

мясной бульон. Оценку полученных данных проводили согласно рекомендациям М. Б. Коссюра.

Было обследовано 50 детей (19 мальчиков и 31 девочка в возрасте от 5 до 16 лет), находящихся на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу хронического холецистохолангита и соблюдающих соответствующие предписания по режиму и диете. Данные сопоставления результатов десмоидной пробы и зондального исследования кислотности приведены в таблице.

Совпадение результатов десмоидной пробы и исследования зондом

Содержание свободной соляной кислоты (фракционное исследование)	Число обследованных			
	всего	полное совпадение	частичное совпадение	полное совпадение
Гиперацидитас	11	6	3	2
Нормоацидитас	13	6	1	6
Гипоацидитас	26	18	—	8
Всего	50	30	4	16

Таким образом, полное совпадение результатов десмоидной пробы Сали (натощак) и исследования зондом отмечено в 30 случаях из 50, частичное (при повышенной кислотности проба показывала нормальную, при нормоацидитас определялся гиперацидитас, при гипоацидитас — ахлоргидрия, при анацидитас — гипогацидитас) — в 4, полное несовпадение — в 16 случаях.

Представляет определенный интерес тот факт, что наиболее часто полное совпадение наблюдалось в группе гипоацидных состояний, в группе нормо-гиперацидитас достоверность показателей пробы значительно ниже. Мы не встретили анацидных состояний, которые довольно редки в детской практике.

Наши данные убеждают в том, что проба Сали заслуживает более широкого применения благодаря своей простоте и достаточной для поликлинического этапа диагностики и лечения точности.

Довольно большая частота гипоацидных состояний в группе детей, страдающих холецистопатиями, как нам кажется, должна побуждать к дифференцированному назначению диеты и лечению минеральными водами.

Десмоидная проба Сали позволяет с большим динамизмом наблюдать за характером кислотообразующей функции желудка, в то время как исследование при помощи зонда является эпизодическим.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов Л. С. Лаб. дело, 1960, 4.—2. Вишневский Ю. Б., Крилицкий А. Ф. Сов. мед., 1962, 1.—3. Сали Г. Учебник клинических методов исследования. СПб, 1911.—4. Сквабченкова Л. Ю. Лаб. дело, 1967, 11.—5. Туголуков В. Н. В кн.: Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. Медицина, М., 1965.—6. Чеботарев Д. Ф., Шиганская В. М. Врач. дело, 1958, 2.—7. Циммерман Я. С. и соавт. Лаб. дело, 1962, 5.—8. Matzke H. Dtsch. Gesundheits. Wes., 1958, 13, 1298.—9. Schimanski J. u. a. Med. Welt, 1962, 4, 198.

УДК 616.346.2—002—616—053.2—616—07

О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБКАХ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Канд. мед. наук А. Я. Яковлев, Н. И. Шихатов, В. А. Садамкин, Г. А. Мунин

Куйбышевский облздравотдел (зав.—канд. мед. наук Ф. С. Белянин), областная больница им. М. И. Калинина (главврач.—М. И. Кочемазов), Куйбышевская городская центральная больница им. Н. И. Пирогова (главврач.—М. В. Терентьев)

Нами проведен анализ причин смерти 48 детей от острого аппендицита в лечебных учреждениях области за период с 1961 по 1970 г. Исходя из сложившегося у нас убеждения, что летальный исход при этом заболевании всегда связан с диагностическими, тактическими и другими ошибками, мы пытались также выявить наиболее часто встречающиеся из них с тем, чтобы выработать меры по их предупреждению.

В возрасте до 2 лет было 6 детей, от 2 до 3 лет — 8, от 3 до 5 лет — 8, от 5 до 10 лет — 20, от 10 до 14 лет — 6. Таким образом, преобладали дети старше 5 лет (26), что несколько не согласуется с данными Г. А. Банрова, Г. В. Чистовича (1966), А. А. Трошкова, А. И. Киричук, З. И. Каленик (1966) и других, указывающих на более высокую летальность детей младшего возраста.

Острый катаральный аппендицит выявлен у 2 больных, флегмонозный — у 11, гангренозный — у 24, перфоративный — у 11. Данные о патоморфологических изменениях отростков мы нашли только в 18 историях болезни. Возможно, что удаленные отростки остальных больных на гистологическое исследование не направлялись, поэтому при определении формы аппендицита могли быть допущены неточности.

В табл. 1 и 2 представлены данные о сроках госпитализации детей при остром аппендиците и сроках операции после госпитализации.

