

УДК 616-089.818.1-381::616.34-007.272-039-053.2

В.І.РУСИН, М.І.ЧАВАРГА

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород***ВИБІР МЕТОДУ САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ**

Вивчено результати лікування апендикулярного перитоніту у 174 дітей в аспекті розвитку в них спайкової кишкової непрохідності. Встановлено, що серед вказаних пацієнтів явища кишкової непрохідності були виявлені у 10,9% випадків. Спайкові ускладнення значно переважали серед хворих, у яких проводилася санація черевної порожнини із застосуванням антисептичних розчинів (16,0%), у порівнянні з пацієнтами, яким санація проводилася шляхом осушування черевної порожнини електровідсмоктувачем з промиванням ділянок зосередження гною теплим фізіологічним розчином без застосування антисептиків (7,1%). Спайкова непрохідність переважала у хворих після розповсюдженого перитоніту при застосуванні дренивання черевної порожнини. Відмова від застосування антисептичних розчинів для санації черевної порожнини та обмеження використання дренивання є одним із методів профілактики спайкових процесів черева після хірургічного лікування ускладнених форм гострого апендициту в дитячому віці.

Ключові слова: апендикулярний перитоніт, спайкова кишкова непрохідність, діти, профілактика

Вступ. Ускладнені форми гострого апендициту і на сьогоднішній день залишаються актуальною клінічною проблемою, причому не лише за частотою виникнення, але і за кількістю різноманітних ускладнень, зокрема, спайкових [1, 4, 6, 9, 13]. Одним з найбільш грізних ускладнень спайкової хвороби органів черевної порожнини, що потребують невідкладного хірургічного втручання, є гостра спайкова кишкова непрохідність (СКН). Щорічно у хірургічних стаціонарах лікується 1% хворих, оперованих раніше; СКН складає до 60-70% усіх форм кишкової непрохідності [11]. Патогенез розвитку спайкових процесів черевної порожнини є досить складним. Так, існують повідомлення, що частота спайкових процесів черева у осіб, які ніколи не були оперовані, сягала 28%, що в основному було пов'язане з внутрішньочеревними інфекціями; разом з цим частота виникнення спайкових процесів у хворих після перенесених раніше операцій та інфекцій, досягала 100% [14, 15]. Суттєвим фактором у формуванні спайок відіграє тривалий перебіг мікробного запального процесу внаслідок інфікування черевної порожнини стійкою до антимікробної терапії мікрофлорою [3]. У близько 7% спостережень серед дитячого контингенту спайкові процеси набували злоякісного перебігу та призводили до рецидивуючого перебігу непрохідності [3]. Особливі ризики щодо спайкоутворення несе в собі також потреба повторних хірургічних втручань. Так, за деякими даними, післяопераційна спайкова хвороба розвивається в 14% після першої і в 96% після третьої лапаротомії [7]. Важливими факторами спайкоутворення є сама інтраопераційна травма кишки та пошкодження парієтальної очеревини на значному протязі. Важливими елементами лікування апендикулярного перитоніту є хірургічний доступ, вибір методів санації та дренивання черевної порожнини. Так, вибір способу санації та дренивання і на сьогодні викликає чимало дискусій: коли, чим і як промивати черевну порожнину, а також коли і як її дренивати

[2, 4-9, 12]. У зв'язку з наведеним розвиток інтраабдомінальних спайок на фоні перенесеного перитоніту можна вважати доконаним фактом. Оскільки найчастішою причиною перитоніту дитячого віку є гострий апендицит, то саме розробку сучасних підходів до лікування ускладнених форм апендициту можна вважати одним із важливих аспектів профілактики спайкових процесів, які, у свою чергу, є однією з провідних причин повторних хірургічних втручань та зниження якості життя пацієнтів. Близько 60% усіх релапаротомій у дитячому віці пов'язані саме зі спайковою непрохідністю [3]. Виходячи з вищевказаного, проблема профілактики СКН при лікуванні ускладнень гострого апендициту у дітей не може вважатися остаточно вирішеною і потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження. Вивчити результати застосування різних методів санації та дренивання черевної порожнини та їх вплив на частоту виникнення спайкових ускладнень при лікуванні гострої абдомінальної патології у дітей.

Матеріали та методи. Вивчено та проаналізовано методи лікування ускладнених форм гострого апендициту у 174 дітей в аспекті профілактичних заходів щодо виникнення СКН протягом 2006-2010 рр. Усіх хворих було розділено на 2 групи: I-а група включала в себе пацієнтів, яким проводилася санація черевної порожнини із застосуванням антисептичних розчинів (0,02% водний розчин фурациліну або 0,05% водний розчин хлоргексидину біглюконату), до II-ї групи ввійшли пацієнти, яким санація черевної порожнини проводилася шляхом осушування черевної порожнини електровідсмоктувачем з промиванням черевної порожнини в ділянках зосередження гною теплим фізіологічним розчином хлориду натрію, однак без застосування розчинів антисептиків. Обидві групи були подібні за статевим та віковим складом. У I-ій групі було 43 хлопчики (57,3%) та 32 дівчаток (42,7%). У II-ій групі – відповідно 54 (54,6%) та 45 (45,4%). Віковий склад пацієнтів представлений у таблиці 1.

Розподіл хворих у групах за віком

Група хворих	0–3 роки		4–7 років		8–12 років		13–17 років	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
I-а група	4	5,3	18	24,0	32	42,7	21	28,0
II-а група	6	6,1	26	26,3	35	35,6	32	32,3

У вказаних пацієнтів було встановлено такі форми апендикулярного перитоніту (табл.2):

Таблиця 2

Розподіл хворих у групах згідно зі встановленим діагнозом

Діагноз	I-а група		II-а група	
	К-сть хворих	%	К-сть хворих	%
Деструктивний апендицит із місцевим перитонітом	47	62,7	67	67,7
Деструктивний апендицит із розповсюдженим перитонітом	28	37,3	32	32,3

Згідно з загальноприйнятим розподілом, місцевим перитоніт вважали при локалізації гнійно-запального процесу в одній анатомічній ділянці черевної порожнини (довкола місця локалізації червоподібного відростка), а розповсюдженим, відповідно, вважався перитоніт, що охоплював понад одну анатомічну ділянку живота. За наявності у хворих клінічної картини місцевого перитоніту, навіть при чітких ультрасонографічних ознаках значної кількості вільної рідини в животі, перевагу надавали косо-перемінному доступу за Мак-Бурнеєм, за потреби розріз розширювали донизу чи догори. За наявності клінічних симптомів розповсюдженого перитоніту використовували середню лапаротомію або ж застосовували правобічний трансректальний доступ (у дітей, молодших 7-8 років). У всіх без винятку пацієнтів була виконана антеградна чи ретроградна апендектомія із подальшою ревізією черевної порожнини, евакуацією ексудату, а також із подальшою санацією живота за методиками, які були вказані вище. У 68 пацієнтів (39,1%) була виконана крайова резекція великого чепця через наявний оментит. Дренування черевної порожнини було виконано у 123 пацієнтів, причому при місцевому перитоніті застосовували зазвичай один трубчатий поліхлорвініловий дренаж з гумовою стрічкою через одну контрапертуру чи безпосередньо через рану (всього 63 хворих: 38 пацієнтів з I-ої групи та 25 пацієнтів з II-ої групи), при розлитому ж перитоніті застосовували дренування в усіх пацієнтів, при цьому використовували від 1 до 3 трубчатих поліхлорвінілових дренажів, виведених через контрапертури. У післяопераційному періоді усі хворі отримували стандартну комбіновану антибіотикотерапію згідно з мікробіологічним паспортом ППТ та хірургічного відділення: цефалоспорин III-IV поколінь (цефтріаксон, сульбактомакс, цефтазидим або цефепім) + аміноглікозид (гентаміцин або амікацин) + похідні імідазолу (метронідазол або орнідазол), а також необхідну інфузійну терапію в

залежності від виду та вираженості метаболічних порушень. Дренажі видаляли в межах 2-4 діб після операції. По відношенню до всіх пацієнтів застосовували максимально ранній руховий режим: при місцевому перитоніті хворих змушували підніматися з ліжка та ходити протягом перших 24 годин після операції, при розповсюдженому перитоніті – протягом 36-48 годин.

Результати досліджень та їх обговорення.

Термін спостереження за пацієнтами склав від 1 року до 3 місяців до 5 років. Серед вказаних пацієнтів явища спайкової кишкової непрохідності були виявлені у 19 хворих. Таким чином, частота спайкових ускладнень після хірургічного лікування ускладнених форм гострого апендициту склала 10,9%. Діагноз СКН встановлювали на основі скарг та клінічної картини (пооява нападopodobного чи постійного болю в животі, нудота, блювання, невідходження калових мас та газів, вздуття живота, сухість видимих слизових оболонок, болючість живота при пальпації, асиметрія передньої стінки черевної порожнини, аускультативно гіпер- чи гіпоперистальтика, наявність патологічних шумів над черевом, поява чи наростання ознак інтоксикації), ультрасонографічних даних (локальна дилатація петель кишки, непропульсивна маятниковоподібна перистальтика, потовщення та розшарування стінки кишки, поява вільної рідини в черевній порожнині), рентгенологічних ознак (локальний гіперпневматоз кишки, симптом сторожової петлі, наявність патологічних горизонтальних рівнів, порушення пасажу контрасту по травному каналу). При цьому рання спайкова непрохідність виявлена у 5 пацієнтів (26,3% усіх випадків СКН), пізнь – у 14 хворих (73,7%). Ранньою СКН вважали при виникненні ознак непрохідності у межах 30 діб після первинного хірургічного втручання, пізньою – понад 1 місяць після первинної операції. Залежність виникнення форми СКН від групи пацієнтів представлена у таблиці 3.

Залежність форми спайкової кишкової непрохідності від групи пацієнтів

Група хворих	Рання СКН		Пізня СКН	
	К-сть хворих	%	К-сть хворих	%
I-а група	3	4,0	9	12,0
II-а група	2	2,0	5	5,1

Як видно із таблиці, СКН значно переважала у I-ій групі пацієнтів (12 випадків, або 16,0%) порівняно із II-ю групою (7 спостережень, або 7,1%). При цьому звертає на себе увагу явне переважає пізньої СКН серед пацієнтів I-ої групи (12,0% хворих), що можна пояснити завер-

шенням організації щільних сполучнотканинних спайок у череві, які змінюють топографію травної трубки і порушують у такий спосіб пасаж кишкового вмісту. Залежність виникнення СКН від встановленого попереднього діагнозу представлено у таблиці 5.

Таблиця 5

Залежність виникнення спайкової кишкової непрохідності від встановленого первинного діагнозу

Діагноз	I-а група		II-а група	
	К-сть хворих	%	К-сть хворих	%
Деструктивний апендицит з місцевим перитонітом	5	10,6	2	3,0
Деструктивний апендицит з розповсюдженим перитонітом	7	25,0	5	15,6

Як видно із таблиці, СКН переважала в обох групах хворих після розповсюдженого перитоніту (25,0% та 15,6% хворих відповідно у I-ій та II-ій групах проти 10,6% та 3,0% відповідно після перенесеного місцевого перитоніту). Очевидне переважає виникнення спайкових процесів у черевній порожнині після розповсюдженого перитоніту можна пояснити важчим вихідним станом хворих та значною розповсюдженістю гнійно-запального процесу в череві, що у всіх пацієнтів вимагало дренивання черевної порожнини. Дренажі, як сторонні тіла в черевній порожнині, можна вважати подразником та травмуючим фактором серозного покриву, що, в свою чергу, стимулює спайкоутворення. Слід зазначити, що у хворих зі встановленою СКН вдалося вирішити явища непрохідності консервативними заходами у 11 хворих (57,9% пацієнтів з СКН). 8 пацієнтів потребували хірургічного роз'єднання спайок, причому серед них хворих з ранньою СКН було 2. Оперованих хворих із I-ї групи було 5 (62,5%), що

істотно перевищує цей показник у пацієнтів II групи (37,5%). Таким чином, можна зробити висновок, що відмова від застосування антисептичних розчинів для санації черевної порожнини та обмеження використання дренивання є одним із методів профілактики спайкових процесів черева після хірургічного лікування ускладнених форм гострого апендициту у дітей.

Висновки. 1. Частота спайкових ускладнень після перенесених ускладнених форм гострого апендициту склала 11%.

2. Серед форм спайкової кишкової непрохідності після перенесених ускладнень гострого апендициту переважає пізня спайкова непрохідність (73,7%).

