

Ошибки, опасности и осложнения при лечении распространенного аппендикулярного перитонита у детей.

В.М.Одинак, П.А.Макаров, Е.И.Пономарев
Кафедра детской хирургии

Несмотря на большое число работ, посвященных диагностике и лечению острого аппендицита у детей, частота диагностических ошибок и послеоперационных осложнений, остаются на достаточно высоком уровне (Баиров Г.А., Рошаль Л.М., 1991; Долецкий С.Я. с соавт., 1990). В связи с этим представляется актуальным анализ диагностических ошибок, разработка оптимальных методик лечения, направленных, на снижение числа послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов (.Цуман В.Г., Машков А.Е., Косарев В.А., 1994).

В клинике детской хирургии Уральской медицинской академии за период с 1988 г. по 1997 г. находилось на лечении 261 больной с распространенной формой аппендикулярного перитонита. Мальчиков было 156 (59,8%), девочек - 105 (40,2%). Дети младшего возраста составили 22,9%.

В реактивной стадии перитонита поступило 17 (6,5%) детей, в токсической - 202 (77,4%) и в терминальной - 42 (15,1%) больных. Основной морфологической формой аппендицита, вызвавшей перитонит, явился гангренозно-перфоративный аппендицит - 92,7%. При анализе сроков госпитализации больных в стационар установлено, что на 2 сутки от начала заболевания поступило 58 (22,2%) больных, через 48-72 ч. - 156 (52,1%), через 3 сут. - 21 (8,8%) и позже 4-5 сут. - 26 (10%). Основной причиной поздней госпитализации и развития перитонита у 150 (57,5%) детей явилось несвоевременное обращение родителей к врачу. У 111 больных (42,5%) перитонит возник вследствие диагностических ошибок на догоспитальном этапе. При обращении за медицинской помощью они были осмотрены врачами поликлиники (как педиатром, так и хирургом), врачами скорой помощи, приемных отделений стационаров. Из них 73 (27,9%) больных в связи с подозрением на инфекционные и соматические заболевания были госпитализированы в отделения нехирургического профиля, где после 1-2 суточного пребывания были осмотрены врачами хирургами и переведены в хирургическое отделение.

Детальный анализ поздней диагностики острого аппендицита показал на необходимость проведения санитарно-просветительской работы среди населения, так как значительная часть населения плохо

представляет опасности самолечения при острых болях в животе и последствиях несвоевременной операции при остром аппендиците.

Основными причинами ошибок на догоспитальном этапе явились: недоучет данных анамнеза, неполное клинико-лабораторное обследование, недостаточная осведомленность врачей первичного звена об особенностях клинического течения острого аппендицита в различных возрастных группах.

На госпитальном этапе врачами-хирургами, чаще всего диагностические ошибки совершались у детей при ранних сроках обращения, а также у больных при атипичном течении заболевания (21 ребенок). Основной причиной несвоевременной диагностики на госпитальном этапе явились организационно-тактические ошибки: не использование возможностей стационара для более полного клинического обследования, отказ от использования диагностической лапароскопии, не оправдано длительное динамическое наблюдение при неясном диагнозе.

При поступлении в хирургический стационар у 229 (87,7%) детей клиника распространенного перитонита была ярко выражена и диагноз не вызывал затруднений, у 32 (12,3%) она была атипичной, что потребовало проведения дифференциальной диагностики, а у 19 (7,3%) больных - выполнения диагностической лапароскопии.

Все больные с распространенным аппендикулярным перитонитом после установления диагноза госпитализировались в отделение реанимации и интенсивной терапии, где им выполнялся необходимый минимум исследований и, на основании полученных данных о параметрах гомеостаза планировалась предоперационная подготовка.

