

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПУЩЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Бакланов В.В., Буров И.С., Сафронов Б.Г., Дементьев А.П.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра детских хирургических болезней с реаниматологией и анестезиологией

ОГУЗ «Областная клиническая больница» г. Иваново

РЕЗЮМЕ Проведена оценка результатов лечения вторичного разлитого гнойного перитонита (ВРГП) аппендикулярного происхождения у 158 детей в возрасте от 2 до 15 лет при различных способах декомпрессии тонкой кишки. Показания к декомпрессии определялись во время оперативного вмешательства по следующим изменениям в брюшной полости: 1) скопление и распространение гнойного выпота в анатомических карманах; 2) наличие межпетельных осумкова-

ний; 3) спаяния между петлями тонких кишок с ангулярными деформациями; 3) наличие остаточной полости периаппендикулярного абсцесса с гноем иного характера; 4) выраженность тифлита, илеита и инфильтрации стенки подвздошной кишки. Разработаны критерии для проведения декомпрессии тонкой кишки при ВРГП у детей.

Ключевые слова: вторичный разлитой гнойный перитонит, декомпрессия тонкой кишки, дети.

Несмотря на достижения современной детской хирургии и интенсивной терапии в лечении детей с запущенными формами разлитого гнойного перитонита, до сих пор летальность остается на достаточно высоком уровне [1]. Определенным образом это связано с недостаточным объемом выполненной первой операции, что чревато развитием таких осложнений, как прогрессирующий перитонит, образованием абсцессов брюшной полости, как правило, с явлениями кишечной непроходимости, флегмонозный илеит и тифлит с перфорацией стенки кишки и свищами, эвентрация с открытием кишечных свищей, спаечная кишечная непроходимость [2].

На основании многолетнего опыта мы убедились в том, что разлитой перитонит после перфорации червеобразного отростка развивается примерно лишь у 20% больных. У большинства детей (и чем ребенок младше, тем чаще) первоначально после перфорации образуется периаппендикулярный абсцесс. Стенками его являются окружающие органы. Это, как правило, слепая кишка, конечные петли подвздошной кишки, мочевого пузыря, матка и придатки у девочек, париетальная брюшина. При увеличении количества гноя в полости абсцесса происходит сдавление органов, являющихся его стенками, и в первую очередь петель терминального отдела подвздошной кишки. Таким образом, в результате компрессии и ангулярной фиксированной деформации кишечной стенки в этом месте возникает частичная обтурационная кишечная непроходимость. Этот вид принято называть сопутствующей спаечной кишечной непроходимостью (ССКН), поскольку она сопутствует воспалительному процессу. При нарушении эвакуаторной функции кишечника вначале происходит усиление моторики кишки, ее перистальтики

выше места препятствия. Это в свою очередь способствует разрыву рыхлых фибриновых спаек и перфорации абсцесса в брюшную полость. С этого момента очень быстро развивается тяжелый разлитой гнойный перитонит. Классифицируя перитонит аппендикулярного происхождения, мы имеем развитие вышеописанных изменений как вторичный разлитой гнойный перитонит (ВРГП). Этот вид перитонита, по решению симпозиума детских хирургов «Аппендикулярный перитонит у детей», принято именовать как разлитой абсцедирующий перитонит [1].

Исходя из этого, при оперативном лечении запущенных форм гнойного перитонита перед хирургами встают довольно сложные задачи, от правильного решения которых во многом зависит дальнейшая судьба больного ребенка: ликвидация причины острого воспалительного процесса, устранение кишечной непроходимости, санация и дренирование брюшной полости, декомпрессия кишечника.

В настоящей работе мы сочли необходимым остановиться в основном на методах декомпрессии кишечника с учетом варианта патологического процесса, возраста ребенка, степени риска и продолжительности операции.

