

18. Ургентные заболевания органов брюшной полости у детей

18.1. Особенности течения ургентной патологии брюшной полости у детей

1. Учитывая возрастные анатомо-физиологические особенности развития детского организма, следует расценивать любое подозрение на патологию органов брюшной полости как показание к госпитализации ребенка.

2. Клиническая картина большинства заболеваний и травм органов брюшной полости имеет фазное течение и зависит от времени начала заболевания.

3. Несовершенство сосудистой регуляции у детей при ургентной патологии органов брюшной полости быстро приводит к развитию гиповолемического синдрома вплоть до шока, а также к нарастающим явлениям общей интоксикации с тахикардией, не соответствующей температуре тела (симптом «ножниц»).

18.2. Острый аппендицит

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Жалобы на боли в животе возникают постепенно и носят постоянный характер. Боль появляется в эпигастрии и спустя 2–3 часа локализуется в правой подвздошной области (симптом Кохера—Волковича). Во время боли дети чаще лежат на правом боку, в положении на левом боку боли усиливаются (симптом Ситковского).

2. Рвота одно- или двукратная, у детей до 3-летнего возраста может быть многократная, в большинстве случаев — задержка стула, при тазовом расположении отростка — учащение стула, при ретроцекальном — дизурия.

3. Температура тела субфебрильная, у детей до 3 лет — фебрильная.

4. Язык обложен белым или желтоватым налетом, может быть влажный, но чаще сухой.

5. Патогномоничными симптомами являются: болезненность при пальпации в правой подвздошной области (симптом Филатова), пассивное напряжение мышц в правой подвздошной области, симптом Ровзинга (появление боли в правой подвздошной области при резком надавливании-толчке в левой подвздошной области), симптом Щеткина—Блюмберга, «кашлевого толчка» — боль в правой подвздошной области в момент кашля. Ректальное исследование выявляет болезненность стенки прямой кишки спереди и справа.

6. Другие симптомы у детей малоинформативны.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Аналгетики и спазмолитики не вводить.
2. Госпитализация в хирургическое отделение.

18.3. Острый холецистит

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Жалобы на постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо или лопатку, на тошноту, рвоту, повышение температуры тела, сухость и горечь во рту.

2. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные с субиктеричным оттенком. При пальпации определяется локальная болезненность в точке проекции желчного пузыря или нижнего края печени при вдохе (симптом Кера), напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Ортнера (боль при легком постукивании по правой реберной дуге), Мерфи (невозможность глубокого вдоха из-за боли при погружении пальцев в правую подреберную область ниже края печени), Боаса (болезненность при нажатии справа по направлению к VIII–X грудным позвонкам).

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Возможно введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин) в дозе 0,2 мл/год жизни. Аналгетики не вводить.
2. Госпитализация в хирургическое отделение.

18.4. Острый панкреатит

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. У детей встречается редко, может быть следствием инфекционного процесса (паротит) или травмы поджелудочной железы.

2. Начинается остро с появления боли в эпигастрии опоясывающего характера с иррадиацией в поясницу, боли сопровождаются неукротимой рвотой, не приносящей облегчения.

3. Возможно развитие коллапса и шока.

4. Объективно: нарушение микроциркуляции («мраморная» кожа), температура тела нормальная или субфебрильная, язык сухой, обложен.

5. Патогномичными симптомами являются: выраженная болезненность при пальпации в надчревной области слева, в левой подреберной области и в области левого реберно-позвоночного угла (симптом Мейо—Робсона), симптом Воскресенского (отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области), Керте (поперечная резистентность брюшной стенки). В начале приступа живот мягкий, впоследствии появляется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

6. Для детей характерно несоответствие выраженности болевого синдрома напряжению мышц передней брюшной стенки (живот в начале заболевания обычно мягкий).

7. Быстро развивается динамическая кишечная непроходимость.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Аналгезия: трамадол 1–2 мг/кг, или ренальган 0,5–5,0 мл, или 50% анальгин 0,3–0,5 мг/кг с диазепамом (седуксеном) 0,2–0,3 мг/кг внутримышечно, у детей старше 12 лет — кеторол 15–30 мг (0,5–1,0 мл) в/м.
2. Холод на эпигастральную область.
3. Катетеризация магистральных сосудов, инфузия ПСК или 0,9% натрия хлорида в дозе 5–10 мл/кг/ч.
4. Госпитализация в хирургическое отделение.

