

Ташкентская Медицинская Академия

Ургенчский филиал

Кафедра детской хирургии

**ТЕМА: «ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССАХ ОРГАНОВ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ».**

*Лектор: доцент Худайбергенов Р.Т.*



Ургенч -2006

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

**Задачи:** 1. Изучить отдельные клинические признаки заболеваний, часто встречающихся при острых процессах органов брюшной полости, ознакомление с основными принципами их 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 процессах 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. Спаечная кишечная непроходимость
5. Динамическая кишечная непроходимость
6. Дивертикул Меккеля
7. Закрытые повреждения органов брюшной полости
8. Ущемленные паховые и пахово-мошоночные 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) атипичное - тазовое, подпеченочное медиальное ретроцекальное ретроперитонеальное.

Кроме вариантов расположения червеобразного отростка на разнообразие клинических проявлениях 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 эпигастральной 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 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 мочеточника, что вызывает дизурические нарушения. Положителен симптом Пастернацкого. Характерным бывает также выраженные явления интоксикации и высокая температура до 39-40. 3. 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.

*Дифференциальная диагностика* - от острого аппендицита у детей приходится дифференцировать с тем заболеваниями, которые сопровождаются болями в животе, к ним относятся:

1. Торакоабдоминальный синдром - чаще всего проявляется при ОРВИ, правосторонних пневмониях обострении хронических тонзиллитов отитов среднего уха и т.д. В отличие 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 специалистов.
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 удается 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 отличие от острого аппендицита, характеризуется приступообразными болями в поясничной области, при этом больной не находит себе места (выражение-больной лезет на стену). Боли иррадируют в бедро половые органы, учащенное мочеиспускание. 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 гемморрагического петихиального высыпания в области суставов (разгибатели) и по бокам передней брюшной стенки.

Кроме вышеперечисленных нозологических заболеваниями как: острый ревматизм, глистная инвазия, неспецифический мезоаденит, гематоколюпоз 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 прикормом. У более старших детей причиной инвагинации могут быть диспепсические явления, колит, полипы кишечника, келля, 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.

Клинически различают следующие виды инвагинации кишечника:

- 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, ретроградна 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. К 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 Ричардсона.

*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 гемморрагических 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 спаечной - 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 спаечной кишечной непроходимости.

В любом случае при возникновении ранней спаечной 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 кишечная тем самым имеет место нарушение кровообращения в кишечной стенке, поражается иннервация кишечника. Происхо-

дит 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 больного 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 относятся: заворот, узлообразование, перетяжка кишки и брыжейки спайками или другими тяжами, ущемление их в грыжевых воротах при внутренних или наружных грыжах живота.

Характерным 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 узлообразовании 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 – бурый. 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 заострено, холодный пот (лицо Гипократа). Частый нитевидный пульс, снижение А/Д. Со стороны лабораторных данных в анализах крови нарастание Нв и Н лейкоцитов. Нарушен электролитный баланс – гипохлоремия, гипокалемия. Характерным клиническим 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 исследований 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. При необходимости проводят контрастное исследование ЖКТ с барием взвесью или же ирригография (на которой отмечается отгеснение 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.

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 опухолями, 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, положительный 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, асимметричный, 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.

Безоары это инородные тела, которые образуются в самом желудке из проглоченных предметов: волос (трихобезоары), растений или косточек плодов (фитобезоары). Клинически характеризуется тупыми болями в эпигастриальной 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.

