

Лікування абсцесів черевної порожнини у дітей.

Гриценко Є. М., Гриценко М. І., Разуваєва Г. К., Борійчук В. С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Резюме. Проаналізовано досвід лікування 27 дітей з абсцесами черевної порожнини. Периапендикулярні абсцеси склали 15 випадків, тотальний абсцедуючий перитоніт – 3, післяопераційні абсцеси – 8. Методом хірургічного лікування були пункційно-дренувальні втручання під контролем УЗД. В 3 випадках тотального абсцедуючого перитоніту проводилися запрограмовані релапаротомії. Запропонована власна конструкція дренажної трубки.

Ключові слова: абсцеси черевної порожнини, лікування, діти.

Резюме. Проанализирован опыт лечения 27 детей с абсцессами брюшной полости. Периаппендикулярные абсцессы составили 15 случаев, тотальный абсцедирующий перитонит – 3, послеоперационные абсцессы - 8. Методом хирургического лечения были пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ. В 3 случаях тотального абсцедирующего перитонита проводились запрограммированные релапаротомии. Предложена собственная конструкция дренажной трубки.

Ключевые слова: абсцессы брюшной полости, лечение, дети.

Summary. The experience of treatment of 27 children with peritoneal abscess (15 cases of periappendicular abscess, 3 cases of total peritonitis with abscess formation and 8 cases of postoperative abscess) has been analysed. The method of surgical treatment was puncture-drainage interventions under ultrasound guidance. In 3 cases of total peritonitis with abscess formation programmed relaparotomy has been used. A new model of drainage tube has been offered.

Key words: peritoneal abscess, treatment, children.

Вступ. Лікування абсцесів черевної порожнини у дітей є досить складною проблемою. За сучасними уявленнями абсцеси черевної порожнини є однією з форм абдомінального сепсису – системної запальної відповіді на інфекційно-деструктивний процес в черевній порожнині [2]. В дитячому віці

найчастішою причиною утворення внутрішньочеревних абсцесів є ускладнений перебіг гострого апендициту. В структурі апендикулярного перитоніту частка абсцедуючих форм складає до 43% [7].

Матеріали та методи дослідження. В період з 2004 по 2009 р. у відділенні дитячої хірургії лікувалися 27 дітей з абсцесами черевної порожнини. Вік хворих від 2 до 15 років, хлопчиків 18, дівчаток 9. В більшості випадків абсцеси черевної порожнини виникали як ускладнення деструктивних форм гострого апендициту – 18 спостережень (66,7%). Для класифікації абсцедуючих форм апендикулярного перитоніту використовувалася класифікація Л. М. Рошалья та О. В. Карасьової (2005) [5,7]. Периапендикулярний абсцес I діагностовано у 5 дітей, II – у 4, III – у 6. За локалізацією – у 12 дітей абсцеси знаходилися в місці типового розташування апендиксу, у 2 дітей мав місце підпечінковий абсцес, абсцес порожнини малого тазу – у 1 дитини. 3 дітей оперовано з приводу тотального абсцедуючого перитоніту («сільського» за Л. М. Рошалем [4]) з терміном захворювання до 14 днів та утворенням множинних внутрішньочеревних абсцесів. Вторинні абсцеси, як ускладнення післяопераційного періоду, виникли у 8 (29,6%) дітей. Використовували модифіковану класифікацію післяопераційного перитоніту О. П. Мінцера, Н. М. Зюбрицького (1990) [3]. У 6 дітей виникли міжпетельні абсцеси, у 1 – підпечінковий, 1 – абсцес великого чепця. Лише у 1 (3,7%) випадку утворення абсцесу було пов'язане з перфорацією здухвинної кишки.

Основним методом діагностики було ультразвукове дослідження (УЗД), що проводилося на апаратах Aloka-500 (Японія), Sono Diagnost-360 (Німеччина), Philips HD-3 (Корея). Використовувалися конвексний 5 МГц та лінійний 7-10 МГц датчики. Крім визначення об'ємного патологічного утворення оцінювалися діаметр тонкої кишки, депонування рідини в просвіті тонкої кишки та її характер, потовщення та зміни структури кишкової стінки, зміни перистальтичної активності, наявність вільної рідини в черевній порожнині.

Результати та їх обговорення.

При УЗД перипендикулярні абсцеси I та II визначалися як утворення неправильної форми, неоднорідної структури з гіпоехогенними включеннями, перипендикулярні абсцеси III як утворення округлої форми, з однорідним гіпоехогенним вмістом та щільною, однорідною капсулою товщиною до 5 мм. Післяопераційні абсцеси сканувалися як утворення овальної форми з чіткими рівними контурами, з однорідним гіпоехогенним вмістом, навкруги яких визначалася зона інфільтрації з потовщеними набряклими стінками тонкої кишки. При тотальному перитоніті крім патологічних об'ємних утворень фіксувалися характерні сонографічні ознаки ентеральної недостатності [1].