18.5. Острая кишечная непроходимость

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Острая кишечная непроходимость (ОКН) по моменту возникновения делится на врожденную и приобретенную, по механизму — на механическую и динамическую (спастическую и паралитическую).
2. Основным симптомом высокой врожденной ОКН является рвота, которая появляется, как правило, с первых часов или дней жизни, носит упорный характер, в случае полной непроходимости — непрерывная. При низкой ОКН — вздутие живота и задержка стула, рвота присоединяется позже, не носит упорного характера, имеет зловонный запах («каловая рвота»). Нарастает интоксикация; при осмотре обнаруживается резкое вздутие живота и усиленная, видимая на глаз перистальтика (симптом Ваая).
3. Приобретенная механическая непроходимость делится на обтурационную, странгуляционную и смешанную (инвагинация).
4. Инвагинация кишечника наблюдается главным образом у детей грудного возраста (90%) вследствие того, что одна часть кишки внедряется в другую и вызывает обтурацию кишечника.
5. Начало острое, ребенок беспокоен, плачет, корчится от боли, приступ беспокойства заканчивается внезапно, затем повторяется вновь, приступы болей соответствуют волнам перистальтики; бледность кожи, выражение лица страдальческое.
6. Рвота вначале рефлекторная, затем постоянная; кал с примесью крови, затем выделяется слизь, окрашенная кровью.
7. Через переднюю брюшную стенку пальпируется инвагинат, после ректального исследования из ануса выделяется слизь с кровью.
8. Причиной обтурационной ОКН у детей чаще всего являются копростаз, опухоли кишечника, аскариды. Наблюдается асимметрия живота, чаще — западение в правой подвздошной области.
9. В анамнезе отмечаются ранние запоры; при полной обтурации кишечника состояние ребенка прогрессивно ухудшается, нарастает вздутие живота, появляется рвота, развиваются явления интоксикации. Нарастающая тахикардия, ранняя гиповолемия.
10. Странгуляционная ОКН может быть обусловлена врожденными аномалиями кишечника или спаечным процессом. Появляются сильные приступообразные боли в животе; ребенок бледен, мечется, принимает колено-локтевое положение; боли сопровождаются рвотой и задержкой стула; нередко развивается коллаптоидное состояние; живот вначале не вздут, мягкий, прослушивается усиленная булькающая перистальтика.

12. Динамическая ОКН — одна из самых частых в детском возрасте, различают паралитическую и спастическую формы, преобладает паралитическая. Данная форма развивается как осложнение на фоне другой патологии.

13. Характерны повторная рвота с примесью зелени, нарастающее вздутие живота, отсутствие стула и газов, выраженная интоксикация; в результате высокого стояния диафрагмы затрудняется дыхание; живот мягкий, перистальтика не прослушивается.

14. На догоспитальном этапе диагноз ОКН вероятностный, и необходимости в нозологической детализации нет.

15. Обязательным является осмотр всех мест возможного выхода грыжи как причины развития непроходимости вследствие ущемления грыжевого содержимого.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Аналгезия: трамадол 1–2 мг/кг, или ренальган 0,5–5,0 мл, или 50% анальгин 0,3–0,5 мг/кг с диазепамом (седуксеном) 0,2–0,3 мг/кг внутримышечно. Обезболивание у детей старше 12 лет — кеторол 15–30 мг (0,5–1 мл) внутримышечно.

2. Раннее начало инфузионной терапии, катетеризация магистральных сосудов, инфузия ПСК или 0,9% натрия хлорида в дозе 5–10 мл/кг/ч.

3. Дезинтоксикация, коррекция кислотно-щелочного состояния: сорбилакт 2,5–5 мл/кг, ксилат 1,5–2,5 мл/кг/ч внутривенно капельно.

4. Улучшение микроциркуляции: реосорбилакт 6–8 мл/кг внутривенно капельно.

5. Антиоксидантная терапия — 2,5% раствор тиотриазолина: с 1 года до 6 лет — 1,25–2,5 мл, с 6 до 10 лет — 1,5–3 мл, с 10 до 12 лет — 1,7–3,5 мл, с 12 лет — 2–5 мл внутримышечно.

6. Госпитализация в хирургическое отделение.

18.6. Ущемленная грыжа

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Обычно родители точно указывают время, когда ребенок становится беспокойным, плачет, жалуется на боли в области грыжевого выпячивания.

2. Грыжевое выпячивание становится напряженным, резко болезненным при пальпации и не вправляется.

3. Позже боли уменьшаются, ребенок становится вялым, появляются тошнота и рвота, развивается ОКН с задержкой стула и газов.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Грыжу не вправлять!

2. Обезболивание закисно-кислородным наркозом, или трамадол 1–2 мг/кг, или ренальган 0,5–5,0 мл, или 50% анальгин 0,3–0,5 мг/кг с диазепамом (седуксеном) 0,2–0,3 мг/кг внутримышечно. Обезболивание у детей старше 12 лет — кеторол 15–30 мг (0,5–1,0 мл) внутримышечно.

3. Улучшение микроциркуляции — реосорбилакт 6–8 мл/кг внутривенно капельно.

4. Госпитализация в хирургическое отделение.

18.7. Перитонит

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Возникает как осложнение острых воспалительных заболеваний и травм органов брюшной полости и таза, как гематогенное или лимфогенное осложнение.
2. Общее состояние тяжелое, заторможенность, вынужденное положение тела.
3. Черты лица заострены, кожа и слизистые резко бледные, язык обложен, сухой, как «щетка».
4. Нестабильная гемодинамика, тахикардия, в тяжелых случаях — токсический шок.
5. Живот вздут, напряжен, резко болезненный во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины.
6. Перистальтика отсутствует, задержка стула и газов, олиго- или анурия.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Раннее начало инфузионной терапии, катетеризация магистральных сосудов, инфузия ПСК или 0,9% натрия хлорида в дозе 5–10 мл/кг/ч.
2. Дезинтоксикация, коррекция кислотно-щелочного состояния — сорбилакт 2,5–5 мл/кг, ксилат 1,5–2,5 мл/кг/ч внутривенно капельно.
3. Улучшение микроциркуляции — реосорбилакт 6–8 мл/кг внутривенно капельно.
4. Анальгетики и спазмолитики не вводить!
5. Госпитализация в хирургическое отделение.