

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.А. Самусенко, Н.В. Раянов

АУ «Советская районная больница», г. Советский, ХМАО-Югра

Для цитирования: Самусенко А.А., Раянов Н.В. Диагностические ошибки в диагностике острого аппендицита у детей раннего возраста // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2018. – Т. 10. – № 1. – С. 86–88. doi: 10.17816/mechnikov201810186-88

Поступила в редакцию: 01.02.2018

Принята к печати: 27.02.2018

♦ В данной статье приведен случай затруднительной диагностики острого аппендицита у детей раннего возраста (до трех лет). Диагностика острого аппендицита у детей раннего возраста очень затруднительна, и на догоспитальном этапе могут быть допущены диагностические ошибки.

♦ **Ключевые слова:** острый аппендицит; диагностика; дети раннего возраста.

DIAGNOSTIC ERRORS IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE APEPIDITIS IN YOUNG CHILDREN

A.A. Samusenko, N.V. Rayanov

Sovetskaya district hospital, Sovetskiy, KhMAO-Ugra

For citation: Samusenko AA, Rayanov NV. Diagnostic errors in the diagnosis of acute aepiditis in young children. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2018;10(1):86-88. doi: 10.17816/mechnikov201810186-88

Received: 01.02.2018

Accepted: 27.02.2018

♦ Acute appendicitis in children — the most common acute surgical disease of the abdominal cavity is found at any age. For children of the first 3 years of life, acute appendicitis is considered a rare disease and, according to various authors, occurs in 0.5-2% of cases. It is in young children that the diagnosis of acute appendicitis is complex and difficult, especially at the prehospital stage and therefore diagnostic errors are allowed.

♦ **Keywords:** acute appendicitis; diagnosis; children of early age.

Острый аппендицит у детей — самое распространенное острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, встречается в любом возрасте. Для детей первых трех лет жизни острый аппендицит считается редким заболеванием и, по данным различных авторов, встречается в 0,5–2 % случаях [1, 2]. Именно у детей раннего возраста диагностика острого аппендицита сложна и затруднительна, особенно на догоспитальном этапе, и поэтому могут быть допущены диагностические ошибки [3].

Описанный клинический случай подтверждает то, что диагноз острого аппендицита у детей раннего возраста вызывает затруднения.

Мать ребенка М., 1 год 2 мес., 25 июля 2017 г. обратилась в детскую поликлинику Советской районной больницы ХМАО с жалобами на вздутие живота, задержку стула, беспокойство,

слабость, плохой сон. Из анамнеза известно, что ребенок заболел 3 дня тому назад, когда впервые повысилась температура до 38 °С, возникли двукратная рвота и жидкий стул. В первые сутки мать в больницу не обращалась, самостоятельно давала жаропонижающие препараты, но состояние не улучшилось, в связи с чем на второй день вызвала скорую помощь. Ребенок доставлен в приемное отделение с предварительным диагнозом «ОРВИ с абдоминальным синдромом». Ребенок осмотрен дежурным врачом-педиатром и с диагнозом «ротовирусная инфекция» с рекомендациями отправлен домой. Осмотра и консультации хирурга не было, анализы мочи и крови не были сделаны, не проведено УЗИ брюшной полости.

В связи с прогрессирующим ухудшением состояния — усиление боли в животе, вздутие живота, подъем температуры до 39 °С, плохой сон —

обратились к детскому хирургу поликлиники. При осмотре ребенка общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение вынужденное — лежит на спине, резкая вялость. Кожные покровы чистые, горячие на ощупь, температура тела 38,7 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Миндалины гипертрофированы, зев спокойный. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 20 уд. в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС — 122 уд. в минуту.

Живот равномерно вздут во всех отделах, правая половина отстает в акте дыхания. При пальпации резкая болезненность и напряжение в правой подвздошной области. Симптом Щеткина – Блюмберга резко положителен. Со слов матери, второй день нет стула, мочится хорошо. В экстренном порядке проведено УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости — отклонений не обнаружено, общий анализ крови с развернутой лейкоформулой (в клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$) и анализ мочи — без патологии.

С диагнозом «острый аппендицит, перитонит» срочно направлен в хирургическое отделение. После кратковременной предоперационной подготовки (инфузионная терапия, установление назогастрального зонда) ребенок под интубационным наркозом взят на операцию. Срединная лапаротомия — при вскрытии брюшной полости петли тонкого кишечника резко вздуты, серозный выпот между петлями кишечника, фибринные наложения на стенке тонкой кишки. При дальнейшей ревизии брюшной полости в правой подвздошной области обнаружен гангренозно-перфоративный аппендицит: длина до 5 см, темно-багрового цвета, резко утолщен, напряжен и с перфорационным отверстием на верхушке отростка, откуда поступает в брюшную полость жидкий гной (рис. 1).