Таблица 1

Сроки госпитализации детей от начала заболевания	Жители сельской местности	Жители городов
До 6 часов	—	—
От 6 до 12 часов	—	—
От 12 до 24 часов	2	—
От 1 до 2 суток	3	6
От 2 до 3 суток	6	7
От 3 до 4 суток	6	—
От 4 до 5 суток	3	4
Позже 5 суток	8	3
Итого	28	20

Таблица 2

Сроки операций после госпитализации	Жители сельской местности	Жители городов
В первые 2 часа	14	9
От 2 до 3 часов	5	1
От 3 до 4	1	2
От 4 до 5	—	2
От 5 до 10	2	2
От 10 до 24	3	2
От 24 до 48	1	1
Позже 48 часов	2	—
Итого	28	19*

* Один больной не оперирован.

Поздняя госпитализация и несвоевременная операция в большинстве случаев были связаны с трудностями распознавания острого аппендицита у детей. По этой причине диагностические ошибки допущены у 25 заболевших: у 3 в возрасте до 2 лет, у 6 — от 2 до 3 лет, у 3 — от 3 до 5 лет, у 8 — от 5 до 10 лет и у 5 — от 10 до 14 лет. На основании приведенного нами небольшого числа наблюдений едва ли возможно высказать определенное мнение о том, в какой возрастной группе чаще допускаются диагностические ошибки.

Острый аппендицит не распознан педиатрами у 12 больных, терапевтами — у 8, инфекционистами — у 5, врачами скорой помощи — у 3, фельдшерами — у 2, хирургами на догоспитальном этапе — у 2 и в стационаре — у 13. Среди ошибочных диагнозов значились: грипп (8), пневмония (8), дизентерия (7), острый гастроэнтероколит (6), пищевая токсикоинфекция (5), острый гастрит (2), брюшной тиф (2), пиелостит (2), глистная инвазия (2), паротит (1). Многих больных осматривало несколько врачей. Этим объясняется разница между числом больных (25) и наблюдавших специалистов (45). При этом, к сожалению, не соблюдалась преемственность. Отдельных больных переводили из одного лечебного учреждения в другое без подробных выписок, без медицинских документов. Недостаточно использовались рентгенологический и лабораторный методы исследования. Пальцевое исследование через прямую кишку с диагностической целью проводилось у 6 больных, причем только хирургами. При осложнениях, возникших после операции, метод применен у 40 больных. Результаты исследования, однако, не всегда интерпретировались правильно.

Так, у ребенка Г., 3 лет, на 7-й день после операции по поводу гангренозного перфоративного аппендицита появились ознобы, температура поднялась до 39,5°, отмечалось учащенное с резями мочеиспускание, задержка стула. При пальцевом исследовании хирург обнаружил инфильтрат в малом тазу, не распознав абсцесса дугласова пространства. В тот же день больной осмотрен консультантом областной больницы, который без труда установил правильный диагноз. При вскрытии абсцесса выделено более 300 мл гноя.

Консилиумы врачей созывались очень редко — всего 4 раза, причем только в специализированных детских хирургических отделениях. Истинный диагноз острого аппендицита в наиболее поздние сроки устанавливался, как это ни парадоксально, не на дому или в поликлинике, где возможности обследования и динамического наблюдения за больными ограничены, а в детских соматических и инфекционных отделениях. Сюда дети направлялись обычно с соответствующими профилю отделения диагнозами, что меняло и отношение к ним. Становясь «рядовыми больными», они выходили из-под необходимого постоянного наблюдения.

Р., 11 лет, в течение 4 суток находился в инфекционном отделении районной больницы с подозрением на острую дизентерию. Поводом для этого диагноза явился

жидкий стул со слизью. Несмотря на то, что других характерных признаков дизентерии не было, что диагноз не получил бактериологического подтверждения, что состояние больного ухудшалось невзирая на активную специфическую терапию, у врачей-инфекционистов долго не возникала мысль об остром хирургическом заболевании. Заподозрил острый аппендицит и пригласил на консультацию хирурга не лечащий, а дежурный врач. Больной умер от разлитого перитонита через несколько дней после операции.

В детском отделении одной из городских больниц умер от осложнений острого аппендицита без операции ребенок К., 1 года 8 мес. В течение 8 дней его лечили от пневмонии. Хотя этот диагноз не нашел убедительного рентгенологического подтверждения и отсутствовали другие симптомы заболевания, врачи-педиатры не усомнились в ранее установленном ими диагнозе, не прибегли к консультации других специалистов.

