



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**II ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»**

18-19 ЛЮТОГО 2021 РОКУ



М. ЗАПОРІЖЖЯ

УДК 614.253:17.021.3](063)

З-41

Редколегія:

Боярська Л. М. – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, кандидат медичних наук, професор;

Утюж І. Г. – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ, доктор філософських наук, професор;

Котлова Ю. В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ;

Сенетий Д. П. – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Мегрелішвілі М. О. – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Касаткіна К. А. – викладач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

Збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (18-19 лютого 2021 року). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 180 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

2. Добровольська К. В. Формування професійної самосвідомості студентів медичних ВНЗ як педагогічна проблема. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія.* 2015. Випуск 44. С. 132 – 136.

3. Эриксон Э. *Идентичность: юность и кризис: учеб. пособие.* 2 изд. М.: Флинта, 2006. 341 с.

4. *Педагогика и психология высшей школы: учеб. пособие.* / Отв. ред. М. В. Буланова-Топоркова. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 544 с.

5. *Философия: Энциклопедический словарь* / под ред. А. А. Ивина. М.: Гардарики, 2004. 1072 с.

6. Шнейдер Л.Б. *Профессиональная идентичности: теория, эксперимент, тренинг* [учебное пособие]. М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2004. 600 с.

УДК 616.346.2-002-036.1-053.2-084

ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ

*Корнієнко Г. В., к.мед.н., асистент кафедри дитячих хвороб,
Дмитряков В. О., д.мед.н., професор кафедри дитячих хвороб,
Запорізький державний медичний університет*

Анотація. Проведено аналіз пізнього (після 24 годин) надходження дітей з гострим апендицитом до хірургічного стаціонару. Затримка з госпіталізацією у більшості випадків (76% – 418 хворих) була з вини батьків дитини, а в решті випадків – з вини медичних працівників. Зроблено детальний аналіз помилок діагностики гострого апендициту з цих обставин і намічені шляхи профілактики його ускладнень.

Ключові слова: діти, апендицит, профілактика.

PROGRAM FOR THE PREVENTION OF COMPLICATIONS OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Kornienko G. V., Dmitryakov V. O.

Abstract. An analysis of late (after 24 hours) admission of children with acute appendicitis to a surgical hospital. Delay in hospitalization in most cases (76% – 418 patients) was the fault of the child's parents, and in other cases – through the fault of medical workers. A detailed analysis of errors in the diagnosis of acute appendicitis with these circumstances and the planned ways to prevent its complications.

Key words: children, appendicitis, prevention.

Всі хірургічні захворювання у дітей можна розділити на дві великі групи: ургентні хірургічні захворювання і планові хірургічні захворювання. Цей поділ має право на життя з зв'язку з різною терміновістю по наданні хірургічної допомоги дітям.

Ургентні хірургічні захворювання потребують максимально швидкої (ургентної) хірургічної допомоги і затримка з її наданням несе загрозу здоров'ю чи, навіть, життю дитини. Наприклад, кровотеча з великої судини при механічній травмі. Гострий апендицит також є ургентним захворюванням,

несвоєчасне лікування якого призводить до розвитку деструктивних змін в червоподібному відростку, що завершується смертельно загрозливим захворюванням – розлитим перитонітом.

Планові хірургічні захворювання дозволяють провести відстрочене, планове хірургічне лікування, попередньо детально обстеживши і підготувавши дитину до операції. Наприклад, неускладнена пупкова грижа.

Головний постулат профілактичної медицини свідчить: «Хворобу легше попередити, ніж вилікувати!». Виникає питання, чи можлива профілактика ургентних хірургічних захворювань у дітей, які виникають, здавалося б, «на рівному місці», абсолютно несподівано, як для батьків дитини, так і для медичних працівників.

Не вдаючись у подробиці, можна констатувати, що можливості профілактичного напряду в дитячій хірургії дуже різноманітні і залежать від нозологічної форми, віку дитини, умов її життя, характеру харчування та ряду інших факторів. Тому доцільно говорити не про профілактику хірургічних захворювань у дітей «загалом», а розглядати можливості профілактичної медицини при кожній нозологічній формі окремо, в даному випадку – при гострому апендициті.

