

Практикум 1.8. Острые инфекции респираторного тракта у детей. Пневмонии у детей

В данном разделе рассматриваются вопросы подходов к диагностике и тактике ведения детей с респираторно-вирусными инфекциями, а также пневмониями. Отдельный подраздел посвящен особенностям новой коронавирусной инфекции у детей.

Острые инфекции респираторного тракта у детей

Этиология и патогенез.

ОРВИ вызываются разнообразными вирусами, относящимися к различным родам и семействам (95 %). Их объединяет выраженное сродство к клеткам эпителия, выстилающего дыхательные пути. ОРВИ могут вызывать различные типы вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусы, риновирусы, 2 серовара респираторно-синцитиального вируса, реовирусы. В подавляющем большинстве (за исключением аденовирусов) возбудители относятся к РНК-содержащим вирусам. Практически все возбудители (кроме рео- и аденовирусов) нестойки в окружающей среде, быстро погибают при высушивании, действии ультрафиолетового света, дезинфицирующих средств. Иногда ОРВИ могут вызывать вирусы Коксаки и ЕСНО.

Источником ОРВИ является больной человек. Наибольшую опасность представляют больные на первой неделе клинических проявлений. Распространение вирусов происходит:

- путем самоинкуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие);
- с зараженных вирусом поверхностей (риновирус сохраняется на них до суток);
- воздушно-капельным путем – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус;
- при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным.

Естественная восприимчивость людей к респираторным вирусам высока, а особенности в детском возрасте. Иммуитет после перенесенной инфекции стойкий, кратковременный и типоспецифический.

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят в среднем 6–8 эпизодов ОРВИ в год, в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1–2-м году посещения – на 10–15 % выше, чем у неорганизованных детей, однако в школе последние болеют чаще. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль–март. Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3–5 раз.

Классификация ОРВИ.

По этиологии: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция, риновирусная инфекция, реовирусная инфекция, парвовирусная инфекция и др.

По тилу: типичные, атипичные (стертая или бессимптомная форма).

По тяжести: легкая (включая стертые и субклинические формы), среднетяжелая, тяжелая, гипертоксическая (только при гриппе).

Критерии тяжести: выраженность синдрома интоксикации, выраженность местных проявлений.

По течению: гладкое (без осложнений); негладкое: с возникновением вирусно-ассоциированных (энцефалит, серозный менингит, невриты, полирадикулоневриты и др.) и бактериальных осложнений (пневмония, гнойно-некротический трахеобронхит, отит и др.).

Инкубационный период большинства вирусных болезней — от 2 до 7 дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 нед.

Вирусные инфекции характеризуются развитием катарального воспаления. Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего действия вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в том числе интерлейкин 8 (IL-8), количество которого коррелирует как со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий, так и выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в ней может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т. е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно.

Жалобы, анамнез. Пациент или родители (законные представители) могут пожаловаться на остро возникший ринит и/или кашель, и/или гиперемию конъюнктивы (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, фарингита. Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5–38,0 °С). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной или энтеровирусной инфекциям. Повышенная температура у 82 % больных снижается на 2–3-й день болезни; более длительно (до 5–7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции. Нарастание уровня лихорадки в течение болезни, симптомы бактериальной интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

Симптомы ОРВИ проявляются в виде характерных синдромов:

- *синдром интоксикации* (повышение температуры, озноб, общая слабость, мышечная и суставная боль);
- *катаральный синдром* (кашель, насморк, чихание, нарушение носового дыхания, иногда конъюнктивит);
- *лимфопролиферативный синдром* (лимфаденопатия, гепатомегалия).

О поражении горла, миндалин и нижних отделов дыхательных путей свидетельствуют следующие признаки ОРВИ: ощущение сухости и першения в гортани, болезненность при глотании, отечность и гиперемия миндалин, язычка и небных дужек, рыхлые наложения в лакунах, осиплость голоса и сухой лающий кашель, саднение за грудиной и др. Симптомом, позволяющим диагностировать ларингит, является осиплость голоса. При этом нет затруднения дыхания, других признаков стеноза гортани. Ларингиту, ларинготрахеиту свойственны грубый кашель, осиплость голоса. При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим больного. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита) явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет.

Для **назофарингита** как основного проявления ОРВИ характерны жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое у детей, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель. При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) появляются пощелкивание, шум и боль в ушах, может снизиться слух.

