



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Фармонова Рухшона Фарруховна

Студент 3-курса Педиатрического факультета Самаркандского
государственного медицинского университета, Самарканд,
Узбекистан

Научный руководитель: Норжигитов Азамат Мусакулович
Ассистент кафедры патологической анатомии Самаркандского
Государственного медицинского университета, Самарканд,
Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14054646>

ARTICLE INFO

Received: 5 th November 2024
Accepted: 6th November 2024
Published: 8th November 2024

KEYWORDS

катаральный
аппендицит, патогенез,
заражения паразитами,
эмпиема, перитонит.

ABSTRACT

Аппендицит – это патологическое состояние, при котором происходит воспаление червеобразного отростка, расположенного на границе толстого и тонкого кишечника. Данная патология может встречаться в любом возрасте и лечится только хирургическим путем. Важно помнить, что без помощи врача состояние приводит к перитониту и даже смертельному исходу. По литературным данным, острый аппендицит в возрасте до 1 года встречается исключительно редко и составляет от 0,06 % до 0,2 %.

Актуальность. Причины и патогенез (механизмы развития) аппендицита у детей: Червеобразный отросток слепой кишки (аппендикс) находится в месте перехода тонкого кишечника в толстый. Здесь формируется небольшой угол, где и находится вход в отросток. В структуре отростка находится лимфоидная ткань, участвующая в формировании иммунитета. Причиной развития воспаления является блокировка оттока слизи из аппендикса, что приводит к нарушению кровоснабжения и размножению бактерий. Перекрытие просвета отростка может возникнуть на фоне:

- заражения паразитами;
- формирования каловых камней (копролитов);
- перекрута или перегиба отростка;
- избыточного разрастания лимфоидной ткани, спровоцированного различными заболеваниями.

По мере прогрессирования воспалительного процесса происходит отек тканей с последующим развитием гнойного воспаления и некроза. Одновременно происходит локальное раздражение брюшины (внутренней оболочки брюшной полости), которое проявляется симптомами перитонита. При отсутствии лечебных мероприятий заболевание может перейти в хроническую форму и обостряться периодически, или привести к разрыву отростка с выходом патологического содержимого в брюшную полость.

Виды аппендицита у детей:

В зависимости от течения заболевания выделяют острый и хронический аппендицит. В первом случае заболевание характеризуется яркой симптоматикой, во втором – стертой (латентной) картиной признаков, волнообразным течением с периодическими обострениями.

Тип воспалительного процесса позволяет выделить три формы болезни:

- катаральный аппендицит: начальная стадия воспаления, характеризующаяся небольшим утолщением стенок и гиперемией;
- деструктивная форма: делится на флегмонозную (гнойную) и гангренозную (характеризуется омертвением тканей);
- эмпиема: скопление гнойного экссудата в полости червеобразного отростка.

Деструктивная форма аппендицита и его эмпиема являются наиболее опасными, поскольку могут сопровождаться разрывом тканей с выходом патологического содержимого в брюшную полость и развитием обширного перитонита.

Симптомы аппендицита у детей:

Аппендицит – это заболевание со множеством «масок». Далеко не всегда оно протекает с характерной клинической картиной, поскольку выраженность симптомов и их совокупность во многом зависят от возраста ребенка, точного расположения червеобразного отростка в брюшной полости, формы воспаления и других факторов.

Типичными признаками аппендицита у детей являются:

- боль в животе; дискомфорт может появиться сначала в области пупка или солнечного сплетения, но по мере нарастания смещаться вправо и вниз; реже ощущения располагаются в верхней половине живота справа или в области поясницы, маскируясь под почечные заболевания;
- тошнота, рвота 1-2 раза (у малышей чаще), однократный жидкий стул или его задержка;
- постепенное ухудшение общего самочувствия, слабость;
- повышение температуры тела.