Об'єм оперативного лікування залежав від характеру та локалізації патологічного процесу. При перипендикулярних абсцесах I-II, що характеризуються «злипчивим» чи пухким злуковим процесом з можливістю безпечного руйнування абсцесу, проводилася апендектомія. При перипендикулярному абсцесі III з ригідними стінками, міжпетлевих абсцесах виконували мініінвазійні пункційно-дренувальні втручання під контролем УЗД.

Дренування проводилося дренажною трубкою власної конструкції [6], що являє собою еластичну трубку з чотирма повздовжніми розтинами та зафіксованою ниткою на дистальному кінці. Нитка проведена через просвіт трубки з можливістю її фіксації на неробочому кінці трубки та можливістю зміни конфігурації дреноуючої частини при натягненні нитки. Під час оперативного втручання дренажна трубка встановлювалася в порожнині гнійника. Підтягуванням за нитку досягалася необхідна конфігурація дреноуючої частини трубки, після чого нитка фіксувалася на неробочому кінці трубки. В подальшому проводився сонографічний контроль за конфігурацією дреноуючої частини трубки та об'ємом порожнини, що дреноується, з можливістю моделювання дреноуючої частини. При необхідності видалення дренажа нитка відпускалася і дренажна трубка атравматично видалялася. В післяопераційному періоді порожнина гнійника промивалася розчином

антисептику (декасан), видалення дренажу проводилося після припинення виділень та при усуненні залишкової порожнини при УЗД-контролі.

Відкриті оперативні втручання виконувалися при неможливості проведення мініінвазивного дренивання. При абсцедуючому оментиті виконана резекція великого чепця. Тазовий абсцес розкрито через пряму кишку. При тотальному абсцедуючому перитоніті використовувалася методика запланованих релапаротомій. Виконувалося до 3 релапаротомій через 24-72 години. Термін остаточного закриття лапаротомної рани визначався покращенням загального стану дитини та ліквідацією запальних явищ в черевній порожнині (відсутність гною та фібринових нашарувань, відновлення перистальтики, покращення стану кишкової стінки).

Післяопераційне лікування проводилося за загальновизнаними принципами (раціональна антибактеріальна терапія, нутритивна підтримка, детоксикація, імунокорекція). В комплекс терапії для зменшення інфільтративних явищ включалася гірудотерапія. Для попередження виникнення піддіафрагмальних та підпечінкових абсцесів дітям у ліжку надавалося положення Фовлера. Дітям з периапендикулярним абсцесом III після його ліквідації через 2-3 місяці в плановому порядку виконувалася апендектомія. Всі оперовані діти виписані з одужанням.

Висновок. Основною причиною утворення внутрішньочеревних абсцесів у дітей є ускладнений перебіг гострого апендициту (66,7%) та ускладнення післяопераційного періоду (29,6%). Методом вибору при лікуванні абсцесів черевної порожнини у дітей є мініінвазивні пункційно-дренувальні втручання під контролем УЗД.

Література.

1. Гриценко Є. М. Ультразвукова діагностика гострої кишкової непрохідності та перитоніту у дітей / Є. М.Гриценко, М. І. Гриценко // Український журнал хірургії. – 2009. - №2. – С. 43-45.
2. Гусак И. В. Хирургическое лечение множественных абсцессов брюшной полости / И. В. Гусак, Ю. В. Иванова // Актуальні проблеми сучасної

- медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Т. 7, вип. 1-2(17-18). – С. 208-209.
3. Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложнённого течения острой хирургической патологии живота у детей / [Москаленко В. З., Минцер О. П., Весёлый С. В., Лосицкий А. А.]. – Донецк, 2002. – 282 с.
 4. Лапаростомия в лечении тотального абсцедирующего перитонита у детей / О. В. Карасева, А. В. Брянцев, Т. А. Чернышева [и др.] // Детская хирургия. – 2006. – №2. – С.36-38.
 5. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / О. В. Карасева, Л. М. Рошаль, А. В. Брянцев [и др.] // Детская хирургия. – 2007. – №3. – С. 23-27.
 6. Пат. 34596 U України, МПК7 А61В17/00. Дренажна трубка / Гриценко М. І., Гриценко Є. М., Можаяев Є. О. (Україна). - № u200805223; Заявл. 22. 04. 08; Опубл. 11. 08. 08. Бюл.№15, 2008.
 7. Пулатов А. Т. О классификации острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / А. Т. Пулатов // Детская хирургия. – 2007. – №1. – С.36-40.