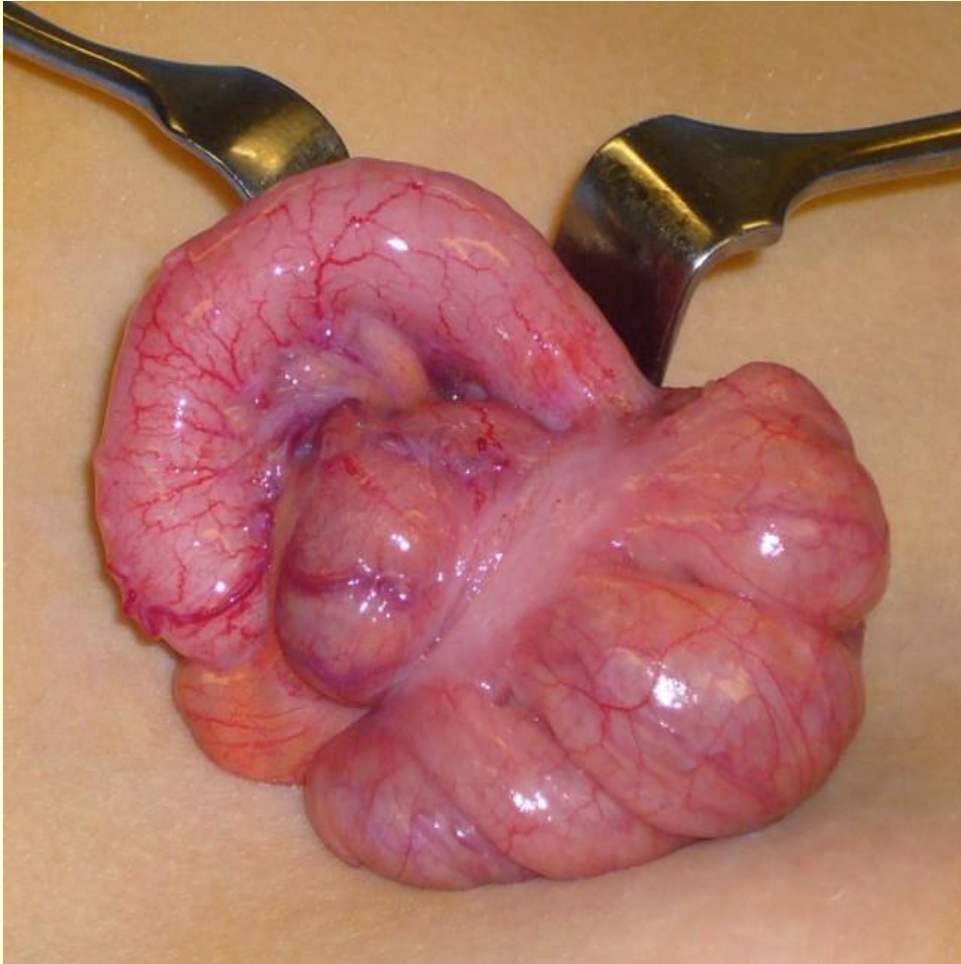


Запальні захворювання органів черевної порожнини у дітей

План лекції

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез гострого апендициту.
2. Особливості будови черевної порожнини та апендиксу, що визначають клінічний перебіг апендициту у дітей.
3. Особливості гострого апендициту у дітей раннього віку - до 3-х років.
4. Особливості обстеження дітей раннього віку з підозрою на гострий апендицит.
5. Диференціальна діагностика гострого апендициту.
6. Допоміжні методи обстеження дітей з підозрою на гострий апендицит, їх інформативність та діагностична цінність.
7. Ускладнені форми гострого апендициту: апендикулярний інфільтрат, абсцес, розповсюджений перитоніт.
8. Первинний перитоніт.

Гострий апендицит



Апендицит є
найчастішим гострим
хірургічним
захворюванням органів
черевної порожнини і
найчастішою причиною
діагностичних помилок.

Перед тим як
встановити діагноз будь-
якого іншого гострого
захворювання органів
черевної порожнини –
виключіть гострий
апендицит.

