

СТРУКТУРА И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ

Козулина Н.В., Паршиков В.В., Обрядов В.П., Бирюков Ю.П., Дикушина Е.А.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России», Нижний Новгород, Россия (603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1), e-mail: natalia-26@mail.ru

Острая боль в животе является одной из нерешенных проблем в хирургии. Локализация патологического процесса в малом тазу значительно затрудняет диагностику и своевременное лечение. Проведена оценка структуры острой хирургической патологии малого таза в детском возрасте. Как наиболее значимые, выделены острый аппендицит и его осложнения, а также острая гинекологическая патология – перекрут придатков матки и пельвиоперитонит. Проанализированы причины диагностических ошибок в данной группе заболеваний. Подробно представлены варианты расположения червеобразного отростка при аппендикулярном инфильтрате и в зависимости от этого – особенности дифференциальной диагностики данного осложнения аппендицита. Доказано, что при локализации патологического очага в полости малого таза справиться с трудностями в диагностике помогают обязательное использование бимануального ректального обследования, а также ультразвуковое исследование. Показана ведущая роль лапароскопии в диагностике и лечении хирургической патологии органов малого таза у детей.

Ключевые слова: аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, перитонит, гинекологический, лапароскопия.

THE STRUCTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE DISEASES IN PELVIC LOCATION IN CHILDREN

Kozulina N.V., Parshikov V.V., Obryadov V.P., Biryukov Y.P., Dicushina E.A.

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russia (603005, Nizhny Novgorod, Minin and Pozharsky sq., 10/1), e-mail: natalia-26@mail.ru

Acute abdominal pain is a very serious problem in surgery. It is especially difficult to find the reason of pain in pelvic location and to start treatment in time. We have studied the structure of acute surgical pathology in pelvic location in children. According to our statistic data, acute appendicitis and its complications (appendicular infiltrate, peritonitis) take the first place among surgical diseases of the abdomen in children. The right fallopian tube and ovary lie near the appendix. The pathology of the tube and ovary mimic appendicitis. The girls with gynecological diseases (torsion of ovarian cyst, pelvioperitonitis) complain of abdominal pain, but it is localized above the pubis. The reason of mistakes of diagnosis in such cases was appreciated. It was proved, that in case of pelvic location of abdominal pain it is important to make rectal bimanual examination. Ultrasound examination can identify an enlarged appendix or an abscess. Ultrasound examination is especially helpful in women because it can exclude the presence of the conditions involving the ovaries, fallopian tubes and uterus that can mimic appendicitis. Laparoscopy is more preferable for patients with pain in pelvic location. It is necessary to confirm the diagnosis and to remove the pathology, clean abdominal cavity.

Keywords: appendicitis, appendicular infiltrate, peritonitis, gynecological, laparoscopy.

Вопрос «острого живота» остается до сегодняшнего дня одной из актуальнейших проблем хирургии. В педиатрической практике эта тема звучит особенно остро в силу сложности постановки диагноза у маленького пациента [3, 6]. Среди хирургических причин первое место отводится аппендициту [2, 4]. Однако не только воспаление червеобразного отростка и перитонит аппендикулярного генеза могут явиться причиной острых болей в животе у ребенка. Среди этиологических факторов воспаления брюшины немалую роль в детском возрасте играет также криптогенный (диплококковый) перитонит. Нельзя забывать и о другой острой гинекологической патологии в общей структуре «острого живота» у детей

[1, 5]. Диагностика и лечение столь разнообразной по своей структуре, но схожей по локализации (тазовое расположение) патологии требует от врача широких и глубоких знаний [6]. Актуальность изучения этой темы объясняется и тем, что заболевания малого таза, особенно у девочек, в дальнейшей жизни могут быть причиной бесплодия и других проблем репродуктивной функции [1, 5].

Цель исследования

Изучение доли заболеваний малого таза, требующих неотложной помощи, в общей структуре «острого живота» у детей. Определение особенностей диагностики и лечебной тактики при острых хирургических заболеваниях органов малого таза у детей.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни 673 больных в возрасте от 1 г до 17 лет, госпитализированных в клинику кафедры детской хирургии НижГМА на базе Нижегородской детской областной клинической больницы с 2004 по 2012 год по поводу болей в животе. У всех пациентов во время первичного осмотра или в процессе клинического наблюдения и обследования установлена острая хирургическая патология брюшной полости.

