



Рисунок 2 – Процентное соотношение частоты встречаемости язвенной болезни желудка к язвенной болезни ДПК среди обоих полов

Выводы

Для постановки диагноза язвенной болезни желудка ДПК необходимо проведение ФГДС, а также возможно использование УЗИ-диагностики и рентгенографии желудка.

Для лечения назначаются лекарственные средства (антациды), нейтрализующие компонент желудочного сока – соляную кислоту, также препараты, образующие защитную пленку на поверхности слизистой оболочки желудка. А также соблюдение правильного режима дня, ограничение стрессовых ситуаций и ведение здорового образа жизни. Хирургическое вмешательство требуется лишь при длительно незаживающих язвах желудка и ДПК, а также при осложнениях.

В качестве профилактики рекомендуется принимать противоязвенные лекарственные препараты курсами весной и осенью, когда высока вероятность рецидива заболевания. Также рекомендуется соблюдение здорового образа жизни и 1–2 раза в год посещать врача-гастроэнтеролога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26687713> – Дата доступа: 23.03.2023.
2. Симптомы язвенной болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.pro-medical.org/язвенная-болезнь#:~:text=Наиболее%20характерным%20проявлением%20язвенной%20болезни,ее%20-%20так%20называют%20антациды> – Дата доступа: 23.03.2023.
3. Диагностика язвенной болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vidal.ru/encyclopedia/gastroenterologiya/diagnostika-yazvennoy-bolezni> – Дата доступа: 23.03.2023.

УДК 616.346.2-002.1-07-053.2(475.2-7Гомель) «2020/2021»

М. О. Шелудько, О. В. Варенков

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МЕТАМОРФОЗЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ ЗА ПЕРИОД 2020–2021 ГГ.

Введение

Острый аппендицит (ОА) у детей является наиболее распространенным хирургическим заболеванием брюшной полости, которое требует экстренного оперативного вме-

шатательства. Позднее обращение или «скрытое» течение ОА у детей может явиться причиной несвоевременной диагностики, развитием осложнённых форм ОА. И в настоящее время ОА сохраняет свою актуальность из-за сложности диагностики, а быстрое развитие воспалительного процесса в аппендиксе, особенно у детей младшего возраста, требует своевременного лечения. Существует несколько систем оценки данного заболевания, но до сих пор нет единого мнения об универсальных клинических, лабораторных критериях и критериях визуализации в диагностике острого аппендицита [1–6].

Цель

Произвести анализ случаев ОА у детей в Гомельском районе, результатов диагностического скрининга и выбора хирургической тактики.

Материал и методы исследования

По унифицированным схемам был проведен ретроспективный анализ 408 историй болезни детей, оперированных по поводу ОА в УЗ «Гомельская областная клиническая детская больница» за период 2020–2021 гг.

Полученные результаты исследования обработаны в программах MS Excel 2020, Statistica 13. Оценивали среднее и ошибку среднего значения ($M \pm m$), доверительный интервал (25 % – Q1 и Q3 – 75 %).

Результаты исследования и их обсуждение

В 2021 году интраоперационно диагноз ОА детям был выставлен в 223 случаях, а в 2020 году – 185. Средний возраст пациентов в 2021 году составил $11,22 \pm 1,85$ (Q1 – 8 лет; Q3 – 14 лет), в 2020 – $12,14 \pm 1,49$ (Q1 – 7 лет; Q3 – 15 лет). Распределение по полу (мужской / женский) в 2020 г. составило 112 (60,54 %) / 73 (39,46 %), а в 2021 – 131 (58,74 %) / 92 (41,26 %) соответственно. Преимущественное большинство детей было госпитализировано в первые 24 часа от начала заболевания. Распределение пациентов по сезонам года (зима/весна/лето/осень) за 2020 г. составило 41/42/81/21 случаев, за 2021 – 56/45/54/68 соответственно.

У трети пациентов дооперационно выполнялось УЗИ отростка с верификацией диагноза ОА у 81,25 %: обнаруживались признаки воспалительных изменений червеобразного отростка – увеличении ширины и толщины стенок, изменении количества и характера содержимого, наличии признаков вовлеченности в воспалительный процесс окружающих тканей, а также в изменении васкуляризации по данным доплеровского картирования кровотока. Так к примеру, у 84 (25,24 %) в просвете аппендикса обнаруживались копролиты, у 155 (46,32 %) – неоднородный гипоэхогенный экссудат в брюшной полости, у 95 (28,43 %) – описывалась типичная картина воспалительных изменений в аппендиксе.

Всем пациентам была выполнена видеолaparоскопическая аппендэктомия лигатурным способом. Санация брюшной полости потребовалось в 23 случаях, дренирование брюшной полости – 42 детям. При этом попутно из-за вторичного вовлечения большого сальника в воспалительный процесс в 2021 году в 33 случаях интраоперационно была выполнена парциальная резекция, а у 8 – обширная (тотальная) резекция сальника, в то время как в 2020 г. эти цифры соответственно составили 41 и 11.

Количество пациентов с интраоперационным диагнозом «Острый катаральный аппендицит» составило 90 (22 %) случаев, «Острый флегмонозный аппендицит» – 273 (66,91 %), «Острый гангренозный аппендицит» – 45 (11,02 %), в том числе «с перфорацией» в 13 случаях.

Интраоперационный осмотр удаленных аппендиксов выявил, что их толщина в среднем составила $9 \pm 1,76$ мм. (Q1 – 7 мм; Q3 – 10 мм.).

Исходя из морфологических изменений деструктивные формы ОА превалировали над поверхностной. Поверхностная (простая) форма была выставлена патогистологами

107 пациентам (27 %). Среди деструктивных форм в 298 случаях (73 %): флегмонозная форма наблюдалась у 251 (84,22 %), флегмонозно-язвенная у 4 (1,3 %), гангренозная у 43 (14,42 %). Гистологически дополнительно явления периаппендицита были описаны у 302 (74,56 % от 408 пациентов), мезентериолит – у 90 (22,2 %).

Так же интраоперационно симульгантно была оперирована другая патология, а именно у 3 – иссечение кист маточной трубы, у 19 – рассечение спаек брюшной полости, у 13 – резекция дивертикула Меккеля. При 8 случаях ОА катаральные изменения были вторичные: у 3 – при апоплексии яичника (0,07 %) и у 5 – при первичном перитоните (1,2 %).

Выводы

При ретроспективном анализе основное количество детей обратилось в первые сутки от начала заболевания. Чаще были оперированы мальчики.

В дооперационном скрининге острого аппендицита в учреждении используется ультразвуковое исследование, преимущественно в сомнительных ситуациях. Идет наработка опыта специалистов нашей молодой диагностической службы.

При морфологической оценке форм острого аппендицита у детей в Гомельском районе за период 2020–2021 годов доминируют деструктивные формы, преимущественно за счёт флегмонозной. Катаральные изменения аппендикса наблюдались у каждого четвертого оперированного пациента.

Все дети были оперированы с применением лапароскопической техники.

Интраоперационно у каждого пятого ребенка было выявлено вовлечение большого сальника в воспалительный процесс, что потребовало в основном выполнения парциальной резекции, изредка – тотального его удаления.

Симульгантно во время операций также были выявлены и оперированы 4 случая.

Активное привлечение лапароскопической техники позволило не только максимально определить первичную верификацию изменений в червеобразных отростках, но и определить наличие симульгантной патологии, а соответственно и одномоментное хирургическое разрешение выявленных проблем. Такой подход позволяет положительно повлиять на течение послеоперационного периода наших пациентов и их будущее здоровье.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use / S. Schuh [et al.] // Acad Emerg Med. – 2015. – № 22. – P. 460–414.
2. Pediatric appendiceal ultrasound: accuracy, determinacy and clinical outcomes / L. A. Binkovitz [et al.] // Pediatr Radiol. – 2015. – № 45. – P. 1934–1944.
3. Abdominal CT does not improve outcome for children with suspected acute appendicitis / D. I. Miano [et al.] // West J Emerg Med. – 2015. – № 16. – P. 974–982.
4. Смирнов А.К., Бойко А.В., Елькова Д.А. (2022). Острый аппендицит у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. Scientist, 22 (4S). – С. 63–65.
5. Каминский М. Н. Сравнительная оценка и оптимизация клиникосоноскопических диагностических шкал острого аппендицита. Дисс... канд. мед. наук. Хабаровск. 2017 [Kaminskiy M.N. Sravnitel'naya otsenka i optimizatsiya klinikosonoskopicheskikh diagnosticheskikh shkal ostrogo appenditsita. Diss.. .. kand. med. nauk. Khabarovsk. 2017 In Russian].
6. Лобанков, В. М. Острый аппендицит: хронобиологические аспекты / В. М. Лобанков // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2016. – № 11(2). – С. 710–715.