



Глубокоуважаемый Евгений Исаакович! Еще лет 10 тому назад, не говоря о более позднем времени, когда я слышал разговоры о синдроме выгорания, сопровождающем нашу специальность, то в лучшем случае пожимал плечами. И действительно, казалось, откуда ему браться, особенно в нашей педиатрической специальности. Ведь как тогда, так и сейчас задача была и остается одна: сделать горе недействительным. Ну да, тяжелые и непонятные в плане диагноза дети были всегда. Увы, бывало, что врачи были бессильны. Но эти неудачи и сопровождающие их душевные травмы с лихвой покрывались общением с выздоравливающими ребятами, особенно когда это происходило именно благодаря твоему мастерству и знаниям. Поскольку процесс выздоровления занимает определенное время, то ежедневное общение, осмотр, соприкосновение с бархатистой кожей малыша, его интерес к тебе, прогрессирующий по мере улучшения состояния, счастливые глаза матери — это был такой эмоциональный допинг, такой стимул для настроения и чувств, что казалось — вырастают крылья. Но сейчас это происходит все реже. Получается, что прав Сократ со своим знаменитым выражением «Все проходит». Но я подумал, что это происходит еще и потому, что приходится все чаще, а иногда и исключительно смотреть детей крайне тяжелых, с запутанным диагнозом, с несколькими возбудителями, нередко со многими врожденными уродствами. Помочь таким детям невозможно даже теоретически. Сохранить жизнь сейчас, не дать умереть здесь — это возможно. Когда же не можешь помочь сохранить жизнь такому ребенку, то охватывает чувство острого стыда. Но если благодаря коллективным действиям, совместно с коллегами, удастся сохранить жизнь ребенку, то и в этом случае чувство облегчения не наступает. Глядя на такого больного, радости не испытываешь, просто понимаешь, что непоправимой беды не произошло, во всяком случае не здесь и не сейчас, но сам-то хорошо понимаешь, что она неотвратима. Конечно, такие чувства редко посещают врачей, занимающихся лечением детей путем катания на дельфинах. Но, как говорится, кесарю — кесарево. Поэтому когда направляешься в реанимационное отделение, то первое, что охватывает тебя, это чувство опасности, а наступит ли душевное облегчение после консультации — неизвестно. И такое состояние иногда длится месяцами. Тут можно поспорить с Сократом: у каждого нормального врача, пока есть такие больные, чувство успокоенности и благодущия не наступят, а значит, выгорание будет иметь материальную основу.

Все это я написал, посылая Вам случай простой и банальный, когда надо разобраться между кишечной инфекцией и хирургической патологией брюшной полости. Даже сомневался, надо ли его посылать. Сколько уже написано о подобных случаях, но и сколько пролито слез родителями, сколько врачей потом казнили себя. Вероятно, именно в обыденности таких случаев и таится опасность, которая может подстергать любого врача, независимо от его стажа и знаний.

Профессор И.В. Богадельников

УДК 616.993.161/.162-07-053.2/.6

БОГАДЕЛЬНИКОВ И.В., УСОВА С.В., ВЯЛЬЦЕВА Ю.В., БЕЗДОЛЬНАЯ Т.Н.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

НЕ ПРОМАХНИСЬ, ДОКТОР!

Резюме. Целый ряд заболеваний, особенно в начале своего развития, протекает под маской инфекционных болезней. Этому во многом способствует неспецифический характер развития симптомов, свойственных начальным проявлениям интоксикационного синдрома: повышение температуры тела, вялость, слабость, пониженный аппетит и др. Достаточно часто у детей в ответ на эти симптомы могут появиться рвота или учащенный, иногда разжиженный стул. Опасность этих состояний в том, что нередко на выяснение причин этих проявлений болезни уходит время, что позволяет истинному патологическому процессу набрать силу, что иногда делает его уже необратимым и непоправимым. В качестве примера приводим клинический случай ребенка 6 лет с флегмонозным аппендицитом.

Ключевые слова: инфекционные болезни, дифференциальная диагностика, аппендицит.

