

ОСТРЫЙ ЖИВОТ У ДЕТЕЙ

Острый живот – клиническое понятие, объединяющее ряд острых заболеваний органов брюшной полости, подлежащих срочному хирургическому вмешательству (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982)

Большое значение в постановке диагноза имеет **последовательность выявления симптомов и определение их специфических свойств**. Симптомы при остром животе у детей следует не считать, а взвешивать. (Г. Мондор, 1937).

S. Waldschidt (1990) в его книге «Острый живот у детей» все возможные симптомы в зависимости от их значения в постановке диагноза разделил на четыре группы.

- **Ключевые или ведущие симптомы:** боль, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки, расстройство функции кишечника.
- **Сопутствующие общие (системные) симптомы**, сами по себе не имеющие специфичности, но обладающие диагностической ценностью, когда дополняют общую клиническую картину. Они включают лихорадку, недомогание, измененное сознание, бледность, гематурию и т. д.
- **Сопутствующие орган-специфические симптомы** (кожные проявления, дыхательная недостаточность, кашель, боль в спине, плече, суставе, желтуха) помогают далее сосредоточить диагностический процесс на перечисленных симптомах.
- **Поздние симптомы или последствия (осложнения)** острого абдоминального состояния, свидетельствующие о его тяжести: сепсис, полиорганная недостаточность, спленомегалия, тромбоз и т. д.

Боль в животе относится к первостепенным симптомам, без которого не может проявляться острое хирургическое заболевание органов брюшной полости.

Характеристики: начало, локализация, иррадиация, периодичность, интенсивность.

Начало: острое, внезапное или постепенное.

Острое начало- инвагинация или заворотом кишок, перекрутом яичника.
Постепенное- характерно для острого аппендицита.

При остром аппендиците отмечается постепенное развитие заболевания от воспаления в слизистой оболочке с формированием язв, флегмонозного воспаления, тромбоза сосудов, гангренозного воспаления до перфорации червеобразного отростка с развитием перитонита.

В начале заболевания с растяжением червеобразного отростка время от времени отмечается неопределенная колика или эпигастральная боль. По прошествии нескольких часов воспалительный процесс поражает всю стенку червеобразного отростка, достигая серозной оболочки. С этого момента боль становится локализованной и анатомически соответствует расположению червеобразного отростка. Постоянная, нарастающая локальная боль в правой подвздошной области является единственным наиболее важным основанием в диагностике острого аппендицита

В связи с постоянным характером боли в животе, **дети не спят ночью и не дают спать другим, особенно в первую ночь от начала заболевания**

Наиболее существенной характеристикой боли при остром аппендиците является **ее смещение с эпигастральной или околопупочной области в правую подвздошную область**. Смещение боли из одной анатомической области в другую не встречается при других хирургических заболеваниях.

Важное практическое значение имеет **иррадиация боли**. Следует помнить, что в педиатрической практике могут быть иррадиирующие боли в живот, симулирующие острую хирургическую патологию брюшной полости. Например, воспалительные заболевания легких и плевры у детей, при которых дети младшего возраста очень часто жалуются на боли в животе

Периодичность боли. Классическим примером может служить боль в животе при инвагинации кишок у детей грудного возраста. Приступообразные боли в животе со светлыми промежутками встречаются только при данном заболевании, когда период сильной боли в животе вследствие ущемления и натяжения брыжейки в инвагинате сменяется периодом спокойствия и кажущегося благополучия.

Перитонеальные боли являются следствием поражения висцеральной и париетальной брюшины и характеризуются отчетливой локализацией в квадранте живота, соответствующего месту поражения. Эта боль носит постоянный, без нарастания и стихания, характер. **Перитонеальная боль всегда усиливается при движении, смене положения, при пальпации живота.** Она часто сопровождается сопутствующими общими симптомами повышения температуры тела, недомогания, лейкоцитозом и т. Д

Рвота относится к ключевым и ведущим симптомам острого живота у детей. В дифференциальной диагностике рвоты следует придавать **значение следующим ее характеристикам:** количество, частота, цвет и характер рвотных масс, наличие различных примесей.

При **инвагинации** кишок у детей грудного возраста рвота является постоянным клиническим симптомом. Однако в начале заболевания она носит рефлекторный характер и появляется одновременно с болью или через небольшой промежуток времени. Если в начале заболевания рвотные массы состоят из пищи, то затем появляется примесь желчи, а в запущенных случаях рвотные массы состоят из тонкокишечного содержимого. Особенностью рвоты при **остром аппендиците** является ее одно- или двукратный характер у детей школьного возраста и, как правило, многократный – у детей до трех лет.

Врожденная кишечная непроходимость

Расстройство функции кишечника является постоянно присутствующим симптомом острого живота, особенно у детей дошкольного возраста.

Задержка отхождения стула и газов - острая кишечной непроходимости. Если в первые часы заболевания нарушение отхождения стула носит динамический характер, то в более поздние сроки – механический характер. У детей грудного возраста с инвагинацией кишок, наоборот, **через 4-8 часов** от начала заболевания отмечается поступление слизи, окрашенной кровью, или «стул без каловых масс» типа **«малинового желе»**. Именно данный патогномоничный симптом инвагинации часто бывает причиной диагностической ошибки среди врачей. Неправильная оценка этого симптома при инвагинации связана с прочно сложившимся стереотипом в педиатрическом мышлении: кровавый стул – дизентерия.

