

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра госпитальная детская хирургия

**Лекция на тему:
Диагностика и тактика лечения
при острых процессах органов
брюшной полости у детей**

Лектор: доктор медицинских наук, профессор ХАМРАЕВ А.Ж.



Ташкент-2006

Цель лекции: Обучать студентам догоспитальному этапу диагностики, дифференциальной диагностики и определить тактики лечения при острых заболеваниях органов брюшной полости и их реабилитации и диспансеризации в постгоспитальном этапе

Задачи:

1. Ознакомить клинические признаки, диагностики и тактики лечения острых процессах органов брюшной полости у детей в первичной звене в догоспитальном этапе.
2. Уметь правильно поставить диагноз больным с острыми процессами органов брюшной полости в догоспитальном этапе и оказать первую врачебную помощь.
3. Проводить наблюдение за детьми в послеоперационном периоде в условиях СВП, СП.
4. Проводить реабилитации и диспансеризации больных после острых процессах органов брюшной полости у детей в первичной звене.

План лекции:

1. Введение
2. Диагностика, дифференциальной диагностики и тактики лечения при острых процессах органов брюшной полости у детей.
3. Проведения диспансеризации и реабилитации и профилактики осложнения у детей с острым процессам органов брюшной полости

Введение.

При догоспитальном этапе «остром животе», при «брюшной катастрофе» или «острых процессах брюшной полости» клиническая картина у детей не всегда бывает достаточно ясна, и всегда возникает трудности в диагностики заболеваний врача общей практике (ВОП) работающих в первичное звене здравоохранения (СВП, СП, РП, ЦРП.).

Термином "острый живот" обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь. Первое врачебное обследование больного часто производится на дому СВП или в поликлинике. Задачей первичной диагностики является распознавание опасной ситуации и необходимости срочного хирургического лечения.

При остром животе прогноз ухудшается с течением времени, поэтому врач обязан быстро госпитализировать больного в профильное учреждение, где в ближайшее время больному должны быть проведены необходимые диагностические и лечебные мероприятия. Даже при подозрении на острый живот больного следует немедленно госпитализировать.

Причины острого живота у детей следующие:

1. Повреждения органов брюшной полости.
2. Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, в том числе и перитонит.
3. Перфорация полого органа.
4. Механическая кишечная непроходимость.
5. Динамической кишечной непроходимостью.
6. Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в полость брюшины.
7. Острые воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки у девочек.

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, требующие неотложной помощи и коррекции, встречаются в детской практике наиболее часто. Однако разнообразие их клинических проявлений в различных возрастных группах дает повод к многочисленным диагностическим и лечебно – тактическим ошибкам, как врачей ВОП, так и детских хирургов. Все это обуславливает значительный практический интерес в мире врачей амбулаторно-

поликлинической службы к вопросам urgentной хирургии у детей. Сложность диагностики многих хирургических процессов органов брюшной полости у детей, связана с психической незрелостью ребенка и функциональными особенностями их систем и органов.

У детей клиническая картина острого живота протекают на фоне следующих острых хирургических заболеваний:

Перечень острых хирургических заболеваний брюшной полости

- острый аппендицит,
- острый дивертикулит,
- острый холецистит,
- острый панкреатит,
- гематогенный перитонит,
- перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки,
- перфорация инфекционной язва тонкой или толстой кишки,
- травматический разрыв полого органа,
- флегмона кишки,
- некроз кишки при непроходимости,
- гнойный мезаденит,
- инфаркт большого сальника,
- осложненные опухоли и кисты брыжейки (разрыв, заворот, нагноение)
- осложненные дупликатуры желудка и кишечника (разрыв, нагноение)
- осложненная киста холедоха (разрыв,нагноение)
- гнойный холангит,
- абсцесс печени,
- нагноившаяся киста селезенки.

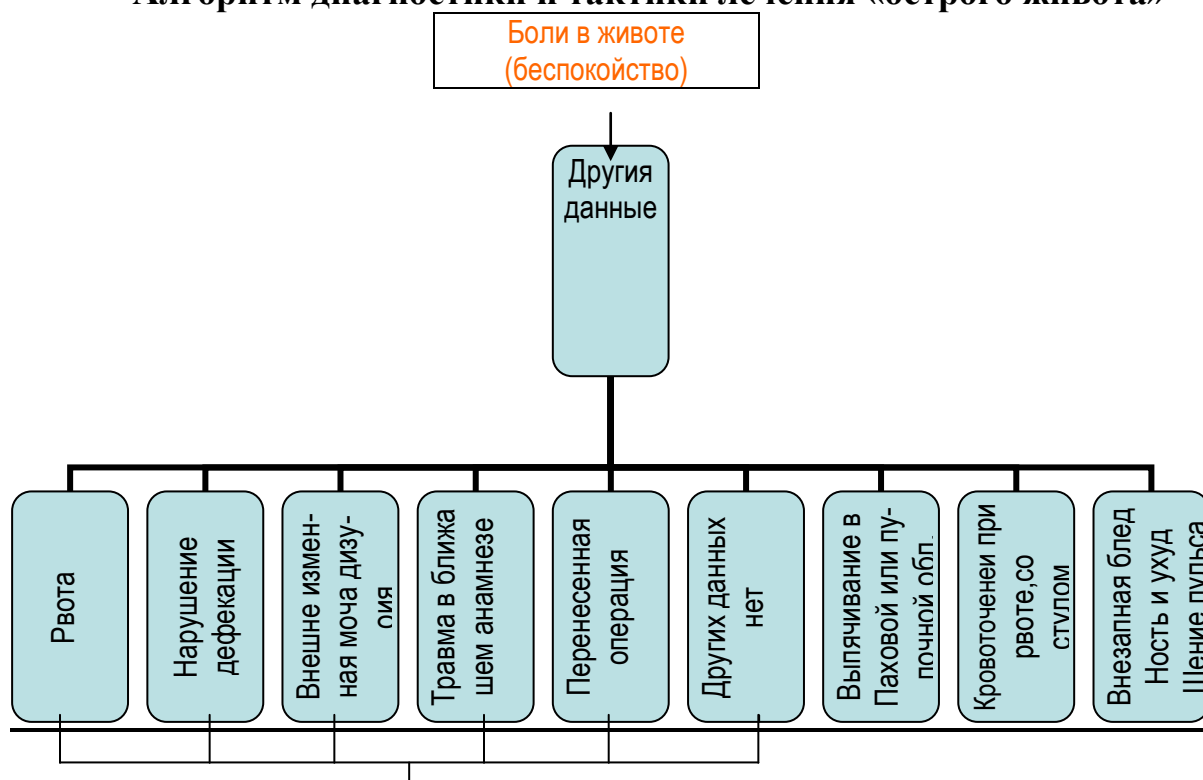
Кроме того, в детском возрасте имеются ряд заболеваний, которые могут *симулировать картину острого живота*. К ним относятся:

