

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

Кафедра госпитальная детская хирургия

Тема: **Синдром пальпируемой
опухоли брюшной
полости у детей.**

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

Ташкент -2006

План лекции:

1. Введение

2. Диагностика, дифференциальной диагностики и тактики лечения при хирургических заболеваниях органов брюшной полости, сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли»

3. Диагностика, дифференциальной диагностики и тактики лечения при хирургических заболеваниях забрюшинного пространства и органов внутреннего гениталия сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли»

4. Проведения диспансеризации и реабилитации и профилактики осложнения у больных «синдромом пальпируемой опухоли»

Цель лекции: Обучать студентам при заболеваниях органов брюшной полости сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли» проведения диагностики, дифференциальной диагностики, определить тактики лечения догоспитальном этапе и их реабилитационные лечения постгоспитальном этапе

Задачи: Студент должен знать догоспитальном этапе диагностики, методов исследования, дифференциальной диагностики и тактики лечения при хирургических заболеваниях органов брюшной полости сопровождающихся «синдромом пальпируемой опухоли» и их постгоспитальном этапе реабилитации и диспансеризации

1. Введение.

Все врожденные и приобретенные (паразитарные и травматические) кисты брюшной полости больше у детей клинически сопровождаются синдромом пальпируемой опухоли (СПО). У этих категории больных главным доминирующим симптомом является наличие пальпируемые опухоли в брюшной полости, симметричные и асимметричные увеличения конфигурация живота. Болевые симптомы в начальном этапе заболевания не сопровождается. Она могут сопровождаться в тех случаях когда возникает осложнения первичного заболевания. Клиническая картина различных по своей первичной локализации кист брюшной полости иногда оказывается сходной, но имеются и существенные различия. Диагностическая и лечебная (хирургическая) тактика в значительной мере определяются локализацией и происхождением кисты, а также характером возникающих осложнений.

Для диагностики хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей проявляющихся «синдромом пальпирующий опухол» необходимо:

- анамнез,
- осмотр,
- пальпация,
- перкуссия,

- аускултация,
 - обзорная рентгенография брюшной полости,
 - ирригография,
 - пассаж ж.к.т.,
 - УЗИ органов брюшной полости,
 - компьютерная томография,
 - эксреторная урография,
 - пневморетероперитониум
- ЯМРТ

Все кист брюшной полости у детей проявляющихся синдромом пальпируемой опухоли классифицируются главным образом по анатомическим и этиологическим принципам.

Различаются группы кисты, исходящие из одного органа: мезентериальные, кисты сальника, селезенки, поджелудочной железы и уrogenитальные. Каждая из этих групп еще включает в себя различные по строению кистозные образования: лимфангиомы, тератодермоидные и др.), которые могут быть врожденными – «истинными» или приобретенными – «ложными».

1.. Мезентериальные кисты брюшной полости

Мезентериальные кисты брюшной полости придерживаются следующая классификация.

1.Кисты брыжейки лимфатического происхождения:

а) поликистозная б) простые кисты (одиночные и множественные, однокамерные и многокамерные).

2.Терато-дермоидные кисты брыжейки.

3.Кисты уrogenитального происхождения.

Клиническая картина. Н е о с л о ж н е н н ы е к и с т ы

б р ы ж е й к и любого происхождения отличаются скудостью симптоматики. У наблюдаемых нами детей они чаще всего сопровождались только несильными болями неопределенного характера и увеличением живота.

Изредка кисты брыжейки оказываются случайной находкой во время операции В большинство случаев неосложненных кист удаётся обнаружить в мезогастральной области и возможность смещения «вокруг» пупка. Свободная подвижность в брюшной полости иногда настолько значительная во всех направлениях, что кисту можно «потерять» на неопределенное время. Но эти признаки непостоянны, зависят от размеров кисты, окружающих ее сращений, длины брыжейки в зоне ее локализации и встречаются только у 20% детей (Gollins, Holcomb, 1958, и др.).

Следует весьма критически относиться к методу перкуторного определения полосы тимпанита вокруг зоны ограниченной тупости, когда кишка окаймляет кисту брыжейки в виде «кольца Сатурна». У детей проследить этот симптом с достаточной убедительностью почти никогда не удаётся. В отдельных случаях, при наличии крупных, тонкостенных и с

низким давлением содержимого кист, удается отметить зыбление, что должно наводить на мысль о кисте. Важнейшим диагностическим признаком у детей следует признать обнаружение в брюшной полости опухолевидной кистозной массы, а главным приемом исследования – пальпацию, позволяющую выявить характерные признаки

У беспокойных детей младшего возраста пальпаторному выявлению кисты способствует дача неглубокого эфирно-кислородного наркоза или применение мышечных релаксантов короткого типа действия

Важным средством диагностики является *рентгенологическое исследование*, которое начинают с обзорных снимков брюшной полости. Рентгенологические характерные симптомы является гомогенное затемнение с четкими овальными контурами, сдавление и перемещение кишечника с оттеснением его кпереди, высокое стояние куполов диафрагмы. При высокой рентгенопроницаемости кисты (хилосодержащие лимфангиомы), косвенным признаком может служить своеобразное положение наполненных газом кишечных петель вокруг смещающего их образования. Иногда отмечаются кальцификация кисты или характерные для тератоидных образований участки костной ткани.

