

Турсунов К.Т., Ормантаев А.К., Рузиддинов Д.Б., Рахманов М.А., Сагымбаева А.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра детской хирургии, Алматы; Алматинский институт усовершенствования врачей Минздрава Республики Казахстан; Центр детской неотложной медицинской помощи, Алматы

Tursunov K.T., Ormantaev A.K., Ruziddinov D.B., Rakhmanov M.A., Sagymbaeva A.A.

ACUTE APPENDICITIS AND APPENDICULAR PERITONITIS

Department of Pediatric Surgery of the Kazakh National Medical University S.D. Asfendiyarov; Almaty Institute of Postgraduate Medical MoH; Center for Pediatric emergency care, Almaty

Резюме

В статье представлена частота острого аппендицита и вторичного аппендикулярного перитонита в структуре детских хирургических заболеваний, выявлены причины диагностических ошибок, определены показания к трансректальной интубации кишечника, сопоставлены ближайшие результаты традиционных и лапароскопических методов лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита.

Ключевые слова: острый аппендицит, перитонит, лапаротомия, лапароскопия, интубация кишечника, результаты

Abstract

The article presents the incidence of acute appendicitis in the structure of children's surgical disease, the frequency of secondary appendicular peritonitis, the causes of misdiagnosis, the indications for intubation transrectal bowel compared immediate outcomes of traditional and laparoscopic treatment of acute appendicitis and appendicular peritonitis.

Key words: acute appendicitis, peritonitis, laparotomy, laparoscopy, bowel intubation, results

Введение

Острый аппендицит (ОА) и аппендикулярный перитонит (АП) общепринято считаются самыми распространенными и сложными хирургическими заболеваниями детского возраста как в диагностике, так и в определении тактики лечения.

Поздняя госпитализация детей с ОА прежде всего связана с запоздалым обращением за медицинской помощью или попыткой самостоятельного лечения ребенка самими родителями, а также диагностическими ошибками участковых и семейных врачей. По данным литературы, летальность от ОА во многих клиниках значительно снизилась или отсутствует [4], однако осложнения ОА нередко способствуют срыву компенсаторных возможностей организма больного ребенка, что может представлять непосредственную угрозу жизни.

С внедрением в клиническую практику современной эндовидеохирургии, показания к традици-

онной аппендэктомии и объем хирургических вмешательств при перитонитах во многом изменились [4]. В связи с этим вопросы диагностики и тактики лечения АП остаются актуальными и в настоящее время, поэтому мы и по сей день должны помнить образное и яркое высказывание W. Wagner (1876): «Я и мое поколение врачей воспитаны в страхе перед богом и перитонитом».

Цели работы – изучение частоты ОА и вторичного АП в структуре детских хирургических заболеваний, выявление вероятности диагностических ошибок, определение показаний к трансректальной интубации кишечника, сопоставление ближайших результатов традиционных и лапароскопических методов лечения ОА и АП по архивным материалам приемного покоя экстренной хирургии (ППЭХ) Центра детской неотложной медицинской помощи г. Алматы, сравнение с литературными данными российских и зарубежных клиник.

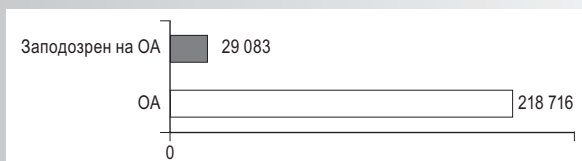


Рис. 1. Количество детей, обратившихся с подозрением на острый аппендицит

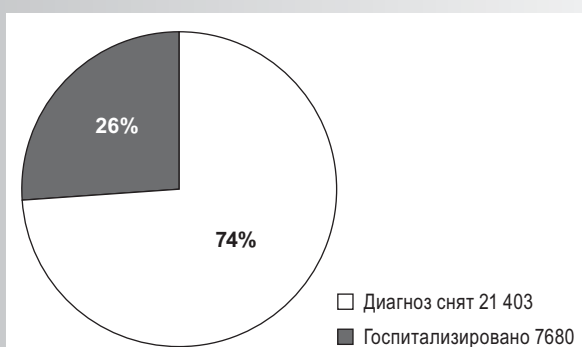


Рис. 2. Количество госпитализированных детей



Рис. 3. Количество детей с осложнениями острого аппендицита

Материал и методы исследования

Нами проанализированы истории болезни и результаты хирургического лечения ОА и вторичного АП у детей, находившихся на стационарном лечении в 2005–2009 гг. на клинической базе кафедры детской хирургии КазНМУ. При выполнении данной работы мы придерживались принципа: «Точная статистика – движущая сила науки».

