Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Реферат**

**на тему:**

**«Острая хирургическая патология у детей»**

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

Введение

1. Аппендицит
2. Пневмококковый перитонит
3. Кишечная инвагинация
4. Заворот кишок
5. Заворот желудка
6. Ущемленная паховая грыжа
7. Острый дивертикулит
8. Острый энтероколит
9. Гастрит острый
10. Копростаз
11. Мезентериальный лимфоденит
12. Болезнь Крона
13. Пупочные колики

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Одной из частых жалоб детей является боль в животе. Для уточнения причин боли важно выяснить, когда она возникла (появилась впервые или беспокоила ранее), характер боли (кратковременная, продолжительная, рецидивирующая, острая, тупая, коликообразная), локализацию (подложечная или подвздошная область, вокруг пупка, подреберье, в нижних отделах живота), иррадиацию боли, связь с приемом пищи, мочеиспусканием, временем года и суток, избыточной физической активностью и переживаниями ребенка.

Имеет значение возраст ребенка: так, например, инвагинация, сальмонеллез, колиэнтерит и стафилококковый энтерит, как правило, встречаются у детей до 1 года, а острый аппендицит, ущемленная грыжа, перитонит, дивертикулит - после 2-3 лет.

Дети, как правило, не могут указать точную локализацию боли и чаще показывают на область пупка. Характер боли могут описать дети только старшего возраста. При сильной боли появляется бледность кожных покровов, ребенок плачет, изгибается, поджимает ножки, появляется рвота, снижается АД.

Боль в животе у детей может быть первым признаком многих заболеваний: эпидемического паротита, кори, скарлатины, менингита, геморрагического васкулита, лимфогранулематоза, острого лейкоза, ревматизма, узелкового периаргериита.

Большинство детей с болью в животе направляют в стационары с диагнозом: острый аппендицит. Поэтому дифференциальный диагноз целесообразно проводить именно в этом аспекте.

**1. АППЕНДИЦИТ**

Распространенное заболевание детского возраста, клиническое течение которого более тяжелое, чем у взрослых, а диагностика значительно сложнее. У грудных детей заболевание наблюдается редко, затем частота его увеличивается и становится наибольшей в возрасте 9-12 лет.

Острый аппендицит у детей характеризуется малой специфичностью клинической картины, быстрым развитием деструкции аппендикса, ранним наступлением осложнений (чаще разлитым перитонитом).

Клинические проявления острого аппендицита детей старшего возраста в отличие от больных 3-4-летнего возраста схожи с таковыми у взрослых. У маленьких детей аппендицит начинается с общих явлений: дети становятся беспокойными, капризными, нарушается сон. Обычно ребенок указывает на локализацию боли в области вокруг пупка. Вскоре после возникновения боли появляются тошнота, рвота (она бывает многократно). Более чем у 10% больных отмечается жидкий стул, иногда со слизью. Температура обычно повышается (редко выше 30˚С). Симптом расхождения частоты пульса и температуры у детей встречается редко и, как правило, наблюдается при тяжелых гнойных перитонитах. Ребенок при остром аппендиците малоподвижен, часто занимает положение в постели на правом боку с приведенными к животу ногами. При осмотре выявляется характерное место наибольшей болезненности, пассивное напряжение мышц внизу живота справа, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При тяжелой интоксикации, особенно при гангренозном аппендиците, напряжение мышц живота может отсутствовать. Определение количества лейкоцитов имеет то же диагностичеосое значение, что и у взрослых: чаще оно бывает в пределах 1210 /л-1510 /л.

Гангренозный аппецдицит может протекать и с лейкопенией.

Диагноз. У детей клиническая картина острого аппендицита симулирует большое число заболеваний, в основном не требующих оперативного вмешательства. Еще больше соматических и хирургических заболеваний (с локализацией в брюшной полости и вне ее), которые в свою очередь маскируются под острый аппендицит.

Частой причиной диагностических ошибок являются следующие заболевания:

1. Пневмококковый перитонит.

2. Острые желудочно-кишечные заболевания.

