

Гострий абдомінальний синдром у невідкладній хірургії дитячого віку



М.Г. Мельниченко¹, В.В. Антонюк²

¹ Одеський національний медичний університет

² Обласна дитяча клінічна лікарня, Одеса

Мета дослідження — підвищити ефективність діагностики та лікування дітей із гострим абдомінальним синдромом (ГАС) на основі розробки комплексного алгоритму дій в умовах екстреної хірургічної служби.

Матеріали та методи. За останні 4 роки до відділення екстреної хірургії по допомогу звернулося приблизно 84 тис. дітей, із них із ГАС кожна п'ята дитина. Кожного шостого (2732 (15,67 %) осіб) хворого госпіталізовано з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини у стаціонар. Дві третіх (1754 (64,20 %)) цих хворих прооперовано з приводу гострого апендициту і його ускладнень та ін.

Результати та обговорення. ГАС — пріоритетна хірургічна проблема в дитячому віці, з якою звертаються по допомогу понад 20,8 % хворих. За нашими даними, зберігається стабільність показників хірургічної активності при ГАС у середньому в 64,2 % випадків, але добрий показник своєчасної діагностики і «апендицитної сторожкості» лікарів відділення ургентної хірургії — це тенденція до зниження кількості деструктивних і ускладнених форм апендициту на 25,6 % та збільшення неструктуривної патології (флегмонозна форма) на 12,6 %. Перебіг розповсюдженого апендикулярного перитоніту у 80 % випадків супроводжується абдомінальним сепсисом.

Більшість помилкових і несвоєчасних діагнозів гострого апендициту пов'язані з недооцінкою загальноклінічних симптомів захворювання. Застосування хірургічної паузи і технології стаціонарного моніторингу дає змогу ретельно обстежити пацієнта, виявити супутню патологію, визначити раціональну тактику, адекватність та зменшити виникнення ускладнень при ГАС.

Висновки. За останні 4 роки з ГАС звернулося 17,5 тис дітей, кожна десята дитина (1754) була прооперована з приводу гострого апендициту і його ускладнень, первинного перитоніту, дивертикуліту, апоплексії яєчників та ін. Запропонований комплексний алгоритм дій чергового хірурга в умовах екстреної хірургічної служби підвищує ефективність діагностики дітей з ГАС, сприяє наданню кваліфікованої своєчасної допомоги та запобігає встановленню помилкових діагнозів. Застосування «хірургічної паузи» протягом 6 год і технології стаціонарного моніторингу (лабораторний та фізикальний) дає можливість ретельно обстежити, виявити супутню патологію, визначити раціональну тактику лікування, адекватність терапії, тим самим зменшити ускладнення при ГАС. Підвищення ефективності лікування дітей з ГАС можливе при дотриманні основних принципів та вирішення основних завдань раціонального комплексного лікування дітей з ГАС на стаціонарному етапі.

Ключові слова: гострий абдомінальний синдром, діти, невідкладна хірургія.

Стаття надійшла до редакції 15 листопада 2012 р.

Мельниченко Марина Георгіївна, д. мед. н., професор кафедри хірургії № 4
65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2
Тел. (0482) 33-24-54
E-mail: marina_gm@i.ua

Знання особливостей клінічного перебігу і специфічних прийомів діагностики гострого абдомінального синдрому (ГАС) в дітей необхідне як для дитячих хірургів та лікарів мережі поліклінік, так і для сімейних лікарів. За даними різних авторів, оперативні втручання при гострому апендициті (ГА) складають до 75 % усіх екстрених втручань у дітей [1—3, 6, 9, 10]. Саме дільничні педіатри, сімейні лікарі та лікарі невідкладної допомоги, від яких насамперед залежить своєчасне звернення хворих по хірургічну допомогу, мало знайомі з особливостями цього захворювання. Це стосується і загальних хірургів, до яких нерідко потрапляють діти в тих місцевостях, де немає спеціалізованих дитячих хірургічних відділень.

