

Е.Ю. Дьяконова¹, И.В. Поддубный¹, Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}, М.Д. Бакрадзе¹, А.А. Гусев¹, А.С. Бекин¹

¹ Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Острая кишечная инфекция как маска острого аппендицита у детей

Контактная информация:

Дьяконова Елена Юрьевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии НЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 134-14-55, e-mail: rytella@mail.ru

Статья поступила: 18.12.2015 г., принята к печати: 04.02.2016 г.

Проблема дифференциальной диагностики острого аппендицита и острых кишечных инфекций в современной медицине остается актуальной проблемой в клинической практике врача-хирурга и педиатра. Недиагностированный вовремя аппендицит приводит к развитию осложненных форм воспаления червеобразного отростка, что пролонгирует оперативное вмешательство и сроки антибактериальной терапии, увеличивая длительность пребывания ребенка в стационаре. В статье представлено клиническое наблюдение трех детей, находившихся на лечении по поводу перфоративного аппендицита, разлитого гнойного перитонита. Описанные случаи демонстрируют необходимость мультидисциплинарного подхода и комплексной диагностики пациентов с такими жалобами, как боль в животе, лихорадка и диарея.

Ключевые слова: острый аппендицит, перитонит, кишечная инфекция, лапароскопия.

(Для цитирования: Дьяконова Е. Ю., Поддубный И. В., Намазова-Баранова Л. С., Бакрадзе М. Д., Гусев А. А., Бекин А. С. Острая кишечная инфекция как маска острого аппендицита у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2016; 13 (1): 51–53. doi: 10.15690/pf.v13i1.1515)

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на большое число работ, посвященных острому аппендициту и его осложнениям у детей, часто не своевременно диагностируемой острой хирургической патологии остается высокой.

Острый аппендицит продолжает скрываться под маской острых кишечных инфекций [1]. Схожесть клинических симптомов при воспалении червеобразного отростка и инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта значительно затрудняет диагностику и своевременную постановку диагноза [2].

Запоздавшая диагностика хирургических осложнений у детей может иметь непоправимые последствия в свя-

зи с развитием запущенных форм перитонита, которые проявляются эндотоксиновым шоком и синдромом полиорганной недостаточности [3].

Аппендикулярный перитонит развивается на фоне деструктивных форм аппендицита и является следствием распространения воспаления на брюшину. Частота развития перитонита при остром аппендиците, по литературным данным, составляет до 4–8% [4].

Перфорация червеобразного отростка может произойти через 6 ч от манифестации первых симптомов, но чаще всего она возникает через 12–24 ч от начала первых клинических проявлений острого аппендицита.

Y.Y. Dyakonova¹, I.V. Poddubniy¹, L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}, M.D. Bakradze¹, A.A. Gusev¹, A.S. Bekin¹

¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

³ Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation

Acute Intestinal Infection as a Disguise of Acute Appendicitis in Children

The issue of differential diagnosis of acute appendicitis and acute intestinal infections in contemporary medicine remains relevant for clinical practice of surgeons and pediatricians. Late diagnosis of appendicitis results in development of complicated forms of vermiform appendix inflammation. This prolongs operative intervention, duration of antibacterial therapy and duration of a child's inpatient stay. The article presents clinical observation of three children treated for perforated appendix and generalized purulent peritonitis. The described cases demonstrate the need in multidisciplinary approach and complex diagnosis of patients with such complaints as abdominal pain, fever and diarrhea.

Key words: acute appendicitis, peritonitis, intestinal infection, laparoscopy.

(For citation: Dyakonova Y.Y., Poddubniy I.V., Namazova-Baranova L.S., Bakradze M.D., Gusev A.A., Bekin A.S. Acute Intestinal Infection as a Disguise of Acute Appendicitis in Children *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2016; 13 (1): 51–53. doi: 10.15690/pf.v13i1.1515)

Скорость развития деструктивного процесса в червеобразном отростке, атипичность клинических проявлений и трудности диагностики данного заболевания у детей объясняют тот факт, что аппендикулярный перитонит остается наиболее острой проблемой неотложной абдоминальной хирургии [3, 5].

