

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

УДК 616.381-002-07-08:616-053.31:616-053.3

ФАЙЗУЛЛАЕВ ЛАЗИЗБЕК ТЎЛҚИНОВИЧ

**Ранняя диагностика и тактика хирургического лечения
вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей**

5А 510202 – «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

ДИССЕРТАЦИЯ НАПИСАНО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
АКАДЕМИЧЕСКОЙ СТЕПЕНИ МАГИСТРА

Научный руководитель:

Д.м.н. профессор Хамраев А.Ж.

Ташкент – 2015 год

ANNOTATSIYA

Kalit so'zlar: Yangi tug'ilgan chaqaloqlar, ikkilamchi peritonit, TORCH, enterostoma.

Mavzuning dolzarbligi: Yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi ikkilamchi peritonit kasalligi – bu qorin bo'shlig'I a'zolarining tug'ma nuqsonlari va orttirilgan kasalliklarining og'ir asoratidir. Kokrak yoshidagi bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydigan Ikkilamchi peritonit kasalligi ko'p sababli va o'ta og'ir kasalliklardan biri bo'lib, barcha yuzaga keladigan peritonitlarning 75% ini tashkil qiladi (Bairov G.A., va bosh. 1997). Bugungi kunda Ko'krak yoshidagi bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ikkilamchi peritonitni davolashda TORCH infeksiyasi va og'ir bacterial sepsis fonida davolash eng muhim muammolardan biri hisoblanadi.

Maqsad: Ko'krak yoshidagi bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ikkilamchi peritonitning xirurgik davosini yaxhilash va erta tashxisini optimallashtirish.

Xulosalar:

1. Biz olgan ma'lumotlarga qaraganda ko'krak yoshidagi bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ikkilamchi peritonitning yuzaga kelishida 73,4%-NEK, Oshqozon ichak yallig'lanish kasalliklari (appenditsit va bosh.) – 13,3%, Oshqozon va to'g'ri ichakning yatrogen jaroxatlanishi-13,3% ni tashkil etadi.
2. Ko'krak yoshidagi bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ikkilamchi peritonit bilan asoratlangan NEK da osma enterostoma qo'yish maqsadga muvofiq bo'ladi, chunki bunda “o'chirib qo'yilgan” OIT ni nazorat qilish osonlashadi va stomani yopishda xech qanaqa qiyinchilik tug'ilmaydi.
3. TORCH infeksiya (SMV, VPG va toksaplazmoz) va xomila ichi infeksiyasini o'tqazgan muddatidan oldin va yangi tug'ilgan tug'ilgan chaqaloqlarda ikkilamchi peritonit davomli shaklda o'tadi va juda qiyin davolanadi.

ANNOTATION

Key words: newborns, Secondary peritonitis, TORCH, enterostoma

Actuality problems: Secondary peritonitis newborns - is a dangerous complication of various diseases and malformations of the abdominal cavity. Secondary peritonitis in neonates and infants is one of the heavy and polyetiological disease and is more than 75% of all peritonitis (Bairov GA, et al. 1997). To date, the treatment of secondary peritonitis in neonates and infants is a particular problem cure the child on a background of severe bacterial sepsis with organ damage or Grozny during TORCH infections.

Objective: Optimizing the early diagnosis and improve the results of surgical treatment of secondary peritonitis in neonates and infants.

CONCLUSIONS:

1. In our data the main cause of secondary peritonitis in neonates and infants is NEK-73.4%; iatrogenic damage to the stomach and rectum, 13.3%
2. In newborns and infants with NEC to complications secondary peritonitis, the imposition of a suspension enterostomy is optimal, this creates the possibility of optimal care for disabled intestine and causes technical difficulties closing enterostomy.
3. In newborns and premature infants undergoing BV and TORCH infections (CMV, HSV and toxoplasmosis) secondary peritonitis pierced as an extension of peritonitis and it is difficult to give in to treatment.

АННОТАЦИЯ

Ключевые слова: Новорожденные, вторичный перитонит, TORCH, энтеростомы.

