

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО АППЕНДИЦИТА ТАЗОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Козулина Н.В., Паршиков В.В., Бирюков Ю.П., Обрядов В.П., Рожденкин Е.А.,
Дикушина Е.А., Дорохина И.А.**

ГБОУ 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

Диагностика и лечение острых заболеваний брюшной полости (особенно с локализацией патологического процесса в малом тазу) у детей являются сложной междисциплинарной проблемой, актуальной для хирургов, педиатров и гинекологов. Проведена оценка структуры острой хирургической патологии малого таза в детском возрасте. Особое внимание уделено острому аппендициту и неотложным гинекологическим заболеваниям – перекруту придатков матки и пельвиоперитониту. Проанализированы причины диагностических ошибок в данной группе заболеваний. Отмечено важное значение бимануального ректального обследования и ультразвукового исследования в диагностике острой патологии малого таза. Показана ведущая роль лапароскопии в диагностике и лечении хирургической патологии органов малого таза у детей.

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

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATED APPENDICITIS IN PELVIC POSITION AND ACUTE GYNECOLOGICAL PATHOLOGY IN CHILDREN

**Kozulina N.V., Parshikov V.V., Biryukov Y.P., Obryadov V.P., Rozhdenkin E.A.,
Dicushina E.A., Dorohina I.A.**

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

The diagnostic and treatment of acute abdominal pathology (especially - pain in pelvic location) is a very serious problem in surgery, pediatric, gynecology. We have studied the structure of acute surgical pathology in pelvic location in children. The most important in our study were acute appendicitis and acute gynecological diseases (torsion of ovarian cyst, pelvioperitonitis). 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 and ultrasound examination. Laparoscopy is more preferable for patients with pain in pelvic location in children. It is necessary to confirm the diagnosis and to remove the pathology.

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

Проблема острой боли в животе у детей всегда была и остается одной из сложнейших для врача любой специальности. В педиатрической практике эта тема звучит особенно остро в силу сложности постановки диагноза у маленького пациента [3, 7]. Безусловно, немалое число болезней у ребенка сопровождаются абдоминальным синдромом. Однако главной задачей, стоящей перед доктором в подобный момент, является необходимость дифференцировки острой патологии брюшной полости, требующей неотложной хирургической помощи, от тех, что излечиваются консервативно. Поэтому так важно четко представлять тот спектр острых хирургических заболеваний, в котором и нужно вести диагностический поиск в экстренной ситуации.

У детей (в отличие от взрослых) первое место среди заболеваний брюшной полости, требующих неотложного оперативного вмешательства, отводится аппендициту [2, 5]. При всей кажущейся простоте классической клинической картины это заболевание нередко является камнем преткновения на этапе диагностики даже для опытных детских хирургов [4]. Касается это в первую очередь случаев с атипичной локализацией червеобразного отростка, среди которых одна из самых «коварных» — положение аппендикса в полости малого таза.

Однако не только воспаление червеобразного отростка и перитонит аппендикулярного генеза могут явиться причиной болей в животе у ребенка. И здесь уместно сказать о значительной доле острых гинекологических заболеваний в общей структуре причин «острого живота» у детей [1, 6]. Среди этиологических факторов воспаления брюшины немалую роль в детском возрасте играет не только аппендикулярный, но и криптогенный (диплококковый) перитонит. Серьезнейшее внимание следует уделять и проблеме диагностики перекрута придатков матки, поскольку врачебная ошибка в данном случае слишком дорого обходится пациенту – быстрое развитие некроза яичника и неизбежная овариоэктомия.

Диагностика и лечение острой патологии брюшной полости с тазовой локализацией процесса требуют от врача широких знаний и способности быстро принять решение о необходимости экстренной операции [7]. 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, 6].

Цель исследования

Анализ причин, ведущих к проблемам при диагностике острых хирургических заболеваний с тазовой локализацией, типичных трудностей и ошибок на этапе первичного осмотра и определения дальнейшей лечебной тактики в детском возрасте. Изучение роли осложненного аппендицита и неотложной гинекологической патологии в структуре «острого живота» у детей.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни 862 больных в возрасте от 1 г до 17 лет, госпитализированных и оперированных в клинике кафедры детской хирургии НижГМА на базе Нижегородской детской областной клинической больницы с 2004 по 2014 гг. по поводу болей в животе. Для диагностики острых заболеваний брюшной полости, кроме рутинных клиничко-лабораторных обследований, пациентам выполнялось ректальное бимануальное обследование в положении ребенка на спине с приведенными к животу ногами, ультразвуковое исследование (УЗИ) с доплерографией сосудов органов брюшной полости,

забрюшинного пространства и малого таза на аппарате ALOKA prosound F75 с использованием конвексного датчика. Диагностическая и лечебная лапароскопия выполнялась с помощью эндоскопического оборудования фирмы Karl Storz по стандартной методике с использованием лапароскопа 5 или 10 мм.

