

**СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

Острый аппендицит у детей



**Выполнила студентка 5 курса
14 группы лечебного
факультета Митюгова Л.И.**

Архангельск 2013

- Острый аппендицит у детей, как и у взрослых, - самый частый повод для экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Результаты его лечения, как и других экстренных хирургических заболеваний, в основном зависят от своевременности диагностики и оперативного вмешательства, а они - от должной диагностической эрудиции врача «первичного звена». Для детей такими врачами являются педиатр поликлиники и врач скорой помощи.
- Острый аппендицит встречается у детей любого возраста, начиная от новорожденного периода.
- С возрастом строение отростка и слепой кишки все больше приближается к таковому у взрослых. В ясельном возрасте острый аппендицит уже не такая большая редкость. К семи годам анатомических отличий уже нет. И с этого возраста статистика заболеваемости детей не отличается от таковой у взрослых, а возрастные особенности клиники и диагностики уже не столь ярки.

Особенности острого аппендицита

- Особенности острого аппендицита у детей связаны прежде всего с возрастом, но не только.
- Они зависят также от:
 - характера морфологических изменений в отростке
 - и от его атипичных локализаций в брюшной полости.

- Особенности, связанные с возрастом, наиболее ярки у детей до трех лет (возраст, за которым укрепилось название ясельный). Главной особенностью клиники острого аппендицита у этих детей является преобладание общих признаков заболевания над местными (у старших детей и взрослых - наоборот). У ребенка тяжелое состояние, он высоко лихорадит (для аппендицита у взрослых характерна субфебрильная температура), у него многократная рвота (для взрослых и старших детей характерна 1-2-кратная рвота). Очень часто у маленьких детей любое неблагополучие в животе, в том числе и острый аппендицит, сопровождается частым жидким стулом. Это вызвано усилением моторики кишечника (кишечник «капризничает»). Тяжелое общее состояние, многократная рвота и частый жидкий стул наводят врача на мысль о кишечной инфекции, часто встречающейся у детей. И ребенок, к сожалению, оказывается не в хирургическом, а в инфекционном стационаре, где лечится с ошибочным диагнозом до наступления серьезных осложнений.

- 
- С другой стороны, многие соматические и инфекционные заболевания у маленьких детей протекают с болями в животе - так называемым абдоминальным синдромом. Он бывает при пневмонии, геморрагическом васкулите, острых респираторных инфекциях, скарлатине и т. д. Этот синдром может сбить врача с толку, и острый аппендицит будет диагностирован там, где его нет.
 - Трудности диагностики усугубляются возрастными особенностями психомоторного развития ребенка: он не умеет говорить, не может рассказать, где и как у него болит, а реакция на все неприятные для него ощущения однотипна - он плачет.
 - Указанные выше особенности ребенка заставляют и осматривать его по-особенному.

Осмотр

- Осматривать ребенка нужно всегда в теплом помещении, только раздевание его при низкой температуре вызовет у него неприятные ощущения, сопротивление осмотру и даже плач. Руки врача должны быть тоже теплыми, прикосновение холодных рук к животу вызовет напряжение его мышц. Обращают внимание на поведение ребенка - при аппендиците он спокоен, лежит на спине или правом боку с приведенными к животу ногами, но всякое движение, попытки взять его на руки отдают болями в животе и потому вызывают у него сопротивление. Если ребенок крутится, бегает, залезает на кушетку и слезает с нее - аппендицита у него нет

- Смотреть нужно не только живот, а всего ребенка (живот осматривать в последнюю очередь). Нужно оценить состояние всей кожи, прежде всего убедиться в отсутствии на ней сыпи, помня о том, что многие соматические и инфекционные заболевания протекают с абдоминальным синдромом (геморрагический васкулит, скарлатина и др.). Так же внимательно должен быть осмотрен зев, где признаков заболеваний, вызывающих абдоминальный синдром, еще больше (ОРЗ, вирусная пневмония и др.) и появляются они раньше, чем на коже (пятна Филатова-Коплика при кори). Следует внимательно осмотреть грудную клетку, провести ее перкуссию и аускультацию (абдоминальный синдром при пневмонии!).

