

Алгоритм действий врача-педиатра при подозрении на острую хирургическую патологию

Кафедра детских хирургических болезней с реанимацией и анестезиологией

Болевой абдоминальный синдром у детей –

это совокупность симптомов, сопровождающих различные хирургические и нехирургические заболевания, одним из проявлений которых являются боли в животе.

Боль - это своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме. Это интегративная функция организма, которая мобилизует самые разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора и включает такие компоненты как сознание, ощущение, память, мотивация, вегетативные, соматические и поведенческие реакции, эмоции (БМЭ, т.3, с.869-870). В упрощённом варианте боль является субъективным ощущением, формируемым центральными структурами вследствие импульсов, идущих с периферии.

Варианты болевого абдоминального синдрома

Первый вариант БАС

- Боль локализуется в пупочной и правой боковой части мезогастриума, а также в подчревной области.
- Имеет постоянный, тупой и ноющий характер, сохраняет с течением времени данную локализацию.
- Нарушалось поведение ребёнка в виде ограничения подвижности, когда больные предпочитали лежать или сидеть. В положении лёжа боль в животе уменьшалась, а при движениях усиливалась.
- В ночное время отмечалось нарушение сна из-за боли в животе (больные периодически просыпались).
- Дети отказывались от еды, только пили. Стул был регулярный, оформленный, без патологических примесей; мочеиспускание свободное, безболезненное.
- У трети больных отмечалась одно- или двукратная рвота желудочным содержимым без патологических примесей, не приносящая облегчения.
- Поверхностная пальпация передней брюшной стенки выявляла умеренно выраженную болезненность (по эмоциональной реакции ребёнка) в пупочной, правой мезогастральной и подчревной областях.
- Симптом Щёткина-Блюмберга был отрицательный и напряжение мышц передней брюшной стенки было неотчётливым.

Второй вариант БАС

- Боли в животе с момента возникновения имеют волнообразное течение, периоды нарастания боли сменяются снижением силы болевых ощущений, а временами они спонтанно купируются.
- Характер боли неоднородный: преобладают тупые ноющие боли, которые временами принимают острый характер.
- Периодически дети предпочитают сидеть или лежать, но затем их активность восстанавливается.
- Боли локализуются в срединных и правых отделах надчревной, чревной и подчревной областей. С течением времени область наибольшей болезненности может меняться.
- Аппетит снижен.
- Стул без особенностей - ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.
- У половины больных отмечается многократная рвота желудочным содержимым без патологических примесей, не влияющая на характер болей в животе.
- При поверхностной пальпации - умеренно выраженная болезненность в правых и средних отделах (чаще в подвздошной области), при отсутствии выраженного мышечного напряжения.

Третий вариант БАС

- Боли в животе после возникновения имеют место не всегда и временами купируются.
- Периодически отмечается ограничение активности, когда дети предпочитают сидеть или лежать.
- С течением времени характер болей меняется, от нелокализованной по всему животу до сосредоточения в области срединных и правых отделов передней брюшной стенки.
- Боли тупые, ноющие.
- Аппетит снижен.
- Стул был регулярный, оформленный, без патологических включений, мочеиспускание свободное и безболезненное.
- У трети больных отмечена редкая рвота желудочным содержимым, не влияющая на интенсивность и характер болевых ощущений детей.
- Отмечается напряжение мышц живота чаще в правых отделах и пупочной области и болезненность при поверхностной пальпации.

Традиционные методы диагностики

Сбор анамнеза

1. Жалобы больного (или родителей).
2. Точная дата (день и часы) первых проявлений заболевания.
3. Первый симптом заболевания.
4. Боли в животе: характер, первоначальная локализация и распространение в дальнейшем; интенсивность в начале заболевания и позднее.
5. Поведение ребёнка на протяжении всего времени заболевания (лежал, ходил, посещал ли школу).
6. Сон: нарушен ли был сон в первую ночь после начала заболевания, во вторую, в третью. Подробно описать.
7. Рвота: время её появления, связь с приёмом пищи, частота, характер рвотных масс.
8. Стул: частота (если он жидкий), характер, время последней дефекации.