Целью настоящей работы было изучение показаний и разработка методики декомпрессии тонкой кишки различными способами при оперативном лечении ВРГП у детей для уменьшения осложнений и неблагоприятных исходов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 158 детей с ВРГП: до 3 лет было 28 (17,7%), от 3 до 7 лет - 28 (17,7%), от 7 до 12 - 63 (39,9%) и старше 12 лет - 39 (24,7%) - за период с 1985 по 2000 гг., в

процессе оперативного лечения которых применялись различные способы декомпрессии кишечника.

Во время оперативного вмешательства учитывались следующие изменения в брюшной полости: 1) скопление и распространение гнойного выпота во всех анатомических карманах брюшной полости (за исключением сальниковой сумки); 2) множественные спайки между петлями тонких кишок с их ангулярными деформациями (т.е. образование множественных участков потенциального развития обтурационной кишечной непроходимости); 3) наличие остаточной полости периаппендикулярного абсцесса с гноем иного характера; 4) выраженные явления тифлита и илеита с резкой инфильтрацией стенки подвздошной кишки, ее сужением или перегибом на участке 15-20 см (место вовлечения ее в инфильтрат-абсцесс), что обуславливает кишечную непроходимость в этом отделе.

Для раннего восстановления моторно-эвакуаторной функции и профилактики спаечной кишечной непроходимости (СКН) особое значение имело правильно выбранное техническое решение выполнения декомпрессии тонкого отдела кишечника. По показаниям применяли следующие методики декомпрессии тонкой кишки: 1) перевод содержимого тонкой кишки в толстую и выведение его наружу через зонд, введенный в прямую кишку до сигмовидной; 2) трансанальная интубация через баугиниевую заслонку 80-100 см подвздошной кишки; 3) илеостома с интубацией или наложение у-образного анастомоза стомированной кишки с отводящей петлей в изоперистальтическом направлении.

В послеоперационном периоде консервативное лечение включало комплекс антибактериальной терапии, детоксикацию, парентеральное питание, инфузионную терапию, защитное временное ганглионарное торможение, ГБО, при восстановлении моторно-эвакуаторной функции осторожное энтеральное питание больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализировано 158 наблюдений оперативного лечения детей с ВРГП. В эту группу включено 120 пациентов, первично оперированных в клинике детской хирургии по поводу разлитого

гнойного перитонита, и 38 детей, оперированных первоначально в области. Следует отметить, что из 38 детей, оперированных в области, ни у одного пациента не выполнялась декомпрессия тонкой кишки. У 36 из них развились осложнения в послеоперационном периоде (прогрессирующий перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость, абсцессы брюшной полости), которые явились причиной релапаротомии, выполненной уже в клинике детской хирургии.

Из табл. 1 видно, что у большого числа больных (82,1%), которым не выполнялась декомпрессия тонкой кишки при первой операции, развились осложнения (прогрессирующий перитонит, ранняя спаечная кишечная непроходимость), потребовавшие релапаротомии. Значительно меньше возникло осложнений после операции с применением декомпрессии методом интубации.

У 16 больных при срединной лапаротомии выявлен разлитой перитонит с множественными межпетельными абсцессами и участками спаечной кишечной непроходимости. Поэтому можно было прогнозировать, что в послеоперационном периоде возможно повторное развитие кишечной непроходимости. Таким образом, из 158 детей с ВРГП релапаротомия была выполнена 95 (60,1%).

Большинству больных (72 из 78) при релапаротомии выполнялась декомпрессия тонкой кишки (табл.2). Тем не менее у 15 детей вновь развилась кишечная непроходимость.

У 17 больных (табл.1), которым при первой операции выполнялась декомпрессия, в ходе релапаротомии был выявлен массивный спаечный процесс. У 9 из них разделение спаек произведено довольно легко, и операция была закончена интубацией кишечника (у 5 больных) или созданием у-образного анастомоза (у 4 детей), которым ранее была наложена концевая илеостома. У остальных 8 больных релапаротомия закончена илеостомой с интубацией через нее тонкой кишки.

В итоге после первой релапаротомии поправилось 75 детей (79%), 19 (20%) потребовалось выполнение второй релапаротомии, после которой 1 ребенок умер от сепсиса.

