Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

Зав. кафедрой д.м.н.,

РЕФЕРАТ

на тему:

«Неотложная патология брюшной полости»

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

Пенза 2008

**План**

Введение

1. Боль
2. Рвота
3. Кровотечение
4. Осмотр
5. Гастроинтестинальная неотложная патология у младенцев в первый год жизни
6. Гастроинтестинальная неотложная патология у детей 2 лет и старше
7. Предостережение

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Чрезвычайно важное значение для понимания проблем, связанных с неотложной желудочно-кишечной патологией у детей, является возраст больного. При диагностике у взрослых возраст не столь важен, особенно если речь идет всего лишь о нескольких годах (в большую или меньшую сторону). У детей же совсем по-иному. Спектры патологических состояний, связанных с желудочно-кишечным трактом, у новорожденного в возрасте 2 дней и у 2-недельного младенца совершенно различны, и оба они значительно отличаются от такового у ребенка 2 лет.

Тем не менее, следует признать, что многие из этих патологических состояний, которые классически считаются "только взрослыми", иногда встречаются и у детей любого возраста; например, холецистит, аппендицит, перфоративная дуоденальная язва и перекрут яичника могут обнаруживаться у детей уже с первого года жизни.

Успешное лечение названных неотложных состояний, безусловно, зависит от тщательной оценки их симптомов и признаков. И здесь мы опять-таки сталкиваемся с проблемой, отсутствующей у большинства больных более старшего возраста, а именно — с коммуникабельностью. История заболевания ребенка часто записывается со слов родителей, обычно — со слов матери. В большинстве случаев родительская оценка изменений в состоянии ребенка достаточно надежна. Когда родитель заявляет: "Мой ребенок заболел", к его словам следует отнестись с полным доверием.

Важная триада симптомов, связанных с желудочно-кишечным трактом, такова: 1) боль; 2) рвота; 3) кровотечение.

Эти симптомы настолько красноречивы, что необходимость в подробных расспросах отпадает. К сожалению, дети, поступающие в отделение неотложной помощи редко могут сообщить что-либо о себе, так как они либо слишком малы, либо очень напуганы, ввиду этого, а также ввиду недостатка времени для наблюдения у них может быть пропущена травма как фактор развития неотложной желудочно-кишечной патологии, особенно специфическая форма травмы, которая нередко наблюдается у детей, подвергающихся физическому насилию. При этом может иметь место преднамеренное укрытие родителем (опекуном или другим лицом, ухаживающим за ребенком) истинной причины заболевания, что нередко ставит врача в затруднительное положение. Поэтому при обследовании больного ребенка, поступившего в ОНП с признаками желудочно-кишечной патологии, следует всегда иметь в виду травму как возможную причину наблюдаемого состояния.

**1. БОЛЬ**

Боль в животе может быть проявлением многих болезненных состояний, необязательно связанных с желудочно-кишечным трактом. Это особенно относится к детям в возрасте 3—6 лет с тонзиллитом и пневмонией. У пациентов этой возрастной группы боль в животе (субъективный симптом) в отличие от пальпаторной болезненности (объективный симптом) чаще всего локализуется вокруг пупка. Важно уметь различать два типа боли: обусловленную перитонитом и связанную с непроходимостью кишечника (обструктивная боль).

1. Боль при перитоните склонна к обострению при малейшем движении, что делает больного относительно неподвижным, как, например, при аппендиците.

2. Обструктивная боль обычно носит спазматический характер и сопровождается беспокойством и двигательной активностью, как. например, при инвагинации кишечника.

У очень маленьких детей (до 2-летнего возраста) боль обычно описывается матерью; это описание зависит от того, насколько хорошо она знает своего ребенка. Но врачу приходится полагаться на это. У детей от 2 до 6 лет боль желудочно-кишечного происхождения обычно связывается с периумбиликальной областью, диагноз требует корреляции между наблюдениями больного и врачебной оценкой (визуальной и тактильной). Подростки с болью перитонитного происхождения при ходьбе испытывают явный дискомфорт и поэтому предпочитают спокойно лежать. Напротив, подростки с обструктивной болью часто неспособны оставаться неподвижными на кушетке.

**2. РВОТА**

Не всякая рвота связана с желудочно-кишечной патологией. Рвота может быть обусловлена кровоизлиянием в мозг, опухолью мозга или пневмонией.

Рвота или регургитация у ребенка может быть связана с относительно небольшой проблемой, например с насильственным кормлением, нервозностью родителей или с гастроэзофагеальным рефлюксом. В подобных случаях диагноз может проясниться при тщательном расспросе родителей.

