

**И. Н. Момотюк, М. С. Тюшкевич**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА**

### ***Введение***

Боль в животе – одна из самых частых причин обращения к детскому хирургу. Абдоминальный болевой синдром, сопровождающий множество разнообразных заболеваний в детском возрасте, представляет собой симптомокомплекс, в котором ведущим является боль или ощущение дискомфорта в животе [1, 2].

Причины возникновения болей в животе весьма разнообразны – острые воспалительные заболевания брюшной полости, острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту, кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость, перфорация полых органов, нарушение кровообращения в органах брюшной полости, паразитарные и инфекционные заболевания. Поэтому дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей и подростков вызывает определенные трудности и является весьма актуальной проблемой в педиатрии [3].

Данный синдром нередко является поводом для оперативного вмешательства. Однако госпитализируются не все пациенты, направленные в приемный покой, а оперативного лечения требует не более 1/4 пациентов, госпитализируемых в отделение абдоминальной хирургии по поводу острой боли в животе [4].

Наибольшие проблемы возникают с детьми раннего возраста вследствие особенностей болевых ощущений или из-за невозможности объяснить ими свое состояние. Кроме того, традиционно считается, что для детей в возрасте от 3 до 7 лет наиболее характерна желудочно-кишечная этиология возникновения болей в животе, в связи с чем данная категория пациентов зачастую направляется к педиатрам, и хирургическая патология порой пропускается [1].

### ***Цель***

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

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 151 медицинской карты 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 ноябрь 2022 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладной программы Microsoft Excel. Данные представлены в виде среднего арифметического.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В результате проведенного анализа установлено, что среди обследованных было 72 мальчика (47,7 %) и 79 девочек (52,3 %). Средний возраст пациентов на момент госпитализации составил  $9,78 \pm 1,12$  лет.

При поступлении в клинику пациенты предъявляли жалобы на боли в животе (100,0 %), повышение температуры тела (45,0 %), тошноту (29,1 %), неустойчивый характер стула (13,9 %).

При объективном обследовании пациентов симптом Ситковского был положительным в 24 случаях (15,9 %), сомнительным – в 9 (6,0 %), симптом Ровзинга был положительным в 15 случаях (9,9 %), сомнительным – в 11 (7,3 %). Напряжение мышц передней стенки брюшины при поступлении установлено у 26 детей (17,2 %).

При анализе общего анализа крови пациентов с подозрением на острый аппендицит был выявлен лейкоцитоз в первые сутки заболевания –  $17,42 \pm 1,36 \times 10^9/\text{л}$ . Количество лейкоцитов в анализе крови пациентов с исключенным диагнозом «острый аппендицит» составило  $13,6 \pm 0,95 \times 10^9/\text{л}$ . Изменения других показателей гемограммы не зафиксированы. При выписке пациентов из клиники среднее число лейкоцитов составляло  $7,02 \pm 0,49 \times 10^9/\text{л}$ . Достоверной разницы в уровне лейкоцитоза при остром аппендиците и других заболеваниях с болевым абдоминальным синдромом не выявлено.

70 пациентам (46,3 %) было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Острый аппендицит диагностирован у 53 детей (35,1 %), при этом острый флегмонозный аппендицит выявлен в 33 случаях (21,9 %), острый гангренозный аппендицит – в 15 случаях (9,9 %), перфоративный – у 5 пациентов (3,3 %).

Динамическое наблюдение и дообследование позволили исключить острый аппендицит у 98 пациентов (64,9 %). У них были диагностированы: кишечная колика – 25 случаев (25,5 %), острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом – 11 случаев (11,2 %), функциональное расстройство желудка – 16 случаев (16,3 %), функциональное расстройство кишечника – 19 случаев (19,4 %), неспецифический мезаденит – 5 случаев (5,1 %), инвагинация кишечника – 3 случая (3,1 %), эритематозная гастропатия, альгодисменоррея, овуляторный синдром, инородное тело двенадцатиперстной кишки и инородное тело желудка, острый сальпингоофорит, дивертикул Меккеля и острая поздняя спаечная кишечная непроходимость и др. – по 1 случаю (1,0 %).

Среднее число дней пребывания пациентов в стационаре в случае острого аппендицита составило 11 дней. Пациенты с исключенным острым аппендицитом находились в клинике в среднем 4 дня.

### **Выводы**

1. Наиболее частой причиной абдоминального болевого синдрома у детей является острый аппендицит (35,1 %).

2. Характерным признаком острого аппендицита является выраженный лейкоцитоз –  $17,42 \pm 1,36 \times 10^9/\text{л}$ .

3. Частыми причинами абдоминальной боли у детей является «нехирургическая» патология: кишечная колика, острая респираторная инфекция с абдоминальным синдромом, функциональное расстройство желудка и кишечника, неспецифический мезаденит, эритематозная гастропатия, альгодисменоррея, овуляторный синдром, острый сальпингоофорит.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. 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.
2. Острый аппендицит у детей / А. Ю. Разумовский [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – Т. 3, № 4. – С. 125–132.
3. Марьяна, Н. А. Абдоминальный синдром в практике педиатра / Н. А. Марьяна, Е. В. Воложанина, М. И. Степанов // Мать и дитя в Кузбассе. – 2008. – № 4 (35). – С. 25–26.
4. Карасева, О. В. Острый живот в практике педиатра / О. В. Карасева // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8, № 5. – С. 21–26.