О.О. Ольшанецький

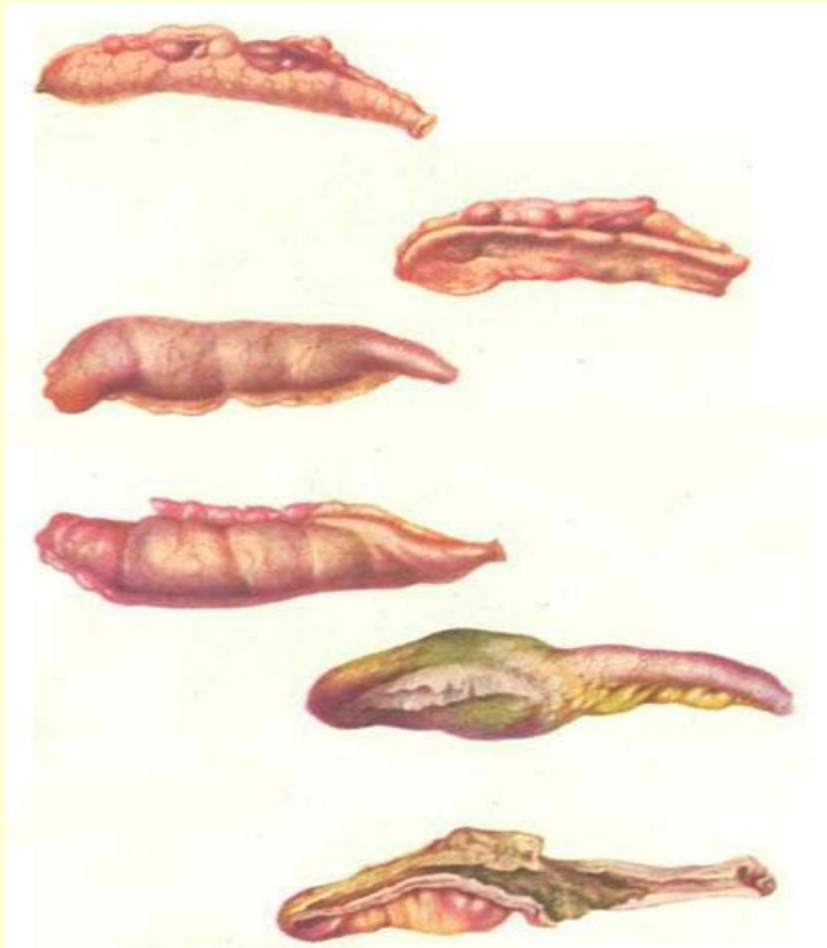
Етіологія



- Механічна теорія Дєлафуа
- Інфекційна теорія Ашоффа
- Нервово-судинна теорія Риккера
- Імунологічна (алергічна) теорія “Гострий апендицит як аутоінфекція сенсебілізованого організму внаслідок прориву імунітету”

І. В. Давидовський

Класифікація гострого апендициту Sprengel (1906)



Недеструктивний:
Простий
(катаральний)
Деструктивні
форми:
Флегмонозний
Гангренозний
Перфоративний

Клінічні прояви гострого апендициту у дітей старшого віку

БІЛЬ

Поступовий початок

Постійний характер

*Тривалість: >6 та <24
годин*

Локалізація:

*навколопупкова (частіше) або
права здохвинна ділянка
(рідше)*

*«Мертві люди не
розмовляють, і подібно
цьому гангренозно змінені
апендикси зберігають
мовчання». Roberts (1931)*



Блювання: виникає після появи болів, перше блювання - рефлекторного характеру, багаторазове блювання – прояв інтоксикації

Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр (до 38°C)





Порушення випорожнення:

