

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Наукова асоціація хірургів України
Інститут хірургії та трансплантології АМН України
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
Тернопільська обласна державна адміністрація

МАТЕРІАЛИ

XX з'їзду хірургів України

Том 2

Тернопіль
"Укрмедкнига"
2002

СЮДЖЕНИХ ПІІ У ДІТЕЙ

т.

остики та лікуван-
ярному перитоніті
процесу.

ту надається особ-
итку синдрому ен-
му організмі, котрі
головних задач є
ням особливостей

и у 226 пацієнтів,
місцевому апенди-
я кишкова палич-
стий стафілокок –
% випадків росту
ндикулярних пери-
у – 53,9 %, золо-
аличка і клебсієла
не було виявлено
них препаратів). У
еритонітах велике
ни у сполученні з
залися бактероїди.
висівалися в 27 %
іх асоціацій) була

і післяопераційних
що при місцевому
при розповсюдже-
паротомії при роз-

ікування післяопе-
із неодмінних ком-
порожнини, у тому

Нами проведено аналіз лікування 52 хворих з розповсюдженим перитонітом апендикулярної етіології, з них: у 18 хворих була накладена керована лапаростомія у сполученні з заочеревинною продовженою новокаїновою блокадою (ЗПНБ) кореня брижі тонкої кишки, у 34 хворих черевна порожнина ушивалася наглухо.

З огляду на особливості мікрофлори перитонеального ексудату та індивідуальний ризик післяопераційних ускладнень антибактеріальна терапія проводилася карбапенемами (тиенам) та цефалоспоринами III–IV поколінь (цефуроксим, цефтріаксон, цефтазидим) у сполученні з препаратами групи метронідазолу за схемами згідно з віком. У хворих, яким була накладена керована лапаростомія у сполученні з ЗПНБ, проводилася також лімфотропна антибактеріальна терапія за схемою. Усі клінічні антибіотикограми показали виражену чутливість бактерій до вказаних препаратів.

Кількість післяопераційних ускладнень у обстежених хворих була в 1,3 раза нижча. Функція кишечника відновлювалася на $(2 \pm 0,5)$ добу. Ліжкодень зменшився на $(1,5 \pm 0,5)$ доби.

Таким чином, ми впевнені, що застосування антибіотиків нового покоління значно поліпшує післяопераційний стан хворого та зменшує кількість ускладнень.

УДК 615.281-612.62-053.2

М.Г. Мельниченко

ДО ПИТАННЯ ПРО АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ ТЕРАПІЮ АПЕНДИКУЛЯРНИХ ПЕРИТОНІТІВ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Вступ. Незважаючи на широку палітру досліджень щодо лікування перитоніту, не можна вважати всі питання даної проблеми цілком вирішеними, і перш за все, у дітей. На сучасному етапі істотного прогресу у вирішенні проблеми перитоніту в дитячому віці можна досягнути шляхом боротьби з ендогенною інтоксикацією, яка може призводити до SIRS та поліорганної недостатності, і використання адекватних методів санації черевної порожнини, раціональної антибактеріальної терапії з урахуванням особливостей збудників інфекції, перебігу перитоніту, а також чіткого алгоритму ведення післяопераційного періоду (Біляєва О.А., 1996; Кузін М.І., 1994; Мільков Б.О., 1996; Гаїн Ю.М., 1999; Зайцев В.Т., 1999; Aschraft K.W., 1997; Sivit C.G., 1992; Forloni B., 1994; Essr G., 1980).

Матеріал і методи. Об'єктом клінічного дослідження були 128 дітей з різноманітними формами перитоніту апендикулярної етіології віком від 6 до

14 років. З них розповсюджений перитоніт мав місце у 35 (27,3 %) хворих, місцевий — у 93 (72,2 %).

Клінічне дослідження хворих передбачало обстеження всіх органів і систем з використанням фізикальних методів, а також проведення ректо-абдомінального дослідження, ультразвукового сканування, термографії. Лабораторні дослідження передбачали вивчення гемограми і біохімічних показників крові, загального аналізу сечі. Показники периферійної крові вивчалися за формулами Кальфа-Каліфа (ЛІІ) та гематологічним показником інтоксикації (ГПІ).

У оперованих хворих проводились бактеріологічні дослідження перитонеального ексудату з використанням живильних середовищ (ідентифікувалась чиста культура та визначалась чутливість флори до стандартного набору антибіотиків методом дисків).

Результати досліджень та їх обговорення. Усі хворі звертались у хірургічний стаціонар через 36-48 год від початку захворювання. Провідними симптомами апендикулярного перитоніту у всіх обстежених хворих були: суб'єктивний та провокований біль і м'язовий дефанс. У всіх пацієнтів зустрічалось блювання та підвищення загальної температури тіла, подразнення очеревини. Треба визнати, що при відмежованому запаленні важливою ознакою була пальпована "пухлина" у правій половині черева. Зміни випорожнення та дизуричні явища певною мірою свідчили про топіку та поширеність запалення. При обстеженні хворих проводилось визначення ступеня ендогенної інтоксикації за клінічними ознаками важкості стану хворої дитини та показниками гомеостазу (39 дітей — 3-й ступінь; 72 хворих — 2-й ступінь; 17 пацієнтів — 1-й ступінь).

Хірургічне втручання складалося із видалення деструктивно зміненого апендикса, проведення ретельної санації (промивання) черевної порожнини розчинами антисептиків. Дренування при місцевому перитоніті проводили поліхлорвініловою трубкою, підведеною до ложа відростка, при розповсюдженому перитоніті додатково підводили дренаж через контрапертуру в малу миску. Крім того, проводилась декомпресія шлунково-кишкового тракту.

При проведенні бактеріологічних досліджень перитонеального ексудату тільки у 73 (57,1 %) спостереженнях ідентифікували збудника. Найбільш часто висівалася *E. coli* (48,4 %) і патогенний *St. aureus* (33,3 %), рідше *Enterococcus spp.* (15,2 %), *Candida* (2,9 %). При вивченні чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів знайдено, що найбільша чутливість визначалась до групи цефалоспоринов 2 і 3 покоління та групи аміноглікозидів. Виявлені дані враховувались при проведенні антибактеріальної терапії.

У післяопераційний період хворі одержували комплексну терапію: дезінтоксикаційну, інфузійну, симптоматичну, імунокоригуючу, антибактеріальну, фізіолікування. Антибактеріальну терапію проводили за такими принципами: первинно антибіотик призначали емпірично (з урахуванням найбільш

(27,3 %) хворих,
ня всіх органів і
проведення ректо-
термографії. Ла-
і біохімічних по-
ерійної крові вив-
чним показником

слідження перито-
нищ (ідентифікува-
тандартного набо-

вертались у хірур-
ання. Провідними
них хворих були:
сіх пацієнтів зуст-
тіла, подразнення
ні важливою озна-
а. Зміни випорож-
ку та поширеність
ня ступеня ендो-
хворої дитини та
— 2-й ступінь; 17

уктивно зміненого
ревної порожнини
итоніті проводили
а, при розповсюд-
трапертуру в малу
шкового тракту.
еального ексудату
удника. Найбільш
s (33,3 %), рідше
і чутливості мікро-
до найбільша чут-
іння та групи амі-
ні антибактеріаль-

ксну терапію: дез-
у, антибактеріаль-
за такими принци-
уванням найбільш

статистично розповсюдженого збудника та його чутливості). Антибіотик вводили внутрішньовенно одночасно з оперативним втручанням і продовжували вводити протягом 7-10 днів. Хворим із SIRS або високим ризиком хірургічного сепсису антибактеріальна терапія проводилась двома препаратами максимальними терапевтичними дозами. "Стартовими" препаратами, як правило, були цефалоспорины 2 та 3 покоління. Один з препаратів був обов'язково з високою антианаеробною активністю (частіше метронідазол). У подальшому мікробіологічний моніторинг дозволяв здійснювати етіотропну антибактеріальну терапію.

Двом дітям з розповсюдженим перитонітом із прогресуванням абдомінального запалення проведено релапаротомію із санацією черевної порожнини і міжкишкових абсцесів. Одного хлопчика оперовано з приводу ранньої спайкової непрохідності на 10 добу від першого втручання. Програмована лапаротомія не проводилась.

Усі хворі видужали.

Висновок. Наш досвід показав, що комплексне лікування апендикулярного перитоніту в дітей за основними принципами, які включають ретельну інтраопераційну санацію черевної порожнини, раціональну антибактеріальну терапію, використання фізичних факторів, сприяє гарним результатам лікування, приводить до скорочення строків перебування хворих у стаціонарі, дозволяє уникнути ускладнень.

УДК 616.381-002:615-053.2/.6

В.П. Слепцов, Л.Ф. Притуло, А.І. Кірсанов, І.В. Бондаренко

МЕРОНЕМ У ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ В ДІТЕЙ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Стара і завжди нова проблема перитоніту залишається однією з найскладніших в гнійній хірургії.

Протягом багатьох десятиліть антибактеріальна терапія перитоніту зазнавала самих різних змін і цілеспрямовано проводилась залежно від етіологічних агентів у різний час.

Із світових літературних джерел нам відомі етіологічні причини перитоніту, і нозокоміального в тому числі. В основному, це майже всі ентеробактерії (кишечна паличка, клебсієли, сальмонели, протеї та ін.), стафілококи, в тому числі метицилінрезистентні, ентерококи, ацинетобактер, синьогнійна паличка, неклостридіальні анаероби, особливо *B. fragilis*. Лікування такого широкого спектра тяжкої абдомінальної інфекції в практичній медицині представляється дуже складним розділом.