

Досвід лікування апендикулярного перитоніту у дітей.

Гриценко Є. М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава.

Реферат. Аналізу підданий досвід лікування 175 дітей з апендикулярним перитонітом (139 дітей з місцевим та 36 з розповсюдженим перитонітом). У 20 дітей з розповсюдженим перитонітом виконана інтубація кишечника. У 6 дітей проводилися запрограмовані релапаротомії. Для корекції синдрому ентеральної недостатності використовувалась ентеральна череззондова терапія.

Реферат. Подвергнут анализу опыт лечения 175 детей с аппендикулярным перитонитом (139 детей с местным и 36 с распространенным перитонитом). У 20 детей с распространенным перитонитом произведена интубация кишечника. У 6 детей проводились запрограммированные релапаротомии. Для коррекции синдрома энтеральной недостаточности использовалась энтеральная череззондовая терапия.

Summary. The experience of treatment of 175 children with appendicular peritonitis (139 cases with local peritonitis and 36 cases with diffuse peritonitis) has been analysed. Intubation of intestine has been carried out in 20 children with diffuse peritonitis. In 6 cases programmed relaparotomy has been used. To correct the enteral insufficiency syndrome the enteral transtube therapy has been applied.

Вступ. Гострий деструктивний апендицит є найбільш частою причиною перитоніту у дітей (80,0 – 85,0% випадків) [9]. Післяопераційна летальність при перитоніті апендикулярного генеза складає від 0,7 до 23%, а при розповсюдженому перфоративному перитоніті у новонароджених – 33-89% і вище[8]. Частота ускладнень та незадовільних наслідків лікування при розповсюдженому перитоніті складає 18,6-21,0% [7].

Незважаючи на постійне вдосконалення методів лікування розповсюдженого перитоніту першочерговим завжди залишається радикальне усунення причини перитоніту та повноцінна санація черевної порожнини. Без цього „ні інфузійна терапія, ні новітні антибіотики, ні гіпербарична

оксигенація, ні лімфосорбція, ні навіть гемосорбція невзможі врятувати хворого” [4]. Саме недостатньо повна або неадекватна первинна санація черевної порожнини в подальшому приводить до прогресування перитоніту або утворенню відмежованих гнійників, що вимагає виконання релапаротомій і значно погіршує прогноз у таких хворих. Але не завжди виконання радикальної санації можливе під час первинного оперативного втручання, особливо при різких запальних змінах вісцеральної очеревини, масивних гнійно-фібринозних нашаруваннях, значному злуковому процесі, вкрай важкому стані хворого, обумовленому вираженою ендотоксемією та поліорганною недостатністю. В таких випадках найбільш доцільним є проведення запланованих (програмованих) релапаротомій, коли первинне оперативне втручання завершують накладанням провізорних швів, а повторні санації виконують через 24–48 години[14].

Показаннями до застосування запрограмованих санаційних лапаротомій вважаються неможливість радикально видалити причину перитоніту, множинні внутрішньочеревні абсцеси, масивні фібринозні нашарування, зони некрозу очеревини та внутрішніх органів, що не можуть бути видалені, ознаки анаеробного інфікування, важкість стану, обумовлена вираженим ендотоксикозом, септичним шоком, поліорганною недостатністю. Використання запрограмованих санаційних лапаротомій дозволяє провести повноцінну санацію черевної порожнини та активне дренивання черевної порожнини, своєчасно діагностувати та коректувати внутрішньочеревні ускладнення. Але метод має і ряд недоліків, до яких відносять негативні системні наслідки повторних оперативних втручань(в тому числі повторний розвиток синдрому ”медіаторної бурі” та токсичного шоку), повторну операційну травму передньої черевної стінки та органів черевної порожнини, необхідність тривалої ШВЛ, тривалої катетеризації судин та інтубації трахеї і сечового міхура з високим ризиком інфікування[2].