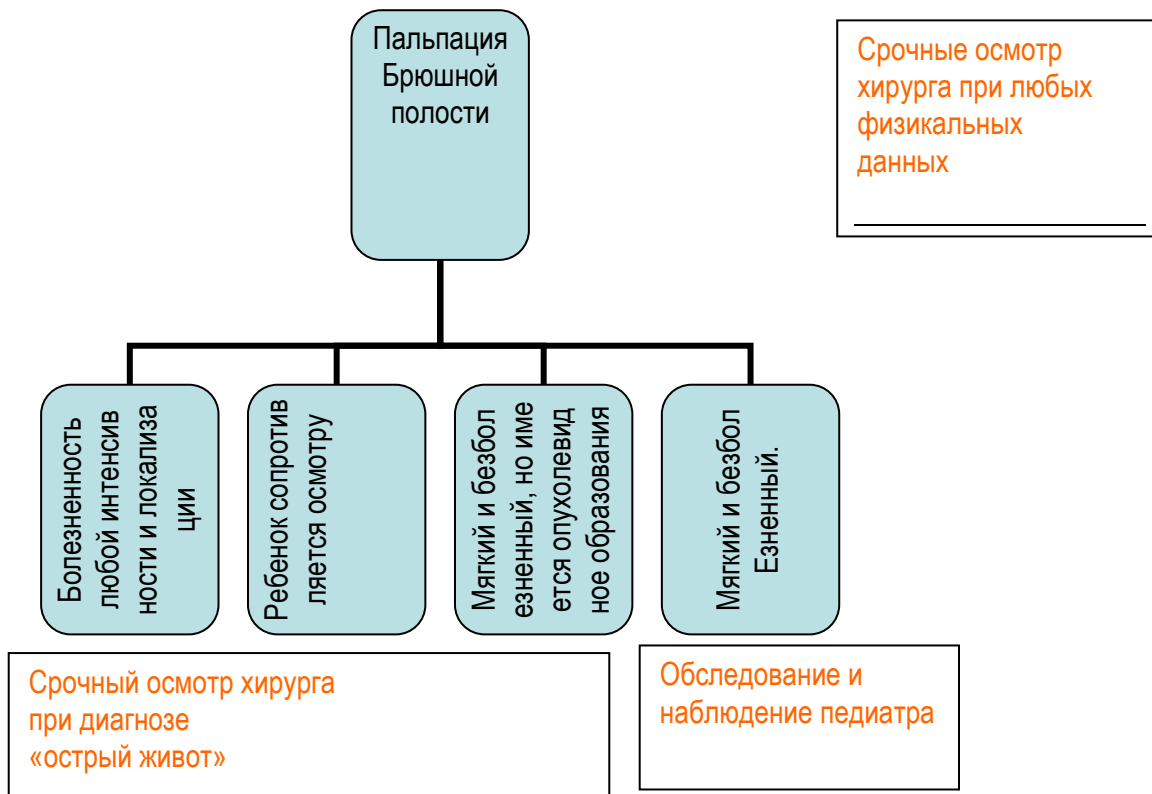
- аденовирусная инфекция с абдоминальным синдромом,
- плеввропневмония с локализацией в нижней доле,
- плеврит,
- острый гастроэнтерит,
- острая дизентерия, солмонеллез,
- неосложненная язва желудка и двенадцатиперстной кишки,
- копростаз при хроническом запоре,
- неосложненные опухоли и кисты брюшной полости,
- гепатит(инфекционный или токсический)
- острый неструктивный холецистит,
- неосложненная киста холедоха,
- острый первичный пиелонефрит,
- овуляторные боли,
- острый сальпингит,

- гематокольпос,
- заворот яичка,
- острый гнойный коксит,
- острый гематогенный остеомиелит грудного и поясничного отделов позвоночника,
- острый гематогенный остеомиелит костей таза,
- опухоли головного и спинного мозга,
- острый лейкоз,
- психогенные боли в животе.

Поэтому на догоспитальном этапе для диагностики и выбора тактики лечения детей с «острым животом» ВОП, предлагаются следующий алгоритм.

Алгоритм диагностики и тактики лечения «острого живота»





После пальпаторного определения характера патологии в брюшной полости необходимо решать вопрос консультации детского хирурга. Для этого врача ВОП по следующей хронологическом порядке должен проводить обследования.

Определение характера патологического процесса на догоспитальном этапе



После выявления характер острого процесса брюшной полости: воспалительный, кишечная непроходимость или кровотечения из Ж.К.Т. переходить к определению хирургической заболеваний вызывающей острых процессов органов брюшной полости у детей. Коротко останавливаемся на особенности клинического течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости

Острый аппендицит - самое частое хирургическое заболевание органов брюшной полости у детей, которое возникает преимущественно в возрасте от 8 до 14 лет. Летальность от аппендицита колеблется от 0,25 до 3,5%. Чаще всего его клинические проявления зависят от варианта расположения червеобразного отростка, которое может быть следующим:

- **типичное** - в правой подвздошной области,

- **атипичное** - тазовое, подпеченочное, медиальное, ретроцекальное и ретроперитонеальное.

Кроме вариантов расположения червеобразного отростка на разнообразие клинических проявлениях имеет значение также выраженность воспалительного процесса реактивность организма ребенка и возраст.

Типичный острый аппендицит в клиническом плане характеризуется чаще всего следующими проявлениями, т.е. симптомами: **боль** - которая у больного бывает постоянно ноющего характера. Она начинается в эпигастральной области, а затем смещается в правую подвздошную область. **Тошнота или однократная рвота** в начале заболевания, связанная с раздражением «солнечного сплетения». **Задержка стула или наоборот учащенный стул.** **Температура тела в норме или чаще субфебрилитет.**

Следует отметить, что у большинства больных общее состояние больных бывает удовлетворительным. Со стороны живота он участвует в акте дыхания при пальпации мягкий, но даже при поверхностной пальпации можно отметить не только боль, но и напряжение мышц передней брюшной стенки. Кроме того, определенную значимость у детей имеет в установлении диагноза такие симптомы как: Щеткина-Блюмберга, Филатова, Михельсона и т.д.

Атипичный аппендицит: 1. Ретроцекальный аппендицит его бывает трудно отличить от обычного и как правило он устанавливается на операционном столе. 2. Ретроперитонеальный аппендицит - иногда характеризуется болями в поясничной области, боль, как правило, иррадирует в половые органы или по ходу мочеочечника, что вызывает дизурические нарушения. Положителен симптом Пастернацкого. Характерным бывает также выраженные явления интоксикации и высокая температура до 39-40. Тазовое расположение - обычно боли локализуется в малом тазу и под лобком. Иногда иррадиация болей по ходу мочеиспускательного канала или отдающая в яичко, половые губы, прямую кишку. Болезненное мочеиспускание жидкий стул с примесью слизи и

крови. Большое значение имеет пальцевое исследование ампулы прямой кишки.

Подпеченочное расположение боли в правом подреберье неоднократная рвота. Положительный симптом Ортнера. Может быть положительная иктеричность кожных покровов и видимых слизистых.

Обязательные диагностические приемы

острого аппендицита у детей:

а) *Анамнез*: при классической, клинической картине острого аппендицита основная жалоба больного-боли в животе. Также отмечаются повышение температуры тела, отсутствие аппетита, тошнота с однократной рвотой, задержка стула, слабость, недомогание.

б) *Клинический осмотр*: клиническая картина при остром аппендиците зависит от стадии заболевания червеобразного отростка.

- при обычной локализации червеобразного отростка отличается болезненность в правой подвздошной области.

- при тазовой расположении червеобразного отростка боли определяется в надлобковой области; пальпация передней брюшной стенки неинформативна, при пальцевом ректальном исследования отмечается болезненность в области переднего свода прямой кишки. Иногда отличается дизурические симптомы.

- при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка боли смещены в правый фланг и правую поясничную область. Симптомы раздражения брюшины не выражены.

- при подпеченочном расположении червеобразного отростка боли выявляются в правом подреберье, часто ноющего характера.

Постановку диагноза облегчают характерные симптомы острого аппендицита:

Симптом Филатова - локальная болезненность в правой подвздошной области.

