезінковий кут ободової кишки, ліва нирка та сечовід, ліва легеня та плевра
Під мечоподібним відростком (надчеревна ділянка)	Підшлункова залоза, печінка, жовчні шляхи, шлунок, сальник, нижній відділ стравоходу, кила стравохідного отвору діафрагми, неврит черевного сплетіння, органи грудної порожнини (трансференція болю)
Права нижня половина живота (клубова ділянка)	Апендикс, термінальний відділ клубової кишки, сліпої та висхідної ободової кишки, права нирка та сечовід, праві придатки матки
Ліва нижня половина живота (клубова ділянка)	Низхідна та сигмоподібна ободова кишка, ліва нирка та сечовід, праві придатки матки
Навколупупкова ділянка	Тонка, поперечна ободова кишка, червоподібний відросток (при медіальному розташуванні), підшлункова залоза, судини черевної порожнини
Пахова та лобкова ділянки	Сечовий міхур, жіночі статеві органи, пряма кишка

Навчальне видання

**ПРИНЦИПИ НАДАННЯ
НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ
ПРИ ЗАГРОЗЛИВИХ СТАНАХ,
ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ АБДОМІНАЛЬНИМ БОЛЕМ**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти 5–6-х курсів
за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія»,
лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів,
лікарів загальної практики – сімейної медицини*

Упорядники: Гончарь Маргарита Олександрівна
Галдіна Ірина Михайлівна
Іщенко Тетяна Борисівна
Муратов Георгій Рафікович

Відповідальна за випуск І. М. Галдіна



Редактор Е. Є. Дєпрінда
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк.1,8. Зам. № 25-79.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виробників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.