

ДВУРЯДНЫЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

Гурьянов А.Е.

Научный руководитель: канд. мед. наук

Д.А. Северинов

Курский государственный медицинский университет
Минздрава России, Курск, Россия

Ключевые слова: дети; перитонит; кишечный
двурядный шов

Актуальность. Перитониты в детской хирургической практике являются довольно распространённой патологией. Имеется ряд заболеваний, помимо острого аппендицита, которые также несут опасность развития перитонита, а именно дивертикулиты, удвоения кишечной трубки, энтерокистомы и др. Эти формы хирургической патологии, как правило, требуют реконструктивных вмешательств с наложением межкишечных анастомозов. Основной задачей лечения таких больных является интраоперационная тактика — одномоментный анастомоз или наложение энтеростомы. В настоящее время всё чаще встречаются сообщения о первичном мануальном анастомозе в условиях скомпрометированной кишечной стенки и даже при перитоните.

Цель работы: продемонстрировать опыт лечения детей, которым выполнено наложение первичного кишечного двурядного анастомоза в условиях распространённого гнойного перитонита.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни регионального центра за последние 10 лет. Было оперировано 52 ребёнка, которым потребовалось наложение межкишечных швов, из них 46 детей оперированы в связи с врождёнными пороками развития кишечника. В 6 случаях (5 мальчиков, 1 девочка, возраст от 6 мес до 12 лет) потребовалось наложение анастомоза в условиях гнойного перитонита. Больные были условно распределены на 3 группы (по 2 ребёнка в каждой группе): 1-я — дети, которым выполнена срединная лапаротомия; 2-я — правосторонняя лапаротомия; 3-я — эндоскопическая видеоассистированная резекция. Возможность одномоментного наложения швов определяли по шкале PRISM, DORA и визуальной оценке стенки кишки.

Результаты. У больных 1-й группы отмечался случай осложнённого течения послеоперационного периода, который потребовал повторного вмешательства, но не повлиял на благоприятный исход. Летальных исходов не было. У больных 1-й и 2-й групп начало энтерального кормления приходилось на 4–8-е сутки, а у больных 3-й группы — на 3–4-е сутки. Дети 1-й и 2-й групп были выписаны по наличию самостоятельного стула и усвоения питания на 14–18-е сутки, а дети 3-й группы — на 10–11-е сутки.

Заключение. Наличие гнойного выпота в брюшной полости ранее останавливало хирурга от активной реконструктивной тактики. На современном этапе в арсенале специалистов имеются минимально инвазивные технологии (эндовидеохирургия), которая позволяет выполнять адекватную санацию брюшной полости и проводить реконструктивные вмешательства с минимальной травмой брюшной стенки, что способствует ранней активизации больных и их восстановлению.