Пневмоперитонеум, ретропневмоперитонеум и их сочетания повышают диагностические возможности, но практически большее значение имеет контрастирование ирригография кишечника взвесью сернокислого бария. Серийное обследование с пальпацией и перемещением подозреваемого образования и контрастированием кишечных петель уточняет их взаимоотношения. Кроме того проведения УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и компьютерного томография (КТ) и ЯМРТ позволяет выявить генез и локализации кист в брюшной полости.

Осложненные кисты брыжейки, могут быть в виде **сдавления, нагноения, прорыв**. При наличие осложнения кисты брыжейки наблюдаются повышения температуры тела, боли в животе, часть детей поступает с явлениями перитонита или наличием симптомами хронической и острой кишечной непроходимости.

В случаях **сдавления кистой просвета кишки** периодически возникают приступообразные боли в животе, локализацию которых выявить у детей младшего возраста невозможно. Более старшие дети жалуются на боль ниже пупка. Приступы сопровождаются рвотой (иногда задержкой стула). Однако часто боль самостоятельно проходит, и ребенок вновь себя чувствует совершенно здоровым. При осмотре во время приступа может отмечаться асимметрия живота за счет выступающего опухолевидного образования и видимой перистальтики кишечника. Поверхностной осторожной пальпацией удается определить в брюшной полости умеренно подвижную и болезненную кистозную массу. Ее наличие ещё могут подтвердить пальцевым ректальным исследованием. Однако, определение

кисты брыжейки небольших размеров крайне сложно из-за легкой ее смещаемости и затруднений связанных беспокойством ребенка.

В период стихания болей, настойчивое и правильно проводимое пальпаторное исследование помогает уточнить диагноз.

Киста брыжейки, осложненная **заворотом** прилегающей петли кишки, проявляется картиной острой кишечной непроходимости. У ребенка среди полного здоровья внезапно начинаются очень сильные приступы болей в животе, многократная рвота, задержка отхождения газов, стула, умеренное вздутие живота в верхних отделах. Клинические признаки и рентгенологическое исследование в таких случаях редко помогают распознать истинную причину заболевания. Обычно ребенка оперируют с диагнозом более часто встречающихся видов острой механической кишечной непроходимости (инвагинация, глистная obturация).

УЗИ и КТ диагностика дает большие диагностические информации

Воспаление и перфорация кисты брыжейки сопровождаются повышением температуры тела, постоянными болями в животе, ухудшением общего состояния. Рвота может быть однократной или изнурительно частой. При обследовании выявляется картина острого перитонита. Локализация болей непостоянна. Из-за напряжения мышц брюшной стенки прощупать кисту обычно невозможно. Детей с подобной клинической картиной, как правило, оперируют по срочным показаниям с диагнозом «острый аппендицит» или «гематогенный перитонит». Даже в тех случаях, когда удается пальпаторно определить кисту, хирург склонен трактовать ее как аппендикулярный инфильтрат. Рентгенодиагностика, УЗИ и КТ диагностика дает большие диагностические информации

Дифференциальный диагноз не осложненной кисты брыжейки с другими кистозными образованиями брюшной полости возможен при внимательном анализе клинических, рентгенологических, лабораторных, УЗИ, КТ и ЯМРТ данных. Вероятные ошибки диагностики не влекут серьезных последствий, так как лечебные мероприятия при этих заболеваниях идентичны.

Опухоль почки, гидронефроз или дистопия могут быть ошибочно приняты за кисту брыжейки. В связи с этим при органической подвижности прощупываемого в брюшной полости образования или при больших кистах, расположенных латерально, показана экскреторная урография или КТ.

Опухоль Вильмса. Опухоль левой почки.

При дифференциальной диагностике следует считаться с возможностью обнаружения *опухоли кишечника, яичника, лимфатических узлов брыжейки*. В литературе приведены случаи, когда за кисту принимали натечный абсцесс и даже аневризму аорты.

Осложненные кисты приходится дифференцировать с механической (хронической и острой) кишечной непроходимостью, вызванной другими

причинами, а также аппендицитом или гематогенным перитонитом. Распознавание истинной причины заболевания сложно из-за сходной симптоматики и определенной настроенности хирурга, который не думает о возможном наличии встречающейся у детей кисты.

Однако подробный разбор анамнестических данных (периодические приступы болей, запоры, рвоты, увеличение живота), клинической симптоматики (наличие кистозной массы в брюшной полости и не типичность проявлений предполагаемого заболевания) и некоторых рентгенологических находок должен настораживать в отношении осложненной кисты брыжейки.