Рвота с желчью всегда является серьезным проявлением патологии у ребенка, поэтому ее причина должна быть установлена, прежде чем больной будет отпущен домой.

Рвота (с желчью или без нее) — это классический симптом механической кишечной обструкции у детей. На ранних стадиях заболевания до появления нарушений электролитного обмена (как, например, в случае стеноза привратника) или развития ограниченной гангрены кишечника (как при внутреннем завороте) общее состояние ребенка может представляться вполне удовлетворительным. На ранних стадиях такого процесса мальчики-подростки нередко испытывают чувство голода сразу же после рвоты и даже с жадностью набрасываются на еду. Следовательно, возможность серьезной предшествующей внутрибрюшной патологии не должна игнорироваться только потому, что общее состояние у ребенка с рвотой представляется вполне удовлетворительным.

**3. КРОВОТЕЧЕНИЕ**

Обильное желудочно-кишечное кровотечение у новорожденного (независимо от того, выделяется ли кровь с рвотой или через прямую кишку) может быть результатом заглатывания материнской крови (в родовых путях). Лабораторные исследования позволяют отличить материнскую кровь от крови плода. Геморрагический диатез редко бывает причиной желудочно-кишечного кровотечения у новорожденных. Небольшое количество крови в кале младенца может быть обусловлено наличием трещины заднего прохода, что легко определить. Безболезненное кровотечение при небольшом или умеренном количестве свежей крови, обычно смешанной с калом, у детей 2—10 лет может служить указанием на доброкачественные гастроинтестинальные полипы или инфекцию, приведшие к кровавому поносу. Наличие небольшого или умеренного количества крови в кале младенца (особенно если это сопровождается рвотой) должно навести врача на мысль о возможности незавершенного поворота средней кишки. Возникновение такого подозрения требует немедленного проведения исследования с введением бария в желудочно-кишечный тракт (перорально или с помощью клизмы), так как сочетание заворота и незавершенного поворота средней кишки способно привести к гангрене всей кишки, если осложнение не распознается и своевременно не корректируется.

Значительное и безболезненное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у младенцев и детей чаще всего бывает результатом разрыва варикозных вен пищевода и (или желудка) на фоне портальной гипертензии.

Массивное и безболезненное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у младенцев и детей часто обусловлено наличием меккелева дивертикула.

Причина присутствия небольшого или умеренного количества крови в кале младенца или ребенка часто остается неустановленной. Повторное желудочно-кишечное кровотечение требует проведения рентгенографии желудочно-кишечного тракта, эндоскопического исследования и изотопного сканирования меккелева дивертикула.

**4. ОСМОТР**

Очень важно, чтобы врач, осматривающий маленького ребенка или подростка, делал это внимательно, с улыбкой, осторожно и даже нежно. Голос врача должен быть достаточно громким и вместе с тем успокаивающим, что поможет ребенку освободиться от страхов и подозрений. Важно, чтобы во время осмотра во врачебной комнате присутствовал кто-то из родителей или близких, что успокоит ребенка. Во время осмотра ребенок должен быть полностью раздет; его тело следует тщательно осмотреть с целью выявления синяков, рубцов, петехий и особенно грыжевых образований.

**5. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПАТОЛОГИЯ У МЛАДЕНЦЕВ В ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ**

Незавершенная ротация. Осложнения незавершенной ротации кишечника чаще всего наблюдаются в первый год жизни ребенка, хотя ее симптомы могут возникнуть в любой период жизни человека. Это наиболее серьезное из неотложных состояний у младенцев и детей ввиду возможного развития заворота средней кишки с последующей гангреной всей кишки. Весь процесс от возникновения первых симптомов до развития тотальной гангрены средней кишки может занять всего лишь несколько часов, поэтому подозрение на данную патологию диктует необходимость немедленного проведения обследования. Заболевание обычно проявляется рвотой (неизбежно становящейся желчной) с вздутием живота (что бывает не всегда) и наличием примеси крови в кале. Этот симптомокомплекс обычно наблюдается у прежде здорового ребенка. Однако здесь могут отмечаться небольшие эпизоды (в прошлом) рвоты и абдоминального дискомфорта, которые при оценке настоящего состояния ребенка приобретают важное значение. При обследовании ребенка с подозрением на незавершенную ротацию с возможной инвагинацией средней кишки необходимо проведение рентгенографии желудочно-кишечного тракта. При этом чаще всего используется бариевая клизма, позволяющая установить анатомическое расположение толстой кишки. Однако в последнее время все большую популярность приобретает рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта для идентификации расположения дуоденальной петли. Следует отметить, что обычные обзорные снимки брюшной полости могут быть без отклонений от нормы или обнаруживают основную массу тонкого кишечника в правом верхнем квадранте живота.

