

**Българско хирургическо дружество**

**XVI Национална конференция по хирургия**

**СЛЕДОПЕРАТИВНИ  
УСЛОЖНЕНИЯ  
В ХИРУРГИЯТА**

**16 – 19 октомври 2008 г.**

**Пловдив, Парк хотел “Санкт Петербург”**

**ДОКЛАДИ**

**под редакцията на проф. дмн Дамян Дамянов**

**МЕДАРТ**

**Издателство на Съюза на учените в България**

**София – 2008 г.**

# НЯКОИ ОСНОВНИ ГРЕШКИ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ДЕЦА, ИЗВЪРШВАНИ ОТ ОБЩОПРОФИЛНИ ХИРУРЗИ

О. Бранков

*Секция по детска хирургия, МБАЛСМ „Н.И.Пирогов” – София*

1. Децата не са умалено копие на възрастния човек и имат медицински и хирургически проблеми и нужди, които често са коренно различни от тези при възрастните. Всяко болно дете има правото да бъде лекувано в обстановка, която е подходяща за неговото лечение, водено от педиатри и детски хирурзи.

4. С цел да се осигури най-доброто хирургическо обслужване на болните деца, хирургическите интервенции трябва да се извършват в специализирани центрове със съответните модерно оборудвани интензивни отделения. В сътрудничество с детския хирург работят профилирани детски специалисти като рентгенолози, анестезиолози и патолози.

Из «Харта на хирургично болното дете»

*Чикаго, октомври 2000 година*

*Световна организация на Асоциациите по детска хирургия*

Обект на детската хирургия е детето. Обаче детето не е умалено копие на възрастния човек! То е растящ индивид със свойствена анатомия, физиология, психология и потребности. Детето има специфични болести, различни от тези на възрастните, както е различно и тяхното лечение. Едно хирургично болно дете трябва да се лекува и оперира от специализиран екип в специализирани болнични заведения /8/.

Да оперираш дете, означава да предначертаеш неговото бъдеще. Защото всяка грешка се проектира и мултиплицира във времето, всеки пропуск води до верижна реакция от усложнения, а всяко закъснение в диагнозата и лечението води до непредвидими последици.

Според *Veal A.* /1/ четири свойства отличават детето като пациент:

*Проблеми на растежа.* Децата се развиват много бързо физически и психически. Този мобилен процес не подлежи на унифициран подход, а изисква адаптиране към всяка възраст и всеки отделен случай.

*Зависимост.* Малките деца, особено тези, които не могат да говорят, са зависими във всички отношения от своите родители или близки. По-големите не могат да бъдат третирани като възрастни поради спецификата на детската психология.

*Характер на патологията.* Заболяванията при децата са предимно от спешен характер и нямат хронично-рецидивиращата характеристика на възрастните. Това поставя в стресова ситуация не само тях, но и болничния персонал, който трябва да реагира мигновено и адекватно на детските нужди, без да прилага стандартни подходи към болестта.

*Социална демография.* Децата са здравно осигурени, но има по-бедни социал-

ни групи, които са потенциално предпоставени към неравностойно третиране.

Тези характеристики подкрепят тезата, че децата трябва да се лекуват в пригодена и свойствена за тях среда, което е предпоставка за избягване на пропуски и грешки в процеса на лечението им. Съгласно статистиката на *Johns Hopkins Hospital* (1997) допуснатите грешки водят до следните последствия:

- Болничен престой от 2 до 6 пъти по-продължителен
- Обща смъртност от 2 до 18 пъти по-висока
- Болнични разходи от 2 до 20 пъти по-големи

С настоящата публикация имаме за цел да анализираме базисни грешки при диагностиката и лечението на някои общи детски хирургични заболявания, допускани от общопрофилни хирурзи.

