

Григович И.Н., Дербенев В.В., Леухин М.В., Пяттоев Ю.Г., Савчук О.Б., Хусу Э.П.

## РАЗУМНЫЙ КОНСЕРВАТИЗМ В НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра детской хирургии Петрозаводского государственного университета;  
Карельский центр детской хирургии, Петрозаводск

Grigovich I.N., Derbenyov V.V., Leukhin M.V., Pjattoev Ju.G., Savchuk O.B., Husu E.P.

## REASONABLE CONSERVATISM IN URGENT CHILDREN'S SURGERY

Department of children's surgery of Petrozavodsk state university; The Karelian Center of children's surgery

*«Хирург оценивается не только по тем операциям, которые он сделал, но и по тем, от которых он сумел воздержаться».**Тьерри де Мартель***Резюме**

В статье обсуждаются показания к абдоминальным операциям в неотложной хирургии детского возраста. Авторы обладают опытом диагностической лапароскопии (ДЛ) и эхографии, которые привели к снижению количества неоправданных лапаротомий до 1%.

С помощью эхографии с большой точностью выявляются повреждения паренхиматозных органов и динамика их изменений в брюшной полости, а также определяется количество крови. Из 32 больных с повреждением селезенки оперированы только 3. С 2000 г. диагностика и консервативная дезинвагинация проводятся под контролем эхографии, эффективность которой составила 91,5%.

Применение подобной тактики в экстренной абдоминальной хирургии должно применяться только в специализированных учреждениях с подготовленными кадрами и современным медицинским оборудованием.

**Ключевые слова:** абдоминальная хирургия, дети, показания к операциям, закрытая травма органов брюшной полости

**Abstract**

Indications to abdominal operations in an urgent surgery of children's age are discussed in this article. Authors possess experience of a diagnostic laparoscopy and ultrasonic diagnostic, which have led to depression of quantity of unjustified laparotomies to 1%.

By means of ultrasonic diagnostic with the big accuracy damages of parenchymatous organs are taped, the quantity of a blood and dynamics of its changes in an abdomen is defined. From 32 patients with lien damage three are operated only. Since 2000 diagnostics conservative disinvasion are made under ultrasonic control which efficacy has compounded 91, 5%.

Application of similar tactics in urgent abdominal surgery should be applied only in specialized hospitals with the qualified personnel and the modern medical equipment.

**Key words:** abdominal surgery, children, indications to surgeries, a blunt trauma of intraabdominal organs

С давних пор хирургам известно, что любая лапаротомия, выполненная при плановой операции или по экстренным показаниям, сама по себе может оказаться источником различных осложнений. Осложнения разнообразны, и порой они оказываются более опасными и продолжительными по сравнению с причиной, послужившей поводом к лапаротомии. Наиболее многочисленная группа осложнений – это вызванные операцией рубцовые изменения брюшины, которые могут провоцировать непроходимость кишечника, избыточную его фиксацию с перегибами

и болевым синдромом. Наблюдается также нарушение проходимости маточных труб, препятствующее впоследствии развитию нормальной беременности. Существует риск инфицирования брюшины при разных вмешательствах, в том числе и при так называемых чистых операциях. Клиника послеоперационного перитонита ранее требовала релапаротомии. Иногда такая ситуация возникала при прогрессирующем пельвиоперитоните у девочек с воспалительными заболеваниями придатков матки. Кроме того, существует опасность возникновения кровотечения или ограниченных

гематом как при ревизии органов брюшной полости, выполняемой хирургом при многочисленных заболеваниях, так и в послеоперационном периоде. Наконец, «хирургические несчастья» – оставление в брюшной полости инородных тел. Об этих и других осложнениях много писали во второй половине XX в. в журнальных публикациях, более того, вышло несколько прекрасных монографий, посвященных осложнениям в абдоминальной детской хирургии [1, 8, 9].

