

УДК 616.381-002-02:616.346.2-002]-053.2.

Абдувалиева Ч.М.

Кафедра «Детской хирургии»

Андижанский государственный медицинский институт

РАЗГРУЗОЧНАЯ ЦЕКОСТОМИЯ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ»

Резюме Изучение гнойных перитонитов является одной из важных проблем хирургии. Поиск новых методов борьбы с интраабдоминальной инфекцией и парезом кишечника не прекращается. Тотальный абсцедирующий перитонит наиболее тяжелой форма аппендикулярного перитонита, который характеризуется формированием в брюшной полости множественных осумкованных абсцессов, развитием синдромов сепсиса и полиорганной недостаточности и нередко переходом в инфекционно – токсического шока к моменту поступления больных в стационар. Основными задачами хирургического вмешательства, помимо аппендэктомии, при тотальных абсцедирующих перитонитах является санация всех осумкованных пространств, тотальных резекций сальника, декомпрессия кишечника, динамический контроль течения воспалительного процесса в брюшной полости путем создания лапаростомии по показаниям.

В условиях тотальных абсцедирующих перитонитов с развитием тотального висцерита использование пристеночной цекостомии позволяет наиболее быстро и атравматично осуществить интубацию тонкого кишечника через Баугинову заслонку. С 2009 г внедрили в практику цекостомию при тотальном аппендикулярном перитоните. Применение цекостомии при тотальных абсцедирующих перитонитах аппендикулярного происхождения по нашим наблюдениям показало свои преимущества перед энтеростомией.

Ключевые слова: гнойный перитонит, цекостомия, аппендикуляр
перитонит, детской возраст.

Abduvalieva Ch.M.

Department of "Children's Surgery"

Andijan State Medical Institute

UNLOADING CECOSTOMIUM AT APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN »

Resume: The study of purulent peritonitis is one of the important problems of surgery. The search for new methods to combat intra-abdominal infection and intestinal paresis does not stop. Total abscessed peritonitis is the most severe form of appendicular peritonitis, which is characterized by the formation in the abdominal cavity of multiple sensitized abscesses, the development of sepsis syndromes and multiple organ failure, and often the transition to an infectious toxic shock by the time patients arrive at the hospital. The main objectives of the surgical intervention, in addition to appendectomy, for total abscessed peritonitis, is the rehabilitation of all the concocted spaces, total resection of the omentum, decompression of the intestine, and dynamic monitoring of the course of the inflammatory process in the abdominal cavity by creating a laparostomy according to indications.

In conditions of total abscessed peritonitis with the development of total visceritis, the use of parietal cecostomy allows the most rapid and atraumatic intubation of the small intestine through the Baugin gate. Since 2009, cecostomy has been put into practice with total appendicular peritonitis. The use of cecostomy for total abscessed peritonitis of appendicular origin, according to our observations, has shown its advantages over enterostomy.

Key words: purulent peritonitis, cecostomy, appendicular peritonitis, childhood.

Актуальность. Для врача любой специальности одной из сложнейших диагностических ситуаций является острая боль в животе у ребенка или так называемый синдром острого живота. Установление причины боли нередко вызывает большие проблемы даже у опытных докторов [5,6].

Первостепенной задачей в такие моменты является определение необходимости хирургического вмешательства или возможности наблюдать, обследовать и лечить консервативными методами. В огромном спектре заболеваний, сопровождающихся абдоминальным болевым симптомом, у маленьких пациентов, прежде всего, следует исключать острый аппендицит и его осложнения. Пик заболеваемости аппендицитом приходится именно на детский возраст, чаще всего страдают дети 9–12 лет [2]. Именно воспаление червеобразного отростка является самой частой причиной экстренных оперативных вмешательств на брюшной полости у ребенка. На этапе первичной диагностики часто допускаются ошибки, что особенно опасно при состояниях, требующих неотложной хирургической помощи.

Распознавание аппендицита является, с одной стороны, наиболее легким среди неотложных заболеваний брюшной полости (при наличии «классической», «студенческой» симптоматики), а с другой стороны, может стать сложнейшей диагностической ситуацией для педиатра и хирурга при атипичной клинической картине, что нередко связано с необычным (атипичным) расположением червеобразного отростка [1].

