

ГОСТРИЙ ЖИВІТ У ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА*

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

Защемлена пахвинна грижа

Хірургічне втручання з приводу пахвинної грижі є найчастішою операцією, яку роблять малим дітям. На щастя, більшість із цих операцій є тільки ізольованими втручаннями в загалом здорових дітей. Однак іноді може виникнути защемлення грижі з подальшою обструкцією, що зумовлює потребу в ургентній операції.

Пахвинні грижі в дітей виникають унаслідок неповної або патологічної облітерації *піхвового паростка (processus vaginalis)*. Цей паросток є дивертикулом перитонеальної порожнини, який супроводжував яєчко, коли воно в процесі розвитку рухалось до калитки. У нормі шари паростка зростаються вже після того, як яєчко міститься в калитці, але момент цього зростання значно коливається у різних осіб. Дані розтинів свідчать, що незарощений паросток можна виявити у 80—90% новонароджених. У більшості випадків він заростає, очевидно, ще до 2-річного віку, однак близько 30% дорослих можуть мати незарощений піхвовий паросток. Наявність прохідного паростка є передумовою виникнення симптоматики, однак не у всіх пацієнтів із незарощеним паростком утворюється гідроцеле або грижа.

Пахвинна грижа виникає у 10—20 немовлят із 1000, народжених живими. Недоношеність та низька маса тіла при народженні підвищують ризик її утворення. Більшість пахвинних гриж є односторонніми, однак у 50% недоношених дітей або дітей з низькою масою тіла наявні двосторонні грижі. Справа грижа виникає частіше, оскільки праве яєчко пізніше опускається в калитку. За статевою ознакою домінують хлопчики (4:1), однак у дівчаток частіше виникає защемлення (до якого може залучатися і яєчник). З пахвинною грижею можуть поєднуватися й інші вроджені аномалії (гіпоспадія, крипторхізм і гермафродитизм). Підвищений внутрішньочеревний тиск унаслідок різних причин (вентрикулоперитонеальні шунти, перитонеальний діаліз та асцит) може зумовлювати виникнення клінічної грижі в дітей із незарощеним паростком.

Защемлення з або без странгуляції є основним ускладненням пахвинної грижі. Защемлення означає, що вміст грижового мішка неможливо вправити назад у черевну порожнину. Метою лікування є хірургічна корекція грижі до виникнення цього ускладнення. Частота ускладнень при корекції неускладненої грижі складає 1—2%, однак при защемленні вона значно зростає (>20%). Якщо в дитини в анамнезі була пахвинна грижа, яку вправили, а тепер пацієнт скаржиться на подразливість, погане відживлення чи блювання, а грижа не вправляється, то це є невідкладним хірургічним станом. Окрім того, защемлення може виявитись першим симптомом у попередньо безсимптомної пахвинної грижі.

Доки дитина має відносно задовільний вигляд без ознак токсичності або ішемії кишки, треба робити спроби мануального вправлення грижі. Допоможуть такі маневри: заспокоєння дитини, яка плаче (це може вимагати призначення седативних засобів), або розміщення старшої віком дитини в позиції Транделенбурґа на якийсь час, щоб гравітація допомогла вправити грижу. Коли дитина заспокоїться, однією рукою делікатно натискають на пахвинне кільце, тоді як іншою рукою нама-

*Закінчення, початок у березневному числі журналу

гаються втиснути грижовий вміст назад у черевну порожнину. Якщо мануальне вправлення успішне, через 48 годин призначають хірургічне втручання.

Коли дитина у важкому стані чи має вигляд токсичної, то мануальне вправлення грижі є протипоказаним. Треба стабілізувати стан пацієнта для проведення невідкладного хірургічного лікування. Забезпечують внутрішньовенний доступ, вводять назогастральний зонд і поновлюють ОЦК під час підготовки до операції. Немає одностайної думки щодо того, чи варто у всіх пацієнтів під час втручання перевіряти стан іншого пахвинного кільця. Це, як звичайно, показано у загалом здорових пацієнтів віком до 1 року, у всіх дівчаток та в осіб з хронічно підвищеним внутрішньочеревним тиском.

Апендицит

Апендицит є найпоширенішим нетравматичним хірургічним невідкладним станом у педіатрії. Проте цей діагноз досить часто не встановлюють, насамперед тому, що в малих дітей гострий апендицит не має “типових” проявів. Більшість випадків припадає на вік від 10 до 19 років (частота – 23 випадки на 10000 дітей протягом року), однак захворювання трапляється і в молодшому віці, описано випадки навіть у немовлят. Класична картина переходу від припупкового болю (де саме боліло?) до болю, що локалізований у правому нижньому квадранті живота (де зараз болить?), не дуже типова для дітей молодшого віку. Хвороба в них прогресує значно швидше, перфорація може виникнути протягом 12 годин з моменту початку симптоматики; діти віком до 8 років удвічі частіше зазнають перфорації до операції, ніж їхні старші ровесники.