Перебіг ГА в дітей завжди зумовлений морфофункціональними особливостями органів черевної порожнини (ЧП), порушенням загального гомеостазу, особливим перебігом запальних та адаптаційних реакцій, ступенем ендогенної інтоксикації, імовірністю надмірного інтраабдомінального спайкоутворення, швидкістю розвитку деструктивного процесу в дітей молодшого віку, незрілістю інтрамуральної нервової системи та лімфатичного апарату червоподібного відростка, низькими пластичними властивостями очеревини, недорозвиненням сальника, схильністю дитячого організму до генералізованої реакції на запалення. Генералізація й недостатня специфічність реакцій організму дитини на запалення, тобто подібні клінічні вияви при різних захворюваннях (температура, біль у животі, розлади випорожнення), створюють значні труднощі в діагностиці ГА, який у дітей молодшої вікової групи найчастіше ускладнюється перитонітом. Отже, це істотна причина частоти розвитку ускладнень [4, 5, 7, 8, 11].

Дослідниками широко висвітлені питання діагностики та лікування дітей із гнійними процесами у ЧП, проте швидкий розвиток сучасної науки й накопичення нових знань змушують знову повернутися до деяких сторін цієї проблеми.

Мета дослідження — підвищити ефективність діагностики та лікування дітей із ГАС на основі

розробки комплексного алгоритму дій в умовах екстреної хірургічної служби.

Матеріали та методи

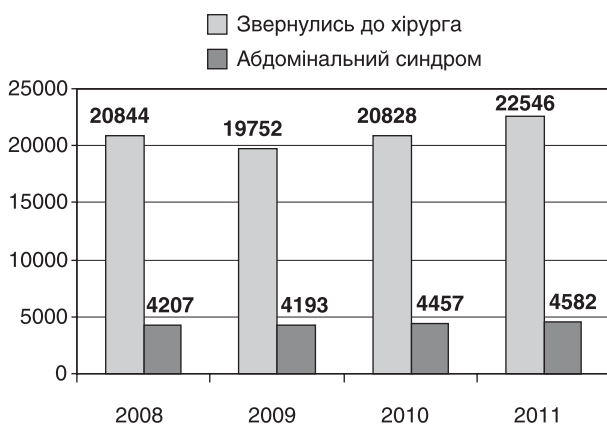
Проведений аналіз діяльності екстреної хірургічної служби ОДКЛ у м. Одеса виявив, що за останні 4 роки до відділення екстреної хірургії звернулося по допомогу приблизно 84 тис. дітей, із них із ГАС 17,5 тис. (20,8 %) пацієнтів, тобто кожна п'ята дитина (рис. 1). Із них кожного шостого (2732 (15,67 %) пацієнта госпіталізовано з гострою хірургічною патологією органів ЧП у стаціонар (рис. 2). Дві третіх (1754 (64,20 %) цих хворих прооперовано з приводу ГА і його ускладнень, первинного перитоніту, дивертикуліту, апоплексії яєчників та ін.

Як показав проведений аналіз, у наших спостереженнях співвідношення хлопчиків та дівчат серед оперованих в усі роки зберігалось 3 : 2 (табл. 1). Воно було таким у кожній віковій групі та при всіх формах гострого запалення ЧП.

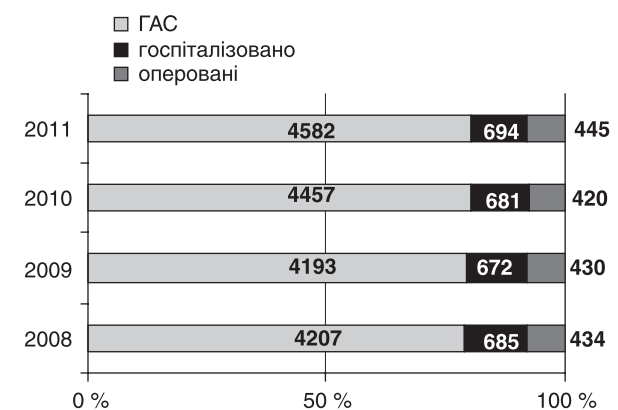
Більшість дітей із ГАС були діти віком від 6 років — 1381 (79,9 %) пацієнт, що зумовлено морфофункціональними особливостями дитячого віку, різноманітністю клінічного перебігу гострих запальних захворювань органів ЧП.