### **Клиничен материал**

На базата на операциите, извършени средно за една година в Секцията по детска хирургия на МБАЛСМ «Н.И.Пирогов» София, може да се направи един примерен профил. От общо 2800 операции (без малките амбулаторни манипулации под местна упойка) 43 % се падат на острия хирургичен корем (апендицит, перитонит, инвагинация), 24 % на заболяванията в ингвино-скроталния район, вродената патология в неонатална възраст заема 9,5 %, инфекции на кожа, меки тъкани и кости - 11,5 %, солидни тумори, ехинокок, травматични увреди и белодробна патология заемат 11 %, ендоскопски манипулации - 2 %.

Безспорно е, че вродените аномалии се поемат от центровете по детска хирургия, докато проблемите на т.н. обща детска хирургия – ОХК, херния и крипторхизъм, гръдна и коремна травма се поемат както от детски, така и общопрофилни хирурзи. Именно при спешната коремна патология се установяват най-честите пропуски - основно остър апендицит и усложненията му. Среднестатистическите данни от последните години сочат, че годишно в Секцията по детска хирургия София с **дифузен и тотален перитонит** се оперират 70 деца на възраст от 1 до 18 години, разпределени така: 6 деца (8,6 %) са с първичен (криптогенен) перитонит, 54 (77,1 %) са с вторичен (предимно от апендикуларно естество), и 10 (14,3 %) – с третичен (следоперативен) перитонит.

Анализът показва, че преди приемането им по спешност 60 % от децата са лекувани амбулаторно или в педиатрични заведения, 30 % са постъпили първично в клиниката, а 10 % от тях (предимно следоперативен перитонит) са преведени от периферни хирургични звена.

### **Обсъждане**

В редица публикации се анализират негативните резултати от лечението при деца, извършено в малки общопрофилни болници по повод остър апендицит, пилорна стеноза, инвагинация /2,3,5,6,10/. Подчертава се високият процент на спленектомии при коремна травма, докато в специализираните детски болници е приет протокол за консервативно лечение на закритите лезии на паренхимни коремни органи /4/. Изтъква се увеличение на болничния престой и разходите, а също така и по-високият дял на следоперативните усложнения и смъртност /1,2/.

Модифицирайки за деца схемата на *Oyebode F.* /9/ ние определяме следните причини за допусканите грешки в хирургичното им лечение:

<p><b>Диагностични</b>  Грешна или забавена диагноза  Неподходящ диагностичен метод  Неправилно тълкуване на диагностичен резултат  Бездействие след диагностичния резултат</p> <p><b>Лечебни</b>  Забавяне на лечението  Неправилна лечебна процедура  Грешка в извършването на процедурата  Неправилна реакция при допуснатата грешка</p>	<p><b>Тактически</b>  Неправилна предоперативна подготовка  Неправилно провеждане на анестезията  Недостатъчна терапия  Небрежно следоперативно проследяване</p> <p><b>Методични</b>  Лоша комуникация с болното дете  Лошо сработване с екипа  Неподходяща апаратура  Неподходяща болнична среда</p>
---	---

Всяка от тези позиции подлежи на обстойно обсъждане. За целите на настоящето проучване се спираме на основни грешки, които се допускат в диагностиката и лечението на най-често срещаната детско-хирургична патология. В анализа на клиничния материал включваме и пропуски, допуснати в собствената болнична база. Най-общите уязвими моменти са: 1. Забавена диагноза; 2. Неподходящ оперативен достъп; 3. Неадекватна хирургична обработка и 4. Неправилна хирургична тактика и техника.

**Остър апендицит.** Клиничната картина на заболяването при децата има свои особености, при непознаването на които може да се стигне до неблагоприятия. Колкото по-малка е възрастта на детето, толкова повече се увеличава опасността от грешки в диагнозата и усложнения при оперативното лечение. Това се обуславя от намалената имунна защита, бързото прогресиране на деструктивния процес и склонността на детския организъм към генерализиране на възпалението.

*Клинична симптоматика.* Известно е, че при децата често има проява на неспецифични симптоми като фебрилитет, неопределена коликообразна болка, нестабилни изпражнения, дизурични смущения. Това е свързано с атипичното разположение на апендикса. Колкото по-малко е детето толкова по-затруднено е физикалното изследване и точната диагноза.

