

перитонита, 2 (28,6 % ДИ 0,0-62,1) – местного неотграниченного, у одного ребенка (14,3 % ДИ 0,0-40,2) разлитой перитонит. Частота встречаемости выше у мальчиков в 1,3 раза.

Выводы. При остром аппендиците частота возникновения перитонита выше в возрастных группах 1-4 года и 10-14 лет, где гендерно преобладают мальчики (в 2 и 8 раз соответственно).

1. Диагноз «Перитонит» перед оперативным вмешательством установлен только у 6 (18,8 % ДИ 5,3-32,3) детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Predictors of Complicated Appendicitis with Evolution to Appendicular Peritonitis in Pediatric Patients. / Bălănescu L, Băetu AE, Cardoneanu AM, Moga AA, Bălănescu RN. [и др.] // Medicina (Kaunas). – 2022. – Т. 59, № 1. – С. 21

2. Open versus laparoscopic treatment for pan-peritonitis secondary to perforated appendicitis in children: a prospective analysis. / Miyano G, Okazaki T, Kato Y, Marusasa T, Takahashi T, Lane GJ, Yamataka A. [and all] // J Laparoendosc. – 2010. – Т. 20, № 7. – С. 655

СТРУКТУРА ОСТРЫХ АППЕНДИЦИТОВ У ДЕТЕЙ ЗА 2022 г.

Хвисючик К. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Вакульчик В. Г.

Актуальность. Острый деструктивный аппендицит является показанием к оперативному вмешательству. Ранняя гипердиагностика, неточность постановки диагноза приводит к несовпадению клинического и патогистологического диагнозов [1,2].

Цель. Определить частоту несоответствий клинического и патогистологического диагнозов у детей, оперированных с предоперационным диагнозом «острый аппендицит», в соответствующих возрастных группах.

Методы исследования. В отделении детской хирургии на базе Гродненской областной детской клинической больницы за 2022 год у 294 пациентов с острой болью в животе и предоперационным диагнозом «Острый аппендицит» было выполнено оперативное вмешательство. У 192 (65,3 % ДИ 59,8-70,7) детей установлен диагноз «Острый деструктивный аппендицит» и произведена аппендэктомия. Доверительный интервал рассчитывался для 95 % вероятности.