В догоспитальном этапе после установления предварительного диагноза или в сомнение и затруднения диагноза врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистрата детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Надо стремиться всегда больного госпитализировать в плановом порядке без осложненной стадии кист брюшной полости.

2. Кисты сальника.

Клиническая картина. Наиболее частым клиническим проявлением кисты небольшого размера является систематическое возникновение болей в животе, иррадирующих в подложечную область и усиливающихся при физической нагрузке. Перкуторно и при ощупывании в брюшной полости обнаруживают округлое китовидное гладко стенное, иногда дольчатое образование, имеющее триаду симптомов: а) поверхностное расположение; б) свободную подвижность; в) незначительные функциональные нарушения со стороны внутренних органов.

При крупных кистах сальника, занимающих большую часть брюшной полости, эти признаки теряют значение. В таких случаях обращает на себя внимание увеличение живота и несколько реже расширения вен передней брюшной стенки. Расстройств гемодинамики может не возникать вследствие поверхностного расположения сальника и преимущественного роста кисты кпереди.

Кисты значительно подвижны, особенно в краниальном направлении. Книзу они смещаются заметно хуже и сопровождаются выраженными болевыми ощущениями в подложечной области и заметным уражением пульса (раздражение солнечного сплетения).

При перкуссии живота над кишечными петлями отсутствует тимпанит, и на всем протяжении выявляется характерное притупление звука. Однако этот симптом, как и степень подвижности, зависит от размеров образования. Кисты сальника, как правило, тонкостенны и имеют низкое давление содержимого. Это объясняет часто обнаруживаемый феномен зыбления. При крупных сальниковых кистах выявляется важный и патогномичный «симптом дрожания. Однако, по нашим данным, этот признак при самом тщательном подходе к его выявлению недостаточно убедителен.

При рентгенологическом исследовании, особенно пассажа желудочно-кишечного тракта с дачей контраста через рот и ирригографией, отмечается наличие округлой, нередко имеющей сегментарный контур, малоконтрастной опухоли, расположенной спереди от кишечных петель и желудка. Тонкая кишка при этом часто смещается вниз и кзади, а желудок, поперечная ободочная и двенадцатиперстная кишка – вверх. УЗИ, КТ и ЯМРТ дает диагностические больше возможности при постановки диагноза.

Нередко кисты осложняются воспалением, нагноением, кровоизлиянием, ее заворотом или разрывом. Осложнения протекают при картине «острого живота»

Дифференциальный диагноз с кистами брюшной полости, исходящими из других органов и забрюшинного пространства, достаточно сложен. Некоторую помощь оказывают рентгенологическое, УЗИ, КТ и ЯМРТ исследований и клинические данные, указывающие на поверхностное расположение кисты.

При осложненных кистах тяжесть общего состояние больного напряжение брюшной стенки и вздутие живота препятствует точной диагностике.

После установления предварительного диагноза или в затруднения диагноза врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистратского детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда больного госпитализировать в плановом порядке без осложненной стадии кист брюшной полости.

3. Кисты поджелудочной железы.

По данным литературы, кисты поджелудочной железы принято разделять на врожденные, опухолевые паразитарные и травматические. Врожденные кисты (истинные), имеющие эпителиальную выстилку, могут локализоваться в любом участке ткани железы и чаще бывают многокамерными..

Клиническая картина. Врожденная киста поджелудочной железы длительное время может оставаться незамеченной. Основным клиническим симптомом является наличие опухолевидного образования с гладкими контурами, расположенного в верхних отделах брюшной полости. Пальпация кисты безболезненна, подвижность резко органичена. При врожденных кистах ребенок обычно не жалуется на болевые ощущения, однако при периодически могут возникать и сопровождаться рвотой. При наличии кисты больших размеров живот равномерно увеличен, на передней брюшной стенке видна сеть расширенных венозных сосудов.

В зависимости от локализации могут наблюдаться симптомы сдавления общего желчного протока, а также признаки непроходимости желудочно-кишечного тракта. Периодически киста может увеличиваться или уменьшаться в своих размерах. Дети часто страдают понижением аппетита, тошнотами, задержкой стула или поносами.

При воспалении кисты появляются боли, повышается температура тела, увеличивается число лейкоцитов крови. Некоторую помощь в установлении диагноза оказывают лабораторные данные, которые в ряде случаев выявляют нарушения функции поджелудочной железы.

Рентгенологическое исследование часто позволяет уточнить диагноз кисты. Располагаясь в полости малого сальника, она смещает желудок кверху и кпереди, а поперечную ободочную кишку – книзу. Это особенно четко прослеживается на рентгенограммах при пассаже контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта.

