

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА Л. ТРЕХ ЛЕТ С ЧАСТИЧНЫМ ПЕРЕКРУТОМ ЛЕВОГО ЯИЧНИКА

Солдатова Д.С.¹, Ришт Д.О.²

¹ Курский государственный медицинский университет, Курск

² Курская областная детская больница №2, Курск

Диагностика «острого» живота у детей младшей возрастной группы, является самой сложной и опасной задачей, встающей перед детскими хирургами. Так же эта задача усложняется «омоложением» диагнозов не характерных в широком смысле для детского возраста. Пациентка Л. 3 лет поступила в приемное отделение КОДБ №2. Anamnesis morbi: со слов матери больна около 1,5 суток, когда стала отмечать беспокойство ребенка, выражающееся периодическим взрывным плачем, трехкратной рвотой и повышением температуры тела до 37,4°. Аппетит снижен. Стул не нарушен. Anamnesis vitae: без особенностей. При осмотре: периодическое беспокойство ребенка сменялось периодами благополучия, на осмотр реагировала негативно. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание, гемодинамика стабильные. ЧДД 23/1 мин. ЧСС 98/1 мин. Язык чистый, влажный. Живот обычной конфигурации, не вздут, при глубокой пальпации болезненный в правой подвздошной области. Симптом раздражения брюшины положительный: Щеткина-Блюмберга. Аппендикулярные: Ровзинга, Ситковского Бартолье-Михельсона сомнительные. Температура тела — 37,2°. Уровень лейкоцитов $7,4 \times 10^9/\text{л}$, без нейтрофильного сдвига. ОАМ — без патологии. После общего осмотра и лабораторных исследований была исключена острая инфекционная патология. На первое место в дифференциальной диагностике вышел острый аппендицит, из-за типичной локализации болезненности при пальпации, а также наличие положительных симптомов раздражения брюшины и трехкратной рвоты. Однако, сомнения вызывали: характер болевого синдрома — спастический, болезненность при глубокой пальпации живота и отсутствие лейкоцитоза с повышением палочкоядерных нейтрофилов.

Решающее значение имело УЗИ ОБП: со стороны паренхиматозных органов патологии не выявлено. Мочевой пузырь наполнен, выпот в малом тазу однородный анэхогенный до 5 мл высотой. При сканировании в правой подвздошной области лоцируется округлая структура, с четкими, неровными контурами, структура не однородная, за счет включения мелких анэхогенных кистозных образований до 2–3 мм — фолликулы. Строма повышенной эхогенности. Размеры образования 25×19×21мм. При доплерографии кровотоков ослаблен. Матка в виде тяжа размеры: длина 26, ширина 10мм толщина 5 мм. Левый яичник не лоцируется. Диаметр червеобразного отростка 4 мм. Заключение. частичный перекрут правого яичника.

При оперативном лечении, диагноз подтвержден: неполный перекрут правого яичника на 180 градусов. Произведена деторсия яичника, последний признан жизнеспособным.

Учитывая данный клинический опыт можно сделать вывод о многогранности заболеваний являющихся причиной синдрома «острого живота» и не соответствии возрастной нормы для тех или иных диагнозов. Частота перекрута яичников для девочек 3 лет по мнению ряда авторов составляет лишь 0,1 %. При анализе литературы в нашей стране описан случай перекрута яичника у 6 летней девочки что так же свидетельствует об «омоложении» данного диагноза.