***Затримка випорожнення на
протязі 1-2 днів***

***Майже у 15% випадків
відмічається рідке
випорожнення.***

Пальпаторні ознаки

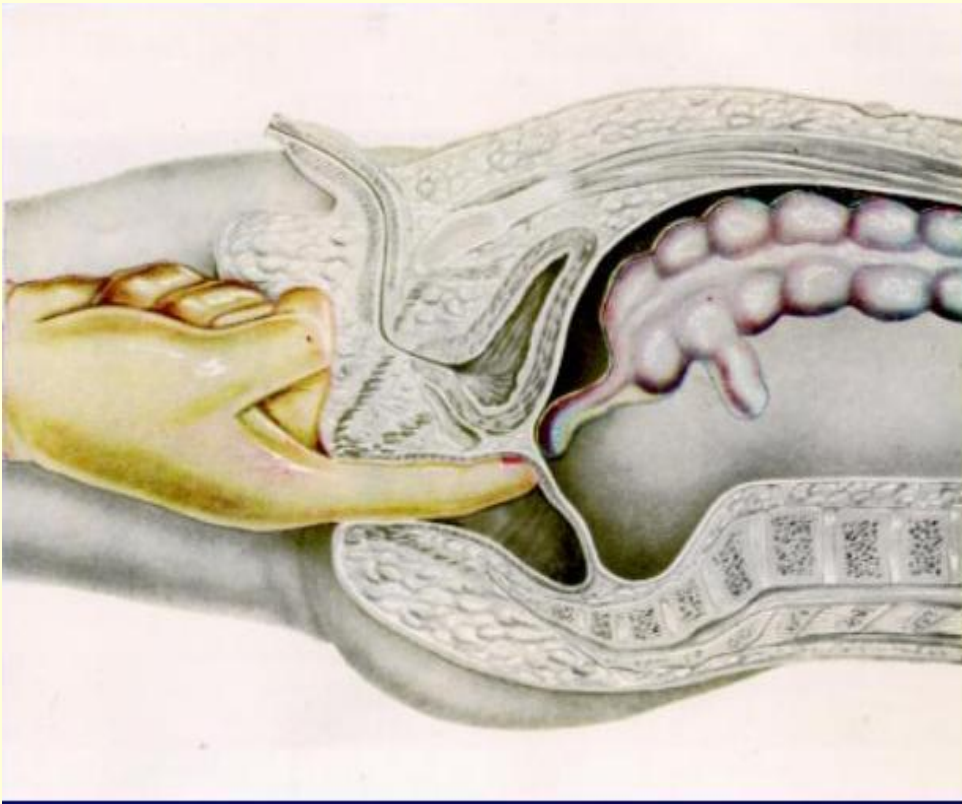


***Локальний біль в правій
здохвинній ділянці***

***Пасивне м'язове
напруження (м'язовий
дефанс, *defense musculaire*)***

Симптом Блюмберга

Ректальне дослідження



Ректальне дослідження при гострих болях у животі є обов'язковим, бо це, за суттю, пальпація тазової очеревини. Вона інколи реагує на запалення, крововилив раніше, ніж очеревина передньої черевної стінки

О.О. Ольшанецький

Гострий апендицит у дітей раннього віку



Гострий апендицит у дітей раннього віку зустрічається досить рідко і складає до 5%.

Анатомо-фізіологічні особливості, що обумовлюють рідкісність гострого апендициту у дітей раннього віку:

- добра дренажна функція апендиксу внаслідок ембріональної (конічної) форми апендиксу та сліпої кишки

- відсутність засувочки біля устя апендиксу

- тупий ілео-цекальний кут

- молочно-рослинна дієта

Гострий апендицит у дітей раннього віку ускладнюється перитонітом до 60% випадків.

Причинами цього є наступне:

- слабка резистентність кишкової стінки до проникнення мікробів, тонкість стінки апендикса, недорозвинення фолікулярного апарату
- швидкі деструктивні зміни в апендиксі
- малі розміри черевної порожнини
- низькі пластичні властивості очеревини
- недорозвинення великого чепця

«На перший погляд парадоксально та претензійно звучить твердження про те, що для гострого апендициту у маленьких дітей типовий нетиповий перебіг, але це дійсно так. Гіпертермія до 40° С, пронос, багаторазове блювання, млявість, апатія, менінгіальні ознаки, прогресуюче зневоднення — погодьтесь, що це все мало нагадує класичну картину гострого апендициту»

М. Р.Рокицький
«Помилки та небезпеки в хірургії дитячого віку»
Медицина, 1979.

Причини діагностичних труднощів та помилок при гострому апендициті у дітей раннього віку

- Внаслідок функціональної незрілості нервової системи в ранньому віці майже всі гострі запальні захворювання мають схожу клінічну картину
- Запальний процес в апендиксі у дітей протікає дуже бурхливо зі швидким виникненням деструктивних змін та перфорації
- Існують специфічні труднощі в обстеженні дітей раннього віку

**Найбільш важливою є зміна поведінки дитини.
В 75% батьки відмічають, що дитина стала млявою,
вередливою, малоконтактною. У 2/3 хворих відмічається
порушення сну.**



Малі ознаки:



- зміна монотонного плачу на гучний при наближенні руки лікаря до правої здухвинної ділянки
- симптом відштовхування руки хірурга
- здригання, опір огляду, посилення крику, підтягування правої ніжки при пальпації в правій здухвинній ділянці

Шкала Альварадо

<i>Болючість в правій здухвинній ділянці</i>	<i>+2</i>
<i>Підвищення температури $>37,3^{\circ}\text{C}$</i>	<i>+1</i>
<i>Симптом Блюмберга</i>	<i>+1</i>
<i>Міграція болів в праву здухвинну ділянку (симптом Кохера)</i>	<i>+1</i>
<i>Втрата апетиту</i>	<i>+1</i>
<i>Нудота / блювання</i>	<i>+1</i>
<i>Лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}^2$</i>	<i>+2</i>
<i>Зсув лейкоцитарної формули вліво (нейтрофілів $> 75\%$)</i>	<i>+1</i>
<i>Всього</i>	<i>10</i>

