Красноярская Государственная Медицинская Академия

Кафедра детской хирургии

Реферат:

"Острый аппендицит в детском возрасте"

Красноярск

**Острый аппендицит** – неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

В детском возрасте аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, наблюдаются значительно чаще, чем у взрослых. Эти закономерности наиболее выражены у детей у детей первых лет жизни, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма, влияющими на характер клинической картины заболевания и в некоторых случаях требующими особого похода к решению тактических и лечебных задач.

**Классификация**

* Деструктивно-гнойные формы воспаления (флегмонозный, гангренозный, гангренозно-перфоративный)
* Недеструктивные изменения в червеобразном отростке (катаральные формы, а также хронический аппендицит или обострение хронического аппендицита)

**Этиология и патогенез**

В настоящий момент принята полиэтиологическая теория развития острого аппендицита, как первичная причина развития не исключается любая теория из раннее признанных – каловый камень, клубок аскарид, кишечная инфекция, стрессовая реакция, но для развития острого аппендицита необходимо несколько условий: наличие инфекции, нарушение кровоснабжения отростка, наличие ответной реакции организма.

В развитие воспаления ведущая роль принадлежит собственной микрофлоре червеобразного отростка или кишечника. У небольшой группы детей нельзя исключить возможность гематогенного или лимфогенного инфицирования. Общеизвестно и влияние анатомо-физиологических особенностей детей раннего возраста: чем младше ребенок, тем быстрее развиваются деструктивно-некротические изменения в стенке червеобразного отростка. Определенную роль играют и местные защитные реакции, связанные с возрастными особенностями фолликулярного аппарата. Так, редкость острого аппендицита у детей первых лет жизни, особенно грудного возраста, связывают с малым количеством фолликулов в червеобразном отростке. Редкость аппендицита у детей до года также объясняют и характером питания в этом возрасте (преимущественно молояная жидкая пища).

Морфологические особенности червеобразного отростка у детей раннего возраста предрасполагают к быстрому развитию сосудистых реакций и присоединению бактериального компонента. Слизистая оболочка кишечника более проницаема для микрофлоры и токсических веществ, чем у взрослых, поэтому при нарушении сосудистой трофики происходит быстрое инфицирование червеобразного отростка с ускоренным развитием выраженных деструктивных форм аппендицита.

Развитию воспалительного процесса способствуют перенесенные соматические и инфекционные заболевания, врожденные аномалия червеобразного отростка (перекруты, перегибы), попадание в отросток инородных тел и паразитов, образование каловых камней.

**Клиническая картина и диагностика**

Клинические проявления острого аппендицита у детей вариабельны и во многом зависят от реактивности организма, анатомического положения червеобразного отростка и возраста ребенка. Общая характеристика клинической картины – преобладание общих неспецифических симптомов над местными. В генезе подобных реакций имеет значение относительная незрелость отдельных органов и систем, в первую очередь ЦНС и вегетативной нервной системы. Эти явления выражены там больше, чем младше ребенок.

*Клиническая картина острого аппендицита у старших детей.*

Клиническая картина острого аппендицита у детей старшей возрастной группы более отчетлива и складывается из следующих основных признаков, выявляемых из анамнеза: боль в животе, повышение температуры тела, рвота, иногда нарушение функции кишечника.

Начальный симптом заболевания – внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через 4–6 ч (с колебаниями от 1 до 12 ч) боль перемещается в правую подвздошную область. Родители отмечают, что дети становятся менее активными, отказываются от еды. Для аппендицита характерна непрерывная боль, не исчезающая, а лишь несколько стихающая на время.

Локализация боли зависит от расположения червеобразного отростка: при типичном положении, больной ощущает боль в правой подвздошной области, при высоком положении – почти в правом подреберье, при ретроцекальном положении – на боковой поверхности живота или в поясничной области, при тазовом положении – над лобком.

Один из наиболее постоянных симптомов острого аппендицита у детей – рвота, развивающаяся почти у 75% больных и носящая рефлекторный характер. В последующие дни заболевания при развитие разлитого гнойного перитонита рвота становится многократной, нередко в рвотных массах выявляют примесь желчи.

Достаточно часто отмечают задержку стула, иногда появляется жидкий стул не ранее чем на 2-е сутки от начала заболевания. При расположении отростка рядом со слепой или прямой кишкой или среди петель тонкой кишки воспаление может распространяться на кишечную стенку, что приводит к скоплению жидкости в просвете кишки и поносу, при выраженном вторичном проктите каловые массы могут иметь вид «плевков» слизи, иногда даже с примесью небольшого количества крови.