Гострий апендицит, це найчастіше гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини у дітей. Запальний процес, який розвивається у червоподібному відростку сліпої кишки має тенденцію до неухильного прогресування і розвитку ряду ускладнень, найбільш тяжким і загрозливим з яких є перитоніт. Зважаючи на це, профілактичні заходи при цьому захворюванні повинні бути спрямовані не так на профілактику самого гострого апендициту, причини виникнення якого ще до кінця не вивчені, як на попередження виникнення загрозливих для життя ускладнень.

За даними Дніпропетровської медичної академії, спостерігається наступний розподіл частоти гострого апендициту по віковим групам: до 1 року – 0,1%; від 1 до 3 років – 6,4%; від 4 до 7 років – 23,5%; від 8 до 15 років – 70% [2, с. 229]. Як бачимо, чим менше вік дитини, тим рідше ймовірність виникнення гострого апендициту.

Існує декілька теорій виникнення гострого апендициту: інфекційна, механічна, судинна, нервово-рефлекторна, алергічна та ін. Провідне місце займає нервово-судинна теорія ((М.М. Єланський, 1952; І.В. Давидовський, 1958). Згідно цієї теорії, порушення функції шлунково-кишкового тракту (запори, проноси та ін.) призводять до дисфункції нервово-регуляторного апарату червоподібного відростка. Порушення кровотоку в ньому веде до трофічних змін, що, в свою чергу, створює умови для активізації мікрофлори та проникнення останньої в стінку червоподібного відростка. Це є причиною запальних змін, аж до деструктивних. Якщо не перервати запальний процес радикальним оперативним втручанням, все завершиться перфорацією стінки червоподібного відростка і розповсюдженням запалення за його межі.

Чисто механічні фактори також мають значення у виникненні гострого апендициту, але їх роль відносно невелика. Сюди можна віднести потрапляння в просвіт відростка калових каменів, сторонніх тіл, кишкових паразитів та ін. Відповідне значення мають вроджені індивідуальні особливості будови та розташування червоподібного відростка, його звуження, перегини.

Прогноз при гострому апендициті, в переважній більшості випадків, сприятливий. Летальність у дітей, у випадку розвитку загрозливих для життя ускладнень, складає біля 0,1-0,3%. Її причиною, в першу чергу, є апендикулярний перитоніт, який виникає у випадку несвоєчасної діагностики гострого апендициту. Після деструктивних форм апендициту у післяопераційному періоді може виникнути також спайкова хвороба кишечника.

Слід пам'ятати, що чим менше вік дитини, тим стрімкіше будуть розвиватися деструктивні процеси у червоподібному відростку, які призводять до перфорації останнього. З іншої сторони, з маленьким пацієнтом важче налагодити контакт і атипова клініка гострого апендициту у нього зустрічається значно частіше. Іншими словами – чим менший вік дитини, тим важча діагностика і тим менше часу у лікаря-хірурга для постановки правильного діагнозу. Тому діти з больовим синдромом в животі обов'язково повинні бути оглянуті дитячим хірургом. Про це повинні знати як батьки хворого, так і лікарі інших спеціальностей. Враховуючи загрозу діагностичної помилки у дітей молодшого віку і можливість розвитку у них тяжких ускладнень гострого апендициту, кожен дитячий хірург повинен виконувати загальноприйнятний хірургічний постулат, який свідчить: «...діти з болем в животі у віці до 3-х років обов'язково повинні бути госпіталізовані в хірургічний стаціонар». Тільки в умовах стаціонару можна впевнено підтвердити діагноз гострої хірургічної патології або виключити її.

Як показує практика, якщо «проблема» гострого апендициту вирішується протягом доби (діагностика, підготовка до операції і сама операція), то, як правило, спостерігається сприятливий перебіг післяопераційного періоду. Через тиждень, після первинного загоєння операційної рани, у задовільному стані дитина виписується додому, а через місяць забуває про перенесене захворювання.