Произведена типичная аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка в просвет слепой кишки. Брюшная полость осушена, произведено дренирование брюшной полости в правой подвздошной области. Наложены послойные швы на рану передней брюшной стенки, асептическая повязка. Послеоперационный диагноз: «острый гангренозно-перфоративный аппендицит, разлитой гнойный перитонит». В послеоперационном периоде больной в течение суток находился в реанимационном отделении, где произведены инфузионная, антибактериальная терапия, обезбоживание, стимуляция



Рис. 1. Удаленный гангренозно-перфоративный аппендицит (макропрепарат)

Fig. 1. Remote gangrenous-perforated appendicitis (macro preparation)

кишечника. О состоянии ребенка доложено в ОДКБ г. Нижневартовска и рекомендовано для дальнейшего лечения перевести ребенка по санитарной авиации в окружную детскую больницу. С 26 июля по 9 августа 2017 г. ребенок находился в ОДКБ, где проведена консервативная терапия (глюкозо-электролитные растворы, антибактериальная терапия — мерксид, амикацин, медикаментозная стимуляция кишечника прозеринум, обезбоживание ненаркотическими анальгетиками — аналгин и димедрол при болях). На фоне терапии состояние ребенка стабилизировалось. Повторного оперативного вмешательства не потребовалось. Швы передней брюшной стенки сняты 7 августа, заживление раны первичным натяжением. Общий анализ крови при выписке: эритроциты — $5,07 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 129 г/л, лейкоциты — $13,29 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $512 \cdot 10^9/\text{л}$, гематокрит — 37 %, нейтрофилы — 14,9 %, лимфоциты — 76,9 %, моноциты — 6,3 %, эозинофилы — 1,7 %, СОЭ — 4 мм/ч. УЗИ брюшной полости — свободной жидкости, инфильтратов в брюшной полости не выявлено. В удовлетворительном состоянии 9 августа ребенок выписан домой.

Ребенок осмотрен детским хирургом 11 августа. Со слов матери, жалоб нет, кушает, пьет, тошноты, рвоты нет. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД — 18 уд. в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС — 98 уд. в минуту. Живот овальной формы, в акте дыхания участвует равномерно, мягкий при пальпации, патологических образований не пальпируется. Шов передний брюшной стенки чистый. По словам матери, стул оформленный, ежедневно, мочится хорошо.

Ребенок осмотрен повторно через месяц. Мать жалоб не предъявляет. Общее состояние ребенка удовлетворительное, активный, ходит. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий, патологических образований не пальпируется. Со слов матери, стул и мочеиспускание в норме. Послеоперационный рубец передней брюшной стенки чистый.

Выводы

1. Описанный клинический случай подтверждает, что острый аппендицит встречается в любом возрасте, в том числе и у детей первых лет жизни. Чаще всего острый аппендицит у детей раннего возраста проявляется общими симптомами — ухудшением само-

чувствия, слабостью, повышением температуры тела до высоких цифр, рвотой и жидким стулом.

2. На догоспитальном этапе врачом-педиатром из-за незнания особенностей общих проявлений заболевания и сложности диагностики имели место диагностические и тактические ошибки: ребенок не осмотрен хирургом, не сделаны минимальные обследования — анализ крови, мочи и УЗИ брюшной полости.
3. Лишь правильно собранный анамнез, физикальные и клиничко-лабораторные данные и привлечение нужных специалистов позволяют не допускать ошибок при диагностике острого аппендицита у детей раннего возраста.

Литература

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1983. – 406 с. [Baиров GA. Neotlozhnaya khirurgiya detey. 2nd ed. Leningrad: Meditsina; 1983. 406 p. (In Russ.)]
2. Исаков Ю.Ф. Острый аппендицит у детей. – М.: Медицина, 1980. – 110 с. [Isakov YuF. Ostryy appenditsit u detey. Moscow: Meditsina; 1980. 110 p. (In Russ.)]
3. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей. – М.: Медицина, 2002. – 150 с. [Dronov AF. Endoskopicheskaya khirurgiya u detey. Moscow: Meditsina; 2002. 150 p. (In Russ.)]

♦ Адрес автора для переписки (Information about the author)

Н.В. Раянов / N.V. Rayanov
Тел. / Tel.: +7(982)872-12-65
E-mail: rayanov56@mail.ru