У каждого ребенка с рвотой и (или) примесью крови в кале, у которого определяется незавершенная ротация кишки, показана срочная лапаротомия для предупреждения случайного заворота с последующей тотальной гангреной средней кишки.

**Ущемленная грыжа**

Ущемленную грыжу легко пропустить, если ребенок при врачебном осмотре не раздет полностью. Симптомами, побуждающими родителей обратиться за неотложной помощью, могут быть раздражительность ребенка, явный дискомфорт, рвота, наличие опухолевого образования в мошонке или в области паха. Дифференциальная диагностика чаще всего включает гидроцеле семенного канатика или мошонки, неопущенное яичко, перекрут яичка, перекрут придатка яичка, паховую лимфаденопатию, абсцесс пахового лимфоузла, орхит, паховую травму или повреждение мошонки. Ущемление паховой грыжи чаше всего встречается у детей первого года жизни. Как у девочек, так и у мальчиков грыжевой мешок может содержать тонкую или толстую кишку. У девочек в грыжевом мешке часто находится яичник. В большинстве случаев при условии, что врачебный осмотр осуществляется очень осторожно при доверительном отношении больного к врачу, вполне возможно мануальное вправление грыжи (только если ущемление произошло недавно) без применения седативных средств. При безуспешности попыток мануального вправления грыжи положительный результат в большинстве случаев достигается с помощью внутримышечного введения пропоксифена (для младенцев в первый год жизни — до 2 мг на 1 кг массы тела). После введения пропоксифена ребенка оставляют в полном покое в затемненной комнате на руках у родителей и без пеленок. Не следует использовать мочеприемник, прикрепляемый к гениталиям, и беспокоить ребенка при отсутствии ургентных показаний к вмешательству. По истечении часа необходимо осмотреть больного (очень осторожно) с целью оценки состояния ущемленной грыжи. Довольно часто в результате релаксации, вызванной пропоксифеном, происходит спонтанное вправление грыжи. При отсутствии спонтанного вправления грыжи может быть предпринята попытка ее мануального вправления при минимальном беспокойстве больного, что часто оказывается успешным. Немногие больные, не поддающиеся описанным выше методам вправления, подвергаются хирургической редукции грыжи.

В литературе нередко встречается описание необычного (на мой взгляд) метода вправления грыжи; он состоит в удерживании ребенка за стопы (в вертикальном положении над кроваткой) и прикладывания измельченного льда к мошонке или паховой области. Каждому думающему доктору понятно, что при такой форме лечения ни в коем случае не должна проводиться релаксация ребенка.

**Непроходимость кишечника**

При кишечной непроходимости у младенцев и маленьких детей наблюдается классическая симптоматика: боль (проявляется раздражительностью), рвота (с течением времени становится желчной), вздутие живота и ослабление кишечной перистальтики. Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости у новорожденных и младенцев включает ряд заболеваний и состояний.

1. Атрезия
2. Мекониевый илеус (только у новорожденных)
3. Ущемленная паховая грыжа
4. Незавершенная ротация кишечника
5. Незавершенная ротация с заворотом кишки
6. Заворот кишки вокруг врожденных интраабдоминальных (соединительнотканных) пучков
7. Удвоение кист кишечника
8. Постнекротический стеноз толстой кишки
9. Болезнь Гиршпрунга.

Диагностика требует немедленного получения рентгеновских снимков брюшной полости в горизонтальном и вертикальном положении больного, на которых обнаруживаются, расширение петли кишечника и уровни воздух — жидкость. Указанные изменения на рентгенограммах брюшной полости служат показанием к проведению исследования с бариевой клизмой, которое помогает дифференцировать болезнь Гиршпрунга, незавершенную ротацию и стеноз толстой кишки, а также позволяет определить локализацию обструкции (нижние отделы толстой кишки или верхние отделы тонкой).

После подтверждения диагноза кишечной непроходимости больного подготавливают к операции.

