

4. Лаптиёва А.Ю. Оценка функциональной активности резецированной печени при внутрипеченочном введении цианокобаламина / А.Ю. Лаптиёва, А.А. Андреев // Молодежный инновационный вестник. - 2019. - Т. 8. - № 2. - С. 32-34.

5. Bhat M. The basis of liver regeneration: A systems biology approach / M. Bhat, E. Pasini, C. Baciua, M. Angeli, A. Humar, and etr. // Annals of Hepatology. - 2019. – p. 422–428.

6. Buchwalow I.B. Immunohistochemistry: Basics and Methods, 1st Edition / I.B. Buchwalow, W. Boecker // London: New York: Springer. – 2010. – С. 158.

7. Laptiyova A.Yu. Prevention of post-resection acute liver failure by various methods of cyanocobalamin administration in the experiment / A.Yu. Laptiyova, A.A. Andreev, A.A. Glukhov and etr. // International Journal of Biomedicine. - 2020. - Т. 10. - № 3. - С. 257-261.

8. Miguel M.P. Mesenchymal Stem Cells for Liver Regeneration in Liver Failure: From Experimental Models to Clinical Trials / M.P. de Miguel , I. Prieto, A. Moratilla, J. Arias and etr. // Hindawi Stem Cells International. 2019. – p. 1-12.

УДК 616.348-002.4-053-31

**Омурбеков Т.О., Орозоев У.Д., Сапарбеков А.А., Порощай В.Н,
Самсалиев М.Ж.**

**ДИНАМИКА РОСТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ
И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ**

Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Omurbekov T.O., Orozoev U.D., Saparbekov A.A., Sprout V.N.,
Samsaliev M.Zh.**

**DYNAMICS OF GROWTH OF APPENDICULAR PERITONITIS AT
CHILDREN AND THE RESULTS OF HIS TREATMENT**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva
Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin
City Children's Clinical Emergency Hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

E-mail: saparbekovaman142@gmail.com

Анатоция. В статье проведен анализ частоты оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и его осложнённых форм. Применение перчаточного дренажа в комплексном лечении аппендикулярного перитонита улучшает конечные результаты в раннем и позднем послеоперационном периоде у детей.

Annotation. The article analyzes the frequency of surgical interventions for acute appendicitis and complicated forms. The use of glove drainage in the complex treatment of appendicular peritonitis improves end results in the early and late postoperative period in children.

Ключевые слова: острый аппендицит, перитонит, дети.

Key words: acute appendicit's, peritonitis, children.

Введение

Острый аппендицит у детей - одно из наиболее частых заболеваний, требующих хирургического лечения и занимает первое место среди всех экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости [1,2,13]. Трудности диагностики аппендицита, связанные с особенностями детского организма, часто приводят к деструктивным изменениям червеобразного отростка, перфорации и развитием перитонита[3,13]. Аппендикулярный перитонит является основной причиной развития у детей сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности [5], летальность при данной патологии в разных возрастных группах составляет в среднем 0,2-2,3%, а у новорожденных достигает 80% случаев [6]. Лечение является достаточно сложной задачей и включает в себя устранение причины вызывающей патологический процесс, улучшение функции органов, снижение послеоперационных осложнений, а также косметический результат. Но, не смотря на значительное улучшение результатов диагностики и лечения аппендицита у детей, послеоперационные осложнения в последние годы сохраняются на уровне 10-15%, и не имеют тенденции к снижению [2,6,7,8], что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения вопроса диагностики, лечения и профилактики осложнений аппендикулярного перитонита.

Цель исследования - изучить частоту осложнённых форм аппендицита и результаты его лечения при применении перчаточного дренажа, у детей с аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы исследования

Нами на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек за период 2014-18гг., наблюдались 3580 детей с острым аппендицитом в возрасте от 1 года до 16 лет, длительность заболевания составляла от нескольких часов до 7 суток. Больным проведено комплексное лечение включавшее: экстренное хирургическое вмешательство в брюшной полости с удалением патологического очага инфекции и интенсивная терапия. Осложнённые формы аппендицита выявлены у 627 (17,5%) пациентов. Всем больным проводились общепринятые методы обследования: общий анализ крови, мочи; УЗИ органов брюшной полости, почек; Обзорная рентгенография брюшной полости, грудной клетки, и биохимические анализы крови по показаниям. Частота оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и осложнённых форм, представлена на рисунке 1.

