

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Неотложные состояния в детской гастроэнтерологии

Продолжение. Начало в № 1, 2011.

Инородные тела пищевода

Наиболее часто наблюдаются у детей младше 4 лет и приводят к полной или частичной непроходимости пищевода, травмируют его стенки. Симптоматика определяется возрастом ребенка, характером проглоченного предмета и степенью непроходимости пищевода. У детей раннего возраста внезапно появляется плач, беспокойство, кашель, обильное слюнотечение, позывы на рвоту, инспираторный стрidor, тахипноэ. У детей старшего возраста преобладают дисфагия, гиперсаливация, отказ от еды, боли за грудиной, в спине. Лечение заключается в удалении инородного тела методами эзофагоскопии или ларингоскопии.

Дискинезия желчного пузыря

Билиарные дисфункции являются одной из наиболее частых причин обращения к участковому педиатру, семейному врачу, а иногда и врачу скорой медицинской помощи. Эта группа заболеваний включает гиперкинетически-гипертоническую дискинезию желчного пузыря и сфинктерного аппарата, острый холецистит, желчнокаменную болезнь (желчную (печеночную) колику).

Гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря (часто в сочетании с гипертонусом сфинктера Одди) характеризуется появлением интенсивной приступообразной боли в правом подреберье, области пупка, иногда разлитой в верхней части живота, сопровождающейся тошнотой, в ряде случаев рвотой. Начало приступа обычно связано с приемом определенной пищи, эмоциональной или физической нагрузкой. Объективно отмечается умеренное напряжение мышц в области правого подреберья, болезненность при пальпации этой области; возможны положительные пузырные симптомы при отсутствии увеличения печени. Дифференцировать это состояние следует с обострением хронического холецистита, для которого характерны длительный анамнез заболевания, выраженные признаки хронической неспецифической интоксикации, температурная реакция (возможно), увеличение размеров печени и ее уплотнение. Для купирования болевого приступа, сопровождающего гипермоторную дискинезию независимо от наличия или отсутствия воспалительного процесса в желчном пузыре, применяют спазмолитические препараты (дротаверин, бенциклан, гимекромон, отилония бромид в/м или в/в), холиноблокаторы (прифиния бромид в/м или в/в). Болевой приступ, как правило, непродолжителен и легко купируется спазмолитическими средствами. Планово рекомендуется назначение седативных средств (валерианы), холеретиков (оксафенамида, цветков бессмертника песчаного, конвафлавина и др.). При резко выраженном болевом синдроме необходима консультация у хирурга.

Острый холецистит

Острый холецистит встречается у детей относительно редко. Заболевание начинается остро с резкого повышения температуры тела до высоких цифр и появления интенсивной приступообразной боли в животе, усиливающейся в горизонтальном положении больного, особенно на правом боку. Вскоре присоединяется тошнота, реже рвота (иногда с примесью желчи), которая не приносит облегчения. Быстро развиваются признаки интоксикации: озноб, головная боль, резкое беспокойство, кожная гиперестезия; кожа и слизистые оболочки становятся сухими, язык обложен белым или желтоватым налетом; в тяжелых случаях могут наблюдаться судороги, обморочное состояние.

При осмотре живота отмечается отставание верхних правых отделов в акте дыхания. Пальпация определяет защитное напряжение мышц в области правого подреберья, а иногда по всему животу. Выявлена резкая болезненность в правой подреберной области, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене.

Дальнейшее течение острого холецистита зависит от характера морфологических изменений желчного пузыря. Если процесс ограничивается катаральным воспалением, то постепенно развивается положительная динамика состояния больного: боль уменьшается и исчезает на протяжении нескольких дней, ликвидируются диспепсические явления, уменьшаются признаки интоксикации, нормализуется или снижается до субфебрильной температура тела. При пальпации живота сохраняется лишь небольшая ригидность мышц в области правого подреберья, определяются положительные пузырные симптомы, как правило, пальпируется увеличенная, уплотненная печень.