Симптом Ровзинга - появление боли в правой подвздошной области при нанесении толчка в левой подвздошной области в проекции нисходящей кишки.

Раздольского - болезненность при перкуссии над очагом воспаления.

Образцова - при пальпации правой подвздошной области в положении больного на спине боль усиливается при поднимании правой выпрямленной ноги.

Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и появление симптома раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) свидетельствует о прогрессировании заболевания и вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины.

Пальцевое ректальное исследование является очень информативным при тазовом расположении червеобразного отростка. При этом определяется болезненность и нависание переднего свода прямой кишки.

Особенности течения острого аппендицита у детей раннего возраста.

У детей младшего возраста в клинической картине острого аппендицита преобладают общие симптомы над местными. Заболевание начинается часто с повышения температуры тела, болей в животе, рвоты, жидкого стула и общего беспокойства. Поэтому у детей раннего возраста определить местные симптомы острого аппендицита бывает сложно. В связи с этим необходимо осмотреть детей во время сна. При этом можно выявить «симптом отталкивания», т.е. при пальпации живота часто ребенок отталкивает руки врача или просыпается.

Детей раннего возраста с болями в животе подозрением острого аппендицита обязательно направляют в детские хирургические клиники, для наблюдения и обследования в условиях стационара во избежания диагностических и лечебных ошибки.

Обязательные лабораторные исследования.

*общий анализ крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ)

*общий анализ мочи

*общий анализ кала

*биохимический анализ крови(общ. белок, ферменты, мочевины)

Дополнительные методы исследования:

(УЗИ, рентгенологические исследования и т.д.) проводятся в зависимости от сопутствующих заболеваний(МКБ, инвагинация, опухоли брюшной полости и малого таза и т.д.). С целью исключения патологии других органов организуется консультация других специалистов(педиатр, ЛОР-врача, инфекциониста, гинеколога и т.д.) по показаниям.

Дифференциальный диагноз острого аппендицита у детей проводится:

Соматических заболеваний (пневмония, сурункули гастрит, колит, гепатит и др) .

Гинекологических заболеваний (аднексит,сальпингит,апоплексия яичника, киста яичников).

Урологических заболеваний (цистит, уретрит, пиелонефрит, камни мочевыводящих путей)..

Инфекционных заболеваний (инфекционный гепатит, энтероколит, сальмонеллёз, дизентерия, кор, коклюш,ОРВИ и др.).

Хирургических заболеваний (Болезнь Крона, перитонит, копростаз, инвагинация мезаденит и др).

Торакоабдоминальный синдром - чаще всего проявляется при ОРВИ, правосторонних пневмониях обострении хронических тонзиллитов отитов среднего уха и т.д.

Лечение: Операция в экстренном порядке. Проводится операция-аппендэктомия.

Оценка эффективности лечения, постепенное выздоровление в послеоперационном периоде, снижение температуры тела, снижение лейкоцитоза, уменьшение СОЭ.

Тактика врача-педиатра: При установлении диагноза острого аппендицита больного необходимо направить в хирургический стационар для оперативного лечения.

Ведение детей с острым аппендицитом после выписки из стационара.

Дети оперированные по поводу острого аппендицита стоят на учете в течении 6 месяцев в зависимости от формы и осложнения.

В послеоперационном периоде возможно развитие ряда осложнений, которые врач общей практики должен знать. Эти осложнения следующие:

Нагноение оперативной раны, которая характеризуется отеком, гиперемией, болезненностью и выделением гнойного содержимого из раны.

Тактика: необходимо расширить рану и выпустить гной. Рану необходимо промыть раствором антисептиков (фурацилина, перекиси водорода) и дренировать резиновыми выпускниками, наложить гипертоническую повязку с 1% NaCl. Назначается антибиотикотерапия. Ежедневно проводится перевязка раны. УФО - раны. В инфицированной стадии, когда имеется гиперемия и отечность операционной раны проводится: УВЧ, назначение антибиотиков.

2. **Лигатурный свищ** - характеризуется небольшой припухлостью на месте нерассосавшего лигатуры, гиперемией кожи и выделением из раны серозной жидкости. Тактика: необходимо найти нерассосавшуюся лигатуру и удалить. Наложить на рану гипертоническую повязку с 1% NaCl. По показаниям назначаются антибиотики.

3. **Спаечная болезнь** - характеризуется в послеоперационном периоде (в первые 3-6 месяцев) периодическими болями в животе, рвотой, запорами, в тяжелых случаях клиникой кишечной непроходимости.

Тактика: при наличие клиники явной спаечной кишечной непроходимости больного необходимо направить в хирургический стационар для оперативного лечения.

Для профилактики спаечной болезни детям оперированным по поводу острого аппендицита проводится противоспаечная терапия:

Прозерин - 1,0 №10 в/м.

Электрофорез с лидазой в область операционной раны.

АЛОЭ, гипертонические клизмы.

внутрибрюшные осложнения:

***Межпетлевые абсцессы:** характеризуется повышением температуры, болями в животе, рвотой, задержкой стула.

Тактика: необходимо провести УЗИ исследования живота, анализы крови и направить больного в хирургический стационар.

Дуглас абсцесс - характеризуется образованием гнойного очага между прямой кишкой и мочевым пузырем. Клинически проявляется повышением температуры, болями в низу живота, рвотой.

Тактика: необходимо осмотреть больного per rectum - при этом отмечается болезненность и нависание переднего свода прямой кишки. Рекомендуется УЗИ исследование живота. При установке диагноза - больного направляют в хирургический стационар.

Профилактика острого аппендицита:

соблюдение правил личной гигиены

предупреждение запоров, ликвидация хронических очагов инфекции.

Во всех случаях при подозрении врача педиатра на возможность у больного диагноза острый аппендицит необходимо направить к детскому хирургу работающих в детский хирургический стационар.

Острая кишечная непроходимость(ОКН) представляет собой тяжёлыми течениями, трудности диагностики и неблагоприятными по исходам заболевания. Частота ОКН составляет 9% всех острых заболеваний органов брюшной полости. Летальность – до 25%. По данным института им. Склифасовского ОКН в 85-86,5% случаев болеют лица от 20 лет и старше, дети до 15 лет заболевают в 10-11%, подростки и юноши (15-19 лет) – в 3,5 - 4% случаев.

Классификация. 1. По происхождению - на врождённые и приобретённые;

2. По механизму возникновения - механические и динамические. Последнюю форму делят на паралитическую и спастическую.

3. По наличию или отсутствию сдавления сосудов брыжейки, питающих кишку - странгуляционные (со сдавлением сосудов брыжейки), обтурационные

- (без сдавления) и сочетанные или смешанные, при которых выражены одновременно обтурация и странгуляция, как это бывает при инвагинации.

4. По клиническому течению - острая, хроническая, полная, частичная.

5. По уровню - высокая, низкая.

Инвагинация кишечника - наиболее чаще она встречается у детей грудного возраста (с 4 месяцев до 1 года)-80%, когда в рацион ребенка вводится прикормом. У более старших детей причиной инвагинации могут быть диспепсические явления колит полипы кишечника дивертикул Меккеля, опухоли и т.д. Инвагинация может возникнуть на любом уровне кишечного тракта на наиболее часто внедрение происходит в области илеоцекального угла (93,7%), так называемые слепо-ободочная и подвздошно-ободочная.