Врожденная КН - Нарушение отхождения стула в первые сутки после рождения отмечается у 65% новорожденных с атрезией тощей кишки и у 71% – с атрезией подвздошной кишки (Grosfeld S.L., 1998).

Наличие осложненного дивертикула Меккеля у детей дошкольного возраста можно предположить по ключевому симптому, связанному с кровотечением. Особенность этого симптома состоит в том, **что при дивертикуле Меккеля кровотечение безболезненное**, обычно проявляется у детей младше 5 лет, может быть представлено в виде дегтеобразного стула или наличием неизменной крови в испражнениях (кровавый стул).

Следует помнить, что у детей до 3х лет острый аппендицит может сопровождаться частым жидким стулом, что часто является причиной диагностических ошибок среди педиатров.

«На первый взгляд, парадоксально и претенциозно звучит утверждение о том, что для острого аппендицита у маленьких детей типично атипичное течение, однако это действительно так. Гипертермия до 40С°, понос, многократная рвота, вялость, апатия, прогрессирующее обезвоживание, менингеальные знаки — согласитесь, все это мало напоминает классическую клиническую картину острого аппендицита! Не случайно именно в младшей возрастной группе допускается наибольшее число ошибок, именно здесь особенно часты запущенные, осложненные случаи острого аппендицита и разлитого перитонита» (Рокицкий М.Р. 1986 г.).

Обследование ребенка с острым животом включает комплекс исследований, проводимых для установления диагноза. Правильный диагноз и соответствующее лечение невозможно без физикального исследования (повторное- новые симптомы)

Физикальное исследование, которое состоит из осмотра, аускультации, перкуссии и пальпации, впервые было введено в клиническую практику врачами Парижского госпиталя и затем распространено по всей Европе во второй половине 19-го века

Осмотр ребенка позволяет оценить его состояние и самочувствие.

Острый живот, обусловленный воспалительным процессом, всегда будет сопровождаться интоксикацией, признаками которой будут вялость, адинамия, бледность кожных покровов

Вынужденное положение ребенка — высокоинформативный симптом при ряде хирургических заболеваний органов брюшной полости. Положение на правом боку с поджатыми к животу ногами является наиболее типичным для ребенка с острым аппендицитом, т. к. именно в таком положении уменьшается боль в животе. Боль в животе при инвагинации кишок у детей грудного возраста заставляет их принимать коленно-локтевое положение, лежа на спине сучить ножками, отказываясь от рук матери.

Большое значение в постановке диагноза имеет **осмотр живота**

форма живота

симметричность

размеры

наличие видимой перистальтики

степень активного участия в акте дыхания.

Осмотра живота у мальчиков всегда надо начинать с наружных половых органов. Перекрут яичка или ущемленная паховая грыжа могут симулировать острый живот и быть причиной диагностических ошибок и неверной тактики лечения.

Пальпация живота позволяет определить патогномоничные симптомы. **(Теплые Руки, отвлекать внимание ребенка)**

Поверхностная пальпация- чувствительность передней брюшной стенки, защитное мышечное напряжение.

Глубокая пальпация позволяет четко локализовать боль в животе, определить наличие опухолевидного образования.

Синдром пальпируемой «опухоли» имеет высокую диагностическую ценность, т. к. является одним из наиболее объективных признаков острого живота. Пальпируемое образование может быть представлено инвагинатом у детей грудного возраста, перекрученной кистой яичника у девочек, аппендикулярным инфильтратом или абсцессом и т д.

Перкуссия живота имеет большое значение для обнаружения свободного газа или жидкости в брюшной полости

Аускультация живота основана на выслушивании звуковых явлений, связанных с функциональной деятельностью кишечника

При острой кишечной непроходимости выше препятствия можно услышать частые и звонкие перистальтические звуки. Полное исчезновение перистальтических звуков наблюдается у детей с перитонитом и паралитическим илеусом

Пальцевое ректальное исследование является завершающей и обязательной частью обследования ребенка с острым животом

Пренебрежение пальцевым ректальным исследованием является **причиной диагностических ошибок при остром животе**. Например, при инвагинации кишок это исследование позволяет обнаружить симптом «малинового желе» еще до появления кровянистых выделений из заднего прохода.

ОСТРЫЙ НЕОСЛОЖНЕННЫЙ АППЕНДИЦИТ

Аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Аппендицит острый – аппендицит, проявляющийся приступом острых болей в животе с признаками раздражения брюшины и нарушения общего состояния организма (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1983).

Классификация. Выделяют 3 клинико-морфологические формы острого неосложненного аппендицита: **катаральную, флегмонозную, гангренозную**

Катаральный аппендицит – острый аппендицит, протекающий без разрушения тканей аппендикса.