Оценка размеров живота

- Оценка размеров живота (запавший или слегка вздут - брюшная стенка ниже реберных дуг, умеренно вздут - на уровне реберных дуг, резко вздут - выше них) и степень участия брюшной стенки в дыхании. Для неосложненного аппендицита у детей характерно легкое и умеренное вздутие живота, а также отставание брюшной стенки в акте дыхания. У маленьких детей преобладает брюшной тип дыхания, преобладание грудного - символ неблагополучия в животе.

Перкуссия

- Ручное обследование живота нужно начинать с перкуссии. Она, как и последующая пальпация, преследует целью выявить местные признаки заболевания - локализацию болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Перкуссию лучше проводить по пальчикам ребенка. В случае наличия аппендицита на перкуссию слева он реагировать не будет, а справа - будет подымать ручку от живота.

Пальпация

- Пальпация живота должна быть поначалу очень поверхностной, поглаживающей. Во время этого поглаживания кончиками пальцев следует искать местное напряжение мышц и болезненность реакции, которые при аппендиците локализуются в правой подвздошной области.
- Затем переходят к глубокой пальпации. Проводить ее у маленького ребенка удобно, подложив четыре пальца обеих рук под поясничные области, а большими - ощупывать живот. Глубокую пальпацию следует начинать с заведомо безболезненного участка брюшной стенки, в нашем случае - с левой подвздошной области. От левой подвздошной области, разговаривая с больным, поднимаются вверх - в левое подреберье, эпигастрий.

- После этого оценивают, нет ли болезненности поясничных областей и напряжения поясничных мышц. Убедившись в том, что этого нет, просят ребенка повернуться на левый бок. Смотрят, как он поворачивается: при аппендиците он делает это осторожно, кряхтит, держится руками за правую подвздошную область (симптом Ровзинга). Дают ребенку привыкнуть к этому положению, в нем удобно проверить симптом раздражения брюшины, аналогичный симптому Щеткина у старших детей и взрослых. У маленьких его проверить практически невозможно - они не могут определить и сказать, что больнее - надавливание на живот или отнятие рук от него.
- В положении ребенка на левом боку подкладывают свою руку под его живот, который, обвиснув, лежит на кушетке, осторожно поднимают его, держат, а затем быстро убирают руку - живот вновь «упадет» на кушетку, больной аппендицитом при этом вскрикнет и схватится руками за правую подвздошную область.

- Поворачивают ребенка обратно на спинку и продолжают двумя руками, как указывалось выше, проводить сравнительную глубокую пальпацию подвздошных областей. Надавливают большим пальцем на левую -ребенок особенно не реагирует, разговаривает. Надавливают пальцем другой руки на правую - у него гримаса боли, вашу руку он отталкивает. Убеждаются в этом еще раз: слева он руку не отталкивает, а справа отталкивает - это очень важный объективный симптом аппендицита у детей маленького возраста. Он называется «симптом отталкивания руки врача».
- Одновременно можно отметить и другой столь же объективный микросимптом аппендицита, который называется «симптом подтягивания ножки»: при сравнительной пальпации подвздошных областей надавливание на правую сопровождается не только отталкиванием руки, но одновременно и подтягиванием правой ножки к животу. По окончании осмотра живота можно проверить симптом Воскресенского, который называют еще «симптом рубашки».
- Как правило, после такого детального осмотра диагноз становится ясным. Если остались сомнения - осмотр следует продолжить.

Ректальное исследование

- Следующим его этапом является ректальное исследование. Оно у детей дает чрезвычайно много данных для диагностики острого аппендицита. В силу маленьких размеров пациента пальцем, введенным в прямую кишку, и с помощью другой руки, положенной на живот (бимануальным исследованием), можно получить информацию обо всей нижней половине брюшной полости, почти до пупка. Цель его прежняя - найти местные признаки аппендицита: локальную болезненность и напряжение мышц.
- После этого приступайте к бимануальному исследованию брюшной полости, начиная с левой подвздошной области.
- Ставить диагноз можно без ректального осмотра, если полученные до него сведения не вызывают сомнений. Снимать же диагноз острого аппендицита без ректального осмотра категорически нельзя.

Осмотр живота во время сна.