Основной целью предоперационной подготовки являлась стабилизация гемодинамических показателей, коррекция электролитного баланса, кислотно-основного состояния, нарушений гемокоагуляции и других проявлений эндотоксикоза. Устранение гиповолемии и централизация кровообращения осуществлялась путем инфузии гемокорректоров, белковых препаратов. Для восполнения дефицита электролитов использовали инфузии полиионного раствора, раствора Рингера. Для уменьшения экзикоза и восполнения энергетических потребностей использовали 10%-20% растворы глюкозы. Инфекционно-токсическое влияние устраняли используя антигистаминные препараты, плазму, сердечные гликозиды, ингибиторы протеолитических ферментов, антибиотики, витамины. Объем вводимых внутривенно жидкостей определялся степенью дегидратации и в среднем составлял 20 мл на кг массы тела.

Оценку эффективности предоперационной подготовки проводили по показателям гемодинамики, КЩС, гематокрита и почасовому диурезу. Обязательным компонентом предоперационной подготовки являлась аспирация желудочного содержимого с последующим промыванием желудка. Длительность предоперационной подготовки колебалась от 2 до 4 часов.

Методом выбора обезболивания при распространенном аппендикулярном перитоните считали многокомпонентную общую анестезию с искусственной вентиляцией легких и релаксантами. В качестве анестетиков использовали азеотропную смесь в малых дозах, препараты для нейролептанальгезии, седуксен, калипсол.

Во время анестезии продолжалась инфузия препаратов в объеме 10-12 мл/кг/час, контролировали показатели гемодинамики и диурез.

После операции у 59 (22,6%) больных возникли показания к проведению продленной вентиляции легких от 1 до 6 часов.

Оперативное вмешательство при распространенном гнойном перитоните заключалось в лапаротомии, ликвидации гнойного очага и санации брюшной полости растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидан, иодопирон). Следует отметить, что до настоящего времени, вопрос о хирургическом доступе при распространенном аппендикулярном перитоните окончательно не решен. Мы, как и ряд других авторов (1, 2) считаем, что у детей с давностью заболевания до 3 суток, а также у детей младшей возрастной группы следует отдавать предпочтение доступу по Волковичу-Дьяконову. При запущенном перитоните с давностью свыше 3 суток, сопровождающимся спаячно-паретической непроходимостью показана срединная лапаротомия, которая позволяет осуществить более эффективную санацию брюшной полости, при необходимости выполнить декомпрессию желудочно-кишечного тракта и дренирование брюшной полости.

Доступ Волковича-Дьяконова нами использован у 161 (61,7%) ребенка и срединная лапаротомия у 100 (38,3%) больных. Аппендэктомия выполнялась с погружением культи отростка кيسетным швом. Санация брюшной полости осуществлялась промыванием ее через рану 0,1% раствором иодопирона. У 53 (20,3%) детей операция завершена наложением глухих швов на рану и у 208 (79,7%) - брюшная полость ушита с дренажом.

Наибольшие трудности возникают при лечении запущенных форм распространенного гнойного перитонита, когда эффективность

одномоментной санации брюшной полости вызывает сомнения. В этих случаях особую значимость приобретают правильное дренирование брюшной полости. Мы отказались от введения множественных дренажей и используем дренирование брюшной полости одной полимерной трубкой диаметром до 0,5-0,6 см с множественными перфоративными отверстиями, которую вводим из отдельного прокола брюшной стенки выше крыла подвздошной кости справа и проводим ее в косом направлении, так чтобы дренаж не перегибался, имел направление в малый таз и прилегал к париетальной брюшине. Конец трубки укладывается на дно малого таза. К выведенному на переднюю брюшную стенку дренажу подсоединяют аспирационную систему для дренирования ран. В послеоперационном периоде по дренажу выделяется от 20-30 до 200 мл экссудата. При наличии гнойного экссудата через дренажную трубку 2-3 раза в сутки осуществляется фракционный лаваж, путем введения с последующей аспирацией от 50 до 100 мл антисептика (0,1% раствор иодопирона, раствор диоксидина). При благоприятном течении местного процесса отделяемое по дренажу постепенно уменьшалось и дренаж на 4-5 сутки удаляли.

