

ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ ПРИ ОСТЪР ХИРУРГИЧЕН КОРЕМ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Проф.Мария Михова

Острият хирургичен корем е понятие , което включва широк спектър от хирургични заболявания на ораните в коремната кухина , които възникват остро , развиват се бързо за часове и поставят за разрешаване сложни диагностични и лечебни проблеми.

За правилното насочване на диагностичното мислене към остър хирургичен корем при деца е необходимо да се познават някои особености на тези заболявания в детската възраст:

- Редица нехирургични заболявания протичат с клиничната картина твърде близка до клиничната картина на острите коремни хирургични заболявания.
- Някои инфекциозни болести , до появата на характерните обривни единици , наподобяват в значителна степен хирургичните заболявания.
- С децата , предимно в ранната възраст не се влиза в контакт и обеткивното изследване често е затруднено.
- Някои патологични особености на детския организъм обуславят полиморфизъм и атипичност в протичането на коремните заболявания.

Необходимо е всеки лекар , който пристъпва до болното дете , да премисли описаните особености и подбере най-адекватната диагностична тактика.

За да се осъществи процесът на диагноза и диференциална диагноза при деца с остър хирургичен корем е необходимо добре да се познават заболяванията , които обуславят състоянията , определяни като остър хирургичен корем. Тези заболявания се обобщават в три основни групи :

- Възпалителни процеси на коремните органи , които нелекувани причиняват локален , дифузен или тотален перитонит.
- Механична чревна непроходимост.
- Травматични увреди на паренхиматозни или кухи коремни органи.

Към първата група се отнасят : остър апендицит /до 70 % от острите коремни хирургични заболявания/ , първичен криптогенен перитонит , остро възпаление на

Мекелов дивертикул , холецистит , панкреатит или някои по-редки заболявания: перфорация на стомашна и дуоденална язва , перфорация на паразитерни или непаразитерни кисти и други.

Механичната чревна непроходимост при децата в зависимост от етиологичните фактори е чревна непроходимост при вродени аномалии на храносмилателния тракт и придобита чревна непроходимост.

Вродените аномалии се проявяват предимно в периода на новороденото и не са предмет на настоящето съобщение.

Придобитата чревна непроходимост и при децата е адхезионна , странгулационна и много по-рядко обтурационна. Адхезионната форма се развива след прекарани коремни операции. Странгулационната форма също се наблюдава след прекарани коремни операции , но най-убедителният ѝ представител е чревната инвагинация и непроходимост при инкарцерирана ингвинална херния.

Остър хирургичен корем от травматични увреди на паренхиматозни или кухи коремни органи се среща при закрити или проникващи коремни травми.

Към тези групи се отнасят и някои по-редки заболявания: възлообразуване , разпад или обтурация онкологични заболявания, усложнени овариални кисти и други.

Диагностичният и диференциално – диагностичният процес при остър хирургичен корем в детската възраст се осъществява чрез адекватното приложение на основните диагностични критерии както следва:

АНАМНЕЗА: Грижливо събраната анамнеза е сериозна предпоставка за успешно решаване на клиничните случаи. При децата , особено в най- ранната възраст трябва да се има в предвид , че родителите изплашени от вероятността за хирургична интервенция , понякога се стараят да насочат изследването в посока на нехирургично заболяване. Чрез анамнезата се обръща внимание на: промяна в поведението на детето , неспокоен сън , отказ от храна , повръщане , дефекация , повишаване на телесната температура.

Патогномоничен синдром на хирургичните заболявания в коремната кухина е болка и нейният характер: остра, коликообразна , придружена от упорито повръщане и спиране на флатуленцията и дефекацията /симптоми , които се наблюдават при механична чревна непроходимост/ или болката , която постепенно

се засилва придружава се от повишение на температурата , локализира се в определена анатомична област /симптоми , които характеризират предимно остри възпалителни процеси/.

ОБЕКТИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ: при обективното изследване на децата е необходимо въз основа на анамнестичните данни да се потърсят белези на нехирургични заболявания /състояние на горните дихателни пътища , дихателна недостатъчност , физикална находка от страна на белия дроб , както и насочено търсене на обривни единици при инфекциозни заболявания/.

