Султонов Ш.Р., Сафаров А.С.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРЮШНОТИФОЗНОГО ПЕРИТОНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, Душанбе

Sultonov Sh.R., Safarov A.S.

COMPLEX DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TYPHOID PERITONITIS AMONG CHILDREN

Chair of pediatric surgery, anaesthesiology and reanimation of Tajik State University named after Abuali Ibni Sino

Резюме

В статье представлены результаты комплексного лечения 44 детей с осложненными формами брюшного тифа, из них 8 с кишечными кровотечениями и 36 с брюшнотифозной перфорацией язв тонкой кишки. Дети были доставлены в стационар в разные сроки после ухудшения общего состояния и подозрения на развитие перфоративного перитонита. Спустя сутки от момента перфорации брюшнотифозной язвы было доставлено 8 (22,2%) детей, до 3-х суток – 6 (16,8%), на 7–10-е сутки – 10 (27,8%), спустя 10 суток – 12 (33,3%). Авторами разработана эффективная система комплексного лечения брюшнотифозного перитонита даже в терминальной фазе заболевания. Благодаря проведению комплексной корригирующей терапии в предоперационном периоде, продолжающейся как во время операции, так и после нее, и выбору целесообразной хирургической тактики достигнуто выздоровление у 91,7% больных.

Ключевые слова: брюшной тиф, перитонит, кровотечение, лечение, дети

Введение

Перфорация кишечника как одно из грозных осложнений брюшного тифа может возникнуть на 2–4-й неделе болезни в результате некроза пейеровых бляшек и образования глубоких язв. При этом перфорируются язвы, расположенные в подвздошной кишке, реже в червеобразном отростке и толстой кишке. Летальные исходы при брюшнотифозном перитоните у де-

Abstract

In this Article are represented the results of complex treatment of 44 children with complicated forms of typhoid, out of which there were 8 cases with intestinal bleedings and 36 with typhoid perforation of small intestine ulcer. The children were brought to the stationary hospital within different dates, after worsening of general condition and arising the suspicion for the development of perforative peritonitis.

The day after wards, from the moment of perforation of typhoid ulcer, there were brought 8 (22,2%) children, up to 3 days – 6 (16,8%) children, on 7–10 days – 10 (27,8%), 10 days after – 12 (33,3%). By the authors here was developed the effective system of complex treatment of the typhoid peritonitis, even in the terminal stage of the disease. Thank to the conducting of complex corrective therapy at preoperative period, being continued as during operation, as well as after it and the choice of suitable surgery tactics there was achieved the recovery of 91,7% among the patients.

Key words: typhoid fever, bleeding, treatment, children

тей, по данным различных авторов, составляют от 17,3 до 28,5% [1–4, 6, 7].

Цель исследования – улучшить результаты лечения брюшнотифозного перитонита у детей.

Материал и методы исследования

В клинику детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино в 1995–2010 гг. было госпитализировано 44 больных детей в возрасте от 4-х до 15 лет по по-

воду брюшнотифозного перитонита. Большинство детей были доставлены из детской инфекционной больницы. В динамике наблюдения у 8 (18,1%) детей на основании клинико-рентгенологических и лабораторных исследований исключена перфорация кишечника. У 3-х из 8 детей имело место кишечное кровотечение, по поводу чего было проведено консервативное лечение в течение 2 сут, после улучшения состояния и ликвидации кровотечения дети были переведены в инфекционное отделение для дальнейшего лечения.

В остальных 36 (81,9%) случаях на основании характерных клинико-рентгенологических данных был установлен перфоративный перитонит. Дети были доставлены в клинику в различные сроки после ухудшения состояния и подозрения на развитие перфоративного перитонита. Спустя сутки от момента перфорации брюшнотифозной язвы госпитализировано 8 (22,2%) детей, до 3-х суток – 6 (16,8%), на 7–10-е сутки – 10 (27,8%), спустя 10 суток – 12 (33,3%).

Клинические проявления перфорации тонкого кишечника были выражены у всех детей: отмечались сильные боли по всему животу, напряжение мышц брюшной стенки, отставание живота в акте дыхания и положительные симптомы раздражения брюшины. Аускультативно шум перистальтики кишечника отсутствовал, отмечалась задержка отхождения стула и газов. Перкуторно печеночная тупость отсутствовала, был выражен метеоризм. На обзорной рентгенограмме брюшной полости под куполами диафрагмы определялся свободный воздух. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали свободную жидкость в брюшной полости, полости малого таза и боковых каналах живота.

Тяжелое состояние больных было обусловлено брюшнотифозной и перитонеальной интоксикацией, характеризующейся рвотой, обезвоживанием, повышением температуры тела до 39–40 °С, лейкоцитозом (29,3 тыс.), уменьшением выделяемой мочи (до 9,6 мл/кг массы тела) и учащением дыхания до 38,5 уд/мин. Нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы проявлялись снижением артериального давления до 70/50 мм рт. ст. с учащением сердечных сокращений до 122,5 уд/мин. Эндотоксикоз выражался отрицательным ЦВД (20 мм вод. ст.), гемоконцентрацией Hb – 16 г%, Ht – 44,1%.

В зависимости от тяжести состояния больного при поступлении предоперационная подготовка в среднем длилась 6,3 ч. С целью коррекции нарушений гемостаза внутривенно капельно вводили 5- или 10%-ный раствор глюкозы с инсулином, калий хлор, комплекс витаминов группы В и С, желатиноль, раствор Рингера, реосорбилакт, а также нативную плазму. Парентеральное введение жидкости необходимо проводить соответственно выявленному эксикозу, с учетом потери жидкости, в просвет кишечника. Для поддержания сердечной деятельности показаны внутривенное введение корглюкона, кокарбоксылазы, АТФ и ингаляция увлажненным кислородом. Интенсивной предоперационной подготовкой удавалось восполнить ОЦК, ЦВД (40 мм вод. ст.), нормализовать АД (100–110/60 мм рт. ст.) и улучшить диурез (1 мл мочи на 1 кг массы тела в час).

Эффективность комплексного лечения детей брюшным тифом зависела от правильно выбранной хирургической тактики, складывающейся из оптимального доступа, ликвидации причины перитонита, санации и дренирования брюшной полости и декомпрессии просвета кишечника.

В этом плане сравнительные результаты лечения 2-х групп больных детей имеют существенное значение в выборе наиболее эффективной хирургической тактики.

Во время эпидемии брюшного тифа (в 1995 г.) 3-м больным (1-я группа) проведена лапаротомия поперечным разрезом ниже пупка. Перфорированные язвы были ушиты, декомпрессию кишечника осуществляли цекостомией. У этих больных не удалось ликвидировать парез кишечника в послеоперационном периоде и восстановить перистальтику, у них прогрессировал перитонит, что и стало причиной релапаротомии, энтеростомии и создания вентральной грыжи.

В связи с этим в остальных 33 случаях (2-я группа) мы выбрали иную хирургическую тактику, которая складывалась из срединной лапаротомии, резекции пораженного участка тонкой кишки с выведением в боковую стенку приводящего отдела тонкой кишки в виде энтеростомии.

Во всех случаях в терминальном отделе тонкой кишки обнаружены перфоративные язвы, в связи с чем проводили резекцию пораженного участка кишки, оментэктомии и тщательную санацию брюшной полости антисептическими растворами.

ми: 0,01% хлоргексидин (до 4–5 л) или метрогил. Брюшную полость дренировали через подвздошные области с выведением дренажей типа сигара в боковые каналы и полость малого таза.

В терминальной фазе брюшнотифозного перитонита с выраженной клинической картиной инфекционно-токсического и гиповолемического шока как одного из редких осложнений брюшнотифозного перитонита было госпитализировано 7 больных спустя 9 суток от момента перфорации. У них отмечались резкое снижение диуреза, гипотония, гипотермия, отрицательные показатели ЦВД, глубокие нарушения микроциркуляции. 3-м из них после предоперационной подготовки выполнены срединная лапаротомия, резекция пораженного сегмента тонкого кишечника и сальника с наложением энтеростомы. В ближайшие дни после операции больные погибли по причине позднего поступления и тяжелых деструктивных изменений со стороны брюшины, кишечника и сальника, а также полиорганной недостаточности.

В остальных 4-х случаях мы применили иную тактику. Одновременно с предоперационной подготовкой детям проводили минимальное оперативное вмешательство, заключающееся в наложении лапароцентеза (лапаростомии), с целью создания декомпрессии в брюшной полости, эвакуации экссудатов и тонкокишечного содержимого (удостоверение на рацпредложение №99 от 25.12.2001, ВОИР РКБ им. А.М. Дьякова) [5].

Подобная тактика наряду с комплексной интенсивно-корректирующей терапией позволила вывести детей из инфекционно-токсического и гиповолемического шока в течение 1,5–2 суток. После восстановления гемодинамики, диуреза, улучшения общего состояния и стабилизации температуры дети подвергались оперативному вмешательству, которое заключалось в лапаротомии, резекции пораженного сегмента тонкой кишки, сальника, санации брюшной полости и наложении энтеростомы. Состояние детей улучшилось, в дальнейшем им проводили поэтапную хирургическую коррекцию.