3. Урологическая патология (чаще воспалительного явления на фоне врожденных или приобретенных заболеваний мочевыводящих путей). В отличие от острого аппендицита боль в этих случаях схваткообразная, ребенок беспокоен, меняет положение тела. Боль нередко иррадиирует в поясничную область или во внутреннюю поверхность бедра и в паховую область. Мочеиспускание учащенное, болезненное. Нередко возникает озноб. Напряжение мышц живота справа носит более диффузный характер, чем при аппендиците, и исчезает в "светлый промежуток". Зона болезненности проецируется по ходу мочеточника. Симптом Пастернацкого) положительный. В сомнительных случаях необходимо срочное нефроурологическое исследование.

4. Копростаз, Общее состояние при этом остается удовлетворительным. Температура в редких случаях повышается. При пальпации болезненность живота чаще определяется в левой подвздошной области. После клизмы отмечается обильный стул, и боль исчезает, живот становится мягким, безболезненным.

5. Острый мезаденит.

6. Туберкулезный мезаденит. Начало заболевания не такое острое, как при аппендиците. Появляется боль, чаще схваткообразная, понос. Температура субфебрильная. Напряжения брюшных мышц нет. Иногда удается прощупать увеличенные брыжеечные лимфатические узлы. Изредка разрыв лимфатического узла с казеозным распадом может приводить к развитию острого перитонита с внезапным началом. Подозрение на неосложненный туберкулезный мезаденит служит показанием к госпитализации ребенка.

7. Бронхопневмония, особенно нижнедолевая правосторонняя. Температура при этом обычно выше, чем при аппендиците (39-40˚ С). Заболевание чаще всего сопровождается кашлем. Диагностическое значение также имеют покраснение лица и более высокая локализация боли в животе, чем при аппендиците. Рефлекторное напряжение мышц брюшной стенки, возникающее при пневмонии, уменьшается, если приложить ладонь к брюшной стенке на 1-2 мин. При начинающейся, а также при центральной пневмонии могут почти отсутствовать аускультативные и перкуторные данные.

8. Детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, ветряная оспа, краснуха), инфекционный гепатит, а у детей раннего возраста - отит часто сопровождаются болью в животе. Всегда важно об этом помнить и тщательно исследовать кожные покровы. При детских инфекционных заболеваниях живот при пальпации болезнен ближе к пупку, истинного мышечного дефанса, как правило, не бывает. Острый аппендицит может возникнуть сразу же после перенесенной кори. Такой "коревой аппендицит" протекает крайне тяжело.

Неотложная помощь и госпитализация. Все больные острым аппендицитом и с подозрением на него подлежат госпитализации в хирургическое отделение.

Наличие острого аппендицита у ребенка в любом возрасте является абсолютным показанием к аппендэктомии. При аппендикулярном перитоните для выведения ребенка из тяжелого состояния проводят комплекс дооперационной подготовки в течение 2-4 ч.

**2. ПНЕВМОКОККОВЫЙ ПЕРИТОНИТ**

Наблюдается преимущественно у детей старшего дошкольного возраста, чаще у девочек. Существует мнение, что инфекция проникает в брюшную полость из влагалища, однако у мальчиков путями поступления пневмококка в брюшную полость являются гематогенный, лимфогенный и энтерогенный. Существуют три классические формы пневмококкового перитонита: септикопиемическая, токсическая и ограниченная.

Характерен "симптом первых часов" - острое и бурное начало. Отмечаются сильная боль в животе, обычно в нижних отделах его или нелокализованная, повышение температуры до 39-40% С. Рвота может быть многократной. Нередко появляется жидкий частый стул (желто-зеленый зловонный). Отмечается значительная тяжесть общего состояния, несмотря на небольшой срок заболевания. Ребенок страдает, беспокоен, стонет. В тяжелых случаях, наоборот, наблюдаются вялость, апатия, а иногда потеря сознания и бред. Кожные покровы бледные, глаза блестящие. Язык сухой, обложен белым налетом. На губах чаще появляется герпес. Пульс ускорен. Живот резко болезненный во всех отделах, но особенно внизу и дольше справа. Отмечается разлитая, умеренно выраженная ригидность мышц, несколько больше ниже пупка и справа. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Иногда можно обнаружить некоторую отечность передней брюшной стенки в нижних отделах живота и правой подвздошной области. Наличие экссудата выявляется редко.

При токсической форме наблюдается крайне тяжелое течение, приводящее к гибели в течение 2-3 дней. При иссдедовании крови обнаруживают высокий лейокцитоз.