ОПИСАНИЕ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

Нами проведен ретроспективный анализ трех случаев аппендикулярного перитонита. На лечении в Научном центре здоровья детей (Москва) в 2015 г. находились 2 мальчика в возрасте 3 и 6 лет и 1 девочка в возрасте 6 лет. Все дети первично обращались или были направлены в педиатрические отделения НЦЗД с жалобами на боль в животе, лихорадку, диарею. Длительность заболевания составляла более 3 сут от начала первых симптомов. В анамнезе имелись эпизоды неоднократного обращения в службу скорой медицинской помощи с болью в животе. Всем детям при осмотре врачом скорой медицинской помощи диагноз острой хирургической патологии был исключен. В связи с этим с клинической картиной «острой кишечной инфекции» пациенты обращались к педиатру. После проведения стандартных клиничко-лабораторных обследований, в которых были зарегистрированы лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокие цифры маркеров воспаления, с целью дифференциальной диагностики детей осматривал хирург. При осмотре состояние детей тяжелое, обращала на себя внимание боль по всем отделам живота, положительные перитонеальные симптомы.

Всем пациентам на диагностическом этапе проводилось трансабдоминальное ультразвуковое сканирование. У обоих мальчиков выявлены УЗ-признаки деформации желчного пузыря, реактивные изменения печени и поджелудочной железы, УЗ-признаки энтероколита, мезаденита. У девочки визуализированы петли тонкой кишки, которые были частично спазмированы, частично заполнены жидкостным содержимым, перистальтика умеренно выраженная, свободная жидкость в малом тазу не определялась, купол слепой кишки вздут.

Во всех случаях врачи ультразвуковой диагностики отмечали повышенное газонаполнение кишечника, что затрудняло верификацию червеобразного отростка.

В связи с невозможностью исключения острой хирургической патологии всем детям выполнена диагностическая лапароскопия.

При ревизии брюшной полости особенно обращало на себя внимание атипичное расположение червеобразного отростка: у 2 детей (шестилетнего мальчика и девочки) — ретроцекально, в подпеченочном про-

странстве, у трехлетнего мальчика — в полости малого таза (рис. 1).

Во всех случаях установлены осложненные формы аппендицита. Обнаружено много гнойного выпота, расположенного во всех этажах брюшной полости с характерными изменениями на париетальной брюшине и внутренних органах (наложения фибрина, отек, петехиальные изменения) (рис. 2).

Всем детям удалось полностью выделить и удалить червеобразный отросток, провести санацию брюшной полости. Двум детям (мальчику 6 лет и девочке) установлены дренажи в подпеченочное пространство и полость малого таза, 1 ребенку, мальчику 3 лет, — только в полость малого таза.

Оперативное пособие проводилось на фоне эпидуральной анестезии, которая в раннем послеоперационном периоде дала возможность избежать пареза кишечника и минимизировать болевой синдром.

Дети получили стандартный курс антибиотикотерапии и пробиотиков, учитывая проявления кишечного синдрома в предоперационном периоде. Нормализация стула у всех детей была достигнута к 5-м послеоперационным суткам.

В копрограммах были обнаружены лишь нарушения нормального состава бифидо- и лактобактерий; патологических микроорганизмов, которые служат причиной кишечных расстройств, выявлено не было.

Пребывание детей в стационаре в среднем составило 14 ± 2 сут, выписаны в удовлетворительном состоянии.

ОБСУЖДЕНИЕ

В педиатрической практике кишечные инфекции продолжают занимать ведущие позиции среди острых инфекционных заболеваний у детей [2]. Интересен тот факт, что большое число педиатрических заболеваний протекает под маской острых диарейных инфекций [6]. Перед практикующими врачами стоит сложная проблема дифференциальной диагностики острых кишечных инфекций и острой хирургической патологии, в особенности острого аппендицита и его осложненных форм. К сожалению, мы не встретили в литературе данных, посвященных поздней диагностике острого аппендицита у детей в инфекционных стационарах.

При проведении дифференциальной диагностики острого аппендицита и острых диарейных инфекций особое внимание уделяют первым признакам проявления заболевания. Острые кишечные инфекции заявляют о себе диспептическими расстройствами, и только потом или одновременно с ними пациенты начинают ощущать боль в животе. Такие признаки токсикоза, как рвота и кишечная дисфункция, быстро нарастают. После рвоты

Рис. 1. Ретроцекальное расположение червеобразного отростка

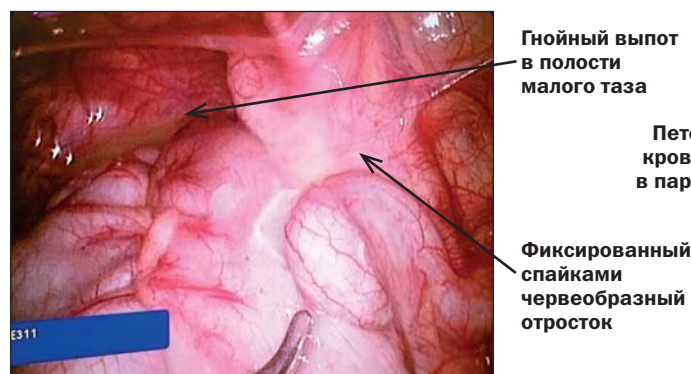
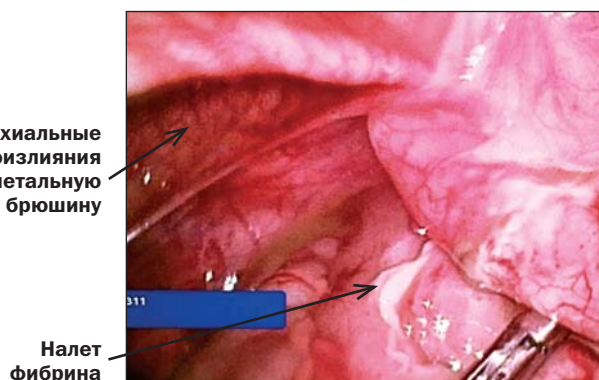


Рис. 2. Осложненная форма воспаления червеобразного отростка



дети отмечают облегчение, что при остром аппендиците встречается крайне редко. На фоне тяжелой интоксикации клинические признаки при осмотре живота незначительные. При пальпации живот остается мягким, с непостоянным активным мышечным напряжением передней брюшной стенки, которое проходит при пальпации на вдохе. Локализацию болезненности отмечают в эпигастальной или параумбиликальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Атипичные проявления клинической картины аппендицита зачастую связаны с атипичным (тазовым) анатомическим расположением отростка, ранним назначением антибиотиков, жаропонижающих (нестероидные противовоспалительные препараты), прокинетики, которые «смазывают» клиническую картину, и только развитие перитонита, когда на первое место выходят перитонеальные симптомы, и боль в животе не купируется, заставляет повторно обратиться к хирургу.

В современной медицине проводят многочисленные исследования по улучшению качества диагностики острого аппендицита, особенно на ранних стадиях его развития [7, 8]. Большая их часть направлена на изучение диагностических возможностей дополнительных методов исследования (компьютерная томография, ультразвуковое исследование, электромиография). Использование этих методов, бесспорно, повышает качество диагностики острого аппендицита, но не решает проблемы в целом, поэтому «золотым стандартом» в решении вопроса остается лапароскопия [4, 9].

Причинами ошибок при диагностике острого аппендицита, как и в наших клинических примерах, являются отсутствие патогномичного признака острого аппендицита и наличие клинических признаков и симптомов, характерных как для острой диарейной инфекции, так и для острой хирургической патологии брюшной полости.

Причиной постановки неправильного диагноза во всех случаях была нетипично локализованная боль в животе. Однако, если при острых кишечных инфекциях ошибки в диагностике приводят к неправильному лечению и напрасному хирургическому вмешательству, то при несвоевременном распознавании острого аппендицита происходит развитие его осложненных форм, возникает угроза эндотоксического шока, полиорганной недостаточности. Все это значительно утяжеляет послеоперацион-

ный период, требует больших затрат на реабилитацию и в запущенных ситуациях может привести к летальному исходу.

Важно помнить, особенно начинающим врачам, как педиатрам, так и хирургам, что при сомнительном диагнозе либо при подозрении на острый аппендицит ребенок подлежит круглосуточному наблюдению в условиях стационара в хирургическом отделении. При отсутствии эффекта от консервативной терапии, направленной на лечение кишечной инфекции, необходимо подключить инструментальные и лабораторные методы исследования в динамике и расширить показания к диагностической лапароскопии. Это позволит избежать диагностических ошибок и осложненных форм аппендицита у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детей с подозрением на кишечную инфекцию и клинической картиной абдоминального болевого синдрома необходимо госпитализировать в стационар для совместного наблюдения педиатром и хирургом с динамическим лабораторным контролем маркеров воспаления.

В сомнительных случаях следует более широко выставлять показания для проведения диагностической лапароскопии, тем самым избегая развития осложненных форм аппендицита, перитонита.

Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с абдоминальным болевым синдромом позволяет своевременно заподозрить и исключить острое хирургическое заболевание.

Наличие в клинике высокотехнологического оборудования позволяет выполнить своевременную диагностическую и лечебную лапароскопию, что дает возможность вовремя верифицировать диагноз. Именно поэтому в каждой клинике необходимо иметь специалистов, владеющих навыками проведения лапароскопических операций, что позволит избежать врачебных ошибок и улучшить качество жизни детей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горелов АВ, Усенко ДВ. Ротавирусная инфекция у детей // *Вопросы современной педиатрии*. 2008;7(6):72–78. [Gorelov AV, Usenko DV. Rotavirus infection in children. *Current Pediatrics*. 2008;7(6):72–78. (In Russ).]
2. Куличенко ТВ, Бакрадзе МД, Патрушева ЮС. Острая инфекционная диарея у детей // *Педиатрическая фармакология*. 2009;6(3):97–103. [Kulichenko TV, Bakradze MD, Patrusheva JS. Acute infectious diarrhea in children. *Pediatric Pharmacology*. 2009;6(3):97–103. (In Russ).]
3. Карасёва ОВ, Рошаль ЛМ, Брянцев АВ, и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // *Детская хирургия*. 2007;3:23–27. [Karaseva OV, Roshal LM, Bryantsev AV, et al. Treatment of appendicular peritonitis in children. *Pediatric Surgery*. 2007;3:23–27. (In Russ).]
4. Дронов АФ, Поддубный ИВ, Дедов КА, и др. Видеолaparоскопические операции в неотложной детской хирургии // *Детская хирургия*. 2000;4:15–17. [Dronov AF, Poddubny IV, Dedov KA, et al. Videolaparoscopic operations in the Emergency Children's Surgery. *Pediatric Surgery*. 2000;4:15–17. (In Russ).]
5. Коровин СА, Соколов ЮЮ. Лапароскопия при лечении детей с острым аппендицитом и перитонитом // *Русский медицинский журнал*. 2011;22:20–22. [Korovin SA, Sokolov YY. Laparoscopy in the treatment of children with acute appendicitis and peritonitis. *Russian Medical Journal*. 2011;22:20–22. (In Russ).]

6. Гумеров АА, Миронов ПИ, Викторова ТВ, Викторова ТВ. Метаболические и иммунологические изменения при аппендикулярном перитоните у детей, осложненном полиорганной недостаточностью // *Вестник хирургии*. 1997;5:61–64. [Gumerov AA, Mironov PI, Viktorov VV, Viktorova TV. Metabolic and immunological changes in appendicular peritonitis, complicated with multiple organ failure in children. *Surgery Newstetter*. 1997;5:61–64. (In Russ).]
7. Крйгер ДГ, Федоров АВ, Воскресенский ПК, Дронов АФ. *Острый аппендицит*. — М.: Медицина. 2007. — С. 92–93. [Krieger DG, Fedorov AV, Voskresenskii PK, Dronov AF. *Acute appendicitis*. Moscow: Medicine; 2007. pp 92–93. (In Russ).]
8. Фёдоров ВД, Гостищев ВК, Ермолов АС, Богницкая ТН. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // *Хирургия*. 2000;4:58–62. [Fedorov VD, Gostishev VK, Ermolov AS, Bognitskaya TN. Modern views on the classification of peritonitis and the systems of assessment the patients' conditions. *Surgery*. 2000;4:58–62. (In Russ).]
9. Щитинин ВЕ, Коровин СА, Дворовенко ЕВ. Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните у детей // *Детская хирургия*. 2000;4:13–15. [Schitinin VE, Korovin SA, Dvorovenko EV. Surgical tactics in appendicular peritonitis in children. *Pediatric Surgery*. 2000;4:13–15. (In Russ).]