

© В. Ф. РИБАЛЬЧЕНКО,¹ Ю. Г. ДЕМИДЕНКО,² С. Я. ЯРМАК³Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України¹
Чернігівська обласна дитяча лікарня^{2,3}

Лікування первинних інфільтратів, абсцесів черевної порожнини у дітей

V. F. RYBALCHENKO¹, YU. H. DEMYDENKO², S. YA. YARMAK³National Medical Academy of Postgraduate Education by P. L. Shupyk of MPH of Ukraine¹
Chernihiv Regional Children's Hospital^{2,3}

TREATMENT OF PRIMARY INFILTRATES AND ABSCESES OF ABDOMINAL CAVITY IN CHILDREN

На базі Чернігівської обласної дитячої лікарні в період з 1994 до 2013 року перебували на лікуванні 194 (100 %) дитини із первинними інфільтратами та абсцесами черевної порожнини. За терміном госпіталізації дітей із первинними інфільтратами черевної порожнини (ПІЧП) розподілено так: до 7 діб – 41 дитина, після 7 діб – 9 дітей. За терміном госпіталізації дітей із первинними абсцесами черевної порожнини (ПАЧП) розподілено так: до 3 діб – 78 дітей, після 3 діб – 66 дітей. У наших дослідженнях інфільтрати діагностували в 50 (0,8 %) дітей. Серед них у 7 (0,11 %) пацієнтів діагностували щільний інфільтрат без ознак перитоніту, а в 43 (0,69 %) пацієнтів діагностували інфільтрати черевної порожнини з ознаками перитоніту. В 144 (2,3 %) дітей діагностували первинні абсцеси черевної порожнини (ПАЧП). У 134 (93 %) пацієнтів виконано апендектомію, а в 10 (7 %) пацієнтів апендектомію не виконували. Ускладнення виникли в ранньому післяопераційному періоді в 18 (9,3 %) пацієнтів. Консервативне лікування інфільтратів проведено у 7 (0,1 %) дітей, прооперовано 43 (0,68 %) дітей. У 2 (0,03 %) пацієнтів був виявлений щільний апендикулярний інфільтрат під час операції. Абсцеси черевної порожнини оперовано в 144 (2,27 %) дітей. Атипову локалізацію апендикулярного відростка було діагностовано в 108 (55,6 %) дітей.

On the basis of the Chernihiv Regional Children's Hospital in the period from 1994 to 2013 there were treated 194 (100 %) children with primary infiltrates and abdominal abscesses. For a period of hospitalization children with a primary infiltration of the abdominal cavity are distributed as follows: up to 7 days – 41 children, after 7 days – 9 children. For a period of hospitalization of children with primary abdominal abscesses are distributed as follows: up to 3 days – 78 children, after 3 days – 66 children. In our studies, the infiltrates were diagnosed in 50 (0.8 percent) children. Among them in 7 (0.11 %) patients were diagnosed with dense infiltration without signs of peritonitis, and in 43 (0.69 %) patients diagnosed infiltrates the abdomen with signs of peritonitis. 144 (2.3 %) of children diagnosed with primary abscesses of the abdominal cavity. 134 (93 %) patients underwent appendectomy, and in 10 (7 %) patients, appendectomy was not carried out. Complications occurred in the early postoperative period in 18 (9.3 %) patients. Conservative treatment of infiltrates, 7 (0.1 %) children who underwent surgery 43 (0.68 %) of the child. In 2 (0.03 %) children was revealed dense appendicular infiltrate during the operation. Abscesses of the abdominal cavity were operated in 144 (2.27 %) children. Atypical localization of the Appendix appendicular was diagnosed in 108 (55.6 %) children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Діагностика і лікування гнійно-запальних процесів черевної порожнини (ЧП) у дітей і до сьогодні є актуальною проблемою дитячої хірургії. Найбільш частою причиною первинних інфільтратів, абсцесів ЧП у дітей є гострий апендицит, який складає до 75 % екстрених втручань [1, 3, 5, 7]. Враховуючи той факт, що перфоративний апендицит у дітей до 5 років зустрічається в 50 % випадків, а у дітей до 3 років – у 85 % [11–14, 17], то значно підвищується ризик формування первинних інфільтратів та абсцесів ЧП, як самостійно, так і в поєднанні з іншими видами гострої хірургічної патології [15, 16]. За даними літератури, абсцеси ЧП діагностуються в 0,22–1,5–12,6 % на тлі ускладненого перебігу хірургічної патології ЧП, а первинні інфільтрати ЧП у дітей діагностуються в 1,8–19 % [1, 2, 6, 9, 18, 19].

