

УДК 616.346.2-002-035.7-036.11-03-053.3:362.11

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.Г. Вакульчик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Изучены причины поздней госпитализации детей с острым аппендицитом, которая наблюдается в 19,7–25,3% наблюдений. Выявлено, что задержки в госпитализации наиболее характерны для детей в возрасте от одного года до 4 лет. Обнаружена разница в сроках госпитализации городских и сельских жителей. Показано, что среди поздно госпитализированных детей достоверно чаще диагностируется до оперативного вмешательства перитонит. В этой группе детей значительно чаще развиваются послеоперационные осложнения. Выявлены следующие причины поздней госпитализации: несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью (80–90%); врачебные ошибки на догоспитальном этапе (5,6–14%). Диагностические ошибки хирургов приемного покоя составляют 1%.

Ключевые слова: *острый аппендицит, дети, поздняя госпитализация, диагностика, ошибки, осложнения.*

The causes of delayed hospitalization, which is observed in 19,7-25,3% cases of children with acute appendicitis, have been studied. It has been revealed that delays of hospitalization are more typical of the children aged from 1 to 4 years. The difference in the terms of hospitalization between rural and urban inhabitants has been found out. It has been shown that among the children hospitalized with delayed peritonitis is evidently diagnosed more frequently before operative intervention. In this group of children postoperative complications develop much more frequently. The following causes of delayed hospitalization have been determined: delayed appeals of parents for medical aid (80-90%); physicians' errors in the pre-hospital stage (5,6–14%). Diagnostic mistakes of surgeons in the receiving ward compose 1%.

Key words: *acute appendicitis, children, delayed hospitalization, diagnostics, errors (mistakes), complications.*

Несмотря на более чем 100-летнюю историю, острый аппендицит остается актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Ежегодная заболеваемость острым аппендицитом составляет около 100 случаев на 100 000 населения [8]. Пик заболеваемости приходится на возраст до 20 лет и превышает средний уровень в 2–4 раза [7, 8, 9, 10]. Отмечается значительный уровень диагностических ошибок и, как следствие, до- и послеоперационных осложнений. Это делает проблему своевременной, точной и ранней диагностики острого аппендицита у детей особенно актуальной, учитывая зависимость клинической картины от возраста ребенка [3, 4, 6].

Согласно современной классификации аппендицита, у детей выделяют деструктивные (флегмонозный, гангренозный, с перфорацией или без) и недеструктивные (простой, катаральный) формы. Считается, что недеструктивные формы аппендицита не требуют хирургического лечения, аппендэктомия при данных формах расценивается как неоправданная или негативная [3, 4, 6].

Одной из причин, приводящих к развитию тяжелых до- и послеоперационных осложнений, яв-

ляется поздняя госпитализация больных, которая составляет 12,2–30% [2, 5]. Поздней госпитализацией считается обращение ребенка в стационар позже 24 часов от начала заболевания. Ведущим фактором этого в большинстве случаев – до 80% – служит несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью [1, 5].

Цель работы: определить причины поздней госпитализации детей с острым аппендицитом и их значение в течении заболевания и развитии осложнений.

Материал и методы

Ретроспективное обсервационное исследование. Проведен анализ 1046 историй болезни детей в возрасте от одного года до 14 лет, оперированных в клинике детской хирургии в 2000–2003 гг. (сплошная выборка). Из исследования исключено 187 пациентов, у которых при гистологическом исследовании червеобразного отростка не было выявлено деструктивных изменений. Всего проанализировано 859 историй болезни. Все включенные в исследование дети проживали в г. Гродно и Гродненском районе.

Статистическая обработка результатов прово-

дилась с использованием углового преобразования Фишера (двухсторонний критерий) и критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $P < 0,05$. При оценке пропорций доверительный интервал (ДИ) был принят 95%.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных детей было 545 мальчиков (63,4%; ДИ 60,2 – 66,6%). Больные разделены на три возрастные подгруппы: 1 – 4 года (57 детей – 6,6%; ДИ 4,9 – 8,3%); 5 – 9 лет (289 пациентов - 33,6%; 30,4 – 35,8%) и старше 10 лет (513 наблюдаемых – 59,7%; ДИ 55,5 – 63,9%). Жителей города – 693 (80,7%; ДИ 77,8 – 83,6%), сельской местности – 157 (18,3%; ДИ 12,3 – 24,3%). Выделено две группы пациентов: поступившие до 24 часов (I группа) – 666 (77,5%; ДИ 74,7 – 80,3%) и позже 24 часов (II группа) – 193 (22,5%; ДИ 19,7 – 25,3%).