Актуальность проблемы: Вторичный перитонит новорожденных - это грозное осложнение различных заболеваний и пороков развития органов брюшной полости. Вторичный перитонит у новорожденных и грудных детей, является одним из тяжелых и полиэтиологическим заболеванием и составляет более 75%, из всех перитонитов (Баиров Г.А., и др. 1997). На сегодняшний день, при лечении вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей особой проблемой является вылечивание ребенка на фоне тяжелого бактериального сепсиса с органными поражениями или при грозном течении TORCH инфекции.

Цель: Оптимизация ранней диагностики и улучшение результатов хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей.

Выводы: 1. По нашим данным основной причиной развитию вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей составляет НЭК-73,4%; воспалительных заболеваний ЖКТ (аппендицит и др.) -13,3 %; ятрогенная повреждение желудка и прямой кишки-13,3%,

1. У новорожденных и грудных детей при НЭК с осложнениями вторичным перитонитом, наложение подвешивающей энтеростомии является оптимальной, при этом создается возможность оптимального ухода за отключенным отделом кишечника и не вызывает технических трудностей закрытия энтеростомы.
2. У новорожденные и недоношенные дети переносящих ВУ и TORCH инфекции (ЦМВ, ВПГ и токсоплазмоз) вторичный перитонит протыкается в виде продолженного перитонита и трудно поддается к лечению.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА I. Обзор литературы.....	12
2.1. Узбекистан на пороге обретения независимости.....	12
2.2. Общий понятия.....	21
2.3. Классификация перитонита.....	24
2.4. Клиника и методы диагностики.....	25
2.5. Методы лечения.....	27
2.6. Выводы к ГЛАВЕ I.....	31
ГЛАВА II. Характеристика обследованных детей, материалы и методы исследования.....	33
2.1. Общая характеристика обследованных детей. Материалы обследования	33
2.2. Методы исследования.....	35
2.3. Собственных исследований	39
2.4. Лечение.....	56
Выводы к главе II.....	69
ГЛАВА III. Результаты собственных исследований и их обсуждения.....	71
Выводы к главе III.....	77
Заключения	78
Выводы.....	84
Практические рекомендации.....	85

Список опубликованных работ.....	86
Список использованной литературы.....	87

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ИКК	-	избыточная колонизация кишки
ЖКТ	-	желудочно-кишечный тракт
НЭК	-	некротизирующий энтероколит
СКК	-	синдром короткой кишки
УЗИ	-	ультразвуковое исследование
ИВЛ	-	Искусственная вентиляция легких
СОЭ	-	скорость оседания эритроцитов
ТК	-	Тонкая кишка
ЦМВ	-	цитомегаловирус
ВПГ	-	вирус простого герпеса
КЩР	-	кислотно щелочная равновесия
ОРИТ	-	отделение реанимации, интенсивной терапии

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы: Вторичный перитонит новорожденного - это грозное осложнение различных заболеваний и пороков развития органов брюшной полости. Вторичный перитонит у новорожденных и грудных детей, является одним из тяжелых и полиэтиологическим заболеванием и составляет более 75%, из всех перитонитов {2}. Всех новорожденных с перитонитом необходимо рассматривать как угрожаемых относительно возможной перфорации желудочно-кишечного тракта. Причиной вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей в 53 % случаев является НЭК, а в остальных случаях ятрогенная перфорация желудка и прямой кишки с частым поражением ректосигмоидального отдела при выполнении техники очистительных клизм. {2,4}. НЭК у недоношенных новорожденных 86,5% осложняется перитонитом {2}. Перитониты при НЭК без перфорации полого органа у недоношенных детей, встречается почти в 2,5 раза реже, чем воспаление брюшины вследствие перфорации кишечника {2}. Трудности ранней диагностики перитонита у новорожденных и грудных детей часто обуславливаются тяжелым состоянием больных, парезом кишечника, отсутствием и стертиостью клинических специфических симптомов на фоне применения антибиотиков, проведения интенсивной терапии и обезболивания. Ранняя диагностика и лечение вторичного перитонита новорожденных и грудных детей по-прежнему остается одной из трудных задач неонатальной, абдоминальной детской хирургии и интенсивной терапии в связи с её высокой хирургической летальностью. Поэтому, ученые отмечают что, вторичный перитонит у новорожденных и детей по тяжести течения и трудности диагностики можно сравнить только с перитонитом у новорожденных (Ю.Ф.Исаков, И.В.Бурков, Н.Б. Ситковский. 2002). Исход его зависело от того, насколько своевременно поставлен диагноз и произведена релапаротомия. Летальность при перитоните у новорожденного