Если в воспалительный процесс начинает вовлекаться брюшина, ребенок обычно ложится на правый бок, подтянув ноги к животу, поскольку в этом случае боль становится менее выраженной. Попытки нажать на брюшную стенку в нижней части живота справа значительно усиливают болевые ощущения.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики, дифференциальной диагностики и лечения острого аппендицита у детей до 5 лет.

Материал и методы исследования. В отделение многопрофильной специализированный детский хирургический центр СамГМУ за период с 2016 по 2023 г. поступили на лечение 220 детей, с диагнозом ОА.

Результаты исследования. 220 детей до 5 лет было 70, что составило 8 %. Из них новорожденные 2. Из 20 больных мальчиков было -45, девочек -28. Из-за трудности контакта с детьми до 3 лет целесообразно осматривать их в состоянии медикаментозного сна. Для этого применяли сибазон 0,2-0,4 мг\кг. Из дополнительных методов исследования применяли УЗД органов брюшной полости, при этом у больных с деструктивными формами был выпот в брюшной полости. В анализе крови у всех больных детей наблюдалось повышенное количество лейкоцитов, сдвиг формулы влево и в 15 наблюдениях – анемия легкой степени.

Поздняя госпитализация отмечена у 63 из них у 7 больных через 5-6 дней от начала заболевания, так как они ошибочно поступили в инфекционную больницу.

Все больные оперированы после предварительной предоперационной подготовки. Из них острый флегмонозный аппендицит у 18, острый гангренозный аппендицит у 25 и гангренозно-перфоративный аппендицит у 28. У 10 местный

гнойный перитонит, у 53 разлитой гнойный перитонит. У 4 больных с тотальным абсцедирующим перитонитом наложена программированная лапаростомия с последующей периодической санацией брюшной полости.

Выводы. Таким образом, у детей до 5 лет из-за преобладания общих симптомов над местными часто встречаются деструктивные формы аппендицита с перитонитом. На основании вышеизложенного больных детей в этом возрасте нужно госпитализировать сразу при первичном обращении, тем самым ускорить диагностику и улучшить лечение.

Литературы:

1. Шамсиев, А. М., Юсупов, Ш. А., Ахмедов, Ю. М., Ахмедов, И. Ю., & Шамсиев, Ш.Ж. (2020). Спектр микрофлоры при распространенном аппендикулярном перитоните у детей. *Детская хирургия*, 24(S1), 94-94.
2. Сачдева, Анупам. Достижения педиатрии. *JPMedical*, 31 августа 2012 г., 14-32 ст.3. *Российский журнал детской хирургии*. 2017 год; 21(4) 185 ст. 3. Долецкий С.Я. Арапова А.В. Осложнения аппендицита у детей М. Медицина.
4. Норжигитов А. М., Исламов Ш. Э. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Всемирный бюллетень общественного здравоохранения. – 2022. – Т. 11. – С. 37-39.
5. Islamov S. E. et al. MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LUNG STRUCTURES IN BRONCHIECTATIC DISEASE IN CHILDREN //International Journal of Early Childhood Special Education. – 2022. – Т. 14. – №. 5.
6. Bobonazarov S. D. Islamov Sh. E., Norzhigitov A. M. Clinical and morphological characteristics of recurrent echinococcosis of the lungs. *Problems of Science and Education*. – 2021. – Т. 154. – №. 29. – С. 57-70.
7. Dominovich B. S. & Azamat Musakulovich Norjigitov, (2020). Results Of Surgical Treatment Of Recurrent Echinococcosis Of Lungs Depending On The Morphological Modifications //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – Т. 2. – №. 10. – С. 60-66.
8. Норжигитов А. М. и др. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ //Научный Фокус. – 2024. – Т. 1. – №. 10. – С. 551-558.
9. Daminovich B. S. et al. RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT PULMONARY ECHINOCOCCOSIS DEPENDING ON MORPHOLOGICAL MODIFICATIONS //International Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2024. – Т. 12. – №. 3. – С. 472-479.