

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ)****Н.В. Козулина**ГБОУ ВПО  
«Нижегородская  
государственная  
медицинская академия»Козулина  
Наталья Вячеславовна —  
e-mail: natalia-26@mail.ru**«Для разрешения проблемы болей в животе  
предпринимается столько же усилий, как и для  
расшифровки генома человека»**  
Хаф Дадли

Острый аппендицит — довольно распространенное заболевание у детей. Его возрастной пик относится к 9–12 годам. Постановка диагноза у детей по сравнению со взрослыми отличается сложностью, а сама болезнь протекает более тяжело [1, 2].

Летальность от острого аппендицита среди детей в течение многих лет сохраняется на уровне от 0,06 до 3,5% (в разных возрастных группах) и не имеет тенденции к снижению [2, 3]. Поэтому проблема диагностики и лечения острого аппендицита у детей остается весьма актуальной.

**Клиника и диагностика острого аппендицита у детей**

У детей старшего возраста. Воспаление червеобразного отростка имеет весьма разнообразную клиническую картину. С одной стороны, классическая симптоматика позволяет быстро и точно поставить диагноз, с другой стороны, нечеткость, расплывчатость клиники заболевания вызывает определенные затруднения.

Начало болезни постепенное: боль в животе имеет умеренный, постоянный, ноющий характер, часто возникает в надчревной области, затем четко локализуется в проекции правой подвздошной ямки. Таким образом, уже при сборе анамнеза можно выявить важный симптом Волковича — Кохера: в начале заболевания боль ощущается по всему животу или в эпигастрии, а затем локализуется в правой подвздошной области.

Аппетит снижен, нередко дети отказываются от приема пищи. Возникает тошнота (в 75%), однократная или (реже) двукратная рвота, носящая рефлекторный характер.

При осмотре: ребенок нередко принимает вынужденное положение лежа на правом боку с согнутыми нижними конечностями. Язык слегка обложен белым налетом. Температура тела повышается до субфебрильных цифр (но может оставаться нормальной!), отмечается тахикар-

дия. Симптом «ножниц» (расхождения пульса и температуры) весьма непостоянен. Примерно в 1/3 случаев отмечается задержка стула, а в некоторых случаях, наоборот, диарея.

Ведущей в клиническом обследовании является пальпация живота. Проведение этого осмотра требует от врача определенного умения и такта. Мы приводим строки из книги профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, в которых с изумительной точностью и художественной силой описаны особенности обследования больного с аппендицитом:

«...Прежде всего бросается в глаза встревоженный, полный страха и тоски взор больного, его своеобразное беспокойство, стоны. Уже потому, что больной так страдает, так взволнован, вы должны подойти к нему с большой мягкостью и деликатностью.

Осторожно обнажите весь живот и положите на него ладья всю руку, едва касаясь кожи; перемещая руку по всей поверхности живота и чуть нажимая вытянутыми пальцами, вы получите весьма важные диагностические данные; таким способом ощупывания тонко определяются даже небольшие различия в резистентности различных отделов живота и степень болезненности их. Начав ощупывание столь нежно, вы скоро получите возможность значительно усилить и углубить его. Грубое же начало сразу делает исследование живота невозможным и безрезультатным.

Мы часто видели врачей, грубо тычущих рукой в очень болезненный живот, ничего при этом не узнающих и сразу лишаящихся доверия больного. Наши врачебные задачи нередко вызывают необходимость причинять боль, но печально, если мы при этом черствуем и сознаем себя вообще вправе причинять боль, а больных считаем обязанными терпеть её».

Все выше сказанное автор относил к осмотру взрослого человека, но в педиатрии принципы деликатного и тактичного обращения к пациентам вдвойне справедливы.

Итак, при объективном исследовании важными симптомами острого аппендицита являются локальная болезненность и пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области.

Среди других многочисленных симптомов, характерных для воспаления червеобразного отростка и окружающей брюшины, можно выделить следующие (приводятся наиболее часто используемые):

- симптом Щёткина—Блюмберга: усиление болей при быстром отнятии руки от брюшной стенки в случае острого воспаления брюшины;

- симптом Воскресенского («скольжения», «рубашки»). Врач располагается справа от больного и левой рукой натягивает рубашку пациента за её нижний край. Концами II—III—IV пальцев правой кисти во время выдоха проводится быстрое скользящее движение от эпигастрия к области слепой кишки, там рука останавливается, не отрываясь от живота. В момент окончания такого движения отмечается резкое усиление аппендикулярных болей, что автор объяснял усилением кровяного толчка по сосудам брыжейки. Симптом может быть положительным в 97%;

- симптом Ситковского. Усиление болей в правой половине живота при быстром повороте туловища на левый бок (за счет натяжения брыжейки отростка);

- симптом Ровзинга. При толчкообразном надавливании на левую подвздошную область возникает или усиливается боль в правой подвздошной области («передается столбом газа по ободочной кишке»);

- симптом Раздольского. Болезненность при перкуссии в правой подвздошной области.

Исследование периферической крови выявляет умеренный лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, вплоть до появления юных форм и даже миелоцитов. СОЭ в первые часы не изменяется.