Вторая релапаротомия (19 больных) у 5 закончилась интубацией (4 из них поправились, а 1 ребенок оперирован третий раз), у 8 — илеос-

Таблица 1

Результаты первой операции у детей

Методика операции	Число больных	Результат	
		выздоровление	релапаротомия
Санация брюшной полости	95	17(17,9%)	78(82,1%)
Санация брюшной полости + интубация	47	38 (80,9%)	9(19,1%)
Санация брюшной полости + илеостома	16	8	8
Всего	158	63 (39,9%)	95(60,1%)

Таблица 2

Результаты релапаротомии у 78 больных без декомпрессии тонкой кишки при первой операции

Методика операции	Число больных	Результат	
		выздоровление	вторая релапаротомия
Санация брюшной полости	6	6	-
Санация брюшной полости + интубация	55	46 (83,6%)	9(16,4%)
Санация брюшной полости + илеостома	16	10	6
Санация брюшной полости + У-образный анастомоз с илеостомой	1	1	-
Всего	78	63 (80,7%)	15(9,2%)

Таблица 3

Результаты оперативного лечения ВРГП у детей в зависимости от метода декомпрессии тонкой кишки

Методика операции	Число случаев	Результаты		
		выздоровление	релапаротомия	летальный
Санация брюшной полости	101	23 (23,8%)	78 (77,2%)	-
Санация брюшной полости + интубация	112	91 (81,3%)	21 (18,7%)	-
Санация брюшной полости + илеостома	48	28 (58,3%)	19(39,6%)	1 (2,1%)
Санация брюшной полости + У-образный анастомоз с илеостомой	15	15	-	-

томией (5 из них поправились, а 3 ребенка оперировано третий раз), 6 наложен у-образный анастомоз (все поправились). Таким образом, из 19 больных, которым выполнена вторая релапаротомия, 4 пришлось выполнить третью релапаротомию. Всем наложен у-образный анастомоз.

Из табл. 3 видно, что при оперативном вмешательстве по поводу ВРГП без выполнения декомпрессии тонкой кишки у 79,3% детей развиваются тяжелые осложнения, для лечения которых нередко требуется не одно повторное оперативное вмешательство.

Итак, дифференцированный подход к оперативному лечению ВРГП у детей заключается в правильной оценке тяжести воспалительного процесса в брюшной полости, патологических изменений стенки тонкой кишки, степени нарушения ее моторно-эвакуаторной функции, что позволяет выбрать соответствующий объем операции, в котором большая роль должна быть отведена декомпрессии тонкой кишки.

Декомпрессию тонкой кишки при ВРГП необходимо осуществлять следующим образом: 1) при отсутствии воспалительных изменений и деформации терминального отдела подвздошной кишки содержимое тонкой кишки переводить в толстую и выводить наружу через зонд, введенный в прямую кишку до сигмовидной; 2) при наличии инфильтрации и стойкой деформации терминального отдела подвздошной кишки, а также при переполнении и атонии вышележащего ее

отдела выполнять трансанальную интубацию через баугиниевую заслонку 80-100 см подвздошной кишки; 3) в особо тяжелых случаях показана терминальная илеостомия с наложением у-образного анастомоза бок о бок с отводящей петлей тонкой кишки в изоперистальтическом направлении, так как при выраженном тифлите, терминальном илите с резкой воспалительной инфильтрацией стенки кишки и сужением за счет этого ее просвета интубация становится опасной ввиду возможного пролежня и перфорации кишечной стенки.

Основным методом декомпрессии должна быть трансректальная интубация тонкой кишки, а в самых тяжелых случаях терминальная илеостомия с наложением у-образного анастомоза бок о бок с отводящей петлей тонкой кишки в изоперистальтическом направлении. Такой подход позволяет добиться раннего восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щитинин В.Е., Коровин С.А., Дворовенко Е.В. Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните у детей // Детская хирургия. - 2000. - №4. - С.13-15.
2. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Фёдоров К.К., Габинская Т.А. Острый аппендицит у детей. - М.: Медицина, 1998.- 256 с.

Поступила 15.02.2005 г.