

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

Кафедра: Детской Хирургии №2

Лектор: Шамсиев А.Ф.

ЛЕКЦИЯ

**Тема: «Диагностика и тактика лечения при острых процессах
органов брюшной полости у детей».**

Ташкент - 2000

Цель лекции: При изучении данной темы своевременно установить дифференциальный диагноз, оказать догоспитальную помощь.

Задачи: 1. Изучить отдельные клинические признаки заболевания, часто встречающихся при острых процессах органов грудной полости, ознакомление с основными принципами из лечения. 2. Установить диагноз и оказать первую медицинскую помощь. 3. Наблюдение за детьми в послеоперационном периоде в условиях первичного звена здравоохранения. 4. Вопросы реабилитации и диспансеризации.

План:

1. Введение.
2. Классификация острых процессов органов брюшной полости.
3. Течение острых процессов органов брюшной полости.
Основные принципы лечения, реабилитации, диспансеризации.

Введение. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, требующие неотложной помощи и коррекции, встречаются в практике наиболее часто. Однако разнообразие их клинических проявлений в различных возрастных группах дает повод к многочисленным диагностическим ошибкам как врачей-педиатров, так и детских хирургов. Все это обуславливает значительный практический интерес в мире врачей амбулаторно-поликлинической службы к вопросам ургентной хирургии у детей. Сложность диагностики многих хирургических процессов органов брюшной полости связана с психической незрелостью ребенка и функциональными особенностями их систем и органов.

В данной лекции поставлена задача и цель отразить вопросы, касающиеся приобретенных острых процессов органов брюшной полости, их диагностика и тактика врача-педиатра в основном на догоспитальном и в период реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях.

К острым процессам органов брюшной полости у детей чаще всего можно отнести следующие нозологические единицы:

1. Острый аппендицит
2. Острая инвагинация кишечника
3. Первичный гематогенный перитонит
4. Спаячная кишечная непроходимость
5. Динамическая кишечная непроходимость
6. Дивертикул Меккеля
7. Закрытые повреждения органов брюшной полости
8. Ущемленные паховые и пахово-машеночные грыжи
9. Инородное тело желудочно-кишечного тракта

Клинические проявления и варианты течения острых процессов органов брюшной полости:

Острый аппендицит-самое частое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Которое у детей 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: а) типичное-в правой подвздошной области, б) атипичной-тазовое, подпеченочное медиальное ретроцекальное ретроперитонеальное.

Кроме вариантов расположения червеобразного отростка на разнообразие клинических проявлений имеет значение также выраженность воспалительного процесса реактивность организма ребенка и возраст. Острый аппендицит в клиническом плане характеризуется чаще всего следующими проявлениями, т.е. симптомами: 1) боль-которая у больного бывает постоянно ноющего характера. Она начинается в большинстве случаев в эпигастриальной области, а затем смещается в правую подвздошную область. 2) Тошнота или однократная рвота в начале заболевания, связанная с раздражением «солнечного сплетения». 3) Задержка стула или наоборот учащенный стул. 4) 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 мягкой 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 мочеточника 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 интричность кожных покровов и видимых слизистых.

Дифференциальная диагностика-отсрого аппендицита у детей приходится дифференцировать с тем заболеваниями, которые сопровождаются болями в животе, к нима относятся:

1. Торакоабдоминальный синдром-чаще всего проявляется при ОРВИ, правосторонних пневмониях обострении хронических тонзилитов отитов среднего уха и т.д. В отличии от острого аппендицита боли отмечается по всему животу, но больше в правой половине с напряжением мышц передней брюшной стенки при наличии высокой температуры до 38-39. Дифференциальный диагноз основывается в данном случае в неоднократном осмотре больного уменьшения явления интоксикации, нормализации температуры тела а при необходимости проведения рентгенологического исследования легких консультации других специальностей.
2. Холепистопатия-при данной патологии имеются характерные боли чем при остром аппендиците боли в правом подреберье, иррадируют в правую лопатку и плечо. Иногда при появлении удаётся пальпировать увеличенный желчный пузырь а также явления интоксикации, повышение температуры тела у больных.
3. Острый гепатит-правильно собранный анамнез, продромальный период наличие контакта с больным или инъекция последние 3-6 месяцев, иктеричность склер кожных покровов, темная моча, ахоличный стул, увеличение печени-болезненность ее при пальпации все что будет связано в пользу гепатита.
4. Дизентерия-с ней приходится дифференцировать чаще при тазовом расположении червеобразного отростка. В этом случае боли по всему животу не отмечается напряжения мышц передней брюшной стенки.

Сопровождается она также интоксикацией высокой температурой тела, неоднократная рвота.