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за 5 лет в приемный покой экстренной хирургии обратились 218 716 больных, из них с подозрением на ОА – 29 083 (13,3%) (рис. 1).

Из обратившихся 29 083 больных с подозрением на ОА у 21 403 (73,6%) из них диагноз не подтвержден – они отпущены домой под наблюдение участкового педиатра или переведены в другие лечебные учреждения, остальные 7 680 (26,4%) детей были госпитализированы в хирургический стационар (рис. 2).

Из обратившихся 29 083 детей с подозрением на ОА у 23 (0,07%) больных диагноз снят, с подозрением на общесоматические заболевания они были направлены в другие лечебные учреждения, т.е. были допущены диагностические ошибки.

Из госпитализированных 7 680 детей с подозрением на ОА в 58 (0,7%) случаях операция была проведена по истечению 3-х ч от момента госпитализации, поэтому мы их отнесли к пациентам с поздней диагностикой. Необходимо отметить, что в последние 2 года в связи с внедрением для диагностики ОА и его осложнений ультразвукового исследования (УЗИ) количество диагностических ошибок и, как следствие, поздние оперативные вмешательства значительно сократились.

У госпитализированных 7 680 детей в 2 550 (33,2%) случаях выполнены экстренные хирургические вмешательства. По данным [3], оперируется только четверть госпитализированных детей, а согласно анализу отделения детской хирургии Тель-Авивского университета [6], доля оперированных детей в их клинике превышает 86%.

Из госпитализированных 2 550 детей с ОА вторичный АП диагностирован у 363 (14,2%) больных (рис. 3). Таким образом, соотношение ОА к вторичному АП, по нашим данным, составляет 7:1. По данным [7], вторичный АП наблюдается в 12,9% случаев, другие авторы [1] указывают, что частота АП в различных регионах России варьирует в пределах 6,2–25,5%, тогда как в отделении детской хирургии Тель-Авивского университета [6] АП отмечен лишь в 3,7% случаев.

Из 363 больных с АП у 221 (60,9%) операции выполнены традиционным лапаротомным разрезом, у остальных 142 (39,1%) больных – лапароскопическим (ЛС) методом. Местный перитонит был диагностирован у 38 (10%) детей, диффузный – в 207 (57%) случаях, разлитой перитонит – у 118 (33%) больных. По данным исследования [5], при АП в 95,1% случаев операции выполняют

ся ЛС. Следует отметить, что и в нашей клинике удельный вес ЛС методов лечения ОА и его осложнений в последние 3 года превышает 80%.

Из 118 прооперированных больных с разлитым перитонитом у 69 (58,5%) операции были выполнены лапаротомным разрезом, из них через расширенный разрез Волковича–Дьяконова у 48 детей, срединно-нижней лапаротомией – у 21 ребенка. В остальных 49 (41,5%) случаях операции были выполнены лапароскопически. Однако у 11 (22,4%) больных в связи с аппендикулярным абсцессом III стадии, парезом кишечника II–III степени, нарушением кровообращения и множественными межпетельными абсцессами выполнена конверсия, т.е. операция продолжена срединным лапаротомным разрезом. Иначе говоря, вышеуказанные факторы считали противопоказаниями к ЛС операции.

25 (21,2%) детям с разлитым перитонитом в связи с парезом кишечника II–III степени и нарушением кровообращения в тонком кишечнике выполнена трансректальная интубация кишечника полихлорвиниловой трубкой различного диаметра. В таких случаях ретроградная трансректальная интубация патогенетически обоснована, так как она сочетает комплекс мероприятий направленных, во-первых, на декомпрессию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), т.е. непосредственно снижает внутриорганный давление, что улучшает кровоснабжение паралитически измененного кишечника. Во-вторых, эвакуация токсических веществ из ЖКТ значительно снижает частоту эндотоксемии.

Частота осложнений после лапаротомных операций по поводу перитонита (221) составляла 10 (4,5%). Эти осложнения отмечены у 69 детей с разлитым перитонитом, оперированных традиционным методом. Иначе говоря, послеоперационные осложнения у детей с разлитым перитонитом встречались в 10 (14,5%) случаях. По данным [2], частота послеоперационных осложнений встречается в 13% случаев. После ЛС операции (142), выполненных по поводу ОА и АП, послеопераци-

онные осложнения встречались всего у 4 (2,8%) детей, тогда как в работе [7] аналогичные осложнения отмечаются лишь у 1,2% больных. Летальных исходов после операций по поводу ОА и его осложнений за указанный период не отмечено.

Таким образом, диагностика ОА и его осложнений до сих пор вызывает определенные затруднения, задача усложняется при атипичном течении заболевания, поэтому, чтобы не допустить диагностических ошибок для ранней диагностики синдрома «острого живота», следует активно внедрять УЗИ, а при наличии хотя бы одного симптома ОА необходимо выполнять диагностическо-лечебную ЛС для определения дальнейшей тактики в зависимости от интраоперационных находок.

Выводы

1. Среди всех детей, обратившихся в ППЭХ, больные с диагнозом ОА составляют 13,3%. Из них с подозрением на ОА госпитализируются только 26,4% детей. Из госпитализированных детей операции по поводу ОА и его осложнений выполняются в 33,2% наблюдениях.

2. У обратившихся детей с подозрением на ОА диагностические ошибки или поздние оперативные лечения наблюдаются в 0,27% случаев.

3. Выявленные при лапароскопии аппендикулярный абсцесс III стадии, парез кишечника II–III степени, нарушение кровообращения и множественные межпетельные абсцессы являются показаниями к конверсии (срединно-нижняя лапаротомия) и трансректальной интубации кишечника, т.е. считаются противопоказаниями к ЛС методу лечения перитонитов. В остальных случаях считаем рациональным ЛС метод аппендэктомии с санацией и дренированием брюшной полости.

4. После традиционного (221) и ЛС (142) методов хирургического вмешательства при вторичном АП послеоперационные осложнения отмечены у 10 (4,5%) больных, тогда как при ЛС операции – только в 4 (2,8%) случаях.

Список литературы

1. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. // Хирургия. 2003. № 7.
2. Иванова В.А., Степанова Н.А., Прошина Е.В. и др. Нарушения микроциркуляции и функциональной активности макрофагов, методы их коррекции у больных с аппендикулярным перитонитом // Детская хирургия. 1999. № 1. С. 18–21.

3. *Исаков Ю.Ф.* Острый аппендицит детского возраста. – М.: Медицина, 1980.
4. *Карасева О.В., Капустин В.А., Брянцев А.В.* Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей // *Детская хирургия.* 2005. № 3. С. 25–29.
5. *Карасева О.В., Рошаль Л.М., Брянцев А.В. и др.* Лечение аппендикулярного перитонита у детей // *Детская хирургия.* 2007. № 3. С. 23–27.
6. *Клепиков И., Назар Х., Кесслер А. и др.* Лечение аппендикулярного абсцесса у детей с использованием ультразвукового контроля // *Детская хирургия.* 2004. № 1. С. 7–9.
7. *Рошаль Л.М.* Неотложная хирургия детского возраста. – М.: Медицина, 1996.

Авторы

Контактное лицо: ТУРСУНОВ Капан Турсунович	Кандидат медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Тел.: 8 (727) 255-72-16. E-mail: koktal.k@mail.ru.
ОРМАНТАЕВ Алмас Камалович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры детской хирургии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. E-mail: a_kamalovich@mail.ru.
РУЗИДДИНОВ Динмухамед Бексаутович	Заведующий приемным покоем экстренной хирургии Центра детской неотложной медицинской помощи, врач высшей категории.
РАХМАНОВ Марат	Ассистент курса детской хирургии Алматинского института усовершенствования врачей МЗ РК, врач высшей категории.
САГЫМБАЕВА Асель Абсұлтановна	Врач-интерн Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова по специальности общая хирургия. E-mail: sagymbaeva.assel@gmail.com.