3. Відмова від застосування антисептичних розчинів для санації черевної порожнини та обмеження використання дренивання є одним із методів профілактики спайкових процесів черева після хірургічного лікування ускладнених форм гострого апендициту в дитячому віці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Британчук Р.В. Сучасні погляди на комплексне лікування розповсюджених форм перитоніту в токсичній фазі / Р.В.Британчук // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”. — 2007. — Вип. 30. — С. 117—122.
2. Гамзаев С.М. Гипотермическая санация кишечника у больных с распространенным перитонитом / С.М. Гамзаев // Клінічна хірургія. — 2009. — № 2. — С. 25—27.
3. Дронов А.Ф. Острая спаечная кишечная непроходимость у детей / А.Ф.Дронов // Медицинская газета. — 1998. — № 65. — С. 9—10.
4. Дроняк М.М. Абдоминальний сепсис / М.М.Дроняк // Український журнал хірургії. — 2008. — № 1. — С. 100—104.
5. Косильников С.О. Выбор санирующих растворов и методов ушивания брюшной стенки при разлитом гнойном перитоните / С.О.Косильников, С.И.Карпенко, С.А.Тарнапольский, К.В.Кравченко // Український журнал хірургії. — 2009. — № 3. — С. 95—98.

6. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / О.В. Карасева, Л.М. Рошаль, А.В.Брянцев [и др.] // Дет.хирургия. — 2007. — № 3. — С. 23—27.
7. Матвеев Н.Л. Результаты применения 4% раствора икодекстрина для профилактики спаечного процесса после хирургических и гинекологических операций / Н.Л.Матвеев, Д.Ю.Арутюнян, М.А.Дигаева // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 3. — С. 45—54.
8. Мішина М.М. Діагностика та лікування післяопераційного перитоніту в дітей / М.М.Мішина, Ю.В.Пащенко, В.Б.Давиденко, Л.Ю.Пащенко // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2.2 (34). — С. 175 — 179.
9. Перитонит: Практическое руководство / [Под. ред. В.С.Савельева, Б.Р.Гельфанда, М.И.Филимонова]. — М.: Литтерра, 2006. — 208 с.
10. Рання спайкова кишкова непрохідність, питання діагностики, хірургічного лікування та профілактики рецидиву / Б.С.Запорожченко, О.В.Вілюра, І.Є. Бородаєв [та ін.] // Український журнал хірургії. — 2009. — № 4. — С. 60—62.
11. Спаечная кишечная непроходимость. Патогенез, диагностика, тактика, лечение, профилактика: метод.реком. / [сост. П.В.Горелик, И.Я.Макшанов]. — Грод.гос.мед.ин-т, 2000. — 39 с.
12. Фомин П.Д. Применение антисептика декасана в неотложной абдоминальной хирургии / П.Д.Фомин, А.И.Лиссов, С.Н.Козлов, С.И.Михальчин // Клінічна хірургія. — 2009. — № 11 — 12. — С. 98 — 100.
13. Agalar F. Staged abdominal repair for treatment of moderate to severe secondary peritonitis / F.Agalar, E.Eroglu, M.Bulbul [et al.] // World J. Surg. — 2005. — Vol. 29, № 2. — P. 240 — 244.
14. Menzies D. Peritoneal adhesions: incidence, cause and prevention / D.Menzies // Surg Ann. — 1992. — Vol.24. — P. 27—45.
15. Menzies D. Prospective adhesions: their treatment and relevance in clinical practice / D.Menzies // Ann R coll Surg Engl. — 1993. — Vol.75. — P. 147—153.

V.I.RUSIN, M.I.CHAVARHA

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod

THE METHOD OF ABDOMINAL CAVITY SANITATION AS A MEANS OF PREVENTING ADHESIVE COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Results of the treatment of appendicular peritonitis in 174 children were studied in terms of development in these adhesive intestinal obstruction. Among these patients the phenomenon of adhesive intestinal obstruction were noted in 10.9% of cases. Revealed that the adhesive ileus has prevailed in patients who carried out sanitation of the abdominal cavity using an antiseptic solution (16.0%) compared with patients who reorganization of the abdominal cavity was carried out by draining the abdominal cavity with electric pumps to irrigation abdominal areas of concentration in manure warm saline solution of sodium chloride, but without the use of antiseptic solutions (7.1%). Adhesive intestinal obstruction predominated in patients after widespread peritonitis, which carried drainage. Elimination of antiseptic solutions for rehabilitation of the abdominal cavity and limit the use of drainage is one of the methods of preventing abdominal adhesions after surgical treatment of complicated forms of acute appendicitis in children.

Key words: appendicular peritonitis, adhesive intestinal obstruction, children, prevention

Стаття надійшла до редакції: 10.10.2012 р.