У 78 (29,9%) больных с тяжелыми гнойно-фибринозными формами перитонита и спаечно-паралитической непроходимостью наряду с дренированием брюшной полости операцию завершали эвакуацией кишечного содержимого из верхних отделов пищеварительного тракта в дистальные отделы и выведением его из просвета толстой кишки широкой трубкой с боковыми отверстиями проведенной трансанально до селезеночного угла толстой кишки.

Расширение показаний к введению тампонов, а также необоснованный отказ от их использования следует считать тактической ошибкой. Применение тампонов при распространенном гнойном перитоните мы считаем неоправданным, так как они не обеспечивают достаточного оттока раневого содержимого. По нашему мнению применение тампонов при перитоните должно быть ограничено случаями, когда остаются участки неудаленных некротических тканей, грубые фибринозно-гнойные наложения в области источника перитонита, при неуверенности или невозможности надежно укрыть культю отростка, а также при паренхиматозном кровотечении из ложа червеобразного отростка. Лапаростомию и программную лапаротомию не применяли.

При микробиологическом исследовании экссудата из брюшной полости у 180 (68,9%) больных выделена монофлора, у 15 (17,2%) - микробные ассоциации, и у 16 больных - посевы оказались

отрицательными. Бактериологическое изучение качественного состава микрофлоры свидетельствовало о ее большом разнообразии. Среди аэробов в 68,5% встречалась грамотрицательная микрофлора, реже грамположительные аэробы - 11%. Анаэробная микрофлора выявлена в 20,2% наблюдений и была представлена главным образом бактероидами.

В послеоперационном периоде продолжали интенсивную терапию, начатую во время предоперационной подготовки. Основными слагаемыми ее были дезинтоксикационная, этиотропная, иммунная терапия и коррекция гомеостаза.

Объем инфузионных сред и электролитов рассчитывали по номограмме Абердина. В программу инфузионной терапии до восстановления функции желудочно-кишечного тракта включали препараты для парентерального питания, витамины. Для восстановления реологических свойств крови и нейтрализации метаболитов воспаления использовали гепарин, реополиглюкин, трентал, ингибиторы протеолиза, десенсибилизирующую терапию.

В качестве дезинтоксикационной терапии использовалась гемодилюция с форсированным диурезом. Для лучшего связывания циркулирующих токсинов использовались растворы альбумина, кристаллических аминокислот, гемодеза. У 86 (32,9%) детей в комплексном лечении распространенного перитонита использовались хирургические методы детоксикации (плазмаферез и гемосорбция).

Антибактериальная терапия осуществлялась с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов и проводилось традиционным способом у 56 (21,5%) больных. У 205 (78,5%) для проведения лимфотропной антибактериальной терапии и новокаиновой блокады брыжейки на завершающем этапе операции в корень брыжейки субсерозно устанавливали катетер, который выводился из отдельного вкола на переднюю брюшную стенку. Из антибактериальных препаратов предпочтение отдавали комбинации цефалоспоринов с аминогликозидами и метронидазолом.

Одним из важных компонентов в комплексном лечении распространенных форм перитонита считали иммунотерапию. В начале заболевания, когда наиболее страдает гуморальное звено иммунитета, использовали гиперимунные препараты: гиперимунная плазма, γ -глобулин, иммуноглобулин. Встречающиеся при распространенном гнойном перитоните нарушения нейротрофического фагоцитоза корректировали переливанием свежезаготовленной крови, нативной плазмы, назначением метилурацила, пентоксифила, дибазола,

интерферона и других препаратов.