5. Почечная колика-в отличии от острого аппендицита, характеризуется приступообразными болями в поясничной области, при этом больной не находит себе места (выражение-больной лезит на стену). Боли иррадиируют в бедро половые органы, учащенное мочеиспускании. Живот остается мягким, умеренно болезненным, больше справа. В общих анализах мочи-эритроциты, соли. Большое значение в данном случае имеет обзорная рентгенография мочевыводящих путей, УЗИ иногда внутривенная урография.
6. Абдоминальный синдром болезни Шенлейна-Геноха-характеризуется резкими болями в животе тошнотой, рвотой, повышением температуры тела. Большое значение имеет тщательный осмотр, при котором выявляется наличие гемморрогического петихального высыпания в области суставов (разгибатели) и по бокам передней брюшной стенки.

Кроме вышеперечисленных назологических заболеваниями как: острый ревматизм, глистная инвазия, неспецифический мезоаденит, гематокольпс и т.д. Во всех случаях при подозрении врача педиатра на возможность у больного диагноза острый аппендицит необходимо направить к детскому хирургу или в детский хирургический стационар.

Инвагинация кишечника-наиболее чаще она встречается у детей грудного возраста (с 4 месяцев до 1 года)-80%, когда в рацион ребенка вводится прикорм. 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 илеоцикального угла (93,7%), так называемые слепо-ободочная и повздошно-ободочная. Клиника характеризуется острым началом на фоне полного здоровья. Ребенок как бы немного успокаивается это может продолжаться в течении 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 пальпации 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 Ридчардсона.

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. Абдоминальный 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, обтураций кишечника, энтероколитами т.д.

Спаечная кишечная непроходимость-данная патология может встречаться 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 большее через 3-4 дня или в течении первых 3-4 недель. Если возникает в первые 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-отсрочная форма спаечной кишечной непроходимости. При первой форме схваткообразного характера рвота бывает частая и обильная. При наличии желдочного зонда усливается отхождения застоя по нему кишечного содержимого. Живот становится несимметричным, положительный симптом Валя. Перистальтика кишечника Валя или отсутствует, легкие поглаживания передней брюшной стенки усливает пристальтику, тем самым усливает болевой приступ. Стул отсутствует, газы не отходят. Диагноз подтверждается в основном на основании обзорной рентгенографии брюшной полости стоя-наличие чаши Клойберга, 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 *ret os* дезинтоксикационная терапия, промывание желудка, сифонная клизма с гипертоническим раствором, паранефральная олокада по вишневному, препараты, усливающие перестальтику кишечника. Эти манипуляции проводятся в течении 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 кратковременными сильными 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:

1. Стадия-общее состояние страдает относительно мало и все имеющиеся изменения при своевременной коррекции легко могут быть обратимыми.
2. 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.
3. 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.

Первичный гематогенный перитонит-это острые процессы брюшной полости, не являющиеся осложнением других воспалительных процессов (аппендицит, 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 илеопикального 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 могут поражаться и полости поражаются паренхиматозные органы, но могут поражаться и полые органы. Из паренхиматозных органов на первом месте стоит повреждение селезенки (до 50%), которые могут быть изолированные (одномоментные, двухмоментные) или сочтаные. Различают 4 вида разрыва селезенки: 1) поверхностное (надрыв капсулы), 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. Состояние детей при поступлении чаще бывает ближе к удовлетворительному или средней тяжести, но у всех отмечаются боли в животе чаще с локализацией в правом подреберье и эпигастриальной области. Бледность кожных покровов. Живот умеренно вздут, имеется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Гемодинамические нарушения наступают более позже. 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 оледеневшие. Характерен симптом «пупка», Кумпкамфа. 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 беспокойство из-за боли 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.

Инородные тела ЖКТ: У детей сравнительно часто в ЖКТ попадают различные и чужеродные 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 крови на ферменты УЗИ печени: ретроцекальное обзорная рентгенография мочевыводящих путей, УЗИ: тазовое расположение пальцевое раследование ампулы кишки, обзорная рентгенография мочевыводящих путей.
2. Инвагинация кишечника у детей-необходимо сделать пальцевое обследование ампулы прямой кишки. Противопоказано назначение обезболивающих и спазмолитков. Так же тактика при ущемленной паховой грыже.
3. Спаечная кишечная непроходимость: 1) обзорная рентгенография брюшной полости (стоя), 2) постоянный зонд в желудке для депомпресси, 3) по показаниям обезболивающие и спазмолитические перипараты.
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.Т. с соавт. «Закрытые повреждения органов брюшной полости у детей» М. 1981 г.