Диагноз. Пневмококковый перитонит у детей имеет много общих черт с перитонитом аппендикулярного происхождения. Для облегчения дифференциальной диагностики этих заболеваний рекомендуется пользоваться таблицей Димитрова, Боева, Багиева и Аврамова с изменениями.

Неотложная помощь и госпитализация, показана срочная госпитализация в хирургическое отделение. Лечение проводят по общим правилам лечения перитонита.

**3. КИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ**

Внедрение одного отдела кишечника в просвет другого встречается преимущественно у детей грудного возраста (90%) и особенно часто - в возрасте от 4 до 9 мес. Мальчики заболевают в 2 раза чаще девочек. У детей старше года инвагинация наблюдается редко. Наиболее часто возникает илеоцекальная инвагинация и значительно реже внедрение тонкой кишки в тонкую и толстой кишки в толстую.

Инвагинация в большинстве случаев начинается внезапно. Ребенок становится беспокойным, вскрикивает, плачет, бледнеет, отказывается от еды. Приступ беспокойства заканчивается так же внезапно, как и начинается, но через некоторое время повторяется. В светлый промежуток ребенок успокаивается (период затишья продолжается 3-10 мин). Вскоре появляется рвота, вначале остатками пищи, затем с примесью желчи и, наконец, кишечным содержимым с каловым запахом. Температура чаще нормальная. В первые часы заболевания стул может быть нормальным, спустя некоторое время из прямой кишки вместо каловых масс отходит кровь, перемешанная со слизью. Чаще всего кровь появляется не ранее чем через 6 и от начала первого приступа боли в животе. В ряде случаев выделение крови может отсутствовать на протяжении всего периода болезни (чаще при слепоободочной форме).

Диагноз. Обследование следует производить вне приступа боли. Живот в начале заболевания не вздут, обычно мягкий. Справа от пупка, чаще ближе к области правого подреберья можно обнаружить опухолевидное образование мягкоэластической консистенции. При исследовании прямой кишки часто обнаруживается пустая зияющая ампула, на пальце остаются следы крови и слизи. Если инвагинат достигает прямой кишки, то палец ощущает его головку, напоминающую шейку матки, иногда инвагинат даже выпадает из заднего прохода. В условиях стационара для уточнения диагноза инвагинации часто используют пальпацию живота под медикаментозным сном, проводят рентгенологическое исследование с бариевой или воздушной клизмой. Дифференцируют инвагинацию от дезинтерии, энтероколита, иногда от абдоминальной формы геморрагического васкулита, глистной инвазии. Нужно также учитывать, что дизентерия в некоторых случаях может быть причиной инвагинации.

Неотложная помощь и госпитализация. При малейшем подозрении на острую кишечную непроходимость больной ребенок любого возраста должен быть немедленно госпитализирован. В первые сутки заболевания у большинства больных (в среднем у 60%) осуществимо бескровное расправление инвагината посредством введения через прямую кишку воздуха или бариевой взвеси (под рентгенологическим контролем). При безуспешной попытке консервативного расправления инвагината и позднем поступлении больного в стационар производят операцию.

**4. ЗАВОРОТ КИШОК**

Форма странгуляционной непроходимости, обусловленная поворотом участка тонкой или толстой кишки вместе с брыжейкой вокруг продольной оси, чаще наблюдается у детей первых 6 мес жизни.

Внезапно появляется боль в животе, ребенок кричит, плачет, беспокоен, отмечается задержка газа и стула, асимметрия живота, заметно снижение перистальтики кишечника, может появиться рвота, АД снижено. При рентгенологическом исследовании петли тонкой кишки раздуты с уровнями жидкости, дистальные отделы свободны от воздуха. При завороте толстой кишки резко расширен сигмовидный отдел ее.

Госпитализация при подозрении на заворот кишок экстренная в хирургическое отделение. Лечение хирургическое.

**5. ЗАВОРОТ ЖЕЛУДКА**

Развивается у детей при парезе диафрагмы и создании условий для формирования диафрагмальной грыжи. У ребенка появляется резкая коликообразная боль в животе, сопровождающаяся общим беспокойством, рвотой с примесью крови, определяется сильное растяжение и вздутие желудка, падение АС. Состояние ребенка быстро ухудшается. Рентгенологически определяется высокое стояние диафрагмы, изображение желудка получить не удается.

Госпитализация экстренная, требуется экстренное хирургическое вмешательство.

**6. УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА**

Развивается преимущественно в грудном возрасте и до 2-го года жизни. Отмечаются общее беспокойство, "немотивированный" крик, бледность, потливость, появляется рвота. При осмотре ребенка определяется наличие грыжи, содержимое грыжевого мешка становится плотным, чувствительным при пальпации, не вправляется. В запущенных случаях появляются признаки непроходимости кишечника: вздутие живота, многократная рвота, задержка стула и газов. Гангрена кишечной стенки - явление редкое, чаще имеет место венозный стаз ущемленных органов.

Госпитализация во всех случаях ущемленной грыжи экстренная в хирургическое отделение.

**7. ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ**

Воспаление сохранившегося желточного протока - слепого отростка, отходящего от подвздошной кишки (дивертикул Меккеля).

Дает клиническую картину аппендицита: у больного появляется рвота, повышается температура, отмечаются задержка стула, общее беспокойство. При прощупывании живота боль локализуется преимущественно ближе к пупку или в надлобковой области.

Госпитализация во всех случаях подозрения на дивертикулит экстренная в хирургическое отделение.

**8. ОСТРЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ**

У грудных детей возникает частый кашицеобразный, слизистый, водянистый стул, что сопровождается болью в животе. Самая частая причина поноса у грудных детей - кишечная инфекция. При стафилококковых энтеритах отмечают тяжелое общее состояние, вздутие живота, высокую температуру, рвоту, признаки эксикоза с интоксикацией. При вирусных энтеритах на фоне лихорадки, катаральных явлений в носоглотке появляется болезненность в области пупка или внизу живота.

Неотложная помощь. При тяжелом течении болезни сразу назначают разгрузку в питании на 6-10 ч. При легком течении заболевания показано кормление молочно-кислыми смесями. Необходимо вводить достаточное количество жидкости (120-170 мл/кг в сутки). При упорной рвоте в первые часы болезни показано промывание желудка, а иногда и кишечника. Антибиотики назначают при коли-инфекции, сальмонеллезе, дизентерии и вирусно-бактериальных инфекциях в следующих суточных дозах: полимиксин по 100000 ЕД/кг, мономицин - 40000 ЕД/кг, канамицин - 50000 ЕД/кг, ампициллин - 100000 ЕД/кг, олететрин - 25000 ЕД/кг, гентамицин - 2-3 мг/кг в 3-4 приема. При стафилококковых энтероколитах применяют олеандомицин - 25000 ЕД/кг, эритромицин - 25-30 мг/кг, оксациллин - 100000 ЕД/кг (суточные дозы). При гипертонии используют физические меры охлаждения (обтирание спиртом, обдувание вентилятором и др.). При судорожной готовности и возникновении токсикоза с эксикозом назначают специальное лечение.

Госпитализация во всех случаях энтероколитов у детей грудного возраста в инфекционное отделение.

**9. ГАСТРИТ ОСТРЫЙ**

Встречается у детей любого, но чаще школьного возраста. Предрасполагающие факторы: алиментарные погрешности (нарушение режима и рациона питания, переедание, недоброкачественная пища), токсикоинфекции, прием некоторых лекарственных препаратов (бромиды, йодистые препараты), непереносимость отдельных продуктов.

У ребенка появляются рвота, иногда повторная, схваткообразная боль в эпигастральной области, чувство тяжести, полноты, распирания живота, тошнота, общая слабость, сухость во рту. При обследовании отмечаются обложенный язык, бледные кожные покровы с холодным липким потом, иногда жидкий стул, подъем температуры. Живот вздут, определяется болезненность в эпигастрии, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Диагноз основывается на данных анамнеза и клинической картины. Дифференцировать острый гастрит необходимо от гастроэнтероколита, сальмонеллезов.

