

ГОСТРИЙ ЖИВІТ У ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Pediatric abdominal surgical emergencies
E. S. Pollack
Pediatric Annals, 1996; 25: 448—457

Біль у животі є однією з найчастіших скарг, з якою діти звертаються у відділ невідкладної допомоги. Близько 10% усіх звернень зумовлені саме цією причиною. Крім того, біль є тільки одним з багатьох ознак та симптомів, яким можуть проявлятися абдомінальні захворювання. Перед лікарем постає проблема розрізнити насамперед ті скарги, які справді свідчать про гостре серйозне захворювання. На жаль, особливо коли це стосується малих дітей, це не просто. Було б дуже добре, якби всі випадки апендициту проявляли себе однаково. Проте апендицит, як звичайно, має стерту клініку, тому цей діагноз навіть нині, при наявності складних діагностичних методик, часто не встановлюють, як і інвагінацію та перекрут яєчка. Для зменшення частоти помилок та смертності необхідно застосовувати системний підхід. Ця стаття фокусує увагу на гострому животі в дітей – його диференціальній діагностиці, оцінці та лікуванні, з погляду дільничного педіатра або лікаря, який працює у відділенні невідкладної терапії і першим стикається з пацієнтом.

Прояви

Гострий живіт у дітей може мати безліч проявів — біль у животі, блювання, шлунково-кишкова кровотеча, діарея, здуття, наявність абдомінальних утворів або системні прояви, такі як гарячка, сонливість, схуднення або кволість. Крім того, його прояви і симптоми залежать від віку. Немовля не може скажитись на біль, натомість воно плаче, відмовляється їсти, стає дратівливим або сонливим. Дитина, яка починає ходити, вже може поскаржитись на біль, однак ви не отримаєте від неї точного анамнезу і вона не опише характер та локалізацію болю. Динаміка симптомів може допомогти лікареві прийняти правильне рішення, однак від малих дітей або їхніх не надто спостережливих батьків точну інформацію буває отримати нелегко. Усі ці фактори часто утруднюють встановлення діагнозу гострого живота в малих дітей.

Диференціальна діагностика

Причини гострого живота в дітей змінюються з віком (табл. 1). У новонароджених найчастішими діагнозами є некротизуючий ентероколіт та вроджені аномалії, такі як незавершений поворот (мальротация) кишки зі скрутом середньої кишки, дуплікації, дефект передньої черевної стінки та омфалоцеле. Пілоростеноз, як звичайно, проявляється між 2 і 6 тижнями життя, тоді як інвагінація найчастіше трапляється після 2-місячного віку. Защемлена пахвова грижа та інвагінація зумовлюють більшість випадків гострого живота в підгрупі дітей від 2 місяців до 1 року, причому частота виникнення защемленої грижі зменшується після 1 року життя. Інвагінація залишається найпоширенішою абдомінальною хірургічною патологією серед дітей, які не досягли 2-річного віку. Згодом на перше місце виходить апендицит,

* Початок, закінчення в наступному числі журналу.

який є найсерйознішою причиною гострого живота в дітей аж до досягнення ними статевої зрілості. Після виникнення статевої зрілості в диференціальний діагноз гострого живота треба включити низку інших причин. Дуже типовий для цього віку перекрут яєчка може супроводжуватись болем у животі. Лікар повинен пам'ятати про перекрут і своєчасно виключити цей діагноз. У дівчат пубертатного віку беруть до уваги гінекологічні розлади (вагітність, ектопічна вагітність, кіста яєчника і запальні захворювання органів малого таза).

Таблиця 1.
Найчастіші причини гострого хірургічного живота
в педіатричній практиці (за віковими групами)

<p>• Новонароджені:</p> <ul style="list-style-type: none"> — защемлена пахвова грижа — пілоростеноз — некротизуючий ентероколіт — вроджені аномалії — мальротация, дуплікація, атрезія, дефект передньої черевної стінки, омфалоцеле, хвороба Гіршпрунга — травма (в тому числі й ненавмисна) — неоплазія 	<p>• Діти від 2 до 5 років:</p> <ul style="list-style-type: none"> — інвагінація — апендицит — травма — вроджені аномалії (дивертикул Меккеля, мальротация) — неоплазія
<p>• Діти від 2 місяців до 2 років:</p> <ul style="list-style-type: none"> — інвагінація — защемлена пахвова грижа — травма — вроджені аномалії (мальротация, хвороба Гіршпрунга, дивертикул Меккеля) — апендицит — неоплазія 	<p>• Діти від 5 до 12 років:</p> <ul style="list-style-type: none"> — апендицит — травма — дивертикул Меккеля — неоплазія (може зумовити інвагінацію) — пептична виразкова хвороба (виразка, кровотеча)
	<p>• Підлітки:</p> <ul style="list-style-type: none"> — апендицит — травма — ектопічна вагітність — пептична виразкова хвороба — дивертикул Меккеля — неоплазія



