

Острый аппендицит у детей первого года жизни

Белорусский государственный медицинский университет

С 1984 по 2004 год в клинике лечилось 23996 детей с диагнозом острый аппендицит, из них 11 детей до года, что составило 0,045%. Новорожденных за этот период не было. В статье дано описание клинической картины, диагностики и лечения острого аппендицита у пациентов этого возраста. Умер 1 ребенок (9,1%).

Ключевые слова: острый аппендицит, дети до года, клиника, диагностика, лечение.

V.I.Averin, L.G.Dmitrakova
Acute Appendicitis in Infant

From 1984 till 2004 we treated 23996 children with acute appendicitis in owe hospital, 11 children among them were aged wader 1 y. o. (in consisted 0,045%). We had no newborns with acute appendicitis for this period. The article deals with clinical picture, diagnostic and treatment of acute appendicitis in this age group. 1 infant died (9,1%).

Key words: acute appendicitis, infant, clinical picture, diagnostic, treatment

По литературным данным, острый аппендицит (ОА) в возрасте до 1 года встречается исключительно редко и составляет от 0,06% до 0,2% среди больных с данной патологией (1, 3). Однако до настоящего времени данная тема является актуальной, т.к. существуют трудности своевременной диагностики этого заболевания, а быстрое развитие воспалительного процесса диктует необходимость не медлить с хирургическим вмешательством у этих больных. У детей первого года жизни преобладают деструктивные формы ОА с перитонитом. Это обусловлено анатомическими особенностями червеобразного отростка (тонкая стенка, недоразвитие большого сальника, более высокое расположение слепой кишки и отростка), трудностью контакта с пациентом, а также диагностическими ошибками медработников в связи с тем, что в клинической картине преобладают общие симптомы над местными из-за несовершенства развития ЦНС у этой группы больных.

Материалы и методы

За 21 год (1984-2004 гг.) в первом хирургическом отделении Детского хирургического центра (ДХЦ) находилось на лечении 23996 детей с диагнозом ОА, из них детей до года было 11, что составило 0,045%. Новорожденных за этот период не было.

Все они оперированы. Клинический диагноз: острый катаральный аппендицит – 1. Деструктивные формы имели место у 10 пациентов: периаппендикулярный абсцесс у 1, острый гангренозный аппендицит у 1; острый прободной аппендицит у 8. Перфорация отростка осложнилась оментитом у 1, и развитием перитонита у 8 (местным - у 1, разлитым – у 6, разлитым перитонитом с периаппендикулярным абсцесс в 1 наблюдении).

Морфологическое исследование подтвердило все клинические диагнозы.

Мальчиков было 6, девочек – 5. В возрасте первых 6 месяцев – 2, после полугода жизни – 9. У 4-х детей было сочетание ОА с другими заболеваниями: гриппом – у 1,

геморрагическим васкулитом - у 1, фолликулярной ангиной – у 1, обструктивным бронхитом – у 1.

Результаты и обсуждение

Диагностика ОА до настоящего времени остается сложной проблемой. Основным приемом остается динамическое клиническое наблюдение за ребенком в условиях стационара. В клинической картине у всех детей наблюдались изменения в поведении – беспокойство, нарушение сна, вялость, высокая температура, многократная рвота, у 6 – жидкий стул, интоксикация, что не специфично для ОА и бывает при других патологических процессах. Поэтому в диагностике ОА в этом возрасте очень важно найти хотя бы один из местных симптомов воспалительного процесса в червеобразном отростке: дефанс, локальную болезненность, симптомы Щеткина-Блюмберга, Раздольского. Из-за трудностей контакта с маленькими пациентами целесообразно осматривать их в состоянии медикаментозного сна. Для этого применяют сибазон 0,2 мг/кг при внутри веном введении и 0,4 мг/кг при внутри мышечном.

В анализе крови у всех пациентов наблюдалось повышенное количество лейкоцитов, сдвиг формулы влево и в 2 наблюдениях – анемия.