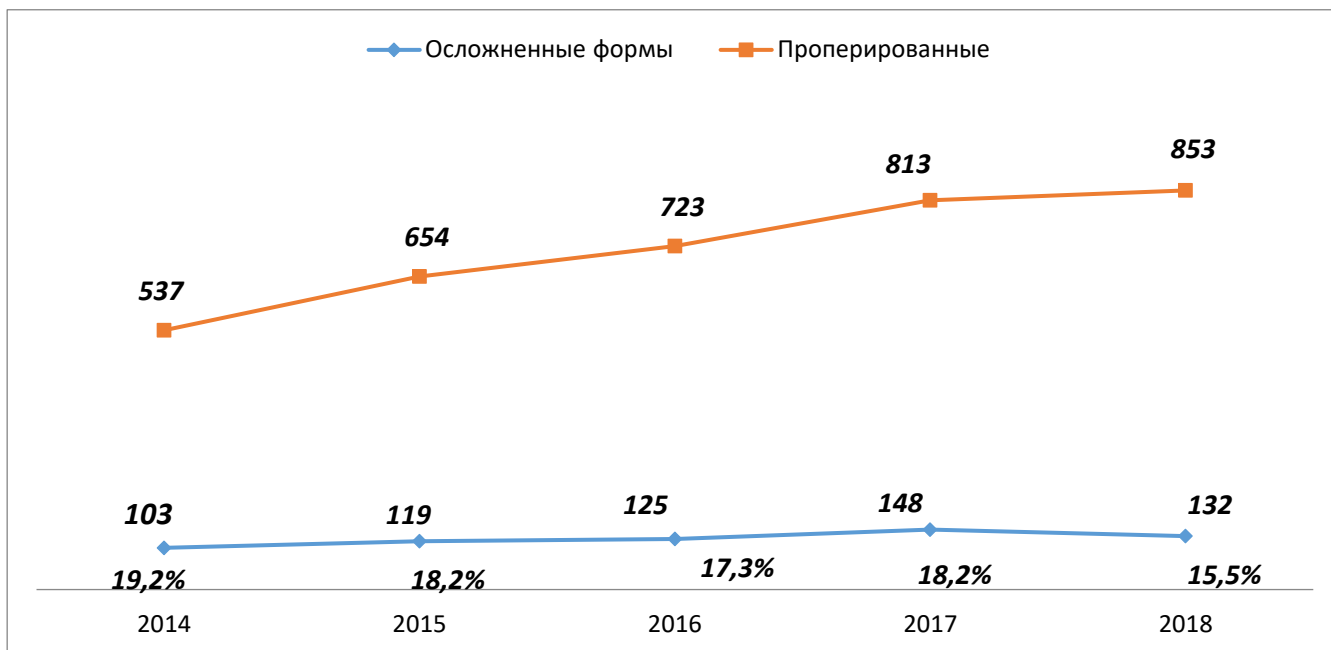


Рис. 1. Динамика роста оперативных вмешательств и осложнённых форм аппендицита у детей

Как видно из рис. 1, за последние годы, отмечается увеличение хирургических вмешательств у детей по поводу острого аппендицита и незначительное снижение его осложнённых форм. Это, видимо, связано с увеличением детского населения, ранней диагностикой и своевременным обращением пациентов в специализированные медицинские учреждения.

Результаты исследования и их обсуждение

Во время обследования пациентов выявлены сопутствующие заболевания у 268 (7,5%) ОРВИ, у 106 (2,9%) ДЖВП, у 48 (1,3%) пневмония, 22 (0,6%) мочекаменная болезнь, 12 (0,3%) врождённые пороки развития мочевыделительной системы, что требовало проведения дополнительных методов исследования с целью дифференциальной диагностики. Всем больным аппендэктомия выполнялась по классической методике, открытым способом из доступа по Волковичу-Дьяконову. Вопрос оперативного доступа связан с оснащённостью больницы и наличием сертифицированных кадров [3]. Основными критериями в рамках классификации острого аппендицита мы рассматривали клинико-морфологические изменения червеобразного отростка и осложнения связанные с распространением гнойного экссудата с учётом деления брюшной полости на анатомические области. Структура морфологических изменений червеобразного отростка и осложнённых форм аппендицита представлена в таблице 1.