Кроме того, при заполнении желудка взвесью сернистого бария удается заметить овальную линию вдавления его контура, чаще по большей кривизне; рисунок слизистой оболочки при этом остается неизменным. Бариевая клизма позволяет отметить сужение просвета поперечной ободочной кишки; если киста расположена в области хвоста железы, то селезеночная кривизна ее отгестена кпереди, вправо и деформирована. Следует подчеркнуть, что исследование в боковой проекции нередко имеет определяющее значение. Проведения ретропневмоперитонеума, УЗИ, КТ и МРТ позволяют точно поставить диагноз

Эхографическая картина псевдокисты поджелудочной железы.

1-печень; 2-желудок; 3-киста.

Дифференциальный диагноз проводят с кистами брюшной полости, исходящими из других органов, гидронефрозом, аномалиям форм и опухолями почек, асцитом, туберкулезным перитонитом. В ряде случаев приходится прибегать к дополнительным исследованиям мочевыделительной системы, определению содержания ферментов поджелудочной железы при дуоденальном зондировании, спленопортографии и др. однако распознавание кисты бывает в ряде случаев невозможно без последнего этапа диагностики – пробной лапаротомии.

После установления предварительного диагноза, врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистрата детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда больного госпитализировать в плановом порядке без осложненной стадии кист брюшной полости.

4. Кисты селезенки.

Врожденные кисты селезенки у детей встречаются крайне редко. Положение непаразитарных кист в селезенке может быть самым различным: нижний полюс селезенки - 26%, выпуклая поверхность – 18%, вогнутая –

18%, ворота – 14%, передний край – 12%, верхний полюс – 9% и задняя поверхность – 3%. Гистологическая дифференцировка затруднительна из-за часто плохо выраженной, измененной кровоизлияниями или воспалительным процессом внутренней выстилки.

Клиническая картина. Кисты селезенки могут длительное время не беспокоить ребенка, протекать бессимптомно. В таких случаях они бывают обнаружены при случайном ощупывании живота родителями или врачом, во время рентгенологического исследования, пробной лапаротомии или операции, предпринятой по другому поводу. Однако чаще кисты селезенки вызывают многообразные симптомы, которые связаны прежде всего с наличием в брюшной полости кистозной массы, расположенной в верхнем квадранте живота и левом гипохондри.

Болевые ощущения у ребенка появляются обычно задолго до обнаружения кисты. Боль носит самый разнообразный характер (чаще приступообразная, ноющая), локализуется в животе, груди, в левом подреберье, эпигастрии, пояснице или около пупка. Характерно усиление болей при физической нагрузке или в связи с переменной положения тела. Давление кисты на диафрагму и органы грудной клетки вызывает одышку, кашель и боли в груди слева. Эти проявления чаще отмечаются при расположении кист в области верхнего полюса селезенки. Из-за высокого состояния купола диафрагмы и плохой вентиляции левого легкого дети часто болеют пневмонией.

С давлением кистой пищеварительного тракта вызывает запоры и чувство тяжести, а после приёма пищи – тошноту, рвоту, метеоризм. Изредка у детей отмечают боли типа почечной колики (слева) и альбуминурию. Повышение температуры при не осложненном течении не характерно.

Рентгенологическое исследование обнаруживает мягко тканное образование в левом наружном верхнем квадранте живота, умеренно подвижное при дыхательных движениях диафрагмы, купол которой слева плохо различим и, как правило, расположен очень высоко. При внутривенной пиелографии в типичных случаях левая почка смещена вниз, но не ротирована.

Контрастное исследование желудка показывает его смещение вправо, иногда – книзу; большая кривизна носит следы в давления кисты. Заполнение барием толстой кишки выявляет смещение книзу селезеночного угла (при кистах средних размеров) или низкое расположение поперечной ободочной кишки (при крупных кистах). Многие авторы придают значение специальным методом исследования УЗИ, КТ, ЯМРТ, ретропневмоперитонеуму, пневмопериатонеуму, аортографии, спленопортографии.

Эхографическая картина кисты селезенки.

С-селезенка; К-киста; С.В.-селезеночная вена

В случае травматических разрывов кисты селезенки клиническая картина определяется симптомами внутрибрюшного кровотечения и перитонеальными явлениями. Таких детей обычно оперирует по срочным показанием с диагнозом «повреждение селезенки», и только во время лапаротомии становится ясной причина заболевания.

Дифференциальный диагноз следует проводить с кистами других органах брюшной полости, гидронефрозом и опухолями левой почки, спленомегалиями другого происхождения, за брюшинными опухолями.

Клинически и рентгенологически прежде всего следует исключить *спленомегалию*. Увеличение селезенки обычно бывает результатом портальной гипертензии, острой инфекции или обнаруживается на фоне заболевания системы крови. Течение болезни, характер увеличения и размер селезенки в сочетании с лабораторными данными (общие и биохимические анализы крови, функциональные пробы печени, пунктат костного мозга и др.) проясняют картину. Рентгенологически спленомегалии не вызывают с давлением большой кривизны желудка и его деформацию, типичную для крупных селезеночных кист.

Паразитарные кисты селезенки (эхинококк) чаще наблюдается в районах их эндемической распространенности. Диагностике помогают специфические пробы. Рентгенологическое исследование показывает характерную для эхинококка кальцификацию стенок кисты

Кистозные опухоли и образования брюшной полости и забрюшинного пространства дают сходные проявления и дифференцируется с трудом. Они обычно меньшего размера, чем селезеночные кисты, расположены медиальные, их давление смещает желудок вверх и влево. Сальниковые и мезентериальные кисты обладают характерной подвижностью и обнаруживаются, в отличие от селезеночных кист, в области пупка.

Опухоли левой доли печени могут симулировать селезеночную кисту, но они обычно не так велики и смещают селезенку, что может быть обнаружено рентгенологически и физикально.

Злокачественные опухоли почки и невробластомы увеличивается в размерах; при наличии как почечных, так и внепочечных опухолей можно обнаружить нормальную селезенку. Внутривенная урография уточняет диагноз. Проводя рентгенологическую дифференциальную диагностику, надо учитывать, что все за брюшинные опухоли чаще рокируют почку, чем перемещают ее.

Приведенные данные свидетельствует о большой трудности диагностики. Среди наблюдаемых нами двоих детей с кистой селезенки диагноз в одном случае был заподозрен, а в другом имела место травма с разрывом кисты, и только операция помогла распознаванию заболевания

После установления предварительного диагноза, врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистрата детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику

6. Удвоения пищеварительного тракта в брюшной полости.

Удвоения пищеварительного тракта в брюшной полости широко варьирует по своей форме, локализации и симптоматологии. Наиболее часто встречающиеся кистозные формы могут локализоваться в любых отделах желудка и кишечника.

Желудочные кисты бывают значительных размеров, остаются длительное время бессимптомными и могут быть диагностированы иногда лишь у взрослых людей. Однако в некоторых случаях наблюдаются удвоения желудка значительных размеров, которые проявляются в младенческом возрасте опухолевидным образованием в эпигастральной области. У ребенка отмечают плохой аппетит, он жалуется на неприятные ощущения, связанные с постоянным кажущимся «переполнением» желудка. Бывает рвота.

Рентгенологическая исследование с контрастной массой показывает изменения нормальных контуров желудка – в просвет выступает округлое образование. Гомогенная тень кисты позволяет определить ее размеры и положение относительно других органов. При исследовании с бариевой клизмой видно смещение поперечной ободочной кишки книзу.

Локализация кистозного удвоения в области двенадцатиперстной кишки обычно сопровождается симптомами хронической непроходимости.

Кистозные формы удвоения наиболее часто встречаются в терминальном отделе подвздошной кишки. сдавливая просвет кишечной трубки, они вызывают явления рецидивирующей непроходимости. Ребенок жалуется на периодические приступообразные боли, чувство переполнения кишечника. Повышается температура тела. Во время приступа болей появляется рвота. Приступы продолжаются от нескольких минут до часа, могут быть однократными и длительное время не беспокоить ребенка.

При осмотре живота можно отметить видимую перистальтику кишечника. Пальпаторно кистозное образование прощупывается не всегда. В остром периоде может быть выявлено умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, но чаще живот остается мягким и безболезненным.

Небольшие кисты терминального отдела подвздошной кишки в виде исключения могут служить причиной возникновения острой или хронической инвагинации, протекающей с типичной клинической картиной.

Относительно редко находят кистозные удвоения вдоль толстой кишки. Они частично сдавливают просвет кишечной трубки, могут пальпироваться через брюшную стенку, но обычно не вызывают симптомов непроходимости. при расположении кисты позади прямой кишки основным клиническим симптомом являются постоянные запоры, которые беспокоят ребенка с раннего возраста. При пальцевом исследовании *per rectum* киста легко определяется между кишкой и передней поверхностью крестца.

Кистозные удвоения, расположенные на отдельной брыжейке, обычно протекают бессимптомно. Только при значительных размерах образование

изменяет форму живота и может быть выявлено при пальпаторном обследовании.

Дивертикулярные формы удвоения редко протекают бессимптомно. Обычно проявляются острой непроходимостью, возникающей в связи заворотом или узлообразованием кишечной петли, имеющей дивертикул. Дооперационный диагноз, как правило, бывает ошибочным, и только при ревизии брюшной полости устанавливают истинную причину заболевания.

Рецидивирующая непроходимость может быть связана со с давлением просвета кишки большим дивертикулом, расположенным параллельно с основной кишкой. Симптомы развиваются относительно медленно. В начале ребенок ощущает чувство дискомфорта, неопределенные боли. Затем появляются резкие приступы схваткообразных болей, рвота. Развивается интоксикация. Могут быть более жестокие и длительные приступы.

При осмотре видно некоторая асимметрия живота, волны перистальтики. При пальпации прощупывается опухолевидное, жестковатой консистенции образование, умеренно подвижное, безболезненное.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием (пассаж) помогает диагностике: контрастное вещество длительное время задерживается в дивертикуле. Кроме того проведения ирригографии, УЗИ, КТ и ЯМРТ помогает подтвердить диагноза.

Кишечное кровотечение может возникнуть при любой форме дивертикулярного удвоения пищеварительного тракта в связи с наличием в выстилающем их эпителии слизистой желудочного типа. Выделяемый ею секрет, действуя на кишечную слизистую, вызывает образование пептической язвы и эрозию кровеносных сосудов.

Кишечное кровотечение может быть необильным и длительное время оставаться незамеченным. Однако нарушение целостности крупного сосуда сопровождается значительным выделением крови. В таких случаях кровотечение начинается внезапно, среди полного здоровья. У ребенка в стуле обнаруживают большое количество темной крови, иногда видны более яркие сгустки, но слизи, как правило, нет. Довольно быстро у ребенка развивается картина анемии. Жалоб ребенок не предъявляет, рвот нет. При пальпации живота опухолевидных образований обычно не находят.

Дифференцировать кровотечение из пептической язвы дивертикулярного удвоения кишки приходится с другими видами кишечных кровотечений.

При инвагинации, в отличие от кровотечений из пептической язвы, в стуле вместе с кровью находят слизь. Кроме того, для внедрения кишки характерны резкие болевые приступы, рвота, которые предшествуют кровотечению. И, наконец, при инвагинации в брюшной полости, как правило, пальпируется колбасовидное образование (инвагинат).

Кишечное кровотечение, вызванное изъязвлением гемангиомы слизистой кишки или пептической язвой меккелева дивертикула, клинически настолько сходно с кровотечением при удвоении кишечника, что

до операции дифференцировать их не представляется возможным. В таких случаях пробная лапаротомия будет последним этапом диагностики.

Перфорация дивертикула возникает на месте пептической язвы или в связи с нарушением кровоснабжения его стенки при изолированном завороте. Заболевание начинается остро, появляются сильные боли в животе, беспокойство, рвота. Развивается клиническая картина острого перитонита

Трубчатые формы удвоение, занимающие малую протяженность кишечной трубки, обычно являются случайной находкой во время операции или на секции.

Удвоение дистальных отделов толстой кишки при сочетании со свищами в мочеполовую систему имеют два основных варианта: а) атрезия анального отверстия и широкий свищ преддверия влагалища, мочевого пузыря, промежности и т.п.; б) нормально сформированное заднепроходное отверстие и свищевой ход в мочеполовые органы или промежность. Через свищ отходит значительное количество фекальных масс. Подобные удвоения часто сочетаются с множественными пороками развития.

Трубчатые формы удвоение не сопровождаются кровотечением или перфорацией, так как строение их слизистых обычно идентично основной кишечной трубке.

Рентгенологическое исследование редко помогает диагностике. В некоторых случаях данный рег ос барий показывает очертание параллельных прилежащих отделов кишки. При одновременном тугом заполнении прямой кишки взвесью бария через задний проход и введением металлического катетера через имеющийся свищ промежности также можно выявить удвоение: тень катетера видна отдельно от контрастной массы. В ряде случаев удвоение прямой кишки диагностируют при ректороманоскопии.

В догоспитальном этапе после установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистрата детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Надо стремиться всегда детей госпитализировать в плановом порядке при появления ранних признаки заболевания, до наступления осложнения кист брюшной полости.

6. Паразитарные кисты органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей.

Паразитарные (эхинококк) кисты селезенки, брыжейки и стенки кишечника, желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и почки чаще наблюдается в районах их эндемической распространенности.

У детей эхинококк чаще локализуется в печени, в основном в правой половине. Эхинококкоз бывает по характеру поражения первичными и вторичными.

Клиническое течение заболевания делится на 3 стадии:

Бессимптомная стадия - от момента заражения до появления первых симптомов

Стадия развития симптомов, вызванных ростом кисты, ее сдавления

Стадия осложнения кисты - нагноение, перфорация, обызвествление.

Клиника. 1. При эхинококкозе печени определяются следующие симптомы и признаки: тупые боли и чувство тяжести, давления, стеснения в правом подреберье, эпигастральной области или нижнем отделе грудной клетки. Это сопровождается слабостью, общим недомоганием, ухудшением аппетита, быстрой утомляемостью, одышкой.

