

ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

И. В. Саввиди

Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Р. Рокицкий), Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— с. н. с. Р. Х. Ахмедзянов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Мы проанализировали 220 наблюдений за осложненными формами острого аппендицита у детей и истории болезни 22 умерших от этого заболевания. Причины неблагоприятного течения острого аппендицита изучали на протяжении трех этапов оказания медицинской помощи: 1) на уровне педиатрических участков, скорой помощи и соматических детских отделений, 2) в условиях общехирургических отделений ЦРБ, 3) в специализированных детских хирургических отделениях.

Абсолютное большинство неблагоприятных исходов острого аппендицита у детей было обусловлено, по нашим данным, поздней диагностикой и запущенностью основного процесса, присоединением перитонита, абсцессов брюшной полости и т. д. Из 22 умерших детей двое поступили после 24 ч от начала заболевания, 12 — после 48 ч, 8 — после 3 и более суток. 200 (90,9%) из 220 больных были госпитализированы в хирургическое отделение через 24 ч и более от начала заболевания. Позднее поступление детей объяснялось следующими причинами.

1. В 41,8% случаев родители поздно обратились за медицинской помощью. В основном это наблюдалось в сельской местности, что еще раз подтверждает необходимость широкого проведения разъяснительной работы среди населения о необходимости немедленного обращения к врачу при появлении у ребенка болей в животе.

2. Категорический отказ родителей от направления в стационар и госпитализации был отмечен лишь в одном наблюдении, однако и в такой ситуации врач не вправе был ограничиваться выдачей направления в хирургическое отделение и взятием расписки об отказе родителей от госпитализации.

3. В 84 (38,2%) случаях имели место диагностические ошибки врачей первого звена: поверхностный осмотр ребенка, пренебрежение пальцевым ректальным исследованием, недостаточное знание типичной клиники острого аппендицита у детей младшего возраста. Характерную вялость ребенка, гипертемию, нередкий жидкий стул врач ошибочно диагностировал как кишечную инфекцию. Надо помнить, что при остром аппендиците у маленького ребенка стул может быть как задержанным, нормальным, так и жидким с примесью слизи, поэтому вид стула не является опорным признаком

и не должен быть определяющим для снятия диагноза острого аппендицита. Во всех этих случаях врачи нарушили приказы МЗ СССР, РСФСР и ТАССР об обязательной госпитализации всех детей в возрасте до трех лет с болями в животе, причем предпочтительно в детское хирургическое отделение.

Характеризуя причины диагностических ошибок врачей первого (и не только первого) звена, необходимо подчеркнуть сложность диагностики необычно протекающих случаев острого аппендицита у детей. Мы располагаем несколькими наблюдениями, когда даже многократные консилиумы не помогли поставить своевременный правильный диагноз, что диктует еще большую настороженность в отношении острого аппендицита у детей, госпитализацию всех больных с неясной клинической картиной под наблюдение детского хирурга. На данном этапе не следует опасаться гипердиагностики острого аппендицита — лучше направить на консультацию к детскому хирургу несколько детей с подозрением на острый аппендицит, чем один раз просмотреть это заболевание.

В условиях общехирургических отделений ЦРБ были допущены следующие ошибки, существенно повлиявшие на дальнейшее течение патологического процесса.

1. Имел место неоправданное «наблюдение» дежурным хирургом без динамического контроля за состоянием ребенка, анализами крови и мочи, без осмотра педиатром и ведущим хирургом. В сомнительных случаях нужно было созвать экстренный консилиум, включающий опытного педиатра и хирурга (в первую очередь это относится к детям младшего возраста). При сохранении сомнений необходимы консультация по телефону с детским хирургическим отделением ДРКБ, вызов детского хирурга или транспортировка (при показаниях и такой возможности после согласования) ребенка в детское хирургическое отделение.

2. При установленном диагнозе острого аппендицита операция откладывалась на несколько часов. Если учесть стремительное нарастание воспалительного процесса и частоту разлитых перитонитов у детей, то такая тактика не выдерживает никакой критики. Откладывание операции на 1—3 ч может быть продиктовано только необходимо-

стью проведения интенсивной предоперационной подготовки.

3. Отмечались случаи выполнения операции детям с аппендикулярным перитонитом без предоперационной подготовки и внутривенной инфузионной терапии. Такие операции, как правило, заканчивались неблагоприятно.

4. Серьезной ошибкой было выполнение операции одним хирургом без ассистента (напомним, что это категорически запрещено соответствующими приказами МЗ СССР и МЗ РСФСР) или малоопытным хирургом. Операции детям требуют участия наиболее опытного, квалифицированного специалиста.

5. У детей с аппендицитом, осложненным перитонитом, имели место операции под местной анестезией, что нельзя признать оправданным. Такая тактика исключает возможность адекватной санации брюшной полости, ведет к образованию абсцессов различной локализации и кишечных свищей.

6. Одной из частых причин ухудшения состояния и присоединения различных осложнений являлось отсутствие необходимой инфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде. Лечение ребенка с аппендикулярным перитонитом должно начинаться с предоперационной подготовки, включать радикальную операцию с санацией брюшной полости и продолжаться с первых же минут послеоперационного периода.

Анализируя ошибки, допущенные врачами на третьем этапе оказания медицинской помощи — в специализированных детских хирургических отделениях, мы отметили в отдельных наблюдениях неоправданно длительное выжидание, ошибки в случаях сложной диагностики и необычного течения основного процесса, недостаточную санацию брюшной полости, редкое применение перидуральной анестезии при осложненных перитонитом острых аппендицитах.

Поступила 07.12.86.

УДК 616.34—007.44—053.2—07—08

ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

А. А. Мустафин, В. И. Булашов, А. В. Акинфиев

Кафедра детской хирургии (зав.—проф. М. Р. Рокицкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В диагностике и консервативном лечении инвагинации кишечника у детей широкое распространение получили способы, предусматривающие ретроградное нагнетание в толстой кишечнике воды, бариевой взвеси, воздуха [1, 4, 5]. Эта процедура выполняется преимущественно после введения обезболивающих и спазмолитических препаратов [1, 3], пресакральной новокаиновой блокады [5], реже — под наркозом [3, 6]. Для контроля за ходом дезинвагинации и эффективностью лечения большинство авторов используют рентгеноскопию. С. Я. Долецкий и соавт. [2] сообщают о возможности дезинвагинации с помощью и под контролем фиброколоноскопии.

Консервативная дезинвагинация считается безопасной при определенных условиях (у детей до одного года со сроком заболевания до 12—24 ч при локализации головки инвагината в толстой кишке) и имеет порог эффективности.

Применяющаяся нами видоизмененная методика диагностики и консервативного лечения инвагинации включает трансаналное закрытое ступенеобразное нагнетание воздуха обязательно под наркозом и пальпаторный контроль эффективности. При подозрении на инвагинацию кишечника со сроком заболевания до 32 ч больному на-

значают премедикацию и в операционной под масочным ингаляционным или кеталоровым наркозом проводят пальпацию живота. При этом совершенно достоверно можно выявить кардинальный симптом инвагинации кишечника — наличие колбасовидной «опухоли» в брюшной полости — и определить ее размеры, расположение, подвижность. Для дезинвагинации в прямую кишку вводят интубационную трубку № 8—10 с манжеткой, соединенную с баллоном Ричардсона и моновакуумметром. Раздувают манжетку и подтягивают трубку кнаружи, что приводит к обтурации анального канала и предотвращению преждевременного сброса воздуха из толстой кишки. Воздух нагнетают под давлением 40—80 мм рт. ст. (5,3—10,7 кПа). Пальпаторно и визуально совершенно отчетливо наблюдается прохождение воздуха до инвагината и в последующем его перемещение до правой подвздошной области. После исчезновения «опухоли» или вздутия кишечника, затрудняющего пальпацию, от интубационной трубки отсоединяют баллон Ричардсона с моновакуумметром и выпускают воздух из кишечника. Повторно проводят пальпацию живота. Отсутствие пальпируемой «опухоли» свидетельствует об успешности дезинвагинации. При сохраняющейся, как правило, уменьшившейся «опухоли» вновь нагнетают воздух.