



В.А. Тараканов¹, Н.К. Барова¹⁻², И.А. Убилава², А.И. Леви²

СТРУКТУРА ПРИЧИН ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

¹Кубанский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней детского возраста.

Россия 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4

²Детская краевая клиническая больница,

детское хирургическое отделение №1 (экстренное).

Россия, 350000, Краснодар, ул. Площадь Победы №1. E-mail: nbarova@yandex.ru

Аппендикулярный перитонит является одним из наиболее тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний у детей. До 60% экстренных операций детям проводятся в условиях не специализированных общехирургических отделений, персонал которых не достаточно знаком с особенностями хирургии детского возраста, что является основной причиной лечебно-тактических и технических ошибок. Анализ данных ошибок и определение факторов их управляемости служат основными резервами в плане оптимизации медицинской помощи детям с аппендикулярным перитонитом.

Ключевые слова: аппендикулярный перитонит, лечебно-тактическая ошибка, техническая ошибка.

V.A. Tarakanov¹, N.K. Barova¹⁻², I.A. Ubilava², A.I. Levi²

STRUCTURE OF THE REASONS OF THE COMPLICATED COURSE OF APPENDICULAR PERITONITIS AT CHILDREN

¹Kuban State Medical University,
Department of Surgical Diseases of Childhood.

4 Sedina st., Krasnodar, 350063, Russia

²Children's Hospital edge,
pediatric surgical department №1 (extra).

1 Ploshad Pobedi st., Krasnodar, 350000, Russia. E-mail: nbarova@yandex.ru

Appendicular peritonitis is one of the most complicated purulent-inflammatory diseases in children. More than 60% emergency operations children performed at non-specialized general surgical departments. Staff are not sufficiently familiar with the peculiarities of pediatric surgery. This is the main cause of treatment-tactical and technical errors. Analysis of the data errors and determining factors of their controllability are the main reserves in terms of optimization of medical care for children with appendicular peritonitis.

Keywords: appendicular peritonitis, treatment and tactical error, technical error.

Введение

Перитонит является одним из наиболее тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний любого возраста. Обусловлено это сочетанием выраженного синдрома интоксикации с хирургической агрессией [1, 2]. Он встречается у детей чаще, чем у взрослых, и протекает в более тяжелых клинических проявлениях [3-5]. Именно поэтому осложненное течение послеоперационного периода при аппендикулярном перитоните у детей представляет одну из наиболее актуальных и сложных проблем абдоминальной хирургии. Обусловлено это, в первую очередь, частотой встречаемости внутрибрюшных осложнений при аппендикулярном перитоните (5,5%-30%), высоким процентом релапаротомий (1,15%-46,8%) и сохраняющимися высокими показателями летальности (3%-17%) в их числе [6].

Цель исследования - выявление и анализ наиболее частых причин осложненного течения аппендикулярного перитонита у детей, определение факторов их управляемости, а также разработка оптимального лечебно-тактического и организационного алгоритма, направленного на снижение послеоперационных осложнений и адаптированного к материально-техническим ресурсам и кадровому потенциалу собственного края.

Материалы и методы

С 2005 по 2013 гг. в клинике детской хирургии Краснодар пролечен 81 ребенок с осложненным течением аппендикулярного перитонита, оперированных пер-

вично в различных ЛПУ края. Возраст пациентов: от 1,5 до 17 лет. Соотношение мальчиков и девочек - 1:1. Местные формы перитонита наблюдались у 49 (60,49%) пациентов, распространенные - у 32 (39,51%) пациентов.

Результаты и обсуждение

В 36 случаях (44,44%) имела место поздняя диагностика осложненного течения острого аппендицита. На втором месте по частоте встречаемости стоят дефекты предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных - 34 случая (41,97%). Из них у 16 пациентов (47,05%) отсутствовал расчет инфузионной терапии, 9 пациентам (26,47%) предоперационная подготовка не проводилась вообще. Отсутствие стимуляции перистальтики кишечника или проведение её по произвольной схеме было установлено у 25 детей (73,52%). Нерациональная антибактериальная терапия отмечена у 14 пациентов (41,17%). Дефекты формирования операционной бригады встретились в 29 (35,80%) случаях из 81. Технические ошибки при проведении хирургического вмешательства установлены у 31 пациента (38,27%): из них выбор неадекватного доступа (рис.1) - доступ по Волковичу Дьяконову при распространенном процессе вместо ниже-срединного доступа - отмечен в 14 случаях (45,16%), «малый» или «смещенный» доступ (рис 2) - смещенный «микродоступ» - лапароскопическая реоперация, нерациональное дренирование брюшной полости - в 13 случаях (41,93%). Нерезецированная прядь инфильтрированного сальника и, как следствие этого, развитие оментита обнаружены у 9 (29,03%) детей.



Рис. 1. Доступ по Волковичу-Дьяконову при распространенном процессе (отмечено стрелкой).



Рис. 2. Смещенный «микродоступ» при аппендикулярном перитоните (отмечено стрелкой)



Осложненное течение аппендикулярного перитонита имело место у большинства детей, оперированных открытым (трансабдоминальным) способом, – в 79 (97,54%) случаях. При использовании лапароскопического метода подобные проблемы отмечены лишь у 2 детей (2,46%).

При сравнении частоты встречаемости дефектов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных – 64 (79,01%) и технических ошибок – 36 (44,44%) констатируется явный перевес в пользу первых.

Проведенное исследование дало возможность нам определиться в том, что осложненное течение аппендикулярного перитонита наиболее характерно для пациентов, лечение которых проходит за пределами специализированных детских хирургических отделений и связано с недостаточной осведомленностью хирургов общей практики с особенностями хирургии детского возраста. Так, первичная операция в общехирургических отделениях была выполнена у 69 (85,19%) детей, в то время как в специализированных детских хирургических отделениях это хирургическое вмешательство было проведено лишь у 12 пациентов (14,81%).

Тщательный анализ первичной медицинской документации у пациентов с осложненным течением аппендикулярного перитонита позволил установить, что выявленные дефекты на этапе оказания первичной медицинской помощи в 66 случаях (86,84%) признаны управляемыми.

С целью улучшения результатов лечения при аппендикулярном перитоните в клинике с 2005 г. принят комплекс мероприятий образовательного и организационного плана, направленных на оптимизацию медицинской помощи на всех уровнях её оказания, а именно:

Образовательные программы в непрерывном режиме (профилактика перитонита – своевременная диагностика острого аппендицита; программа комплексного лечения перитонита у детей).

Концентрация детей с осложненным течением аппендикулярного перитонита в Краевом центре детской хирургии согласно алгоритму преемственности лечебно-профилактических учреждений Краснодарского края в работе детской хирургической службы (Приказ ДЗ КК №423 от 24 мая 2007 г., приложение № 9).

Запрет релапаротомий у детей, без участия краевых специалистов (Приказ ДЗ КК №423 от 24 мая 2007 г., п. 12.4).

Целевым индикатором эффективности принятых мероприятий было признано количество повторных операций. В сравнении двух аналогичных временных промежутков принятые мероприятия позволили уменьшить количество детей с осложненным течением аппендикулярного перитонита на 10,23% (N=9) и снизить количество реопераций на 25,53%. Это заключение сделано при соотношении пациентов с аппендикулярным перитонитом, пролеченных консервативными и хирургическими методами в двух временных периодах: 1998-2004 гг. и 2005-2013 гг. Если в первом периоде из 88 пациентов консервативно излечен 31 (35,23%) больной, то во втором периоде консервативная терапия оказалась эффективной у 48 (60,76%) детей. Число же релапаротомий уменьшилось во втором периоде почти в 2 раза: с 64,77% до 39,24%.

Лечение детей с аппендикулярным перитонитом является одной из самых сложных проблем, не теряющей своей актуальности на разных этапах развития медицинских технологий. И только соблюдение единого лечебно-тактического алгоритма на всех уровнях оказания медицинской помощи, координация сил анестезиологов-реаниматологов, общих и детских хирургов с применением образовательных программ в непрерывном режиме являются залогом успеха в лечении детей с данной патологией.

Выводы

В структуре причин осложненного течения аппендикулярного перитонита преобладают проблемы интенсивной терапии в предоперационной подготовке и послеоперационного ведения больных.

Процент осложнений аппендикулярного перитонита у детей, оперированных эндохирургическими методами лечения ниже, чем у оперированных открытым способом;

Осложненное течение аппендикулярного перитонита наиболее характерно для пациентов, лечение которых проходит за пределами специализированных детских хирургических отделений;

В подавляющем большинстве лечебно-диагностические дефекты управляемы

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская хирургия: национальное руководство / Под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 1164.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей/ Под редакцией Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова/ – М. ГЭОТАР – МЕД. 2002. –С. 404.
3. Holcomb III G.W., Shawn D.P. Current Management of Complicated Appendicitis in Children // Eur J Pediatr Surg. - 2012. - Vol.22, N.4. - P.207-212.
4. Рошаль Л.М., Капустин В.А., Гранников О.Д., Карасева О.В. Лапароскопическая санация брюшной полости при аппендикулярном перитоните у детей. // Хирургия. – 1996. – №4. – С. 35-37.
5. Faiz.O., Blasckbum S.C., Clarc J. Laparoscopic and conventional appendectomy in children outcomes in English hospitals between 1966 and 2006. // Pediatr Surg Int. – 2008. – V.24. – P. 1223-1227.
6. 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.

ПОСТУПИЛА 26.04.2014