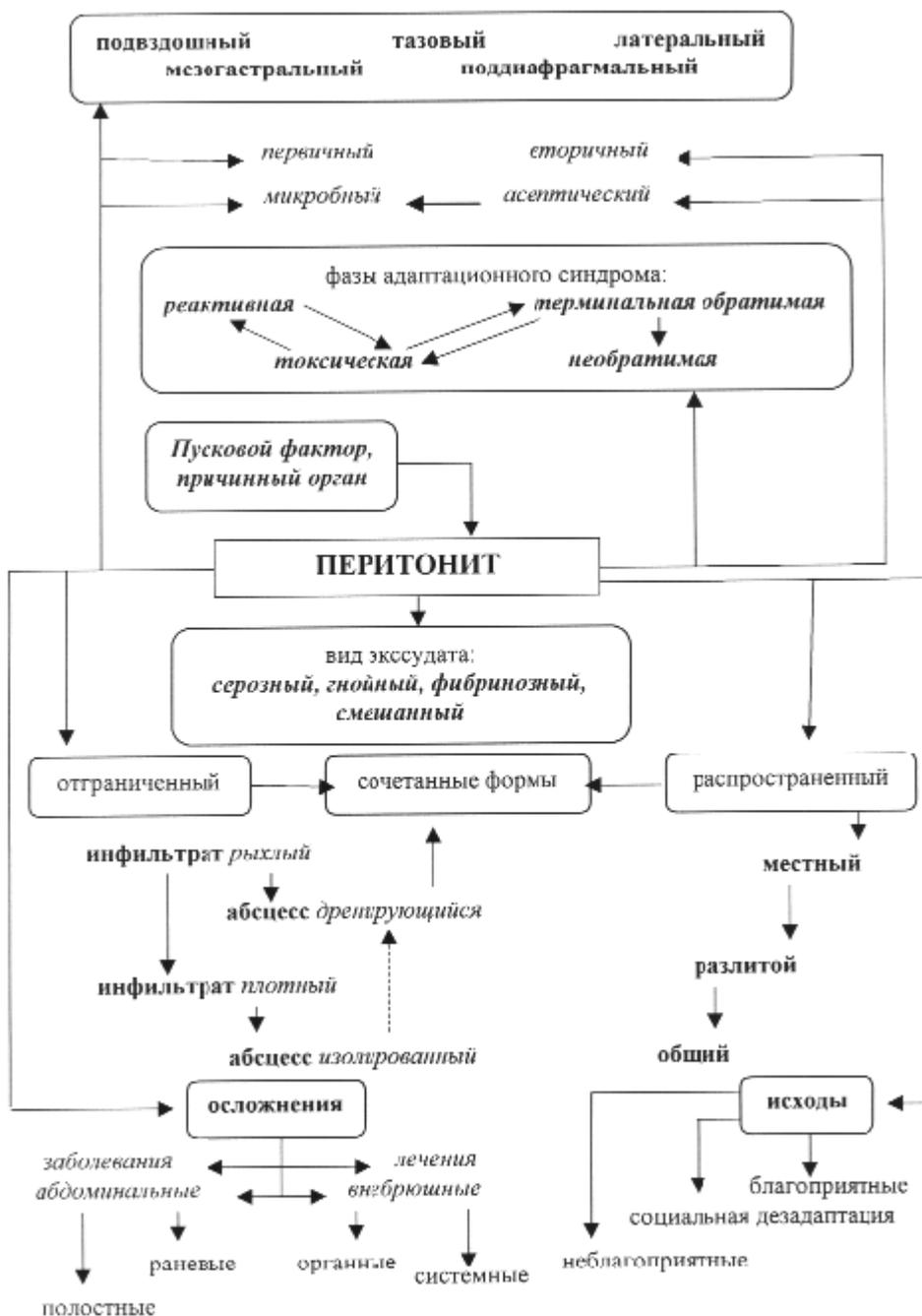
Лечение обтурационной непроходимости кишечника в начале обычно консервативное (вазелиновое масло, очистительные и сифонные клизмы) или в отдельных случаях при неэффективности данного метода прибегают оперативному лечению – лапаротомия.

Перитонит - острое воспалительное осложнение (заболевание), возникающее при нарушении местных защитных функций брюшины вследствие патологического воздействия экзо - или эндогенных причинных факторов.

Полная, исчерпывающая классификация перитонита представляется громоздкой, непригодной к практическому использованию. Необходима классификация, 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. Наибольшую распространенность в настоящее время 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).

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" [32].

При распространенном перитоните отмечается бледность кожи, иногда с сероватым оттенком, акроцианозом и перiorальным 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 гепато-медуллярного 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 энцефалопатии - 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 холедистопатии, острый панкреатит.

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

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

Заболевания системы крови (лейкозы).

Эндокринопатии (сахарный диабет).

Инфекционные заболевания детского возраста ( корь, скарлатина, коревая краснуха, инфекционный паротит.

Острые интоксикации (свинцовая, никотиновая).

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 (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 от 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 сдавления и т.д. Характер и степень повреждения зависит 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 (одноментные, двухмоментные) или сочетанные. 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 подреберья и эпигастральной 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 повреждения 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 правом плече, лопатке. 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.

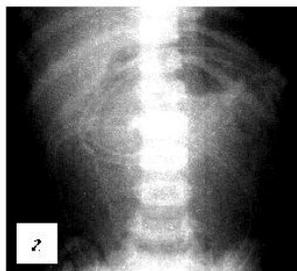
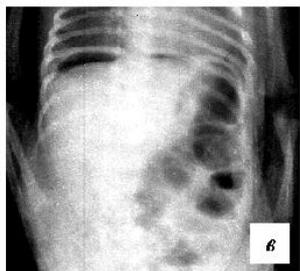
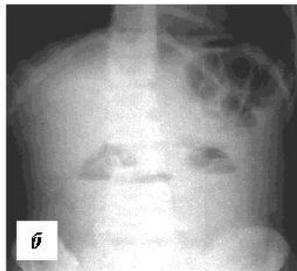
*Инородный тела ЖКТ:* У детей сравнительно часто в ЖКТ попадают различные и инородные тела, причем в большинстве случаев они беспрепятственно проходят и выходят вместе с каловыми массами. Однако в единичных случаях, могут вызвать серьезное осложнение в виде перфорации, пролежни. Обычно состояние детей 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 - следить 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 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.



**Ro-картина при инвагинации кишечника.**



**Рентгенограмма при обтурационной кишечной непроходимости.**



**Странгуляционная непроходимость кишечника.**



**Пассаж ЖКТ при непроходимости кишечника.**

### **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. 1990г.
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.