Початкові симптоми, як звичайно, включають анорексію, яка може переходити в блювання і лихоманку. Відсутність якогось із цих симптомів, проте, не відкидає діагнозу апендициту, хворому треба приділяти належну увагу, щоб не прогавити ургенцію. Гарячка як вихідний симптом скеровує в напрямку інших діагнозів; підвищення температури при апендициті, як звичайно, починається з моменту виникнення симптомів. Знову ж, відсутність гарячки не виключає можливості апендициту. Інколи провідним симптомом апендициту є пронос, імовірно, внаслідок безпосереднього подразнення запаленим, низько розміщеним апендиксом сигмовидної кишки. Локалізація апендикса в дітей є найрізноманітнішою, від неї зале-

Таблиця 2.

Типова локалізація болю при гострому апендициті залежно від анатомічного розміщення апендикса

Положення апендикса	Типове поширення болю	Першочергові диференціально-діагностичні міркування
Нормальне	Починається в припупковій зоні, відтак зміщується в правий нижній квадрант живота	Гастроентерит, мезентеральний аденіт
У латеральному жолобку	Фланк і латеральна частина живота	Нирковий конкремент
Поперечне, верхівкою вліво	Гіпогастрально	Запальні захворювання органів малого таза, сечостатевої інфекції
Ретроцекальне	Біль при глибокій пальпації, може віддавати в бік	Нирковий конкремент, запальні захворювання органів малого таза
Тазове	Болісне сечовипускання, іноді — діарея	Гастроентерит, сечостатевої інфекції

жить, де буде локалізований біль (таблиця 2). Зокрема, гострий ретроцекальний апендицит може не викликати болю в передній черевній стінці; біль у таких пацієнтів може локалізуватися повністю у фланку живота, симулюючи ниркову кольку. При цьому можуть бути й дизуричні явища, які не завжди свідчать про сечостатеву інфекцію.

Діагностичний пошук при імовірному апендициті включає ретельний клінічний огляд для виключення інших причин болю в животі. Коли загальний огляд не виявляє патології, треба зосередити увагу на животі і органах малого таза. Варто наголосити на необхідності делікатності при обстеженні дитини, яка скаржиться на біль у животі. Зокрема, треба уникати безпосередньої демонстрації симптомів подразнення очеревини. Просте спостереження дасть важливу інформацію. Як звичайно, дитина, у якої апендицит, ходить поволі, скерувавши погляд на болючу зону, при огляді лежить спокійно, часто зігнувши праве стегно.

М. psoas-симптом (подразнення великого поперекового м'яза запаленим апендиксом) можна викликати активним приведенням (флексією) або пасивним розгинанням стегна. Симптом обтуратора (біль при пасивній внутрішній ротації зігнутого стегна) траплятиметься, коли апендикс лежить на внутрішньому затульному м'язі (м'язі-обтураторі). Якщо при ректальному обстеженні пальпувати ділянку правої стінки прямої кишки, то дитина може раптово зморщитись від болю. У цьому ж місці можна пропальпувати драглистий утвір, коли маємо справу з виникненням апендикулярного абсцесу. Повторне ректальне обстеження є небажаним у малих дітей. Лікар, який приймає дитину, повинен домовитись з хірургом, хто буде рутинно виконувати цю процедуру.

В ідеалі, діагноз гострого апендициту можна встановити на підставі анамнезу і клінічного огляду. Однак, насамперед у дуже малих дітей, клініка не завжди є достатньо чіткою. Запропоновано численні допоміжні діагностичні тести. Хоча ці тести і можуть бути корисними, проте вони не замінять ретельного збору анамнезу й уважного клінічного обстеження. Може траплятися лейкоцитоз зі збільшенням числа нейтрофілів. У сечі можна виявити кілька лейкоцитів, коли є подразнення уретри або сечового міхура прилеглим до них запаленим апендиксом. У всіх дівчат-підлітків треба виконати сироватковий тест на вагітність. Визначення на ранній стадії захворювання С-реактивного протеїну допоможе виключити пацієнтів без патології (висока специфічність), однак не у всіх клініках можна швидко зробити цей тест. Оглядова рентгенографія може виявити багато ознак, однак дуже часто результат є нормальним або неспецифічним. Наявність конкремента в апендиксі є корисною ознакою, однак його виявляють менше, ніж у 10% випадків. Барієва клізма, комп'ютерна томографія і ультразвукове дослідження черевної порожнини пропонувались як методи підтвердження діагнозу апендициту. Ультразвукове обстеження буває особливо корисним для диференціації гінекологічної патології та апендициту в дівчат пубертатного віку.

При підготовці пацієнта з підозрою на апендицит до операції проводять лабораторні обстеження, включно з визначенням сечовини й електролітів і налагоджують внутрішньовенний доступ. Пацієнтам, які блювали або тривалий час не їли і не пили, болюсно вводять інфузійні розчини. Вже на ранньому етапі обстеження хворого повинен оглянути хірург.