Первинні інфільтрати та абсцеси ЧП є одними з найбільш тяжких гнійно-запальних захворювань дитячого віку. За даними літератури, в 72 % випадків вони є причиною розвитку в дітей сепсису та синдрому поліорганної недостатності [4, 8, 10].

Хірургічна тактика при лікуванні первинних інфільтратів та абсцесів ЧП у дітей на сьогодні остаточно не вирішена та є предметом дискусії. Це все дає змогу вважати проблему лікування первинних інфільтратів, абсцесів ЧП актуальною, такою, що потребує подальшого вивчення.

Мета роботи: поліпшити результати комплексного лікування дітей з гострою хірургічною патологією, яка призводить до розвитку інфільтратів та абсцесів черевної порожнини, за рахунок вдосконалення діагностичних заходів, хірургічних технологій та післяопераційної реабілітації хворих.

Матеріали і методи. На базі Чернігівської обласної дитячої лікарні в період з 1994 до 2013 року перебували на лікуванні 194 (100 %) дитини з первинними інфільтратами та абсцесами черевної порожнини. В наших дослідженнях інфільтрати діагностували в 50 (0,8 %) дітей. Серед них у 7 (0,11 %) пацієнтів діагностували щільний інфільтрат без ознак перитоніту, а в 43 (0,68 %) хворих діагностували інфільтрати черевної порожнини з ознаками перитоніту. В 144 (2,3 %) дітей встановили первинні абсцеси черевної порожнини (ПАЧП). У 134 (93 %) пацієнтів виконано апендектомію, а в 10 (7 %) пацієнтів апендектомію не виконували. Ускладнення виникли в ранньому післяопераційному періоді у 18 (9,3 %) пацієнтів.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати наших досліджень визначили прийняття диференційованого підходу у виборі методу лікування інфільтратів черевної порожнини у дітей. При інфільтратах черевної порожнини у дітей застосовується активно-очікувальна хірургічна тактика, яка, за нашими даними, в поєднанні з визначенням індексів інтоксикації та сучасними променевими методами дослідження дає можливість в повному обсязі визначитися з хірургічною тактикою.

Консервативна терапія при лікуванні ПЧП була застосована в 7 (0,11 %) пацієнтів. Дітей госпіталізовано на $(12,5 \pm 2,7)$ добу. Температура тіла $(37,5 \pm 0,8)$ °C на момент прийняття. Всім пацієнтам рекомендували сировий ліжковий режим та обмежувальну дієту. Призначали антибактеріальні препарати широкого спектра дії та фізіотерапевтичні процедури. Лікування проводили до повного розсмоктування інфільтрату. Температура нормалізувалась на $(4,1 \pm 1,2)$ добу, а інфільтрат розсмоктувався на $(11,5 \pm 3,7)$ добу. В більшості випадків застосовували контроль УЗД ОЧП, а за потребою – КТ ОЧП. Термін лікування у наших хворих складав $(13,28 \pm 3,23)$ дня. Всіх дітей виписано, за ними спостерігав хірург. Через 3–4 місяці після виписування їм рекомендували планову апендектомію.

Таким чином, виходячи з наших спостережень, показаннями до консервативної ПЧП терапії є госпіталізація на $(12,5 \pm 2,7)$ добу від початку захворювання, температура тіла в межах $(37,5 \pm 0,8)$ °C, наявність пухлини, що пальпується в правій половині черевної порожнини, відсутність симптомів подразнення очеревини, відсутність УЗ-симптомів абсцедування, позитивний результат від призначеного лікування.