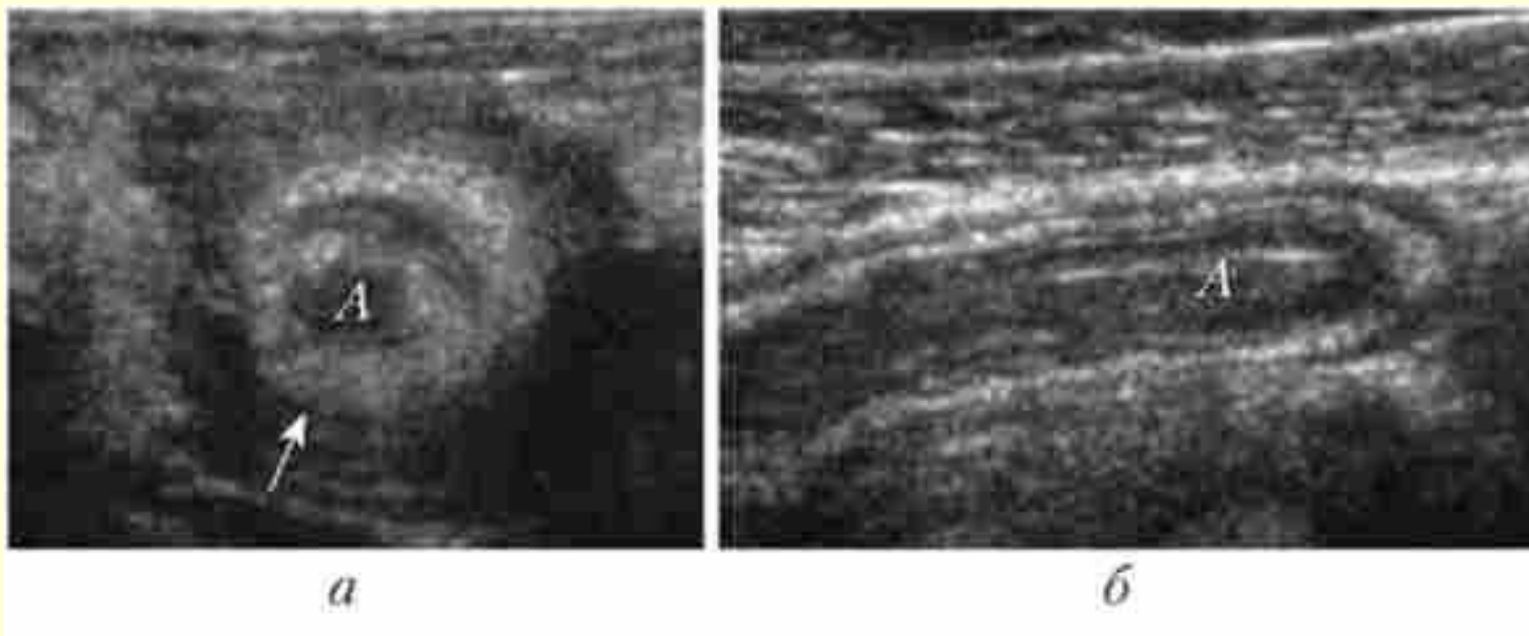
< 5 балів – ГА малоймовірний, 5-6 балів – ГА можливий, 7-8 балів – ГА імовірний апендицит, 9-10 балів – ГА найбільш вірогідний.

Педіатрична шкала апендициту PAS (Paediatric Appendicitis Score)

<i>Нудота / блювання</i>	<i>+1</i>
<i>Анорексія</i>	<i>+1</i>
<i>Міграція болів в праву здухвинну ділянку (симптом Кохера)</i>	<i>+1</i>
<i>Напруження м'язів в правій здухвинній ділянці</i>	<i>+2</i>
<i>Симптом Роздольського</i>	<i>+2</i>
<i>Підвищення температури $>38^{\circ}\text{C}$</i>	<i>+1</i>
<i>Лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}$</i>	<i>+1</i>
<i>Зсув лейкоцитарної формули вліво (нейтрофілів $> 75\%$)</i>	<i>+1</i>
<i>Всього</i>	<i>10</i>

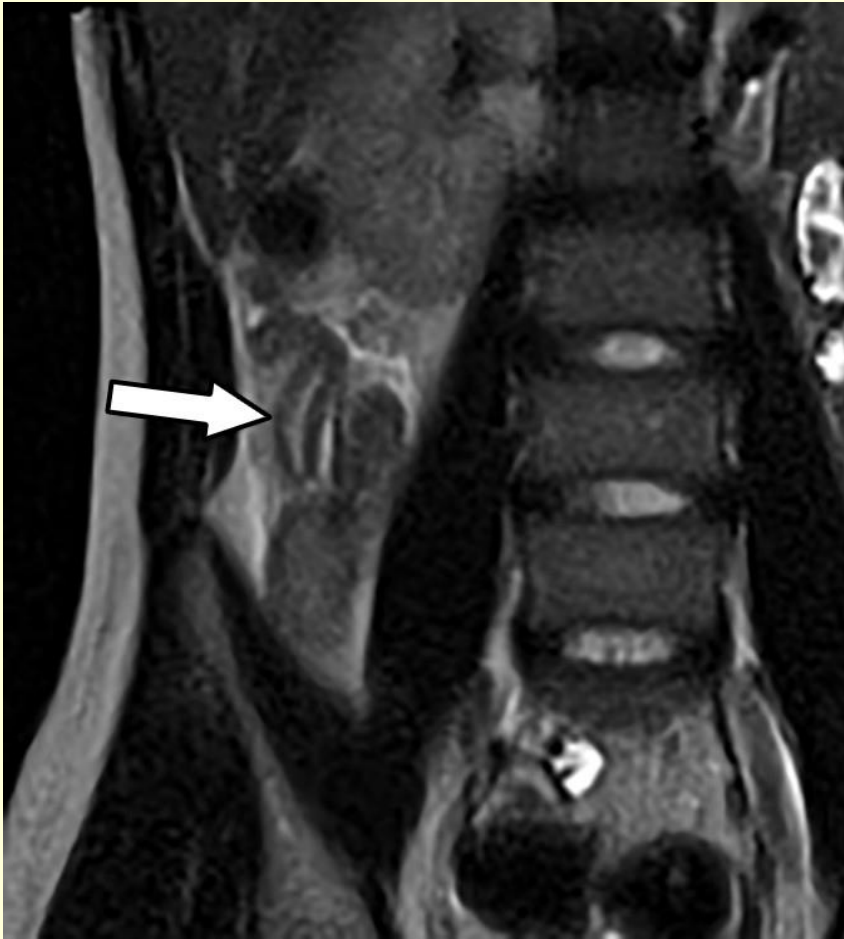
0–3 бали – низький ризик ГА; 4-6 балів - ГА можливий; 7-10 балів – високий ризик ГА.

