

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

А.А. Ширякин, В.В. Сычев

МУЗ «Коломенская ЦРБ», г. Коломна, Московская область

У детей из-за сложности дифференциальной диагностики острого аппендицита количество напрасно выполненных оперативных вмешательств очень высоко. В настоящее время общепринятым считается, что червеобразный отросток, как орган, имеющий иммунологическое, гемопозитическое, гормональное, секреторное и рефлекторное значение, подлежит удалению только при наличии деструктивных изменений. Субъективизм представлений врача в совокупности с опасением пропустить сроки, оптимальные для проведения операции, порождает большое количество аппендэктомий по поводу так называемых «катаральных» или «поверхностных» аппендицитов. При этом не распознается истинная патология, вызвавшая жалобы больного, пациент подвергается необоснованному риску возникновения осложнений, присущих любым оперативным вмешательствам на органах брюшной полости.

Всем понятны опасения хирурга пропустить острый аппендицит, особенно у самых маленьких пациентов. Тем не менее, стремление выполнить аппендэктомию в первые часы поступления больного в стационар и таким образом разрешить все вопросы кажется нам недопустимым. Конечно, допустимые сроки наблюдения за пациентом очень относительны, так как иногда перфорация наступает в первые сутки, а иногда на 4-е сутки можно обнаружить флегмонозный аппендицит. Только тактика тщательного динамического наблюдения позволяет вовремя поставить правильный диагноз и избежать осложнений и необоснованных операций. Мы предлагаем вашему вниманию наш опыт лечения острого аппендицита у детей.

В составе 1-го хирургического отделения Коломенской ЦРБ имеется 15 детских хирургических коек. Ежегодно от 800 до 900 детей госпитализируются в отделение и 70% из них, то есть в среднем 600 детей в год, поступают с подозрением на острый аппендицит. За последние 10 лет в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит было госпитализировано 8 865 детей в возрасте от 2 до 15 лет. Всего по поводу острого аппендицита за 10 лет выполнено 1064 аппендэктомии, что составляет 12% от общего количества госпитализированных с подозрением на острый аппендицит детей. Из них по поводу катарального и вторичного аппендицита – 50 (4,7%) аппендэктомий, по поводу флегмонозного аппендицита – 864 (81,2%) аппендэктомии, по поводу гангренозного аппендицита – 150 (14,1%) аппендэктомий.

Мы подробнее рассмотрим последнюю группу, которая включает в себя следующие формы гангренозного аппендицита:

- гангренозный аппендицит без перфорации или с прикрытой перфорацией без перитонита – 50 (33,3%) наблюдений;
- гангренозный аппендицит с периаппендикулярным абсцессом – 38 (25,2%);
- гангренозный аппендицит с перитонитом – 42 (28%);
- аппендикулярный инфильтрат – 20 (13,4%).

Основными причинами осложнений и летальности являются позднее обращение больных и диагностические ошибки.

На основании анализа лечения 150 больных с осложненными формами острого аппендицита выявлено, что позже 24 часов от начала заболевания госпитализировано 124 пациента – 83%, 97 детей госпитализировано на 3-и сутки после начала заболевания (65%), причем 83 (85,5%) из них не обращались за медицинской помощью, наблюдались участковыми педиатрами – 9 (9,4%) и отказались от госпитализации – 2 (2%). Ошибочный диагноз в приемном отделении хирургии поставлен 3 пациентам (2,9%), они не были госпитализированы в хирургическое отделение.

На стационарном этапе задержка с операцией имела место у 10 пациентов (6,7%), причем в 1,3% был установлен неправильный диагноз, что привело в дальнейшем к осложнениям и увеличению сроков лечения. В остальных случаях время задержки с операцией кажется нам оправданным, так как не привело к ухудшению состояния пациентов и было необходимо для их дополнительного обследования и подготовки к операции.

Анализируя истории болезни детей, госпитализированных в поздние сроки при отсутствии проявлений перитонита, мы выявили, что более чем у трети из них диагностика только на основании клинической картины является недостаточной, это недопустимо на современном уровне развития хирургии. Как обычно, мы испытывали особые трудности в диагностике у детей младшего возраста. Диагноз неосложненного острого аппендицита на основании ультразвукового исследования не всегда может быть установлен. Косвенные признаки, такие, как расширение петель тонкой кишки, мезаденит, наличие свободной жидкости в брюшной полости не являются значимыми и могут уводить хирурга в сторону ложноположительного диагноза. Однако особое значение УЗИ приобретает в диагностике и определении тактики лечения аппендикулярного инфильтрата и периаппендикулярного абсцесса.

Ультразвуковая диагностика имеет большое значение в распознавании послеоперационных осложнений, как со стороны передней брюшной стенки, так и со стороны брюшной полости (перитонит, инфильтрат, абсцесс).

С осложнениями в послеоперационном периоде мы столкнулись в 22 (14,7%) наблюдениях в группе гангренозных аппендицитов:

- нагноение раны – 10 (6,7%);
- инфильтрат брюшной полости – 11 (7,3%);
- абсцесс брюшной полости – 1 (0,7%);
- послеоперационная спаечная кишечная непроходимость с межпетельными микроабсцессами – 1 (0,7%).

Следует отметить, что у 9 пациентов из 11 была проведена резекция сальника.

Частота осложнений со стороны операционной раны и формирование инфильтратов брюшной полости не зависели от сроков проведения операции, и лишь формирование абсцесса брюшной полости и послеоперационная спаечная непроходимость напрямую связаны с тем, что правильный диагноз был установлен слишком поздно.

Таким образом, доля необоснованных аппендэктомий у нас составляет менее 5%, а количество послеоперационных осложнений при осложненных формах аппендицита – 14,7%. Основной причиной несвоевременной госпитализации больных является поздняя обращаемость за медицинской помощью. Диагностические и тактические ошибки стали причиной осложнений менее чем в 2% случаев (при осложненных формах).

Наш опыт показывает, что количество осложнений и летальность при остром аппендиците могут быть снижены путем неуклонного проведения в жизнь принципа ранней госпитализации всех больных с подозрением на острый аппендицит, улучшением санитарно-просветительной работы среди населения, повышением квалификации врачей догоспитального звена, а также внедрением в повседневную практику и совершенствованием методик ультразвуковой диагностики и диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит.