



## КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Б.Хамидов

Ф.М. Хуррамов

Ю.Акмалова

М.Рахманова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра госпитальной детской хирургии

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8421673>

### ARTICLE INFO

Received: 02<sup>nd</sup> Oktober 2023

Accepted: 08<sup>th</sup> Oktober 2023

Online: 09<sup>th</sup> Oktober 2023

### KEY WORDS

### ABSTRACT

**Актуальность:** Одной из причин, затрудняющей лечение острого аппендицита, является трудность его распознавания в раннем детском возрасте.

По данным Ю.Ф. Исаков, Савельев В.С. в детском возрасте среди всех экстренных операций на органах брюшной полости аппендэктомия составляет до 75%. Несмотря на многовековой опыт диагностики и лечения «острого живота» у детей до сегодняшнего дня сохраняются проблемы, обусловленные ошибками в оценке клинических признаков заболевания и выборе метода и сроков лечения столь грозной патологии. Среди причин развития этого синдрома у детей, без преувеличения, ведущей патологией можно назвать острый аппендицит (К.У. «Ашкрафт», Т.М. Холдерз 1997, М.М. Алиев, А.Ю. Разумовский 2018, А.К. Арсений 1998).

**Цель исследования.** Определить особенности клиники и ультразвукового обследования атипичных аппендицитов у детей раннего возраста.

**Материал и методы:** Исследования проводились на базе городской детской хирургической клинической больницы №2, у стационарных больных.

Под наблюдением находилось 68 детей в возрасте от 8 месяцев до 3-х лет. Прооперированы с острым аппендицитом. Мальчиков было 38, девочек 30 всем больным, помимо общеклинического обследования проводили УЗИ, рентгенография брюшной полости, МСКТ, с помощью которых диагноз верифицировался.

Эхографическое исследование проводилось после клинического обследования на стандартной методике на портативный УЗИ Mindray - 6 линейный датчик 7,4 МГц, Sono Scape S-30 линейный датчик L-7.42 (Япония).

### Результаты и обсуждение:

Для оценки ближайших и отдаленных результатов лечения нами изучена 56 истории болезни оперированных детей раннего возраста.



Во время операции у 9 детей диагностировано подпечёночное расположение отростка, у 11-тозовое, у 6- медиальное, у 14-ретроцекальное, у 16- типичное. У 3 больных был разлитый гнойный, 16-местный ограниченный перитонит.

Клиническая картина острого аппендицита у детей раннего возраста характеризуется превалированием общих неспецифических симптомов над местными и во многом зависит от возраста ребенка, анатомического расположения отростка и реактивности организма. Дети младшего возраста, не могут локализовать боль, объяснить характер и интенсивность болей.

Для острого аппендицита у старших детей характерна одно, двукратная рефлекторная рвота. У наблюдаемых у 37 детей раннего возраста рвота была многократной. У 39-неожиданный стул, у 36- больных повышенная температура тела до 38-39 °С. Как рвота, гипертермия так и нарушение функции кишечника зависят от степени вовлечения в воспалительный процесс брюшины. С анамнеза следует помнить также о сглаживании перечисленных симптомов у 48-детей, родители которых пытаются облегчить страдания ребенка проводят самолечение спазмолитиками, анальгетиками и антибиотиками, ориентируясь на боли в животе, тошноте, рвоте на повышение температуры тела диареи и беспокойство.

При подпеченочном расположении отростка боль, первоначально появившаяся в подложечной области, перемещается затем в правое подреберье, обычно локализуясь латеральное проекции желчного пузыря, но переднеподмышечной линии. Пальпация этой области позволяет установить напряжение широких мышц живота, симптомы раздражения брюшины, иррадиацию боли в подложечную область. Полезную информацию может дать УЗИ. Нами отмечено у 9 больных на обзорной рентгенографии органов брюшной полости верифицировано высокое расположение купола слепой кишки под печеночной области.

Медиальное расположение отростка встречается у 8-10% больных с атипичными формами аппендицита.