Для восстановления функции желудочно-кишечного тракта наряду с медикаментозной стимуляцией (прозерин, убретид, церукал) использовали длительную новокаиновую блокаду брыжейки тонкой кишки у 205 (78,5%) больных и у 56 (21,5%) длительную перидуральную анестезию. У 115 (44,6%) больных в комплексном лечении использовалась гипербарическая оксигенация (ГБО), важное значение в восстановлении функции желудочно-кишечного тракта и профилактике осложнений имеют физиотерапевтические мероприятия, УВЧ, электростимуляция, магнитолазерная терапия, ультразвук и др.

Одной из главных задач в послеоперационном периоде при лечении больных с распространенным гнойным перитонитом является своевременное распознавание осложнений и выбор рациональной тактики из лечения. На основании собственных наблюдений за детьми с ранними послеоперационными осложнениями, как первично оперированных, так и из других лечебных учреждений, которые доставлялись в клинику мы пришли к убеждению, что в связи с рядом анатомофизиологических особенностей детского возраста, длительная консервативная терапия, а также ревизия брюшной полости из "минидоступов", как правило неэффективны и только ранняя релапаротомия позволяет спасти больных. Своевременная повторная санация брюшной полости, смена способа ее ведения, декомпрессия кишечника и другие мероприятия обрывают генерализацию и прогрессирование процесса и позволяют надеяться на благоприятный исход.

Из 261 больного с распространенным аппендикулярным перитонитом у 215 (82,4%) течение послеоперационного периода было без осложнений. У 46 (17,6%) в послеоперационном периоде возникли различные осложнения: нагноение раны в послеоперационном периоде возникло у 14 больных, гнойники брюшной полости - у 24, кишечные свищи - у 2, из них у 20 (7,6%) больных возникшие осложнения потребовали релапаротомии.

Умерло 2 (0,7%) детей. Причиной их смерти явилась нарастающая интоксикация и полиорганная недостаточность вследствие перитонита, а также сопутствующая патология.

Таким образом, распространенный аппендикулярный перитонит у детей - одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений острого аппендицита. Одной из наиболее частых его причин является несвоевременное обращение за медицинской помощью и диагностические ошибки на различных этапах диагностики.

Предоперационная подготовка, оперативное лечение и послеоперационная интенсивная терапия распространенного гнойного перитонита должна быть комплексной с учетом его стадии и нарушений гемостаза.

Комплексный подход к лечению детей со стомированным кишечником.

Цап Н.А.

Кафедра детской хирургии

При определенных известных показаниях необходимо завершить оперативное вмешательство на органах брюшной полости у ребенка формированием энтеро- или колостомы. В экстренном порядке кишечная стома формируется хирургом при выраженных гнойно-воспалительных изменениях в брюшной полости в результате некроза кишки, ее перфорации, несостоятельности или непроходимости межкишечного анастомоза, спаечно-паретической непроходимости кишечника с образованием абсцессов брюшной полости или несформированных тонкокишечных свищей, а также при разрывах прямой кишки, атрезии кишечника на различных уровнях. Выведение кишечной стомы на переднюю брюшную стенку в плановом порядке показано при выборе хирургом многоэтапного метода хирургического лечения при заболеваниях прямой кишки, околопрямокишечного пространства, промежности, болезни Гиршпрунга, приобретенных стенозах ободочной кишки.

Из 146 детей с энтеро-и колостомами, которые лечились в клинике детской хирургии УГМА за последние 15 лет, основную группу больных - 72,4% - составили дети с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и травматическими повреждениями кишечника (инвагинация кишечника, деструктивный аппендицит, язвенно-некротический энтероколит, патология дивертикула Меккеля). 51,5% детей оперированы были в клинике повторно после ранее выполненных безуспешных операций. Среди пациентов преобладали дети до 1 года жизни - 63%.

После формирования энтеро-или колостомы состояние детей в послеоперационном периоде значительно изменяется в связи с потерями кишечного содержимого, особенно из высоких стом, которые быстро могут вызвать обезвоживание, истощение организма ребенка, развиваются выраженные обменные нарушения, в некоторых