Неотложная помощь. Постельный режим, промывание желудка 0,5-1% раствором натрия гидрокарбоната, изотоническим раствором натрия хлорида, минеральной или обычной теплой водой, очистительная клизма или прием слабительного (магния сульфат из расчета 1 г на 1 год жизни в 50-100 мл воды); грелка на подложечную область, согревающие компрессы на живот; обильное питье, диета, адсорбирующие средства (активированный уголь - 1 - 2 г или таблетки по 0,25 г на прием), антибактериальные препараты (фуразолидон - 0,05 г 3-4 раза в день после еды), спазмолитики: папаверин по 0,02-0,04 г 2-3 раза в день после еды, но-шпа по 0,01-0,02-0,04 г – 3 раза в день, настойка красавки по 5-10 капель на прием.

Госпитализация в терапевтическое отделение показана в случаях тяжелого течения (упорная, непрекращающаяся рвота, коллаптоидное состояние, резкое обезвоживание).

**10. КОПРОСТАЗ**

Скопление каловых масс (чаще в терминальных участках тонкой или толстой кишки) сопровождается коликоподобной или резкой схваткообразной болью в животе. Нередко страдает общее самочувствие: появляется слабость, тошнота, рвота, бледность, повышается температура. При пальпации определяются плотное образование или каловые конгломераты по ходу кишечника.

Неотложная помощь. Сифонные клизмы, спазмолитические препараты: но-шпа, папаверин.

Госпитализация не обязательна.

**11. МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ЛИМФОДЕНИТ**

Постоянным симптомом является боль внизу живота или вокруг пупка, иногда сопровождаемая напряжением мышц передней брюшной стенки. Температура тела может быть нормальной или незначительно повышенной, определяется лейкоцитоз (15-30,10 /л). Диагноз ставят путем исключения острого аппендицита, туберкулезного мезаденита, кишечной инфекции.

Неотложная помощь. Постельный режим, щадящая диета, антибиотики, атропин (на 1 кг массы тела): до 1 года - 0,018 мг (0,018 мл), 1-5 лет-0,016 мг (0,016 мл), 6-10 лет-0,014 мг (0,014 мл), II-14 лет - 0,012 мг (0,012 мл) 2 раза в день; настойка красавки - 3-10 капель на прием, папаверин - 0,02-0,04 г 3 раза в день, но-шпа, 0,010,04 г 3 раза в день.

Госпитализация в хирургическое отделение при подозрении на наличие острого аппендицита, в инфекционное отделение при подозрении на наличие кишечной инфекции.

**12. БОЛЕЗНЬ КРОНА**

Гранулематозное поражение желудочно-кишечного тракта локализуется чаще в одном или нескольких сегментах тонкой или толстой кишки, реже в пищеводе и желудке. Встречается у детей любого возраста. Признаки заболевания зависят от преобладания синдромов нарушенного всасывания, кишечной непроходимости, изъязвления кишки, потери крови и белка. Ребенка беспокоит боль в животе, частый жидкий стул. Отмечаются похудание, задержка роста, периодическое повышение температуры тела, анемия. Боль носит рецидивирующий характер, чаще отмечается в правой половине живота.

Неотложная помощь: антибиотики (мономицин - 40000 ЕД/кг, мицерин - 4 мг/кг, левомицетин - 50 мг/кг), сульфасалазин (детям 57 лет - 0,25-0,5 г 3-6 раз в день, старше 7 лет - 0,5 г 3-6 раз в день), салазопиридазин (детям 3-5 лет - 0,5 г в 2-3 приема, 5-7 лет - 0,75-1 г, 7-15 лет - 1-1,5 г в сутки), стероидные гормоны (преднизолон 1 мг/кг в сутки).

Госпитализация во всех случаях. При подозрении на перфорацию кишечника больного госпитализируют в хирургическое отделение и проводят оперативное лечение.

**13. ПУПОЧНЫЕ КОЛИКИ**

Встречаются у чувствительных и вегетативно-лабильных детей в дошкольном и школьном возрасте. Характерна периодическая коликоподобная боль вокруг пупка чаще во время еды или после нервных стрессов. Отмечаются бледность кожных покровов, красный дермографизм, повышенная влажность кожи.

Госпитализация не обязательна.

Лечение. Настойка валерианы - 1 капля на 1 год жизни, пустырника - 1 капля на год жизни, 1% раствор бромида натрия (1 чайная или десертная ложка 3 раза в день), но-шпа - 0,01 - 0,04 г 3 раза в день, настойка красавки - 3-10 капель на прием.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год