Дивертикул Меккеля

Thorek описує дивертикул Меккеля як хворобу "двійок". Залишок пупково-брижової протоки, дивертикул Меккеля трапляється у 2% населення, зі співвідно-

шенням чоловіків та жінок 2:1, може містити два типи тканини (шлункова і панкреатична), має довжину 2 дюйми (5,1 см), класично розміщений у межах 2 футів (60 см) від ілеоцекального з'єднання і викликає симптоматику в 2% осіб, які його мають. Ускладнення пов'язані насамперед із наявністю в дивертикулі слизової шлунка, найчастіше трапляються геморагії і перфорації. Типовим початковим симптомом меккелівського дивертикула є масивна безболісна ректальна кровотеча, в інших випадках виникає дивертикуліт та інвагінація, при якій дивертикул Меккеля стає провідною точкою. Окрім того, в дивертикул можуть вклинюватись й інші сторонні тіла, зумовлюючи потребу їх хірургічного усунення.

Початкова оцінка та лікування дивертикула Меккеля включає підтримуючу терапію; часто необхідно поновити водний баланс і провести гемотрансфузії. Дослідження з барієм, як звичайно, є неефективним для окреслення дивертикула, методом вибору є радіоізотопна сцинтиграфія. У дивертикулі, що містить гастральну слизову, яка має таку саму активність, як у шлунку, добре накопичується ^{99m}-технецію пертехнетат. Точність сцинтиграфії для встановлення діагнозу дивертикула Меккеля складає приблизно 95%. Псевдонегативні результати трапляються, якщо дивертикул активно кривавить або містить тільки панкреатичну тканину.

Травма

Травма є провідною причиною смерті серед дітей віком понад 1 рік і спричинює в США приблизно 22 тисячі смертей на рік. Найчастіше вони зумовлені автокатастрофами, однак тепер основною причиною смерті серед міських підлітків є вбивство. З огляду на менші розміри тіла, для дітей характерна полісистемна травма. А тому при травмі часто серйозно уражується живіт з його відносно великими і погано захищеними паренхіматозними органами.

Переважає пошкодження паренхіматозних органів (печінка і селезінка), більшість абдомінальних травм у дітей виникає внаслідок тупого сильного удару, хоча проникаючі ушкодження трапляються дедалі частіше. Проникаючі ушкодження в дітей ведуть так само, як і в дорослих. Проте наслідки тупої травми живота лікують інакше. Хоча завжди є винятки, проте більшість травм паренхіматозних органів у дітей можна лікувати неоперативним шляхом. На випадок невдачі неоперативного лікування травми селезінки, усі зусилля спрямовують на збереження, а не на видалення пошкодженого органа (з огляду на високий рівень смертності внаслідок постспленектомічного сепсису).

Неправильне користування ременями безпеки підвищує ризик специфічного типу пошкоджень у дітей, зокрема забоїв черевної стінки, інтестинальних крововиливів або перфорації, травми поперекового відділу хребта. Таке поєднання пошкоджень спостерігають насамперед у малих дітей, яких прив'язують до сидінь ременями, що розраховані на дорослих.

Завжди треба пам'ятати про можливість насильства як джерела травми живота. Удари кулаком у живіт можуть зумовити несумісні з життям розриви печінки і селезінки, травми підшлункової залози і розриви кишки.

Лікувати травми живота треба згідно з принципами, розробленими програмою "Підтримка життя при складних травмах", яку спонсорував Американський коледж хірургів. Початкове лікування повинно фокусуватися на основних заходах підтримки життєдіяльності — забезпеченні доступу повітря, дихання і циркуляції (першочергові заходи). У травмованих пацієнтів, насамперед при супутньому пошкодженні голови, особливу увагу треба приділяти захисту шийного відділу спинного мозку. Після первинних заходів лікар переходить до другого етапу — пошуку пошкоджень специфічних органних систем.

Окрім ретельного клінічного огляду, для оцінки абдомінальної травми застосовують такі діагностичні методики: комп'ютерна томографія, УЗД, діагностичний перитонеальний лаваж. Хоча кожен із цих методів має своїх палких прихильників, однак їх слід вважати допоміжними, у них є свої плюси і мінуси.

Резюме

Гострий живіт у дітей може створювати значні діагностичні складнощі для лікарів первинної ланки охорони здоров'я. Системний підхід допоможе звести до мінімуму ймовірність помилкового встановлення діагнозу з відповідними ускладненнями. Завжди пам'ятайте, що діти часто мають атипові прояви найпоширеніших захворювань. Правильне і цілеспрямоване застосування лабораторних і зображувальних діагностичних методів зменшить частоту лікарських помилок. У дітей з серйозними абдомінальними симптомами завжди доцільно проводити консультацію хірурга вже на ранньому етапі обстеження.

Переклад *Володимира Семеніва*

Translated and reprinted with kind permission of "Pediatric Annals"