Ультразвукова діагностика гострого апендициту у дітей



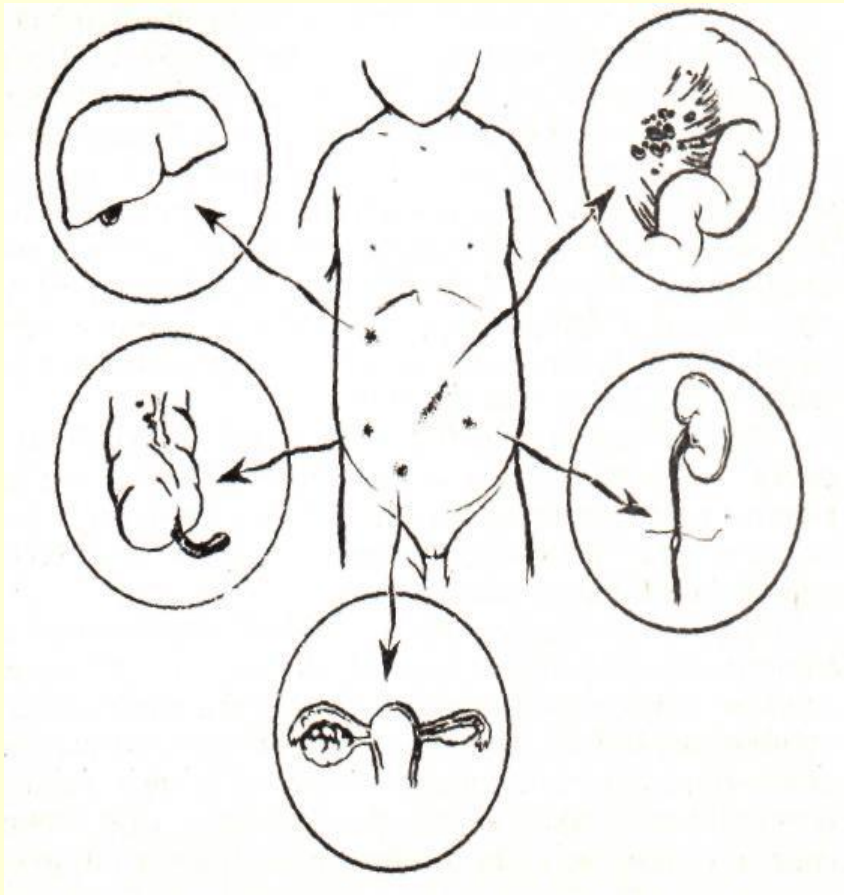
- Збільшення діаметру апендикса ($>6\text{мм}$)
- Відсутня перистальтика
- Потовщення стінки апендиксу
- Симптом “мішені” в поперечному розрізі
- Наявність вільної рідини в правій здухвинній ділянці
- Ригідність при застосуванні дозованої компресії на передню черевну стінку

Комп'ютерна томографія



- Розширення просвіту
- Потовщення стінок
- Потовщення прилеглого мезентеріального шару жиру
- Симптом “наконечника стріли”
- Ознаки периапендикулярного запалення

Диференційна діагностика



Апендицит – хамелеоноподібне захворювання.

Більше 100 захворювань супроводжуються болями в животі і кожне з них може бути прийнятим за гострий апендицит.