*Оперативен достъп.* Противно на мнението, че малките размери на коремната кухина у децата позволява нейния достатъчен оглед, най-честите грешки се допускат при избора на оперативен достъп. В стремежа си към естетичност се правят малки разрези на кожата и апоневрозата, а това създава предпоставки за размачкване на тъканите и травматичност на манипулацията. Малкият разрез не позволява щателна ревизия и санацията на малкотазовото пространство, особено при момичетата.

*Технически пропуски.* Те са свързани с лигирането на мезоапендикса и обработката на апендикуларния чукан. Лигатурата може да се направи прекалено стегната, което води до прорязване и изпускане на възела, или хлабава, при което да не осъществи дефинитивна хемостаза. Кесийните шевове могат да захванат дълбоко стената на цекума, което пред вид нежните тъкани на детето да причини локално абсцедиране.

**Вторичен (апендикуларен) перитонит.** Колкото по-малка е възрастта на детето, толкова по-голяма е вероятността от перфорация и развитие на перитонит. Диагнозата се усложнява ако до постъпването детето е било лекувано с антибиотици и антипиретици.

Неточната диагноза е основание за грешен избор на оперативен достъп. Често се започва с кос разрез в илео-цекалния район и не винаги при установяване на дифузен перитонит се преминава към широка срединна лапаротомия. Прилаганият от нас хоризонтален разрез по *Davis* дава възможност той да бъде разширен наляво и да се направи максимална ревизия и санация на коремната кухина.

При дифузния перитонит с изразена атония и пареза на червата е налице персистираща бактериална транслокация, което изисква добра санация чрез лаваж с антисептични разтвори. Допълнителната декомпресия на чревния тракт през ентеропункция играе важна роля за намаляване токсинемията. Интубирането на червата през цекостома също е от решаващо значение за следоперативната декомпресия и детоксикация. В завършващия стадий на операцията решаващ е въпроса за нуждата от оставяне на лапаростома за етапни ревизии и лаваж.

**Третичен (следоперативен) перитонит.** В детската възраст следоперативен перитонит възниква основно след операция по повод перфоративен апендицит или криптогенен перитонит. И в двата случая симптоматиката е завоалирана поради терапията с антибиотици и инфузии. При най-малките деца това усложнение се наблюдава четирикратно повече отколкото при големите. Динамичната оценка на микросимптоматиката в светлия период може да бъде решаваща за своевременно поставяне на диагнозата. «Синдромът на 5-ия ден» се проявява като рухване на компенсаторните механизми за антибактериална защита и отключване на каскадата на токсинемията и медиаторите на възпалението. Разгръща се съчетана симптоматика на дифузно гнойно възпаление и прогресираща чревна непроходимост.

*Диагнозата* на усложнението е затруднена поради неглижиране на следоперативното влошаване на състоянието, което започва с вялост, неспокойствие и абдоминален дискомфорт, субфебрилитет на фона на антибиотикотерапията, гадене, хълцукане и повръщане на мътно-зелени материи, флатуленция с необичайно изхождане на течни слузни материи.

*Тактическите грешки* са забавяне на релапаротомията, ограничения оперативен достъп и недостатъчната санация на перитонеалната кухина. Особено внимателно трябва да се търсят скрити междугънъчни абсцеси и ограничена гнойна колекция в малкия таз, които могат да бъдат източници за рецидив на перитонита. В повечето случаи е необходимо оставянето на лапаростома и/или шиниране на червата през цекостома за декомпресия и детоксикация на чревния тракт.

Един от слабите моменти е отношението към оментума. При всички случаи той участва до различна степен във възпалителния процес и лежи в основата на следоперативните усложнения. Ако при първичната операция не е извършена субтотална резекция на оментума, то при релапаротомията този етап е задължителен. Резецирането става на малки порции с прошивни лигатури от монофилни резорбируеми конци.