У детей младшего возраста (до 3 лет) заболевание отличается своеобразием симптомов, атипичной клиникой и сложностью диагностики. Такие особенности зависят от затруднений при осмотре (негативное отношение пациента), повышенной реактивности ребенка, а также от атипичного расположения червеобразного отростка. В этой возрастной группе положение аппендикса в брюшной полости непостоянно вследствие подвижной брыжейки слепой кишки. Слепая кишка и червеобразный отросток у детей младшего возраста располагаются относительно высоко (нередко встречается подпеченочная локализация) вследствие незавершенной ротации толстой кишки. Позже в течение первых лет жизни проис-

ходит опускание слепой кишки и она занимает свое постоянное положение в правой подвздошной области.

У новорожденных острый аппендицит встречается чрезвычайно редко. Дети ясельного возраста заболевают достаточно бурно: возникают беспокойство, отказ от приема пищи, появляется многократная рвота, может быть неоднократный жидкий стул, в том числе с патологическими примесями в кале (слизь, прожилки крови), температура тела повышается до фебрильных цифр, ребенок ищет удобное положение. Живот при этом, как правило, умеренно вздут, в поздних стадиях заболевания перистальтика кишечника ослабевает или не выслушивается.

У маленького ребенка практически невозможно проверить наличие классических указанных выше «перитонеальных» симптомов, поэтому решающими для постановки диагноза «острый аппендицит» являются: усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области (симптом Филатова) и напряжение мышц передней брюшной стенки. Необходимо отметить, что у детей младшей возрастной группы боковые мышцы живота развиты недостаточно и аналогом дефанса мускулатуры правой подвздошной области служит напряжение правой прямой мышцы живота.

Часто врач оказывается в ситуации, когда ребенок крайне негативно реагирует на осмотр, что не дает возможности объективно оценить состояние. В подобных случаях исследование местных симптомов (осмотр живота) проводят во время сна ребенка [3], в том числе медикаментозного (через 20–30 мин. после введения 3%-го раствора хлоралгидрата в виде клизмы объемом 10–30 мл или после внутримышечной инъекции седуксена), но без применения обезболивающих препаратов. При этом определяются локальная болезненность, симптом «отталкивания руки» исследователя и пассивное мышечное напряжение в правой подвздошной области (или напряжение правой прямой мышцы живота). Вполне достаточно наличия этих симптомов, чтобы обоснованно поставить диагноз острого аппендицита и выполнить лапаротомию.

Важным методом диагностики является пальцевое бимануальное ректальное исследование, которое производится в конце осмотра (после пальпации живота!) в положении ребенка на спине с приведенными к животу ногами. Указательный палец правой руки врача в перчатке, обильно смазанной вазелином, введен в прямую кишку, левая рука – на передней брюшной стенке. При этом можно определить болезненность, нависание передней стенки прямой кишки (при наличии воспалительного выпота в малом тазу), наличие инфильтрата, который порой бывает единственным диагностическим признаком аппендицита.

Дети младшего возраста (в силу перечисленных особенностей течения заболевания) являются группой пациентов с наибольшим процентом диагностических ошибок и летальных исходов при остром аппендиците. Поэтому необходимо соблюдение Приказа МЗ РФ № 320 от 1984 г. «Об обязательной госпитализации в хирургический стационар детей в возрасте до 3 лет с синдромом болей в животе».

### Аппендикулярный инфильтрат

Осложнения аппендицита обычно развиваются у детей, поступающих в стационар в поздние сроки.

Летальность при осложнениях аппендикулярного генеза у детей в возрасте старше 2 лет составляет менее 0,1%, у грудных пациентов — 10%, у новорожденных, по данным некоторых авторов, достигает 80% [1].

Наиболее частыми и тяжелыми осложнениями острого аппендицита являются аппендикулярный инфильтрат и разлитой перитонит [5].

Аппендикулярный инфильтрат представляет собой конгломерат спаявшихся вокруг червеобразного отростка воспалительно измененных внутренних органов — участка большого сальника, париетальной и висцеральной брюшины, тонкой и слепой кишки, брыжейки, мезентериальных лимфатических узлов.

Детский организм имеет слабую способность к отграничению воспалительного очага, поэтому осложненный инфильтратом острый аппендицит можно наблюдать преимущественно у подростков в 12–14 лет и весьма редко в раннем возрасте.

В течении аппендикулярного инфильтрата можно выделить 2 стадии — образование и обратное развитие (или абсцедирование).

I стадия заболевания — отграничение воспаления и образование инфильтрата, или «холодный» инфильтрат [4], формируется на 3–5-й день от начала острого аппендицита.

Клинически — состояние ребенка средней тяжести, наблюдаются явления интоксикации, температура тела достигает 38–39°C, но может быть субфебрильной, имеется тахикардия. Живот умеренно вздут, при дыхании отстает правая его половина. При пальпации живот мягкий или с незначительным напряжением мышц передней брюшной стенки, в правой подвздошной области прощупывается плотное, болезненное, малосмещаемое образование без четких границ. Размеры образования различны, нередко оно занимает почти всю правую половину живота или даже заходит за среднюю линию. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Ректальное пальцевое исследование позволяет определить болезненность правой стенки прямой кишки, при бимануальном осмотре пальпируется плотное болезнен-

ное образование (инфильтрат). Могут иметь место дизурические явления, жидкий стул (при расположении отростка в малом тазу). В анализах крови выявляются лейкоцитоз до  $(12-15) \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг в формуле влево и увеличение СОЭ.