В классификации инвагинации клинически различают следующие виды:

- Тонкокишечная.
- Подвздошно-ободочная, которая бывает простой (внедрение подвздошной кишки в подвздошную и затем в ободочную через баугиневую заслонку) и сложная – двойная (когда простая форма сопровождается вовлечением в дальнейшем слепой кишки и далее расположенные отделы толстого кишечника).
- Слепо - ободочная , она тоже относится к сложным т.к. вовлекается червеобразный отросток и терминальный отдел подвздошной кишки.
- Толстокишечная.
- Редкие формы инвагинации (изолированное внедрение червеобразного отростка, ретроградная инвагинация, множественная).

Клиника характеризуется острым началом на фоне полного здоровья. Ребенок как бы немного успокаивается это может продолжаться в течение 30-40 минут, а потом снова волна приступа такая же сильная или более сильная. «Светлый промежуток» между схватками делается более продолжительным, состояния у больного отмечается стул с кровью темного цвета типа «малиновое желе». Состояние ребенка становится тяжелым. Кожные покровы бледные, пульс частый до 130-140 ударов в минуту. Живот участвует в акте дыхания, при паль-

пации мягкий, безболезненный. Но при внимательной пальпации в правой половине живота часто можно определить опухолевидное образование, мягкой эластической консистенции умеренно подвижной резко болезненное. В большинстве случаев из-за беспокойства ребенка осмотр лучше производить во время естественного медикаментозного сна.

Кроме того, во всех случаях при подозрении на инвагинацию необходимо произвести пальцевое исследование ампулы прямой кишки, при наличии данной патологии отмечают расслабление наружного сфинктера, отсутствие каловых масс, кровянистые выделения (кровь на пальце). Из инструментальных исследований наиболее важное значение имеет рентгенологическое исследование, пневмоирригография в первые 12 часов от начала заболевания с помощью баллона Ричардсона.



Пневмоирригографии при инвагинации кишечника.

Дифференциальная диагностика - во многих случаях установка диагноза при инвагинации кишечника не вызывает затруднений у врачей но в отдельных случаях его необходимо дифференцировать со следующими патологиями: 1. Дизентерия - в этом случае большое значение имеет правильно собранный анамнез, поведение самого больного во время осмотра. Характерный кал для дизентерии - жидкий, зловонный с примесью слизи, гноя, прожилками крови, тенезмы, высокая температура тела, наличие эксикоза и токсикоза и т.д. 2. Аб-

доминальный синдром при болезни Шенлейна-Геноха боли при данной патологии характеризуется отсутствием светлого промежутка, наличием геморрагических высыпаний, более старший возраст, наличие каловых масс с кровью.

Иногда инвагинацию кишечника у детей приходится дифференцировать с острым аппендицитом, выпадением слизистой прямой кишки, обтурации кишечника, энтероколитами т.д.

Спаечная кишечная непроходимость - данная патология может, встречается у любого больного независимо от возраста, после перенесения им воспалительного заболевания брюшной полости или операции. В практическом отношении различают раннюю и позднюю спаечную непроходимость.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость может возникнуть в послеоперационном периоде, самое больше через 3-4 дня или в течении первых 3-4 недель. Если возникает впервые 4-3 дня после операции, то говорят о ранней спаечно - паретической форме кишечной непроходимости, если на 7-12 сутки, то простая форма спаечной кишечной непроходимости, а если к концу 3-4 недели - отсроченная форма спаечной кишечной непроходимости. При первой форма схваткообразного характера рвота бывает частая и обильная. При наличии желудочного зонда усиливается отхождения застоя по нему кишечного содержимого. Живот становится несимметричным, положительный симптом Валя. Перистальтика кишечника Валя или отсутствует, легкие поглаживания передней брюшной стенки усиливает перистальтику, тем самым усиливает болевой приступ. Стул отсутствует, газы не отходят. Диагноз подтверждается в основном на основании обзорной рентгенографии брюшной полости, стоя - наличие чащи Клойбера, симптом «Арки». Такая рентгенологическая картина будет характерна для любого вида спаечное кишечной непроходимости.

В любом случае при возникновении ранней спаечное кишечной непроходимости с целью диагностики и лечения проводятся консервативные мероприятия, которые включает: исключения рег ос дезинтоксикационная терапия, промывание желудка, сифонная клизма с гипертоническим раствором, паранефральная блокада по Вишневскому, препараты, усиливающие перистальтику

кишечника. Эти манипуляции проводятся в течение 8-12 часов, а иногда и более, но не более 24 часов от начала заболевания. Поздняя спаечная непроходимость развивается через несколько месяцев или лет. И также характеризуется всеми признаками острой кишечной непроходимости.

Динамическая кишечная непроходимость - данная патология встречается довольно часто и, по мнению многих, связана с нарушением регионарного брыжеечного кровообращения, нарушением возбудимости периферического и центрального аппарата, регулирующего моторную функцию кишечника. Она бывает двух видов: спастическая и паралитическая. Спастическая кишечная непроходимость - встречается редко и причиной ее у детей чаще является глистная инвазия. Характеризуется она сильными кратковременными болями в живота без определенной локализации, состояние детей не страдает. Иногда бывает рвота, температура тела в норме. Большое значение в постановке диагноза имеет обзорная рентгенография брюшной полости, стоя, а так же применение спазмолитиков. Паралитическая кишечная непроходимость является частым осложнением хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Она характеризуется парезом кишечника тем самым имеет место нарушение кровообращения в кишечной стенке, поражается иннервация кишечника. Происходит потеря жидкости, белков электролитов, нарушается процесс всасывания, нарушается проницаемость стенок кишечника и т.д. клинически различают три стадии паралитической кишечной непроходимости:

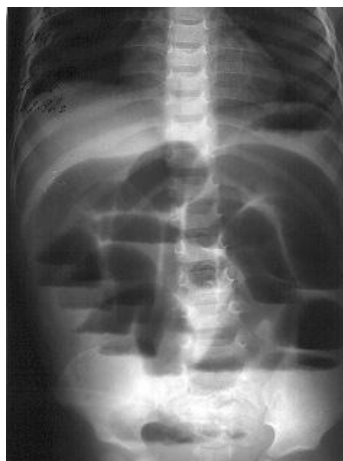
- Первая стадия - общее состояние страдает относительно мало и все имеющиеся изменения при своевременной коррекции легко могут быть обратимыми.
- Вторая стадия - она характеризуется более глубокими нарушениями микроциркуляции. Состояние больного тяжелое. В биохимических анализах крови: гипонатриемия гипохлоремия, незначительная гипокалемия. ОЦК снижена до 25%. Живот резко вздут, частая рвота. Прослушивается единичная перистальтика кишечника. Коррекция нарушения более сложная и требует огромных сил.

- Третья стадия - имеются органические поражения нервного аппарата кишечника с очень глубокими нарушениями микроциркуляции. Состояние больных крайне тяжелое. ОЦК снижено до 30-40%, резко снижены, показатели электролитов и т.д. Живот резко вздут, перистальтика кишечника отсутствует - «немой живот». Рвота с кишечным содержимым. Коррекция крайне затруднительна, а иногда и невозможна.

Странгуляционная непроходимость кишечника, характеризуется не только нарушением проходимости по кишечнику, но и кровоснабжение кишки, что сопровождается сдавлением и перекручиванием сосудов брыжейки, вследствие чего развивается некроз стенки кишки. К странгуляционной непроходимости относится: заворот, злообразование, перетяжка кишки и брыжейки спайками или другими тяжами, ущемление их в грыжевых воротах при внутренних или наружных грыжах живота.

