Особенности хирургии детского возраста. Острый аппендицит у детей.

Особенности хирургии детского возраста.

Детская хирургия – раздел хирургической специальности, занимающийся изучением и лечением хирургических заболеваний у детей с момента рождения до 18-летнего возраста. Детская хирургия – специальность, своеобразие которой определяется особенностями развивающегося и растущего детского организма, это сплав науки, ремесла и искусства, где специалист, действуя как хирург, мыслит как педиатр.

Перинатальная и неонатальная хирургия – оперативная коррекция аномалий и пороков в период внутриутробного развития плода и новорожденности. Детская хирургия имеет немало отличий от хирургии взрослых. Они связаны с анатомо-физиологическими особенностями детского возраста, которые накладывают отпечаток на развитие заболеваний у детей, их диагностику, методы лечения и прогноз.

**Анатомо-физиологические особенности ребенка в прикладном значении к острым процессам брюшной полости у детей.**

*В результате незрелости* ряда органов и систем, в первую очередь ЦНС, реакция на острые воспалительные процессы у детей раннего возраста носит генерализованный характер и различные заболевания проявляют себя идентично. В клинической практике преобладают общие симптомы, беспокойство, лихорадка.

*Основной симптом* при острых процессах брюшной полости это боль в животе, различающейся по интенсивности, локализации, характеру и ряду других параметров.

*Психическая незрелость* проявляющаяся у детей до 1-3 лет в неумении разговаривать создает определенные трудности при осмотре ребенка, так как жалобы на боль могут исходить только от ребенка, достигшего определенной степени психического развития.

*Недоразвитие большого сальника*(«полицейского брюшной полости» созревает к 7-ми годам) приводит к быстрому распространению воспалительного процесса в брюшной полости и у дей младшего возраста реже образуются аппендикулярные инфильтраты и абсцессы, а чаще возникают перитониты.

*Передняя брюшная стенка* у детей имеет те же слои, что и у взрослых, но мышечный слой тонкий, апоневроз слабый, брюшина истончена. В связи с этим истинное напряжение брюшной стенки определяется с трудом. По этой же причине воспалительный процесс может в ранние сроки, особенно у новорожденных распространяться на переднюю брюшную стенку, вызывая ее воспаление.

*Червеобразный отросток* у детей раннего возраста имеет коническую форму, что препятствует застою содержимого в нем, но может привести к попаданию в его просвет инородных тел.

В связи со строением, формой отростка, а также с характером пищи ребенка, частота острого аппендицита у детей до 3-х лет невелика.

**Классификация острых хирургических процессов брюшной полости у детей. (В. Тошовский)**

1. Врожденные:

Аномалии развития кишечника:

-атрезии

-стенозы

-пилоростеноз

-кольцевидная pancreas

-с. Ледда

-болезнь Гиршпрунга

2. Приобретенные:

Воспалительные:

-аппендицит

-холецистит

-панкреатит

Механические:

-спаечная кишечная непроходимость

-инвагинация кишечника

Травматическая:

-разрыв печени

-разрыв селезенки

-разрыв кишки

Воспалительные заболевания являются наиболее частой причиной острых процессов брюшной полости у детей.

Острый аппендицит (\*экскурс в истории)

Чаще всего причиной острого процесса брюшной полости служит аппендицит.

Аппендицит – заболевание, в основе которого лежит воспаление червеобразного отростка. Это самое распространенное заболевание в абдоминальной хирургии детского возраста требующего экстренного хирургического вмешательства (заболевание, при котором время определяет результат). Дети болеют острым аппендицитом во всех возрастных группах, начиная от периода новорожденности. Пик заболевания приходится на 7-12 лет(80%).

Термин острый аппендицит ввел в практику американский патологоанатом из Гарвардского университета Fits в 1886 г. Считается, что первую аппендэктомию произвел Claudius Amyand.

В России первую аппендэктомию ребенку 3-х лет произвел в 1888 г Домбровский К. П.

В 1983 г выполенена первая лапароскопическая аппендэктомия гинеколггом Земм.

В 1921 году 60-летний американский хирург Эван Кейн успешно произвел себе аппенэктомию, изучая вопрос переносимости пациентами местной анестезии.

В 1961 году в Антарктиде, будучи единственным врачом в экспедиции, операцию аппендэктомии выполнил на себе хирург Л. И. Рогозов.