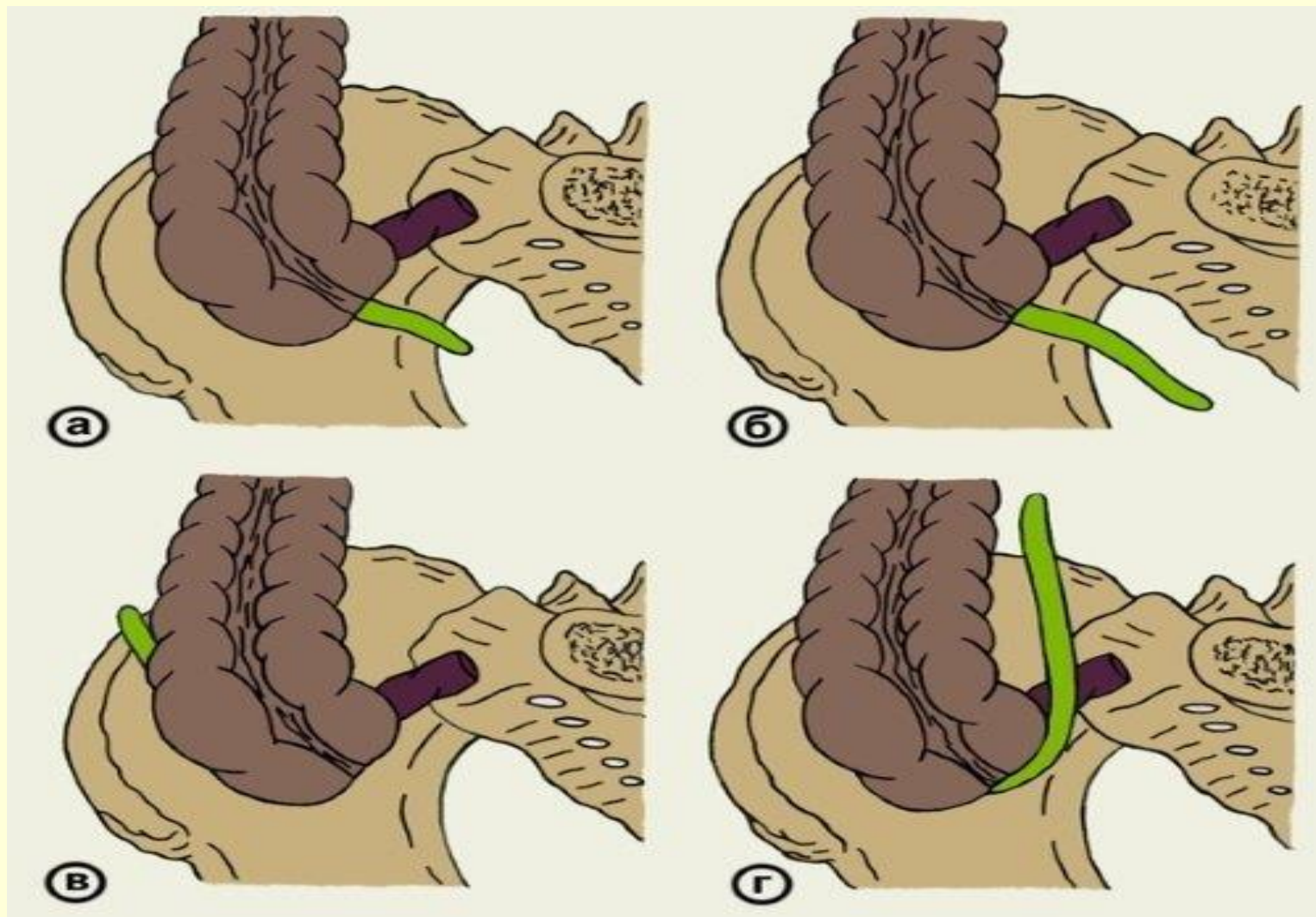
Bain (1974)

Апендицит не завжди призначає хірургу побачення в правій здухвинній ділянці.

Апендикс – це бродяга черевної порожнини, його знаходять там, де не чекають, і не знаходять там, де шукають

О.О. Ольшанецький

Варіанти розташування апендикса



Захворювання та стани, що супроводжуються абдомінальним синдромом Niederle (1975)

- Параперитонеальні
- Кардіоваскулярні
- Плевропульмональні
- Захворювання крові
- Захворювання ШКТ
- Захворювання печінки та підшлункової залози
- Метаболічні
- Ендокринологічні
- Інфекційні, паразитарні
- Пов'язані з прийомом ліків, інтоксикації
- Неврологічні та нейропсихічні

Інфекційна патологія (25%)

**Дитяче інфекційне
відділення боксоване
для дітей
(кишкові інфекції)**



«Простий ентерит в даному випадку стоїть поряд з гангренозним апендицитом, як життя і смерть, про що сам хворий навіть не здогадується». Ще гірше буває в тих випадках, коли і лікар не здогадується про це.