- Последним этапом клинического обследования ребенка при наличии сомнений в диагнозе является осмотр живота во время сна. Необходимость в таком осмотре возникает тогда, когда не удастся детально осмотреть больного из-за невозможности установить должный контакт с ребенком. Ночью обычно удается воспользоваться для осмотра естественным сном, днем приходится вызывать медикаментозный сон введением возрастной дозы оксибутирата натрия. Целью такого осмотра является опять же выявление местных признаков заболевания. Важно не разбудить ребенка до начала осмотра, потому не стоит включать свет и раздевать его. Пальпация живота производится через одежду. В случае если во сне живот доступен пальпации во всех отделах, а больной при этом не просыпается - диагноз острого аппендицита можно снимать. При наличии аппендицита отчетливо определяется локальное напряжение мышц, а при пальпации этой области ребенок начинает беспокоиться, отталкивает руку врача, подтягивает к животу ножки, просыпается и начинает плакать.

Лабораторные данные

- Из лабораторных методов исследования для экстренной диагностики нужны простейшие анализы крови (хотя бы на лейкоцитоз и СОЭ) и общий анализ мочи. У детей ясельного возраста при аппендиците лейкоцитоз очень высокий, анализ мочи должен быть нормальным. В самых трудных случаях дифференциального диагноза приходится использовать лапароскопию.

Особенности клинической картины

- Особенностью клинической картины острого аппендицита, связанной с патоморфологическими изменениями в отростке, является развитие в ее течении так называемого светлого промежутка - с момента наступления деструкции отростка. При этом в нем погибают нервные окончания, исчезают боли и все клинические признаки, связанные с ними. Если врач приходит к ребенку как раз в этот промежуток, то ошибиться в диагнозе и пропустить острый аппендицит чрезвычайно легко.

- О возможности «светлого промежутка» в клиническом течении острого аппендицита должны помнить все врачи. Избежать ошибок при этом позволяет внимательное выяснение анамнеза. Да и боли при пальпации и в период «светлого промежутка» полностью не исчезают, хотя напряжения мышц и симптомов раздражения брюшины обычно нет, держится тахикардия. Такого ребенка следует госпитализировать для наблюдения. Как правило, через три-четыре часа клиника возвращается за счет присоединения местного перитонита. В случае невозможности госпитализации или при отказе от нее родителей такого ребенка во избежание ошибок необходимо осмотреть еще раз через три-четыре часа.

- Очень много особенностей в клинической картине острого аппендицита и трудностей в его диагностике связано с атипичными положениями червеобразного отростка в брюшной полости. Их у детей различают четыре:
 - низкое (тазовое).
 - высокое (подпеченочное).
 - Ретроцекальное.
 - левостороннее.
- Смещение отростка у детей и в норме бывает в очень больших пределах, так как слепая и восходящая ободочная кишки у них имеют брыжейку, а по отношению к слепой у отростка есть еще и своя брыжейка.

- При низком положении отростка он располагается в дугласовом кармане малого таза. В правой подвздошной области его нет, потому что при воспалении в таком отростке боли и защитного напряжения, а также симптомов раздражения брюшины в правой подвздошной области тоже нет. Боли дети отмечают внизу живота, но кости таза делают недоступным исследование области атипичной локализации отростка. Кзади от отростка располагается прямая кишка, а спереди у мальчиков - мочевого пузыря. Они по соприкосновению с отростком вовлекаются в воспалительный процесс, и к исходу первых суток он охватывает эти органы на всю толщину их стенки.

- 
- Воспалившаяся при этом слизистая прямой кишки начинает продуцировать в ее просвет слизь, и у больного появляется частый жидкий стул с большим количеством слизи и с тенезмами. В сочетании с высокой температурой эти нарушения стула наводят врача на мысль о дизентерии, и больной попадает в инфекционное отделение.
 - Воспаление стенки мочевого пузыря приводит к появлению дизурических расстройств: мочеиспускание становится учащенным и болезненным, особенно по его окончании. Эти признаки позволяют врачу ошибочно диагностировать у больного острый цистит.
 - Ситуация бывает очень непростой именно при такой локализации отростка.

Как разобраться и не допустить ошибки?

- Прежде всего, нужно помнить, что для дизентерии не характерны дизурические расстройства, а при цистите не бывает жидкого стула со слизью. Сочетание этих симптомов говорит о наличии воспалительного очага в дугласовом кармане, между прямой кишкой и мочевым пузырем. Как правило, это острый тазовый аппендицит.
- Хронологическая последовательность развития клинических симптомов при дизентерии и тазовом аппендиците обратная. При аппендиците заболевание начинается с болей внизу живота, только через сутки появляется частый жидкий стул со слизью. При дизентерии заболевание начинается с характерного жидкого стула, лишь через сутки и более появляются боли по ходу толстой кишки (при совершенно мягком животе). Высокий лейкоцитоз для дизентерии не характерен. Точки над «i» позволяет расставить ректальное исследование. В случае дизентерии патологии при нем не находят - пальцы исследующих рук хорошо сводятся над лоном и справа и слева, болезненности при этом нет. В случае аппендицита по передней стенке прямой кишки определяется резкая болезненность, через нее пальпируется утолщенный отросток или уже инфильтрат, свести над лоном пальцы исследующих рук невозможно из-за болей и напряжения мышц брюшной стенки над лоном.

- При остром цистите состояние ребенка никогда не бывает тяжелым, а температура - высокой, но всегда налицо изменения в анализе мочи - выраженная лейкоцитурия. При остром аппендиците выраженной лейкоцитурии нет. Причина дизурических расстройств без изменений анализа мочи находится вне пузыря, в данном случае - это воспалительный процесс в малом тазу.
- При высоком положении отростка он вместе со слепой кишкой располагается под печенью в месте печеночного изгиба толстой кишки. Характерные для аппендицита местные признаки - болезненность и напряжение мышц живота - локализуются не в правой подвздошной области, а в правом подреберье. Они сопровождаются рвотой и высокой температурой. Если больной попадает с такой клиникой к общему хирургу, повседневно встречающемуся у взрослых с деструктивными холециститами, то ему ставят тот же диагноз и по отработанной схеме лечения могут назначить консервативную терапию в течение трех суток. Но здесь промедление с операцией грозит гибелью ребенка.

- А дифференциальный диагноз в таких случаях прост. Он исходит из того, что у детей деструктивные холециститы - чрезвычайно редкость. У детей встречаются холециститы, которые педиатры называли одно время холецистопатиями, они проявляют себя периодическими незначительными болями в правом подреберье без нарушения общего состояния, а местно при совершенно мягком животе определяется болезненность в точке желчного пузыря. При клинике деструктивного холецистита у ребенка нужно думать только о подпеченочном остром аппендиците и идти на операцию, в крайнем случае, если все-таки окажется деструктивный холецистит, придется провести холецистэктомия. В условиях клиники можно разобраться в диагнозе до операции с помощью лапароскопии.

- При ретроцекальном расположении отросток находится за слепой кишкой, а иногда и в забрюшинном пространстве, не прилежит к передней брюшной стенке, а потому при его воспалении имеется болезненность в правой подвздошной области, но отсутствуют напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины. Зато имеются боли в поясничной области, на которые и жалуется больной. Врач и при осмотре находит болезненность в поясничной области. Расценивая это как положительный симптом Пастернацкого и учитывая отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины, врач ошибочно диагностирует почечную колику. Однако для нее не характерны рвота, лейкоцитоз, а также напряжение мышц поясничной области, которое наряду с их болезненностью найдет при сравнительной пальпации с обеих сторон внимательный врач. Все вопросы обычно снимает анализ мочи, который должен в обязательном и срочном порядке проводиться всем больным, поступающим с подозрением на острый аппендицит, также как простейший анализ крови на лейкоцитоз и СОЭ. При почечной колике там обязательно будет гематурия или лейкоцитурия, или обе вместе. Для острого аппендицита они не характерны.

- Левостороннее расположение отростка встречается при пороке развития, который называется обратным расположением органов (*situs viscerum inversus*). Оно бывает полным (*situs viscerum inversus totalis*), когда органы и грудной и брюшной полостей расположены наоборот, и частичным (*situs viscerum inversus partialis*), когда органы грудной клетки расположены правильно, а брюшной полости - наоборот. Понятно, что такие состояния, особенно второе, встречаются редко, но все-таки встречаются, и эти дети не должны погибать от острого аппендицита.
- В случаях левостороннего аппендицита все его местные признаки располагаются слева, в правой подвздошной области живот мягкий и безболезненный. В таких случаях нужно обязательно послушать сердце - нет ли декстрокардии, а перкуссией определить место расположения печеночной тупости. Если они на обычном месте - расположение органов правильное. Если сердце справа, а печень слева - налицо обратное расположение органов, и у ребенка может быть левосторонний аппендицит.