Пневмония у детей младшего возраста наблюдается значительно чаще, чем острый аппендицит. Эти заболевания имеют множество общих симптомов. Дифференциальная диагностика представляет значительные трудности. При многократных осмотрах, однако, почти всегда удается выявить преобладание характерных для того или другого заболевания признаков. Целесообразен осмотр детей во время сна, а иногда даже в состоянии поверхностного наркоза.

Подготовка больных к операции особенно важна при перитонитах. Между тем хирурги в ряде случаев пренебрегали этим, предпринимая операцию тотчас после госпитализации. Не случайно 11 больных с разлитым перитонитом умерли во время операции или в ближайшие часы после нее. Подготовка к операции, заняв 2—3 часа, едва ли сказалась бы отрицательно на состоянии больных, а пользу она бы, несомненно, принесла.

Переливание крови, кровезамещающих жидкостей применялось только у детей старшего возраста. До операции оно не назначалось ни одному больному. Не нашел применения метод прямого переливания крови. Ошибкой являлось практикуемое в некоторых хирургических отделениях введение кровезамещающих жидкостей подкожно или внутримышечно. Внутривенный путь инфузии у детей младшего возраста применялся только в детских хирургических отделениях. В сельских больницах и в ряде городских без внимания оставались вопросы коррекции кислотно-щелочного, водно-солевого баланса.

Под местной анестезией оперировано 13 больных. Учитывая, что у всех был разлитой перитонит, выбор метода обезболивания нельзя считать удачным. Эндотрахеальный наркоз, который в данной ситуации обладает рядом преимуществ, применен только у 6 больных. В сельских больницах его не применяли ни разу. Здесь пользовались местным обезболиванием или масочным наркозом. Масочный наркоз при аппендэктомии, по нашему мнению, оправдан, если он обеспечивается опытным анестезиологом. В противном случае к нему прибегать не следует.

Причину смерти 2 детей мы ставим в связь с чрезвычайно малым операционным разрезом. В обоих случаях это привело к повреждению сосудов брыжейки кишки в момент выведения ее в рану. Один больной (Т., 7 лет) умер от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза после вынужденной резекции подвздошной кишки, а второй (Г., 12 лет) — от кровотечения, не замеченного во время операции. Нельзя считать правильными и зашивание раны наглухо при разлитом перитоните. Такая ошибка допущена у 11 больных. При разлитом перитоните брюшная полость должна дренироваться не только из операционного, но и из дополнительного разреза в левой подвздошной области. В отдельных случаях оправданно дренирование дугласова пространства через прямую кишку.

Вызывает недоумение увлечение многих хирургов такими антибиотиками, как пенициллин и стрептомицин, эффективность которых при перитоните аппендикулярного происхождения сомнительна. Антибиотики вводили во время операции в брюшную полость большей части детей (32), а в послеоперационном периоде — почти всем (43). 8 больным эти антибиотики введены профилактически — перитонита у них не было. Не случайно, быть может, у 2 из них в последующем возникла спаечная кишечная непроходимость, у 1 — печеночно-почечная недостаточность. В то же время редко использовались морфоциклин, канамицин, мономицин и другие испытанные антибиотики, на эффективность которых указывают многие авторы [3, 5 и др.].

Нельзя, разумеется, рассчитывать на эффект от антибиотиков при прогрессирующем перитоните, абсцессах. Между тем именно в надежде на них своевременно не оперированы 5 из 9 больных с межпечельными и тазовыми абсцессами. Релапаротомия с последующим дренированием брюшной полости, по нашему мнению, была показана у 12 из 33 детей с разлитым перитонитом (у остальных брюшная полость дренировалась), а выполнена она только у 5 больных, и то слишком поздно.

Кишечные свищи, обычно сочетаясь с другими осложнениями, явились причиной смерти 6 детей. Несмотря на отсутствие эффекта от консервативного лечения, не прогрессирующее истощение, операция в связи с этим осложнением предпринята всего у 2 больных. Произведено ушивание дефекта стенки кишки, но свищи вскоре возобновились. Мы считаем, что при свищах тонкой кишки методом выбора должна быть резекция. Ушивание можно оправдать только при неполных свищах, когда больные не истощены, благодаря чему в случае необходимости они в состоянии перенести и радикальную операцию.