Харчова токсикоінфекція

Дизентерія

Сальмонельоз

Ентеровірусна інфекція

Ротавірусна інфекція

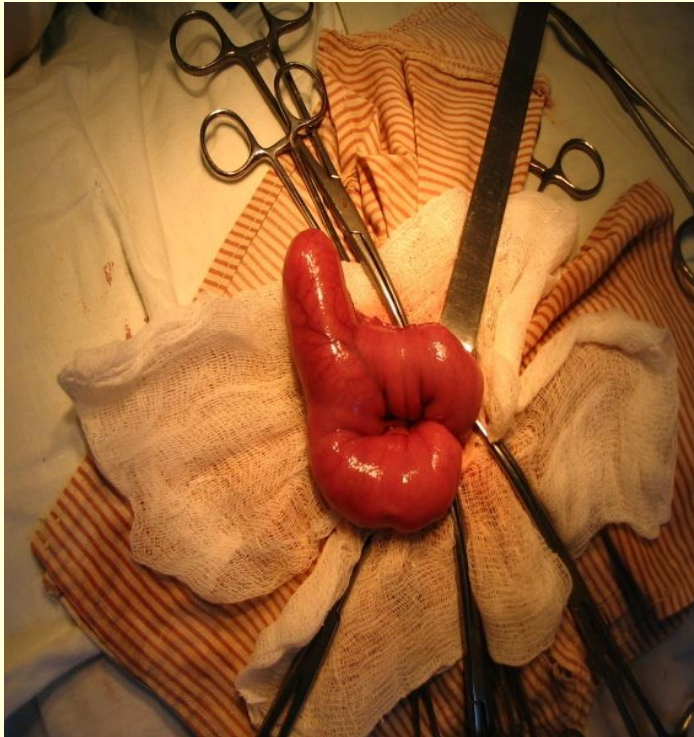
Гінекологічна патологія (8%):

- Аднексит
- Розрив та перекрут
кістозних утворень
придатків
- Позаматкова
вагітність
- Апоплексія яєчника
- Menses
- ПМС

Уронефрологічна патологія (15%):

- Пієлонефрит
- Цистит
- Сечо-кам'яна хвороба
- Вроджені аномалії
- Перекрут яєчка, орхіт,
епідідіміт

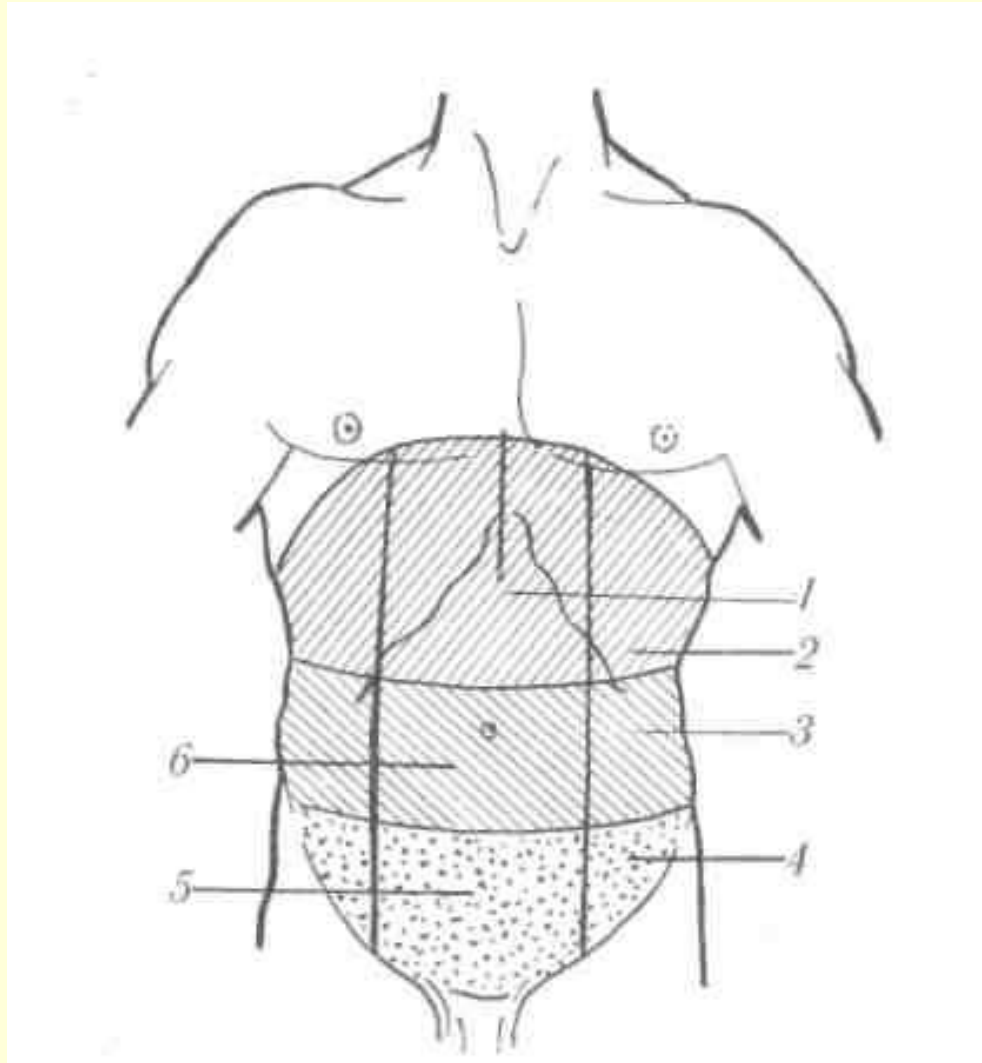
Дивертикул Меккеля- найчастіша форма неповної облітерації жовткової протоки, що зустрічається у близько 2 % людської популяції