Длительность течения 1-й стадии аппендикулярного инфильтрата зависит от возраста ребенка, его реактивности, степени развития воспалительного процесса и интенсивности лечения. В среднем ее продолжительность 12–14 дней.

Лечение больных с аппендикулярным инфильтратом проводится только в условиях стационара. Терапия «холодного» инфильтрата в 1-й стадии консервативная: постельный режим, механически щадящая диета (протертые супы, жидкие каши, кисели), холод на живот, внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия и метронидазола, инфузионная дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

В большинстве случаев при адекватном лечении второй стадией заболевания является обратное развитие. Во II стадии заболевания (обратного развития) отмечается улучшение состояния, стихают боли в животе, снижается температура тела, уменьшаются явления интоксикации. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации — мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области определяется плотное, малоболезненное образование с четкими границами, малосмещаемое, которое постепенно уменьшается в размерах. Нормализуется картина анализа крови, однако СОЭ длительно остается повышенной (до 30–50 мм/ч). Полная регрессия инфильтрата продолжается 3–4 недели.

После исчезновения всех клинических признаков больной выписывается с обязательным указанием о необходимости плановой операции — аппендэктомии — через 2–3 месяца после регрессии инфильтрата.

При неадекватной или поздно начатой терапии, высокой вирулентности микрофлоры возможно нагноение инфильтрата с образованием аппендикулярного абсцесса. Общие признаки абсцедирования — ухудшение общего состояния, повышение температуры тела и ее гектический характер. Боль в животе усиливается, возможна многократная рвота. При осмотре живот болезненный, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, в области инфильтрата — резкая болезненность при пальпации. Перитонеальные симптомы положительны.

Возможно определение флюктуации через переднюю брюшную стенку или при ректальном пальцевом исследовании.

По данным лабораторного исследования выявляется нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации.

В диагностике аппендикулярного инфильтрата существенную помощь оказывает ультразвуковое исследование (УЗИ), на котором визуализируется плотный очаг или (при абсцедировании) полостное образование с выраженной капсулой и жидкостным содержимым.



**РИС.**  
Больная А., 1 г. 8 мес., после вскрытия и дренирования абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата.

Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата является показанием к операции – вскрытию, санации и дренированию. Как правило, абсцесс имеет сформированную плотную капсулу. Червеобразный отросток не удаляется, т. к. при попытке выделения его из плотных сращений велика опасность повреждения кишечной стенки с последующим возникновением кишечных свищей. Аналогичной тактики придерживаются, если инфильтрат не был диагностирован до операции и явился находкой на операционном столе: удалять отросток нецелесообразно – операция заканчивается введением дренажа и антибиотиков в брюшную полость.

Вскрытие абсцесса осуществляется разрезом через переднюю брюшную стенку или ректальным доступом (при локализации гнойника в малом тазу).

После купирования воспалительных явлений и заживления раны пациент выписывается из стационара с рекомендацией плановой операции – аппендэктомии – через 2–3 месяца.

Дети младшего возраста с аппендикулярным инфильтратом, как правило, подлежат экстренному оперативному лечению из-за опасности распространения процесса (короткий большой сальник!) и возникновения перитонита (рис.). У пациентов данной группы обычно не бывает плотных инфильтратов, сращения тканей рыхлые, что позволяет выполнить аппендэктомию. Кроме того, причиной срочной операции служит быстрое абсцедирование инфильтрата.

Принципиальное значение в успехе лечения острого аппендицита и его осложнений, в частности, аппендикулярного инфильтрата, имеет своевременная диагностика. Важнейшую роль играет внимательно собранный анамнез, тщательный клинический осмотр, при этом всем детям с подозрением на острый аппендицит необходимо выполнять бимануальный ректальный осмотр, шире применять при болях в животе ультразвуковое обследование, а для профилактики спаечных осложнений рекомендуется активнее использовать физиотерапию.

Только внимательное отношение к ребенку, настороженность медицинского персонала и родителей в отношении острого аппендицита как наиболее частого и грозного заболевания могут привести к успеху в лечении данной патологии.

В заключение необходимо привести слова из книги М. Шайна: «Какими бы ни были клиническая картина и абдоминальные проявления, всегда подспудно держите мысль о возможном остром аппендиците» [6].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. С.-Пб.: Пит-Тал, 1997. Т. 2. С. 152-160.
2. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. С.-Пб.: Питер Пресс, 1997. С. 302-332.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. М.: Медицина, 1980. С. 191.
4. Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Арапова А.В. Осложненный аппендицит у детей. Л.: Медицина, 1982. С. 54-95.
5. Карасева О.В., Капустин В.А., Брянцев А.В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей. Детская хирургия. 2005. № 3. С. 25-29.
6. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М.: Гостар-Мед, 2003. С. 148-155.