Несмотря на бурное развитие диагностических возможностей современной медицины, постановка диагноза у детей по сравнению со взрослыми отличается сложностью, а сама болезнь протекает более тяжело [1,4]. Летальность от острого аппендицита среди детей разных возрастных групп в разные годы оценивалась от 0,2 до 2,3 % и не имела тенденции к снижению [1]. По данным некоторых авторов, у грудных

младенцев смертность от аппендицита составляет 10 %, а у новорожденных достигает 80 % [4].

Всё вышесказанное свидетельствует об остроте и очевидной актуальности проблемы своевременной диагностики аппендицита у детей. Именно проблемами диагностики и оказания грамотной медицинской помощи на первичных этапах объясняется высокий процент осложнений аппендицита у детей. Особую сложность в диагностическом плане представляют пациенты младшей возрастной группы. Наиболее частыми и тяжелыми осложнениями острого аппендицита являются инфильтрат и перитонит [2,3].

Недостаточные знания докторами особенностей течения осложненного аппендицита у детей, отсутствие настороженности в отношении атипичных клинических проявлений заболевания приводит к врачебным ошибкам в диагностике, позднему началу лечения и в ряде случаев к неутешительным прогнозам и печальным результатам.

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости аппендицитом и его осложнениями в детском возрасте и анализ особенностей клинической симптоматики аппендикулярного перитонита у детей.

Материалы и методы исследования. В детской хирургической отделении А.Ф.РНЦЭМП с 2009 по 2019 гг находились на лечение 293 больных детей с тотальным аппендикулярным перитонитом. Из 92 больных в случаях из за выраженной тонкокишечной недостаточности накладывали терминальную энторостомию. Из общего число больных с тотальным аппендикулярным перитоните в 48 случаях накладывали интубационную цекостомию через Баугиневую заслонку. Введенная интубационная трубка до 30-40 см в подвздошную кишку через слепой кишки способствовала к разгрузке тонкого кишечника в ближающем после операционном периоде в течения 5-6 дней. После удаление трубки ни в

одном случае не формировался губовидный свищ. Рана зажила в течение 8-7 дней и не потребовалось повторная операция как при энтеростомии. По стиханию острого процесса в брюшной полости минимум через 4-6 месяцев больные подверглись к повторной операции т.е. закрытие свища.

Таким образом, разгрузочная цекостомия имеет существенное значение в выборе лечебной тактики при тотальных абсцедирующих перитонитах и предлагается нами для внедрения в практическое здравоохранение и может быть рекомендовано к широкому применению в практике. Во первых она эффективно обеспечивает разгрузку тонкого кишечника и предупреждает Баугиневый спазм. Во вторых техническая простота наложение и самостоятельно закрывается за короткий срок.

Результаты исследования. Главными клиническими проявлениями острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей являлись боль в животе, рвота и повышение температуры тела. Однако представляли особый интерес последовательность появления и степень выраженности этих симптомов. Боль, как первый симптом острого аппендицита, наблюдалась у 41-го человека (78,9 %) из 52-х пациентов. Важно отметить, что у 21-го ребенка (51,2 %) заболевание началось именно с изолированного болевого абдоминального синдрома, а повышение температуры тела и рвота присоединились позже. 20 детей (48,8 %) одновременно с болью в животе отмечали наличие и других проявлений заболевания: рвоты в 14-ти случаях (34,1 %) и повышения температуры — у 6-ти человек (14,6 %).

То, что первым сигналом аппендицита является боль в животе, было вполне ожидаемо. Однако у 21,1 % детей заболевание манифестировало другими симптомами: у 6-ти пациентов (11,5 %) — появлением рвоты, а у 5-ти (9,6 %) — лихорадкой. Абдоминальный болевой синдром при этом присоединялся позже. Объяснение такому результату можно дать, учитывая два фактора. Во-первых, детские хирурги имеют дело с особым