***Классификация***

***Аппендицит неосложененный:***

***1. Катаральный (простой)***

***2. Флегмонозный***

***3. Гангренозный***

***Аппендицит осложненный:***

***1. Ограниченным перитонитом***

***-инфильтрат***

***-абсцесс***

***2. Неограниченным перитонитом***

***-разлитой***

***-местный***

***Клиническая картина:***

*Зависит от:*

-возраста ребенка

-давности заболевания

-расположения червеобразного отростка

*Симптомы:*

-боль в животе (постоянный характер)

-рвота (у 80% больных)

-гипертермия (температурная реакция умеренная 37.5-38С)

*Самым важным моментом для распознавания аппендицита в детском возрасте является обследование живота.*

Обследование начинают с осмотра живота: в начальных стадиях заболевания форма живота не изменена, он участвует в акте дыхания.

*Далее приступают к пальпации.*

Пальпацию проводят бережно, теплой рукой, со здорового участка, с левой подвздошной области и производится в направлении против часовой стрелки.

При наличии аппендицита определяется боль в месте расположения отростка, выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области (пассивное мышечное напряжение) – один из ведущих объективных симптомов острого аппендицита. Для более четкого его выявления необходимо одновременно проводить: пальпацию живота с обеих сторон – обе руки врача параллельно плоскостямиладоней накладывают на переднюю брюшную стенку ребенка (левая – на правую половину, правая – на левую) и, наподобие «играющих весов» врач поочередно нажимает слева – справа, определяя разницу мускульного тонуса.

В случае отсутствия четкой клиники прибегают к определению симптомов, характерных для аппендицита.

На сегодняшний день описано более 120 симптомов аппендицита.

**У детей при пальпации живота обращают внимание на три основных симптома.**

-Локальная боль, усиливающаяся при пальпации – *с-м Филатова*

*-Пассивное мышечное напряжение, defansae musculaerae*

*-Симптом Щеткина-Блюмберга* – с. декомпрессии

*-Воскресенского* – с-м рубашки

*-Ровсинга* - толчкообразные движения при надавливании над сигмовидной кишкой вызывают боль в проекции слепой кишки.

*- Бартомье-Михельсона*, усиление боли в правой подвздошной области при пальпации в положении больного на левом боку.

-*Раздольского,* легкая перкуссия брюшной стенки вызывает боль в точке, соответствующей воспалительному очагу.

*-Пирогова,* при пальпации в правой подвздошной области ребенок, больной острым аппендицитом начинает подтягивать ного из-за боли, закрывая и защищая живот от рук хирурга.

*Данные лабораторных исследований* при остром аппендиците не специфичны и могут указывать только на наличие воспалительного процесса. В периферической крови чаще всего лейкоцитоз, в моче, при ретроцекальном ил тазовом расположении отростка может быть лейкоцитурия.

При сомнительной клинической картине обследование завершается ректальным осмотром.

*Ректальный осмотр*, по мнению австрийского детского хирурга Peter Jones ребенку с острым хирургическим заболеванием не проводится в 2-х случаях: если нет анального отверстия у больного или у хирурга нет пальцев.

И, наконец, заключительным этапом при трудностях в постановке диагноза острого аппендицита служит *УЗИ и лапароскопия*. При этом, лапароскопия дает возможность уточнить диагноз и выполнить операцию.

**Особенности клинической картины и трудности диагностики аппендицита у детей лдо 3-х лет.**

**Преобладание общих симптомов над местными:**

* Тяжелое общее состояние
* Высокая температура тела
* Жидкий стул (усиление моторики кишечника)
* Сходство соматических и инфекционных заболеваний с аппендицитом у маленьких детей – протекают с болями в животе – так называемым абдоминальным синдромом (при ОРВИ, пневмонии, дизентерии, сальмонеллезе и т.д.)

С этими симптомами дети оказываются в инфекционной больнице.

**Особенности осмотра детей с болью в животе.**

Осматривать малыша нужно в теплом помещении, теплыми руками (прикосновение холодных рук к животу вызывает напряжение мышц).

Смотреть нужно ребенка, а не живот (поведение ребенка, состояние кожи).