При діагностиці ПЧП з перитонеальними симптомами або при виявленні інтраопераційно фінд-інфільтрату (в перекладі з англійської find – знахідка) висловлюються суперечливі думки про показання до апендектомії в цих умовах. На сьогодні виділяють пухкий та щільний апендикулярний інфільтрат (АІ). Вважаємо, що рихлий інфільтрат пропальпувати неможливо, він не визначається при ректальному дослідженні. Це інтраопераційний діагноз. На практиці зазвичай питання вирішується таким чином: вдалося виділити апендикс із залучених в інфільтрат органів – пухкий; не вдалося – щільний інфільтрат. Водночас не можна не враховувати суб'єктивний фактор, коли в однаковій ситуації одному хірургу вдалося видалити відросток, іншому – ні. Питання в тому, як далеко можна зайти. У разі кровотечі, ушкодження порожнистого органа відступати складно або вже неможливо. Найбільш раціональною думкою є в основу поняття “щільний інфільтрат” вкласти морфологічну ознаку. Наявність грануляційної тканини ми вважаємо кардинальною ознакою щільного інфільтрату. Грануляційна тканина з'являється на 5-ту добу. Необхідно враховувати, що термін захворювання, визначений зі слів хворого, не завжди служить надійним критерієм. Грануляційна тканина робить інфільтрат сформованим, щільним, клінічно – пальпується об'ємний утвір. Інтраопераційно – при наявності грануляційної тканини неможливо диференціювати залучені в запальний конгломерат органи і тканини, розділення зрощень і кровоточивість при їх розриві або розсіченні. Дану ситуацію слід розцінювати як щільний інфільтрат, і в цьому випадку апендектомію не слід виконувати.

Операційне лікування було проведено у 43 (0,68 %) пацієнтів. Ці випадки доводять вихід запалення за межі інфільтрату. Апендектомію було виконано в 41 (95 %) пацієнта. В інших випадках був діагностований щільний апендикулярний інфільтрат. У наших спостереженнях було діагностовано локальну форму АІ в 15 (35 %) пацієнтів, з місцевим перитонітом АІ діагностували в 19 (45 %) пацієнтів, з поширеним перитонітом АІ діагностували в 9 (20 %) пацієнтів. У подальшому ці фактори визначали тактику лікування. Атипове розміщення апендикулярного відростка при ПЧП діагностували в 28 (68 %) дітей. Операційні втручання виконано з доступу Волковича–Дьяконова в 34 (79 %) дітей. Серединну лапаротомію виконано в 7 (17 %) дітей у зв'язку з поєднанням із поширеним перитонітом, та в 2 (4 %) пацієнтів інфільтрат черевної порожнини був ускладнений

гострою кишковою непрохідністю. При виконанні операційних втручань застосовується апарат біозварювання живих м'яких тканин (АБЖМТ).

Післяопераційний період у хворих з інфільтратами черевної порожнини в цілому характеризувався позитивною динамікою. Температура тіла нормалізувалась на $(6 \pm 1,5)$ добу. Перистальтика кишечника нормалізувалась на $(3,5 \pm 1,3)$ добу, дренажі з черевної порожнини видалено на $(3,7 \pm 1,4)$ добу.

Ліжко-день у хворих з інфільтратами черевної порожнини становив $(15,8 \pm 6,5)$ доби. Однак в 5 (11 %) дітей у ранньому післяопераційному періоді виникли ускладнення. Вторинний інфільтрат черевної порожнини (ВІЧП) діагностували в 2 дітей. У 2 пацієнтів діагностували ранню гостру кишкову непрохідність (РГКН) та сепсис, що потребували повторного операційного лікування.