При децата с остър хирургичен корем един от основните диагностични критерии е промяната в обективния статус: степен на увреждане на общото състояние , белези на дехидратация /сух , обложен език , халонирани очи , леко потискащ се пулс/. В комплексната оценка на тези промени определяща е информацията от изследването на коремната област: балониране и степен на балониране на корема , асиметрия на коремната стена , палпаторна болезненост – локализирана или дифузна , наличие или не на симптоми на перитонеално дразнене и мускулна защита на предната коремна стена , характер на перисталтиката – физиологична , с преобладаващ характер или липсваща. В детската възраст при обективното изследване се препоръчва ректално туширане , при което се търси: празна ампулла ректи /чревна непроходимост/ ; патологично съдържимо /чревна инвагинация/ или перицекален инфилтрат /остър апендицит/.

Към диагностичните критерии се отнасят и някои хематологични показатели: умерена левкоцитоза и олевяване при остър апендицит , подчертана левкоцитоза , олевяване и ускорено СУЕ при остър холецистит , панкреатит , криптогенен перитонит или промени в електролитния състав при чревна непроходимост. Промените в хематологичните показатели подпомагат диагностичния процес , но липсата на отклонения не отхвърлят възможността за остро хирургично заболяване.

Прилагането в клиничната практика на широк спектър от неинвазивни образни методи за диагностика обогати диагностичните критерии и предостави големи възможности на клиницистите за диагноза и диференциална диагноза. За обективизиране на патологичните процеси и подпомагане на практиката от

съществено значение е правилният подход към методите за изследване: прилагането им само при индикации и в съответна последователност. За повишаване на достоверността на резултатите от прилагането на един или друг метод важно значение има и опита на клинициста , както и тясната колаборация със специалиста , който провежда изследването.

Конвенционалните рентгенови методи , като най-достъпни и най-лесно приложими в детската възраст , притежават богата диагностична стойност при правилно проведено изследване. За изключване на т.нар. “маски на остър хирургичен корем” е необходимо обзорно рентгеново изследване на белия дроб. Изследването на коремните органи се извършва като обзорно или изследване с помощта на контраст. При деца с перитонит се препоръчва рентгенография на корема в легнало положение , при което се визуализират силно дилатирани чревни бримки , оточна чревна стена , подчертан лигавичен релеф – белези на дифузен възпалителен процес. При суспектни за чревна непроходимост клинични данни нативното рентгеново изследване се извършва в право положение за доказване на дилатирани чревни бримки с хидроаерични сенки в тях. При неубедителни данни от първото изследване се препоръчва същото да се повтори след два часа , като се отчита задържане на дилатираните чревни бримки в една и съща анатомична област и тенденция към дилатирането им – картина , която отговаря на механична чревна непроходимост. При деца суспектни за адхезионна чревна непроходимост и неубедителни данни от обзорното изследване намира приложение изследването с контрастна материя и проследяването на пасажа.

Клиничната характеристика на чревна инвагинация изисква обзорен рентгенов преглед на корема в изправено положение. При хидроаерични нива , които говорят за напреднал процес е показана само диагностична пневмокопоскопия. При липса на нива диагностичната пневмокопоскопия се превръща в лечебна. При неуспех от първата да се получи дезинвагинация след спазмолитици опитите се повтарят до три , след което се преминава на оперативно лечение.

Независимо от голямата си диагностична стойност , ултразвуковото изследване все още намира ограничено приложение при остър хирургичен корем в

детската възраст. Методът е показан предимно при остър холецистит , остър панкреатит , някои травматични увреди на паренхимни органи. При най-честите остри коремни хирургични заболявания /остър апендицит и чревна непроходимост/ методът не е усъвършенстван и в настоящия момент информацията от него само обогатява , но не е решаваща в диагностичния процес при тези състояния.

Компютърна аксиална томография се прилага само в единични случаи , при които има сериозни диагностични затруднения , най-вече при процеси , трудно достъпни за останалите методи на диагностика – предимно ретроперитонеалното пространство.

ИЗВОДИ:

- Основните заболявания , които се отнасят към заболяванията , определяни като “остър хирургичен корем” в детската възраст са някои вродени аномалии /в периода на новороденото/ , заболявания от възпалителен характер и остра чревна непроходимост.
- Голяма част от тези заболявания протичат с картина сходна с клиничната картина на нехирургични заболявания , което обуславя сериозни диагностични и диференциално – диагностични затруднения.
- За успешното решаване е необходимо да се познават основните диагностични критерии за оценка , тяхната информативна стойност и ред на приложение.