Рисунок 1.
Алгоритм ведення дітей з гострими
абдомінальними скаргами

У всіх вікових групах можливою причиною абдомінальних скарг може виявитись травма живота (випадкова і навмисна, як наслідок знущань над дитиною). Важкі гастроентерити, які супроводжуються кишковою непрохідністю і дегідратацією, можуть імітувати гострий живіт. Крім абдомінальних причин, гострий живіт може імітувати низка системних нехірургічних захворювань. До них зараховують стрептококові фарингіти, діабетичний кетоацидоз, вазооклюзивний больовий криз при серповидно-клітинній анемії, пневмонію з локалізацією в нижній ділянці легень, деякі отруєння та інтоксикації, сечостатевої інфекції.

Підхід до пацієнта з підозрою на гострий живіт

Вік пацієнта і знання найімовірніших діагнозів для конкретної вікової групи є важливими факторами, які впливають на призначення додаткових методів обстеження. Однак незалежно від віку ретельний збір анамнезу й докладний клінічний огляд є невід'ємними елементами діагностичного процесу. Часто діагноз можна встановити тільки на підставі анамнезу та клінічних даних, без широкого застосування лабораторних та зображувальних методів.

Уважно оцініть, які саме додаткові методи обстеження дадуть найкращі результати й допоможуть у прийнятті рішення. Наприклад, рентгенологічне виявлення калового конкремента в правому нижньому квадранті живота у поєднанні з відповідною клінічною картиною може свідчити про апендицит. Натомість у пацієнтів з класичною картиною апендициту оглядова рентгенограма живота додасть мало нової інформації до даних анамнезу та клінічного огляду. Наявність чи відсутність копроліта за такої ситуації не впливатиме на спосіб лікування, і призначення рентгенографії лише призведе до зайвих додаткових витрат.

При підозрі на хірургічну патологію треба вже на ранньому етапі запросити консультанта. Хірурга слід повідомити, наприклад, про пацієнта з підозрою на інвагінацію ще до проведення іригографії, оскільки такі процедури самі можуть викликати ускладнення (наприклад, перфорацію кишки), що вимагатиме хірургічного втручання. Працюючи разом, лікар загальної практики і хірург повинні швидко оцінити стан дитини з підозрою на гострий живіт (рисунки 1).

Специфічні діагнози

Мальротация кишки зі скрутом середньої кишки

У період від 5 до 12 тижня вагітності нормальний розвиток кишки плода включає вихід кишки, яка стає довшою, з черевної порожнини, її поворот проти годинникової стрілки з подальшим широким ретроперитонеальним прикріпленням і остаточним зануренням позачеревного відділу назад у черевну порожнину. Неповна ротація і прикріплення кишки, що розвиваються, довкола верхньої брижової артерії призводять до формування вузької брижової основи, у якій проходить ця артерія. Тоді може виникати скручування кишків довкола цієї вузької основи (власне перекут середньої кишки) або звуження дванадцятипалої кишки аномальними тяжами очеревини. Це зумовлює кишкову обструкцію, порушення кровоплину з імовірним інфарктом залученого сегмента кишки. Хоча найчастішим проявом мальротатії є обструкція дванадцятипалої кишки в новонароджених, однак деякі пацієнти мають менш виражений дуоденальний компонент цього стану і не мають симптомів протягом першого року життя і навіть кількох років, а діагноз мальротатії встановлюють тоді, коли дитина починає скаржитися на повторні болі в животику.

ті. Часткова або неповна мальротация може проявлятися переміжною симптоматикою. Рецидивуючий скрут середньої кишки може швидко призвести до летального кінця, тому можливість такого діагнозу треба брати до уваги вже на ранній стадії оцінки рецидивуючого абдомінального болю, особливо за наявності блювання жовчю.