Периодически наблюдаются аллергические реакции в виде крапивницы, поноса, тошноты и рвоты. Обнаруживается округлое выпячивание брюшной стенки, пальпируется опухоль по передней поверхности увеличенной печени. Иногда при поколачивании над областью расположения кисты выявляется симптом «дрожания гидатид», характерный для эхинококкоза. В запущенных и осложненных случаях бывает желтуха, асцит, увеличение селезенки. При нагноении кисты повышается температура тела до $40-41^{\circ}\text{C}$, нарастают явления интоксикации, сопровождающиеся ознобом и проливным потом. Возможен прорыв гнойника в плевральную или брюшную полость, забрюшинную или околопочечную клетчатку, желчный пузырь или внутрипеченочные желчные протоки, желудок или кишку.

КТ картина эхинококк печени.

2. При эхинококкозе селезенки определяются боли и чувство тяжести в левом подреберье с распространением ее в левое плечо и лямбальную область. В этом месте пальпируется опухолевидное образование округлой формы. При разрыве кисты боль резко усиливается, нарастают перитонеальные симптомы, определяется явление анафилактического шока, внутреннее кровотечение. Если эхинококковая киста вскрывается в желудок, толстую кишку или через диафрагму в легкие, то наблюдается рвота, понос или кашель с наличием в мокроте элементов паразита.

3. При эхинококкозе желчных путей и желчного пузыря отмечается ухудшение аппетита, тошнота, зуд кожи, боли в правом подреберье. Перфорация эхинококковых кист в желчных ходах может привести к закупорке желчных путей и развивается обтурационная желтуха, септический холангит. При прорыве в желчный пузырь инфицированной кисты наблюдается бурная клиническая картина с острыми болями в правом подреберье, ознобом, повышением температуры, тошнотой, рвотой.

4. При эхинококкозе почек появляется отек лямбальной области, боли в области поясницы, нарушение мочеиспускания, макрогематурия, повышение температуры тела, симптом Пастернацкого часто положительный.

Обследование:

А. Лабораторные данные:

*общий анализ крови (отмечается анемия, снижение гемоглобина, лейкоцитоз 9000-12000, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, эозинофилия до 70%, ускорение СОЭ до 35-45 мм/ч

*биохимические анализы крови (ферменты, белковые фракции, мочевины, общий белок)

*общий анализ кала и мочи.

В настоящее время применяются следующие серологические реакции: РЛА - латекс - агглютинация, РНГА - непрямая гемагглютинация, РДДФ - двойная диффузия в геле и иммуноферментная реакция..

Б. Инструментальные методы:

*рентгенография брюшной полости

*УЗИ печени и внутренних органов

*КТ

*ЯМРТ

*радиоизотопное исследование печени

*экскреторная урография

*диагностическая пункция при эхинококкозе поверхностных мышц.

Дифференциальная диагностика.

Эхинококк печени дифференцируют с опухолью, желчно-каменной болезнью, кистами желчных путей, циррозом печени.

Эхинококк почек дифференцирует от гидронефроза почек, мочекаменной болезнью, опухолю почек и т.д.

Тактика до госпитализации.

При подозрении и выявлении эхинококковой болезни, ребенка направляют в стационар. Диагностические пункции не рекомендуются, так как возможно обсеменение эхинококком брюшной и плевральной полости. При выявлении осложненных форм эхинококкоза, немедленно госпитализировать больного в стационар.

Тактика после операции при неосложненном и осложненном течении:

При неосложненном течении реабилитация больных проводится в условиях поликлиники. По показателям антигельминтная терапия, физиотерапия, лечебная гимнастика. Повторить со временем лабораторные анализы, рентгенологическое и УЗД-исследование.

При осложненном течении возможны следующие **осложнения:**

А. После операции на печени:

Нагноение остаточной полости после ее неполноценной ликвидации. Это проявляется увеличением печени, повышением температуры тела, симптомами гнойной интоксикации. Диагноз подтверждается лабораторно(общий анализ крови, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ) и УЗД, КТ - исследованием. Тактика лечения - госпитализация в хирургический стационар

Нарушение функций печени. Это подтверждается по клиническим и лабораторным данным. Тактика - гепатотропное лечение.

Рецидив эхинококкоза.

Постепенно прогрессируются клинические симптомы. В анализах крови определяется эозинофилия. Диагноз подтверждается при помощи УЗИ. В таких случаях больного отправляют в стационар для обследования и уточнения **тактики лечения.**

Профилактика

Устранить контакт с животными, особенно с собаками и кошками.

Соблюдать личную гигиену

Избегать травм кожи и слизистых оболочек

Снизить восприимчивость организма к инфекциям (закаливание, занятия спортом и т.д.)

Профилактика на уровне семьи

Родители должны своевременно обратиться к врачу при наличии у ребенка общего недомогания, ухудшения аппетита, тупых болей и стеснения в правом, левом подреберьях, эпигастральной области, желтухе, кожном зуде, боли в грудной клетке, в костях, дыхательной недостаточности, кашле, одышке, выбуханий в мышцах и т.д.