У перші три доби захворювання госпіталізовано 1426 (82,5 %) дітей, решта 303 (17,5 %) надійшли після 5—6-ї доби від початку захворювання. Хворі з апендикулярним інфільтратом звернулися до лікаря після 7—9-ї доби від початку захворювання. Як свідчать дані табл. 2, оперованих дітей із ГАС з області було в 3,5 разу менше, ніж дітей із міста, але всі ці хворі склали 94,6 % серед звернених екстрено, і в половині з них був ускладнений апендицит.

На наш погляд, це пов'язано, по-перше, із соціальними й економічними особливостями сільської місцевості, по-друге, з недооцінкою загальноклінічних симптомів захворювання внаслідок недовідченості, неувважності або зайнятості лікарів первинного огляду, що призводить до необґрунтованого спостереження за хворою дитиною на місцях та до розвитку ускладнень деструктивних форм апендициту внаслідок запізнілої госпіталі-



■ Рис. 1. Показники дітей із ГАС, за даними екстреної хірургічної служби ООДКЛ



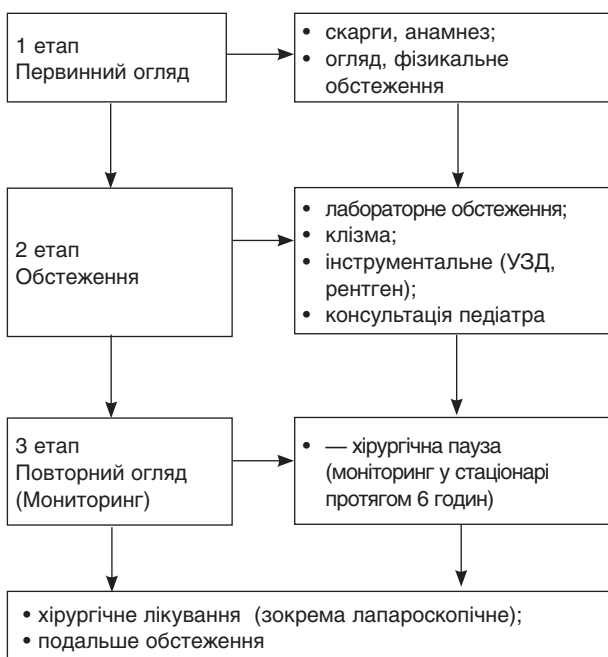
■ Рис. 2. Показники хірургічної активності серед дітей із ГАС

■ Та б л и ц я 1
Розподіл дітей із ГАС за статтю

Стать	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.		Разом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Хлопчики	254	58,5	242	56,3	237	56,4	265	59,6	998	57,7
Дівчата	180	41,5	188	43,7	183	43,6	180	40,4	731	42,3
Усього	434		430		420		445		1729	

■ Та б л и ц я 2
Розподіл дітей із ГАС за місцем мешкання

Місце мешкання	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.		Разом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Сільські діти	104	24,0	93	21,6	91	21,7	101	22,7	389	22,5
Діти з міста	330	76,0	337	78,4	329	78,3	344	77,3	1340	77,5
Усього	434		430		420		445		1729	



■ Рис. 3. Схема алгоритму дій при ГАС у дітей

зації. Водночас діти з міста звертаються до відділення екстреної хірургії, минаючи лікарів поліклінічної ланки, з першими загальними ознаками ГАС, зумовленими іншими захворюваннями.

Специфічні ознаки ГАС у дітей були такі: характер і локалізація болю у животі, наявність і локалізація *defense muscular* та подразнення очеревини, симптом пальпованої пухлини в животі — це ознаки, без яких не буває гострого хірургічного захворювання органів ЧП, що потребує хірургічного вирішення. До неспецифічних ознак ГАС у дітей зараховуємо такі: блювання, порушення випорожнення, дизурія, вагінальні виділення, температура тіла, здуття живота, лабораторні показники та ін. — це загальна відповідь організму дитини на захворювання, що без специфічних симптомів не є показанням до хірургічного вирішення проблеми. Але в дітей молодшої вікової

групи, як правило, загальні симптоми превалюють над місцевими й відіграють провідну роль. Деструктивні форми ГА перебігають у молодшій віковій групі тяжко, супроводжуючись вираженими явищами токсикозу та розвитком абдомінального сепсису.