**Пилоростеноз**

У ребенка, поступающего в отделение неотложной помощи с анамнезом повторной обильной рвоты без примеси желчи, предполагается наличие пилоростеноза. Становится все более очевидным наследственный характер этого заболевания; при расспросе часто выясняется, что один из родителей (обычно отец) или кто-либо из близких родственников (тетя, дядя, двоюродный брат или сестра) лечился по поводу пилоростеноза. Классический пациент — это практически здоровый 3—6-недельный младенец с обильной рвотой (без примеси желчи) после приема пищи, который по окончании рвоты испытывает чувство голода и просит есть. Конечно, это описание ребенка в самом начале заболевания, в первые 24—48 часов. Со временем и с увеличением продолжительности рвоты к клинической картине добавляются проявления дегидратации и электролитного дисбаланса. Осмотр больного может выявить наличие волн перистальтики желудка, которые проходят от левого квадранта живота к срединной линии. При очень осторожной пальпации живота (после опорожнения желудка) может определяться классическая оливоподобная опухоль в области пилоруса. Дифференциальная диагностика пилоростеноза включает гастроэзофагеальный рефлюкс, пилороспазм и гастроэнтерит. Диагноз подтверждается при исследовании верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. После регидратации и восстановления электролитного баланса показана пилоротомия.

**Инвагинация кишечника**

Инвагинация проявляется повторными приступами схваткообразных болей в животе. Классический пациент — это здоровый и крепкий 8—18-месячный младенец без анамнеза каких-либо заболеваний. Совершенно внезапно у него появляются боли в животе. Ребенок, спокойно играющий в манеже, вдруг прекращает игру, начинает громко плакать и даже кататься по манежу, испытывая явный дискомфорт. Столь же внезапно боль прекращается и ребенок, который выглядит таким же довольным и веселым, как до возникновения боли, продолжает играть с игрушками. Подобная ситуация повторяется, причем длительность приступов увеличивается, а интервалы между ними сокращаются. В первые несколько часов рвота наблюдается редко; обычно она возникает через 6—12 часов. Классический стул, напоминающий смородиновое желе, является более поздним проявлением прогрессирующего заболевания, обусловленного нарушением циркуляции крови в слизистой оболочке кишечника, поэтому его отсутствие не должно быть причиной отсрочки обследования больного.

При осмотре ребенка в промежутке между приступами может обнаруживаться колбасовидное опухолевое образование в правой половине живота. Однако его отсутствие не должно влиять на проведение начатого обследования.

Предварительный диагноз инвагинации кишечника ставится на основании анамнестических данных и может серьезно рассматриваться уже после родительского описания (по телефону) проявлений заболевания у ребенка. Вполне удовлетворительный внешний вид ребенка и отсутствие клинических признаков не должны смущать врача. Рентгенограммы брюшной полости могут обнаружить новообразование или дефект наполнения в верхнем правом квадранте живота. Даже в отсутствие обычных обзорных снимков наличие соответствующего анамнеза требует проведения исследования с бариевой клизмой, которое демонстрирует классический феномен — "спиральную пружину". Исследование с бариевой клизмой не только диагностически информативно, оно нередко является и лечебной процедурой. Если оно проводится в первые 12—24 часа развития заболевания, то примерно в 80 % случаев излечение может быть достигнуто только с помощью бариевой клизмы. При неэффективности бариевой клизмы показано хирургическое вмешательство. Если же бариевая клизма уменьшила кишечную инвагинацию, то родителей ребенка следует предупредить о 5—10 % вероятности рецидива заболевания. Рецидив обычно имеет место в первые 24— 48 часов после процедуры.

**6. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ 2 ЛЕТ И СТАРШЕ**

**Аппендицит**

Классическое развитие симптоматики при аппендиците наблюдается как у детей, так и у взрослых. Вначале отмечается потеря аппетита, за которой следует развитие боли (от слабой до умеренной) в области пупка, а затем рвота и смещение боли в правый нижний квадрант живота. Если у ребенка подозревается острый аппендицит, то следует обратить внимание на то, как он входит во врачебный кабинет: в большинстве случаев процесс ходьбы затруднен. Дискомфорт, связанный с движением, может усилиться, если попросить ребенка подпрыгнуть, прежде чем он ляжет на кушетку для осмотра. При осмотре врач может отметить ограниченное движение нижней части живота вследствие перитонита, а также (в зависимости от длительности симптомов) растяжение брюшной стенки. При пальпации определяется характерная болезненность в правом нижнем квадранте живота; очень важно отметить эту болезненность и ее локализацию именно в указанном квадранте. Защитное мышечное напряжение и рикошетная болезненность (симптом Блюмберга) в той же области может и не быть. Чем больше времени прошло после начала заболевания, тем выше вероятность обнаружения в правом нижнем квадранте определенной массы, представляющей локализованную перфорацию с развитием аппендикулярного абсцесса. В отсутствие определенной болезненности в правом нижнем квадранте проводится ректальное исследование с целью обнаружения островоспаленного аппендикса, расположенного низко в малом тазу. Ребенок может иметь субфебрильную температуру и повышенное количество лейкоцитов в периферической крови в пределах от 11 000 до 20 000. Если весь симптомокомплекс вызывает сомнение в отношении аппендицита, то обзорный снимок брюшной полости может выявить признаки аппендиколита. Клинические симптомы, совместимые с аппендицитом, при наличии аппендиколита подтверждают диагноз аппендицита и оправдывают проведение лапаротомии.