© Богадельников И.В., Усова С.В.,
Вяльцева Ю.В., Бездольная Т.Н., 2013

© «Здоровье ребенка», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Целый ряд заболеваний, особенно в начале своего развития, протекает под маской инфекционных болезней. Этому во многом способствует неспецифический характер развития симптомов, свойственных начальным проявлениям интоксикационного синдрома: повышение температуры тела, вялость, слабость, пониженный аппетит. Достаточно часто у детей в ответ на эти симптомы могут появиться рвота или учащенный, иногда разжиженный стул. Опасность этих состояний в том, что нередко на выяснение причин этих проявлений болезни уходит время, что позволяет истинному патологическому процессу набрать силу, что иногда делает его уже необратимым и, что особенно печально, непоправимым.

В качестве примера приводим следующий клинический случай.

Девочка Я., 6 лет, поступила в Республиканскую детскую инфекционную больницу 17.02.2012 г. с жалобами на рвоту до 4–5 раз в сутки, повышение температуры до 37 °С, разжиженный стул, вялость, отказ от еды, боли в животе.

Девочка заболела 16.02.2012, когда появились рвота и боли в животе. Была осмотрена детским хирургом. Данных в пользу хирургической патологии не выявлено, и ребенок был отпущен домой. На следующий день состояние девочки ухудшилось, появились вялость, слабость, многократная, более 10 раз, рвота, и она была госпитализирована в детскую инфекционную больницу. С учетом мнения хирурга был поставлен диагноз: острая кишечная инфекция, гастроэнтероколит. Ротавирусная инфекция? Ацетонемическое состояние (содержание ацетона в моче ++++).

Из анамнеза известно, что дома все здоровы, в контакте с инфекционными больными не была. Пищевой фактор родители указать не могут, но девочка пила некипяченую воду за 4 дня до заболевания, что позволяет предположить наличие пищевой погрешности. За 4 дня до заболевания ребенка семья вернулась из Таиланда.

Состояние при поступлении расценено как тяжелое, обусловленное интоксикацией, сознание ясное. Выражена бледность кожных покровов, тургор и эластичность тканей сохранены. Одышки нет. В зеве умеренная гиперемия. Катаральные явления отсутствуют. Язык влажный, обложен белым налетом. Над легкими перкуторно — легочный звук, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот доступен глубокой пальпации, болезненный в правой подвздошной области. Перистальтика усилена. Печень, селезенка не пальпируются. Стула при осмотре не было. Произведено обследование.

Общий анализ крови: Hb — 134 г/л, эритроциты — $4,45 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $11,6 \cdot 10^9$, ц.п. — 0,9, СОЭ — 5 мм/час, палочкоядерные — 18 %, сегментоядерные — 62 %, лимфоциты — 18 %, моноциты — 2 %.

Кровь на толстую каплю: паразиты малярии не обнаружены.

Общий анализ мочи: цвет с/желтый, белок — 0,066 г/л, глюкоза — отрицат., эпителий 2–4 в п/зрения, эритроциты — 0–2 в п/зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

Посев кала на кишечную группу: *P.mirabilis*.

Копрограмма: цвет коричневый, консистенция — к/образный, лейкоциты — 8–10 в п/зрения, жирные кислоты, мыла — умеренное количество, я/г — отрицат., соскоб на энтеробиоз — отрицат.

За время нахождения в стационаре проведено следующее лечение: лораксон 1,0 2 раза — 5 дней, инфузионная терапия № 3, но-шпа 1,0 в/м при болях. Сорбенты, фуразолидон, ферменты, бифиформ.

В связи с тем, что девочку беспокоили боли в животе, отмечалась повторная рвота, продолжалась субфебрильная лихорадка, она 18.02.2012 г. направлена на **повторную** консультацию к хирургу. После осмотра детского хирурга девочка вновь вернулась в инфекционный стационар. Заключение: данных в пользу острого аппендицита на момент осмотра нет. Сделано содовое орошение кишечника.

Несмотря на проводимую терапию — антибактериальные средства, инфузионная терапия, состояние ребенка оставалось тяжелым, продолжалась высокая лихорадка — 38,5–39,0 °С, появились боли в правой подвздошной области. Сохранялась тошнота и периодически рвота. В моче определялся ацетон ++++.

Такое состояние сохранялось в течение следующих трех дней. Временное улучшение наступало только после проведения инфузионной терапии.

22.02.2012 г. состояние ребенка расценено как средней тяжести. Держалась субфебрильная температура. Сохранялись боли в животе. В общем анализе крови отмечалось нарастание лейкоцитов до $16,7 \cdot 10^9$, СОЭ — до 26 мм/час. Hb — 139 г/л, эритроциты — $4,53 \cdot 10^{12}$, ц.п. — 0,9, палочкоядерные — 22 %, сегментоядерные — 49 %, лимфоциты — 24 %, моноциты — 4 %. Учитывая отсутствие улучшения состояния, сохранение интоксикационного синдрома, лихорадки и болей в животе, нарастание лейкоцитоза и СОЭ, было решено вновь направить ребенка на консультацию к детскому хирургу (**в третий раз**). После осмотра детского хирурга ребенок был прооперирован. Диагноз: флегмонозный аппендицит.

Данное заболевание протекало с симптомами, характерными для острой кишечной инфекции. Поэтому дифференциальную диагностику прежде всего необходимо было проводить с шигеллезом, сальмонеллезом, эшерихиозом, ротавирусной инфекцией, а также с инвагинацией.

Однако еще в начале заболевания целый ряд симптомов указывал на возможность хирургической патологии, и прежде всего аппендицита: заболевание началось со рвоты и болей в животе. Обращала на себя внимание упорность рвоты у

6-летней девочки, перемещение и локализация боли в животе (от болей в области пупка к правой подвздошной области). Классическим проявлением хирургической патологии в брюшной полости является нарастание лейкоцитоза, СОЭ и сдвига формулы крови влево «по часам». Поэтому в описываемом случае оперативное вмешательство на 5-й день болезни — это поздняя диагностика.

В пользу диагноза «шигеллез» свидетельствует:

- возвращение из длительного путешествия в экзотическую страну;
- употребление некипяченой воды;
- острое начало;
- многократная рвота;
- боли в животе;
- возраст ребенка 6 лет;
- симптомы интоксикации (фебрильная температура, вялость, слабость).

Против шигеллеза свидетельствует следующее:

- отсутствие контакта с поносящими больными;
- отсутствие признаков заболевания у членов семьи;
- фебрильная температура более 2 суток;
- многократная рвота больше 10 раз в сутки;
- отсутствие тенезмов и схваткообразных болей в животе перед актом дефекации и в левой подвздошной области;
- живот при пальпации не вздут, не пальпируется болезненная сигмовидная кишка;
- отсутствие колитического синдрома: часто, скудного стула с примесью зелени и слизи.

В пользу диагноза «сальмонеллез» свидетельствует:

- зимний период;
- эпидемиологический анамнез (длительное путешествие);
- возраст ребенка;
- острое начало;
- симптомы интоксикации, их упорность;
- боли в животе;
- наличие разжиженного стула.

Против сальмонеллеза свидетельствует следующее:

- девочка не употребляла в пищу мясных, молочных продуктов, яиц;
- отсутствуют нарастающие симптомы интоксикации;
- умеренные боли в животе в эпигастральной области и вокруг пупка;
- при пальпации живот не вздут, отсутствуют признаки пареза кишечника;
- стул не носит энтероколитического характера (зловонный, пенистый, цвета болотной тины, с наличием мутной слизи, прожилками крови).

В пользу диагноза «эшерихиоз» свидетельствует:

- эпидемиологический анамнез (длительное путешествие);
- острое начало;

— упорная рвота до 10 раз в сутки более 3 дней;

- наличие умеренного токсикоза;
- отсутствие фебрильной температуры на момент начала заболевания;
- боль в эпигастральной области.

Против диагноза «эшерихиоз» свидетельствует:

- отсутствие контакта с поносящим больным;
- отсутствие экзикоза, длительной диареи;
- возраст ребенка;
- отсутствие энтероколитического стула, обильного, золотисто-оранжевого цвета.

В пользу диагноза «инвагинация» свидетельствует:

- употребление в пищу экзотической пищи (девочка вернулась с родителями из Таиланда);
- острое, внезапное, без продромы начало;
- частая, упорная рвота;
- боли в животе.

Против диагноза «инвагинация» свидетельствует:

- возраст ребенка. При инвагинации болеют дети до 2 лет, чаще от 4 мес. до 1 года;
- отсутствие рвоты с примесью желчи;
- при инвагинации боли в животе приступообразные, со светлыми промежутками, вне зависимости от акта дефекации. При болях лицо бледнеет, часто возникает рвота;
- отсутствие инвагината при пальпации. Анус сомкнут;

— при инвагинации задержка отхождения стула и газов. Кровь от прожилок до сгустков с примесью кала и слизи. Стул в виде малинового желе;

— с первого дня болезни выраженные воспалительные изменения в периферической крови.

В пользу диагноза «аппендицит» свидетельствует:

- острое начало;
- упорная рвота, вначале многократная, затем 1–3 раза в день;

— боли в животе в околопупочной области, с дальнейшей локализацией в правой подвздошной области;

— нарастающие изменения со стороны анализа периферической крови: нарастающие лейкоцитоз и СОЭ, увеличивающийся сдвиг формулы влево на фоне антибактериальной терапии;

— относительное, мнимое улучшение состояния (меньше предъявляла жалоб) на фоне ухудшения объективных лабораторных показателей. В случае аппендицита это может иметь место при начале процессов локализации и отграничения воспалительного очага.

Операцию аппендэктомии у ребенка с такой клиникой заболевания на 5-й день пребывания в клинической больнице следует признать поздней, что и привело к развитию флегмонозного аппендицита.

Получено 25.04.13 □

Богадельніков І.В., Усова С.В., Вяльцева Ю.В.,
Бездольна Т.Н.
ДУ «Кримський державний медичний університет
імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

НЕ ДАЙ ПРОМАХУ, ЛІКАРЮ!

Резюме. Цілий ряд захворювань, особливо на початку свого розвитку, перебігає під маскою інфекційних хвороб. Цьому багато в чому сприяє неспецифічний характер розвитку симптомів, що властиві початковим проявам синдрому інтоксикації: підвищення температури тіла, млявість, слабкість, знижений апетит. Досить часто у дітей ці симптоми можуть провокувати блювоту або прискорений, інколи рідкий стул. Небезпека цих станів полягає в тому, що нерідко на з'ясування причин цих проявів хвороби уходить час, що дозволяє дійсному патологічному процесу набрати силу, що інколи робить його вже необоротним і невилправним. Як приклад наводиться клінічний випадок дитини 6 років з флегмонозним апендицитом.

Ключові слова: інфекційні хвороби, диференціальна діагностика, апендицит.

Bogadelnikov I.V., Usova S.V., Vyaltseva Yu.V.,
Bezdolnaya T.N.
State Institution «Crimean State Medical University
named after S.I. Georgiyevsky», Simferopol, Ukraine

DO NOT OVERLOOK A DIAGNOSIS, DOCTOR!

Summary. Some diseases, especially at the early stage of their development, mimic infectious diseases. This is mainly due to the nonspecific character of the symptoms that characterize the initial manifestations of intoxication syndrome: fever, torpidity, weakness, loss of appetite, etc. Quite often, such symptoms as vomiting or frequent bowel movements, sometimes thin stool may appear in children as a response to these symptoms. The danger of these states that it is often takes time to identify the causes of these manifestations of the disease, which allows the true pathological process to gain momentum, which sometimes makes it an irreversible and irreparable. As an example we present a clinical case of a 6-year-old child with phlegmonous appendicitis.

Key words: infectious diseases, differential diagnosis, appendicitis.