

УДК 616.348-002.4-053-31

**ДИНАМИКА РОСТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА
У ДЕТЕЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ****Т.О. Омурбеков¹, У.Д. Орозоев², М.Ж. Самсалиев¹, В.Н. Порощай³**¹Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К.Ахунбаева²Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи³Кыргызско-Российский Славянский университет

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: detskaya.hirurgya@gmail.com

Резюме. В статье проведен анализ частоты оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и его осложнённых форм. Применение перчаточного дренажа в комплексном лечении аппендикулярного перитонита улучшает конечные результаты в раннем и позднем послеоперационном периоде у детей.

Ключевые слова: острый аппендикулярный, перитонит, перчаточный дренаж, брюшная полость, микрофлора, бакпосев, дети.

**БАЛДАРДЫН АППЕНДИКУЛЯРДЫК
ПЕРИТОНИТТЕРИНИН ОСУУ ДИНАМИКАСЫ ЖАНА АНЫ
ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ****Т.О. Омурбеков¹, У.Д. Орозоев², М.Ж. Самсалиев¹, В.Н. Порощай³**¹И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык академиясы²Шаардык медициналык тези жардан балдар клиникалык ооруканасы³Кыргыз-Россия (Славян) университети

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада сокур ичегинин курч сезгениши жана анын татаалдашкан формаларын оперативдик кийлигишуулорунун санына анализ жасалган. Аппендикулярдык перитониттерде мээлей дренажын пайдалануу операциядан кийинки мезгилдеги акыркы жыйынтыктарды жакшыртат.

Негизги сөздөр: Курч аппендикулярдык, перитонит, мээлей дренажы, ич кондойу, микрофлора, бактериалык себуу, балдар.

DYNAMICS OF GROWTH OF APPENDICULAR PERITONITIS AT CHILDREN AND THE RESULTS OF ITS TREATMENT

T.O. Omurbekov¹, U.D. Orozoev², M.Zh. Samsaliev¹, V.N. Poroshchai³

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

²City Children's Clinical Emergency Hospital

³Kyrgyz-Russian Slavic University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article analyzes the frequency of surgical interventions for acute appendicitis and complicated forms. The use of glove drainage in the complex treatment of appendicular peritonitis improves end results in the early and late postoperative period in children.

Key words: acute appendicitis, peritonitis, glove rubber drain, abdominal cavity, microflora, bacterial culture, children.

Актуальность. Острый аппендицит у детей – одно из наиболее частых заболеваний, требующих хирургического лечения и занимает первое место среди всех экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости [1,2]. Трудности диагностики аппендицита, связанные с особенностями детского организма, часто приводят к деструктивным изменениям червеобразного отростка, перфорации и развитием перитонита [3,4]. Аппендикулярный перитонит является основной причиной развития у детей сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности [5], летальность при данной патологии в разных возрастных группах составляет в среднем 0,2-2,3%, а у новорожденных достигает 80% случаев [6]. Лечение является достаточно сложной задачей и включает в себя устранение причины вызывающей патологический процесс, улучшение функции органов, снижение послеоперационных осложнений, а также косметический резуль-

тат. Но, не смотря на значительное улучшение результатов диагностики и лечения аппендицита у детей, послеоперационные осложнения в последние годы сохраняются на уровне 10-15%, и не имеют тенденции к снижению [7,8], что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения вопроса диагностики, лечения и профилактики осложнений аппендикулярного перитонита.

Цель исследования: изучить частоту осложнённых форм аппендицита и результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы исследования

Нами на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек за период 2014-18 гг., наблюдались 3580 детей с острым аппендицитом в возрасте от 1 года до 16 лет, длительность заболевания составляла от нескольких часов до 7 суток. Больным проведено комплексное лечение включавшее: экстренное хирургическое вмешательство

в брюшной полости с удалением патологического очага инфекции и интенсивная терапия. Осложнённые формы аппендицита выявлены у 627 (17,5%) пациентов. Всем больным проводились общепринятые методы обследования: общий анализ крови, мочи; УЗИ орга-

нов брюшной полости, почек; обзорная рентгенография брюшной полости, грудной клетки, и биохимические анализы крови по показаниям. Частота оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и осложнённых форм, представлена на рисунке.



Рис. Динамика роста оперативных вмешательств и осложнённых форм аппендицита у детей.

Как видно из рисунка, за последние годы, отмечается увеличение хирургических вмешательств у детей по поводу острого аппендицита и незначительное снижение его осложнённых форм. Это, видимо, связано с увеличением детского населения, ранней диагностикой и своевременным обращением пациентов в специализированные медицинские учреждения.

Результаты и их обсуждение

Во время обследования пациентов выявлены сопутствующие заболевания у 268 (7,5%) острые респираторные вирусные инфекции, у 106 (2,9%) дискинезии желчевыводящих путей, у 48 (1,3%) пневмония, 22 (0,6%) мочекаменная болезнь, 12 (0,3%) врождённые

пороки развития мочевыделительной системы, что требовало проведения дополнительных методов исследования с целью дифференциальной диагностики. Всем больным аппендэктомия выполнялась по классической методике, открытым способом из доступа по Волковичу-Дьяконову. Вопрос оперативного доступа связан с оснащённостью больницы и наличием сертифицированных кадров [3]. Основными критериями в рамках классификации острого аппендицита мы рассматривали клинко-морфологические изменения червеобразного отростка и осложнения связанные с распространением гнойного экссудата с учётом деления брюшной полости на анатомические

области. Структура морфологических изменений червеобразного отростка и осложнённых форм аппендицита представлена в таблице.

Таблица - Деструктивные и осложнённые формы острого аппендицита у детей

Деструктивные формы аппендицита		Осложнённые формы			
		Перитонит		Абсцедирующая	
Флегмонозный	26 (4,1%)	Местный	132 (21%)	Периаппендикулярный абсцесс	72 (11,5%)
Гангренозный	49 (7,8%)	Разлитой	176 (28,1%)	Аппендикулярный инфильтрат	16 (2,5%)
Гангренозно-перфоративный	552 (88,1%)	Диффузный	319 (50,9%)		

Как видно из таблицы, в наших наблюдениях наиболее часто из деструктивных форм аппендицита у детей, выявлялась гангренозно-перфоративная, осложнённая диффузным или разлитым перитонитом, при этом тифлит отмечен у 195 (31,1%), оментит у 165 (26,3%), илеит у 36 (5,7%) пациентов. Во многом, характер и тяжесть изменений зависят от выраженности микробной агрессии и их ассоциаций [1,6]. В наших наблюдениях микрофлора брюшной полости была представлена ассоциациями кишечной палочки (19,8%) с кокковой флорой (49,3%) и другими штаммами (30,9%) представляющие условно-патогенную флору, колонизирующуюся в кишечнике. Повышение вирулентности и антибиотикорезистентность штаммов зачастую затрудняет проведение антибактериальной терапии, что может привести к развитию сепсиса [7,9]. Данные исследования учитывались при проведении лечения пациентов с осложнёнными формами аппендицита. Многообразие патологических процессов при аппен-

дикулярном перитоните требует комплексного подхода в лечении данной категории больных, направленное на устранение источника инфекции, рациональная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений гомеостаза. Лечение пациента начинали по установлению диагноза с предоперационной подготовки, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений и внутривенным введением антибиотиков за 30 минут до операции. В качестве стартовой терапии использовали цефалоспоринов II, III поколения, что позволяло эффективно воздействовать на многие аэробные и анаэробные микроорганизмы и могло использоваться в качестве монотерапии. При необходимости применялась комбинированная терапия с метронидазолом и аминогликазидами. Основным звеном в лечении аппендикулярного перитонита – является своевременное хирургическое вмешательство, направленное на санацию очага инфекции. Мы придерживаемся отработанной за многие годы методики, которая зави-

сит от формы перитонита и включает в себя: лапаротомию, эвакуацию экссудата, устранение источника инфекции, санацию и дренирование брюшной полости. Устранение источника инфекции и тщательная санация брюшной полости путём аспирации гнойного выпота без промывания [2] и установления перчаточного дренажа во многом определяет эффективность и благоприятное течение послеоперационного периода. На сегодняшний момент много вопросов и обсуждений о наиболее эффективном дренировании брюшной полости для обеспечения адекватной эвакуации содержимого. Но дренирование брюшной полости при перитоните, должно проводиться по строгим показаниям. Предлагается множество вариантов и материалов для осуществления поставленных вопросов – применение марлевых тампонов, «сигарных», полихлорвиниловых или силиконовых трубок, резиновых выпускников, коллагена, лизосорбента, декстраны, углеродных сорбентов и другими материалами [10,11,12]. Но пассивное дренирование брюшной полости не обеспечивает адекватного оттока экссудата, а дренажные трубки теряют проходимость в 80% случаев в первые сутки после операции [2], что приводит к неполной санации источника перитонита [13,14]. Нами в послеоперационном периоде при аппендикулярном перитоните для адекватного оттока экссудата из брюшной полости используется перчаточный дренаж, который подводится к ложу червеобразного отростка (не закручивая) и выводится наружу. Послойные швы на рану, отсроченные на кожу. Суть дренирования заключается в том,

что на следующий день после операции проводится прокручивание дренажа по часовой стрелке в три оборота, таким образом, создавая своеобразный насос (активный дренаж), а повышение давления в брюшной полости, формирует условия для полноценного оттока содержимого. Сроки дренирования колебались от 4 до 6 суток, при этой методике дренирования значительно сократились случаи ранней и поздней спаечной непроходимости и формирования внутрибрюшного абсцесса. Смену антибиотика проводили при развитии послеоперационных осложнений и неэффективности проводимой антибактериальной терапии. Полноценное обеспечение питательными ингредиентами необходимый элемент в лечении аппендикулярного перитонита. Энтеральное кормление назначали через 6-8 часов после операции в зависимости от функции желудочно-кишечного тракта, а парентеральное питание сразу после операции. Проведение интенсивной терапии включало, улучшение реологии крови, микроциркуляции, моторики кишечника, профилактику и коррекцию иммунодефицита. В обязательном порядке после стихания острого процесса в брюшной полости назначали специфическую противовоспалительную терапию 2-3-х недельным курсом, с целью профилактики спаечной кишечной непроходимости.

Заключение

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение активности оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита у детей, но наряду с этим его осложнённые формы имеют тенденцию к снижению.

Комплексное лечение аппендикулярного перитонита с применением перчаточного дренажа брюшной полости, позволило улучшить течение послеоперационного периода и уменьшить число осложнений, связанных с формированием абсцесса и спаечной непроходимостью до 3,8%.

Литература

1. Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис /Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич //Русский медицинский журнал. – 1999. - №5(7). – С.6.
2. Гостищев В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии/ В.К. Гостищев// Методические рекомендации. Изд. при поддержке Glaxo Wellcjtme. М., 2001.-8 с.
3. Долецкий С.Я. Осложнённый аппендицит у детей / С.Я. Долецкий, В.Е. Щитинина, А. В. Арапова. – М.: Медицина, 1982. – 96 с.
4. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого гнойного перитонита / Н.С. Макоха. – М.: Медицина, 1967. - 45с.
5. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / [О.В. Карасёва, Л.М. Рошаль, А.Б. Брянцев и др.] // Детская хирургия. – 2007. - №3. – С. 23-27.
6. Гусак С.Н. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей / С.Н. Гусак // Детская хирургия. – 2017. – Т 21, №4. –С. 123.
7. Диагностика и лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / [К.Т. Турсунов, А.К. Ормантаев, Д.Б. Рузиддинов и др.] // Российский вестник детской хирургии и анестезиологии.-2014.-Т. 4, №2. – С. 37-40.
8. Этапная диагностика и лечебная тактика при хирургических заболеваниях детского возраста / [В. Ф. Доронин, Ю. М. Вереютин, С. В. Минаев и др.] // Учебно-методическое пособие. – Ставрополь: Изд. СтГМА, 2003. – 131 с.
9. Тараканов В.А. Принципы комплексного лечения детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / В.А. Тараканов, И.В. Нестеров, А.Н. Луняка // Детская хирургия. – 1998. - №2. – С. 15-18.
10. Генералов А.И. О дренировании брюшной полости у детей при аппендикулярном перитоните /А.И. Генералов//Вопросы охраны материнства и детства. -1977.- №12: - С.16-22
- 11.Брожик В.Н. Оптимизация комплексного лечения местного перитонита аппендикулярного генеза у детей: автореф. дисс. канд. мед. наук/В.Н.Брожик; Донецк.- М.; 2001. - 27 с.
12. Буянов В.М. Комплексное лечение острого разлитого перитонита /В.М. Буянов, Т.И. Ахметели, Н.Б. Ломидзе //Хирургия. -1997. -№8. – С. 4-8.
13. Mikulicz G. Uber die Anwenduhg der Antisepsis bie Laparotomien, mit besonderer Rucksicht aufdie Drainage der Poritonealhole / G.Mikulicz // Arch. Klin. Chir. – 1881. – Bd. 26. - №1. – S. 111-150.
14. Lervstive man cons Recurrent appendicitis after intia Gement of appendiceal abscess [Prince M.R., Haase G.M., Sartorelli K.H. et al.] //J. Pediatr. Surg. - 1996. Voi. 31. No. 2. - P. 291 – 294.