

А.В. Пирогов¹, И.Н. Довгай¹, Г.Р. Сагитова², С.В. Чукарев¹

АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫЙ ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

¹ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н.Силищевой», г. Астрахань

²ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Несмотря на известность клинических и параклинических признаков воспаления червеобразного отростка, проблема остается актуальной в детской хирургической и педиатрической практике. Сложности чаще всего возникают при аномальном расположении аппендикса. Эти случаи редкие, но за ними стоит здоровье ребенка. Именно поэтому необходимо вновь и вновь акцентировать значимость этой патологии, как для педиатра, так и для хирурга. В статье приводится такой клинический случай.

Ключевые слова: дети, аппендицит, аномалия расположения.

A.V. Pirogov, I.N. Dovgay, G.R. Sagitova, S.V. Chucarev

ABNORMAL LOCATION OF APPENDIX (PRACTICAL CASE)

The problem of appendix is still actual in children's surgical and pediatric practice despite the popularity of clinical and paraclinical features of its inflammation.

The difficulties may often be met in case of abdominal location of appendix. These cases are rare but they are connected with children's health. It is that fact to be paid attention to for pediatrician and surgeon. Such case is described in the article.

Key words: children, appendicitis, abnormal location.

Воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендицит) – самое распространенное хирургическое заболевание живота у детей, приводящее к необходимости экстренного оперативного вмешательства. Аппендицит может возникнуть у ребенка любого возраста, даже у грудного и новорожденного. Тем не менее, в первые два года жизни аппендицит встречается достаточно редко. В последующие годы частота заболевания нарастает, достигая пика в возрасте 9-12 лет. Общая заболеваемость аппендицитом составляет от 3 до 6 случаев на 1000 детей. Девочки и мальчики болеют одинаково часто [3].

Клиническая картина заболевания у детей младшего возраста характеризуется преобладанием общих неспецифических симптомов над местными. Клиническая картина острого аппендицита у детей старшего возраста более отчетлива и складывается из основных признаков, выявляемых из анамнеза: боль в животе, повышение температуры тела, рвота, иногда нарушение функций кишечника [3]. Диагностика заболевания обычно не вызывает трудностей.

Кардинальным образом все меняется при атипичной локализации червеобразного отростка (15% больных). Возникают дополнительные симптомы, обусловленные вовлечением в воспалительный процесс органов брюшной полости [3].

Так, при низком (тазовом) расположении червеобразного отростка боль обычно локализуется над лоном или несколько правее, чаще носит схваткообразный характер и иногда сопровождается тенезмами. В таких случаях возможно появление жидкого стула. При выраженном вторичном проктите каловые массы могут иметь вид «плевков» слизи, иногда даже с примесью небольшого количества крови. Возможно также частое болезненное мочеиспускание [3]. При этой форме аппендицита в анализах мочи нередко выявляются лейкоциты, эритроциты и плоский эпителий, появляющиеся вследствие перехода воспаления на мочевой пузырь. В копрограмме находят большое количество слизи, лейкоцитов, эритроцитов [2].

При ретроцекальном (внутрибрюшинном) расположении напряжение мышц передней брюшной стенки и боль при пальпации значительно меньше, чем при типичном расположении отростка [3].

При забрюшинном ретроцекальном аппендиците выявляются особенности клинической картины: так, боль обычно начинается в латеральной части правой подвздошной области или в правой поясничной области. Боль может иррадиировать в половые органы или по ходу мочеочника, что вызывает дизурические явления. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации на всем протяжении мягкий, малоболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В анализе мочи нередко выражена лейкоцитурия. Клинические проявления при левостороннем аппендиците подобны таковым при правостороннем расположении червеобразного отростка. Но локализация боли в левой половине живота отвлекает мысль врача от диагноза «острый аппендицит» [2].

Подпеченочный аппендицит начинается с боли в области правого подреберья, частой и многократной рвоты. Отмечается резкая болезненность при осторожном поколачивании по правой реберной дуге. Пальпация правого подреберья болезненна. Там же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Вследствие резкой болезненности край печени не определяется. Правая подвздошная область свободна и безболезненна. У некоторых детей появляется легкая иктеричность кожи и слизистых оболочек. Эта форма аппендицита распознается обычно в поздние сроки, когда возникают перитонеальные симптомы [2].

Значительно меняется течение заболевания, развившегося на фоне применения антибиотиков. Клинические признаки острого аппендицита становятся менее выраженными. Важно иметь в виду, что уменьшение остроты клинических проявлений у этого контингента больных не всегда свидетельствует о купировании деструктивного и гнойного процесса, у этой группы пациентов часто образуются аппендикулярные абсцессы [4].

Диагностика острого аппендицита у детей порой не проста и требует от хирурга применения всех усилий, опыта и знаний, поэтому у каждого ребенка с болью в животе и отсутствием в анамнезе аппендектомии следует подозревать аппендицит [1].

В качестве иллюстрации приводим пример из нашей практики.

В приемное отделение областной детской клинической больницы поступила девочка 2002 года рождения (6 лет) с жалобами на непостоянные боли в животе, рвоту, повышение температуры тела.

Из анамнеза жизни: ребенок рожден от II беременности, II срочных родов с массой тела 3100 г, рост – 49 см. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профилактические прививки по календарю. Медикаментозной аллергии нет. Эпидемиологический анамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, ангина. Гемотрансфузий до настоящего времени не было.