Таблица 1

Деструктивные и осложнённые формы острого аппендицита у детей

		Осложнённые формы			
		Перитонит		Абсцедирующая	
Флегмонозны	26 (4,1%)	Местный	132 (21%)	Периаппендикулярный абсцесс	72 (11,5%)

Гангренозный	49 (7,8%)	Разлитой	176 (28,1%)	Аппендикулярный инфильтрат	16 (2,5%)
Гангренозно- перфоративны й	552 (88,1%)	Диффузн ый	319 (50,9%)		

Как видно из таблицы 1, в наших наблюдениях наиболее часто из деструктивных форм аппендицита у детей, выявлялась гангренозно-перфоративная, осложнённая диффузным или разлитым перитонитом, при этом тифлит отмечен у 195 (31,1%), оментит у 165 (26,3%), илеит у 36 (5,7%) пациентов. Во многом, характер и тяжесть изменений зависят от выраженности микробной агрессии и их ассоциаций [1,6]. В наших наблюдениях микрофлора брюшной полости была представлена ассоциациями кишечной палочки (19,8%) с кокковой флорой (49,3%) и другими штаммами (30,9%) представляющие условно-патогенную флору, колонизирующуюся в кишечнике. Повышение вирулентности и антибиотикорезистентность штаммов зачастую затрудняет проведение антибактериальной терапии, что может привести к развитию сепсиса [2,7,9]. Данные исследования учитывались при проведении лечения пациентов с осложнёнными формами аппендицита. Многообразие патологических процессов при аппендикулярном перитоните требует комплексного подхода в лечении данной категории больных, направленное на устранение источника инфекции, рациональная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений гомеостаза. Лечение пациента начинали по установлению диагноза с предоперационной подготовки, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений и внутривенным введением антибиотиков за 30 минут до операции. В качестве стартовой терапии использовали цефалоспоринов II, III поколения, что позволяло эффективно воздействовать на многие аэробные и анаэробные микроорганизмы и могло использоваться в качестве монотерапии. При необходимости применялась комбинированная терапия с метронидазолом и аминогликазидами. Основным звеном в лечении аппендикулярного перитонита - является своевременное хирургическое вмешательство, направленное на санацию очага инфекции. Мы придерживаемся отработанной за многие годы методики, которая зависит от формы перитонита и включает в себя: лапаротомию, эвакуацию экссудата, устранение источника инфекции, санацию и дренирование брюшной полости. Устранение источника инфекции и тщательная санация брюшной полости путём аспирации гнойного выпота без промывания [2] и установления перчаточного дренажа во многом определяет эффективность и благоприятное течение послеоперационного периода. На сегодняшний момент много вопросов и обсуждений о наиболее эффективном дренировании брюшной полости для обеспечения адекватной эвакуации содержимого. Но дренирование брюшной полости при перитоните, должно проводиться по строгим показаниям. Предлагается множество вариантов и материалов для осуществления поставленных вопросов – применение марлевых тампонов, «сигарных», полихлорвиниловых или силиконовых трубок,

резиновых выпускников, коллагена, лизосорбента, декстраны, углеродных сорбентов и другими материалами [3,10,11]. Но пассивное дренирование брюшной полости не обеспечивает адекватного оттока экссудата, а дренажные трубки теряют проходимость в 80% случаев в первые сутки после операции [2], что приводит к неполной санации источника перитонита [3,14]. Нами в послеоперационном периоде при аппендикулярном перитоните для адекватного оттока экссудата из брюшной полости используется перчаточный дренаж, который подводится к ложу червеобразного отростка (не закручивая) и выводится наружу. Послойные швы на рану, отсроченные на кожу. Суть дренирования заключается в том, что на следующий день после операции проводится прокручивание дренажа по часовой стрелке в три оборота, таким образом, создавая своеобразный насос (активный дренаж), а повышение давления в брюшной полости, формирует условия для полноценного оттока содержимого. Сроки дренирования колебались от 4 до 6 суток, при этой методике дренирования значительно сократились случаи ранней и поздней спаечной непроходимости и формирования внутрибрюшного абсцесса. Смену антибиотика проводили при развитии послеоперационных осложнений и неэффективности проводимой антибактериальной терапии. Полноценное обеспечение питательными ингредиентами необходимый элемент в лечении аппендикулярного перитонита. Энтеральное кормление назначали через 6-8 часов после операции в зависимости от функции желудочно-кишечного тракта, а парентеральное питание сразу после операции. Проведение интенсивной терапии включало, улучшение реологии крови, микроциркуляции, моторики кишечника, профилактику и коррекцию иммунодефицита. В обязательном порядке после стихания острого процесса в брюшной полости назначали специфическую противовоспалительную терапию 2-3-х недельным курсом, с целью профилактики спаечной кишечной непроходимости.

