

Эталон ответов.

Экзаменационный билет № 1

1. Острый аппендицит у детей младшего возраста. Особенности дифференциальной диагностики.

Вариабельность и своеобразие течения острого аппендицита у детей раннего возраста зависят не только от реактивности детского организма, но и от возрастных анатомо-физиологических особенностей. Во-первых, вследствие функциональной незрелости нервной системы в этом возрасте почти все острые воспалительные заболевания имеют сходную клиническую картину (высокая температура тела, многократная рвота, нарушение функций кишечника). Во-вторых, воспалительный процесс в червеобразном отростке у детей протекает чрезвычайно бурно. В то же время механизмы его отграничения выражены слабо. В-третьих, существуют специфические трудности в обследовании детей раннего возраста. Беспокойство, плач, сопротивление осмотру затрудняют выявление основных местных симптомов острого аппендицита. Чтобы своевременно поставить диагноз острого аппендицита, необходимо знать особенности клинической картины и диагностики этого заболевания у детей раннего возраста. До настоящего времени у врачей существует ошибочное мнение, что острый аппендицит у детей до 3 лет развивается крайне редко. При первичном осмотре больных участковым педиатром, врачам поликлиник, скорой и неотложной помощи необходимо проявлять повышенную настороженность к жалобам детей на боль в животе.

Если у детей старшего возраста ведущее значение имеют жалобы на боль в правой подвздошной области, то у детей первых лет жизни прямых указаний на боль нет, судить о наличии этого симптома можно лишь по косвенным признакам. Наиболее важный из них - изменение поведения ребёнка. Более чем в 75% случаев родители отмечают, что ребёнок становится вялым, капризным, малоконтактным. Беспокойное поведение больного следует связать с нарастанием боли. Непрерывность боли ведёт к нарушению сна, что бывает характерной особенностью заболевания детей младшего возраста и встречается почти у трети больных. Повышение температуры тела при остром аппендиците у детей первых лет жизни бывает почти всегда (95%). Нередко температура тела достигает 38-39 °С. Довольно постоянный симптом - рвота (85%). Для детей раннего возраста характерна многократная (3-5 раз) рвота, что относят к особенностям течения заболевания в этом возрасте. Своеобразие этих симптомов у маленьких детей в начале заболевания объясняют недифференцированностью реакции ЦНС ребёнка на локализацию и степень воспалительного процесса. Почти в 15% случаев отмечают жидкий стул. Расстройство стула наблюдают в основном при осложнённых формах аппендицита и тазовом расположении червеобразного отростка. Жалобы на боль в правой подвздошной области у детей в этом возрасте почти не встречаются. Обычно боль локализуется вокруг пупка, как и при любом интеркуррентном заболевании, протекающем с абдоминальным синдромом. Такая локализация связана с анатомо-физиологическими особенностями: неспособностью точно локализовать место наибольшей болезненности вследствие недостаточного развития корковых процессов и склонностью к иррадации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки. Важную роль играет быстрое вовлечение в воспалительный процесс мезентериальных лимфатических узлов.

Осмотр и физикальное обследование. При диагностике ориентируются на те же основные симптомы, что и у детей старшего возраста (пассивное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области). Однако обнаружить указанные признаки у детей первых лет жизни чрезвычайно трудно. Это обусловлено возрастными особенностями психики, в первую очередь двигательным возбуждением и беспокойством при осмотре. В этих условиях почти невозможно определить локальную болезненность и отдифференцировать активное мышечное напряжение от пассивного. Поскольку эти