В таблице 1 представлено распределение больных по полу, возрасту и срокам поступления.

Как видно из представленных в таблице 1 данных, больные в возрасте 1 – 4 года составляют самую малочисленную группу. Однако именно среди этих больных наиболее часто наблюдается поздняя госпитализация, так из 57 детей 23 (40,0%; ДИ 27,3 – 52,7%) поступили позже 24 часов от начала заболевания. Эти больные составляют 11,9% всех поздно госпитализированных, что достоверно выше ($P < 0,01$) аналогичного показателя в группе I (5,1%). Частота поздней госпитализации детей младшего возраста достоверно выше соответствующих показателей у детей среднего (20,1%; ДИ 15,5 – 24,7%; $P < 0,01$) и старшего (21,8%; ДИ 18,2 – 25,4%; $P < 0,01$) возраста.

Дети в возрасте 5 – 9 лет (58) составляют 30% (ДИ 23,5 – 36,5%) из поступивших позже 24 часов, не найдено статистически достоверной разницы с этим же показателем у детей I группы (34,7%; ДИ 31,1 – 38,3%; $P = 0,22$). Аналогичная картина выявлена и в группе детей возраста 10 – 14 лет. В срок до 24 часов от начала заболевания госпитализирован 401 ребенок (60,2%; ДИ 58,4 – 62,0%), позже 24 часов – 112 (58,0%; ДИ 51,0 – 65%); $P = 0,058$.

При анализе зависимости позднего поступления детей от пола ребенка не выявлено достоверных различий во всех возрастных группах. Так, в возрасте 1 – 4 года из 33 мальчиков позже 24 часов поступило 12 (36,4%), а из 24 девочек – 11 (45,8%),

Таблица 1. Распределение оперированных больных по возрасту, полу и срокам поступления

Возраст лет	Пол	Группа I				Группа II				Всего	
		Абс.	%	Всего	%	Абс.	%	Всего	%	Абс.	%
1 – 4	М	21	3,1	34	5,1	12	6,2	23	11,9	57	6,6
	Д	13	2,0			11	5,7				
5 - 9	М	128	19,2	231	34,7	39	20,2	58	30,0	289	33,6
	Д	103	15,5			19	9,8				
10 - 14	М	267	40,1	401	60,2	78	40,4	112	58,0	513	59,7
	Д	134	20,1			34	17,6				
Итого		666		666		193		193		859	100

$P = 0,48$. В возрасте 5 – 9 лет обратились позже 24 часов 23,3% мальчиков и 15,6% девочек, $P = 0,1$; среди детей 10 – 14 лет соответственно 22,6% и 20,2%, $P = 0,54$.

Обнаружена достоверная разница позднего поступления больных в зависимости от места жительства. Так, из 693 детей, проживающих в г. Гродно, позже 24 часов госпитализированы 147 (21,2%; ДИ 18,2 – 24,2%) пациентов, из 157 больных, проживающих в Гродненском районе, поздняя госпитализация отмечена в 46 (29,3%; ДИ 22,2 – 36,4%) случаях, $P = 0,034$. Средняя продолжительность заболевания у сельских жителей составила $59,0 \pm 10,4$ часа и $47,9 \pm 1,52$ часа среди жителей города ($P > 0,05$).

При анализе причин поздней госпитализации выявлены следующие. Наиболее частой причиной было несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью – 162 (85,0%; ДИ 80,0 – 90,0%) случая, причем в 16 (8,3%; ДИ 4,4 – 12,2%) наблюдениях родителями применялось самолечение – наиболее часто аспирин, парацетамол, анальгин, активированный уголь, спазмолитики.

Диагностические врачебные ошибки на догоспитальном этапе составили 9,8% (ДИ 5,6 – 14,0%) – 19 больных. В 13 (6,7%) случаях дети были направлены на госпитализацию в другие лечебные учреждения (преимущественно инфекционная больница), в 6 (3,1%) наблюдениях больным было назначено амбулаторное лечение.

Трудно объяснимый факт: родители четырех (2,01%) больных, доставленных в приемный покой своевременно, на предложение госпитализации ответили отказом. Эти дети обратились повторно и были затем оперированы.

Диагностические ошибки хирургов приемного покоя составили 1,0% (2 случая). Диагноз острого аппендицита был исключен в приемном покое, дети были госпитализированы в нехирургические стационары, а в дальнейшем переведены в хирурги-

ческое отделение и оперированы.

Другие причины поздней госпитализации были выявлены у 6 (3,1%) детей и носили единичный характер.