Характерными клиническим признаком как при любой непроходимости кишечника при странгуляционной является боль. Она обычно начинается внезапно, носит схваткообразный характер и постепенно нарастает, без определенной локализации. Другим клиническим признаком его является рвота – характер и частота которого зависит от уровня препятствия. При далеко зашедшей случаях у больных возникает так называемый каловая рвота. Отмечается также вздутие живота. При завороте и злообразовании обычно отмечается неравномерное вздутие живота. Важным симптомом является также задержка газов и отсутствие стула. Язык в большинстве случаев бывает суховат и обложен белым налетом, в далеко зашедшей случаях он становится сухим и грязно – бурым. Перистальтика кишок в начале заболевания обычно очень выраженный и бурный, но по мере прогрессирования заболевания в поздние сроки, когда присоединяется явление перитонита – она отсутствует. Общее состояние больного тяжелое, положение вынужденное, лицо заостренны, холодный пот (лицо Гиппократ). Частый нитевидный пульс, снижение. А/Д. Со стороны лабораторных данных в анализах крови нарастание Нв и Н лейкоцитов. Нарушен электролитный баланс – гипохлоремия, гипокалемия. Характерный клиниче-

ским признаком странгуляционной непроходимости кишечника является симптом Валя – асимметрия живота , отчетливо прощупывается резистентная , плотная кишка, над которой при перкуссии определяется высокий тимпанит , при сотрясении- шум плеска. Важным методом при установке диагноза непроходимости кишечника является пальцевое исследование прямой кишки - симптом «Обуховской больницы» т.е. зияние ануса, расширение ампулы прямой кишки и отсутствие каловых масс. Из инструментальных исследование большое значение в плане установке диагноза непроходимости кишечника имеет рентгенологическое исследование и в первую очередь обзорная Р. - графия брюшной полости (стоя) на которой четко определяется чаши Клойбера.



Обзорная рентгенологическая картина
странгуляционной кишечной непроходимости

При необходимости проводят контрастное исследование ЖКТ с барием взвесью или же ирригография (на которой отмечается оттеснение толстой кишки по периферии брюшной полости и толстый кишечник газа не содержит). Кроме рентгенологического исследования используют при установлении диагноза непроходимости кишечника: ректороманоскопия, колоноскопия, лапароскопия, УЗИ брюшной полости и т.д.

Благодаря быстро наступающему омертвлению стенки ущемлённой петли очень рано появляется инфекция в брюшной полости и бурно развивается разлитой гнойный или гнилостный перитонит. Тогда все вышеописанные явления

теряют свою отчётливость и на первый план выступают явления воспаления брюшины.

Странгуляционная непроходимость протекает очень быстро. В тяжёлых случаях, когда странгуляцией поражается значительный участок, может наступить через 12-14 часов летальный исход.

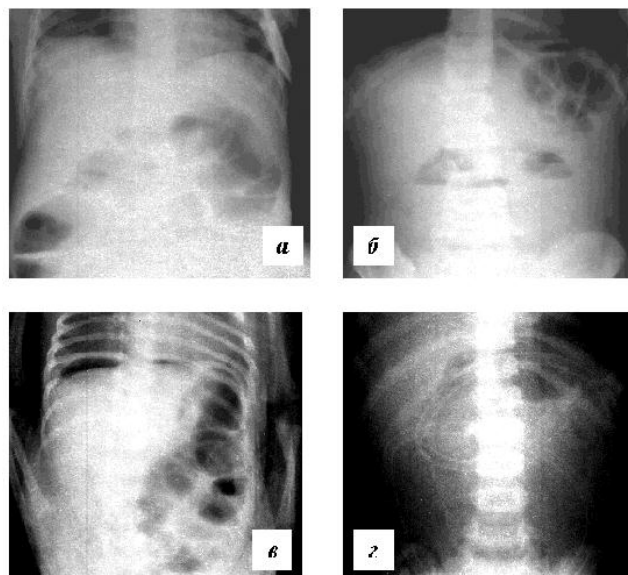
Дифференциальную диагностику при странгуляционной непроходимости кишечника проводят обычно с такими заболеваниями как: почечная колика, пищевая токсикоинфекция, спастическая непроходимость кишечника, острый аппендицит, травма живота и таза и т.д.

Лечение – только оперативное.

Обтурационная непроходимость кишечника - причиной ее чаще всего у детей могут быть следующие факторы копростаз, глистная инвазия, сдавление изнутри или вне просвета кишечника опухолью, инородное тело и т.д. Копростаз – закупорка просвета кишки плотными каловыми массами. У больных клинически отмечается чувство дискомфорта ,рвота ,приступообразные боли в животе , интоксикация ,Живот вздут , положителен симптом ВАЛЯ . При исследовании пальцем ампулы прямой кишки – отмечает что она заполнена каловыми массами.

Опухоль кишечника или брюшной полости – в анамнезе постепенное развитие заболевания, состояния ребенка зависит от вида опухоли (злокачественная или доброкачественная). Боль в животе и рвота появляется в более поздние сроки, стул отсутствует или малыми порциями. Живот поддут, ассиметричный, при пальпации можно определить опухолевидное образование.

В анализах крови анемия, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Ведущим в установке диагноза является УЗИ брюшной полости ,пассаж ЖКТ, контрастное ирригография , лапароскопия, КТ.



Обзорная рентгенография при
обтурационной кишечной непроходимости.



Пассаж ЖКТ при кишечной непроходимости.

Безоары это инородные тела, которые образуются в самом желудке из проглоченных предметов: волос (трихобезоары), растений или косточек плодов (фитобезоары). Клинически характеризуется тупыми болями в эпигастральной области, чувство тяжести в подложечной области, изжога, рвота. При пальпации иногда отмечается опухолевидное образование. Диагноз устанавливается на основании ФГЭДС, контрастного исследования желудка.

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями: хронические запоры, острый аппендицит, инвагинация кишечника, холецистит и т.д.

Лечение обтурационной непроходимости кишечника в начале обычно консервативное (вазелиновое масло, очистительные и сифонные клизмы) или в отдельных случаях при неэффективности данного метода прибегают оперативному лечению - лапаротомия.

Перитонит - острое воспалительное брюшины, возникающее при нарушении местных защитных функций брюшины вследствие патологического воздействия экзо - или эндогенных причинных факторов. При диагностики перитонита у детей необходимо проводить следующие методы исследования.

Опрос

1) Боли: а) их характер (острые, тупые, постоянные, схваткообразные, связанные с дыханием или усиливающиеся при глубоком вдохе), б) локализация, в) иррадиация (правая лопатка, правая половина грудной клетки, поясничная область, в половые органы, прямую кишку, бедро и т. д.).

2) Рвота (однократная, многократная), характер рвотных масс (пищей, желчью, тонкокишечным содержимым, "каловая" рвота), приносит или не приносит облегчение.

3) Тошнота (постоянная, непостоянная).

4) Расстройства стула (неотхождение газов, отсутствие стула, многократный жидкий стул с примесью слизи, крови, гноя), чувство давления на прямую кишку, тенезмы.

5) Затрудненное мочеиспускание, рези при мочеиспускании.

6) Повышение температуры с сопутствующими ознобами.

7) Давность заболевания и история его развития: а) клиническая картина перенесенного до появления острых симптомов заболевания (аппендицит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, брюшной тиф, дизентерия, непроходимость кишечника, холецистит, гинекологические заболевания у женщин) и его течение, б) время ухудшения состояния и появления предъявленных жалоб.

Объективное исследование.

