

**Запрограмовані релапаротомії в комплексному лікуванні
розповсюдженого перитоніту у дітей**

Є. М. Гриценко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Резюме. Проаналізовано досвід проведення запрограмованих релапаротомії у 18 дітей з розповсюдженим перитонітом. З метою санації черевної порожнини виконувалося від 1 до 6 запрограмованих релапаротомій. Під час оперативних втручань визначався індекс черевної порожнини. Показанням до припинення санаційних релапаротомії та остаточного закриття черевної порожнини був індекс черевної порожнини в межах 7-11 балів.

Ключові слова: розповсюджений перитоніт, запрограмовані релапаротомії, діти.

**Запрограммированные релапаротомии в комплексном лечении
распространенного перитонита у детей**

Е. Н. Гриценко

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»,

г. Полтава

Резюме. Проанализирован опыт проведения запрограммированных релапаротомии у 18 детей с распространенным перитонитом. С целью санации брюшной полости выполнялось от 1 до 6 запрограммированных релапаротомий. Во время оперативных вмешательств определялся индекс брюшной полости. Показанием к прекращению санационных релапаротомии и окончательного закрытия брюшной полости был индекс брюшной полости в пределах 7-11 баллов.

Ключевые слова: распространенный перитонит, запрограммированные релапаротомии, дети.

**Programmed relaparotomy in complex treatment of children with diffuse
peritonitis.**

Y. M. Gritsenko

State Higher Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical
Stomatological Academy”, Poltava.

Summary. The experience of using programmed relaparotomy in 18 children with diffuse peritonitis has been analyzed. 1 to 6 programmed relaparotomies have been performed with the aim of the abdominal cavity sanitation. During surgery the abdominal cavity index was calculated. 7-11 point index was the indication to stop the sanitation relaparotomy and finally close the abdominal cavity.

Key words: diffuse peritonitis, programmed relaparotomy, children.

Вступ. Незважаючи на впровадження новітніх методів лікування розповсюдженого перитоніту першочерговим продовжує залишатися радикальне усунення причини перитоніту з повноцінною санацією черевної порожнини. Без цього „ні інфузійна терапія, ні новітні антибіотики, ні гіпербарична оксигенація, ні лімфосорбція, ні навіть гемосорбція невзможі врятувати хворого” [2]. Адже саме недостатня чи неадекватна первинна санація черевної порожнини в подальшому приводить до прогресування перитоніту, утворенню відмежованих гнійників, що вимагає виконання релапаротомій і значно погіршує прогноз. Але не завжди під час первинного оперативного втручання можливе виконання радикальної санації, особливо при різких запальних змінах вісцеральної очеревини, масивних гнійно-фібринозних нашаруваннях, вираженому злуковому процесі, вкрай важкому стані хворого. В таких випадках обґрунтованим є проведення запланованих (програмованих) релапаротомій, коли первинне оперативне втручання завершують накладанням провізорних швів, а повторні санації виконують через 24–48 години [4].

Показаннями до застосування запрограмованих санаційних лапаротомій вважаються неможливість радикально видалити причину перитоніту, множинні внутрішньочеревні абсцеси, масивні фібринозні нашарування, зони некрозу очеревини та внутрішніх органів, що не можуть бути видалені, ознаки анаеробного інфікування, важкість стану, обумовлена вираженим ендотоксикозом та поліорганною недостатністю. Використання

запрограмованих санаційних лапаротомій дозволяє провести повноцінну санацію черевної порожнини та активне дренування черевної порожнини, своєчасно діагностувати та коректувати внутрішньочеревні ускладнення. Але метод має і ряд недоліків, до яких відносять негативні системні наслідки повторних оперативних втручань(в тому числі повторний розвиток синдрому "медіаторної бурі" та токсичного шоку), повторну операційну травму передньої черевної стінки та органів черевної порожнини, необхідність тривалої ШВЛ, тривалої катетеризації судин та інтубації трахеї і сечового міхура з високим ризиком інфікування [1].

Мета дослідження. Проаналізувати досвід використання запрограмованих релапаротомій при розповсюдженому перитоніті у дітей. Визначити критерії припинення санаційних релапаротомії та остаточного закриття черевної порожнини.

Матеріали та методи дослідження. В період з 2003 по 20013 р. у відділенні дитячої хірургії запрограмовані релапаротомії в комплексі лікування розповсюджених форм перитоніту виконувалися у 18 дітей. Вік хворих від 10 місяців до 15 років, в тому числі дітей до 3-х років 8, з них 2 віком до 1 року. За статтю хворі розподілилися рівномірно: хлопчиків 9, дівчаток 9. В більшості випадків причиною виникнення розповсюдженого перитоніту був деструктивний апендицит – 13 (72%) випадків. 5 з цих дітей оперовані з приводу тотального абсцедуючого перитоніту («сільського» за Л. М. Рошалем [3]) з терміном захворювання до 18 днів та утворенням множинних внутрішньочеревних абсцесів. В 3 (17%) спостереженнях причиною перитоніту була закрыта травма живота з пошкодженням тонкої кишки, 2(11%) дітей оперовані з приводу прогресуючого перитоніту.

