

УДК 616-002.3:616.94

Халилов Ш.К., Аллаев М.Я., Кодиров К.З.,

Мамажонов У.Ш., Абдувалиева Ч.М.

Кафедра детской хирургии АГМИ,

Отделения детской хирургии АФ/ РНЦЭМП (Узбекистан)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

Резюме: Несмотря на достигнутые успехи, лечение больных с разлитым перитонитом (РП) до настоящего времени остается одной из актуальных задач интенсивной терапии. Количество таких пациентов, по нашим данным, составляет 10-12% от общего количества детей находящихся на лечении в реанимационном отделении. Летальность при РП у детей продолжает оставаться высокой и составляет, по данным различных авторов, от 2 до 12%.

Ключевые слова: перитонит, терапия, детской возраст

Khalilov Sh.K., Allaev M.Ya., Kodirov K.Z.,

Mamajonov U.S. Sh., Abduvalieva Ch.M.

Department of Pediatric Surgery, AGMI,

Department of Pediatric Surgery AB / RSCEMP (Uzbekistan)

TREATMENT TREATMENT IN PERITONITIS IN CHILDREN

Resume: Despite the successes achieved, the treatment of patients with diffuse peritonitis (RP) is still one of the urgent tasks of intensive care. The number of such patients, according to our data, is 10-12% of the total number of children being treated in the intensive care unit. Mortality in children with RP continues to remain high and, according to various authors, ranges from 2 to 12%.

Key words: peritonitis, therapy, childhood

Актуальность. Среди всех случаев абдоминальной хирургии, требующих оперативного вмешательства, перитонит в детском возрасте занимает от 1% до 2,5% случаев [2,6]. Осложненное течение перитонита наблюдается у 8-10% пациентов [3]. Летальность при этом заболевании в последние годы составляет от 0 до 3,3% [5], хотя у некоторых авторов она достигает 8-25% после оперативного вмешательства [1]. Очевидно, что такая высокая летальность связана со степенью выраженности эндогенной интоксикации у послеоперационных больных. Гнойно-септические инфекции значительно осложняют течение послеоперационного периода, что связано с функционированием иммунной системы [3].

Перитонит у детей приводит к резкому снижению клеточного и гуморального звена иммунитета, а в случае грамотрицательной флоры достоверно превышает по тяжести грамположительную и смешанную инфекцию с максимальной степенью выраженности при разлитом перитоните. Эндотоксин грамотрицательной инфекции приводит к нарушениям в регуляции в системе антиэндотоксинового иммунитета, которое проявляется с угнетением специфического звена (резкое снижение высокоаффинных антител класса G к эндотоксину) и активации неспецифических компонентов (повышение уровня LBP и sCD14) [4].

Таким образом, эффективность хирургического лечения у больных с гнойно-септическими заболеваниями в пред- и послеоперационных периодах зависит от выявления и наличия иммунной недостаточности и способов адекватной фармакологической коррекции, что определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования. Изучение частоты ОА в структуре детских хирургических заболеваний, частоты вторичного аппендикулярного перитонита, выявление вероятности диагностических ошибок, определить показания к трансректальной интубации кишечника, сопоставление

ближайших результатов традиционных и лапароскопических методов лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита по архивным материалам приемного покоя экстренной хирургии (ППЭХ) г Андижана.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 161 ребенок в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с разлитого перитонита (РП). В ходе обследования в пред- и послеоперационном периоде у всех детей контролировали следующие биохимические и клинические параметры: уровни НЬ, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и лейкоцитарную формулу крови; содержание глюкозы; протромбиновый индекс; уровни билирубина, мочевины, креатинина, средних молекул, общего белка, электролитов; время свертывания крови; показатели мочи. Проводили УЗИ брюшной полости, рентгеновские и другие исследования.

Результаты исследования. Лечебные мероприятия, проводимые нами у детей с РП, можно условно разделить на 2 группы: 1) методы, применение которых безусловно необходимо и к выполнению которых стремились во всех случаях лечения (антибактериальная и инфузионная терапия, парентеральное и энтеральное питание, стимуляция кишечника); 2) методы лечения и медикаменты, назначение которых определялось особенностями лечения конкретного ребенка (эндолимфатическая и антико-агулянтная терапия и пр.). АБТ, в зависимости от результатов микробиологического мониторинга микрофлоры отделения, представляла сочетание цефалоспоринов 11-111 поколения, защищенных цефалоспоринов III поколения в комбинации с аминогликозидами III поколения в возрастных дозировках. При клинических данных за анаэробную инфекцию дополнительно назначали метронидазол либо АБТ карбопенемами в сочетании с метронидазолом.