1. Общее состояние больного: а) степень тяжести состояния (крайне тяжелое, очень тяжелое, тяжелое), б) поведение (спокойное, стонет от болей), в) типичный вид лица, "маска Гиппократа", вынужденное положение – на спине, полусидя, с приведенными к животу ногами, г) тип телосложения и степень упитанности, д) состояние кожных покровов (цвет, бледность, лихорадочный румянец), тургор (обычный, сниженный), влажность (холодный пот, сухие), е) температура тела (повышение, понижение – в градусах), ж) состояние сердечно-сосудистой системы (снижение АД, тахикардия, шум трения перикарда) и легких (шум трения плевры, наличие выпота в плевральной полости, высокое стояние диафрагмы), з) язык (сухой, налет), и) сознание.

2. Исследование органов брюшной полости:

Осмотр: форма, втянутость, вздутие, асимметричность, степень участия в акте дыхания (не участвует, участвует поверхностно, не участвует правая, левая или нижняя половина живота).

Пальпация: болезненность (локализация и степень выраженности), напряжение брюшных мышц (локализация, степень выраженности), симптомы раздражения брюшины – Щеткина-Блюмберга и Менделя (их локализация и степень выраженности), наличие и размеры пальпирующегося инфильтрата (очертить на коже границы), его локализация, характер поверхности, подвижность, пальпация печени и селезенки, их границы, поверхность, консистенция, край, болезненность.

Перкуссия: высокий тимпанит, притупление перкуторного звука над инфильтратом при ограниченном перитоните, притупление перкуторного звука в отлогах местах, размеры печени по Курлову (увеличение размеров печеночной тупости вверх).

Аускультация: перистальтические шумы, степень их выраженности, отсутствие перистальтики, "шум плеска" и "шум падающей капли".

3. Вагинальное или ректальное исследование – нависание заднего свода влагалища, выбухание в просвет передней стенки прямой кишки, бимануально определяющийся инфильтрат, его размеры, подвижность, болезненность, наличие флюктуации, взаимоотношение с органами малого таза.

Дополнительные исследования

1. Лабораторные а) общий анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ; б) биохимический – глюкоза, амилаза, билирубин, трансаминазы, остаточный азот, мочевины, креатинин крови, молочная кислота, молекулы средней массы, коагулограмма, белок и его фракции, КЩС), в) общий анализ мочи, суточный диурез.

2. Рентгенологическое: а) высокое стояние диафрагмы, ограничение подвижности ее, б) чаши Клойбера.

3. Инструментальное исследование: а) лапароцентез с бактериологическим исследованием выпота и на наличие ферментов поджелудочной железы, б) лапароскопия.

4. Бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Дифференциальный диагноз

Проводится с острым панкреатитом, непроходимостью кишечника, холециститом, печеночной коликой, почечной коликой, забрюшинной гематомой, гинекологическими заболеваниями, начальной стадией пневмонии.

Клинический диагноз

В нем должны быть отражены: а) диагноз заболевания, приведшего к перитониту, б) вид перитонита, распространенность, в) характер выпота (гнойный, геморрагический и т. д.), г) стадия течения.

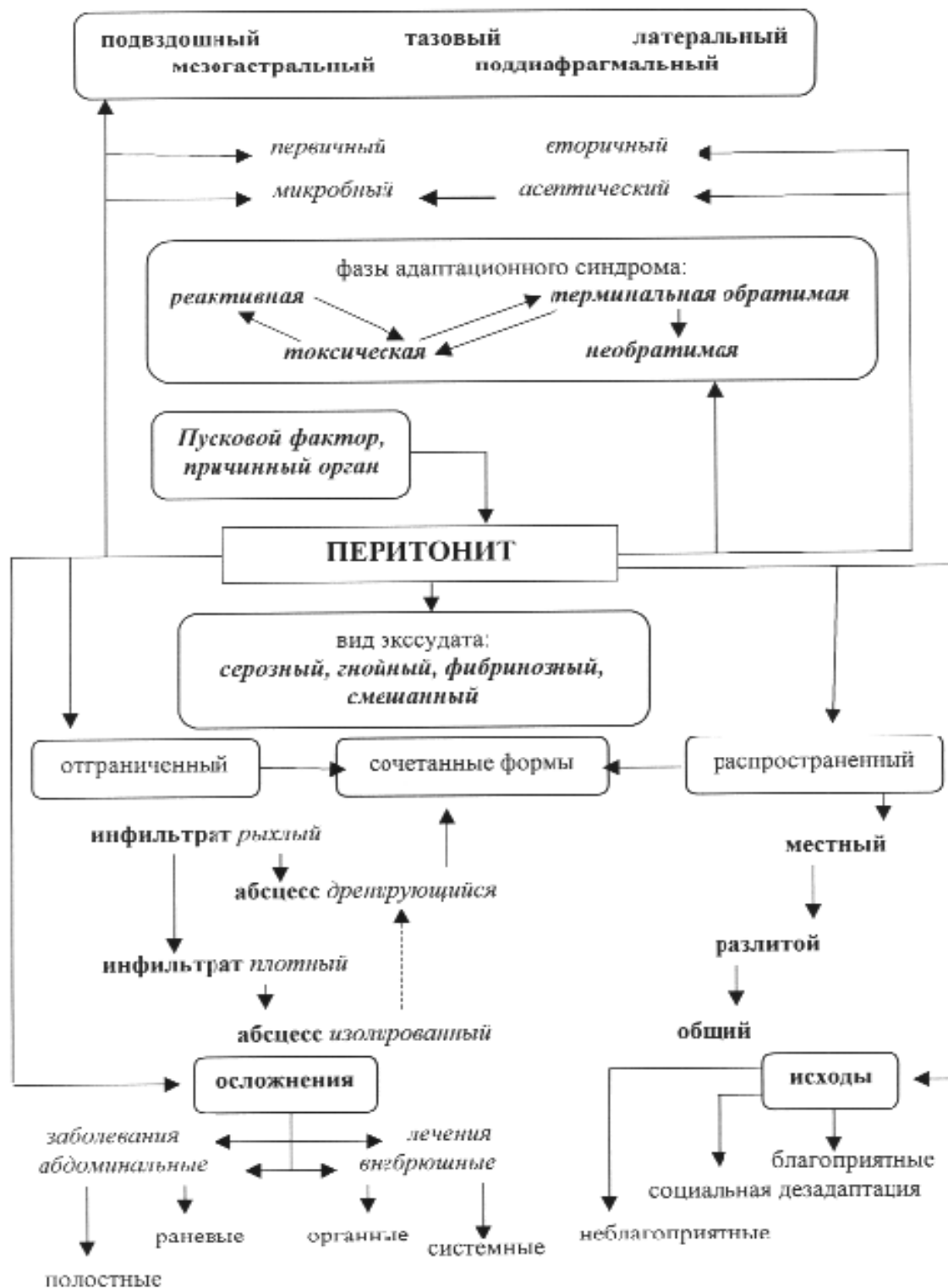
Классификация. Предложенные авторами нескольких классификации перитонита, содержащая соподчиненные группы классифицируемого понятия, каждая из которых может быть расширена в соответствии с задачами исследователя, содержащая основания для унификации хирургической тактики и программ интенсивной терапии при использовании ясной терминологии и систематизации накопленных научно-практических данных. В настоящее время наибольшую распространенность имеют классификации перитонита, предложенные В.С. Маят и В.Д. Федоровым (1970, 1973), К.С. Симоняном (1980), С.Л. Либовым (1983).

По механизму возникновения различают:

- первичный перитонит, возникающий при гематогенном либо лимфогенном пути инфицирования брюшины, а также при не установленном причинном органе.