Результати та їх обговорення.

Під час оперативних втручань проводилась ревізія черевної порожнини, оцінка характеру та кількості ексудату, його локалізація, наявність та характер фібринових нашарувань, злукового процесу, вигляд парієтальної і вісцеральної

очеревини, формування міжпетельних абсцесів, наявність крововиливів. Досліджувався стан кишечника: діаметр кишкових петель, їх колір, товщина кишкової стінки, збереженість або відновлення перистальтики. У випадку неможливості повноцінної санації черевної порожнини під час оперативного втручання приймалося рішення про виконання запрограмованої релапаротомії.

Під час повторних операцій звертали увагу на динаміку змін органів черевної порожнини, наявність ускладнень (неспроможність кишкових швів, формування внутрішньочеревних абсцесів, вираженість парезу кишечника, розвиток злукової кишкової непрохідності).

На основі інтегральної оцінки ступеня та характеру ураження органів черевної порожнини під час першого та повторних оперативних втручань визначався модифікований індекс черевної порожнини (ІЧП) за В. С. Савельєвим и соавт. (1998) [4]. Критерії інтраопераційної оцінки характеру ураження органів черевної порожнини (у балах) наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Критерії інтраопераційної оцінки характеру ураження органів черевної порожнини

Ознака	Бали
Поширеність запального процесу очеревини:	
- місцевий (абсцес)	1
- розповсюджений	3
Характер ексудату:	
-серозний	1
-гнійний	3
-геморагічний	4
-каловий	4
Фібринові нашарування:	
- у вигляді рихлих мас	1
- у вигляді панцирю	4
Стан кишечника:	
- дилатація кишечника	3
-інфільтрація кишкової стінки	3
- відсутність спонтанної чи стимульованої перистальтики	3
- кишкова нориця чи неспроможність анастомозу	4
Невидалені девіталізовані тканини	3

У 17 дітей під час оперативного втручання була проведена інтубація кишечника. У 7 хворих виконано трансанальну інтубацію, інтубацію через апендикостому у 6, через сигмостому в 1, назоінтестинальну інтубацію в 1 випадку. У 2 хворих виконано зустрічну назоінтестинальну та ретроградну інтубацію таким чином, що частина тонкої кишки була заінтубована одночасно двома зондами.

У всіх дітей під час первинного оперативного втручання визначалися значні запальні зміни вісцеральної очеревини, масивні гнійно-фібринозні нашарування, виражений злуковий процес, у дітей з тотальним абсцедуючим перитонітом - формування множинних абсцесів. ІЧП, що визначався під час первинного оперативного втручання, коливав від 13 до 26 балів і в середньому дорівнював 18,7 балів.

Дітям з розповсюдженими формами перитоніту було виконано від 1 до 6 запрограмованих релапаротомії (в 8 випадках виконувалася 1 релапаротомія, в 6 випадках – 2, в 2-3 релапаротомії, в 1 випадку виконано 4, в 1 – 6).

У 1 хворого закриття черевної порожнини навіть провізорними швами було неможливим у зв'язку з вираженою абдомінальною гіпертензією. У нього було використано методику лапаростомії.

Під час першої санаційної релапаротомії ІЧП дорівнював від 7 до 20 балів, в середньому - 12,4 балів. Під час другої санаційної релапаротомії ІЧП дорівнював від 7 до 17 балів, в середньому - 10,3 балів. У дітей, яким виконували більше 2 релапаротомій, зниження ІЧП було незначним, що підтверджує ефективність перших санаційних релапаротомії зі зниження ефективності кожної наступної. При вирішенні питання про остаточне закриття черевної порожнини ІЧП був у межах від 7 до 11 балів, в середньому - 9,2 бала.

Померла одна дитина з пізно діагностованим розповсюдженим перитонітом на фоні тяжкої форми цукрового діабету. Летальність склала 5,6%.

Висновки:

1. Запрограмовані релапаротомії при розповсюдженому перитоніті у дітей дозволяють контролювати розвиток патологічного процесу в черевній порожнині, дають змогу своєчасно усунути внутрішньочеревні ускладнення, що виникають.
2. Визначення ІЧП дозволяє об'єктивізувати характер ураження та динаміку змін в черевній порожнині.
3. Показанням до припинення санаційних релапаротомії та остаточного закриття черевної порожнини є ІЧП в межах 7-11 балів.

Література.

1. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему, стратегия и тактика лечения: Ч.II / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гологорский, С. З. Бурневич [и др.] // Вестник интенсивной терапии. – 1997. – №1-2. – С. 73-79.
2. Красовская В. П. Перитониты у детей: Учеб. пособие / В. П. Красовская, А. Н. Дарьина. – Красноярск: Издательство Красноярского университета, 1983. – 160 с.
3. Лапаростомия в лечении тотального абсцедирующего перитонита у детей / О. В. Карасева, А. В. Брянцев, Т. А. Чернышева [и др.] // Детская хирургия. – 2006. – №2. – С.36-38.
4. Перитонит: Практическое руководство : [под ред В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова]. – М.:Литтерра, 2006. – 208 с.