Сбор анамнеза (окончание)

9. Мочеиспускание: болезненное, учащенное.
10. Температура тела.
11. Дополнительные жалобы (головная боль, головокружение, слабость, озноб и т.д.).
12. У девочек старшего возраста подробно собрать гинекологический анамнез (когда установилась менструация, регулярность её, сопровождается ли болью в животе, когда была в последний раз).
13. Были ли раньше подобные боли в животе, их продолжительность, предпринятое лечение. Было ли подобное заболевание; подробно расспросить о нём и описать.
14. В анамнезе жизни обращать внимание на перенесённый пиелит, гепатит, лямблиоз, аскаридоз, капилляротоксикоз, ревматизм, гастродуоденит. Указать контакты с инфекционными больными.

Объективное обследование

1. Ребёнка внесли в приёмное отделение или он вошёл сам (щадил ли при ходьбе живот).
2. Общее его состояние.
3. Характер кожных покровов (сыпь), изменения в зеве.
4. Язык: влажность, наличие налёта.
5. Температура тела.
6. Пульс: частота, характер наполнения.
7. Дыхание: частота, перкуссия и аускультация лёгких.
8. Тоны сердца, наличие шума, артериальное давление.
9. Форма живота, участие брюшной стенки в акте дыхания.
10. Определение гиперестезии кожи передней брюшной стенки.
11. Результат поверхностной пальпации: есть ли напряжение мышц брюшной стенки, где оно локализуется и как выражено.

Объективное обследование (окончание)

12. Результат глубокой пальпации: пальпация отдельных органов, определение места наибольшей болезненности (симптом Филатова).
13. Перкуссия: притупление в отлогих местах, имеется ли болезненность при перкуссии, где больше выражена.
14. Аускультация: усиление или ослабление перистальтики, в каких отделах.
15. Раздражение брюшины: степень выраженности, в каких отделах живота.
16. Симптом Пастернацкого, «поясничный симптом».
17. Пальцевое исследование прямой кишки: нависание передней стенки, болезненность, имеется ли инфильтрат.
18. Анализ крови; при необходимости общий анализ мочи, другие анализы, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ.

Показания к госпитализации в ДХО детей с болями в животе при неясном диагнозе

- все дети до 5 летнего возраста,
- больные с малой давностью заболевания (несколько часов),
- больные с длительным анамнезом болевого синдрома,
- дети с сопутствующими заболеваниями (патология ЦНС, ревматизм, болезни мочевыделительной системы, простудные заболевания),
- девочки старшего возраста (учитывая трудность дифференциальной диагностики с гинекологической патологией),
- дети, доставленные без родителей (из интернатов, детских домов, пионерских лагерей),
- больные, доставленные в ночное время,
- больные, доставленные из районов.

Дополнительные методы диагностики

Ганглиоплегия

- Применение пентамина основывается на выявленной у него способности уменьшать дискоординацию моторики желудочно-кишечного тракта, купировать разлитые абдоминальные боли, снимать напряжение мышц, не связанное с хирургической патологией.
- Методика ганглиоплегии (патент на изобретение №2271745): ***Пентамин 5% вводится внутримышечно в дозе 0,4 мг/кг массы тела больного и через 15-20 минут после его введения проводят повторный объективный осмотр пациента.***
- Если на фоне ганглиоплегии напряжение мышц исчезло, а болезненность проходила или локализовалась в эпигастрии/левых отделах живота, то острая хирургическая патология исключалась и больному проводилось обследование по уточнению соматического диагноза, если нет, то продолжали диагностику хирургического заболевания с использованием лапароскопии.

Эффективность традиционных методов диагностики

- Традиционный метод диагностики в группе из 100 детей позволил исключить хирургическое заболевание у 32 больных, подтвердить диагноз острого аппендицита и оперировать 41 ребенка, исключить хирургическую патологию после ревизии брюшной полости у 27 детей.
- На исключение хирургического заболевания в среднем затрачено от 7 до 19 часов, в зависимости от выраженности симптомов заболевания и возраста больного.

Эффективность ганглиоплегии

- Из 100 детей основной группы на фоне ганглиоплегии диагноз острого аппендицита установлен у 37 больных, исключен у 47 без ревизии брюшной полости. Лапароскопия или лапаротомия у 16 детей позволила выявить патологию у 11 больных и исключить ее у 5 пациентов.
- Таким образом, использование ганглиоплегии в диагностическом процессе позволило улучшить диагностику и снизить количество диагностических ревизий брюшной полости с 27 до 16, а продолжительность диагностического процесса с 13 до 7 часов.

Алгоритм действий врача при подозрении на хирургическую патологию