- вторичный перитонит - следствие деструктивного, прогрессирующего воспалительного процесса в органе, стенке брюшной полости, забрюшинном пространстве и распространения на париетальную брюшину. Вторичный перитонит возникает на фоне реактивности организма, измененной предшествующим деструктивным процессом в брюшной полости как осложнение основного заболевания либо интраабдоминального оперативного вмешательства (послеоперационный перитонит).

Поэтому рекомендуются следующая классификационная схема "Перитонит"



По этиологии различают асептический и инфекционный (гнойный) перитонит. Асептический перитонит в процессе своего развития достаточно быстро приобретает характер гнойного. Введение в классификацию оправдано задачами дифференциальной диагностики, так как ферментативный перитонит при

панкреатите, серозный (при системных заболеваниях, специфических инфекциях у детей не всегда требует хирургического лечения. При гнойном перитоните бактериологическими исследованиями чаще всего обнаруживают в качестве возбудителя кишечную палочку, неклостридиальные анаэробы (бактероиды, энтерококки), реже - пневмококки, стафилококки, протей, синегнойную палочку, микробные ассоциации .

Местный перитонит как стадия распространенного устанавливается при воспалении брюшины в одной анатомической области, соответствующей расположению причинного органа. Разлитой перитонит характеризуют те же изменения, но обнаруживаемые в областях брюшной полости, смежных с расположением причинного органа. Клинические проявления фаз имеют различную выраженность и продолжительность в зависимости от возраста ребенка, клинической формы, стадии перитонита. Совокупность симптомов и синдромов терминальной фазы перитонита может быть определена как синдром полиорганной недостаточности.

При отграниченном перитоните общее состояние удовлетворительное либо средней тяжести. Выявляются симптомы инфекционно-воспалительного синдрома, выраженность которых зависит от стадии отграниченного перитонита - инфильтрат или абсцесс. Развитие рыхлого инфильтрата (прикрытой перфорации) сопровождается улучшением самочувствия больного. Подобное течение формирующегося инфильтрата, типичное для 2-3-х суток заболевания, не является достаточным основанием для введения в классификацию "фазы мнимого благополучия".

При распространенном перитоните отмечается бледность кожи, иногда с сероватым оттенком, акроцианозом и периоральным цианозом. Бледность ногтевых пластинок и симптом "белого пятна" - замедление капиллярного пульса (более 3 сек - положительная проба Гведела) - признаки централизации кровообращения. В токсической и терминальной фазах выявляется снижение тургора

и мышечного тонуса. Сухость слизистой оболочки полости рта, жажда выявляются уже в течение первых суток возникновения перитонита. Чаще обнаруживается тахикардия, но возможно замедление пульса в первые часы при перфорации стенки желудка, 12-перстной кишки (симптом Грекова). Отмечается тахипноэ, одышка с преобладанием инспираторной. При этом возможно выявление извращенного торакоабдоминального ритма дыхания (симптом Бейли), когда брюшная стенка втягивается одновременно с подъемом стенки грудной клетки на вдохе - при перфорации стенки желудка. В токсической фазе перитонита появляются, и еще более выражены в терминальной, признаки функциональных нарушений сердца - глухость и расщепление тонов, нарушение ритма, появление шума, расширение границ относительной сердечной тупости. В легких - жесткое дыхание, возможно появление проводных и влажных хрипов, тахипноэ, одышка с преобладанием инспираторного типа. *Следует помнить, что при повышении частоты дыхания на 50% и более от возрастной нормы снижается эффективная альвеолярная вентиляция.* Выявление указанных признаков свидетельствует о возникновении миокардиальной недостаточности кровообращения, острой дыхательной недостаточности, а возможно, и респираторного дистресс-синдрома. В терминальной фазе (реже - в токсической) возможно выявление гепатомегалии и анемии как проявлений гепатомедуллярного синдрома (при нарушении функций печени угнетается гемопоэтическая функция костного мозга), правожелудочковой сердечной недостаточности и (или) синдрома портальной гипертензии вследствие легочной гипертензии, повышения внутрибрюшного давления. Появление желтухи при перитоните обусловлено как нарушением конъюгации и обмена билирубина в стенке тонкого кишечника, так и структурными изменениями печени вследствие токсико-гипоксических повреждений гепатоцитов. В токсической фазе возможно появление признаков гипокоагуляционных нарушений в виде геморрагической петехиальной сыпи на коже, кровоточивости из точек инъекций, послеоперационной раны, рвоты и стула с кровью (ДВС - синдром). В токсической и терминальной фазах появляются признаки токсико-гипоксической эн-

цефалопатии - психомоторное возбуждение или заторможенность, судороги, кома.

Дифференциальная диагностика

Одним из важных элементов диагностической программы является дифференциальная диагностика. В основе ее лежат:

- выявление различий при семиотическом анализе результатов клинического обследования;
- оценка сочетаний абдоминального синдрома с общими симптомами в дифференцируемых группах заболеваний;
- выявление при клиническом обследовании нехарактерных для перитонита симптомов.

Легочно-плевральная патология - пневмония, плеврит, бактериальная деструкция легких, пиопневмоторакс, туберкулез легких.

Заболевания **желудочно-кишечного тракта, органов панкреато-билиарной системы** - пищевая токсикоинфекция, гастроэнтерит, илеит (болезнь Крона), гепатит, холецистит и холецистопатии, острый панкреатит.

Патология **мочевыделительной системы** - гнойный паранефрит, карбункул почки, гломерулонефрит.

Врожденная **экстрагенитальная аномалия** у девочек пубертатного возраста - hymen imperforatus. Острые воспалительные заболевания органов мошонки у мальчиков.

Заболевания **системы крови** (лейкозы).

Эндокринопатии (сахарный диабет).

Инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коревая краснуха, инфекционный паротит).

Гнойно-воспалительные заболевания костей таза (остеомиелит, сакроилеит).

В процессе дифференциальной диагностики следует учитывать вероятность сочетания заболевания, осложненного перитонитом, с одним из заболеваний, протекающим с псевдохирургическим абдоминальным синдромом.

Кроме того, для успешной диагностической работы врачу необходимо знать **особенности диагностики** острой хирургической абдоминальной патологии у **детей младшего возраста** [14, 4, 41]. К особенностям выявления и оценки диагностических признаков относятся:

- трудность речевого и психоэмоционального контакта с ребенком при высокой вероятности повышенной внушаемости в возрасте старше полутора лет;
- необходимость использования субъективной, нередко недостаточной анамнестической информации при первичном обращении (со слов сопровождающего);
- неспособность детей младшего возраста локализовать боль;
- возможность выявления и оценки болевых признаков абдоминального синдрома лишь по их эмоциональным и двигательным эквивалентам;
- необходимость обследования живота у ребенка в состоянии медикаментозного сна (под наркозом - для выявления объемного образования) при беспокойном поведении.

Первичный гематогенный перитонит -это острые процессы брюшной полости, не являющиеся осложнением других воспалительных процессов (ап-

пендицит, перфорация кишечника и т.д.) Чаще всего их называют гематогенными. Почти во всех случаях встречается у девочек в возрасте 6-8 лет. В клиническом плане протекает относительно тяжело. Характеризуется наличием на болей по всему животу, напряжением, мышц передней брюшной стенки. Рвота 1-2 раза, а так же повышение температуры до 38-39. Иногда при тщательном осмотре у девочек выявляется болезненность в области влагалища. Диагноза устанавливают только во время операции.