контингентом больных: до определенного возраста ребенку сложно объективно оценивать своё самочувствие. Нередко приходится собирать анамнез, только общаясь с родителями, которые, безусловно, не могут точно указать на момент появления боли в животе у ребенка. Дети более старшего возраста способны четко описать свои жалобы. Но чтобы получить от ребенка важную информацию, врачу крайне важно установить хороший психологический контакт с маленьким пациентом. К сожалению, такие особенности работы с детьми не всегда учитываются врачами взрослой лечебной сети, хирургами центральных районных больниц, которые нередко являются начальным звеном диагностики. Именно врачебные ошибки на первичном этапе обследования служат основной причиной дальнейшего осложненного течения и возможности летальных исходов. Вторым моментом, объясняющим отсутствие раннего появления боли в животе при аппендиците, является возможность атипичного расположения червеобразного отростка. Врачу, осматривающему ребенка, необходимо помнить о вариантах ретроцекального, ретроперитонеального, тазового расположения аппендикса, при которых абдоминальные проявления хирургического заболевания замаскированы симптоматикой инфекции кишечника или мочевыводящих путей.

Проведена оценка клинических проявлений аппендицита, осложненного перитонитом, в зависимости от степени распространенности процесса. В клинике дифференцируют разлитое и местное воспаление брюшины. Среди 19-ти детей, оперированных по поводу местного перитонита, рвота была у 16-ти человек (84,2 %). У большинства (10 больных) отмечалась одно- или двукратная рвота, у 6-ти пациентов (37,5 %) — многократная. Температура повышалась у всех 19-ти детей с местным аппендикулярным перитонитом. При этом субфебрильная температура констатирована в 4-х случаях (21,1 %), фебрильная — у 12-ти больных (63,2 %), пиретическая — у 3-х человек (15,7 %).

Среди 33-х детей с разлитым аппендикулярным перитонитом рвота была у 28-ми (84,85 %). При этом у 16-ти человек (54,55 %) — многократная. Повышение температуры тела отмечалось у всех пациентов: до субфебрильных цифр — у 5-ти (15,15 %) больных; фебрильных — у 18-ти больных (54,55 %). Пиретическая лихорадка зафиксирована у 10-ти пациентов (30,3 %).

Таким образом, для разлитого воспалительного процесса в брюшной полости более характерна многократная рвота и подъем температуры тела до высоких цифр (более 39 °C). Однако подобные проявления могут присутствовать и при местном перитоните. В любом случае, степень выраженности этих двух симптомов необходимо учитывать, планируя предоперационную подготовку.

Выводы. Среди детей с острым аппендицитом, поступивших в стационар, у 34 % имелась клиника местного или разлитого перитонита, а у 10 % диагностирован аппендикулярный инфильтрат. Главным признаком острого аппендицита является боль в животе, но в ряде случаев первыми симптомами могут быть рвота или повышение температуры тела, а болевой синдром присоединяется позднее. У подавляющего числа больных с местным перитонитом наблюдалась однократная рвота, в то время как для детей с разлитым воспалением брюшины более характерна многократная. Развитие перитонита (в том числе разлитого) обычно сопровождается выраженной температурной реакцией, однако может протекать на фоне субфебрилитета. Для своевременной диагностики острого аппендицита в детском возрасте необходимо помнить о возможности вариабельности клинических проявлений, а также учитывать психологические особенности ребенка при сборе анамнеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Котлобовский В.И., Дронов А.Ф. Эндохирургия при аппендикулярном перитоните у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013; 1: 9-14.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина; 1988.
3. Брискин Б.С. Классификация перитонита и роль нарушений системы адаптации. Материалы научно-практической конференции к 100-летию П.Л. Сельцовского. М.: 1998; 11-7.
4. Щитинин В.Е., Коровин С.А., Дворовенко Е.В. Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните у детей. Детская хирургия, 2000; (4): 13-5.
5. Коновалов А.К., Беляева О.А., Константинова И.Н. Малоинвазивное лечение периаппендикулярного абсцесса у детей. Материалы конференции «Щадящие методы лечения в хирургии». М.: 2003; 95-7.
6. Карасева О.В., Рошаль Л.М., Брянцев А.В., Капустин В.А., Чернышева Т.А., Иванова Т.Ф. Лечение аппендикулярного перитонита у детей. Детская хирургия. 2007; (3): 23-7.