

этапная модернизация, как и накопление опыта врачей-диагностов позволили значительно сократить время исследования, а также исключить или уменьшить число ранее применяемых в диагностике рентгенологических методов.

Основным способом лечения ВГП и сегодня в отделении остается оперативный. В ДХО по данным нашего исследования в вышеуказанный период в начале выполнялась только пилоромиотомия традиционным лапаротомным доступом Робертсона (составив 56 % от общего числа всех последующих вмешательств), однако в августе 2011 г. в отделении была впервые применена лапароскопическая пилоромиотомия по Fredet-Ramstedt с использованием лапароскопического пилоромиотома и специальных зажимов. За период 2011–2016 гг. было проведено 35 лапароскопических операций (однако из-за технических сложностей в 3 ситуациях потребовалась конверсия в минилапаротомный доступ), практически полностью заменив открытые доступы.

Результатом этих изменений в лечении ВГП явилась не только минимизация тяжести самой операции, но и сокращение сроков послеоперационной реабилитации маленьких пациентов, по сравнению с ранее применявшимися традиционными лапаротомными операциями, качественно улучшить послеоперационные результаты.

#### **Выводы**

Своевременный скрининг врожденного гипертрофического пилоростеноза в ДХО ГОКБ основывается как на традиционной «рутинной» общеклинической диагностике, так и на применении неинвазивных инструментальных методов исследования (преимущественно УЗИ пилоруса, а в спорных ситуациях и с применением рентгеноконтрастных методик).

«Сегодняшним стандартом» оперативного лечения в ДХО ГОКБ при врожденном гипертрофическом пилоростенозе прочно стала лапароскопическая пилоромиотомия.

Применение современных малоинвазивных технологий позволяет создать удобство как для работы хирурга во время операции (более лучшая визуализация области пилоруса и брюшной полости), так и непосредственно для пациента (снижением травматичности вмешательства, «косметичность» ран-проколов, более лучшие клинические отдаленные результаты послеоперационного ведения).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баиров, Г. А. Срочная хирургия у детей: рук-во для врачей / Г. А. Баиров. — СПб., 1997. — 462 с.
2. Исаков, Ю. Ф. Хирургические болезни у детей / Ю. Ф. Исаков. — М.: Медицина, 1988. — 701 с.
3. Кишковский, А. Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии / А. Н. Кишковский. — М.: Медицина, 1984. — 279 с.
4. Разиньков, А. Г. Результаты клинико-лучевой диагностики и оперативного лечения врожденного пилоростеноза у детей / А. Г. Разиньков // Настоящее и будущее детской хирургии: матер. конф. — М., 2001.
5. Шабалов, Н. П. Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 576 с.

УДК 616.346.2-002-07-089-053.2

### **ТАКТИЧЕСКИЕ ПЕРЕМЕНЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Баранов С. Ю.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Острый аппендицит (ОА) — сегодня самое распространенное хирургическое заболевание у детей, являющееся причиной 75 % экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости у детей. Возможность разнообразной локализации отростка в животе определяет «многоликость» клинической картины ОА, указывает на сложности диагностиче-

ского скрининга, определяет вероятность риска диагностических ошибок и развития осложненных форм (до 5 %) [3, 4]. При «спорном» абдоминальном синдроме хирурги ранее традиционно «прибегали» к выполнению аппендэктомий лапаротомными доступами, обнаруживая при этом катаральные формы ОА в 30–40 % случаев [4].

За последние 17 лет в Республике Беларусь республиканскими программами стали активно применять ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (осмотр аппендикса, брыжеечных лимфоузлов, обнаружение образований брюшной полости, выпота). Повышение качества УЗ-аппаратуры, улучшение качества подготовки врачей-диагностов, активное внедрение видеолапароскопической техники (ВЛТ) позволили уменьшить число «напрасных» аппендэктомий в РБ.

### **Цель**

Отразить сложности дооперационного скрининга, изучить структуру выполняемых urgentных операций при ОА у детей, и показать произошедшие количественные и качественные изменения при лечении детей с ОА по результатам работы отделения детской хирургии (ДХО) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) за период 1997–2016 гг.

### **Материал и методы исследования**

По унифицированным схемам был проведен ретроспективный анализ 6381 + 300 + 274 историй болезни детей, оперированных при urgentной абдоминальной патологии воспалительного генеза в ДХО ГОКБ за период 1997–2016 гг., в т. ч. и с использованием УЗИ у 526 + 81 + 46 пациентов и ВЛТ в 2102 + 282 + 252 случаях.

УЗИ органов брюшной полости применялось в ГОКБ и ранее, но целенаправленно для диагностики внутрибрюшных аппендикулярных абсцессов и инфильтратов стали применять с 1999 г., а также контроля в послеоперационном периоде осложненного течения деструктивных форм ОА. С появлением современной аппаратуры и обучением врачей отделения УЗД появилась востребованность в методике за период последних 9 лет.

Показаниями к применению ВЛТ в ДХО ГОКБ (с 1998 г.) сперва было осуществление диагностики в спорных ситуациях, проведение санации брюшной полости, позже — для проведения лапароскопически ассистированных операций, а начиная с 2002 г. — для выполнения лапароскопических аппендэктомий лигатурным способом.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Наблюдалось незначительное увеличение числа экстренных аппендэктомий детям в весенние и осенние периоды. Госпитализация детей в стационар более чем на 68 % была осуществлена бригадами скорой медицинской помощи, в 10 % случаях — обратились самостоятельно, остальные поступили из поликлиник или других стационаров. Основной причиной развития осложненных форм ОА явилась поздняя обращаемость за медицинской помощью.