Из анамнеза заболевания: ребенок заболел 4 дня назад, когда появилась боль в животе, неоднократная рвота. Утром следующего дня отмечено повышение температуры тела до 38°C. В тот же день ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с подозрением на острый аппендицит.

Параклинические данные обследования: в гемограмме лейкоциты – $17,5 \times 10^9$ /л; общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, эритроциты – 0-1-2 в поле зрения; анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2750 в 1 мл мочи, эритроциты – 8250 в 1 мл мочи.

Назначена антибактериальная терапия (ампициллин), спазмолитики (но-шпа).

В ходе наблюдения острая хирургическая патология была исключена, ребенок направлен в ОДКБ им. Н.Н. Силищевой с диагнозом: острый пиелонефрит. При поступлении состояние расценено, как средней тяжести: температура тела 38,5°C, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык обложен белым налетом, влажный. ЧДД – 24 в 1 мин. Перкуторно – в легких ясный легочный звук. Аускультативно: дыхание переходного типа, хрипы не выслу-

шивались. Границы относительной сердечной тупости – в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110 уд./мин, АД 95/45 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области, а также напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Пастернацкого «положительный» с обеих сторон. Симптомы раздражения брюшины положительные. Микция безболезненная, достаточная. Стул самостоятельный.

Ребенка осмотрел хирург. С подозрением на острый аппендицит ее госпитализируют в хирургическое отделение.

Эхографически в тот же день справа от пупка визуализировался конгломерат размера 5,0×3,3 см, который образован петлями кишечника и правым яичником. Не исключался перекрут яичника. Червеобразный отросток не визуализировался достоверно. Полостная система почек не расширена, стенки утолщены (больше справа). В общем анализе крови: эритроциты – $3,98 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 132 г/л; ЦП – 0,99; лейкоциты – $20,9 \times 10^9/л$: палочкоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 63 г/л, креатинин – 82,3 мкмоль/л, мочевины – 6,8 мкмоль/л, АлАТ – 0,68 мккатал/л, глюкоза крови – 4,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок – отсутствует, ацетон – ++; лейкоциты – 1-2-1 в поле зрения; эритроциты – 8-12-15 в поле зрения, оксалаты – в небольшом количестве.

В этот же день после предоперационной подготовки девочка прооперирована.

В ходе операции при выведении в рану слепой кишки вскрылся абсцесс, располагавшийся в подпеченочном пространстве, состоящий из купола слепой кишки, червеобразного отростка, нижней поверхности печени, задней париетальной брюшины. Выделилась жидкость до 30 мл, с резким ихорозным запахом, которая удалена отсосом.

Патологогистологическое заключение: флегмонозный аппендицит с периаппендицитом и участками некроза.

Назначено лечение: инфузионная терапия, комбинированная антибиотикотерапия: вифен, гентамицин, трентал, гепарин, витамины С, В₁, В₆, В₁₂, переливалась плазма.

На 6 день после операции отмечался подъем температуры тела до 38,7°C, жалобы на боли в послеоперационной ране. Аускультативно: справа в нижних отделах ослабленное дыхание, хрипы не выслушивались, ЧДД – 30 в 1 мин. В гемограмме: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 116 г/л; лейкоциты – $29 \times 10^9/л$: нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 27%; СОЭ – 21 мм/ч. Эхографически лоцировался небольшой объем гомогенной жидкости в правой плевральной полости. На рентгенограмме органов грудной клетки – в правом легком в нижней доле инфильтрация с реакцией костальной плевры. Лечение было скорректировано.

В динамике состояние значительно улучшилось, в том числе и по показателям параклинических методов исследования. На рентгенограмме органов грудной клетки положительная динамика: в правом легком инфильтрация и плевральные наслоения значительно уменьшились. Эхографически гипоехогенное образование под диафрагмой уменьшилось в размерах 3,6×1,5 см. Швы сняты на 9 сутки, рана зажила вторичным натяжением. Девочка была выписана с рекомендациями на период амбулаторного наблюдения.

Таким образом, приведенный клинический случай указывает на необходимость настойчивости педиатров в вопросах острой патологии органов брюшной полости. А, именно, редкость случаев аномального расположения червеобразного отростка стирает типичную картину острого аппендицита. В данном случае девочка заболела остро, абдоминалгии, признаки эндогенной интоксикации, активность воспалительного процесса по лабораторным данным сохранялись на протяжении 4 дней. Назначенное в районной больнице лечение несколько купировало боль. Диагноз острой хирургической патологии нельзя было снимать. Выявленная в моче протеинурия, эритроцитурия свидетельствовали о вторичном поражении почек по типу тубулоинтерстициального нефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. В 3 томах. Т. 2. – СПб.: Пит-Тал, 1997. – 392 с.
2. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. Реководство для врачей. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 464 с.
3. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1168 с.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.

Пирогов Александр Владимирович, хирург ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н.Силищевой», г. Астрахань

Довгай Ираида Николаевна, заведующая приемно-диагностическим отделением ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н.Силищевой», г. Астрахань

Сагитова Гульнара Рафиковна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой детских болезней ФПО ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, E-mail: agma@astranet.ru

Чукарев Сергей Владиславович, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Н.Силищевой», г. Астрахань