Осложнения особенно тяжело переживаются хирургами, когда в процессе лапаротомии выясняется, что в брюшной полости вообще нет патологии или выявленные изменения не требуют хирургической коррекции. Так часто происходит при срочных и экстренных операциях. Например, лапаротомия выполнена при подозрении на деструктивную форму острого аппендицита, а при ревизии находят слегка гиперемизированный червеобразный отросток или мутный липкий выпот и аднексит у девочки, а при закрытой травме брюшной полости – подкапсульную гематому селезенки. Можно было бы и не оперировать. Такие операции стали называть неоправданными. Название по сути неверное, так как оправданием для хирурга должно служить желание избежать ошибки и не пропустить опасное заболевание с развитием тяжелых осложнений с неблагоприятным исходом. Конечно, хирург вынужден сделать лапаротомию, если другими доступными ему методами поставить правильный диагноз не удалось.

Бывает, что и оправданные лапаротомии не приносят удовлетворения. Так нередко происходит, когда ребенка оперируют при кишечной инвагинации, не прибегая к консервативной дезинвагинации по формальным причинам: продолжительность заболевания более 48 ч или возраст его старше 3-х лет, т. е. подозревая некроз кишки в первом случае и органическую причину внедрения во втором. А при лапаротомии выявляется вполне доброкачественный вариант непроходимости, на легкое ручное расправление инвагината уходит несколько секунд, и хирург испытывает разочарование из-за несоответствия объема вмешательства обнаруженным изменениям в брюшной полости. Но какие трудности с выбором тактики возникают при раннем рецидиве инвагинации у ребенка. Приходится выполнять релапаротомию, а иногда и несколько. При очередной операции, не найдя объяснения этому пароксизму инвагинаций, начинают придумывать вариант фиксации терминального отдела подвздошной кишки.

Думаю, что такие больные бывали не только в нашей клинике. Впоследствии у таких пациентов развивалась спаечная болезнь, и они поступали к нам уже со спаечным вариантом илеуса.

Кроме физических страданий у подобных пациентов, их родителей и у хирургов наблюдаются психологические травмы: повторные операции, наркозы, беседы о причинах случившегося. Нередко такие ситуации заканчиваются конфликтами, жалобами, потерей доверия между участниками конфликта, а в последнее время еще и судами.

Давно работающим детским хирургам хорошо известны главные принципы нашей специальности:

- операционные вмешательства у детей должны применяться по абсолютным показаниям;
- в хирургии детского возраста должен преобладать органосохраняющий принцип оперирования;
- внешние следы перенесенных операций у детей должны быть минимальны; сегодня к этому можно добавить: при выборе хирургического метода лечения следует отдавать предпочтение малоинвазивным методам;
- стремление к тому, чтобы после хирургической коррекции у ребенка не пострадало (или минимально пострадало) качество жизни.

За последние 20–25 лет в мире и в нашей стране наметилась тенденция отдавать предпочтение консервативным методам лечения ряда заболеваний и травм, которые до этого лечились хирургическими операциями. Этим мы в первую очередь обязаны достижениям УЗИ технологий и аппаратам с гибкой оптикой. С помощью тех и других можно достаточно точно диагностировать и контролировать лечебный процесс без широкого вскрытия брюшной полости [2, 3–7, 10].

Приводим наши данные по трем разделам неотложной абдоминальной хирургии: острому аппендициту, инвагинации кишечника и травмам органов брюшной полости.

С 1990 г. в клинике применяется диагностическая лапароскопия (ДЛ) как окончательный метод распознавания острых хирургических заболеваний после динамического наблюдения. До 1990 г. такие сомнения разрешались диагностической лапаротомией и ревизией брюшной полости. В 21–25% случаев операция считалась неоправданной, так как хирургическая патология не выявлялась. После внедрения ДЛ количество неоправданных лапаротомий снизилось до 1%. С 2009 г. использование УЗИ с этой же целью (эффективность выявления хирургической па-

тологии 80%) уменьшило потребность даже в малоинвазивном ДЛ с 33 до 20%, но количество неоправданных лапаротомий остается на уровне 1%.