Початкова оцінка і лікування мальротатії зі скрутом середньої кишки включає підтримуючу терапію (встановлення внутрішньовенного доступу, поповнення об'єму циркулюючої крові (ОЦК), шлункову декомпресію) і рентгенологічне обстеження. Оглядова рентгенографія живота може вказати на мальротацию за наявності газу в товстій кишці у верхньому правому квадранті живота або здуття шлунка і дванадцятипалої кишки при одночасній відсутності газу в дистальному відділі кишки. Контрастна рентгенограма верхнього відділу шлунково-кишкового каналу часто демонструє мальротовану дванадцятипалу кишку, згорнуту в клубок праворуч від середньої лінії живота з характерним виглядом “коркотяга”. Розміщення дванадцятипалої кишки праворуч від середньої лінії є рентгенологічним критерієм діагнозу мальротатії. Треба пам'ятати, що іноді трапляється скрут без повної обструкції. Після рентгенологічного обстеження вдаються до негайного хірургічного втручання. Інколи новонароджений може мати обструкцію і очевидні ознаки ішемії кишки. В такому випадку хірургічне втручання не слід відкладати задля рентгенологічного обстеження.

Пілоростеноз

У немовлят з пілоростенозом клініка, як звичайно, з'являється між 2 і 6 тижнями життя і проявляється блюванням “фонтаном”, яке поступово наростає, а потім відставанням у набиранні ваги. Ці діти, як звичайно, жваві, жадібно припадають до грудей або соски, активно смочуть, але через кілька хвилин годування починається блювання. У момент годування цих дітей часто можна побачити хвилю перистальтики, яка перетинає епігастрій, коли шлунок намагається спорожнитися через звужений воротар. Окрім того, досвідчений лікар, обережно пальпуючи, може промацати у верхній правій частині живота потовщений м'яз воротаря (“оливку”), коли шлунок порожній.

Хоча діагноз пілоростенозу здебільшого можна встановити при клінічному огляді, однак лікарі перед хірургічним втручанням широко застосовують ультразву-

кове обстеження, яке є неінвазивним, простим і точним методом підтвердження діагнозу. При ультрасонографії воротар розміщений між антральною частиною шлунка і печінкою і має вигляд гіпоехогенного кільця, оточеного гіперехогенним гіпертрофованим м'язом і слизовою. Товщину м'яза воротаря 2,5–3 мм вважають нормальною. Однак у

Хоча діагноз пілоростенозу здебільшого можна встановити при клінічному огляді, однак лікарі перед хірургічним втручанням широко застосовують ультразвукове обстеження, яке є неінвазивним, простим і точним методом підтвердження діагнозу. При ультрасонографії воротар розміщений між антральною частиною шлунка і печінкою і має вигляд гіпоехогенного кільця, оточеного гіперехогенним гіпертрофованим м'язом і слизовою.

дитини з симптоматикою пілоростенозу товщина воротаря менше 2,5–3 мм не виключає цього діагнозу. На випадок сумніву треба зробити контрастне рентгенологічне дослідження.

Початкова оцінка і лікування дитини з підозрою на пілоростеноз полягає в ретельному збиранні анамнезу і детальному клінічному огляді та підтримуючій терапії. Треба забезпечити внутрішньовенний доступ і взяти кров для визначення електrolітів. Такі діти можуть мати метаболічний алкалоз із низьким рівнем калію і хлоридів у сироватці. Перед хірургічним втручанням треба поновити ОЦК й усунути метаболічні розлади.

Інвагінація

Інвагінація є найчастішою причиною гострого живота у дітей віком до 2 років життя. Після досягнення дитиною цього віку частота її зменшується. Однак, за деякими даними, до 37% випадків інвагінації траплялося в дітей віком понад 2 роки.

Типова інвагінація є ілеоцекальною (>80%) — термінальна частина клубової кишки пролабує через ілеоцекальний клапан у товсту кишку. Частина, що пролабує, тобто інвагінат, заходить у товсту кишку на різну віддаль. Інколи інвагінат може доходити аж до прямої кишки, де його можна пропальпувати при ректальному дослідженні. Інші типи інвагінації (клубово-клубові, порожньокишково-порожньокишкові, товстокишково-товстокишкові тощо) трапляються рідко. У 90% дітей віком до 2 років немає іншої провідної точки для інвагінації, як гіперплазована лімфоїдна тканина. Аденовірусні та ротавірусні інфекції іноді передують виникненню інвагінації. У дітей віком понад 2 роки у третині випадків виявляють патологічну провідну точку інвагінації (лімфома, поліп, дивертикул Меккеля). Діти з пурпурою Шенляйна-Геноха мають підвищений ризик виникнення інвагінації, оскільки ці ушкодження самі можуть стати провідними точками.