У 144 (2,3 %) дітей діагностували ПАЧП. Лікування дітей із ПАЧП має свої особливості – тривалість захворювання, поширеність запального процесу, видалена причина гнійно-септичного осередку чи ні. У 134 (93 %) пацієнтів виконано апендектомію, а в 10 (7 %) хворих апендектомію не виконували. В даної групи пацієнтів було виконано дренування абсцесу та проводили консервативну терапію. Всі діти виписані під диспансерне спостереження хірурга. Через 3–4 місяці після виписування їм рекомендували обстеження в умовах ЧОДЛ.

Операційне втручання ми виконували з доступу Волковича–Дьяконова в 101 (70,2 %) пацієнта, в 6 (4,3 %) хворих – з доступу Шпренгеля, та середню лапаротомію виконано в 32 (22 %) пацієнтів.

В окремому зрізі оцінювали якість доступу при операційному лікуванні ПАЧП. У 36 (25 %) пацієнтів був розширений місцевий доступ, а в 5 (3,5 %) хворих здійснено перехід на середню лапаротомію.

У практичній роботі має сенс розмежування типового й атипового розташувань червоподібного відростка. Для атипового розташування апендикулярного відростка, з однієї сторони, характерні діагностичні труднощі, пов'язані зі стертою

клінічною картиною, з іншого боку – розташування відростка в природних кишнях черевної порожнини створює умови для відмежування гнійного ексудату при розвитку в ньому деструктивних процесів. У дітей з ПАЧП у 80 (54,8 %) випадках виявили атипове розташування апендикулярного відростка.

Загальна характеристика післяопераційного періоду з ПАЧП згідно з критеріями, які ми використовували в наших дослідженнях, має свої особливості – температура тіла нормалізувалась на $(7,45 \pm 4,3)$ добу, перистальтика кишечника – на $(3,69 \pm 1)$ добу, дренажі з черевної порожнини видалено на $(4,2 \pm 1)$ добу, час перебування в стаціонарі $(18,8 \pm 7)$ доби. Однак нормалізація температури тіла та перистальтики кишечника і ліжко-день мають чітку залежність від клінічної форми. Слід зазначити, що нормалізація температури тіла відбувається з меншими темпами у хворих з ПАЧП у поєднанні з перитонітом та абсцесами черевної порожнини – $(11,1 \pm 3,9)$ доби, перистальтика нормалізувалась на $(3,9 \pm 1,1)$ добу.

Ускладнення розвинулись у ранньому післяопераційному періоді в 14 (7,2 %) пацієнтів. У 6 (3 %) дітей діагностували РГКН, а абсцеси черевної порожнини діагностували в 5 (2,5 %) дітей. Ці причини привели до необхідності виконання повторних операційних втручань. У 3 (1,7 %) дітей проводили консервативну терапію з приводу ВІЧП.

Висновки. 1. За даними наших досліджень, первинні інфільтрати та абсцеси черевної порожнини діагностували в 194 (3,1 %) дітей із 6238 пацієнтів, які оперовані з приводу гострого апендициту. Консервативне лікування інфільтратів проведено у 7 (0,1 %) дітей, прооперовано 43 (0,68 %) пацієнтів. У 2 (0,03 %) дітей був виявлений щільний апендикулярний інфільтрат під час операції. Абсцеси черевної порожнини оперовано в 144 (2,27 %) дітей. Атипову локалізацію апендикулярного відростка було діагностовано в 108 (55,6 %) дітей.

2. Первинні інфільтрати та абсцеси – це складна хірургічна патологія в діагностично-лікувальному аспекті, що потребує подальшого вивчення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аванесова В. А. Клиника, диагностика и лечение апендикулярного инфильтрата / В. А. Аванесова, А. С. Ермолова, Г. В. Пахомова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 8–11.
2. Аверин В. И. Лечение апендикулярного перитонита у детей на современном этапе / В. И. Аверин, А. И. Гринь, И. А. Севковский // Хирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 3. – С. 88–92.
3. Ашкрафт К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт,

Т. М. Холдер. – СПб. : ООО "Раритет М", 1999. – 400 с.

