

возраст ребенка старше 10 лет. В катамнезе все дети чувствуют себя хорошо, болевой синдром купировался, акт дефекации самостоятельный, вегетативные и соматические расстройства не беспокоят.

Заключение. Таким образом, индивидуальный подход к лечению мегадолихоколон и тщательная реабилитация больных позволяет достигнуть неплохих результатов и ранней социальной реабилитации.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Т.К. Куканов

Медицинский университет Астана, Астана, Республика Казахстан

Актуальность темы: Вопросы профилактики и лечения гинекологической патологии у девочек имеют важное социальное значение, поскольку успешное их решение улучшает репродуктивную функцию подрастающего поколения

Цель. Разработать алгоритм диагностики и лечения пельвиоперитонитов у детей.

В клинике детской хирургии МУА, расположенной на базе ГДБ №2 г. Астаны, с 2000 по – 2008 гг. находились на лечении 74 девочки с пельвиоперитонитом. В возрасте до 3 лет - 4 ребенка (5,4%), 4-7 лет - 29 детей (39,1%), 8-11 лет - 30 детей (40,5%), 12-14 лет - 11 девочек (14,8%). Возрастной контингент детей - от 4-11 лет. Состояние пациентов в большинстве случаев средней степени тяжести, начало заболевания острое, внезапное, с повышением температуры тела от 37,1-38 градусов. Беспокоят боли в нижних отделах живота, в большинстве случаев симптомы раздражения брюшины положительные, напряжение мышц передней брюшной стенки наблюдается не всегда или маловыражено. Характерны изменения анализа крови: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево. При УЗИ брюшной полости определяется наличие свободной жидкости в полости малого таза. Анализ клинических проявлений показал, что клиническая картина пельвиоперитонита позволила заподозрить заболевание у 53 детей (71,6%). Токсическая форма пельвиоперитонита наблюдалась у 1 ребенка (1,3%). Проведенный анализ общего анализа крови показал, что повышенное содержание лейкоцитов палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов и их сочетание, характерное для пельвиоперитонита, наблюдалось у 58 детей (78,3). Клиническая картина в сочетании с характерными изменениями в общих анализах крови, позволяющих заподозрить пельвиоперитонит, - у 57 детей (77,0%). Лапаротомия с аппендэктомией произведена у 22 (29,7%), лапароскопия и санация брюшной полости без аппендэктомии - у 52 детей (70,2%). В настоящее время всем девочкам с диагнозом аппендицит или при подозрении на пельвиоперитонит производится лапароскопия. В послеоперационном периоде назначают антибактериальную терапию, физиолечение, магнитотерапию, бакпосев из влагалища. Послеоперационный период протекал гладко, все дети на 6-7 сутки выписывались из стационара под наблюдение детского гинеколога.

Выводы: для постановки правильного диагноза необходима правильная интерпретация клинических данных и общего анализа крови. У всех девочек, поступивших с диагнозом острый аппендицит, пельвиоперитонит, оперативное лечение надо начинать с лапароскопии и санации полости малого таза, аппендэктомия проводится по показаниям.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НА ФОНЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

А.В. Лиховид, Ранджит Абхиджай

Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

Практически все существующие виды паразитирующих в кишечнике человека червей могут встречаться в червеобразном отростке. Доказать непосредственную связь между паразитарными заболеваниями кишечника и острым аппендицитом представляется весьма сложным, но выявить частоту их сочетания возможно и необходимо, т. к. отрицать возможную этиопатогенетическую связь нельзя. До настоящего времени сохраняется тенденция к увеличению числа наблюдений больных детей, страдающих различными формами острого аппендицита в сочетании с вирусными, бактериальными инфекциями, а также кишечными паразитами. Подобные варианты сочетаний в известной мере изменяют течение клинической картины острого аппендицита у детей различных возрастных групп и требуют строго дифференцированного подхода.

Цель работы: показать частоту и особенности клинического течения острого аппендицита у детей с различными паразитарными заболеваниями кишечника.

Материал и методы. Проведен клинический анализ историй болезни детей, поступивших в Морозовскую ДКБ города Москвы с подозрением на острый аппендицит в период 2006-2008 гг.

Результаты. В 3-е экстренно-гнойное отделение МДГКБ поступило 2798 детей с подозрением на острый аппендицит, из них прооперировано по поводу острого аппендицита 735 детей; из них у 128 - гистологически установлена катаральная форма. Среди прооперированных детей в результате обследования в 17 случаях было выявлено паразитарное заболевание кишечника. У большинства пациентов в анамнезе имелись жалобы на различные диспептические расстройства: боли в животе различной локализации в течение длительного времени, расстройства стула, изменения аппетита. У части больных в общем анализе крови обнаружена эозинофилия. Обследование включало в себя анализ кала на яйцеглист и ультразвуковое обследование брюшной полости. В 12 случаях выявлен энтеробиоз, в 5 - аскаридоз. В результате гистологических исследований паразиты в червеобразном отростке были обнаружены только при катаральных формах аппендицита. Дети с паразитарными заболеваниями кишечника получали соответствующее этиотропное лечение.

Выводы. 1. Острый аппендицит сочетался с паразитарными заболеваниями кишечника в 7% случаев, что подтверждает необходимость помнить о возможности сочетания данных патологий и их вероятной этиопатогенетической связи. 2. Чаще всего катаральный аппендицит сочетался с энтеробиозом (9,3% случаев), затем - с аскаридозом (3,9% случаев). 3. В большинстве случаев при постановке диагноза следует иметь в виду, что наличие в анамнезе длительных диспептических расстройств может указывать на паразитарное заболевание. 4. При гистологическом исследовании червеобразного отростка, как правило, паразиты были обнаружены при катаральных формах аппендицита.