При фарингите отмечаются гиперемия и отечность задней стенки глотки, ее зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит). фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем, который не поддается лечению бронходилататорами, муколитиками, ингаляционными глюкокортикостероидами.

Возрастные особенности течения назофарингита у грудных детей — лихорадка, отделяемое из носовых ходов, иногда — беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. У старших детей типичными проявлениями являются симптомы ринита (пик на 3-й день, длительность до 6–7 дней), у $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ больных — чихание и/или кашель (пик в 1-й день, средняя длительность — 6–8 дней), реже — головная боль (20 % в 1-й и 15 % — до 4-го дня).

В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10–14 дней.

Физикальное обследование ребенка при ОРВИ. Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота.

Лабораторная диагностика.

- Клинический анализ крови. В крови в первый день заболевания чаще умеренный лейкоцитоз, далее умеренная лейкопения и лимфоцитоз.

- Экспресс-диагностика — обнаружение специфических антигенов в цилиндрическом эпителии из полости носа и ротоглотки методом иммунофлюоресценции с помощью иммунных сывороток к наиболее часто встречающимся серотипам вируса.

- Иммуноферментный анализ.

- Серологические исследования: РНГА, РН, РСК и др. Диагностическим признаком является нарастание титров специфических антител при исследовании парных сывороток, взятых с интервалом в 10–14 дней 4 раза и более.

- Вирусологический метод — выделение вируса на культуре клеток. Материал — смыв из носа в первые 5 сут от начала заболевания.

По показаниям: биохимический анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости, бактериологическое исследование слизи из ротоглотки, крови, мочи, ликвора и др.

Обследование больного с ОРВИ имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

Не рекомендуется *рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов*, так как это не влияет на выбор лечения, исключение составляют экспресс-тест на грипп у высоколихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит.

- Клинический анализ мочи (в том числе с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях) рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений.

- Клинический анализ крови *рекомендован к проведению* при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой.

- Определение уровня С-реактивного белка рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38 °С), особенно при отсутствии видимого очага инфекции.

- Рекомендовано всем пациентам с симптомами ОРВИ проводить отоскопию.
- Рентгенография органов грудной клетки не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ.

Показания для рентгенографии органов грудной клетки при ОРВИ:

- появление физикальных симптомов пневмонии (см. Федеральные клинические рекомендации по ведению пневмонии у детей);

- снижение SpO₂ менее 95 % при дыхании комнатным воздухом;

- наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации: ребенок вялый и сонливый, недоступен главному контакту, резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия;

- высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в общем анализе крови лейкоцитов более $15 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с нейтрофилием более $10 \times 10^9/\text{л}$, уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

Выявление на рентгенограмме легких усиления бронхо-сосудистого рисунка, расширение тени корней легких, повышения воздушности недостаточно для установления диагноза «пневмония» и не являются показанием для антибактериальной терапии.

Рентгенография околоносовых пазух не рекомендована пациентам с острым назофарингитом в первые 10–12 дней болезни.

Осложнения ОРВИ.

ОРВИ могут осложняться в любом периоде заболевания. Осложнения могут носить как вирусный характер, так и возникать в результате присоединения бактериальной инфекции. Существует риск развития острого среднего отита на фоне течения назофарингита, особенно у детей раннего возраста, обычно на 2–5-е сутки болезни. Его частота может достигать 20–40 %, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии. Возможно развитие пневмонии (на фоне гриппа частота вирусной и бактериальной, обусловленной *Streptococcus pneumoniae*, пневмонии может достигать 12 % среди заболевших вирусной инфекцией детей), бронхита, бронхоолита. К распространенным осложнениям также относятся гайморит, синусит, фронтит. Сохранение заложенности носа дольше 10–14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может указывать на развитие бактериального синусита. Могут возникать воспаление мозговых оболочек (менингит, менингоэнцефалит), различного рода невриты (часто – неврит лицевого нерва). У детей, зачастую в раннем возрасте, довольно опасным осложнением может стать ложный круп (острый стеноз гортани), могущий привести к смерти от асфиксии.