Язык в начале заболевания влажный, часто обложен белым напетом. С развитием токсикоза и эксикоза язык становится сухим, шероховатым, на нем появляются наложения.

*Диагностика*

Патогномоничных симптомов острого аппендицита нет, вся симптоматика обусловлена явлениями местного перитонита

При развитии перитонита отмечается вынужденное положение больного на правом боку с подтянутыми к животу нижними конечностями

При осмотре живота может отмечаться отставание правого нижнего квадранта брюшной стенки при дыхании. При пальпации обнаруживают напряжение мышц и резкую болезненность в правой подвздошной области. Здесь же могут определяться положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина – Блюмберга, Раздольского, Воскресенского). Боль, как правило, усиливается при положении больного на левом боку (симптом Ситковского), особенно при пальпации (симптом Бартомье – Михельсона). При ретроцекальном расположении отростка может быть положительный симптом Образцова – усиление болезненности при поднимании выпрямленной правой ноги. Этот симптом следует проверить очень осторожно, так как при грубом давлении на брюшную стенку возможна перфорация отростка. Температура часто повышена до субфебрильных цифр.

В крови – лейкоцитоз до 5–17\*109/л со сдвигом формулы влево.

При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается болезненность при пальпации правой стенки таза (особенно при тазовом положении отростка).

Наличие эритроцитов и лейкоцитов в моче не исключает острого аппендицита.

Диагноз острого аппендицита в типичных случаях несложен, однако атипичность расположения и особенности течения воспалительного процесса иногда чрезвычайно затрудняют диагностику заболевания.

*Клиническая картина и диагностика острого аппендицита у детей раннего возраста.*

Вследствие функциональной незрелости нервной системы в этом возрасте почти все острые воспалительные заболевания имеют сходную клиническую картину (высокая температура тела, многократная рвота, нарушение функции кишечника).

Если у детей старшего возраста ведущее значение имеют жалобы на боль в правой подвздошной области, то у детей первых лет жизни прямых указаний на боль нет, судить о наличие этого симптома можно лишь по косвенным признакам. Наиболее важный из них – изменение поведения ребенка. Более чем в 75% случаев родители отмечают, что ребенок становится вялым, капризным, малоконтактным. Беспокойное поведение больного следует связывать с нарастанием боли. Непрерывность боли ведет к нарушению сна, что является характерной особенностью детей младшего возраста и встречается почти у трети больных.

Повышение температуры тела при остром аппендиците у детей первых лет жизни бывает почти всегда. Нередко температура тела достигает 38–390С. Довольно постоянный симптом – рвота. Для детей раннего возраста характерна многократная рвота (3–5 раз).

Почти в 15% случаев отмечают жидкий стул. Расстройство стула наблюдают в основном при осложненных формах аппендицита и тазовом расположение червеобразного отростка. Жалобы на боль в правой подвздошной области у детей этой возрастной группы почти не встречается. Обычно боль локализуется около пупка. Такая локализация связана с анатомо-физиологическими особенностями: неспособностью точно локализовать место наибольшей болезненности вследствие недостаточного развития корковых процессов и склонностью к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки. Важную роль играет быстрое вовлечение в воспалительный процесс мезентеральных лимфатических узлов.

При диагностике ориентируются также на основные симптомы, что и у детей старшего возраста (пассивное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области). Однако обнаружить указанные признаки у детей первых лет жизни чрезвычайно трудно. Это обусловлено возрастными особенностями психики, в первую очередь двигательным возбуждением и беспокойством при осмотре. При проведение пальпации живота важно внимательно следить за поведением ребенка. Появление двигательного беспокойства, реакции мимической мускулатуры могут помочь оценить болезненность осмотра. Оправдан метод осмотра детей в состоянии медикаментозного сна. При этом сохраняются пассивное мышечное напряжение передней брюшной стенки и локальная болезненность.

Ректальное пальцевое исследование у младших детей дает меньше диагностической информации и вносит ясность лишь при наличии инфильтрата, которые в этом возрасте встречается относительно редко. Тем не менее пальцевое ректальное исследование необходимо проводить всем детям раннего возраста, так как во многих случаях оно помогает отдифференцировать другие заболевания (инвагинацию, копростаз и др.)

У детей младшего возраста при остром аппендиците чаще всего отмечают увеличение количества лейкоцитов в периферической крови до 15–20\*109/л. Нередко наблюдают и гиперлейкоцитоз (25–30\*109/л).