Выводы

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение активности оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита у детей, но наряду с этим его осложнённые формы имеют тенденцию к снижению.

Комплексное лечение аппендикулярного перитонита с применением перчаточного дренажа брюшной полости, позволило улучшить течение послеоперационного периода и уменьшить число осложнений, связанных с формированием абсцесса и спаечной непроходимостью до 3,8%.

Список литературы:

1. Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис /Б.Р.Гельфанд, М.И.Филимонов, С.З.Бурневич //Русский медицинский журнал. – 1999. – 5/7. – 6 с.
2. Гостищев В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии/ В.К. Гостищев// Методические рекомендации. Изд. При поддержке Glaxo Wellcjme – 2001. – 8 с.
3. Долецкий С.Я. Осложнённый аппендицит у детей. / С. Я. Долецкий, В. Е. Щитина, А. В. Арапова. – М.: Медицина, 1982. - 96 с.

4. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого перитонита гнойного перитонита / Н.С. Макоха. – М.: Медицина, 1967. – 45 с.
5. Карасёва О.В. Лечение аппендикулярного перитонита у детей/ О.В.Карасёва, Л. М. Рошаль, А.Б. Брянцев [и др.] // Детская хирургия. – 2007. - №3. – С. 23-27.
6. Гисак С.Н. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей / С. Н. Гисак // Детская хирургия. – 2017. – Т 21, №4. – С.- 123.
- 7 Диагностика и лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / К.Т. Турсунов, А.К. Ормантаев, Д.Б. Рузиддинов [и др.] // Российский вестник детской хирургии и анестезиологии.-2014.-Т. 4, №2. – С. 37-40.
- 8 Этапная диагностика и лечебная тактика при хирургических заболеваниях детского возраста /В. Ф. Доронин, Ю. М. Вереютин, С. В. Минаев [и др]: Учебно-методическое пособие. – Ставрополь: Изд. СтГМА, 2003. – 131 с.
9. Тараканов В.А. Принципы комплексного лечения детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / В.А. Тараканов, И.В. Нестеров, А.Н. Луняка // Детская хирургия. – 1998. - №2. – С. 15-18.
10. Генералов А.И. О дренировании брюшной полости у детей при аппендикулярном перитоните. Вопросы охраны материнства и детства. 1977; 12: 16-22.
11. Брожник В.Н. Оптимизация комплексного лечения местного перитонита аппендикулярного генеза у детей//Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук, Донецк, 2001. 27 с.
12. Буянов В.М. Комплексное лечение острого разлитого перитонита /В.М. Буянов, Т.И. Ахметели, Н.Б. Ломидзе //Хирургия. 1997. -№8. – С. 4-8.
13. Prince M.R., Naase G.M., Sartorelli K.H. et al. Iervstive man cons Recurrent appendicitis after intia Gement of appendiceal abscess, J. Pediatr. Surg. 1996. Voi. 31. No. 2. P. 291 – 294.
14. Mikulicz G. Uber die Anwenduhg der Antisepsis bie Laparotomien, mit besonderer Rucksicht auf die Drainage der Poritonealhole / G.Mikulicz // Arch. Klin. Chir. – 1881. – Bd. 26. - №1. – P. 111-150.

УДК 616.34-007.251

Павлова В.Н., Амарантов Д.Г., Заривчацкий М.Ф., Шубина С.С., Тимшина Д.И., Пономарева Д.Н., Попов Ю.А., Оревков Е.Б., Стринкевич А.В., Алиева Э.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ТОЩЕЙ И ПОДВЗДОШНОЙ КИШОК

Кафедра факультетской хирургии №2

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера