



**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»**



# **ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК МАСКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

## **ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**



**ассистент кафедры педиатрии №1,  
к.м.н. Толченникова Елена Николаевна**



## **Острая кишечная инфекция - проблема педиатрической практики в раннем детском возрасте.**

- По данным Европейского общества гастроэнтерологов (ESPGHAN) и Европейского общества педиатрических инфекционных заболеваний (ESPID), на одного ребенка **до 3 лет** в среднем приходится от 1 до 2-х эпизодов острой диареи в год, которые констатируются как ОКИ!
- От острой диареи в мире погибают от 2 до 5 млн детей в год.
- Дети раннего возраста переносят ОКИ тяжелее остального контингента детей.



***Острый аппендицит* -  
самая частая причина  
неотложных оперативных  
вмешательств на органах брюшной  
полости у детей.**

**Может возникнуть в любом возрасте,  
включая новорожденных**

**Преимущественно наблюдается в возрасте  
после 7 лет**

**У детей до 3 лет частота возникновения не  
превышает 8%.**

**Пик заболеваемости приходится на возраст  
9 - 12 лет**

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Острый  
аппендицит

- 7-12 %

Острая  
кишечная  
инфекция

- 60-70 %



**ЧТО ЖЕ ОБЪЕДИНЯЕТ**

**ЭТИ**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ?**

# Клинические проявления



Частый жидкий  
стул

Интоксикация

**ОБЩИЕ**

Боль в животе,  
тошнота, рвота

Изменения в  
периферической  
крови



# Идентичность клинических проявлений

```
graph TD; A([Идентичность клинических проявлений]) --> B[Трудность диагностики]; A --> C[Пролонгация оперативного вмешательства]; A --> D[Риск развития осложнений];
```

Трудность  
диагностики


Пролонгация  
оперативного  
вмешательства

Риск развития  
осложнений


# Идентичность клинической картины острого аппендицита и ОКИ у детей раннего возраста обусловлена:

Особенностями реакции детского организма на воспалительный процесс

Анатомо-физиологическими особенностями илеоцекальной области и брюшной полости.

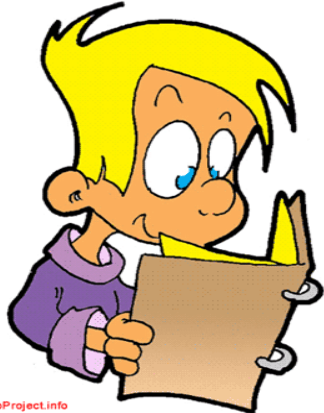


У детей зачастую не происходит отграничение воспалительного процесса в червеобразном отростке



Появление признаков, которые клинически имитируют острую кишечную инфекцию!





**Актуальность** проблемы :  
высокий риск развития  
**аппендикулярного перитонита!**

**Вероятность развития такого грозного осложнения очень высока!!!**

При несвоевременной диагностике острого аппендицита, развивается в 8 – 10% всех случаев заболевания, причем у детей первых **3-х лет** в 4-5 раз чаще, чем в более старшем возрасте

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

## Острый аппендицит

- Первый признак—боль в животе, затем присоединяются диспептические расстройства
- Признаки токсикоза, рвота быстро нарастают
- Отмечается мышечное напряжение при пальпации живота

## Острая кишечная инфекция

- Первый признак—диспептические расстройства; боль в животе появляется позже, носит приступообразный характер
- Рвота приносит облегчение
- Даже на фоне тяжелой интоксикации живот при пальпации мягкий с непостоянным мышечным напряжением или определяется разлитая болезненность

# ДИАГНОСТИКА

## Основные:

1. Клинические признаки
2. Лабораторные данные (исследование маркеров воспаления в динамике)

## Дополнительные:

1. Ультразвуковое исследование
2. Компьютерная томография
3. «Золотой стандарт» решения проблемы  
– лапароскопия

# Ошибки диагностики

## Причины постановки неправильного диагноза у детей раннего возраста

1. Отсутствие патогномоничных признаков острого аппендицита
2. Нетипично локализованная боль в животе или неспособность ребенка раннего возраста правильно указать локализацию боли
3. Наличие общих для острого аппендицита и острой кишечной инфекции клинических проявлений



При острой кишечной инфекции –  
напрасное хирургическое вмешательство

При остром аппендиците –  
развитие осложненных форм, эндотоксический шок,  
полиорганная недостаточность.

# Инфекционно-боксированное отделение РДКБ ( 2020 год)

- Острый аппендицит и ОКИ - 233 детей
- Прооперировано - 21 детей
- Дети дошкольного возраста - 10%



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ребенок Макара Х. , 2 года

**Первые жалобы** - 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.

**Консультирован** педиатром, бак. посев кала не проведен, назначена антимикробная терапия, в т.ч. цефалоспорин третьего поколения и пробиотики-деконтаминанты (энтерол).

**На этой терапии** нормализовалась температура тела, стул приобрел кашицеобразный вид, наблюдался реже (1 - 2 раза в сутки).



На 9-й день состояние 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 -
1. Уровень гемоглобина и эритроцитов, соответственно 107 г/л и 3,7 Т/л
  2. Нейтрофильный лейкоцитоз ( 14,9г /л), палочкоядерных - 36%, с/я - 47%)

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

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

**Принято решение выполнить оперативное вмешательство в ургентном порядке!**



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

**Диагноз:** Острый аппендицит,  
перфоративная форма. Оментит.  
Разлитой гнойный перитонит.

## ОСОБЕННОСТЬ СЛУЧАЯ:

- 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!



# ВЫВОДЫ

- Ребенок с абдоминальным синдромом при сомнительном диагнозе подлежит круглосуточному совместному наблюдению хирурга и педиатра (детского инфекциониста).
- Необходим динамический лабораторный контроль маркеров воспаления.
- Расширение показаний для диагностической лапароскопии в сомнительных случаях.

# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

## БЕРЕГИТЕ СЕБЯ И СВОИХ БЛИЗКИХ!