Результаты и их обсуждение

Лидером среди причин «острого живота» у детей являлся острый аппендицит, который был выявлен у 555 пациентов. При этом неосложненный аппендицит констатирован у 313 (56 %) человек, у 187 больных (34 %) воспаление червеобразного отростка сопровождалось явлениями местного или разлитого перитонита, а в 55 случаях (10 %) осложнялось формированием аппендикулярного инфильтрата. Второй по численности группой детей с «хирургическими» причинами боли в животе (79 больных) оказались девочки с «острой» гинекологической патологией, такой как пельвиоперитонит (у 38 пациенток) и перекрут придатков матки (в 41 случае). У оставшейся (3-й по численности) группы детей – в 39 случаях – диагностирован перитонит различного генеза, исключая аппендикулярный и диплококковый (криптогенный). Причины воспаления брюшины были следующие: дивертикулит Меккеля, некроз кишки на фоне инвагинации, язвенно-некротического энтероколита, острого мезентериального тромбоза, несостоятельность кишечного анастомоза, ранение кишки, желчный перитонит вследствие несостоятельности анастомоза желчных путей, ферментативный перитонит при остром панкреонекрозе.

Среди больных с острым аппендицитом обращало на себя внимание, что почти все пациенты с аппендикулярным инфильтратом прошли через цепь врачебных ошибок на первичном этапе диагностики. Больные поступали в стационар через 1–17 дней от начала заболевания, в подавляющем большинстве отмечена поздняя госпитализация (в среднем через 9 сут.) в результате отсроченной первичной обращаемости самих пациентов и их

родителей, врачебных ошибок на первичном этапе диагностики или сочетания обоих факторов.

Большое количество диагностических ошибок при аппендикулярном инфильтрате, безусловно, имеют объективные причины. В первую очередь, это связано с атипичным расположением червеобразного отростка и, как следствие, с абсолютно «неклассической» симптоматикой аппендицита. Среди 26 больных обычная медиально-нисходящая позиция аппендикса в правой подвздошной ямке была отмечена лишь у 6 детей. У остальных 20 пациентов отросток имел атипичную локализацию: тазовую – у 14 детей, ретроцекальную – у 3 человек, подпеченочную – у 2 больных, левостороннее – у 1 девочки. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев инфильтрат формируется именно при тазовом расположении червеобразного отростка. В силу особенностей симптоматики, диагностический поиск может отклониться в сторону ложных заключений: воспалительные заболевания придатков матки (с учетом большинства девочек-подростков среди пациентов с инфильтратом), инфекция мочевых путей, кишечная инфекция. Больные госпитализируются в соматические отделения, начинают получать антибактериальную терапию, что еще больше стирает клинические проявления осложненного аппендицита и еще сильнее затрудняет постановку правильного диагноза.

Не менее проблематична и своевременная диагностика такой грозной патологии малого таза, как перекрут придатков матки. Многие симптомы напоминают аппендицит, что затрудняет своевременную диагностику. Среди 41 девочки с послеоперационным диагнозом «перекрут придатков матки» 16 человек поступили экстренно с болями в животе, что потребовало проведения дифференциальной диагностики с острым аппендицитом. Остальные 25 девочек обратились в плановом порядке за консультацией по поводу умеренной абдоминальной боли. Отсутствие «острой» симптоматики в большинстве этих случаев было связано с уже развившимся некрозом придатков, а у некоторых девочек – с «нетугим» перекрутом без резкого нарушения кровоснабжения яичника. У 14 больных диагноз был поставлен до операции в ходе клинико-инструментального обследования, а у 11 не был выявлен даже, несмотря на проведенное УЗИ, и явился лишь операционной находкой. У 12 девочек с перекрутами придатков матки выполнена деторсия, кровоснабжение органов при этом восстановилось. В 29 случаях констатирован некроз придатков и произведено их удаление.

При анализе причин диагностических ошибок при «острой» патологии малого таза (аппендикулярный инфильтрат, перекрут придатков матки) было выявлено, что в подавляющем большинстве случаев пациентам не проводилось бимануальное ректальное обследование. Исключительно важным является и ультразвуковое исследование органов

малого таза, которое позволяет четко дифференцировать структуру и происхождение патологического образования (аппендикулярный инфильтрат, опухоль, перекрут придатков матки), определить степень нарушения кровоснабжения. Однако УЗИ является вспомогательным методом, дополнением к клиническому осмотру, ценность его во многом зависит от квалификации специалиста и разрешающей способности аппарата. В сложных диагностических случаях при распознавании патологии малого таза возможны пальпация живота под наркозом и диагностическая лапароскопия.