Результати та обговорення

Розроблено етапний алгоритм дій хірурга в умовах екстреної хірургічної служби при ГАС у дітей (рис. 3).

Запропонований алгоритм передбачає дії чергового хірурга для своєчасної та доступної діагностики ГАС у дітей із метою надання кваліфікованої допомоги в умовах спеціалізованого відділення для запобігання помилкових і несвоєчасних діагнозів. На першому етапі алгоритму черговим хірургом проводиться первинний огляд, який складається зі збору скарг, анамнезу захворювання, здійснюється загальний та локальний огляди, фізикальне обстеження (пальпація, перкусія, аускультация).

На основі первинного огляду черговий хірург призначає обсяг доступного та щадного обстеження — це вже другий етап, котрий передбачає обов'язково загальну гемограму, проведення клізми, інструментальне обстеження (УЗД, рентген) і ректальне за необхідності та консультацію педіатра. Додаткове пріоритетне дослідження — це сонографічне при абдомінальному синдромі з метою діагностики інтраабдомінального патологічного процесу: наявності вільної перитонеальної рідини та ознак перитоніту; розтягнення петель кишечника за рахунок газів і рідини; різкого ослаблення або відсутності перистальтики; наявності інфільтрату, контролю за його змінами; наявності спайкового процесу в ЧП та малому тазі. Рентгенологічне обстеження зумовлене необхідністю проведення диференційної діагностики абдомінального синдрому із запальними захворюваннями інших органів, зокрема органів дихання. Консультація педіатра при ГАС у дітей дає змогу виконати диференційну діагностику абдомінального синдрому в дітей із соматичними захворюваннями та виявити супутню патологію.

■ Та б л и ц я 3
Структура ГАС у госпіталізованих дітей

Захворювання	2008 р.		2009 р.		2010 р.		2011 р.		Разом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Катаральний апендицит	24	5,5	26	6,05	40	9,5	38	8,5	128	7,4
Флегмонозний апендицит	292	67,3	324	75,4	306	72,8	334	75,05	1256	72,6
Гангренозний та гангренозно-перфоративний апендицит + перитоніт	86	19,8	68	15,8	63	14,9	64	14,4	281	16,3
Апендикулярний інфільтрат	2	0,46	1	0,2	1	0,2	1	0,2	5	0,3
Первинний перитоніт	28	6,5	10	2,3	9	2,1	8	1,8	55	3,2
Неспецифічний мезаденіт	2	0,46	1	0,2	1	0,2	0	0	4	0,2
Усього	434	100	430	100	420	100	445	100	1729	100

За результатами другого етапу обстеження, яке триває впродовж 20—30 хв, проводиться повторний огляд хворої дитини черговим хірургом — це вже третій етап, коли приймається рішення про термінове хірургічне лікування або про надання хірургічної паузи протягом 6 год для моніторингу у стаціонарі з метою кінцевого вирішення питання про надання хірургічної допомоги пацієнтові чи про подальше обстеження в умовах соматичного відділення. Хірургічна пауза у стаціонарі передбачає лабораторний (динаміка лейкоцитозу) та фізикальний (динаміка загальних і локальних симптомів ГАС) моніторинг хворої дитини черговим хірургом.

Додатково хворим проводилося ректоабдомінальне бімануальне дослідження з метою уточнення локалізації запального осередку. У 281 (87,7 %) хворого серед дітей з апендикулярним перитонітом ректально виявлено нависання передньої стінки прямої кишки (при місцевому перитоніті більше справа), іноді її болючість. Слід зазначити, що при апендикулярному інфільтраті ректальне дослідження не тільки допомагало визначити діагноз у 100,0 % випадків, а й було важливим під час динамічного моніторингу якості лікування: при регресії інфільтрату помічено зменшення утворення, при абсцедуванні — болючість і флукуація.

Проведений аналіз відповідності специфічних та неспецифічних клінічних ознак для визначення особливостей перебігу ГАС у дітей показав, що у всіх хворих із ГА та його ускладненнями провідною була скарга на суб'єктивний та провокований біль у животі, який змінювався залежно від віку дитини і давності захворювання, але локалізація болю частіше вказувала на локалізацію запалення. Крім того, статистичний аналіз виявив зв'язок досліджуваних ознак (симптом пальпованої пухлини в череві, наявність і локалізація *defense muscular* та подразнення очеревини, характеристика блювання, порушення випорожнення, дизурія, вагінальні виділення, температура тіла, здуття живота) із поширеністю запального інтраабдомінального процесу ЧП.

Додаткова інструментальна діагностика, зокрема сонографічне дослідження, допомагала візуалізувати інтраабдомінальну локалізацію запаль-

ного осередку (апендицит, перитоніт), а при апендикулярному інфільтраті у 100,0 % випадків діагностувати його стадію.

Структуру ГАС у госпіталізованих дітей представлено в табл. 3.

Як свідчить табл. 3, за всі роки спостереження кількість катаральних апендицитів мала тенденцію до збільшення — від 5,5 до 9,5 %, тобто підвищилась у півтора рази, що може бути пов'язано зі збільшенням кількості атипичних виявів ГА, поєднанням ГА із соматичними захворюваннями, що маскує вияви апендициту й призводить до гіпердіагностики захворювання. Водночас привертає увагу те, що кількість деструктивних форм апендициту, ускладнених перитонітом, за 4 роки зменшилась в 1,4 рази, тим часом кількість хворих із флегмонозним апендицитом збільшилась на 7,8 % за такий самий термін спостереження. Це добрий показник «апендицитної сторожкості» лікарів відділення ургентної хірургії, які своєчасно діагностують ГА. За даними табл. 3, у 2 рази зменшилась кількість апендикулярних інфільтратів та в 3,5 рази — первинних перитонітів. Наслідки захворювання визначалися обсягом і характером своєчасного адекватного обстеження та раціонального лікування. Слід зазначити, що перебіг поширеного апендикулярного перитоніту у 80 % випадків супроводжувався абдомінальним сепсисом.

Вважаємо, що основні принципи раціонального комплексного лікування дітей із ГАС такі:

- ранній початок лікування;
- послідовність та комплексність діагностичних та лікувальних заходів;
- етапність і помірність лікувальних ресурсів (поступове збільшення інтенсивності лікувальних комплексів та впливів);
- індивідуальний підхід (врахування віку і початкового стану пацієнта, характеру захворювання, стадії та особливостей перебігу патологічного процесу, ускладнень і супутніх захворювань);
- диференційованість лікувально-реабілітаційних комплексів (синдромно-патогенетичної дії і саногенетичної спрямованості медичних впливів).

Тому основні завдання комплексного лікування дітей із ГАС наступні:

- ліквідація патологічного осередку запалення;
- зменшення виявів запалення в організмі;

- відновлення / покращення порушених функцій організму;
- запобігання інвалідизації (спайкова непрохідність кишечника, безпліддя);
- підвищення загальної реактивності організму дитини;
- зміцнення досягнутого результату комплексного лікування.

Виконання визначених завдань починалося у передопераційному періоді з таких питань:

- визначення показань до оперативного втручання в дітей із ГАС та інформування пацієнта (батьків),
- комплексна передопераційна оцінка загального стану організму дитини та локальних виявів (для вибору хірургічної тактики),
- обговорення додаткових передопераційних аспектів (анестезіологічне забезпечення),
- проведення передопераційного контрольного моніторингу (загальний аналіз крові та сечі, фізикальне обстеження, УЗД, ЕКГ за показаннями).

Обсяг та тривалість передопераційної підготовки визначали індивідуально за результатами обстеження дитини з ГАС. Враховували рівень запальної реакції та виразність порушень функцій організму, проводили у відділенні інтенсивної терапії 2—3 год і продовжували за необхідністю під час анестезіологічного забезпечення оперативне втручання.

Програма передопераційної підготовки передбачала:

- катетеризацію центральної вени;
- уведення назогастрального зонда і катетеризацію сечового міхура (при апендикулярному перитоніті);
- проведення інфузії кристалоїдних і колоїдних розчинів, емпіричної антибактеріальної терапії, симптоматичної терапії (усунення гіпертермії, десенсибілізувальна терапія, поліпшення реології);
- моніторинг гемодинаміки.

Ефективність передопераційної підготовки оцінювали за клінічними ознаками та показниками гемодинаміки (центрального венозного тиску, гематокрит, частота серцевих скорочень, нормалізація кислотно-лужного балансу).

Хірургічне лікування запальних захворювань органів ЧП полягало в:

- ліквідації осередку запалення (лапаротомія, видалення деструктивно зміненого апендикса, резекція сальника за показаннями);
- санації ЧП (видалення патологічної рідини, щадне промивання);
- дренажу ЧП (за показаннями).

Після розтину ЧП насамперед за допомогою електричного відсмоктувача видалявся патологічний ексудат. Звертали увагу на порожнину малого таза, бокові канали та ін. Усунення джерела перитоніту — видалення зміненого апендикса — проводилося за загальноприйнятими методами, у дітей старшого віку перевагу віддавали обробці

культі відростка кисетним способом, у дітей до 3-х років — лігатурному методу. Блокаду брижі проводили 0,25 % розчином «Новокаїну» залежно від віку дитини. Вважали за доцільне таку оперативну тактику:

— при неускладненому апендициті (катаральне, флегмонозне запалення) виконували апендектомію + санація;

— при деструктивному апендициті з місцевим перитонітом (абсцесі 1—3) — апендектомія + санація + дренажування ЧП в порожнину абсцесу;

— при апендикулярному поширеному перитоніті із серединним або трансректальним доступом — апендектомія + санація ± резекція сальника (за показаннями) + дренажування ЧП 1—2 дренажами (до ложа відростка і в малий таз), інтубація кишечника за показаннями.

У 64,4 % випадків інтраопераційно виникала необхідність у резекції запально зміненого сальника; у 3 випадках тривалий перебіг перитоніту призвів до виконання релапаротомії.

Адекватність інтраопераційної санації забезпечувалась багаторазовим щадним промиванням ЧП осмосврівноваженими сольовими розчинами загальним об'ємом 1—5 л, завершали промиванням із додаванням розчину діоксидину, амінокапронової кислоти. Видалення рідини проводили лише електровідсмоктувачем. Навіть у разі задушеного перитоніту (3 стадія) перевагу віддавали лише ретельному інтраопераційному промиванню великою кількістю рідини.

Вважали, що післяопераційний лаваж не мав переваг перед посиленням промиванням ЧП інтраопераційно, тільки в окремих випадках на тлі прогресивного перитоніту виникала необхідність проведення релапаротомії із повторною інтраопераційною санацією.

Виявлення парезу кишечника III ступеня (інтраопераційно різко розтягнуті петлі тонкої кишки із м'якими синюшними стінками, покритими фібрином) — підстава для дренажування кишечника. Евакуацію вмісту проводили інтраопераційно. Декомпресію виконували шляхом уведення стандартного одно- або двопорожнинного назогастрального зонда; після відновлення моторики кишечника зонд видаляли.

Наступне дренажування ЧП залежало від поширеності запалення й стадії перитоніту. Мета дренажування — активна та пасивна евакуація інтраабдомінального ексудату, контроль за станом запалення, кількістю та характером ексудату, іноді введення у ЧП розчину антибіотика або антисептика. Дренажування ЧП при місцевому перитоніті проводили поліхлорвініловою трубкою до ложа відростка. У випадку поширеного перитоніту один дренаж підводився до ложа відростка, другий — через контрапертуру в малий таз.

З огляду на зміни функцій організму на всіх рівнях, які викликані патологічним процесом у ЧП, комплексне патогенетично обґрунтоване й саногенетично спрямоване відновлювальне ліку-

вання починалося в першу добу післяопераційного періоду. Вважали необхідним дотримуватися загальних принципів комплексної терапії на стаціонарному етапі.

Результат відновлювального комплексного лікування оперованих дітей із запальними захворюваннями органів ЧП на стаціонарному етапі залежав від давності захворювання, своєчасної госпіталізації, адекватної діагностики та раціонального лікування.

Проведений аналіз дав змогу з'ясувати, що більшість помилкових і несвоєчасних діагнозів ГА та його ускладнень належить амбулаторній ланці. Часті причини помилок при ГАС:

- недооцінка загальноклінічних симптомів захворювання, відсутність «апендицитної сторожкості»;
- атипові вияви ГА;
- пізні звернення до лікаря;
- відсутність хірургічно освічених спеціалістів первинного огляду;
- широке симптоматичне застосування антибіотиків в амбулаторних умовах (антибіотики зменшують клінічні вияви ГА, але не зупиняють прогресування патологічного процесу у відростку, не запобігають розвитку його деструкції і перфорації);
- екзогенні та ендогенні причини зниження загальної реактивності у дітей;
- поєднання ГА із соматичними захворюваннями у дітей, унаслідок чого проводиться неадекватне лікування, яке маскує вияви апендициту й призводить до пізньої діагностики запалення у ЧП.

Ці причини підтверджують найактуальнішу проблему в дітей з хірургічними захворюваннями — ГАС, котрий потребує завжди достатньо чіткого алгоритму дій лікаря, який першим оглядає хвору дитину і від якого залежить визначення й проведення адекватної та раціональної лікувальної тактики з метою запобігання негативним наслідкам.

Висновки

За останні 4 роки з ГАС звернулося 17,5 тис дітей, кожна десята дитина (1754) була прооперована з приводу гострого апендициту і його ускладнень, первинного перитоніту, дивертикуліту, апоплексії яєчників та ін. Запропонований комплексний алгоритм дій чергового хірурга в умовах екстреної хірургічної служби підвищує ефективність діагностики дітей з ГАС, сприяє наданню кваліфікованої своєчасної допомоги та запобігає встановленню помилкових діагнозів. Застосування «хірургічної паузи» протягом 6 годин і технології стаціонарного моніторингу (лабораторний та фізикальний) дає можливість ретельно обстежити, виявити супутню патологію, визначити раціональну тактику лікування, адекватність терапії, тим самим зменшити ускладнення при ГАС. Підвищення ефективності лікування дітей з ГАС можливе при дотриманні основних принципів та вирішення основних завдань раціонального комплексного лікування дітей з ГАС на стаціонарному етапі.

Література

1. Ефременко А.Д., Холостова В.В., Грибанов А.Г. и др. Симптоматическая диагностика острого аппендицита у детей // Детская хирургия.— 2005.— № 1.— С. 29—30.
2. Карасева О.В., Рошаль Л.М., Брянцев А.В. и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия.— 2007.— № 3.— С. 23—27.
3. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Хирургическая тактика при распространенном перитоните и прогноз его исходов // Российский медицинский журнал.— 2005.— № 3.— С. 34—37.
4. Муратов И.Д. Ошибки диагностики острого аппендицита у детей хирургами районных больниц // Вестник хирургии им. И. И. Грекова.— 2005.— № 6.— С. 104—107.
5. Пулатов А.Т. О классификации острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия.— 2007.— № 1.— С. 36—40.
6. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонова М.И. Перитонит: практическое руководство.— М.: Литтерра, 2006.— 208 с.
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Подачин П.В., Чубченко С.В. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита // Анналы хирургии.— 2008.— № 1.— С. 26—32.
8. Bakaloglu S.A. Prevention of peritonitis in children: emerging concepts // Perit. Dial. Int.— 2009; Feb.— Vol. 29, Suppl. 2.— P. 186—189.
9. Spalding D.R., Williamson R.C. Peritonitis // Br. J. Hosp. Med. (Lond).— 2008; Jan.— Vol. 69 (1).— P. 12—15.
10. Teitelbaum I. The International Pediatric Peritonitis Registry: starting to walk // Kidney Int.— 2007; Dec.— Vol. 72 (11).— P. 1305—1307.
11. Zubarev P.N., Vrublevskii N.M., Danilin V.N. Methods of completing the operation for peritonitis // Vestn. Khir. Im I I Grek.— 2008.— Vol. 167 (6).— P. 110—113.

Острый абдоминальный синдром в неотложной хирургии детского возраста

М.Г. Мельниченко, В.В. Антонюк

Цель исследования — повысить эффективность диагностики и лечения детей с острым абдоминальным синдромом (ОАС) на основе разработки комплексного алгоритма действий в условиях экстренной хирургической службы.

Материалы и методы. За последние 4 года в отделение экстренной хирургии обратилось за помощью около 84 тыс. детей, из них с ОАС каждый пятый ребенок. Каждый шестой (2732 (15,67 %)) пациент госпитализирован с острой хирургической патологией органов брюшной полости в стационар. Две трети (1754 (64,20 %)) этих детей прооперированы по поводу острого аппендицита, его осложнений и др.

Результаты и обсуждение. ОАС — приоритетная хирургическая проблема в детском возрасте, с которой обращаются за помощью свыше 20,8 % больных. По нашим данным, сохраняется стабильность показателей хирургической активности при ОАС в среднем у 64,2 % случаев, но хороший показатель своевременной диагностики и «апендицитной настороженности»

врачей отделения urgentной хирургии — это тенденция к снижению количества деструктивных и осложненных форм аппендицита на 25,6 %, а также увеличение недеструктивной патологии (флегмонозная форма) на 12,6 %. Течение распространенного аппендикулярного перитонита в 80 % случаев сопровождается абдоминальным сепсисом.

Большинство ошибочных и несвоевременных диагнозов острого аппендицита связаны с недооценкой общеклинических симптомов заболевания. Применение хирургической паузы и технологии стационарного мониторинга дает возможность тщательно обследовать пациента, выявить сопутствующую патологию, определить рациональную тактику, адекватность лечения и уменьшить осложнения при ОАС.

Выводы. За последние 4 года с ОАС обратилось 17,5 тыс. детей, каждый десятый ребенок (1754) была прооперирован по поводу острого аппендицита и его осложнений, первичного перитонита, дивертикулита, апоплексии яичников и др. Предложенный комплексный алгоритм действий дежурного хирурга в условиях экстренной хирургической службы повышает эффективность диагностики детей с ОАС, способствует оказанию квалифицированной своевременной помощи и предотвращает диагностические ошибки. Применение «хирургической паузы» в течение 6 часов и технологии стационарного мониторинга (лабораторный и физикальный) дает возможность тщательно обследовать, выявить сопутствующую патологию, определить рациональную тактику лечения, адекватность терапии, тем самым уменьшить осложнения при ОАС. Повышение эффективности лечения детей с острым абдоминальным синдромом возможно при соблюдении основных принципов и решения основных задач рационального комплексного лечения детей с ОАС на стационарном этапе.

Ключевые слова: острый абдоминальный синдром, дети, неотложная хирургия.

Acute abdominal syndrome in urgent pediatric surgery

M.G. Melnichenko, V.V. Antonyuk

The aim — to improve the diagnosis and treatment methods for children with acute abdominal syndrome (AAS) in urgent surgery terms by the complex algorithm development.

Materials and methods. 84 thousand children were hospitalized in urgent surgery department, 20% of them were diagnosed AAS. Every sixth patient (2732 (15.67 %)) hospitalized with acute abdomen. Two thirds of these (1754 (64.20 %)) children underwent surgery for acute appendicitis and its' complications.

Results and discussion. Acute abdominal syndrome is a priority problem in pediatric surgery (more than 20,8 patients). According to our data surgical activity indicators remain stable in 64.2 % cases of ASS. The tendency to reduce the number of appendicitis destructive and complicated forms by 25.6 % and the increase of non-destructive forms (phlegmonous) by 12.6 % is the good indicator of timely diagnostics. Appendicular generalized peritonitis is commonly accompanied by abdominal sepsis in 80 % of cases.

Most errors and untimely diagnosis of acute appendicitis are associated with an underestimation of general clinical symptoms. «Surgical pause» and hospital monitoring technology makes possible to exam the patient, identify comorbidities, determine rational treatment strategy, to reduce the AAS complications.

Conclusions. 17.5 thousand children with ASS were hospitalized for the past 4 years. Every 10th child (1754) underwent surgery for acute appendicitis and its' complications, primary peritonitis, diverticulitis, ovarian apoplexy. The proposed complex algorithm for urgent surgeon increases the effectiveness of ASS diagnosis in children, contributes to qualified timely care and prevents wrong diagnoses. «Surgical pause» during 6 hours and hospital monitoring technology (laboratory and physical) allows to exam the patient, identify comorbidities, determine rational treatment strategy, to reduce the AAS complications. The basic concepts compliance and improved algorithm allow increasing the treatment effectiveness in children with ASS.

Key words: acute abdominal syndrome, children, urgent surgery.