ПП начинали в течение первых 24 часов после оперативного лечения. Потребность организма в источниках энергии обеспечивалась за счет растворов глюкозы, аминокислот и жировых эмульсий. Применяли 10-20%-ные растворы глюкозы. Утилизацию глюкозы оценивали по уровню гликемии. Витаминные комплексы вводили внутривенно капельно в растворе глюкозы.

После восстановления перистальтики на 2 - 4-е сутки начинали энтеральное зондовое питание по-лисубстратными смесями («Альфаре», «Изокал», «Нутризон», «Нутрилан») в зависимости от возраста в возрастающей концентрации и объеме согласно рекомендациям фирм производителей и с учетом собственных наблюдений. В дальнейшем диету расширяли за счет традиционных продуктов с полным отказом от дополнительного энтерального питания смесями к 8 - 10-м суткам.

С целью стимуляции перистальтики кишечника при парезе И! степени использовали предложенную сотрудниками отделения реанимации ДХК методику стимуляции кишечника: начиная со вторых суток после операции трижды в сутки больным вводили раствор дроперидола по 0,1 мг/кг, прозерина 0,025 мг на год жизни трехкратно через 20 минут и гипертонический (5%) раствор хлористого натрия в/в по 2 мл на год жизни. После этого ставилась очистительная клизма. Данная методика, использованная в комплексе интенсивной терапии РП позволила добиться скорейшего восстановления перистальтики кишечника.

Следует отметить, что примененная нами схема ведения больных с РП в послеоперационном периоде позволила полностью отказаться от выполнения продленной перидуральной блокады. Кроме выполнения основных компонентов лечебной тактики, в каждом конкретном случае назначали обезболивающие (с 2005 года широкое распространение получил препарат для внутривенного введения «Перфалган»), сосудистые и антиаритмические препараты, контрикал, эритроцитарную массу, трен-

тал, курантил и т. д., препараты, обладающие антиоксидантной активностью (витамины Е и С, мультиби-онту) и мембранопротекторным эффектом (тиосульфат натрия, унитиол).

В течение первых 3 суток наиболее быстрой была динамика со стороны ЖКТ: перистальтика в этот срок восстановилась у 149 (93,7%), отхождение газов и самостоятельный стул - у 136 (85,5%) обследованных. Позднее происходила нормализация лейкоцитарной формулы, уровня средних молекул и повышенной температуры тела.

Проведение представленного комплекса интенсивной терапии РП 159 детям в ОРИТ привело к восстановлению деятельности ЖКТ, нормализации клинических и лабораторных показателей. В дальнейшем пациенты были переведены в детское хирургическое отделение и выписаны из стационара.

Общий процент летальности в группе обследованных больных составил 1,24%, что позволяет с большой долей уверенности говорить о правильном выборе тактики лечения детей с РП.

Вывод. При разлитом перитоните с выраженными воспалительными изменениями со стороны кишечника необходимо проводить верхнюю или нижнюю интубацию в зависимости от степени выраженности верхнего или нижнего отдела. Грамнегативная инфекция при перитоните приводит к выраженному вторичному иммунодефициту. Для коррекции дисбаланса антиэндотоксинового иммунитета рекомендовано дополнительно назначение патогенетической иммунокоррекции с использованием плазмы доноров обогащенной антителами к эндотоксину, в объеме 10-15 мл на 1 кг веса.

Таким образом, считаем, что интубация кишечника так же, как и наложение кишечной стомы, при наличии обширных десерозации воспаленной стенки кишечника, является правомерной манипуляцией при воспалительных процессах в брюшной полости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Беляевский А.Д., Климова Л.В., Шаповалов С.А. и др. // Вестн. интен. терап. - 1998. - № 4. - С. 38 - 40.
- 2.Гридчик И.Е., Закиров Д.Б., Пар В.И. Материалы конференции: Неотложная медицина в мегаполисе. - М., 2004. - С. 58.
- 3.Дрейер К.Л., Баиров В.Г., Цыбульский Э.К. и др. // Вестн. хир. - 1982. - № 5. - С. 78-82.
- 4 Жданов Г.Г., Горемыкин И.В., Савинов Т.Х. // Анест. и реаниматол, - 1994. № 3. С. 50-54.
- 5.Иванов А.В., Берлинский В.В., Власова С.П. и др. Материалы III Российского конгресса: Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия. - М., 2005. - С. 167169.
- 6.Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у детей. - М., Мокеев, 2001. - 368 с.