В диагностике паразитарных кист органов брюшной полости и забрюшинного пространства помогают УЗИ, КТ и специфические пробы. Рентгенологическое исследование показывает характерную для эхинококка кальцификацию стенок кисты

Кистозные опухоли и образования брюшной полости и забрюшинного пространства дают сходные проявления и дифференцируется с трудом. Они обычно меньшего размера, чем селезеночные кисты, расположены медиальные, их давление смещает желудок вверх и влево. Сальниковые и мезентериальные кисты обладают характерной подвижностью и обнаруживаются, в отличие от селезеночных кист, в области пупка.

Эхографическая картина множественного метастатического поражения печени.

М-метастазы

Опухоли левой доли печени могут симулировать селезеночную кисту, но они обычно не так велики и смещают селезенку, что может быть обнаружено рентгенологически и физикально.

После установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистратского детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику. Всегда детей госпитализировать в плановом порядке при появлении ранних признаков заболевания, до наступления осложнения кист брюшной полости

7. Гидронефроз

Гидронефрозом называется стойкое и прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек, сопровождающихся застоем мочи. Размеры гидронефроза могут быть различными, от немного большего размера почки, иногда до огромных размеров, занимая все пространство от подреберья до подвздошной кости со смещением кишечных петель. В такой мешке могут скапливаться жидкости до 1-2 литра. Согласно классификации Я.Кучера различаются в зависимости от локализации гидронефроз и уретерогидронефроз. При полной обструкции мочеточника гидронефроз называется закрытым, при частичном - открытым

Клиническая картина врожденного гидронефроза является весьма пестрой, а у детей раннего возраста заболевания часто протекает бессимптомно. Однако с 1-2 лет гидронефроз вызывает ухудшение общего состояния, потеря аппетита, слабость, исхудание, отставание в росте, особенно характерно для двухстороннего гидронефроза. Старшие дети жалуются на боли в животе и поясничной области, чаще схваткообразного характера, реже тупые и тянущие, без отчетливой локализации. У больше половины детей наблюдаются пиурии, что говорит о открытом гидронефрозе.

Эхографическая картина гидронефротической трансформации правой почки. На левой половине снимка визуализируется неизменная левая почка. На правой половине снимка представлена правая почка в виде эхонегативного образования с четкими контурами и эхонегативным содержимым. Паренхима не определяется.

При закрытом гидронефрозе клинические проявления обычно отсутствуют, но при тщательном ощупывании живота можно определить округлое, плотно-эластическое образование различных размеров.. как диагностическая находка. Решающим моментом в распознавании гидронефроза является обзорная рентгенография мочевых путей, экскреторная урография, УЗИ брюшной полости, ирригографии и компьютерная томография.

Экскреторная урограмма, гидронефроз левой почки

Экскреторная урограмма: гидронефротическая трансформация справа, деформация чашечно-лоханочной системы слева;

После установления предварительного диагноза или в сомнениях в диагнозе врач общей практики должен отправить больного для консультации специалиста магистру детского хирурга работающих в специализированных лечебных учреждениях или в консультативную и центральную детскую поликлинику.

Проведения диспансеризации и реабилитации и профилактики осложнения у больных «синдромом пальпируемой опухоли»

В постгоспитальном этапе у больных детей с хирургической патологией сопровождающихся синдромом пальпирующей опухоли подлежат в диспансерном учете.

Цель проведения диспансерного учета, раннем и позднем послеоперационном периоде во время выявления рецидива болезни, малигнизации процесса и за возникшие спаечные болезни

Срок диспансерного наблюдения 1-1,5 года в зависимости от вида болезни и имеющегося послеоперационного осложнения объема повторного оперативного лечения в случаях рецидива болезни и др.

Во время диспансерного наблюдения через 6 мес проводятся глубокие клинические исследования: Общ. анализ крови, мочи, кала, УЗИ, КТ и ЯМРТ брюшной полости, Экскреторная урография, проба Земничкого, Аддиса Каковского, Амбурже.

В период реабилитации проводятся противовоспалительные и общеукрепляющие (ЛФК) лечения направленные улучшающие функции (других) соседних органов и систем.

Снятия от диспансерного учета и время наблюдения не имеет стандартный характер. Он иногда могут быть до полного выздоровления больного. После полного выздоровления спустя 3 мес полностью снимается с учета

Профилактики образования кист предохранения детей от всякого рода тупых травм органов брюшной полости, а также матерей от травм вредных, токсических веществ в раннем антенатальном периоде беременности.

Профилактика прорыва крупных размеров кист брюшной полости у детей является избегания от излишки и грубых пальпации живота и манипуляции, предохранения ребенка от уличного, бытового, спортивного травматизма.

4. Литература

1. Детская хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф. 1998
2. Хирургия пороков развития у детей. Под ред. Баирова Г.А., 1968.
3. Детская хирургия 1.2 том. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. 1971