В случаях развития флегмонозного и гангренозного процессов и без того достаточно тяжелое состояние больного продолжает ухудшаться. Сохраняется высокая температура тела, нарастают явления интоксикации, отмечается повторная рвота. Правая половина живота значительно отстает в акте дыхания, пальпация области правого подреберья невозможна из-за резкого («доскообразного») защитного напряжения мышц. Нарастает нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и увеличение СОЭ, развивается картина острого живота. В этом случае нельзя медлить с хирургическим вмешательством. При наличии малейшего подозрения на развитие острого холецистита с первого дня необходимо назначение антибиотиков и консультация хирурга или госпитализация больного в хирургическое отделение.

Желчная (печеночная) колика

Желчная (печеночная) колика у детей в последние годы перестала быть редким состоянием, что связано со значительным увеличением случаев желчнокаменной болезни. Наиболее частая в детском возрасте — физико-химическая (или докамневая) стадия желчнокаменной болезни — своевременно диагностируется и адекватно лечится редко, что обуславливает выявление заболевания уже в периоде образования желчных камней, которые и служат причиной болевого приступа (желчной колики).

Характерно острое начало болевого приступа, обычно вечером или в первой половине ночи, после погрешности в диете, физической или эмоциональной нагрузки, тряской езды, активных физических упражнений. Раздражение клапана пузырного протока не только вызывает спазм этих отделов, но и приводит к рефлексорному сокращению двенадцатиперстной кишки, сфинктера Одди. Вследствие этого появляется острая интенсивная боль в животе, которая у детей раннего возраста локализуется в области пупка, старшего — в правом подреберье и эпигастриальной области. Боль достигает максимума на протяжении нескольких минут и часто иррадирует в правое плечо, шею, под правую лопатку. Ребенок беспокоен, стонет. Одновременно отмечается тошнота и рвота (вследствие ретроперистальтики), которая не приносит облегчения. Живот напряжен, при пальпации отмечается разлитая болезненность, максимально выраженная в правом подреберье и эпигастриальной области. Глубокая пальпация этих отделов часто невозможна из-за резкого защитного напряжения мышц. Продолжительность болевого приступа составляет от нескольких минут до нескольких часов и зависит от дальнейшего прохождения

камня. Возможны три варианта исхода попадания камня в пузырный проток: камень благополучно проходит общий желчный проток и выделяется через кишечник; попадает назад в желчный пузырь; закупоривает проток желчного пузыря.

В случае закупорки протока застойная желчь выше места образовавшейся преграды раздражает слизистую оболочку желчного пузыря и обуславливает воспалительную экссудацию. Желчный пузырь увеличивается в объеме, стенки его истончаются. Желчные пигменты со временем всасываются, и желчный пузырь представляет собой большой соединительнотканый мешок, заполненный беловатой слизистой жидкостью — «белой желчью», то есть возникает водянка желчного пузыря. Содержимое может постепенно рассосаться, но при присоединении вторичной инфекции развивается острый холецистит. Иногда происходит перфорация желчного пузыря с развитием перитонита.

Если камень из пузырного протока попадает в общий желчный проток, в большинстве случаев он не задерживается и проходит в кишечник. Но у 10-15% больных камень может длительное время задерживаться в общем желчном протоке, причем клинические проявления зависят от места его расположения. Камень в супрадуоденальном отрезке желчного протока будет «немым», поскольку при таком его расположении не возникает закупорки и застоя — камень остается в желчи в состоянии зависания, особенно если проток расширен. Ущемление камней обычно происходит в конечном отрезке общего желчного протока. В таких случаях камень является причиной неполной закупорки желчного протока с развитием характерной клинической картины холелитиаза: колики, перемежающейся механической желтухи, повышения температуры тела, увеличения печени и болезненности при пальпации живота.

При развитии приступа колики парентерально вводят анальгетики и спазмолитики (возможно в комбинации).

Если желчная колика развивается на фоне хронического холецистита, с первого дня показано использование антибиотиков широкого спектра действия, создающих в желчи высокие концентрации (полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов II-III поколения, полусинтетических аминогликозидов).

Лечебные мероприятия проводятся на фоне строго постельного режима в условиях стационара. Диета должна быть строго ограниченной: в первые 12-24 ч — голодная пауза, затем противовоспалительный вариант диеты № 5 с ограничением общей энергетической ценности, соли, белка и жира. Прием пищи 6 раз в день, небольшими порциями в виде пюре. Тепловые и холодные процедуры детям в период колики не показаны.

Острый энтерит

Острый энтерит изолированно отмечается редко. В большинстве случаев поражение тонкой кишки сочетается с поражением желудка (гастроэнтеритом) или толстой кишки (энтероколитом). Эти состояния являются одной из наиболее частых причин вызова скорой медицинской помощи в силу острого начала и быстрого развития симптомов болезни.

Заболевание обычно имеет инфекционную природу, но может развиваться под воздействием аллергических механизмов или при чрезмерном употреблении в пищу грубой растительной клетчатки или продуктов, не соответствующих возрасту ребенка. Началу заболевания обычно предшествует короткий продромальный период: недомогание, повышение температуры тела, головная боль, анорексия, слабость.



Ю.В. Белоусов

Вскоре появляются приступообразные боли в животе, тошнота, иногда — рвота и частый кашицеобразный или водянистый стул, нередко с примесью слизи. По мере обезвоживания организма кожа ребенка становится бледной, язык сухим, глаза запавшими; живот обычно вздут, при пальпации отмечается урчание и болезненность по ходу кишечника. В тяжелых случаях как следствие обезвоживания может нарушаться сердечно-сосудистая деятельность, снижается артериальное давление, развиваются признаки тяжелого токсикоза с эксикозом.

Лечение на догоспитальном этапе начинают с промывания желудка 1-2% раствором соды, физиологическим раствором или теплой водой. Ставится очистительная клизма, на 4-6 часов назначается водочайная пауза с дополнительным введением жидкости и электролитов, по показаниям — внутривенно вводится изотонический раствор хлорида натрия, глюкозокалиевая смесь. При выраженной интоксикации, признаках сердечно-сосудистой недостаточности вводятся сердечные, кровезаменители. Больной госпитализируется в кишечное отделение инфекционного стационара.

Острый аппендицит

Острые кишечные расстройства следует прежде всего дифференцировать с состояниями, требующими неотложного хирургического вмешательства, в частности аппендицитом. При остром аппендиците боль обычно локализуется в правой подвздошной области, рвота носит однократный характер и обусловлена поражением брюшины, высокая температура отмечается редко, характерна тахикардия при нормальной температуре тела. Общее состояние больного нарушается менее значительно, более характерен запор. Большое диагностическое значение имеет симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга).

Острая кишечная непроходимость

При острой кишечной непроходимости (инвагинации) отмечаются сильные приступообразные боли в животе, рвота, но стул отсутствует, газы не отходят, исчезают кишечные шумы, определяются симптомы раздражения брюшины.

В заключение необходимо подчеркнуть, что особенностью неотложных состояний в педиатрии является необходимость точной диагностики в короткие временные сроки и, исходя из предполагаемого диагноза, быстрое определение врачебной тактики. Проблема неотложных состояний в детской гастроэнтерологии, являющейся одним из важнейших разделов педиатрии, определяется значительной распространенностью заболеваний пищеварительной системы у детей и разнообразием нозологических форм, которые могут обусловить грозные осложнения. Навыками своевременной диагностики неотложных состояний в детской гастроэнтерологии и принципами оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе должен владеть каждый врач-педиатр независимо от места работы и занимаемой должности.