Результаты исследования и их обсуждение

Срединная лапаротомия позволяет использовать боковые стенки живота для создания дренажей и выведения энтеростомы вдали от операционной раны, что исключает инфицирование. Наряду

с этим радикальное удаление пораженного участка кишечника и санация брюшной полости с созданием полноценной эвакуации кишечного содержимого патогенетически обоснованны с хирургической точки зрения.

В комплексном лечении больных наиболее эффективны препараты цефалоспоринового ряда (цефазолин, цефлоскс, ципролет, клофаран) в сочетании с фурагиновыми препаратами и сульфаниламидами. Для восстановления нормальной флоры кишечника после ликвидации острых явлений назначали курс лечения бифидумбактерином или колибактерином.

Начатую интенсивную терапию в предоперационном периоде продолжали во время операции и в послеоперационном периоде. Кроме того, в послеоперационном периоде проводили детоксикационную терапию с гемодилюцией, использованием дезагрегантов (курантил, трентал), антикоагулянтов прямого действия (гепарин), ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс). Для стимуляции защитных сил организма у детей с признаками депрессии иммунного статуса (низкий уровень иммуноглобулинов, лимфопения) широко использовали иммуномодуляторы (декарис, Т-активин, лизоцим, тималин, циклоферон), гипериммунную плазму, курсы донорского иммуноглобулина.

На 3–4-е сутки послеоперационного периода удавалось корректировать внутреннюю среду (АД 100/60 мм рт. ст., Ps – 98 уд/мин, 23 дых. движения/мин, температура тела 37,3 °С, Hb – 10,8 г/%, НК – 29,43% и ЦВД 40 мм вод. ст.), восстановить пассаж кишечника и перевести детей на энтеральное питание.

Наряду с этим в послеоперационном периоде особое внимание уделялось восстановлению функции кишечника. С этой целью перидуральную анестезию, начатую у всех детей до операции, продолжали еще в течение 4-х суток, что обеспечило благоприятное послеоперационное течение. В послеоперационном периоде у 2-х больных наблюдалось частичное нагноение и расхождение послеоперационной раны. Эвентрации кишечника не отмечено.

Заключение

Благодаря своевременно проведенной комплексной корректирующей терапии в предоперационном периоде, продолжающейся во время опера-

ции и после нее, а также выбору целесообразной хирургической тактики достигнуто выздоровление 33 (91,7%) больных из 36.

Следует отметить, что дифференцированная тактика, заключающаяся в предварительном дренировании брюшной полости путем лапароцентеза

в терминальной фазе брюшнотифозного перитонита наряду с комплексной интенсивной корригирующей терапией позволяет улучшить послеоперационное течение и сократить число летальных исходов у детей даже в терминальной стадии брюшнотифозного перитонита.

Список литературы

1. Абдуфатов Т.А. с соавт. Послеоперационные осложнения при перфорации брюшнотифозных язв тонкой кишки у детей // Здоровоохранение Таджикистана. 2004. № 3. С. 145–146.
2. Аскарров И.А. с соавт. Особенности клиники и лечения тяжелых форм современного брюшного тифа // Актуальные вопросы кишечных и особо опасных инфекций. – Ташкент, 1991. С. 4–12.
3. Балаев Т.Б. Ахмедов Р.Ш. Лечение перфорации брюшнотифозного перитонита у детей // Здоровоохранение Таджикистана. 2001. № 4. С. 108–109.
4. Загиров У.З. с соавт. Диагностика и лечение перфораций брюшнотифозных язв кишечника // Сборник научных трудов. – Махачкала, 1996. С. 285–286.
5. Сафаров А.С., Султонов Ш.Р. Хирургическая тактика при терминальной стадии брюшнотифозного перитонита у детей // Здоровоохранение Таджикистана. 2001. № 4. С. 254–256.
6. Welch T.P., Martini N.A. Surgical treatment of typhoid perforations // Lancet. 1975. Vol. 1, N 7915. P. 1078–1080.
7. Rahman G.A. et al. Typhoid ileal perforation in Nigerian children: an analysis of 106 operative cases // Ped. Surg. Int. 2001. № 17. P. 628–630.

Авторы

Контактное лицо:
СУЛТОНОВ
Шерали Рахмонович

Заведующий кафедрой детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, доктор медицинских наук. Адрес для переписки: Таджикистан, Душанбе, 734026, пр. И.Сомони, 59 А. Тел.: 918-62-98-17. E-mail: sherali_1969@mail.ru.

САФАРОВ
Абдулло Сафарович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел.: 934-16-90-70.