Возможности УЗИ и ДЛ изменили наше отношение к закрытой абдоминальной травме. С помощью УЗ сканирования с большой точностью выявляются повреждения паренхиматозных органов, определяются количество крови в брюшной полости и динамика изменений ее количества. До 2000 г. при любом повреждении селезенки или печени с гемоперитонеумом была показана лапаротомия. Так, из 17 больных, оперированных с повреждением селезенки, 9 проводили спленэктомия. После 2000 г. лапаротомия выполнялась только при нестабильной гемодинамике и быстром нарастании количества крови в брюшной полости. Из 32 больных с повреждением селезенки 29 не оперированы, 28 из них поправились, одна девочка погибла, но не от кровопотери, а от черепно-мозговой травмы, не совместимой с жизнью. ДЛ проводили только при сомнениях в повреждении полого органа, а не по причине травмы селезенки или печени, так как ревизия места кровотечения тубусом эндоскопа может нарушить целостность формирующегося тромба и вызвать рецидив кровотечения.

Консервативное лечение инвагинации кишечника используется в клинике с 1986 г. Консервативную дезинвагинацию (КД) проводили в рентгеновском кабинете во время ирригоскопии бариевой взвесью. До 1991 г. показаниями к КД были продолжительность заболевания (не более 12 ч) и возраст пациента (до 1 года). Эффективность составила 68% (74 из 109 пациентов). С 1991 до 1999 г. лечебная тактика определялась по шкале Г.А. Старовой (1982), и эффективность КД достигла 80,3% (110 из 137). С 2000 г. диагностика и КД проводятся под контролем УЗИ. Показаниями к оперативному лечению являются отсутствие признаков перитонита или неэффективность КД. До 2010 г. КД оказалась успешной у 91,5% (у 108 из 118).

Следовательно, в настоящее время полученные положительные результаты при переходе с хирургического метода лечения на консервативный или малоинвазивный позволяют исправить стандарты лечебно-диагностического процесса при ряде неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости и их повреждениях. Во всяком случае при самом частом из них – остром аппендиците, а также при кишечной инвагинации и травмах паренхиматозных органов (селезенка, печень).

Однако не все так просто. Применяя словосочетание «разумный консерватизм», мы хотели подчеркнуть осторожное отношение к отказу от диагностических лапаротомий на основании доверия к УЗИ и диагностической лапароскопии.

Напомним, что в РФ не менее 50% детей с экстренной хирургической патологией для оказания помощи поступают в районные больницы, в которых работают хирурги общего профиля, да и специалисты по лучевой диагностике и эндоскопии тоже не имеют достаточных знаний по особенностям детской патологии. По этой причине они не смогут выполнить стандарты даже в тех больницах, где имеются детские хирургические отделения, а все остальные специалисты преимущественно работают со взрослыми пациентами.

В плановой детской хирургии ситуация более благоприятная: если хирург не может выполнить стандарт, он обязан отправить больного в более современное учреждение, например, в региональный центр, а, если потребуется, то и в одну из центральных клиник. В экстренной ситуации дефицит времени этого не позволяет сделать. Вышеприведенные данные характерны для Детской республиканской больницы Карелии, что касается районных больниц нашей республики, то количество неоправданных операций при остром аппендиците остается на величине 25% и более, почти все инвагинации оперируют, поврежденные селезенки удаляют, если таких больных по разным причинам не могут доставить в региональную клинику (отдаленный район, ночное время и т. п.)

Более того, требовать от районных хирургов соблюдения принципа разумного консерватизма в экстренных ситуациях даже опасно. Для этого нет ни квалифицированных кадров, ни соответствующих условий. Следовательно, новые шадящие подходы в неотложной детской хирургии существуют, но не для всех, и потому разработка стандартов в нашей специальности должна быть дифференцированной.

