

# Трудности дифференциальной диагностики острой кишечной инфекции и острого аппендицита у ребенка раннего возраста

Доцент **ОСТРОВСКИЙ И.М.**

Профессор **ПРОХОРОВ Е.В.**

кафедра педиатрии №1

➤ Дифференциальная диагностика острой хирургической патологии, в частности, острого аппендицита, в раннем детском возрасте сопряжена со значительными трудностями в связи с наличием заболеваний, которые клинически проявляют себя идентично. В первую очередь - это острая кишечная инфекция. Общность клинической картины и лабораторных данных этих заболеваний является причиной возникающих трудностей в верификации диагноза и выборе адекватной тактики ведения больного.

- Острый аппендицит - одна из самых частых причин неотложных оперативных вмешательств, которые выполняются на органах брюшной полости у детей. преимущественно наблюдается в возрасте после 7 лет, у детей до 3 лет частота его возникновения не превышает 8%.  
Напротив, острая кишечная инфекция в этом возрасте встречается значительно чаще.

- По данным Европейского общества и Европейского общества педиатрических инфекционных, на одного ребенка до 3 лет в среднем приходится от 0,5 до 1,9 эпизодов острой диареи в год. Клинико-лабораторные данные при этих заболеваниях во многом идентичны. Общими признаками являются: разжижение и учащение стула, боль в животе, тошнота, рвота, интоксикация и изменения в периферической крови.

- Практический врач, как правило, предполагает острую кишечную инфекцию, а не острый аппендицит, что может пролонгировать выполнение оперативного вмешательства, увеличивая риск развития такого серьезного осложнения, как аппендикулярный перитонит, который при несвоевременной диагностике острого аппендицита развивается в 8 – 10% всех случаев, причем у детей первых 3-х лет в 4-5 раз чаще, чем у старших.

- Идентичность клинической картины ОКИ и аппендицита определяется анатомо-физиологическими особенностями и особенностями реакции детского организма на воспаление. У детей зачастую не происходит отграничение воспалительного процесса в червеобразном отростке, и это обстоятельство предопределяет появление признаков, которые клинически имитируют острую кишечную инфекцию

- Подобное сходство симптомов существенно затрудняет дифференциальную диагностику, и лишь утяжеление состояния, несмотря на антибактериальную терапию, появление отчетливых перитонеальных знаков и данные дополнительных методов исследования позволяют верифицировать правильный диагноз.

- В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни Макара Х., 2-х лет. Первые жалобы – на разжиженный стул до 3-х раз после погрешности в диете. На 3-й день состояние ухудшилось - появилась фебрильная лихорадка, обильный, водянистый стул до 7-ми раз в сутки. Педиатром назначены цефтриаксон и энтерол. На этой терапии нормализовалась температура тела, стул приобрел кашицеобразный вид, наблюдался реже (1 – 2 раза в сутки).



- На 9-й день состояние вновь ухудшилось, выросла вялость, появились боли в животе, отказ от еды, позывы на рвоту, жидкий с зеленью и слизью стул, субфебрильная лихорадка. С целью обследования и лечения, с диагнозом «Острая кишечная инфекция, острый аппендицит?» госпитализирован в инфекционно-боксированное отделение РДКБ.

При поступлении состояние тяжелое, обусловлено интоксикацией и диспепсией. В крови снижен уровень гемоглобина и эритроцитов, соответственно 107 г/л и 3,7 Т/л; СОЭ повышена до 13 мм/ч; выражен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (лейкоцитов - 14,9 Г/л, палочкоядерных – 36%, сегментоядерных – 47%).

Консультирован хирургом, взят под динамическое наблюдение, рекомендовано проведение УЗИ червеобразного отростка.

Заключение УЗИ органов брюшной полости: эхографические признаки пареза кишечника, перитонита.

Выполнить оперативное вмешательство в ургентном порядке.

Операция: лапаротомия, аппендэктомия, резекция сальника, дренирование брюшной полости.

Диагноз: острый аппендицит, перфоративная форма. Разлитой гнойный перитонит.

Особенностью случая явился дебют в виде симптомов острой кишечной инфекции (учащенный обильный водянистый стул), которые, несмотря на проводимое лечение, полностью не были купированы. В последующем стул изменил свой характер на жидкий с патологическими примесями в виде зелени и слизи. Подобные изменения стула не свойственны типично протекающему острому аппендициту, что вполне оправдывает некоторую пролонгацию оперативного вмешательства. Также, несмотря на глубину морфологических изменений, обнаруженных во время операции, своевременную диагностику затруднило отсутствие перитонеальных знаков, указывающих на аппендицит и перитонит.

Вышесказанное подтверждает актуальность слов И.И.Грекова о том, что острый аппендицит - это хамелеоноподобное заболевание: его не находят там, где предполагают, и, наоборот, находят там, где о нем совсем не думают [4]. В настоящее время доступность УЗИ существенно облегчает диагностику острого аппендицита, а его более широкое использование позволит снизить показатели летальности

Спасибо за внимание!