Результаты и обсуждение

Среди причин «острого живота» у детей по частоте лидировал острый аппендицит, который был выявлен у 709 пациентов. При этом неосложненный аппендицит констатирован у 416 человек, а у 233 больных воспаление червеобразного отростка сопровождалось явлениями местного или разлитого перитонита. У 60 детей диагностирован аппендикулярный инфильтрат.

Второй по численности группой детей с «хирургическими» причинами боли в животе оказались девочки с острой гинекологической патологией – 103 ребенка, в том числе пельвиоперитонит выявлен у 43 пациенток, а перекрут придатков матки констатирован в 60 случаях.

Третью группу – 50 больных – составили дети с перитонитом неаппендикулярного генеза (воспаление брюшины вследствие дивертикулита Меккеля, некроза кишки на фоне инвагинации, язвенно-некротического энтероколита, острого мезентериального тромбоза, несостоятельности кишечного анастомоза, ранения кишки, желчный перитонит вследствие несостоятельности анастомоза желчных путей, ферментативный перитонит при остром панкреонекрозе).

При изучении анамнеза пациентов с аппендицитом обращало на себя внимание, что наибольшие диагностические трудности возникали у детей с атипичным расположением отростка. Анатомическую вариабельность расположения червеобразного отростка следует учитывать у пациентов любой возрастной группы. Расположение аппендикса ретроцекально и ретроперитонеально, высоко под печенью, в проекции корня брыжейки тонкого кишечника, в левой половине брюшной полости, в полости малого таза имитирует самые разнообразные заболевания. Именно в этой категории чаще всего встречались осложнения. Особенно наглядно это при анализе историй болезней пациентов с аппендикулярным инфильтратом. Первично поступившие дети с таким осложнением лечатся консервативно, и лишь спустя 3–4 месяца (в «холодном» периоде) проводится аппендэктомия. Во время операции становится возможным определить, какое же расположение занимает червеобразный отросток. При анализе историй болезней 26 больных с инфильтратом констатировано, что обычная медиально-нисходящая позиция в правой подвздошной ямке была отмечена лишь у 6 детей. У подавляющего большинства детей — в 14 случаях — инфильтрат формировался при тазовом расположении аппендикса. Воспаление червеобразного отростка, расположенного в

малом тазу, сопровождалось болями внизу живота или над лобком, нередко с иррадиацией по ходу мочеиспускательного канала или в яичко, правую половую губу, прямую кишку. Дети жаловались на частые болезненные мочеиспускания. Воспаление низко расположенного червеобразного отростка сопровождалось тенезмами, частым жидким стулом. Однако ни у кого из обследованных пациентов не было отмечено примеси слизи и крови в каловых массах, что описывается в литературе [3]. 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. Как следствие, больные госпитализировались в соматические отделения, начинали получать антибактериальную терапию, что еще больше стирало клинические проявления осложненного аппендицита, затрудняло и оттягивало постановку правильного диагноза.

Ретроцекальную позицию отросток имел у 3 человек с аппендикулярным инфильтратом. При таком расположении боль при пальпации передней брюшной стенки была меньше, чем при типичном расположении отростка, и появлялась она в более поздние сроки, начинаясь в латеральной части правой подвздошной или в правой поясничной области. Иррадиации боли в половые органы и дизурических явлений среди наших пациентов отмечено не было.

Подпеченочную локализацию червеобразный отросток имел у 2 больных, левостороннюю – у 1 девочки. Таким образом, у 20 из 26 детей с аппендицитом, осложненным инфильтратом, аппендикс занимал атипичную позицию, что значительно затрудняло своевременную диагностику. И действительно, обращали на себя внимание поздние сроки поступления детей в стационар – 1–17 дней от начала заболевания. Причинами являлись низкая санитарная грамотность населения и склонность к самолечению, а также диагностические ошибки докторов при первичном осмотре. У большинства больных имело место сочетание обоих факторов.