Не следует докучать ребенка вопросами – больно ему или нет. Ответы, как правило, не объективны. Одни дети хотят, чтобы от них поскорее отстали – говорят –больно. Другие хитрят, особенно те, кто уже побывал в больнице, и, боясь оказаться там, отвечают – «не больно», хотя боль есть; а некоторые малыши, как попугаи повторяют за вами: «больно?» - «больно», «не больно?» - «не больно».

Осмотр во время сна – естественным, медикаментозным.

**Дифференциальный диагноз острого аппендицита.**

**Хирургичекие заболевания:**

1. Острый брыжеечный лимфаденит ( с. Штенберга – боль по ходу прикрепления корня брыжейки кишечника, с. Klein – боль смещается влево в положении на левом боку)
2. Первичный перитонит
3. Инвагинация кишечника
4. Острый диветрикулит диветрикуля Меккеля
5. Болезнь Крона – неспецифический гранулематозный воспалительный процесс (терминальный отдел подвздошной кишки)
6. Патология желчного пузыря – холецистит, камни, дискинезия.

**Соматические заболевания.**

1. Острый гастроэнтерит, дизентерия, сальмонеллез
2. Пневмония
3. Заболевания крови (геморрагический васкулит – болезнь Шенлейн-Геноха)
4. Абдоминальная форма ревматизма (полисерозит)
5. Копростаз

**Тактика и лечение при остром аппендиците.**

Сроки.

* Предельный срок нахождения больного в приемном покое – 2 часа.
* Предельный срок оперативного лечения при ясном клиническом диагнозе – 2 часа.
* Предельный срок наблюдения в стационаре – 6 часов от момента поступления в стационар.

**Тактика и лечение при остром аппендиците.**

*Доступы (разрезы) при аппендэктомии:*

* Mac-Burney
* Волковича – Дьяконова
* Шпренгеля
* Леннандера
* Лапароскопически
* Лучший косметический эффект обеспечивается доступом Шпренгеля или лапароскопически.

*Методы аппендэктомии:*

* Ампутационный
* Инвагинационный

*Способы обработки культи отростка:*

* Лигатурный
* Кисетный

**Особенности клинической картины и трудности диагностики аппендицита у детей**

**до 3-х лет.**

Трудности диагностики усугубляются возрастными особенностями психомотроного развития ребенка: он не может рассказать, где и как у него болит, а реакция на все неприятные для него ощущения однотипна – он плачет.

Попробуй, разберись: от аппендицита он плачет или от чего другого.

**Тактика и лечение при остром аппендиците.**

*При катаральном аппендиците:*

* Аппендэктомия (инвагинационная)
* Ревизия органов брюшной полости (дивертикул Меккеля, киста яичника, апоплексия)
* Глухой шов

*При деструктивном аппендиците:*

* Посев выпота, эвакуация выпота, аппендэктомия
* Санация полости брюшины физиологическим раствором
* Дренирование брюшной полости.

У детей показания к ее проведению следующие:

* *Сомнение в надежности лигатуры и кисетного шва*
* *Кровотечение из ложа отростка*
* *Наличие абсцесса с плотными, ригидными стенками.*

**Тактика и лечение при остром аппендиците.**

*В послеоперационном периоде:*

* Анальгезия
* Антибиотикотерапия
* В/в инфузия кристаллоидов (физиологический раствор, 5% раствор глюкозы)
* Через 6-8 часов ребенку дают пить воду, чай
* На 2-е сутки – бульон, кефир, йогурт, кисель
* На 3-и сутки – протертый суп, жидкая каша, пюре
* На 7-е сутки – обычная диета, снимаются швы, анализ мочи, крови, выписка
* Рекомендации: домашний режим 7-10 дней, школьники освобождаются от занятий по физкультуре на 1 месяц.

**Профилактика осложнений острого аппендицита.**

**Для снижения ошибок диагностики, приводящих к развитию осложнений при остром аппендиците у детей, необходимо:**

* Больные дети, предъявляющие жалобы на боль в животе, должны своевременно консультироваться детским хирургом
* Дети до 3-х лет, с неясными болями в животе, подлежать госпитализации для наблюдения в динамике
* Госпитализированных детей в стационаре обследовать комплексно и целенаправленно, во всех сложных в диагностическом отношении случаях, организовать у постели больного своевременный консилиум в составе хирурга, инфекциониста, педиатра.
* Санпросвет работа среди родителей, фельдшеров, работников дошкольных учреждений.