

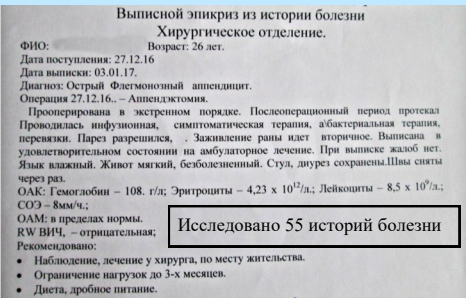


Возможные причины поздней диагностики деструктивных форм острого аппендицита у детей
ФГБОУ ВО Смоленский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ
Кафедра детской хирургии



Введение

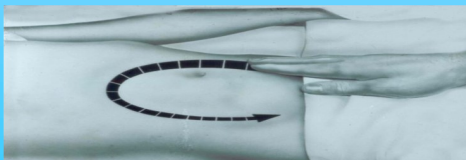
Сегодня перед практическим здравоохранением России, поставлена задача обеспечить ребенку раннюю диагностику острого аппендицита, что позволяет выполнить больному неотложную операцию – аппендэктомии, предотвратив тем самым появление жизнеопасных гнойных осложнений как в до-, так и послеоперационном периоде. Актуальность этой не стареющей темы подтверждается тем, что 21.04.2021 на базе Кировского государственного медицинского университета прошёл 27-й Российский симпозиум детских хирургов по теме «Осложнения острого аппендицита у детей», который очередной раз подтвердил значимость данной проблемы для детского здравоохранения. В связи с этим, целью нашего исследования явилась возможность установить некоторые причины поздней диагностики деструктивных форм острого аппендицита у детей и предложить пути оптимизации постановки раннего диагноза острого аппендицита.



Материал и методы исследования.

Для достижения этой цели нами проведён ретроспективный анализ историй болезней 55 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет, лечившиеся в детском хирургическом отделении СОКБ в 2016 - 2018 годах, по поводу острого деструктивного аппендицита. У всех больных диагноз подтверждался интраоперационно и морфологический. У 37 аппендицит оказался флегмонозным, у 18 – гангренозным. У 7 он сопровождался развитием местного перитонита у одного из них в виде аппендикулярного абсцесса I стадии. Пространственное расположение червеобразного отростка имело следующие варианты: типичное нисходящее наблюдалось у 37 больных, атипичное – 16: медиальное – 5, ретроцикальное – 8, латеральное – 2, ретроперитонеальное – 1.

- Комплексное обследование больных детей включало результаты:
- учета данных анамнеза, где при его анализе придавалось большое значение динамике развития абдоминального синдрома;
 - объективным клиническим тестам для оценки состояния больного на этапах комплексной диагностики и лечения (пальпация, перкуссия, аускультация, определение артериального давления, частоты дыхания и т.д.;
 - общепринятым лабораторным тестам крови: количеству лейкоцитов в лейкоцитарной формуле, СОЭ;
 - биохимическим анализам крови общему белку и его фракциям, креатинину, мочевины, уровню глюкозы;
 - общему анализу мочи;



Результаты исследования показали, что наиболее частой причиной поздней диагностики острого деструктивного аппендицита оказались: атипичное расположение червеобразного отростка, чаще при его ретроцикальном (2) и медиальном расположении (3). У 17 детей это произошло по вине родителей, которые не обращали должного внимания на боли в животе. Только после 2 суток при нарастании их интенсивности, и присоединения неоднократной рвоты в сочетании с диареей, повышения температуры до фебрильных цифр, вялости, адинамии и нарушения сна ребёнка обратились за медицинской помощью и скорой были доставлены в клинику детской хирургии, где они успешно оперированы с диагнозом деструктивного аппендицита и различными формами перитонита. Два ребёнка обратились к педиатрам ЦРБ, где более 24 часов наблюдались с диагнозом кишечной инфекции, получая антибиотики, жаропонижающие и обезболивающие средства. Не малую роль в последних наблюдениях сыграла территориальная удаленность проживания пациентов при не укомплектованности районных больниц детскими хирургами и социальное неблагополучие.



Выводы.

Следовательно, самой частой причиной поздней диагностики острого деструктивного аппендицита у детей является позднее обращение к детскому хирургу с болями в животе, обусловленное психологическими факторами:

- страхом перед оперативным вмешательством больного и его родителей и реже наличием при деструктивных формах аппендицита в течение болезни, когда практически отсутствует или затихает болевой фактор, как основной симптом острого аппендицита;
- невнимательностью родителей, а иногда и педиатров на исключение в этих случаях в первую очередь острого аппендицита детским хирургом.

Кроме того, мы обратили внимание об отсутствии сведений в историях болезни в отношении групп здоровья пациентов, в то время как доказано, что дети с 2 группой здоровья до 91,2%, а с 3-й до 100% р.) имели деструктивные формы острого аппендицита. Это может быть значительным подспорьем в диагностике деструктивных форм этой патологии.