На втором месте по распространенности среди заболеваний малого таза у детей, требующих неотложной хирургической помощи, стоит острая гинекологическая патология. Среди этой категории наиболее серьезные вопросы касаются перекрута придатков матки. Неслучайно это заболевание и острый аппендицит рассматриваем в одном ряду: нередко симптомы перекрута напоминают аппендикулярные, и пациентки направляются к хирургу с диагнозом «острый живот».

Среди 60 девочек с послеоперационным диагнозом «перекрут придатков матки» 35 поступили экстренно с болями в животе, что потребовало проведения дифференциальной диагностики, в том числе и 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 16 пациенток правильный диагноз до операции не был поставлен, несмотря на проведенное УЗИ, и явился лишь операционной находкой. У 20 девочек с перекрутами придатков матки выполнены деторсия (кровоснабжение органов при этом восстановилось) и овариопексия. В 40 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. Между тем этот простой и доступный способ осмотра позволяет определить (или хотя бы заподозрить) патологический процесс тазовой локализации. Необходимо обратить внимание, что на начальных стадиях многих заболеваний органов малого таза пальпация передней брюшной стенки может быть малоинформативна, и именно ректальный бимануальный осмотр дает единственно верную информацию. Исключительно важным является и ультразвуковое исследование органов малого таза, позволяющее дифференцировать структуру патологического образования, его генез (аппендикулярный, опухолевый, перекрут придатков матки) и оценить степень нарушения кровоснабжения. Однако УЗИ является лишь дополнением к клиническому осмотру и не может быть основополагающим при постановке диагноза, поскольку ценность его во многом зависит от квалификации специалиста и разрешающей способности аппарата. В сложных диагностических случаях абсолютно оправданы пальпация живота под наркозом и диагностическая лапароскопия, которая является методом выбора не только для уточнения диагноза, но и для лечебных действий.

На базе кафедры детской хирургии в областной детской больнице видеолапароскопия внедрена с 2006 г. Из 60 пациенток с перекрутами придатков матки 53 ребенка прооперированы лапароскопически, а у 7 девочек выполнена нижнесрединная лапаротомия. Количество койко-дней после лапароскопических операций составило от 1 до 23 (в среднем 10); после операций открытым способом — 8–22 дня (в среднем 13).

Оптимальным методом диагностики и лечения лапароскопическое вмешательство является и для девочек с криптогенным перитонитом, которых за изученный период времени было 43. Средний возраст составил 6,4 года, при этом младшей пациентке был 1 год, старшей – 15 лет. Среди симптоматики характерными были острое начало и быстрое прогрессирование с выраженной интоксикацией. Девочки жаловались на сильные

боли в животе в нижних отделах, которые сопровождались тошнотой, рвотой, высокой температурой до 39–40°C. Лишь у двух пациенток отмечены гнойные выделения из влагалища. В общем анализе крови у всех детей выявлялся гиперлейкоцитоз ($20\text{--}40 \times 10^9/\text{л}$ и более).

Все пациентки были прооперированы: 30 — 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%-ного 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:

1. Среди хирургических заболеваний брюшной полости, требующих экстренного вмешательства, в детском возрасте на первом месте находится острый аппендицит, на втором — острая гинекологическая патология (включая пельвиоперитонит и перекруты придатков матки).
2. Перекруты придатков матки у 2/3 девочек диагностируются поздно, что ведет к необходимости овариоэктомии.
3. При подозрении на локализацию патологического процесса в полости малого таза (в том числе при аппендиците, острой гинекологической патологии) необходимо обязательное использование бимануального ректального осмотра и ультразвукового исследования.
4. Методом выбора в диагностике и лечении острой патологии органов малого таза у детей является лапароскопическое вмешательство.

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. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия – национальное руководство. — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – С. 456457.
5. 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.
6. Ольхова Е.Б. Эхографическая диагностика острого аппендицита у детей (диагностические трудности) // Радиология — практика. — 2011. — № 3. — С. 12–32.
7. 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 Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Нижегородская Государственная Медицинская Академия Министерства Здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород;

Азова Е.А., д.м.н., профессор кафедры педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Нижегородская Государственная Медицинская Академия Министерства Здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород.