

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра русского языка и социально-культурной адаптации

Зав. кафедрой д.с.н. Т.К.Фомина

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ АППЕНДИЦИТА
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Методическая разработка для иностранных студентов
6 курса (АО)
(1 семестр)

Количество часов – 6

Тема: **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Цель: развитие навыков монологической речи на материале текста по специальности.

I. Предтекстовые упражнения

Задание 1. Прочитайте термины и терминологические словосочетания вслух. Следите за ударением.

Подвздошная область, гангренозно-перфоративный аппендицит, гиперлейкоцитоз, интеркуррентное заболевание, абдоминальный синдром, иррадиация нервных импульсов, корень брыжейки, симптом Щеткина-Блюмберга, инфильтрат, инвагинация, копростаз, электромиография, биопотенциальный выпот, тепловидение, термоасимметрия, лапароскопия.

Задание 2. Обратите внимание на лексическое значение следующих терминов и терминологических словосочетаний. Незнакомые термины запишите.

- | | | |
|---|---|---|
| <i>Интеркуррентный</i> | - | привходящий, случайный, осложняющий течение другой (основной) болезни. |
| <i>Абдоминальный (болевого синдром)</i> | - | острые рецидивирующие или хронические боли в животе, чаще всего после операций. |
| <i>Перфорация</i> | - | возникновение сквозного дефекта в стенке полого органа. |
| <i>Брыжейка</i> | - | складка брюшины, с помощью которой внутренние органы живота прикрепляются к стенкам брюшной полости. |
| <i>Инвагинация</i> | - | 1) впячивание пласта клеток при формообразовательном (морфологическом) процессе;
2) вид острой кишечной непроходимости с внедрением одного отрезка кишки в другой. |
| <i>Отдифференцировать</i> | - | отделить частное при рассмотрении, изучении чего-нибудь. |

<i>Копростаз</i>	- застой кала в толстой кишке.
<i>Электромикрография</i>	- графическая регистрация биопотенциалов в скелетных мышцах.
<i>Деструкция</i>	- разрушение тканевых, клеточных и субклеточных структур.
<i>Выпот</i>	- скопление жидкости (экссудата или трансудата) в серозной области.
<i>Лапароскопия</i>	- осмотр органов брюшной полости с помощью эндоскопов, вводимых через прокол в брюшной стенке.

Задание 3. Проверьте, знаете ли вы значение следующих слов и словосочетаний.

<i>Прямой (указание)</i>	- (здесь) непосредственно направленный на что-нибудь, без промежуточных ступеней.
<i>Судить</i>	- (здесь) составлять, высказывать какое-нибудь мнение, суждение.
<i>Вялый</i>	- лишённый бодрости, энергии.
<i>Капризный (ребёнок)</i>	- требующий постоянного исполнения своих желаний.
<i>Нарастание (боли)</i>	- увеличение.
<i>Недостаточный (развитие)</i>	- неполный, неудовлетворительный.
<i>Склонность</i>	- расположение к чему-нибудь.
<i>Беспокойство</i>	- тревожное состояние.
<i>Динамика нарастания</i>	- изменения в сторону увеличения.
<i>Снимать психоэмоциональные реакции.</i>	- убирать, удалять.

Поглаживание - легко проводить рукой по чему-нибудь.
(от гл. гладить)

Тщательный - старательный.
Позволяющий - дающий возможность.

Задание 4. Подберите синонимы или синонимичные выражения к следующим словам.

Присущий, ведущий (значение), недостаточный (развитие), тщательный, позволяющий, мягкий (движение).

Задание 5. От данных глаголов образуйте отглагольные существительные.

Преобладать, иметь, судить, значить, связывать, являться, относиться, повышаться, достигать, наблюдать, локализоваться, представлять, обнаружить, определить, обследовать, выявлять, появляться, проводить, обнаруживать, распространяться, регистрировать, соответствовать.

Задание 6. От глаголов, данных в скобках в форме инфинитива, образуйте деепричастия.

1. Обследовать живот необходимо не спеша, мягкими движениями тёплой руки, вначале еле (касаться) брюшной стенки, а потом постепенно (увеличивать) давление.
2. При этом пальпацию необходимо проводить с заведомо здорового места, т.е. с левой подвздошной области, (переходить) к правой подвздошной по ходу толстой кишки.
3. При положительном симптоме Щеткина-Блюмберга ребёнок или просыпается, или болезненно реагирует, (продолжать) спать.
4. (Учитывать) быструю динамику нарастания воспалительных изменений в брюшной полости у детей раннего возраста, столь длительное выжидание является особенно нежелательным.

II. Притекстовые упражнения

Задание. Прочитайте текст. выделите основные его смысловые части, запишите их.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Клинические проявления острого аппендицита у детей первых лет жизни имеют ряд особенностей. Они обусловлены в первую очередь тем, что в клинической картине преобладают общие симптомы, присущие многим заболеваниям этого возраста. Если у детей старшего возраста ведущее значение имеют жалобы на боли в правой подвздошной области, то у детей первых лет жизни прямых указаний на боли нет и судить о наличии этого симптома можно лишь по ряду косвенных признаков. Наиболее важным из них является изменение поведения ребёнка. В 75% случаев родителями отмечено, что ребёнок становится вялым, капризным, малоактивным. Беспокойное поведение больного следует связывать с нарастанием боли. Непрерывность боли ведёт к нарушению сна, что является характерной особенностью заболевания у детей младшего возраста и отмечается почти у 60% больных.

Довольно постоянным симптомом является рвота (75%). Для детей раннего возраста характерна многократная (3-5 раз) рвота, что относится к особенностям течения аппендицита в этом возрасте. Повышение температуры при остром аппендиците у детей до 3 лет отмечается почти всегда (95%). Нередко температура достигает 38-39°C. Постоянное наличие этих симптомов у маленьких детей в начале заболевания объясняется недифференцированностью реакции центральной нервной системы ребёнка на локализацию и степень воспалительного процесса. Более чем в 10 % случаев отмечается жидкий стул. Расстройство стула наблюдается при гангренозно-перфоративном аппендиците. Обычное явление – гиперлейкоцитоз.

Жалобы на боль в правой подвздошной области у детей в этом возрасте почти не встречаются. Обычно боль локализуется вокруг пупка, как и при любом интелкуррентном заболевании, протекающем с абдоминальным синдромом. Такая локализация связана с рядом анатомо-физиологических особенностей: неспособностью точно локализовать место наибольшей болезненности вследствие недостаточного развития корковых процессов и склонности к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки; важную роль играет быстрое развитие воспаления лимфатических узлов брыжейки и корня её.

Диагностика заболевания в этом возрасте представляет значительные сложности. 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. Они обусловлены возрастными особенностями психики и в первую очередь

двигательным возбуждением и беспокойством при осмотре. В этих случаях почти невозможно определить локальную болезненность и отдифференцировать активное мышечное напряжение от пассивного.

Поскольку эти симптомы являются наиболее важными, а у маленьких детей нередко и единственными, указывающими на локализацию патологического процесса, особое значение следует придавать способам их выявления. Определённую роль играет умение найти контакт с маленьким ребёнком. Это касается детей, которые уже начинают говорить. Обследованию ребёнка предшествуют беседы, доступные его пониманию. Ребёнок при этом успокаивается и появляется возможность его обследования. Необходимо подчеркнуть, что важное значение имеет и сама методика пальпации передней брюшной стенки. Обследовать живот необходимо не спеша, мягкими движениями тёплой руки, вначале еле касаясь брюшной стенки, а потом постепенно увеличивая давление. При этом пальпацию необходимо проводить с заведомо здорового места, т.е. с левой подвздошной области, переходя к правой подвздошной по ходу толстой кишки.

Для обнаружения местных симптомов при остром аппендиците у детей предложены методы обследования (одновременная сравнительная пальпация в обеих подвздошных областях, глубокая пальпация на вдохе и т.д.).

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 ребёнка часто требуется много времени. Учитывая быструю динамику нарастания воспалительных изменений в брюшной полости у детей раннего возраста, столь длительное выжидание является особенно нежелательным.

В этой ситуации, особенно у беспокойных детей, оправдан метод осмотра детей в состоянии медикаментозного сна.

Методика сводится к следующему: после очистительной клизмы в прямую кишку с помощью катетера (примерно на расстояние 10-15 см) шприцем вводят 3% раствор хлоралгидрита, подогретый до температуры тела. Дозировка в зависимости от возраста следующая:

до 1 года – 10-15 мл; от 1 года до 2 лет – 15-20 мл; от 2 до 3 лет – 20-25 мл. Через 10-15 мин после введения хлоралгидрита наступает сон и можно приступить к обследованию живота. При этом сохраняются пассивное напряжение передней брюшной стенки и локальная болезненность, симптомы хорошо выявляются, поскольку исчезает двигательное возбуждение, снимаются психоэмоциональные реакции и активное напряжение мышц.

Исследование больного во время медикаментозного сна не оказывает заметного влияния на важнейшие системы организма (сердечно-сосудистую, дыхательную, выделительную), не вызывает побочных токсических реакций. Поэтому данный метод практически не имеет противопоказаний. Мы произвольно вызываем достаточно глубокий сон и тем самым создаём оптимальные условия для исследования.

