

# 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 допускаются 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

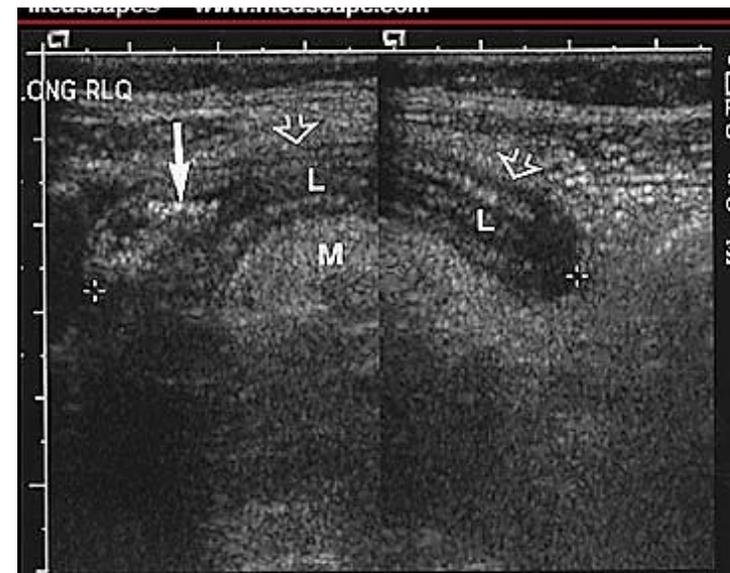
3 лет

	Возраст ребенка старше 3 лет	Возраст ребенка младше 3 лет
<b>1. Анамнез</b>	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.
<b>1. Клиническая картина</b>		
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.
<b>1. Осмотр</b>		
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