Флегмонозный аппендицит – характеризуется изъязвлением слизистой оболочки и распространением воспалительного процесса в подлежащие слои стенки аппендикса с их гнойным расплавлением. **Гангренозный аппендицит** – характеризуется некрозом всех слоев стенки аппендикса на всем ее протяжении или на ограниченном участке (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1983).

Симптомы	Частота, %
Анорексия	83
Тошнота и рвота	86
Перемещение болей в животе	61
Напряжение мышц передней брюшной стенки	99
Симптом Щеткина-Блюмберга	40
Температура тела выше 37,3 С°	54
Лейкоцитоз	88

Частота симптомов острого неосложненного аппендицита

Davidson P.M., Douglas C.D., Hosking C.S. Grated compression ultrasonography in the assessment of the "tough decision" acute abdomen in childhood. *Pediatr Surg int*, 1999. – vol.15. – pp.32-35.

Особенности анамнеза и клинических проявлений острого аппендицита у детей старше 3 лет и младше

3 лет

	Возраст ребенка старше 3 лет	Возраст ребенка младше 3 лет
1. Анамнез	Постепенное начало заболевания с появления болей в животе. Нарушения общего состояния не выражены.	С самого начала заболевания преобладают значительные нарушения общего состояния: ребенок становится вялым, капризным, нарушается сон и аппетит.
1. Клиническая картина		
Боли в животе	Характерным является появление нелокализованных болей в животе, которые возникают постепенно и носят постоянный характер. Первоначально они отмечаются по всему животу или в эпигастральной области, иррадируя в область пупка. Затем болезненность более четко определяется в правой подвздошной области, усиливаясь при движении, смехе, кашле и т.д. Дети хуже всего спят в первую ночь после начала заболевания.	Чаще в области пупка. Ребенок может не жаловаться на боли в животе, но всегда существуют эквиваленты боли, которые выявляются при перемене положения тела ребенка, одевании, случайном прикосновении к животу.
Рвота	Носит рефлекторный характер (обычно одно- или двухкратная).	Множественная (3–5 раз)
Температура тела	Субфебрильная. Симптом расхождения пульса и температуры (симптом «ножниц») не встречается.	Фебрильная.
Изменения характера стула	Чаще нормальный, но может быть задержка стула.	Чаще нормальный, но может быть диарея.
1. Осмотр		
Осмотр ротоглотки	Язык влажный, чистый, может быть слегка обложен.	Язык влажный, но может быть сухой, обложен.
Осмотр живота	Живот правильной формы и величины, не вздут, активно участвует в акте дыхания, симметричен, видимой перистальтики нет.	
Поверхностная пальпация живота	Определяется пассивное мышечное напряжение в правой подвздошной области.	Определить пассивное напряжение мышц и локальную болезненность чрезвычайно трудно.
Глубокая пальпация живота	Локализованная болезненность при пальпации справа, ниже пупка. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.	Положительные симптомы «правой ручки» и «правой ножки» - при пальпации во время сна

Ультразвуковое исследование брюшной полости.

прямые и косвенные признаки воспаления червеобразного отростка и исключить заболевания, протекающие под маской острого аппендицита.

Прямые признаки острого неосложненного аппендицита: в продольном сечении визуализируется трубчатая структура, заполненная жидкостью, не сжимаемая при компрессии, с одним слепым концом, диаметром более 6мм. Просвет аппендикса может быть обтурирован только жидкостью или жидкостью с каловым камнем. В поперечном сечении аппендикс представлен в виде «мишени» с жидкостным компонентом в центре, окруженный эхогенной подслизистой оболочкой и гипоэхогенной мышечной оболочкой. Истончение внутренней эхогенной выстилки, представленной подслизистой оболочкой, указывает на раннюю стадию неосложненного аппендицита. Фокальное или циркулярное уменьшение внутреннего слоя подтверждает гангренозный аппендицит. Увеличение брыжеечных лимфатических узлов до 5-30 мм наблюдается у 40% детей с аппендицитом (Stefanutti G. et al., 2007).



Динамическое наблюдение.

Все дети с болями в животе до 3 лет подлежат обязательной госпитализации.

При сомнении в диагнозе дети госпитализируются и за ними осуществляется динамическое наблюдение с повторными осмотрами через каждые 3-4 часа. Продолжительность динамического наблюдения составляет 12 часов, после чего диагноз исключается или принимается решение о выполнении диагностической лапароскопии.

Лечение.

Цель лечения: устранение очага воспалительного процесса в брюшной полости, профилактика осложнений

Консервативное лечение.

Консервативное лечение заключается в назначении антибиотиков широкого спектра действия, которые вводятся внутривенно до клинического улучшения (в среднем 4-5 суток).

Показания: клинически и ультрасонографически установленный диагноз неосложненного аппендицита, без признаков свободной жидкости в брюшной полости. Эффективность консервативного лечения острого неосложненного аппендицита составляет 93,7 – 100%, а частота рецидива аппендицита в сроки от 1 до 12 месяцев колеблется от 13,3% до 27,3% (Kaneko K. et al., 2004; Abes M. et al., 2007).

Хирургическое лечение.

Существует два метода хирургического лечения острого неосложненного аппендицита: аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова и лапароскопическая аппендэктомия