симптомы наиболее важны, а у маленьких детей они нередко бывают единственными, указывающими на локализацию патологического процесса, особое значение следует придавать их выявлению. Обследованию ребёнка предшествуют беседы, доступные его пониманию, в результате чего ребёнок успокаивается и появляется возможность его обследования. Обследовать живот нужно не спеша, мягкими движениями тёплой руки, сначала едва касаясь передней брюшной стенки, а затем постепенно увеличивая давление. При этом пальпацию необходимо начинать с заведомо здорового места, т.е. с левой подвздошной области по ходу толстой кишки. При проведении пальпации живота важно внимательно следить за поведением ребёнка. Появление двигательного беспокойства, реакции мимической мускулатуры могут помочь оценить болезненность осмотра. Широкое распространение у хирургов получил осмотр ребёнка во время сна. Иногда во время пальпации правой подвздошной области можно отметить симптом "отталкивания": ребёнок во сне отталкивает своей рукой руку исследующего. Однако для наступления физиологического сна часто требуется много времени. Учитывая быстроту нарастания воспалительных изменений в брюшной полости у детей раннего возраста, столь длительное выжидание может оказаться особенно нежелательным. В этой ситуации, особенно у беспокойных детей, оправдан метод осмотра детей в состоянии медикаментозного сна, создаваемого путём ректального введения 3% раствора хлоралгидрата (в возрасте до 1 года - 10-15 мл, от 1 года до 2 лет - 15-20 мл, от 2 до 3 лет - 20-25 мл). При этом сохраняются пассивное мышечное напряжение передней брюшной стенки и локальная болезненность, симптомы легко выявляются, поскольку исчезает двигательное возбуждение, снимаются психоэмоциональная реакция и активное напряжение. Этот метод практически не имеет противопоказаний. Определение симптома Щёткина-Блюмберга во время естественного и медикаментозного сна проводят в конце обследования. При положительном симптоме ребёнок или просыпается, или болезненно реагирует, продолжая спать. Ректальное пальцевое исследование у младших детей даёт меньше диагностической информации и вносит ясность лишь при наличии инфильтрата, который в этом возрасте встречаются относительно редко. Лабораторные и инструментальные исследования. У детей младшего возраста при остром аппендиците чаще всего отмечают увеличение количества лейкоцитов в периферической крови до $15-20 \times 10^9/\text{л}$. Нередко наблюдают и гиперлейкоцитоз ($25-30 \times 10^9/\text{л}$ и более).

Учитывая трудность диагностики острого аппендицита у детей раннего возраста и высокий процент диагностических ошибок при этом заболевании, необходимо шире использовать в таких случаях дополнительные методы исследования, включая лапароскопию.

2. Врожденные осложненные кисты легких. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика врача родильного дома. Лечение.

Возникновение их связано с нарушением развития бронхов и альвеол во внутриутробный период. Если оно происходит на ранних этапах эмбриогенеза, то возникают одиночные кисты больших размеров, а в поздние сроки - множественные, мелкие, которые называют поликистозом легких. Их формированию оказывает содействие рост неправильно развитых бронхиальных зачатков с механическим растяжением их накопленной слизью. Внутренняя поверхность кисты покрыта эпителием, а в ножке иногда находят элементы бронхов и гладкие мышечные волокна.

Врожденные бронхогенные кисты по расположению могут быть центральными и периферическими. Центральные кисты иногда соединяются с бронхом. Кисты могут быть заполнены воздухом, или жидкостью.

По клиническому течению различают кисты не осложненные и осложненные. Не осложненные врожденные кисты с бессимптомным течением, как правило, случайно обнаруживают во время рентгенологического исследования. Такие кисты необходимо

дифференцировать с приобретенными воздушными кистами и абсцессами легких, которые возникают после острой гнойной деструктивной пневмонии. В таких кистах через 6 месяцев появляется эпителиальная выстилка, клинически и рентгенологически они не отличаются от врожденных. В таких случаях помогает проведение морфологических исследований. Осложнение врожденных кист распределяют таким образом: нагноение кисты - 60%, напряжение кисты - 20%, прорыв в плевральную полость - 5%. На кисты с бессимптомным течением приходится 15%. Нагноение кисты возникает в любом возрасте и сопровождается ухудшением общего состояния, повышением температуры тела до высоких цифр, интоксикацией, ознобом, лейкоцитозом.

Клиника. При обследовании ребенка обнаруживают отставание половины грудной клетки в акте дыхания на стороне поражения. Перкуторно над легочным полем определяется тимпанит, границы сердца смещены в здоровую сторону. Данные объективного исследования не позволяют исключить напряженный пневмоторакс, но во время рентгенологического исследования обнаруживают контуры кисты, иногда наличие в ней перегородок. Напряженный пневмоторакс является легочно-плевральной формой острой гнойной деструкции легких с продолжительным тяжелым течением и выраженной интоксикацией.