И последнее. Применение принципа разумного консерватизма при неотложной абдоминальной хирургии и полостных травмах в современных клиниках привело к заметному уменьшению количества операций и, соответственно, к снижению показателя хирургической активности. Все это может сказаться на оценке качества работы детских хирургов, хотя отказаться от операции у тяжелого больного – искусство не менее сложное, чем операция. Так написал в XIX в. известный французский хирург Тьерри де Мартель, и его мудрые слова мы взяли в качестве эпиграфа к этой статье.

**Выводы**

1. За последние четверть века наметилась четкая тенденция к применению консервативных или малоинвазивных методов лечения многих хирургических заболеваний у детей.

2. Применение подобных инноваций в экстренной абдоминальной хирургии должно быть ограничено специализированными учреждениями с подготовленными кадрами и условиями для их внедрения.

3. При разработке лечебно-диагностических стандартов для неотложных хирургических за-

болеваний у детей должны учитываться условия, при которых стандарты могут применяться.

4. Снижение показателя хирургической активности в специализированных детских хирургических отделениях, применяющих современные консервативные методы лечения вместо хирургических, не должны отрицательно сказываться на оценке качества работы таких учреждений.

5. Проблема разумного консерватизма может послужить поводом для широкой дискуссии на страницах наших журналов.

**Список литературы**

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.
2. Беляева О.А., Розинов В.М., Коновалов А.К. и др. Значение эхографии в обосновании лечебной тактики у детей с кишечной инвагинацией // Детская хирургия. 2010. № 1. С. 10–14.
3. Григович И.Н., Дербенев В.В. В XXI в. с проблемой острого простого аппендицита // Вестник хирургии. 2000. № 3. С. 97–99.
4. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Савчук О.Б. и др. Лечебная тактика при закрытой травме живота с повреждением паренхиматозных органов у детей: современные тенденции // Вестн. РГМУ. 2008. № 4 (63). С. 115.
5. Григович И.Н., Пяттоев Ю.Г., Савчук О.Б. и др. Гидростатическая дезинвагинация под контролем сонографии // Мед. вестн. Северного Кавказа. 2009. № 1 (13). С. 36.
6. Подкаменев В.В., Михайлов Н.И., Юрков П.С. и др. Диагностическая эффективность ультрасонографии при остром аппендиците у детей // Детская хирургия. 2005. № 1. С. 31–33.
7. Подкаменев В.В., Пикало И.А. Органосохраняющее лечение травмы селезенки у детей // Вестн. экспер. клинич. хир. 2011. Приложение. С. 91–94.
8. Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. – Л.: Медицина. 1986. – 280 с.
9. Топузов В.С., Бредихин Л.М., Шелудько Ю.А. Осложнения при операциях на органах брюшной полости у детей. – Киев: Здоров'я, 1978. – 137 с.
10. Цап Н.А., Комарова С.Ю., Огарков И.П. и др. Травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей: оптимизация диагностики и лечения // Росс. вест. детск. хир. реаним. 2010. № 1. С. 104–107.

**Авторы**

|                                                                       |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Контактное лицо:</b><br><b>ГРИГОВИЧ</b><br><b>Игорь Николаевич</b> | Профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, Петрозаводский государственный университет. E-mail: psurg@psu.karelia.ru. |
| <b>ХУСУ Эльвира</b><br><b>Павловна</b>                                | К.м.н., доцент кафедры детской хирургии                                                                                    |
| <b>ПЯТТОЕВ</b><br><b>Юрий Григорьевич</b>                             | К.м.н., доцент кафедры детской хирургии                                                                                    |
| <b>ДЕРБЕНЕВ</b><br><b>Владимир Васильевич</b>                         | К.м.н., Детская республиканская больница                                                                                   |
| <b>ЛЕУХИН</b><br><b>М.В.</b>                                          | Детская республиканская больница                                                                                           |
| <b>САВЧУК</b><br><b>Олег Борисович</b>                                | Заведующий хирургическим отделением Детской республиканской больницы.<br>г. Петрозаводск, ул. Парковая, д. 58              |