При высокой интоксикации (в частности, характерно для гриппа) есть вероятность развития судорог, менингеальной симптоматики, нарушений сердечного ритма, иногда – миокардитов. Кроме того, ОРВИ у детей различного возраста могут осложняться холангитами, панкреатитом, инфекциями мочеполовой системы, септикопиемией (бактериемия осложняет течение ОРВИ в среднем в 1 % случаев).

при РС-вирусной инфекции и в 6,5 % случаев при энтеровирусных инфекциях). Кроме того, респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевыводящих путей.

Наиболее часто встречающиеся осложнения при ОРВИ различной этиологии:

Грипп.

- Пневмония (чаще стафилококковая, склонная к тяжелому течению, абсцедированию, развитию плевритов, медиастенитов), бронхит, отит, ангина, синуситы.
- Пиелонефрит, пиелостазит.
- Миокардит.
- Наиболее грозные осложнения — отек легкого и отек мозга.
- Осложнения отягощают прогноз болезни и нередко служат причиной смерти больных.

Парагрипп.

- Стенозирующие ларинготрахеиты (у детей раннего возраста), обструктивные бронхиты. Бронхит, бронхиолит, пневмония, отит.

Респираторно-синцитиальная инфекция.

- Облитерирующий бронхиолит. Пневмонии.
- Ангина, синусит, отит, евстахиит.

Аденовирусная инфекция.

- Пневмонии, отиты, синуситы.
- Обострение хронических заболеваний.

Риновирусная инфекция.

- Синуситы, отит, бронхиты, пневмония.
- Обуславливает возникновение хронической патологии ЛОР-органов.

Реовирусная инфекция (у детей раннего возраста).

- Серозный менингит, миокардит, отит, пневмония, лимфаденит и др.

Лечение.

ОРВИ — наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств.

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом-педиатром.

Ограничение двигательной активности (постельный режим) рекомендовано для нормализации температуры тела. Необходимы частые проветривания помещения, где находится больной, кварцевание, влажная уборка.

Молочно-растительная, обогащенная витаминами диета, механически, химически и термически щадящая. Ограничение поваренной соли.

Обильное питье (в 1,5–2 раза больше, чем по возрастным нормам) в виде клюквенного или брусничного морса, настоя шиповника, компотов из фруктов, сухофруктов, щелочных минеральных вод, молока с медом, чая с лимоном, малиной, липовым цветом, мятой, ромашкой. Соки, желательно разведенные водой, неконцентрированные, без мякоти, без экзотических фруктов. Жидкость дается дробно, небольшими порциями, с минимальным содержанием сахара.

Практикум 2.5. «Острый живот» в практике педиатра

Оценка состояния ребенка с острой болью в животе требует от педиатра максимальной внимательности и значительных навыков. Известно, что врач может поставить только тот диагноз, о котором подумал. Отсутствие знаний о возможных причинах болей в животе у ребенка (особенно раннего возраста) может привести к неправильно поставленному диагнозу. В случае хирургической причины болевого абдоминального синдрома у ребенка это может привести к задержке госпитализации в хирургический стационар и, как следствие, к поздней операции и развитию осложнений, вплоть до летального исхода.

Ежедневно большое количество детей обращаются к педиатру с болями в животе. Главная задача педиатра состоит в том, чтобы отделить тех детей, которым необходимо оперативное лечение, от тех, которые могут лечиться консервативно. В связи с этим считаем целесообразным представить основные варианты течения хирургических состояний, требующих госпитализации.

Дифференциальная диагностика острой боли в животе у детей проводится с широким спектром состояний и включает в первую очередь острые хирургические заболевания: острый аппендицит, острую кишечную инвагинацию, спечную кишечную непроходимость, перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, перекрут кисты яичника. Имитировать боли в животе может острая патология яичек и ущемление паховой грыжи. Эти состояния необходимо дифференцировать от болей в животе при острых соматических и инфекционных заболеваниях. Почти у половины детей, госпитализированных в больницу с синдромом «острого живота», боль проходит самостоятельно, и причина так и остается неизвестной. У маленьких детей легко недооценить клинические признаки болей в животе, в первую очередь в связи с тем, что они не могут рассказать о причинах своего нездоровья. У всех детей, оперированных на органах брюшной полости, необходимо думать о спаечной кишечной непроходимости и госпитализировать их.

Французский хирург Анри Мондор почти век назад (1939) писал: «Чем агрессивнее, беспокойнее ведет себя ребенок, чем он настойчивее отталкивает от себя доктора и чем больше он кричит, тем настойчивее надо быть доктору, собрать свои докторские и человеческие способности, чтобы выяснить причину такого беспокойного поведения маленького пациента. Без причины дети плачут и отталкивают взрослых очень редко». Именно с такой ответственностью сталкивается в первую очередь педиатр при обращении к нему ребенка с болями в животе.

Острая кишечная инвагинация — одна из наиболее частых причин неотложной хирургической помощи в первые 2 года жизни. Пик заболеваемости приходится на возраст 5–7 мес., а у 70 % пациентов — в возрасте от 3 до 12 мес. При инвагинации один сегмент кишечника проходит внутрь дистального отдела (рис. 98), вследствие этого возникает кишечная непроходимость. Самый частый симптом инвагинации — боль (85 %). Обычно инвагинация начинается с колющеобразной боли, длящейся 2–3 мин, во время которой ребенок кричит и подтягивает колени. Приступы болей в животе возникают с интервалом 15–20 мин. Ребенок периодически становится бледным и вялым между приступами. Примерно через 12 ч боль становится более постоянной. Почти всегда возникает рвота, обычно рефлекторного характера, один или два раза в первые часы, а затем снова уже вследствие развития кишечной непроходимости.

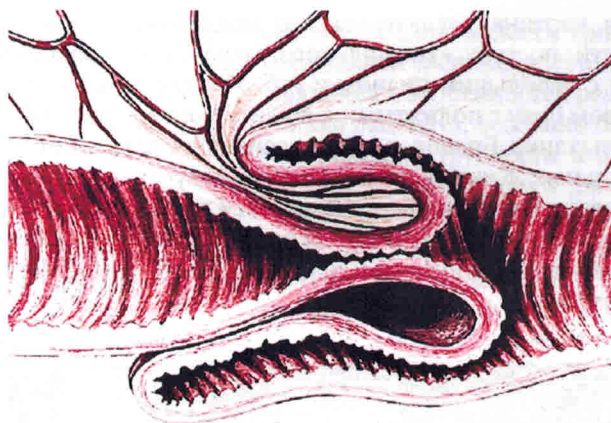


Рис. 98. Схематическое изображение кишечной инвагинации

Дети с инвагинацией выглядят бледными и вялыми, за исключением моментов, когда их одолевает приступ сильной боли. Образование (иногда описываемое как «колбасообразное») пальпируется более чем у половины детей и обычно обнаруживается в правом подреберье, хотя оно может находиться в разных отделах. Но следует помнить, что пальпация инвагината чаще всего возможна только на ранней стадии заболевания, прежде чем вследствие вздутия живота и нарастающей болезненности глубокая пальпация живота станет невозможной.

Нормальный или жидкий стул часто проходит вскоре после появления симптомов, и любая диарея бывает небольшого объема и непродолжительна. Примерно у половины пациентов выделяется стул, содержащий кровь и слизь («малиновое желе»), образовавшийся в результате диapedеза эритроцитов в кишечную слизь через скопившуюся слизистую оболочку инвагинации.

Если диагноз поставлен поздно, ребенок будет обезвоженным, вялым и иметь лихорадку, вздутие живота и болезненность по всему животу — признаки перитонита. Это поздние признаки, и диагноз должен быть установлен до их появления.

В стационаре при подозрении на острую кишечную инвагинацию выполняется обзорная рентгенограмма органов брюшной полости, на которой может не быть никаких специфических признаков, но зачастую видна тень инвагината, а также уровни вследствие развития кишечной непроходимости, пневматизация толстой кишки обычно снижена. Ультразвуковая диагностика обычно определяет инвагинат, если его не перекрывают перераздутые петли кишечника.

Лечение острой кишечной инвагинации у детей первого года жизни при сроках заболевания меньше суток и отсутствии признаков перитонита — с помощью пневмоирригографии. У более старших детей или более длительных сроках заболевания лечение только хирургическое, в последние годы во многих клиниках оперативное вмешательство осуществляется лапароскопическим доступом.

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки — встречается чаще всего в подростковом возрасте у мальчиков, но может встречаться и в более младшем возрасте. Часто в анамнезе отсутствуют указания на наличие язвенной болезни, или язвенный анамнез непродолжительный. По локализации встречаются язвы желудка (малой кривизны, передней или задней стенки, кардинальные, пилорические) и двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина характеризуется внезапной резкой болью в эпигастриальной области, по типу «кинжального удара». Возможна рвота, отмечается бледность кожи с небольшим цианозом губ. У части детей — вынужденное положение на правом боку с поджатыми к животу ногами (рис. 99). Холодный пот. Поверхностное дыхание. Брадикардия, артериальное давление снижено, температура тела нормальная. Живот в дыхании не участвует, втянут. Пальпация и перкуссия живота резко болезненны, определяется выраженное напряжение мышц («доскообразный живот»), симптом Щеткина — Блюмберга положительный. При перкуссии отмечается исчезновение или уменьшение печеночной тупости — патномоничный симптом.



Рис. 99. Вынужденное положение в кровати при выраженном абдоминальном болевом синдроме

Лечение перфоративной язвы — только хирургическое ушивание язвенного дефекта, и задержка с госпитализацией приведет к развитию осложнений вплоть до летального исхода. В последние годы во многих клиниках оперативное вмешательство осуществляется лапароскопическим доступом.

Острый аппендицит — самое распространенное воспалительное хирургическое заболевание брюшной полости, с первичной диагностикой которого сталкивается, как правило, именно педиатр.

Острый аппендицит наблюдается преимущественно в возрасте после 7 лет. Причину редкой заболеваемости аппендицитом детей младшего возраста объясняют как отсутствием застоя кишечного содержимого в червеобразном отростке вследствие особенностей его анатомического строения и расположения, так и недоразвитием фолликулярного и нервного аппаратов червеобразного отростка.

Наиболее распространена чисто гистологическая классификация острого аппендицита: катаральный, флегмонозный, гангренозный. При двух последних может наблюдаться перфорация отростка. Эта классификация чрезвычайно проста для применения практически всеми врачами. Однако дифференцирование различных форм острого аппендицита до операции на основании клинических данных невозможно и не имеет никакого практического смысла.

Клиническая картина острого аппендицита. Разнообразие клинических проявлений острого аппендицита в первую очередь зависит от расположения отростка

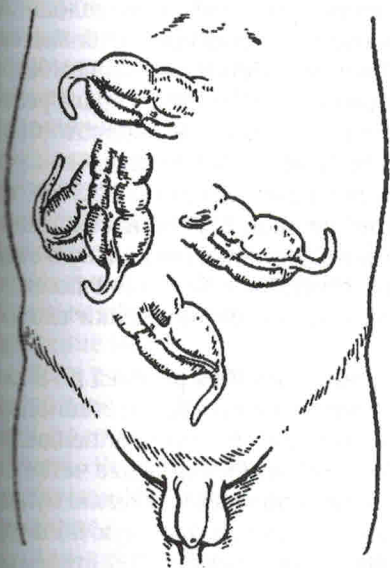


Рис. 100. Варианты расположения аппендикулярного отростка в брюшной полости (по: Г. А. Баиров)

редко и, как правило, является случайной находкой при операциях по поводу перитонита.

Клиническая картина острого аппендицита у детей ясельного возраста чаще всего развивается бурно, среди полного здоровья; ребенок становится беспокойным, капризным, отказывается от еды, температура тела повышается до 38–39 °С. Возникает многократная рвота. Ранее активные дети становятся вялыми, боятся двигаться, не встают на ноги. Нередко наблюдаются дизурические расстройства в жидкий стул, частота которого нарастает по мере развития перитонита, может отходить обычный неизменный стул. В кале иногда определяются патологические примеси (слизь, прожилки крови).

Исследование живота у детей до 3 лет затруднено: они плачут, отталкивают руки хирурга, сопротивляются. При осмотре таких детей следует быть очень внимательным, чтобы не принять резкую боль в животе за «капризы». Врач должен постараться войти с ребенком в контакт или отвлечь его внимание. Пальпацию живота следует производить теплыми руками, нежно, предварительно успокоив ребенка. Грудным детям для этого дают соску. Самый ценный и постоянный симптом — защитное напряжение мышц передней брюшной стенки — у детей этой возрастной группы уловить чрезвычайно сложно вследствие их беспокойства при осмотре. Иногда можно провести осмотр ребенка во сне, а если это не удастся, живот пальпируется сзади обеими руками, в то время как мать прижимает ребенка к себе спереди. Реакцию маленького ребенка на пальпацию брюшной стенки обычно выявить трудно, но при внимательном осмотре живота можно отметить, что крик значительно усиливается при ощупывании правой подвздошной области, в то время как при пальпации других частей живота он остается монотонным.

ка в брюшной полости (рис. 100), а также от степени выраженности воспалительного процесса и особенностей реактивности организма пациента, особенно болевого порога.

Большие трудности в диагностике возникают в группе детей до 3 лет (особенно в грудном возрасте), симптомы заболевания которых резко отличаются от проявлений острого аппендицита у более старших пациентов. Поэтому мы рассмотрим клиническую картину заболевания отдельно для основных возрастных групп: у детей до 3 лет и в более старшей возрастной группе. Кроме того, выделим атипичные и осложненные формы острого аппендицита, которые также трудны для распознавания и обладают своеобразными специфическими признаками.

Клиническая картина у детей младше 3 лет. В этой возрастной группе клинические проявления острого аппендицита очень своеобразны, соответственно диагностика его чрезвычайно затруднена.

У новорожденных воспаление червеобразного отростка возникает чрезвычайно

Кроме того, нередко удается отметить, что при пальпации правой подвздошной области ребенок отталкивает руку врача, подтягивает правую ногу, извивается, садится в кровати, сопротивляется осмотру. Симптом Щеткина — Блюмберга у детей раннего возраста сомнителен, но иногда при его определении справа ребенок вздрагивает и начинает особенно громко плакать. Результаты лабораторных исследований у детей младшего возраста имеют лишь вспомогательное значение для диагностики. Трудность диагностики острого аппендицита у детей до 3 лет зависит не только от затруднений при осмотре и повышенной реактивности ребенка, но и от атипичного расположения червеобразного отростка, поскольку в этой возрастной группе анатомическое расположение отростка в брюшной полости непостоянно и особенно вариабельно вследствие подвижной брыжейки слепой кишки (см. рис. 100).

Поэтому любое подозрение на болевой синдром в животе у ребенка до 3 лет является показанием для экстренной госпитализации в хирургический стационар.

Клиническая картина у детей старше 3 лет. У таких детей острый аппендицит обычно начинается постепенно. Чем старше ребенок, тем обычно более четко он рассказывает о начале болевого синдрома в надчревной области или около пупка, а затем о его перемещении через несколько часов в правую подвздошную область. Обычно боль носит постоянный ноющий характер с индивидуальной степенью выраженности. Некоторые дети плачут совсем не из-за резких болей, а другим, боясь операции, скрывают их наличие. Кроме того, врачу приходится учитывать и косвенные проявления боли — как спал ребенок, каково было его поведение в течение дня, и другие изменения привычного образа жизни. При выраженных воспалительных явлениях в червеобразном отростке дети становятся менее подвижными, отказываются от прогулок, спят беспокойно, стонут во сне, часто присыпаются.

Рвота и тошнота наблюдаются часто, но преимущественно в первые часы болевого синдрома и однократно. Нередко дети отказываются от еды. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Стул обычно не изменен, у ряда детей наблюдается задержка стула, у некоторых — жидкий, частый стул с примесью слизи.

Температура тела бывает нормальной или субфебрильной.

Пульс по мере развития воспалительного процесса учащается. Тахикардия, соответствующая высоте температуры тела, характерна для детей с воспалительными процессами в брюшной полости.

Общее состояние детей с острым аппендицитом может быть долго удовлетворительным, однако оно ухудшается при развитии перитонита. Чаще всего вынужденного положения тела нет, но иногда дети лежат на спине или правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями.

До осмотра педиатр должен, побеседовав с ребенком, отвлечь его от болезни, войти к нему в доверие. Обследование должно быть неторопливым, щадящим и проводиться теплыми руками. Ребенка необходимо уложить на спину, руки положить вдоль тела, иногда можно ноги слегка согнуть в коленных и тазобедренных суставах, что помогает ребенку расслабиться. Врач должен сидеть рядом с ребенком, на одном уровне (как правило, справа лицом к лицу, если врач — правша). Обычно при осмотре живот симметричный (любая асимметрия — указание к экстренной госпитализации). В начальных стадиях заболевания живот равномерно участвует в акте дыхания. Пальпаторное исследование живота следует начинать с левой половины, то есть со здоровой, безболезненной стороны. Вы-