Многие авторы [1, 2, 4 и др.] отмечают, что за последние годы участились случаи спаечной кишечной непроходимости. У детей она чаще возникает в связи с острым аппендицитом. Спаечная кишечная непроходимость в ранние сроки (в ближайшие дни после операции) не является большой редкостью. Это объясняется неумелым дренированием¹ брюшной полости, грубым обращением с тканями. Мы, как уже указывалось, не исключаем также связи и с введением антибиотиков в брюшную полость. Это осложнение наблюдалось у 6 детей, и ни один из них не был своевременно оперирован повторно. Для отдельных хирургов, лечивших этих больных, ранняя послеоперационная кишечная непроходимость была неожиданностью. Это значит, что они плохо знакомы с новейшими исследованиями в этом направлении, едва ли лучше знакомы с этим педиатры и другие специалисты.

Из осложнений послеоперационного периода заслуживает внимания также пневмония, особенно у детей младшего возраста. На ее фоне не был распознан поддиафрагмальный абсцесс у ребенка 2 лет и послеоперационная спаечная кишечная непроходимость у другого, 3 лет 6 мес.

Мы остановились лишь на некоторых, но наиболее часто наблюдаемых ошибках в диагностике острого аппендицита у детей. При этом мы не можем не обратить внимания и на трудности в распознавании этого заболевания, которые, однако, не считаем непреодолимыми. Последовательное динамическое наблюдение, своевременное привлечение для консультаций специалистов, применение современных лабораторных, рентгенологических и других видов исследования почти всегда избавляют от ошибок. В особенно трудных для диагностики случаях, когда дальнейшее наблюдение таит в себе опасность возникновения грозных осложнений, следует считать оправданным вмешательство ни одному из оперированных не стоило жизни. Поэтому считаем возможным рекомендовать его для более широкого применения.

За последние десятилетия хирургия достигла грандиозных успехов, открыв доступ ко всем органам человека. На этом фоне иногда наблюдается неоправданно легкое отношение к острому аппендициту как со стороны отдельных врачей, так и со стороны самих больных и их родственников. Не этим ли объясняются случаи поздней обращаемости и доставки больных в лечебные учреждения, диагностические и тактические ошибки? Следует решительно бороться с бытующим среди части хирургов, особенно молодых, мнением, что острый аппендицит — это решенная проблема.

На фоне достижений современной медицинской науки роковые исходы при остром аппендиците следует рассматривать как чрезвычайное происшествие. Вопросы диагностики и тактики при этом заболевании разработаны достаточно хорошо; они, вероятно, и в дальнейшем не претерпят существенных изменений. Смерть ребенка от острого аппендицита в настоящее время по существу должна ложиться тяжелым укором и на родственников больного, своевременно не обращающихся за медицинской помощью, не говоря уже о врачах, допускающих грубые диагностические и тактические ошибки или, что хуже и чему нет оправданий, проявляющих легкомыслие при лечении больных с этим заболеванием.

Многие из приведенных выше ошибок, особенно допущенных в стационарах, могли быть предотвращены в условиях специализированного детского хирургического отделения. В них дети наблюдаются не только хирургами, но в равной степени и педиатрами, что имеет исключительно важное значение.

В 1970 г. в лечебных учреждениях Куйбышевской области по поводу острого аппендицита оперировано 2717 детей. Умерло 5 больных (0,18%). В предыдущие годы летальности была выше, достигая 0,25—0,3%. Наблюдаемую тенденцию к снижению летальности при остром аппендиците мы связываем с организацией в городах Куйбышев, Тольятти, Сызрани детских хирургических отделений, в которые представляется возможным госпитализировать детей и из соседних с ними районов. В специализированные отделения направляются также дети с осложнениями после операций, произведенных в других городах и районах области. Эти отделения стали своеобразным методическим центром. На их базе проводится специализация хирургов общего профиля. Практикуются семинары для педиатров, терапевтов, врачей скорой помощи и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А. В кн.: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость. Курган, 1960.—2. Женчевский Р. А. Вестн. хир., 1965, 9.—3. Рокицкий М. Р., Мифтахов Н. А., Пирогов П. И. Материалы межобл. конф. хирургов. Пермь, 1969.—4. Симонян К. С. Спаечная болезнь. Медицина, М., 1966.—5. Федоров В. Д., Максимов В. И. Материалы межобл. конф. хирургов. Пермь, 1969.

¹ Некоторые хирурги, не зная четко показаний к применению дренажа и тампона, при перитонитах прибегают к тампонаде брюшной полости вместо дренирования.