Дополнительные методы исследования, для исключения инвагинации кишечника, применены у 2-х детей. У 1-го – ирригоскопия, и у 1-го – ультразвуковая томография. В результате чего инвагинация исключена. Но во втором наблюдении выявлены признаки, косвенно указывающие на возможность аппендицита: в мезогастррии справа определялась петля кишки с отежной стенкой, рядом лимфоузлы в диаметре до 8-10 мм. Несколько ниже образование со сниженной эхогенностью в диаметре до 10 мм., в просвете каловый камень?, возможно в червеобразном отростке. Петли кишечника с отежной стенкой, умеренно расширены. Этот ребенок прооперирован. Диагноз после операции: острый гангренозный прободной аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.

Диагностическая лапароскопия выполнена 1 пациенту, при которой выявлен мезоаденит, что позволило избежать напрасной аппендэктомии.

Поздняя госпитализация отмечена у 6 детей. По причине несвоевременного обращения родителей за медпомощью – 1, и у 5 детей из-за диагностических ошибок педиатров, врачей скорой помощи, детских инфекционистов. Обращает на себя внимание, что даже при своевременном обращении за медицинской помощью у 4-х был деструктивный аппендицит.

В хирургическом стационаре всем детям своевременно поставлен диагноз острого аппендицита и после кратковременной предоперационной подготовки они были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Косой разрез применен у 8 детей, поперечный в правой подвздошной области по Фовлеру – у 2 и срединная лапаротомия – у 1 ребенка. Произведены: вскрытие и дренирование периаппендикулярного абсцесса - у 1, аппендэктомия у 3-х детей; аппендэктомия и резекция большого сальника – у 1; аппендэктомия и лаваж брюшной полости – у 3; аппендэктомия, лаваж и дренирование брюшной полости – у 2; из них у 1 с ретроградной интубацией кишечника.

В раннем послеоперационном периоде повторное хирургическое вмешательство произведено двум пациентам. У 1 - ушивание послеоперационной раны в связи с эвентрацией кишечника (выздоровление) и релапаротомия I на 4 день, декомпрессия

тонкой кишки из-за вялотекущего серозного перитонита, функциональной кишечной непроходимости на фоне гриппа, сепсиса (умер).

В послеоперационном периоде проводилось лечение: внутривенно вводились антибиотики (гентамицин, карбенициллин, абактал) в сочетании с метронидазолом, инфузионная терапия солевых растворов, 5% раствора глюкозы с инсулином, свежезамороженной плазмы, альбумина, обезболивание, раннее применение ФТЛ и ЛФК. Швы снимали на 7-10 день.

Умер – 1 пациент, летальность составила 9,1%, что значительно выше, чем в других возрастных группах, но ниже чем у новорожденных - 59,3% (2).

Выводы:

1. По нашим данным, частота острого аппендицита у детей первого года жизни составила 0,045%. И у них, даже в ранние сроки заболевания, преобладают деструктивные формы аппендицита с перитонитом.

2. В клинической картине ярко выражены общие симптомы, что характерно и для других заболеваний раннего возраста, но встречаются случаи и сочетания острого аппендицита с соматическими и инфекционными заболеваниями.

3. При диагностике острого аппендицита у этих детей большое значение придается выявлению местных симптомов заболевания со стороны передней брюшной стенки. При трудностях целесообразно применение дополнительных методов исследования: ультразвуковой томографии или диагностической лапароскопии.

4. Активизация санитарно-просветительной работы среди родителей, а также – педиатров, врачей скорой помощи и инфекционных отделений по особенностям клинического течения острого аппендицита у детей до года позволит снизить позднюю госпитализацию и тем самым улучшить результаты лечения этой группы пациентов.

Литература

1. Баиров Г.А. Неотложная хирургия у детей. Л., Медицина. – 1973. – 326 с.
2. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г. // Вопр. охр. мат. - 1990.-№ 3.-С.33-37.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. М., Медицина. – 1986. – 192 с.