Данные, способные направить диагностику аппендицита по ложному пути:

1. Температура тела может оставаться нормальной.
2. Число лейкоцитов периферической крови может быть в пределах нормы.
3. Ребенок может не терять аппетита.
4. Упитанный и крепкий ребенок может обнаружить лишь минимальную болезненность при пальпации в правом нижнем квадранте живота, как и при ректальном исследовании.
5. Гастроэнтерит довольно часто сочетается с аппендицитом. Поэтому у ребенка с указанием на рвоту и понос в течение нескольких дней (даже при наличии подобного заболевания у его братьев и сестер) не следует исключать аппендицита из дифференциального диагноза только на этом основании. Усиление боли при наличии анамнеза гастроэнтерита предполагает острый аппендицит, вторичный по отношению к гастроэнтериту.
6. Аппендицит достоверно диагностируется у детей в возрасте до 1 года, он не так уже редок и у детей второго года жизни. Частота перфорации в этой возрастной группе значительно выше, чем у остальных детей, что связано с трудностями диагностики аппендицита у младенцев, а также с ошибочным определением гастроэнтерита.

**Дивертикул Меккеля**

Дивертикул Меккеля может обусловить появление самых различных признаков и симптомов, таких как желудочно-кишечное кровотечение, перитонит, инвагинация кишечника или кишечная непроходимость. Эктопическая локализация слизистой оболочки желудка в дивертикуле может обусловить изъязвление прилежащей части подвздошной кишки, что способно вызвать безболезненное ректальное кровотечение или перфорацию дивертикула с последующим развитием перитонита. Изотопное сканирование позволяет выявить дивертикул Меккеля с эктопированной в нем слизистой оболочкой желудка почти в 50 % случаев. Отрицательные сканы не исключают данного диагноза. Острое воспаление дивертикула Меккеля может симулировать острый аппендицит или инициировать инвагинацию кишечника. Наконец, остатки желточно-кишечного канала, соединяющие внутрибрюшинно верхушку дивертикула Меккеля с умбиликальной областью, могут оказаться тем центром, вокруг которого формируются заворот тонкой кишки или внутренние (абдоминальные) грыжи, что в конечном итоге приводит к возникновению кишечной непроходимости.

**Полипы толстой кишки**

Одиночный или множественные полипы толстой кишки, как и классическая форма семейного полипоза, могут способствовать возникновению безболезненного кровотечения (ярко-красная кровь) из нижних отделов кишечника. Чаще всего наблюдаются одиночные (их может быть два или три). Это обычно доброкачественные полипы (ювенильные), не склонные к озлокачествлению. Нередко родители описывают явно пролабирующий (выпадающий) полип, легко пальпируемый при ректальном исследовании. Кровотечение из полипа редко носит жизнеугрожаюший характер.

**Инородные тела в желудочно-кишечном тракте**

В целом следует признать, что все инородные тела, попадающие в желудок, в конце концов, проходят по кишечнику и спонтанно выводятся через прямую кишку. Такими телами могут оказаться гвозди, открытые английские булавки, кусочки стекла и монеты. Полное прохождение, например монеты, до ануса может занять несколько месяцев. Совершенно очевидно, что инородные тела, застрявшие в верхних или средних отделах пищевода и не продвигающиеся дальше, должны быть удалены эзофагоскопом. Хирургическое удаление инородных тел из желудка или дистальных отделов осуществляется очень редко.

**Портальная гипертензия**

Портальная гипертензия редко встречается у детей, хотя она является одной из частых причин массивного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Причиной портальной гипертензии из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей могут быть внепеченочный портальный тромбоз, диффузное паренхиматозное поражение печени на фоне фиброкистозной дегенерации поджелудочной железы, а также билиарный цирроз у детей с врожденной билиарной атрезией.

**7. ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ**

Следует помнить, что все осложнения и связанные с ними проявления, описанные в этой главе, могут быть обусловлены травмой — случайной или преднамеренной, скрытой или явной. Минимальная травма может привести к разрушению или разрыву органа брюшной полости, как, например, в случае врожденного обструктивного гидронефроза почек.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год