Пізнє надходження хворого в клініку (після 24 години від початку захворювання), веде до розвитку деструктивних форм апендициту і появи найбільш загрозливого його ускладнення – перитоніту. Можна сказати, що апендикулярний перитоніт – це пізно діагностований гострий апендицит.

Як вказують наші дані, частіше (76% – 418 хворих) затримка з госпіталізацією пов'язана з пізнім зверненням батьків дитини за медичною допомогою. В інших (24% – 132 хворих) випадках хворі надходили пізно у зв'язку з помилками діагностики на догоспітальному етапі, які зроблені медичними працівниками [1, с. 40].

Причини пізнього звернення батьків дитини були наступні:

- самолікування на дому,
- звернення за медичною допомогою в парамедичні установи і до парамедиків,
- байдужість батьків до своїх дітей (асоціальні групи населення),
- соціально-економічні фактори (віддалені райони, відсутність транспорту, відсутність фінансових можливостей),
- погіршення стану хворої дитини після помилки діагностики, яку допустив медичний працівник, не насторожує батьків.

Причини помилок діагностики гострого апендициту на догоспітальному етапі, які допустили медичні працівники наступні:

- трудність діагностики гострого апендициту у дітей раннього віку,

- нечіткість клініки апендициту на тлі суміжної патології,
- лікування суміжної патології ще до виключення діагнозу гострого апендициту,
- недостатня обізнаність лікарів нехірургічного профілю з клінікою гострого апендициту у дітей,
- атиповість клініки гострого апендициту у зв'язку з атиповою його локалізацією,
- недостатня інформативність сучасних методів діагностики.

Аналіз причин пізнього надходження дітей з клінікою гострого апендициту у дитячий хірургічний стаціонар і аналіз причин допущених помилок діагностики дозволяє виробити ряд практичних рекомендацій і заходів, які можуть попередити деструктивні форми апендициту і виникнення його тяжких ускладнень.

Необхідно постійно приділяти увагу питанням санітарно-просвітницької роботи серед населення у розділі гострих хірургічних захворювань у дітей. У випадку болі в животі у дітей з невстановленим діагнозом, вони обов'язково повинні бути консультовані дитячим хірургом. Як самі дитячі хірурги, так і лікарі суміжних спеціальностей повинні постійно покращувати свої знання з питань ургентної хірургічної патології у дітей.

В даний час ми не можемо впливати на частоту виникнення гострого апендициту у різних вікових групах, але в спроможності досить ефективно попередити виникнення тяжких і загрозливих ускладнень цього захворювання.

Виходячи з викладеного, можна рекомендувати наступні профілактичні заходи при гострому апендициті у дітей.

1. Правильний режим харчування і контроль регулярності фізіологічних випорожнень кишечника.
2. Своєчасна діагностика та лікування функціональних розладів шлунково-кишкового тракту.
3. Діагностика та лікування глистяних інвазій.
4. Діти з больовим синдромом в животі і невстановленим діагнозом повинні бути обов'язково консультовані у дитячого хірурга.
5. Приділяти постійну увагу питанням санітарно-просвітницькій роботі серед населення у розділі гострих хірургічних захворювань, попереджуючи самолікування на дому.
6. Покращення медичного обслуговування, включаючи хірургічну допомогу для дітей віддалених районів області.
7. Постійне підвищення рівня знань в питаннях ургентної допомоги дітям як дитячими хірургами, так і лікарями суміжних спеціальностей (педіатри, сімейні лікарі, лікарі швидкої медичної допомоги). Акцент при цьому необхідно робити на дітях раннього віку.
8. Пошук нових і вдосконалення старих методів діагностики гострого апендициту у дітей.

Список використаних джерел:

1. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (Київ, 22-23 листопада 2012 р.) *Актуальні питання лікування дітей з хірургічною патологією* / Корниенко Г.В., Дмитряков В.А., Копылов Е.П. О причинах поздней диагностики острого аппендицита у детей // *Хірургія дитячого віку*. Київ. 2012. С. 39-40.
2. Сушко В.І., Кривченя Д.Ю. *Хірургія дитячого віку* (базовий підручник). Київ: «Медицина», 2009. С. 228-243.