

**СЕКЦИЯ 26
«ПЕДИАТРИЯ»**

УДК 617.55-036.11-053.2

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Акулич К. А., Козлова Ю. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Под термином «острый живот» понимают заболевания, характеризующиеся внезапной сильной болью в животе, требующей хирургического лечения. Врач, который первым обследует больного, должен принять достаточно быстрое решение. И этот груз ответственности в большинстве случаев ложится на плечи врача-педиатра: от его решения зависит, как быстро больной с хирургической проблемой попадет к специалисту. Однако госпитализируются не все пациенты, направленные в приемный покой, а оперативного лечения требует не более 1/4 больных, госпитализируемых в отделение детской хирургии по поводу острой боли в животе [1, 2].

Около 25 % детей раннего возраста страдает от младенческой колики. В школьном возрасте жалобы на боль в животе предъявляет более половины детей. В некоторых случаях болевой синдром проходит бесследно и не требует лечения, однако в 50–70 % случаев он продолжает беспокоить детей, реализуясь в последующем в хронические гастроэнтерологические заболевания [1, 3, 4]. Выявление причин абдоминального болевого синдрома в детском возрасте нередко представляет значительные трудности. Многие дети с болями в животе неоднократно обследуются у различных специалистов, им ставят всевозможные диагнозы, причем некоторых напрасно оперируют в связи с подозрением на острый аппендицит [1, 5]. Истинная причина болей при этом нередко годами остается неизвестной. Так что же скрывается под термином «острый живот»?

Цель

Проанализировать структуру синдрома «острый живот» у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 207 медицинских карт пациентов (форма № 003/у-07), поступивших в детское хирургическое отделение учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с подозрением на острый аппендицит в период с января по март 2019 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного анализа установлено, что среди обследованных было 98 (47,3 %) мальчиков и 109 (52,7 %) девочек. Средний возраст пациентов составил $9,82 \pm 1,4$ лет.

При поступлении в клинику пациенты предъявляли жалобы на боли в животе (100 %), тошноту (58 %), повышение температуры тела (47,3 %), диспептические расстройства (жидкий стул) (14,5 %).

При объективном обследовании пациентов симптомы Ситковского и Ровзинга были положительными в 40 (19,3 %) случаях, сомнительными — в 2 (1 %). Положительный симптом Кохера — Волковича выявлен у 37 (17,9 %) пациентов, сомнительный — у 1 (0,5 %). Локальное напряжение мышц в правой подвздошной области при поступлении установлено у 40 (19,3 %) пациентов.

При анализе общего анализа крови пациентов с подозрением на острый аппендицит был выявлен лейкоцитоз в первые сутки заболевания — $12,02 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$. При выписке пациентов из клиники среднее число лейкоцитов составляло $6,54 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$. Изменения других показателей гемограммы не зафиксированы. Количество лейкоцитов в анализе крови пациентов с исключенным диагнозом «острый аппендицит» в первые сутки заболевания составило $10,2 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$. Достоверной разницы в уровне лейкоцитоза при остром аппендиците и при симулирующих его заболеваниях не было выявлено.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у 53 (25,6 %) пациентов при поступлении было отмечено увеличение червеобразного отростка в размерах и свободная жидкость в правой подвздошной ямке.

Среднее число дней пребывания на стационарной койке пациентов в случае острого аппендицита составило $9,92 \pm 0,3$ дней. Пациенты с исключенным острым аппендицитом находились в клинике в среднем $2,93 \pm 0,2$ дня.

Острый аппендицит диагностирован у 74 (35,7 %) детей, при этом острый флегмонозный аппендицит выявлен в 58 (78,4 %) случаях, острый гангренозный аппендицит — в 12 (16,2 %) случаях, перфоративный — у 4 (5,4 %) пациентов.

Динамическое наблюдение и дообследование позволили исключить острый аппендицит у 133 (64,3 %) пациентов. У них были диагностированы: кишечная колика — в 51 (38,3 %) случае, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом — в 44 (33,1 %) случаях, функциональное расстройство желудка — в 25 (18,8 %) случаях, функциональное расстройство кишечника, функциональная киста правого яичника и менструальные боли — по 4 (по 3 %) случая, мезаденит и инвагинация кишечника — по 1 (0,8 %) случаю.

Выводы

Среди пациентов, поступающих в детское хирургическое отделение с подозрением на острую хирургическую патологию, острый аппендицит диагностируется лишь в 35,7 % случаев. С ясной, не вызывающей сомнений клинической картиной, сопровождающейся перитонеальными симптомами, поступает только 1/5 часть пациентов. В структуре заболеваний у госпитализированных с подозрением на острый аппендицит наиболее часто выявляются: кишечная колика, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом, функциональное расстройство желудка.

Таким образом, несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острого аппендицита в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в экстренной абдоминальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаев, Ю. К.* Острая боль в животе у детей / Ю. К. Абаев. — Минск: БГМУ, 2007. — 96 с.
2. *Карасева, О. В.* Острый живот в практике педиатра / О. В. Карасева // Педиатрическая фармакология. — 2011. — Т. 8, № 5. — С. 21–26.
3. *Парфенов, А. И.* Боль в животе / А. И. Парфенов // Русский медицинский журнал. — 2011. — Т. 19, № 17 (411). — С. 1047–1051.
4. *Романова, Е. А.* Острая боль в животе у детей: причины и механизмы формирования / Е. А. Романова // Педиатрическая фармакология. — 2017. — Т. 14, № 1. — С. 55–59.
5. *Шутова, Е. В.* Абдоминальный болевой синдром у детей и подростков: возможности терапии / Е. В. Шутова // Здоровье ребенка. — 2018. — Т. 13, № 5. — С. 495–501.