**Следоперативен илеус.** Появата на ранна илеусна симптоматика се установява трудно на фона на следоперативната реконвалесценция. Учестеното хълцане, уригване, продължителното отделяне на мътно съдържимо от сондата, болезнени коремни стени и обща отпадналост са първите признаци след един кратък светъл пери-

од. Нативната абдоминална рентгенография в легнало положение показва неравномерно разпределение на чревните газове, липса на въздух в дебелото черво, персистиране на дилатирана тънкочревна бримка. Напрегнатите коремни стени и локализирането на палпаторната болезненост са много тревожни симптоми. Перисталтиката е вяла, но в критичния участък може да бъде преодоляваща и с плискащ характер. Провеждането на диагностичен пасаж на чревния тракт с водно-разтворим контраст е от решаващо значение.

*Релапаротомията* трябва да бъде с широк срединен достъп. Трябва да се внимава да не се увредят тънките черва, които обикновено са срастнали в конгломерат особено към мястото на предходния разрез. Тяхното либериране трябва да се прави постепенно и нежно, предимно с пръст и финна ножица, за да се избегнат нарушения в трофиката. Десерозация или перфорация на черво е неприятен момент, но в някои усложнени случаи не може да се избегне. Малките участъци се серозират с атравматични резорбируеми конци 4,0 – 5,0, а по-големите се покриват с *Amproxen*, или мрежите на базата на *Vicryl*. Обширните разкъсвания са показани за резекция на увредения участък с последваща анастомоза. Не трябва да се изпускат окултни абсцесни огнища, които са в основата на ранните адхезионни процеси.

### Заклучение

Систематизирането, отчитането и профилактиката на медицинските грешки са предмет на много проучвания и дискусии /1,9/. Една основна тенденция и не да се търси виновния за грешката, а причината за нея, за да може тя да се избегне в бъдеще /7/. Цитирайți Сенека *Lucian Leape* казва: «Да сгрешиш е човешко ... но да проџтиш е божествено». Той изтъква, че не лошият специалист е причина за медицинските грешки, а лошата система! Аз се присъденявам към него, но все пак желая да цитирам една мисъл на Цицерон: *Cujusvis hominis est errare, nullius, nisi insipientis in errore perseverare!* Всеки човек може да сгреши, но само глупакът упорствува в грешките си!

### ЛИТЕРАТУРА

1. Beal AC, Co JPT, Dougherty D, et al. **Quality measures for children's health care.** Pediatrics, 113,2004,1:199-209.
2. Berry JG, Lieu TA, Forbes PW, Goldmann DA. **Hospital Volumes for Common Pediatric Specialty Operations.** Arch Pediatr Adolesc Med, 161,2007,1:38-43
3. Bratton SL, Haberkern CM, Waldhausen JH. **Intussusception: hospital size and risk of surgery.** Pediatrics,107,2001,2:299-303.
4. Davis DN, Localio AR, Stafford PW, Helfaer MA. **Trends in operative management of pediatric splenic injury in a regional trauma system.** Pediatrics, 115,2005,1;89-94
5. Kokoska R, Minkes RK, Silen ML, Langer JC, Tracy TF, a.all. **Effect of pediatric surgical practice on the treatment of children with appendicitis.** Pediatrics,107,2001,6:1298-1301
6. Langer JC, To T. **Does pediatric surgical specialty training affect outcome after ramstedt pyloromyotomy?** Pediatrics, 113,2004,5:1342-1347
7. Leape LL. **Making health care safe: are we up to it?** Journal of Pediatric Surgery, 39,2004,3,258-66.
8. Mayor S. **Paediatric surgery should be performed by specialist surgeons.** BMJ 320,2000,5,1423-
9. Oyeboode F. **Clinical errors and medical negligence.** Advances in Psychiatric Treatment, 2006,vol.12,221-227

10. Smink DS, Finkelstein JA, Kleinman K, Fishman SJ. **The effect of hospital volume of pediatric appendectomies on the misdiagnosis of appendicitis in children.** *Pediatrics*, 113,2004,1:18-23.