Інвагінація викликає компресію інвагінованої кишки і її обструкцію. На ранньому етапі типовим симптомом є спастичний біль у животі, який супроводжується епізодами плачу, роздратування, а також підтягуванням ніг до живота. У проміжках між цими епізодами дитина може мати абсолютно здоровий вигляд. І навпаки, в інших випадках єдиною ознакою можуть бути незрозуміла сонливість і прострація блідої і нерухої дитини. При огляді можна пропальпувати сосископодібний утвір найчастіше у верхньому правому квадранті живота, а при пальцевому дослідженні прямої кишки можна виявити сліди крові, навіть коли в анамнезі нема вказівок на кров у стільці. Класичні прояви блювання, переміжного плачу та крові у стільці одночасно трапляються тільки в 10% випадків. Не виявлена своєчасно інвагінація прогресує до кишкової обструкції з блюванням, здуттям живота та шоком. Треба пам'ятати, що стілець у вигляді порічкового джему, про який так часто згадують у літературі, є пізньою ознакою, що вказує на ішемію кишки внаслідок характер-

Інвагінація викликає компресію інвагінованої кишки і її обструкцію. На ранньому етапі типовим симптомом є спастичний біль у животі, який супроводжується епізодами плачу, роздратування, а також підтягуванням ніг до живота. У проміжках між цими епізодами дитина може мати абсолютно здоровий вигляд.

них для інвагінації перетискання і странгуляції мезентеріальних судин, що живлять інвагінат. Метою лікаря має бути виявлення інвагінації і її своєчасна корекція (ще до виникнення описаної ознаки).

При підозрі на інвагінацію дитина не повинна нічого їсти, а при ознаках обструкції треба вставити назогастральний зонд. Якщо є ознаки гіповолемії, то рідину починають вводити внутрішньовенно. Оглядова рентгенографія часто дає деякі діагностичні підказки. Найнадійнішою з них є скупчення газу півмісяцевої форми, яке вкриває інвагінат, окреслюючи його голівку, однак це виявляють тільки в незначній частині пацієнтів. М'якотканинний утвір інвагіната виявляють у 50—60% випадків як відносно безгазову ділянку. Коли в цій безгазовій зоні вдається виявити концентричні лінії праворуч від хребта (так звана ознака “мішені”), то ця картина стає більш специфічною щодо інвагінації.

Зображувальні методи і методики нехірургічного усунення інвагінації є популярними темами посібників з педіатричної радіології. Запропоновано численні методики і їхні комбінації. Дотепер досить часто застосовують барієву іригографію, однак у деяких центрах надають перевагу пневматичному усуненню і гідростатичній редукції під контролем ультрасонографії. Пневматична редукція, за даними кількох досліджень, є ефективнішою, зумовлює меншу рентгеновську експозицію (коротший час скопії) і є значно безпечнішою, ніж іригографія з барієм. Ультразвукове дослідження (УЗД) останнім часом зарекомендувало себе як надійний (чутливість 100%, негативна прогностична цінність 100%) неінвазивний метод скринінгу інвагінації. Пацієнтів із позитивними результатами ультразвукового обстеження скеровують для процедури барієвої, повітряної або гідростатичної редукції під контролем сонографії. Додатковим позитивним аспектом УЗД є його здатність виявляти супутню патологію (дивертикул Меккеля, лімфому, поліпи тощо). Частота повторних інвагінацій після нехірургічної редукції складає близько 10%.

Перед спробою усунення треба оцінити ризик перфорації. Коли в дитини був тривалий перебіг захворювання, і вона виглядає інтоксикованою або має ознаки шоку, то барій застосовувати не треба. УЗД може безпечно і швидко підтвердити діагноз перед ургентною операцією. Альтернативним методом для візуалізації патології, однак без спроб усунення, може стати застосування водорозчинного контрастного засобу (наприклад, гастрографіну).

Після хірургічного усунення частота рецидивів складає 1—4%. У таких випадках можна вдатися до методів нехірургічного лікування, однак може виникнути й потреба повторної операції. Старші діти мають вищу частоту рецидивів, оскільки в них частіше виникають патологічні провідні точки. Тому їм, імовірно, відразу треба проводити лапаротомію.

Переклад *Володимира Семеніва*

Reprinted with kind permission of “Pediatric Annals”

Закінчення в наступному числі журналу