



ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ

Б. Хамидов

ТашПМИ Кафедра госпитальная хирургия
<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8395178>

ARTICLE INFO

Received: 22th September 2023

Accepted: 28th September 2023

Online: 30th September 2023

KEY WORDS

ABSTRACT

Сложность диагностики острого аппендицита у детей в возрасте до 3-х лет очень сложна она обстоятельствами: относительной редкостью заболевания и близостью проявлений острого аппендицита и заболеваний. Протекающих с абдоминальным синдромом (в настоящее время известно более 120 таких заболеваний Разумовский Ф.Ю., Рошаль Л.М., Баиров Г.

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. У детей до трех лет «острый живот», который предполагает необходимость глубоких знаний и умений дифференцировать их и свое временно решать вопросы выбора дополнительных диагностических методов исследования и тактики лечения.

Материал и методы: 2-гкхб госпитализации подлежат все дети до 3-х лет с болями в животе. Среди 2012-2022гг. 68 детей были с острым аппендицитом, что составляет 1,3 % всех наступивших больных с этой патологией. Зарегистрировано в двух случаях аппендицит (8-9мес.) у детей до одного года, в возрасте 1-2 лет было 11 детей, 2-3 лет - 55 детей. Всем больным, помимо обще клинического обследования проводили УЗИ, рентгенография, МСКТ брюшной полости. С помощью которых диагноз верифицировался.

Результат: Нами изучена 46 истории болезни детей, прооперировано в возрасте до 3 лет. В первые 8 часов от начала заболевания поступило 7 детей до 16 часов-8, до 24 часов-9, свыше 32 часов-22, 28 детей поступило с направлением участковых педиатров или врачей скорой помощи, или с других соматических, инфекционных стационаров. 18 детей доставлены в клинику родителями, причем 7 из этих детей были накануне осмотрены врачами и оставлены дома.

У 26 поступивших родители медработниками которые самостоятельно проводили лечения. У 46 больных были боли в животе, у 41 рвота, У 27 повышение температуры до 38°C и выше, у 13 жидкий стул. Лабораторные данные играют



вспомогательную роль при установлении диагноза. В первые 3 часа от момента поступления прооперировано 17 больных, до 6 часов-13, до 12-часов-10, свыше 12 часов-6.

Как видно до операции 29 больных находилось под наблюдением врачей более 3-х часов это было связано с диагностическими трудностями и особенностью предоперационной подготовки. Последняя заключалась в промывании желудка, проведении дезинтоксикационной терапии, коррекции нарушения гемодинамики терморегуляции кислотно-щелочного состояния. При ясном диагнозе антибактериальную терапию начали в этом периоде путем введения антибиотиков широкого спектра действия.

Основными критериями операбельности детей явились улучшения показателей гемодинамики. Снижение температуры тела ниже 38°C, увеличение диуреза.

Во время операции у 7 ребенка диагностировано под печеночное расположение отростка, у 9-тазовое, у 6-ретроцекальное, у 4-медиальное, у остальных-типичное. У 2 ребенка был разлитой гнойной перитонит, у 13-местный ограниченный перитонит.

У 1 ребенка сразлитым гнойным перитонитом для доступа в брюшную полость был использован традиционный разрез Волковича-Дьяконова. АпPENDЭКТОМИЯ ретроградным способом произведена у 6 детей, остальным детям выполнены типичная аппендэктомия.

У 3 детей с катаральным аппендицитом проведена ревизия кишечника, не выявившая патологии.

Промывание брюшной полости физ. раствором 0.9%-проведено в 15 случаев. У 17 больных к ложу отростка был подведен микроирригатор для введения антибиотиков, который удалялся на 3-4 сутки после операции, у остальных больных рана была ушита наглухо.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, инфузия жидкостей по показаниям, УВЧ, ультразвук, циклоферон посхеме.

Кроме этого, дети получали препараты пирамидиновых производных- пентоксил, метецил и симптоматическое лечение.

Вследствие комплексного лечения у 13 детей с катаральным аппендицитом и у 52 больных с деструктивными формами аппендицита послеоперационный период протекал гладко. Трем больным проводили релапаротомию по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. В рассматриваемой группе летальных исходов не наблюдалась.

Отдаленные результаты изучены у 28 оперированных от одного до 12 лет. Общее физическое пациентов соответствует возрасту . Нарушение функции желудочно-кишечного тракта не отмечено.

Вывод: использование сочетанной антибактериальной терапии показано не только при гангренозно-перфоративной форме болезни, но при наличии флегмонозного процесса (аппендикулярного отростка).



References:

1. Срочная хирургия детей. Баиров Г.А 1988
2. Детская хирургия. Алиев М.М Разумовский А.Ю 2018.Ташкент
3. Гнойная хирургия детей. Л.М Рашаль. Г.А Баиров. 1991 М.