

шающие растворы, ранняя нутритивная и респираторная поддержка, сокращающих как сроки лечения, так и число осложнений.

2. Создание альтернативы гемотрансфузий полииммунной криоплазмы у пациентов с острым гематогенным остеомиелитом - применение внутривенных форм иммуноглобулинов.

3. Сокращение расходов крови и ее компонентов у пациентов с закрытой травмой живота благодаря внедрению органосохраняющих, малоинвазивных оперативных вмешательств.

4. Интерпретация количественных скачков и спадов объемов заместительной терапии у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями лежит, как правило, в пределах динамики количества поступивших пациентов. Несмотря на это, четко прослеживается следующая тенденция: выжидательная тактика, как правило, сопровождается массивной кровопотерей.

5. Растущий объем применяемых препаратов крови у пациентов с черепно-мозговой и сочетанной травмой свидетельствует не только о росте данного вида травматизма, но и подчеркивает необходимость внедрения спасающих и заместительных технологий.

## ХИРУРГИЯ

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ**

**Цап Н.А., Макаров П.А., Лобанов Ю.Я., Чукреев В.И.**

Актуальность абдоминального синдрома обуславливается его частотой. Свыше 5000 детей доставляются ежегодно в приемный покой с диагнозом «острый аппендицит».

Боль в животе у ребенка - весьма распространенный симптом многих страданий; и для клинициста на первый план выходит в данной ситуации дифференциальная диагностика острого аппендицита. Учитывая его последствия, правомерно требование ставить диагноз острого аппендицита на ранних стадиях воспаления червеобразного отростка. Но при изучении причин осложнений хирургических заболеваний, при клинической оценке историй болезни выявляется, что важное место занимает запоздалый диагноз.

Обсуждение ошибок в диагностике и лечении острого аппендицита основано на анализе клинического материала с 1997 года по 1999 год. За этот период в клинику неотложной хирургии поступило 304 ребенка с аппендикулярным перитонитом различной степени распространенности. Из них с:

- местным неотграниченным перитонитом	- 108 (35,5%)
- местным отграниченным перитонитом	- 103 (33,8%)
- разлитым перитонитом	- 65 (21,4%)
- продолженным перитонитом	
(с абсцессами, оментитом, ранней спаечной непроходимостью и др.)	- 26 (8,6%)
- прогрессирующий перитонит	- 2 (0,7%)

Цифры возрастного аспекта детей с аппендикулярным перитонитом весьма показательны. Ведь мы привыкли считать, что наибольшие трудности диагностики возникают у детей до 3-х лет. Они составили в анализируемой патологии - 11,2%,

дети от 3 до 7 лет - 19,4%,

дети от 7 до 10 лет - 26%.

дети от 11 до 14 лет - 43,4%.

Таким образом, дети старшего возраста явились основным камнем преткновения в современной диагностике.

При анализе сроков диагностики осложненного аппендицита выявлено, что у 34 детей (11,2%) перитонит развился до 24 час от начала заболевания, что свидетельствует о большой роли в патогенезе острого аппендицита склонности к гиперергическим реакциям, генерализации процесса, к прорыву иммунитета. У 113 детей (37,2%) диагноз установлен в сроки до 2 суток, у 66 больных (21,7%) - в сроки от 2 до 3 суток, у 17 детей (5,6%) в сроки от 3 до 4 суток заболевания. Более 4 суток (по нашим наблюдениям случай до 20 суток) диагностика осуществлялась у 36 детей (11,8%).

Итак, 58,9% детей с осложненным аппендицитом госпитализированы в хирургический стационар в сроки от 1 до 3 суток от начала заболевания.

С чем связаны поздние сроки госпитализации детей с болями в животе? Ведущей причиной является факт несвоевременного обращения за медицинской помощью, отказ родителей от госпитализации, и составляет 59,5%, (169) случаев. Родители этих детей чаще всего пытались лечить их самостоятельно, подозревая у них пищевое отравление, кишечную инфекцию и др., давали детям спазмолитики, ферменты, антеросорбенты. И только ухудшение состояния ребенка в результате перфорации червеобразного отростка заставляло их обратиться к врачу,

Надо отметить, что количество несвоевременных обращений уменьшилось на 4% по сравнению с периодом 1990 - 1995 годы, но проведенный анализ показал, что чем выше культурный уровень родителей, их материальная состоятельность, тем больше задержек с госпитализацией, отказов от госпитализации.

У большинства из 169 детей была типичная картина развития острого аппендицита, и при обращении к врачу в первые сутки от начала заболе-

вания возможна была своевременная операция до развития внутрибрюшных осложнений.

Данная ситуация свидетельствует о необходимости повышения уровня санпросветработы в педиатрической амбулаторной службе.

Более серьезный анализ необходим в группе детей - 115 больных (40,5%) - где были допущены диагностические и лечебно-тактические ошибки.

Острый аппендицит нередко представляет большие трудности для диагностики. Усложняет установление своевременного диагноза многое:

- вариабельность симптоматики вследствие отклонения от классической картины в виде бессимптомного течения или, наоборот, в острой форме протекающей по типу кишечной инфекции, ОРВИ, других детских инфекций, и что еще сложнее - на фоне медикаментозной терапии;
- отсутствие контакта с ребенком невропатичным или дурно воспитанным;
- диссимуляция заболевания;
- особенности обследования тучных детей, которых становится, к сожалению, не меньше, а больше; обильная подкожная жировая клетчатка усложняет выявление локальных симптомов.

Диагностические ошибки обычно обусловлены:

1. Атипичным течением заболевания.
2. Неполноценным обследованием больного, особенно детей раннего возраста.
3. Неправильной оценкой данных исследования, искаженной их интерпретацией.

Хорошими диагностами могут и должны стать не только наделенные врожденными способностями, но и все врачи без исключения, ибо клиницистов многие сотни тысяч, и больные не могут среди нас искать диагноста, талантливого от природы. Речь, стало быть, идет о профессиональной подготовке в этой области.

Диагностические ошибки участковых педиатров, врачей детских соматических и инфекционных стационаров составили 20%. Наиболее частые диагнозы у детей, заболевших острым аппендицитом, на этом этапе - ДЖВП, гастрит, пищевое отравление, ОРВИ. Общей чертой этих диагностических ошибок являются:

- недостаточные знания об особенностях клиники и течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей, и не только при атипичном расположении отростка;
- пренебрежение анамнезом;
- отсутствие преемственности и динамического наблюдения за ребенком.

Лечебно-тактические ошибки педиатрического звена включают:

- неоправданное применение обезболивающих, противовоспалительных препаратов, антибиотиков, спазмолитиков, ферментов, что значительно

сглаживает картину острого аппендицита.

- наблюдение на дому в сомнительных случаях: оставление на дому детей с болями в животе в возрасте до 3 лет, что является нарушением методических рекомендаций.

Следующее диагностическое звено - врачи «скорой помощи». Допущено 10 диагностических, тактических ошибок (3,5%), несмотря на принцип работы "скорой" по типу "сети с мелкой ячеей", ведь до 80% детей с абдоминальным синдромом доставляются в приемный покой с гипердиагностикой острого аппендицита.

Диагностические ошибки при обращении детей с болями в животе в хирургические отделения общего профиля встречаются значительно реже (2,8%), что обусловлено большим опытом в распознавании острого аппендицита и большими диагностическими возможностями. У хирургов общего профиля не столь уж редка такая погрешность, как пренебрежение мнением педиатра, ранее осматривающего ребенка. Но лучше совместное обсуждение диагноза, чем запущенный больной.

При осмотре ребенка с болями в животе нельзя пренебрегать пальцевым ректальным исследованием. При малейших подозрениях на хирургическое заболевание необходима госпитализация в неотложное отделение для динамического наблюдения.

Использовать в диагностике острого аппендицита необходимо и ультразвуковое исследование.

При невозможности исключить острый процесс в брюшной полости в течение 12 часов наблюдения шире прибегать к диагностической лапароскопии, которая возможно и перейдет в лечебную.

Остановимся на лечебно-тактических ошибках, составляющих подавляющее большинство погрешностей взрослых хирургов. 26 детей поступили в клинику неотложной хирургии ГДМБ № 9 из различных районов области после оперативных вмешательств по поводу неосложненного аппендицита и аппендикулярного перитонита со следующими осложнениями:

1. Инфильтрат брюшной полости, с которым удалось справиться консервативным путем - 7
2. Абсцессы брюшной полости - 8
3. Кишечные свищи - 2
4. Тазовые абсцессы - 2
5. Ранняя спасательная непроходимость кишечника - 3
6. Прогрессирующий перитонит - 2

15 детям потребовались релaparотомии, вскрытие дуглас-абсцесса через прямую кишку.

Основной причиной лечебно-тактических ошибок является незнание или неприятие принципов лечения аппендикулярного перитонита, выработанных в детской хирургии. Типичны следующие просчеты:

- пренебрежение предоперационной подготовкой;

- нерациональный выбор метода обезболивания,
- выполнение операций без внутривенных инфузий, что неизбежно повышает операционный риск;
- неиспользование дооперационной антибактериальной терапии;
- неполноценность послеоперационной интенсивной терапии, направленной на все звенья патогенеза перитонита.

В развитии послеоперационных осложнений имеют значение и технические ошибки хирургов общего профиля. Анализ историй болезней позволил выделить следующие:

- необоснованно широкие доступы;
- частое использование срединной лапаротомии, даже у маленьких детей.
- травматичные методы санации;
- дренирование брюшной полости несколькими трубками или тампонами большего диаметра;
- тугое тампонирование брюшной полости марлевыми широкими турундами.

Учитывая вышеперечисленные диагностические, лечебно-тактические и технические ошибки и во избежание их, необходимо придерживаться единых принципов в диагностике и лечении острого аппендицита и аппендикулярного перитонита, что и подтвердил Российский симпозиум детских хирургов, проведенный в апреле этого года.

Клиника детской хирургии УГМА рекомендует, что при малейших подозрениях на острый аппендицит ребенок должен осматриваться детским хирургом. Учитывая частоту атипичной клинической картины, избежать диагностической ошибки поможет принцип превентивной госпитализации при наличии хотя бы одного достоверного симптома острого аппендицита и проведение динамического наблюдения за ребенком. Использовать дополнительные методы диагностики, включая осмотр под седатацией, ультразвуковое исследование, диагностическую лапароскопию.

В нашей клинике принят следующий алгоритм лечения детей с аппендикулярным перитонитом, который, согласно резолюции симпозиума детских хирургов России, является более щадящим, но более эффективным, и в течение 5 лет в клинике нет летальности от аппендикулярного перитонита:

1. Госпитализация в РАО, ПИТ.
2. Предоперационная подготовка не более 3-х часов.
3. Введение антибиотиков до операции.
4. Выбор щадящих доступов (предпочтение доступу Волковича-Дьяконова) и щадящих методов санации (промывание брюшной полости большим количеством растворов антисептиков отвергается ввиду его отрицательных последствий).
5. Малотравматичные методики дренирования брюшной полости или ушивание «наглухо».

6 Катетеризация корня брыжейки и тонкой кишки для проведения продленной антибиотико-новокаиновой блокады по сути регионарной лимфотропной терапии.

7. Активное ведение послеоперационного периода:

- рациональная антибактериальная терапия;
- противопаретические мероприятия;
- хирургические методы детоксикации.

Соблюдение разработанных принципов диагностики и лечения этого заболевания - хамелсона позволит избежать неблагоприятных послеоперационных последствий.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

**Карлов А.А., Огарков И.П., Чукреев В.И.,  
Потапенко Ю.В., Макаров П.А.**

Лапароскопическая аппендэктомия является популярной методикой среди детских хирургов. При этом считается, что выгоды ее уменьшаются у детей раннего возраста (до 5-6 лет) в связи с тем, что обычная аппендэктомия при неосложненных вариантах аппендицита выполняется через небольшой косметический разрез и занимает не более 20-25 минут.

У детей старшей возрастной группы, у подростков, преимущества лапароскопической аппендэктомии становятся более очевидными. Наиболее показана лапароскопическая аппендэктомия в следующих случаях: абдоминальные боли у девочек, когда приходится дифференцировать аппендицит с заболеваниями придатков; дети с выраженной подкожной клетчаткой, когда приходится выполнять большой доступ; необходимость более раннего и полного восстановления физической формы (спортсмены, балерины и т.д.).

За последние годы в клинике детской хирургии УГМА на базе ДГКМБ № 9 выполнено 11 лапароскопических аппендэктомий. Из них 9 прооперировано по поводу флегмонозного аппендицита (что составило 82%), 2 по поводу гангренозного аппендицита (18%). Операции проводились под эндотрахеальным наркозом с использованием оборудования фирмы «Autosuture». Основными моментами операции являлись мобилизация червеобразного отростка и пересечение его брыжейки с помощью электрокоагуляции, а также перевязка аппендикса петлей Редера и удаление его после bipolarной коагуляции. Длительность операций составляла в среднем 50 минут. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Длительность послеоперационного периода составляла от 3 до 5 суток. Но практически уже на следующий день больные не предъявляли жалоб, были активны, не нуждались в специальном уходе. Сегодня мы можем подвести первые итоги приме-