За указанные годы наблюдается динамика к снижению абсолютного числа выполнения аппендэктомий (в возрасте до 15 лет включительно), со стабилизацией за последние годы.

Большинство прооперированных детей (около 82 %) проживали в городе, в основном в г. Гомеле. Мальчики составили почти 57 %. Преимущественный возраст развития заболевания наблюдался в период 9–12 лет.

В клинической картине пациентов младшего возраста традиционно доминировали общеинтоксикационные симптомы. В лабораторных анализах крови в основном был лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, в редких случаях — нормоцитоз. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) в основном была умеренно повышена.

В 2009 г. удельный вес применения УЗИ и ВЛТ соответственно составил 32 и 61,3 % от числа оперированных пациентов с ОА.

Поступлением новейшей УЗ-аппаратуры, совершенствование опыта нашими врачами-диагностами и их заинтересованность уже в 2009 г. позволили правильно дооперационно ставить диагноз ОА в 85–89 %. Однако, за последние 5 лет дооперационно УЗИ брюшной полости мы стали выполнять все реже, лишь каждому седьмому оперируемому (из-за количественного «омоложения» кадров нашего диагностического отделения резко снизилась результативность УЗ-скрининга и в последние несколько лет не превышает 50–60 %).

Всего за период 1997–2016 гг. после видеолапароскопической визуализации деструктивно измененного аппендикса было выполнено 2340 лапароскопических аппендэктомий лигатурным способом, а у 136 детей аппендэктомия была выполнена после конверсии в лапаротомные доступы. В остальных случаях применение ВЛТ не сопровождалось выполнением аппендэктомии. За 2011–2016 гг. удельный вес применения ВЛТ в малоинвазивной диагностике и лечении детей с ОА стабильно составляет 96–98 %. Так в 2016 г. применение ВЛТ при скрининге в 94 % случаях закончилось лапароскопической аппендэктомией лигатурным способом, а у остальных — ограничилось диагностическим осмотром или были выполнены операции по поводу иной патологии.

В динамике отмечается увеличение удельного веса флегмонозных форм ОА, происходит относительное и абсолютное снижение осложненных форм ОА. Уменьшилось количество «напрасных аппендэктомий», а, соответственно, снизилось и число катаральных форм ОА до 6–8 %.

Ретроспективный анализ клиники при морфологических формах ОА указывает на трудности в диагностике катаральных и осложненных деструктивных форм.

Самыми частыми заболеваниями, протекавшими под «маской» лже-ОА, являлись кишечная колика, кишечные инфекции, неспецифический мезаденит, первичный перитонит.

Попутная резекция измененного большого сальника относительно увеличилась в динамике с 11 % операций до 16 %, без серьезной тенденции к абсолютному снижению.

В полученных посевах выпота из брюшной полости при запущенных деструктивных формах ОА почти в половине случаев отсутствовали данные о росте аэробной микрофлоры, а в остальных доминировала *E. coli* и эпидермальный стрептококк, реже — другие микроорганизмы.

Послеоперационный период в основном протекал благоприятно (до 99 %), время нахождения детей в отделении при «флегмонозной форме ОА» в среднем составляло от 7 до 9 дней, при «гангренозной» — до 10–12 дней.

Более гладкое послеоперационное течение наблюдалось после применения ВЛТ. Снижение травматичности вмешательства способствовало ранней активизации пациентов, приводило к повышению качества жизни, сокращало традиционное время лечения в стационаре. Также вторично после применения ВЛТ наблюдались меньшее число осложнений со стороны ран (нагноение, расхождение швов, гематомы). ВЛТ интраоперационно позволяло удобнее выполнить качественную санацию брюшной полости. Сравнительно меньший болевой синдром после таких операций позволял пациентам быстрее «уходить» от применения анальгетиков, способствовал раннему возвращению их к активной жизни.

### **Выводы**

Ультразвуковое исследование и в настоящее время является качественным и неинвазивным инструментальным исследованием, помогающим хирургам как в дооперационном скрининге, так и послеоперационном мониторинге при осложненных формах острого аппендицита.

Лапароскопические разрезы менее травматичны и более косметичны в сравнении с традиционными лапаротомными доступами.

Современная качественная интраоперационная визуализация брюшной полости при использовании видеолапароскопической техники демонстрирует ее высокую диагностическую ценность, помогает минимизировать риск развития проблем в ходе операции, косвенно снижает число выполнения «необоснованных» аппендэктомий.

Применение малоинвазивных технологий ведет к снижению числа послеоперационных осложнений, длительности госпитализации, что, соответственно, отражается на снижении затрат на лечение такого пациента. Это пример «умной» экономии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дронов, А. Ф. [и др.] // Эндоскопическая хирургия: тезисы докладов 1-го съезда Ассоциации эндоскопической хирургии РФ. — 1998. — № 1.
2. Дронов, А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. — М., 2002. — 440 с.
3. Ротков, И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. — М.: Медицина, 1988. — 208 с.
4. Острый аппендицит у детей / Я. Б. Юдин [и др.]. — М.: Медицина, 1998. — 256 с.