Видеолапароскопическое вмешательство является «золотым стандартом» в диагностике и лечении большинства острых хирургических заболеваний с локализацией в малом тазу. В стационаре НОДКБ этот метод применяется с 2006 года.

Среди 41 пациентки с перекрутами придатков матки лапароскопически прооперированны 35 (85 %), открытым способом (нижне-срединная лапаротомия) – 6 детей (15 %). Количество койко-дней после лапароскопических операций составило от 1 до 23 (в среднем – 10); после операций открытым способом – 8–22 дня (в среднем – 13). У 11 девочек (27 %) с перекрутом придатков матки выполнена их деторсия, кровоснабжение органов при этом восстановилось. В 30 случаях (73 %) констатирован некроз придатков и произведено их удаление.

Что касается криптогенного перитонита, то все 38 заболевших были девочки от 1 года до 15 лет, преимущественно – дошкольницы (средний возраст составил 6,4 года). Именно у девочек дошкольного возраста наиболее вероятно развитие пельвиоперитонита вследствие незрелости бактерицидной микрофлоры половых путей и возможности проникновения инфекции в брюшную полость. У всех поступивших в клинической картине отмечено острое начало, бурное прогрессирование с нарастанием интоксикации, лихорадка до 39 °С. Девочки жаловались на боли в животе (чаще в нижних отделах или в правой подвздошной области), которые сопровождалась тошнотой, рвотой. Однако такой считающийся постоянным и специфическим признаком заболевания, как гнойные выделения из влагалища, встретился лишь в двух случаях. Все пациентки были прооперированы: 25 – лапароскопически, 13 – открытым способом через типичный аппендикулярный разрез. В последних случаях червеобразный отросток был удален. Среди девочек, оперированных эндоскопически, аппендэктомия была выполнена у одной (выявлены выраженные вторичные воспалительные изменения в отростке), и еще в одном случае удалены увеличенные отечные гидатиды маточной трубы. У всех больных проведена ревизия тонкой кишки. На основании обнаружения мутного липкого гнойного экссудата без запаха и фибрина в малом тазу, отечных и гиперемированных маточных труб констатировали криптогенный перитонит. Во всех случаях производили санацию брюшной полости (удаление экссудата электроотсосом,

введение в полость малого таза 0,5 % раствора метрогила). Дренирования брюшной полости не выполняли. В послеоперационном периоде все больные получали антибиотикотерапию (препараты широкого спектра действия ряда цефалоспоринов или аминогликозидов). Осложнений не было.

Выводы

Первое место по хирургическим причинам «острого» живота у детей занимает аппендицит и его осложнения – 82 % среди всех прооперированных больных. Вторую по численности группу (12 %) среди пациентов с неотложной хирургической патологией брюшной полости составляют девочки с острой патологией малого таза. При локализации патологического очага в полости малого таза (острая гинекологическая патология, аппендицит с нисходящим расположением червеобразного отростка) в подавляющем большинстве случаев имеются значительные трудности в диагностике, справиться с которыми помогают бимануальное ректальное обследование, ультразвуковое исследование. Лапароскопия является «золотым стандартом» в диагностике и лечении хирургической патологии органов малого таза у детей.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: ЭликсКом, 2004. – С. 130-158.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Т. 2 (пер. с англ). – СПб.: Пит-Тал, 1997. – С. 152-160.
3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – С. 302-332.
4. Карасева О.В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей / О.В. Карасева, В.А. Капустин, А.В. Брянцев // Детская хирургия. – 2005. – № 3. – С. 25-29.
5. Ольхова Е.Б. Эхографическая диагностика острого аппендицита у детей (диагностические трудности) // Радиология - практика. – 2011. – № 3. – С. 12-32.
6. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии (пер. с англ). – М.: ГЭОТАР-Мед., 2003. – С. 148-155.

Рецензенты:

Киреева Н.Б., д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Н. Новгород.

Косюга С.Ю., д.м.н., заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО
Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Н.Новгород.