4. Дмитриева Е. В. Возможности ультразвукового исследования в диагностике острого флегмонозного аппендицита у детей / Е. В. Дмитриева // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – М., 2011. – № 5. – С. 85.
5. Волошин Ю. Л. Абдоминальні ускладнення у дітей, оперованих з приводу ургентних станів / Ю. Л. Волошин, П. С. Русак, Д. В. Шевчук // Шпит. хірургія. – 2008. – № 2. – С. 87–88.
6. Гриценко Є. М. Досвід лікування апендикулярного пери-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

- тоніту у дітей / Є. М. Гриценко // Харківська хірургічна школа. – Харків : Академія мед. наук України. – 2005. – № 1. – С. 23–25.
7. Адгезивні властивості великого сальника при різних видах ургентної абдомінальної патології в хірургії дитячого віку / О. А. Данилов, В. Ф. Рибальченко, О. Б. Домановський [та ін.] // Вісник Вінницького національного університету. – 2007. – № 11 (1/2). – С. 364.
8. Эндотоксिनсовая агрессия как причина послеоперационных осложнений в детской хирургии / [Мешков М. В., Гатаулин Ю. К., Иванов В. Б., Яковлев М. Ю.]. – М. : ЗАО “Московские учебники” – СиДиПресс”, 2007. – 168 с.
9. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия / Ю. Ф. Исаков. – М. : Медицина, 1996. – 758 с.
10. Использование лапароскопической аппендэктомии при лечении острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом, периаппендикулярным инфильтратом или абсцессом / А. П. Уханов, А. И. Игнатъев, С. В. Ковалев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – Т. 17, № 2. – С. 3–6.
11. Інноваційні технології у діагностиці, лікуванні та профілактиці ургентної хірургічної абдомінальної патології у дітей : матеріали XXIII з’їзду хірургів України (Київ, 21–23 жовтня 2015 р.) / [редкол.: О. Ю. Усенко та ін.]. – К. : Клінічна хірургія, 2015. – С. 474–475.
12. Карасева О. В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей / О. В. Карасева, В. А. Капустин, А. В. Брянцев // Детская хирургия. – 2005. – № 3. – С. 25–29.
13. Либов С. Л. Ограниченные перитониты у детей / С. Л. Либов. – М. : Медицина, 1983. – 184 с.
14. Покази до дренивання черевної порожнини у дітей при ускладнених формах гострого апендициту та його доцільність : матеріали XXIII з’їзду хірургів України (Київ, 21–23 жовтня 2015 р.) / [редкол.: О. Ю. Усенко та ін.]. – К. : Клінічна хірургія, 2015. – С. 380–381.
15. Ультразвукова діагностика ускладнень гострого апендициту у дітей : матеріали XXIII з’їзду хірургів України, (Київ, 21–23 жовтня 2015 р.) / О. Г. Садовенко, В. А. Дігтяр, С. В. Коваль [та ін.] ; редкол. : О. Ю. Усенко та ін. – К. : Клінічна хірургія, 2015. – С. 476–447.
16. Akkoyun I. Advantages of abandoning abdominal cavity irrigation and drainage in operations performed on children with perforated appendicitis / İ. Akkoyun, A. T. Tuna // Pediatric Surgery. – 2012. – Vol. 47 (10). – P. 1886–1890.
17. Assessment of variation in care and outcomes for pediatric appendicitis at children’s and non-children’s hospitals / Y. Tian, K. F. Heiss, M. L. Wulkan [et al.] // Pediatric Surgery. – 2015. – Vol. 50 (11). – P. 1885–1892.
18. Brook I. Intraabdominal, retroperitoneal and visceral abscesses in children / I. Brook // European Journal of Pediatric Surgery. – 2004. – Vol. 14 (4). – P. 265–273.
19. Peritonitis in childhood: aspects of pathogenesis and therapy / F. M. Haecker, D. Berger, U. Schumacher [et al.] // Pediatric Surgery International. – 2000. – Vol. 16 (3). – P. 182–188.

Отримано 28.12.15