Лечение врожденных кист только хирургическое после установления диагноза. Если выявлена напряженная киста, перед операцией показано проведения пункции и дренирование кисты с целью уменьшения внутригрудного давления. Объем оперативного вмешательства определяется размерами и распространением кистозного образования. В случае кист небольшого диаметра выполняют цистэктомию, среднего - сегментарную резекцию легкого, а если диаметр кисты превышает поперечный размер воздушной доли легкого, показана лобэктомия, иногда с резекцией язычковых сегментов легких.

Эталон ответов.

Экзаменационный билет № 2

1. Послеоперационные осложнения при перитонитах у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.

Послеоперационные осложнения: желудочно-кишечное и внутрибрюшное кровотечение, разлитой гнойный перитонит, спаечная кишечная непроходимость, кишечные свищи (особенно тонкокишечные). Встречают осложнения, связанные с дефектами оперативной техники (неправильный выбор метода обработки культы червеобразного отростка, недостаточный гемостаз, погрешности при выполнении операции), нерациональной антибактериальной терапией и др.

Желудочно-кишечные и внутрибрюшные кровотечения после аппендэктомии возникают редко, но их относят к самым грозным и опасным. Причиной кровотечения из желудочно-кишечного тракта бывает токсическое поражение капилляров и мелких сосудов. На слизистой оболочке желудка и кишечника образуются эрозии или язвы стрессового характера. Интенсивность желудочно-кишечного кровотечения зависит от калибра кровоточащего сосуда. В этих случаях параллельно проведению гемостатической и кровозамещающей терапии показана срочная фиброгастроуденоскопия, позволяющая не только уточнить источник кровотечения, но и провести гемостаз. При неэффективности эндоскопического гемостаза показана операция. Внутрибрюшные кровотечения у детей встречаются редко, они бывают связаны с недостаточным гемостазом во время операции.

Инфильтраты и абсцессы брюшной полости после аппендэктомии - наиболее частые воспалительные осложнения. Клинически их, как правило, выявляют на 6-9-е сутки после операции. Общее состояние ухудшается постепенно, ребёнок периодически жалуется на боли в животе, иногда на учащённое мочеиспускание, тенезмы. Отмечают повышение температуры тела до 38 °C и выше, токсикоз. Количество лейкоцитов и СОЭ, как правило,

увеличены. При пальпации живота справа или по средней линии в нижних отделах удаётся уловить лёгкое напряжение мышц, болезненность и нащупать плотное образование без чётких границ. Хорошо выявляет инфильтрат ультразвуковое сканирование, а при тазовом расположении инфильтрата и ректальное пальцевое исследование. При обнаружении инфильтрата назначают антибиотики широкого спектра действия, физиотерапевтическое лечение. Рассасывание инфильтратов происходит в сроки от 10 до 15 дней, иногда они нагнаиваются (около 15%), в этих случаях необходимо оперативное вмешательство. При абсцедировании инфильтрата и возникновении гнойника в брюшной полости состояние больного ухудшается: температура тела принимает гектический характер, нарастают явления токсикоза, отмечают вздутие кишечника и расстройство его функций. Дети становятся беспокойными, отказываются от пищи, периодически жалуются на боли в животе. Чаще всего гнойники локализуются в илеоцекальной области и дугласовом пространстве, реже появляются поддиафрагмальные и межпетлевые абсцессы. Наибольшую болезненность и выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки определяют в области расположения гнойника. Убедительно выявляет абсцесс брюшной полости ультразвуковая диагностика. Вскрытие и дренаж гнойников производят по общим хирургическим правилам.

В ближайшем послеоперационном периоде может развиваться как динамическая, так и механическая кишечная непроходимость. Динамическая непроходимость чаще проявляется на 3-4-е сутки после аппенд-эктомии и нередко бывает обусловлена развитием перитонита, формированием инфильтратов и абсцессов. Парез желудка и кишечника, возникающий при динамической непроходимости, приводит к нарастанию интоксикации, повторной рвоте, одышке и ухудшению состояния. При таких симптомах лечение нужно начинать с консервативных мероприятий, имеющих успех при динамической непроходимости. Отсутствие эффекта от консервативной терапии заставляет предположить, что парез кишечника - не самостоятельное осложнение, а проявление перитонита. В таких случаях необходимо прибегнуть к оперативному лечению.