Определение симптома Щеткина-Блюмберга во время естественного или медикаментозного сна проводится после тщательной пальпации брюшной стенки в заключении обследования. При положительном симптоме Щеткина-Блюмберга ребёнок или просыпается, или болезненно реагирует, продолжая спать. Определённое диагностическое значение имеют другие методы, позволяющие установить раздражение брюшины: перкуссия живота, поглаживание через рубашку.

Ректальное пальцевое исследование в младшем возрасте даёт меньше диагностической информации и вносит ясность при наличии инфильтрата, который в этом возрасте встречается относительно редко. Тем не менее пальцевое исследование *per rectum* необходимо проводить всем детям раннего возраста, так как во многих случаях помогает отдифференцировать ряд других заболеваний (инвагинация, копростаз, кишечная инфекция и др.).

При аппендиците у детей младшего возраста чаще всего отмечается лейкоцитоз в пределах 15 000-20 000. Нередко наблюдаются и явления гиперлейкоцитоза (свыше 20 000).

Для выявления и объективной оценки важнейшего симптома острого аппендицита – защитного мышечного напряжения применяется метод электромиографии передней брюшной стенки. Биопотенциалы мышц отводят кожейными электродами, закреплёнными в правой и левой подвздошных областях. Регистрация электромиограммы проводится в покое и при пальпации живота.

Электромиография у детей с неструктивными формами аппендицита не отличается от здоровых. При деструктивных формах без явлений перитонита отмечается повышение уровня биопотенциалов в правой подвздошной области в ответ на пальпацию.

У детей с деструктивными формами аппендицита при наличии выпота в брюшной полости в целом ЭМГ соответствует таковой в предыдущей группе, но при пальпации слева отмечается увеличение уровня биоэлектрической активности. При местном перитоните биоэлектрическая активность справа имеется и в покое. При разлитом перитоните биопотенциалы повышаются в покое как в правой, так и в левой подвздошных областях.

Другим объективным методом диагностики острого аппендицита у детей служит теповидение. Количественно в большинстве случаев отмечается положительная термоасимметрия подвздошных областей при

остром аппендиците. Однако этот метод находится в стадии клинического изучения.

Во многих случаях, особенно при недостаточно чёткой клинической картине и при наличии сопутствующего заболевания диагноз аппендицита можно установить с помощью лапароскопии.

III. Послетекстовые упражнения

Задание 1. Восстановите грамматическую форму терминологических словосочетаний, открыв скобки и употребив (где это необходимо) предлоги.

1. Клинические проявления ... (острый аппендицит).
2. Нарастание ... (боль).
3. Повышение температуры ... (острый аппендицит).
4. Место ... (наибольшая болезненность).
5. Обусловлены ... (возрастные особенности).
6. Определить ... (локальная болезненность).
7. Пальпация ... (правая подвздошная область).
8. Раздражение ... (брюшина).
9. Регистрация ... (электромиограмма) проводится ... (пальпация живота)
10. Наличие ... (соответствующее заболевание).
11. Приступать .. (обследование живота).
12. Состояние .. (медикаментозный сон).
13. Дозировка в зависимости ... (возраст).
14. Установить диагноз (лапароскопия).

Задание 2. Задайте друг другу вопросы по содержанию текста.

Задание 3. Внимательно прочитайте первый абзац текста и выберите правильный ответ.

Характерной особенностью острого аппендицита у детей младшего возраста является:

- а) боль в правой подвздошной области;
- б) нарушение сна.

Задание 4. Выделите симптомы заболевания и оформите жалобы больного. Проверьте себя по ключу.

Задание 5. Используя информацию пятого абзаца, расскажите об особенностях обследования маленького ребёнка.

Задание 6. Назовите и запишите методы обследования, которые используют для обнаружения местных симптомов при остром аппендиците.

Задание 7. Опираясь на текст, расскажите о каждом методе.

Задание 8. Соотнесите метод и целесообразность его использования.

Исследование больного во время медикаментозного сна	возможность отдифференцировать ряд других заболеваний
Ректальное пальцевое исследование	лёгкая выявляемость симптомов
Электромиография	при наличии сопутствующего заболевания
Тепловидение	выявление и объективная оценка важнейшего симптома
Лапароксия	стадия клинического изучения

Задание 9. Подготовьте диалоги врача с родителями больного ребёнка.

Ключ к заданию 4.

1. Боли в правой подвздошной области.
2. Пассивное мышечное напряжение.
3. Рвота (75%).
4. Повышение температуры до 38-39°C (95%).
5. Жидкий стул (10%).
6. Нарушение сна (60%).
7. Гиперлейкоцитоз.