- Ежедневно в клинике приходится проводить дифференциальный диагноз острого аппендицита с разного рода кишечными коликами, причиной которых чаще всего являются копростаз и глистная инвазия. Больные при этом, в отличие от аппендицита, ведут себя очень беспокойно из-за схваткообразности болей. Рвота для колик не характерна, лейкоцитоза нет. Живот при этом всегда мягкий, болезненность больше в области сигмы. Сомнения снимает очистительная клизма, обильный стул после нее разрешает боли и все проявления кишечного дискомфорта.

Принципы лечения

- Принципы лечения острого аппендицита у детей те же, что и у взрослых - срочная аппендэктомия в течение первых трех часов с момента установления диагноза. Операция производится под общим обезболиванием - масочным наркозом. Подготовка к ней минимальна, это скорее подготовка к наркозу. Перед его началом необходимо позаботиться о том, чтобы желудок ребенка был пуст (во избежание рвоты и аспирации при введении в наркоз). Если после последнего приема пищи прошло менее трех часов, желудок опорожняют зондом. Анестезиолог осматривает больного и назначает премедикацию, основным составляющим ингредиентом которой является атропин, блокирующий нежелательные рефлексы со стороны блуждающего нерва и высушивающий слизистые дыхательных путей. От назначения опиатов у детей нужно воздерживаться - они угнетают дыхательный центр.

- Операция осуществляется через косой доступ в правой подвздошной области по Волковичу-Дьяконову. Аппендэктомия осуществляется по той же методике, что и у взрослых, но в детской практике несколько другое отношение к необходимости и способам погружения культи отростка. Во-первых, потому что стенка слепой кишки у детей намного тоньше, чем у взрослых, и наложение на нее погружных швов всегда опасно проколом кишки насквозь и проведением нити через ее просвет - по ней, как по фитилю, инфицированное кишечное содержимое будет поступать в брюшную полость и приведет к серьезным осложнениям. Во-вторых, близость основания отростка к устью подвздошной кишки обуславливает опасность деформации илеоцекального соустья при затягивании кисетного и Z-образного швов, ведет к нарушению его проходимости или не смыканию баугиниевой заслонки и рефлюксу толстокишечного содержимого в тонкую кишку. То и другое может быть причиной многолетних болей в правой подвздошной области после операции.
- Поэтому многие детские хирурги вообще не погружают культю отростка, а лишь перевязывают ее и обрабатывают слизистую антисептиком. Такой способ аппендэктомии называется лигатурным.

- Послеоперационный период при отсутствии осложнений протекает легко. Пить разрешаем через несколько часов после операции при отсутствии посленаркозной рвоты. Жидкую пищу (без цельного молока) разрешаем принимать со следующего дня, расширяя диету с каждым днем. Строгий постельный режим не назначается - вставать детям разрешаем, когда они сами смогут. Из медикаментозных средств назначаем только обезболивающие- сочетание ненаркотических анальгетиков (анальгин, амидопирин) с антигистаминными средствами (внутримышечно). Антибактериальной терапии при неосложненных аппендицитах не назначаем.

- В обязательном порядке всем детям со следующего дня после операции назначается противовоспалительная физиотерапия: в первые три дня - УВЧ на область раны, а затем 10 сеансов электрофореза йодистого калия или лидазы на живот. Курс такой физиотерапии дети заканчивают после выписки, амбулаторно.
- Швы снимаем на шестые-седьмые сутки. После этого больной выписывается из стационара, если у него стойко нормальная температура, отсутствует лейкоцитоз, не пальпируются инфильтраты брюшной стенки и брюшной полости. До выписки обязательно производим ректальный осмотр с целью раннего выявления тазового инфильтрата, который к десятому-одиннадцатому дню (когда ребенок уже дома) абсцедирует.

- Литература:
- Баиров Г. А. «Неотложная хирургия у детей». – Л. Мед., 1983
- Степанов Э. А., Дронов А. Ф. «Острый аппендицит у детей раннего возраста» - М. Мед., 1974
- Кудрявцев В. А. «Лекции по детской хирургии». Архангельск, 2004