*Аппендицит у новорожденных*

Заболевание развивается преимущественно у недоношенных детей с массой тела от 1 до 2 кг в возрасте 7–20 дней. В анамнезе у всех детей – перенесенная перинатальная гипоксия, инфицирование, нарушение мозгового кровообращения. Заболевание начинается остро, с нарастанием симптомов инфекционного токсикоза появляются рвота с примесью желчи, вздутие живота, задержка стула. При осмотре в первые 12 ч от начала ухудшения удается выявить местные симптомы: локальную болезненность в правой подвздошной области, пассивное напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга, а при тенденции процесса к ограничению можно пальпировать инфильтрат. Температурной реакции, как правило, не бывает, количество лейкоцитов колеблется в больших пределах (от7 до 18\*109/л) с тенденцией к повышения. Позднее в связи с быстрым прогрессированием воспалительного процесса и нарастанием токсикоза выявляют симптомы разлитого перитонита.

Диагностика острого аппендицита у недоношенных детей из группы риска трудна вследствие сложности дифференциальной диагностики с некротическим энтероколитом. Для некротического энтероколита прежде всего характерно стадийное течение с постепенным ухудшением состояния и нарастанием клинико-рентгенологических симптомов. При аппендиците заболевание начинается остро. Для энтероколита характерен черный жидкий стул с примесью слизи, зелени, крови, а для аппендицита – задержка отхождения «оформленного» стула.

Рентгенологически при аппендиците у новорожденных часто определяют затемнение в правой половине живота на фоне паретически вздутых петель кишечника (особенно толстой кишки), отсутствие утолщения кишечных стенок. При некротическом энтероколите газонаполнение кишечника резко снижено; из-за значительного гидроперитонеума наружные контуры кишечных петель теряют четкость очертаний. Однако решающим в диагностике является динамика указанных симптомов на протяжении ближайших 3–6 ч интенсивной детоксикационной, регидратационной и противовоспалительной терапии. Отсутствие положительной динамики в общем состояние ребенка и нарастание местных симптомов указывают на воспалительный процесс в брюшной полости и требуют экстренной хирургической помощи.

Дифференциальная диагностика. У детей старшей возрастной группы острый аппендицит дифференцируют с заболеваниями ЖКТ, желчевыделительной и мочевыделительной систем, заболеванием половых органов у девочек, геморрагическим васкулитом. В младшем возрасте (преимущественно у детей первых 3 лет жизни) дифференциальную диагностику чаще проводят с острыми респераторно-вирусными инфекциями, копростазом, урологическими заболеваниями, отитом, детскими инфекциями.

**Лечение**

Лечение оперативное. Операция показана не только в каждом ясном с диагностической точки зрения случае, но и при обоснованном подозрении на острый аппендицит, при невозможности на основании клинических признаков и специальных методов исследования (включая лапароскопию) исключить острое воспаление отростка.

Обезболивание детей, особенно раннего возраста должно быть только общим.

У детей вполне обоснована аппендэктомия лигатурным способом (без погружения культи в кисетный шов). Лигатурный метод не более опасен, чем погружной, но обладает рядом преимуществ: сокращает время операции и снижает опасность перфорации стенки слепой кишки при наложении кисетного шва. Последнее обстоятельство особенно важно для детей раннего возраста, у которых стенка кишки тонкая. Важно также избежать опасности деформации илеоцекального клапана (баугиниевой заслонки), которые у маленьких детей расположен близко к основанию отростка: при наложении кисетного шва могут возникнуть его недостаточность или стенозирование.

*Лечение аппендицита у новорожденных*

В связи с незрелостью купол слепой кишки располагается высоко под печенью и глубоко в латеральном канале, поэтому применяют правосторонний трансмускулярный или параректальный доступ длиной 3–4 см. аппендэктомию выполняют лигатурным способом с оставлением дренажа. Интраоперационно и в последующие 3 сут после операции в дренаж вводят 1% раствор гидроксиметилхиноксилиндиоксид. В послеоперационном периоде продолжают начатую интенсивную терапию.

**Список используемой литературы**

1. «Хирургические болезни детского возраста», ред. Исаков Ю.Ф.; изд. Спб «Геотар-Мед», 2004
2. «стандарты диагностики и алгоритмы практических навыков в детской хирургии», ред. Юрчук В.А., Дарьина А.Н., КГМА; 2005