В прогресуванні ендотоксикозу та виникненні поліорганної недостатності важливе місце відводиться синдрому ентеральної недостатності, що виникає у

хворих з розповсюдженим перитонітом. Доведено, що важкість запального враження очеревени обумовлена складною низкою патологічних порушень, які протікають у тонкій кишці[3,5]. Саме тонка кишка, за влучним висловлюванням Meakins J. L. та Marshall J. C. (1986), стає „недренованим абсцесом”, джерелом ендотоксикозу, та „мотором” поліорганної недостатності[12].

Матеріали та методи дослідження. За період з 1998 по 2004 роки на лікуванні в хірургічному відділенні дитячої міської лікарні м. Полтави знаходилися 175 дітей з перитонітом апендикулярного генезу. Серед них хлопчиків 104 (59,4%) та дівчаток 71 (40,6%). Вік хворих коливався від 10 місяців до 15 років. Дітей до 3-х років було 14 (8%). З давністю захворювання до 24 годин від його початку госпіталізовано 64 дитини, від 24 до 72 годин – 76 дітей, більше 72 годин - 35.

Результати та їх обговорення. Після проведення відповідної передопераційної підготовки всі хворі оперовані. У 148 дітей використано доступ в правій здухвинній ділянці, у 27 виконана серединна лапаротомія. Під час оперативного втручання місцевий перитоніт виявлено у 139 дітей, розповсюджений у 36: дифузний у 11 , розлитий - 10 , загальний – 14 (за класифікацією В. П. Красовської, 1983) [6]. Серед дітей з розповсюдженим перитонітом 30,5% (11 дітей) склали діти до 3-х років.

У 20 дітей з розповсюдженим апендикулярним перитонітом було виконано інтубацію кишечника. Показаннями до інтубації вважали дилатацію петель тонкої кишки, перерозтягнення їх газом чи секвестрованою рідиною; розповсюджений перитоніт в токсичній або термінальній стадії; інфільтрацію стінки тонкої кишки, крововиливи під серозну оболонку; множинні міжпетельні абсцеси на фоні розповсюдженого перитоніту; операції, що супроводжувалися масивним розєднанням злук або ушиванням вражених запальним або адгезивним процесом петель тонкої кишки[11,13]. У 14 хворих виконано трансанальну інтубацію, інтубацію через апендикостому у 4, назоінтестинальна інтубація в 1 випадку. У 1 хворого виконано зустрічну

назоінтестинальну та трансанальну інтубацію таким чином, що частина тонкої кишки були заінтубована одночасно двома зондами. Використання такого метода дозволило проводити проточну санацію тонкої кишки у фізіологічному напрямку, а також попереджало „зісковзування” петель кишки з зонда. З 2003 року ітубація кишечника проводилася з використанням зонда власної конструкції [10].

У 6 хворих з розповсюдженим перитонітом, що надійшли до відділення в дуже важкому стані з давністю захворювання від 2 до 18 діб, радикальна первинна санація черевної порожнини під час оперативного втручання була визнана неможливою та було прийняте рішення про виконання запланованих релапаротомій. Виконувалося від 1 до 3 релапротомій через 24-72 год. 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) [1].

Невелика кількість спостережень не дозволяє зробити остаточних висновків, але використання методики запланованих релапротомій видається доцільним і відповідає рекомендаціям XX з'їзду хірургів України з проблеми „Дитяча хірургія”.

В післяопераційному періоді хворим проводилась інфузійно-трансфузійная терапія, направлена на коррекцію порушень водно-електролітного, кислотно-лужного, білкового балансу, антибактеріальна і імунокоректуюча терапія. З 2003 р. в комплекс лікування дітей з розповсюдженим перитонітом з метою корекції ентеральної недостатності включено ентеральну череззондову терапію. Вона включала фракційний лаваж кишечника 2% розчином натрію хлориду, череззондову ентеросорбцію 10% сумішшю ентеросгелю у фізіологічному розчині, селективну деконтамінацію цефтріаксоном та метрагілом. Процедури виконувалися 3-4 рази на добу. Ефективність застосування череззондової терапії оцінювалася по покращенню загального стану хворих (показники t° , ЧСС, ЧД) та по динаміці в

післяопераційному періоді лейкоцитозу, лейкоцитарного індексу інтоксикації, показників сечовини, креатиніну, показника співвідношення вмісту натрію до осмолярності плазми, протромбінового індексу. Припинення ентеральної терапії та видалення зонда проводилося після відновлення ефективної перистальтики. Всі оперовані діти виписані по одужанні.