Не было найдено существенной разницы в причинах поздней госпитализации среди детей города и района.

Поздняя госпитализация больных послужила причиной развития ряда тяжелых осложнений. Так, среди 193 детей, госпитализированных позже 24 часов, различные формы перитонита были диагностированы у 70 (36,3%; ДИ 29,5 – 43,1%) больных, в то же время среди 666 пациентов I группы (срок заболевания до 24 часов) перитонит был выявлен только у 52 (7,8%; ДИ 5,8 – 9,8%; $P < 0,01$). Значительно чаще у этих детей (II группа) развивались и послеоперационные осложнения. Поверхностные и глубокие инфекционные осложнения области оперативного вмешательства (нагноения раны) диагностированы у 36 (18,6%; ДИ 13,1 – 24,1%) больных II группы и у 50 (7,5%; ДИ 5,5 – 9,7%) пациентов I группы – $P < 0,01$. Осложнения со стороны брюшной полости развились у 21 (10,9%; ДИ 6,5 – 15,3%) ребенка II группы и у 17 (2,5%; ДИ 1,3 – 3,7%) больных I группы; $P < 0,01$. Повторные оперативные вмешательства на органах брюшной полости (релапаротомии) потребовались 12 (6,2%; ДИ 2,8 – 9,6%) и 8 (1,2%; ДИ 0,4 – 2,0%) пациентам соответственно ($P < 0,01$). Длительность стационарного лечения составила в I группе – $9,8 \pm 0,2$ и $13,75 \pm 0,53$ койко-дня во второй ($P < 0,05$).

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют, что поздняя госпитализация больных влечет за собой развитие ряда тяжелых осложнений как до оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде, удлиняет сроки лечения и, как следствие, влечет большие материальные затраты.

Заключение

1. Поздняя госпитализация детей, больных острым аппендицитом, наблюдается в 19,7 – 25,3% случаев.
2. Дети, проживающие в сельской местности, госпитализируются позже жителей города.
3. Задержки в госпитализации наиболее характерны для детей в возрасте 1 – 4 года.
4. Среди больных, доставленных в стационар

позже 24 часов от начала заболевания, достоверно чаще до операции диагностируется перитонит – 29,5 – 43,1%.

5. Значительно чаще у этих детей развиваются различные послеоперационные осложнения.

6. Основные причины поздней госпитализации – несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью (80,0 – 90,0%), врачебные ошибки на догоспитальном этапе (5,6 – 14,0%).

Литература

1. Альхимович В.Н., Павленко В.А., Дмитракова Л.Г. // Проблемы детской хирургии нового века. – Гродно, 2001. – С. 72 – 76.
2. Верин В.М., Хвостовский А.А. // Современные достижения детской хирургии. – Минск, 1999. – С. 28 – 29.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. – М.: Медицина, 1980. – 192 с.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.
5. Каипов Ф.И., Валуи Г.Н. // Материалы междунар. науч. конф., посвящ. 5-летию образования Гомельск. гос. мед. ин-та: -Гомель. - 1995. - С. 163 – 164.
6. Юдин Я. Б. Острый аппендицит у детей. – М.: Медицина, 1998. – 256 с.
7. Bakken IJ., Skjeldestad FE., Mjaland O., a.o. // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2003. – V. 123. – P. 3185 – 3188.
8. Ohman C., Franke C., Kraemer M., a.o. // Der Chirurg. – 2002. – V. 73. – P. 769 – 776.
9. Stringer MD., Pledger G. // J. Pediatrics Surg. – 2003. – V. 38. – P. 65 – 69.
10. Williams NM., Jakson D., Everson NW., a.o. // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1998. – V. 80. – P. 122 – 124.

Resume

THE CAUSES OF DELAYED HOSPITALIZATION OF CHILDREN WITH ACUTE APPENDICITIS AND THEIR ROLE IN THE DEVELOPMENT OF THE DISEASE

V. Vakuichyk

Grodno State Medical University

1. Delayed hospitalization of children with acute appendicitis is observed in 19,7-25,3% of the cases.
2. Children residing in rural area are hospitalized later than urban inhabitants.
3. Delays of hospitalization are more typical of the children aged from 1 to 4 years.
4. Among the patients admitted to the in-patient hospital later than 24 hours after the onset of the disease peritonitis is evidently diagnosed more frequently before the operation.
5. Different postoperative complications develop much more frequently in these children.
6. The main causes of delayed hospitalization are: delayed appeals of the parents for medical aid (80-90%); physicians' errors in the pre-hospital stage (5,6 – 14%).