2. Врожденная долевая эмфизема. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика врача родильного дома. Лечение.

Заболевание встречается преимущественно у детей раннего возраста и характеризуется резким увеличением объема доли, реже сегмента, вследствие повышения давления в респираторном отделе легочной ткани.

Причины развития врожденной эмфиземы легкого окончательно не установлены. Большинство исследователей считают, что в основе ее лежит дефект развития бронхиальных хрящей бронхов 3—5-й генераций, приводящий к нарушению бронхиальной проходимости и образованию клапанного (вентильного) механизма, в свою очередь ведущего к резкому вздутию соответствующей доли.

Патогенез. Клапанный механизм, формирующийся в долевом или сегментарном бронхе, приводит к нарушению нормальной вентиляции соответствующей части легкого по типу "воздушной ловушки". Следствием этого становится ее прогрессирующее увеличение, эмфизематозное вздутие. В результате сдавливаются расположенные рядом, неизменные отделы легкого, что в значительной мере приводит к их выключению из дыхания. Органы средостения также смещаются в противоположную сторону. Иногда эмфизематозно измененная, резко увеличенная, в размерах доля легкого в виде медиастинальной грыжи через переднее средостение пролабирует на противоположную сторону. При этом нарушение нормальной вентиляции, легких сочетается с расстройствами сердечной деятельности, кровообращения, притока крови по крупным венам средостения. Патологические расстройства у больных с врожденной долевой эмфиземой могут происходить по нескольким вариантам: медленно – в течение многих лет, остро – сразу после рождения, с периодическими рецидивирующими острыми вздутиями порочно

развитой доли легкого. Эти своеобразные черты патогенеза определяют и степень выраженности клинических проявлений болезни.

Симптомы (клиническая картина) врожденной долевого эмфиземы. Первые признаки эмфиземы могут появляться у детей уже в первые дни после рождения. У новорожденных возникают затруднение дыхания, одышка, сухой кашель, цианоз слизистых и кожных покровов. При кормлении материнской грудью развиваются приступы асфиксии. Дыхательная недостаточность прогрессивно нарастает. Соответствующая половина грудной клетки бочкообразно увеличена, дыхание резко ослаблено, на стороне поражения тимпанит, сердечная тупость смещена в здоровую сторону. Если вздутие пораженного отдела легкого не слишком велико и не ведет к значительному сдавливанию воздухоносных путей и паренхимы легкого, то симптомы дыхательной недостаточности не столь выражены, появляются только при физической нагрузке и не привлекают к себе внимания родителей и врачей. В этих случаях врожденная эмфизема диагностируется значительно позднее, у отдельных больных только во взрослом состоянии.

При рентгенологическом исследовании определяются повышенная прозрачность и обеднение легочного рисунка в зоне эмфиземы, занимающей чаще всего верхнюю часть или половину легочного поля. Коллабированные соседние участки легкого образуют у средостения клиновидную тень. Органы средостения смещены, пораженное легкое пролабирует через переднее средостение в здоровую сторону, диафрагма на стороне поражения уплощена и в дыхании не участвует.

Лечение врожденной долевого эмфиземой. Больным с декомпенсированной формой врожденной долевого эмфиземой легкого показано оперативное лечение в неотложном порядке. После кратковременной предоперационной подготовки с использованием средств и возможностей интенсивной терапии, а иногда – реанимации, выполняют удаление порочно развитой доли легкого. Субкомпенсированные формы заболевания подлежат хирургическому лечению в плановом порядке, в период ремиссии, после ликвидации всех проявлений инфекции дыхательных путей. Больным с компенсированной формой долевого эмфиземы легкого показания к хирургическому лечению могут быть определены в случае нарастающих расстройств вентиляции, дыхательной недостаточности – т.е. прогрессирующего перехода заболевания в более тяжелую субкомпенсированную форму. Во всех случаях операцией выбора является удаление измененной, порочно развитой доли легкого.