Висновки.

1. Комплексне лікування розповсюдженого перитоніту у дітей передбачає ліквідацію джерел ендогенної інтоксикації не тільки з боку черевної порожнини, але і шлунково-кишкового тракту.
2. При неможливості радикальної санації під час першого оперативного втручання доцільне проведення запланованих релапаротомій.
3. З метою корекції ентеральної недостатності показані інтубація кишечника та проведення ентеральної череззондової терапії.

Література.

1. Бліхар В. Є., Білинський В. В., Ковальчук М. В. та ін. Лапаростомія, програмована релапаротомія та інтубація кишечника у лікуванні розлитого гнійного перитоніту у дітей // Шпитальна хірургія. – 2004. - №4. – С. 136-140.
2. Гельфанд Б. Р., Гологорский В. А., Букрневич С. З. и др. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему. Стратегия и тактика лечения // Вестник интенсивной терапии. - 1997. - №1. - С. 10-16.
3. Гусак И. В. Выбор тактики лечения эндотоксикоза и энтеральной недостаточности у больных с абдоминальным сепсисом // Харківська хірургічна школа. - 2004. - №1-2. - С. 157-159.
4. Каншин Н. Н. Лечение гнойного перитонита // Вестник хирургии. – 1980. - №9. – С. 108-113.
5. Коновалов Е. Н., Терлецкий В. Н., Пляцок А. А. и др. Применение сорбилакта в комплексной коррекции синдрома энтеральной недостаточности у хирургических больных // Клінічна хірургія. – 2004. - №10. – С. 32-34.
6. Красовская В. П., Дарьина А. Н. Перитониты у детей: Учебное пособие. – Красноярск: Издательство Красноярского университета, 1983. – 160 с.

7. Кукуруза Ю. П., Коноплицький В. С., Аль-Фаллах А. та ін. Корекція та профілактика ендотоксикозу і поліорганної недостатності при перитоніті у дітей // Матер. ХІХ з'їзду хірургів України –Харків, 2000. – С. 249-250.
8. Момотов А. Г., Придятько С. К., Литвинов Г. А. и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Клінічна хірургія. – 1999. - №2. – С. 31-34.
9. Москаленко В. З., Лосицький О. О., Веселий С. В. Етіопатогенез та лікування гнійного перитоніту у дітей (огляд літератури) // Шпитальна хірургія. – 1998. - №1. – С.101-106.
10. Пат. 68146 А України, МПК А61М25/00. Зонд кишковий для інтубації кишечника / Гриценко Є. М., Гриценко М. І. (Україна). - №2003109480; Заявл. 21. 10. 03; Опубл. 15. 07. 04. Бюл. 7.
11. Перепадя В. М. Назоінтестинальна інтубація в комплексному лікуванні непрохідності кишечника та розповсюдженого перитоніту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2003. – 20 с.
12. Поляцко К. Г. Поліорганна дисфункція у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки з синдромом ентеральної недостатності в стадії декомпенсації // Шпитальна хірургія. – 2004. - №1. – С. 37-40.
13. Соловьев А. Е. Неотложная хирургия детского возраста – Запорожье, 2000. – 92 с.
14. Шапринський В. О. Застосування програмованої релапаротомії в лікуванні післяопераційного перитоніту // Клінічна хірургія. – 1997. - №3-4. – С. 74-76.

Гриценко Евгений Николаевич, ассистент курса детской хирургии УМСА.

36038 г. Полтава, ул. Халтурина д. 21 кв.6. Тел. роб. 7-89-22; дом. 57-32-06.

E-mail: chenden@yandex.ru