Результаты и их обсуждение. Согласно патогистологическим заключениям удаленных червеобразных отростков было установлено: 9 (4,5 % ДИ 1,6-7,4) пациентов не имели деструктивных изменений в стенке отростка, следовательно, была допущена гипердиагностическая ошибка и произведена негативная аппендэктомия. Детей в возрасте меньше года не зарегистрировано. В возрастной группе 1-4 года оперировано 11 (5,7 % ДИ 2,4-8,9) детей. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 3 (27,3 % ДИ 0,97-53,6) пациентов, у 8 (72,7 % ДИ 46,4-99,0) – гангренозный аппендицит. Перфорация червеобразного отростка установлена в 5 (45,5 % ДИ 16,1-74,9) случаях. На патогистологическом исследовании установлено: у 5 (45,5 % ДИ 16,1-74,9) пациентов флегмонозный аппендицит, у 6 (54,5 % ДИ 25,1-83,9) – гангренозный. Несовпадение клинического и патогистологического диагноза зарегистрировано у 4 (36,4 % ДИ 8,0 – 64,8) пациентов. В возрастной группе 5-9 лет выполнено 67 (34,9 % ДИ 28,2-41,6) аппендэктомий. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 53 (79,1 % ДИ 69,4-88,8) пациентов, гангренозный – у 14 (21,0 % ДИ 11,2-30,8). Перфорация червеобразного отростка установлена в 4 (6,0 % ДИ 0,3-11,7) случаях. На основании патогистологического заключения установлено 56 (83,5 % ДИ 74,6-92,4) случаев флегмонозного аппендицита, 11 (16,4 % ДИ 7,5-25,3) – гангренозного. Несовпадение клинического и патогистологического диагноза отмечено у 6 (9,0 % ДИ 2,1-15,9) пациентов. В возрастной группе 10-14 лет оперировано 82 (42,7 % ДИ 35,7 – 49,7) пациента. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 66 (80,5 % ДИ 71,9-89,1) пациентов, гангренозный аппендицит – у 16 (19,5 % ДИ 10,9-28,1). Перфорация червеобразного отростка диагностирована в 6 (7,3 % ДИ 1,7-12,9) случаях. На основании патогистологического заключения установлено: 67 (81,7 % ДИ 56,8-77,2) случаев флегмонозного аппендицита, 15 (18,3 % ДИ 9,9-26,7) – гангренозного. Таким образом, у 2 (2,4 % ДИ 0,0-5,7) пациентов было отмечено несовпадение клинического и патогистологического диагноза. В возрастной группе 15-17 лет оперировано 29 (42,7 % ДИ 35,7-49,7) детей. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 21 (72,4 % ДИ 56,1-88,7) пациента, у 8 (27,6 % ДИ 11,3-43,9) – гангренозный аппендицит. Перфорация червеобразного отростка установлена в 4 (13,8 % ДИ 1,3-25,4) случаях. На основании заключения гистолога подтверждено наличие у 23 (79,3 % ДИ 64,6-94,1) пациентов флегмонозного, у 5 (17,2 % ДИ 3,5-30,9) – гангренозного, у 1 (3,5 % ДИ 0,0-10,2) ребенка – перфоративного аппендицита. Следовательно, у 6 (20,7 % ДИ 6,0-35,5) пациентов было отмечено несовпадение клинического и гистологического диагноза.

Выводы. Выводы. Большой процент несоответствий был установлен в возрастных группах 1-4 года и 15-17 лет, 36,4 % и 20,7 % соответственно. Во время оперативного вмешательства диагностируется более выраженная патология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. / Moore EE, Kelly M, Soreide K. [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2020. – Т. 15, № 1. – С. 27
2. Consensus Statement of the Italian Polyspecialistic Society of Young Surgeons (SPIGC): Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis. / Guaitoli E, Gallo G, Cardone E, [et al.] // J Invest Surg. – 2021. – Т. 34, № 10. – С. 1089–1103

ПРОБЛЕМА БЕШЕНСТВА ЖИВОТНЫХ В ШРИ-ЛАНКЕ

Хеттиараччи Сенали

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: препод. Радюк Е. В.

Актуальность. В результате контакта с инфицированными животными, ежегодно в Шри-Ланке от бешенства умирает более 100 человек, поэтому данная тема является актуальной.

Цель. Показать важность решения проблемы бешенства животных в Шри-Ланке.

Методы исследования. Анализ литературы по проблеме исследования.

Результаты и их обсуждение. Бешенство животных – большая национальная проблема в Шри-Ланке. Люди страдают как от укусов диких животных (лис, мангустов, шакалов), бродячих (безнадзорных собак и кошек), так и от домашних животных, не прошедших вакцинацию.

Бешенство – инфекционное заболевание, вызываемое вирусом *Rabies virus* [1]. Вирус бешенства передается человеку через инфицированную слюну. Особенно опасными считаются укусы в голову и кисти рук. Вирус может размножаться в мышечных клетках в месте внедрения, проникать в центральную нервную систему, сердце, надпочечники, включая слюнные железы.

У инфицированного человека на начальной стадии наблюдается высокая температура, головная боль, слабость, может быть тошнота и рвота. На более поздних стадиях у больного отмечаются резкие движения, неконтролируемое возбуждение, гидрофобия и, наконец, смерть из-за дыхательной недостаточности.

Если человек подвергся укусу больного животного, необходимо срочно обратиться в медицинское учреждение, чтобы пройти курс вакцинации против бешенства.