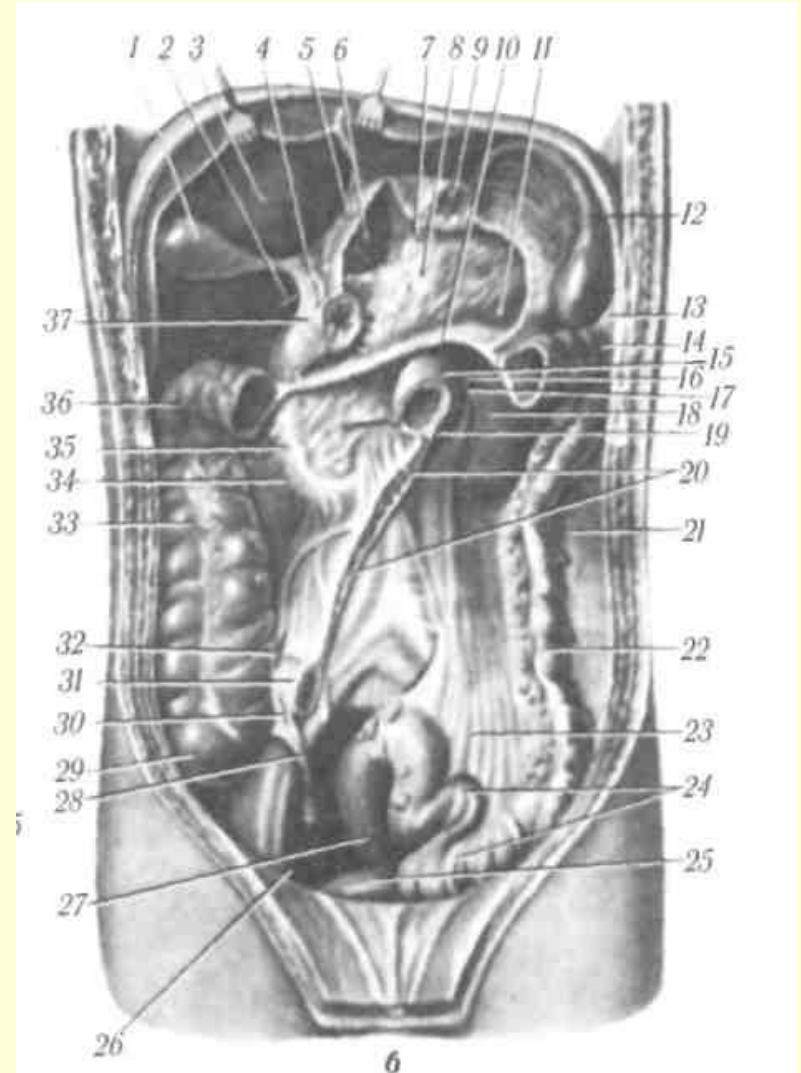
Класифікація апендикулярного перитоніту у дітей (В.П. Красовська, 1982)

- **I. По розповсюдженню**
 - 1. Місцевий: обмежений (апендикулярний інфільтрат, апендикулярний абсцес); необмежений.
 - 2. Розповсюджений: дифузний (займає 2-4 анатомічні ділянки черевної порожнини з 9); розлитий (займає 5-6 анатомічних ділянок черевної порожнини з 9); загальний (займає всі ділянки черевної порожнини).
- **II. По характеру ексудату:** серозний, гнійний, гнійно-фібринозний.
- **III. За клінічним перебігом:** реактивна фаза (без пареза кишечника, давність до 24 годин); токсична фаза (з парезом кишечника, давність від 1 до 3 діб); термінальна (з наявністю ускладнень, давність більше 3 діб).
- **IV. По виду збудника:** колібацелярний, протейний, синьогнійний, стафілококовий, асоціативний.

Квадранти передньої черевної стінки



Анатомічні ділянки черевної порожнини



Первинний перитоніт (диплококовий, перитоніт дівчаток)



- Виникає у дівчаток віком від 3 до 7 років
- Інфекція проникає в черевну порожнину через піхву з розвитком ендосальпингіту
- Форми:
 - проста
 - токсична

Дякую за увагу!