Во время операции отмечена: отросток смещен к средней линии и располагается близко к корню брыжейки тонкой кишки. У 6-детей боль в животе вначале носит разлитый характер, но затем локализуется в области пупка или правом нижнем квадрате живота, сопровождаясь многократной рвотой и высокой лихорадкой. На фоне увеличивающийся дегидратации появляется лихорадка. Локальная болезненность, напряжение мышц живота и симптом Щеткина-Блюмберга наиболее выражены около пупка и справа от него. У 4- больны отмечены вздутие живота из-за нарыва кишечника.

Тазовом расположении отростка боли локализируются внизу живота. Встречаются в 15-20% атипических форма. Так, вовлечение в процесс стенки мочевого пузыря проявляется дизурией, болями при мочеиспускании. Вовлечение в процесс прямой кишки может сопровождаться частым жидким стулом с примесью слизи иногда и крови, тенезмами. Во время операции у 11 ребенка диагностировано тазовое расположение червеобразного отростка. Близость воспаленного отростка к прямой кишке у 5, мочевому пузырю у 6 детей у них отмечены императивный, частый жидкий стул со слизью, а также учащенное болезненное мочеиспускание.



Самым частым формам атипических аппендицитов является ретроцекальный аппендицит (50-60%). Интероперационно у 14 больных верифицировано ретроцекальный аппендицит. Заболевание начинается обычно с боли в эпигастрии постепенно переходят в поясничную область иррадируют в бедро или половые органы у 5 детей отмечено 2-3 кратного жидкого и кашицеобразного стула, у 9 ирритация стенки мочеочника приводил к явлением дизурии. У всех больных на анализах мочи, где обнаруживают лейкоциты, свежие и выщелоченные эритроциты. Симптом Щеткина-Блюмберга на передней брюшной стенки сомнителен.

Ультразвуковое исследование применялось всем больным с целью выявления причин болевого синдрома в брюшной полости.

В предоперационном периоде ультразвуковое исследование проводилось при подозрении на острого аппендицита на перитонит, воспалительные и объемные образования в брюшной полости. При этом диагноз острый аппендицит у 53, перитонит у 3 детей был уточнен.

Для уточнения диагноза при эхо сканировании правой подвздошной области ориентируются на прямые и косвенные признаки воспаления червеобразного отростка. «Симптом мишени» при поперечном сканировании; диаметр отростка более 6 мм и толщина стенки более 2-3 мм, утолщение стенки купола слепой кишки.

Динамическое ультразвуковое исследование при послеоперационных осложнениях в брюшной полости позволяет не только определить хирургическую тактику, но и выбрать оптимальный методы консервативной терапии.

Ультразвуковое исследование позволило у 6 детей подтвердить диагноз послеоперационной кишечной непроходимости и при динамическом ультразвуковом наблюдении оценить эффективность проводимой консервативной терапии, что привело к уменьшению лучевой нагрузки.

### **Выводы:**

1. Особенности клинической картины оптической локализации червеобразного отростка (отсутствие локальной болезненности, сомнительном напряжении мышц, отсутствие симптома раздражения брюшины) при сохранении неясного характера болей в животе, во избежание диагностических ошибок необходимо динамическое наблюдение за больным в условиях стационара.

2. Следует отметить, что ультразвуковое исследование позволяет выявить послеоперационные осложнения ещё до появления выраженных клинических и лабораторных проявлений. Эффективность ультразвуковой диагностики повышается при сопоставлении результатов УЗИ исследования с клинической картиной и лабораторными данными.

### **References:**

1. Арсений А.К. «Диагностика острого аппендицита», Кишинев, 1998 г.;
2. Ашкрафт К.У., Холдер И.М. «Детская хирургия» перевод с англ., 1997, т.2;
3. Савелев В.С. «Хирургические болезни», Москва, 2001 г.;
4. Исаков Ю.Ф. «Национальное руководство по детской хирургии», Москва, 2010;
5. Алиев А.М., Разумовский А.Ю. «Детская хирургия», Ташкент, 2018.