Дивертикул Меккеля - это необлитерированный участок проксимального отдела желточного протока. Более часто проявляется у мальчиков. Обычно локализован в 20-60 см в обратном направлении от илеоцекального угла на противоположной стороне брыжейки тонкого кишечника. Чаще всего он бывает операционной находкой, но он может быть причиной острых процессов органов брюшной полости -кишечной непроходимости заворот кишечника, инвагинация кишечника), кишечное кровотечение (пептические язвы) воспаления - дивертикулит.

Закрытые повреждения органов брюшной полости. Она являются одними из наиболее тяжелых видов травмы, т.к. почти во всех случаях непосредственно угрожают жизни ребенка. Причинами закрытых травм брюшной полости могут быть падения с большой высоты, автотравма сдавление и т.д. Характер и степень повреждения зависят от механизма силы и места ее приложения, а также анатомического расположения органов. В клиническом плане большинство детей поступают с явлениями травматического шока, симптомами острой кровопотери или перитонита, при этом следует отметить, что повреждение каждого органа в большинстве случаев сопровождается определенными признаками, которые способствуют во многих случаях поставить правильный диагноз. Наиболее часто, но могут, поражается и полости поражается паренхиматозные органы, но могут поражаться и полые органы. Из паренхиматозных органов на первом месте стоит повреждение селезенки (до50%), которые могут быть изолированные (одномоментные, двухмоментные) или сочетанные. Различают 4 вида разрыва селезенки: 1) поверхностное (надрыв капсу-

лы), 2) подкапсульные гематомы, 3) разрывы капсулы и паренхимы, 4) отрыв селезенки от сосудистой ножки. Диагностика повреждения селезенки бывает в большинстве случаев затруднительной, но имеются некоторые клинические симптомы, на которых нужно обратить внимание. Состояние детей при поступлении чаще бывает ближе к удовлетворительному или средней тяжести, но у всех отмечаются боли в животе чаще с локализацией в правом подреберья и эпигастриальной области. Бледность кожных покровов. Живот умеренно вздут, имеется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Гемодинамические нарушения наступают более позде. В плане диагностики важное значение имеет УЗИ, перкуссия живота.

Повреждение печени - по своему течению бывает более тяжелым.

Различают три вида основных повреждений печени:

1. Подкапсульные гематомы
2. Разрывы печени (одиночные, множественные, линейные)
3. Центральные разрывы печени

Состояние больных во всех случаях тяжелое, иногда с явлениями шока. Характерны постоянные боли в животе в правом подреберье и в правой половине живота, может быть иррадиация болей в правое плечо, лопатку. Кожные покровы бледные. Характерен симптом «пупка», Кулемпкампа. Большое место в плане постановки диагноза имеет УЗИ печени. Повреждение полых органов брюшной полости - их следует разделить на три группы: 1) ушибы, сопровождающиеся гематомой в стенке органа, 2) разрывы, проникающие в просвет органа, 3) отрыв того или другого органа. Наиболее ранним и постоянным признаком является боль в животе, состояние тяжелое, бледность заостренные черты лица. Отмечается рвота, пальпация живота характеризуется признаками перитонита. Большое значение в плане постановки диагноза имеет обзорная рентгенография брюшной полости, стоя-с целью выявления в брюшной полости свободного газа.

Ущемление паховой грыжи наиболее часто встречается у детей младшего возраста и объясняется тем, что у них паховый относительно укорочен, широк и

округлен недостаточно развитыми мышцами. В клиническом аспекте наиболее постоянным признаком у детей является беспокойства из-за болей и отмечается болезненная припухлость в паховой области, которая при попытке вправить ее в брюшную полость не вправляется. Отмечается рвота, перестает отходить стул и газы. При значительно длительном течении ущемления, у ребенка появляются признаки кишечной непроходимости с явлениями перитонита.

Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими заболеваниями: напряженная киста семенного канатика, и яичка, паховый лимфаденит и т.д.

Инородный тела ЖКТ: У детей сравнительно часто в ЖКТ попадают различные и инородные тела, причем в большинстве случаев они беспрепятственно проходят и выходят вместе с каловыми массами. Однако в единичных случаях, могут вызвать серьезное осложнение в виде перфорации, пролежни. Обычно состояние детей не страдает. Диагноз устанавливается на основании анамнеза и рентгенологического исследования ЖКТ. В большинстве случаев дети с инородными телами ЖКТ могут наблюдаться в амбулаторно-поликлинических условиях, т.к. они не вызывают у них беспокойства и самостоятельно выходят через 2-3 суток. Но при этом необходимо продолжать щадящую, обволакивающую диету. Даже при нахождении в стационаре хирургическое вмешательство необходимо в исключительных случаях. Таким образом, общая выше изложенное, следует указать, что в тактическом отношении врач-педиатр должен по мере установления диагноза того или иного острого процесса брюшной полости немедленно направлять в специализированное детское хирургическое отделение или стационар.

Тактика врача-педиатра на догоспитальном этапе: у больных с острыми процессами органов брюшной полости:

1. Острый аппендицит - следать общий анализ мочи, анализ крови на лейкоцитоз. При атипичной форме - печеночная локализация кровь на ферменты УЗИ печени: ретроцекальное обзорная рентгенография мочевыводящих пу-

тей, УЗИ: тазовое расположение пальцевое исследование ампулы кишки, обзорная рентгенография мочевыводящих путей.

2. Инвагинация кишечника у детей - необходимо сделать пальцевое обследование ампулы прямой кишки. Противопоказано назначение обезболивающих и спазмолитиков. Так же тактика при ущемленной паховой грыже.
3. Спаечная кишечная непроходимость: 1) обзорная рентгенография брюшной полости (стоя), 2) постоянный зонд в желтухе для депомпрессии, 3) по показаниям обезболивающие и спазмолитические препараты.
4. Инородное тело ЖКТ - необходима обзорная рентгенография брюшной полости (стоя) 2) щадящая обволакивающая диета, 3) контроль стула.

Литература:

1. Баиров Г.А. «Неотложная хирургия у детей» Л. 1973 г.
2. Баиров Г.А. «Хирургия печени и желчевыводящих путей» Л. 1970 г.
3. Долецкий С.Я. Исаков Ю.Ф. «Детская хирургия» 1970 г.
4. Задгнизде Т.А. с соавт. «Неотложная рентгенодиагностика у детей» М. 1990 г.
5. Исаков Ю.Ф. Долецкий С.Я. «Детская хирургия» М. 1978 г.
6. Пугачев А.Г., Финкельсон А.Т. «Закрытые повреждения органов брюшной полости у детей» М. 1981 г.

Аннотация на лекцию Хамраев А.Ж. для студентов 6 курса ТашПМИ на тему «Диагностика и тактика лечения при острых процессах органов брюшной полости у детей».

Обучить студентов на догоспитальном этапе диагностике, дифференциальной диагностике и определить тактику лечения при острых заболеваниях органов брюшной полости и их реабилитации и диспансеризации в постгоспитальном этапе. Ознакомить на догоспитальном этапе клиническим признакам, диагностике и тактике лечения острых процессов органов брюшной полости у детей в первичном звене.

Научить правильно ставить диагноз больным с острыми процессами органов брюшной полости в догоспитальном этапе и уметь оказать первую врачебную помощь. Проводить наблюдение за детьми в послеоперационном периоде в условиях СВП, СП. Проводить реабилитацию и диспансеризацию больных после острых процессов органов брюшной полости у детей в первичном звене.

Лекция предназначена для детских хирургов, неонатал хирургов, неонатологов, субординаторов педиатрического факультета.