по данным различных авторов достигает 50-80% и даже 100% у недоношенных новорожденных с тяжелой сопутствующей патологией (Горбатюк О.М., Мартынюк И.В., 2014).

Эффективность лечения НЭК у новорожденных определяется своевременной диагностикой, объёмом и характером комплексной терапии (Хамраев А.Ж. и др., 2012). Несмотря на успешно проводимое комплексное лечение при вторичном перитоните у новорожденных смертность достигает до 80 %. До 50% случаев мекониевого илеуса сопровождается вторичным перитонитом. При этом фиброадгезивный перитонит встречается в 45 % наблюдений в виде расширения петель кишечника, наличия единичных кальцинатов (Исаков Ю.Ф., и др., 2011; Burge D.M., Griffiths D.M. at.all. 2005; Puri P., Hollwarth M.E. at.all., 2006).

По данным Ашкрафта К.У, Холдер Т.М., (1996) и Караваевой С.А. (2002) при хирургическом лечении НЭК, осложненным вторичным перитонитом, после трансректальной лапаротомии ревизии и санации брюшной полости предлагают: экономной резекции пораженного участка кишки наложением энтеростомии, экономной резекции пораженного участка кишки, наложения анастомоза с созданием энтеростомии и отключение участка пораженной кишки с созданием энтеростомии.

При вторичном перитоните операции выбора предлагают создание временной лечебной энтеростомы и наложение межкишечного анастомоза, и при этом, несостоятельность швов анастомоза отмечают 25% и летальность 11,4% (В.Г. Цуман, А. Е. Машков, Д.А. Пыхтеев, 2004). Однако, в условиях вторичного перитонита при резекции кишки, вопрос о первичном анастомозе остаётся открытым. Другие авторы, операцией выбора считают только выключения пораженного сегмента кишки (Луныка А.Н. и др., 2010).

На сегодняшний день, при лечении вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей особой проблемой является вылечивание ребенка на фоне тяжелого бактериального сепсиса с органами

поражениями или при грозном течении TORCH инфекции. Поэтому, разнообразное клиническое течение вторичного перитонита на фоне других соматических патологий и существование разных видов оперативных вмешательств у новорожденных и грудных детей требуют разработать оптимизацию диагностики и тактику хирургического лечения.

В последние годы разработка новых медицинских технологий, возросшие возможности инструментальных методов диагностики и лечения, внедрение новых путей и форм воздействия на микрофлору, способов борьбы с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью наметили определенный прогресс в решении этой проблемы. Несмотря на этого многие вопросы ранняя диагностика и тактики хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей остаётся проблемой и требует своего решения.

Цель: Оптимизация ранняя диагностики и улучшение результатов хирургического лечение вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей.

Задачи: 1. Изучить причину развития вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей по материалам клиники
2. Разработать тактические подходы и создание алгоритма хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей в зависимости от степени тяжести и фонового заболевания.
3. Определить течение вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей рол TORCH инфекции и разработать методы лечение.

Материалы исследования: Нами планируются проводить клинические исследования и лечение 30 новорожденных и детей грудного возраста с вторичным перитонитом, находившиеся на клинической базе (1-ГКДБ) кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ.

Методы исследования:

- общезыкальные методы исследования;
- общий анализ крови, мочи и кала;
- исследование на TORCH инфекции (ЦМВ, ВПГ, уреаплазмоз, токсоплазмоз и др.);
- биохимические анализы (общий белок, белковые фракции, билирубин, и др.)
- рентгенологическое исследование (обзорная рентгенография брюшной полости, пассаж ЖКТ);
- УЗИ (органов брюшной полости).

Научная новизна:

1. Оптимизировано раннее диагностирование и создание алгоритма тактики хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей.

2. При решении тактики хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей необходимо: выбор оптимального лапаротомного доступа максимально ближе к очагу перфорации; тщательной санации и адекватное дренирование брюшной полости; тщательная декомпрессия путем наложения дистальной энтеростомии является необходимым интраоперационным манипуляцией, которое позволяет значительно снизить хирургическую летальность.

3. Выявлено роль фоновых заболеваний и TORCH инфекции, на послеоперационном течении вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей.

Практическое значение работы: Своевременное раннее выполнение лапаротомии определяется комплексом диагностических мероприятий, включающим все динамику клинической картины, показатели гомеостаза, УЗИ, диагностическая возможность последних позволяет выявить возникающие осложнения в ранние сроки.

Выбор оптимального транс и параректальных лапаротомных доступов ближе к источнику любой локализации перфорации кишечника у

новорожденных и грудных детей, позволяет провести полноценной ревизии, санации, дренирование и наложение дистальной энтеростомии.

Объем и структура магистерской диссертации: Работа изложена на 95 страницах, компьютерной распечатки, иллюстрирована 12 рисунками, 6 таблицами и 3 диаграммами. Научный проект состоит из введения, обзора литературы (глава 1), описания общей характеристики клинических наблюдений, применяемых методов исследования (глава 2). Результатов и их обсуждения (глава 3), заключения, выводов, списка литературы, отечественных (40) и зарубежных (30) источников.

В процессе работы автором проведен анализ данных историй болезни, клинико-лабораторных, диагностических и функциональных исследований у 30 новорожденных, недоношенных и грудных детей с вторичном перитонитом различной этиологии. Автор принимал участия в 6 операциях, провел 23 различных дооперационных исследований.

Автором по теме магистерской диссертации опубликовано 2 статья на зарубежном и республиканском медицинском журнале и 1 тезис.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Узбекистан на пороге обретения независимости

Большим достижением проводимой в независимом Узбекистане экономической политики является рост доли малого бизнеса и частного предпринимательства в ВВП и его роли и места в развитии экономики страны. Если в 2000 году на долю этого активно развивающегося сектора экономики приходилось около 31 процента ВВП, то в 2010 году — уже 52,5 процента. Следует особо отметить и важность данного процесса в социальном плане, в частности, создании новых рабочих мест и повышении благосостояния населения. Так, в структуре доходов населения на долю доходов от предпринимательской деятельности приходится более 47 процентов от общего объема.

Объявление 2014 года Годом здорового ребенка еще раз свидетельствует об особой роли и месте, которые отводятся этому сектору в процессе реформирования и развития экономики страны.

Новый этап в модернизации и демократизации всех сфер жизни определила разработанная главой нашего государства Концепция дальнейшего углубления демократических реформ и формирования гражданского общества в стране. На Международной научно-практической конференции, прошедшей 22—23 апреля нынешнего года в Ташкенте, представители многих авторитетных международных организаций и финансовых институтов, в том числе ООН, ОБСЕ, Всемирного банка, Азиатского банка развития, Исламского банка развития, ученые, специалисты обсудили опыт Узбекистана в проведении глубоких последовательных преобразований по демократизации общества. В своих выступлениях они неоднократно подчеркивали, что Концепция является

логическим и закономерным продолжением процессов реформирования, демократического обновления и модернизации, начатых в Узбекистане с первых дней независимости. Этот программный документ содержит глубоко обоснованные новые законодательные инициативы, реализация которых послужит достижению Узбекистаном долгосрочной цели — войти в число развитых демократических государств, обеспечить народу достойные условия жизни и достойное место в мировом сообществе.

Все это еще раз подтвердило, что именно реализация отечественной модели реформирования и модернизации страны предопределила прогресс и процветание Узбекистана за годы независимости. Тщательная проработка, последовательность и поэтапность рыночных преобразований, исходящие из пяти принципов, определенных главой государства, являются залогом устойчивого развития национальной экономики и социальной сферы, эффективности системы государственной власти и управления. Особенно наглядно это проявилось в период мирового финансово-экономического кризиса, последствия которого крайне отрицательно сказались на социально-экономическом развитии большинства стран мира. Узбекистану, в отличие от многих государств, не только удалось сохранить высокие темпы экономического роста, но и создать в рамках реализации Антикризисной программы мер прочный фундамент для дальнейшего устойчивого развития. В 2009 году темпы роста ВВП страны составили 8,1 процента, в 2010 году — 8,5 процента, а по итогам первого полугодия текущего года - 8,0 процентов, что, по оценке мировых финансовых институтов, является одним из самых высоких показателей в мире. В непростых условиях в стране были обеспечены устойчивость и сбалансированность основных макроэкономических параметров, стабильные темпы роста производства, профицит Госбюджета, торгового и платежного баланса, рост экспорта и золотовалютных резервов. Так, общий объем экспорта за первое полугодие 2011 года возрос на 18,7 процента, а положительное сальдо внешнеторгового баланса превысило 2,4 миллиарда долларов.

Особенно наглядно происходящие в экономике страны перемены проявляются в промышленности. Если в 2000 году доля отрасли в ВВП республики едва превышала 14 процентов, то в 2010 году она достигла 24 процентов, а удельный вес готовой продукции с высокой добавленной стоимостью в структуре промышленного производства превысил 50 процентов.

Исходя из долгосрочной стратегической цели экономического развития республики, в качестве основного приоритета на 2010 год выдвинуто продолжение начатой с первых дней независимости политики структурных преобразований и опережающего развития высокотехнологичных современных отраслей и производств, направленной на повышение конкурентоспособности и укрепление позиций Узбекистана на мировых рынках. В 2011 году на реализацию программ модернизации и технологического обновления в промышленности предусмотрено направить свыше 36 процентов всех инвестиций в экономику, из которых затраты на приобретение современного оборудования будут составлять не менее 46 процентов.

Кроме этого, достижению данной цели будет способствовать и принятие Программы «О приоритетах развития промышленности Узбекистана в 2011—2015 гг.», предусматривающей реализацию свыше 500 крупных инвестиционных проектов в промышленности общей стоимостью около 50 миллиардов долларов. Это позволит, обеспечить в ближайшие пять лет темпы роста объемов производства промышленной продукции не менее чем на 60 процентов, увеличить ее долю в структуре ВВП до 28 процентов в 2015 году. При этом опережающее развитие получают такие отрасли, как машиностроение и автомобилестроение, химическая, пищевая промышленность, фармацевтика, промышленность строительных материалов и другие.

Развитие инновационно - ориентированных отраслей объективно должно стать одним из эффективных источников обеспечения дальнейшего

устойчивого состояния и развития национальной экономики. Это даст возможность формировать новые рынки и оказывать новые, востребованные сегодняшним днем услуги, значительно изменяя при этом сам характер и структуру экономических отношений. В процессе экономического развития активное внедрение инновационных технологий в разных отраслях позволит обеспечить переход к такому типу экономики, когда инновация становится важнейшим экономическим ресурсом. Поэтому активное развитие инновационных технологий является необходимым условием экономического прогресса и движения к постиндустриальному обществу в странах с переходной экономикой. Как отметил Президент республики на Ташкентском форуме АБР, в посткризисный период выигрывают в первую очередь те страны, кто уже сегодня закладывает основы и реализует долгосрочные инновационные проекты, направленные на глубокие структурные преобразования и диверсификацию производства.

Таким образом, благодаря кропотливому и созидательному труду народа, воле и дальновидности руководства страны независимое государство - Республика Узбекистан, опирающаяся на свои возможности и потенциал, неуклонно следует по пути прогресса. И, как показывают результаты опроса, проведенного Центром изучения общественного мнения «Ижтимоийфикр» в преддверии 20-летия независимости, сегодня практически все граждане нашей республики не представляют себе другого статуса и другого пути исторического развития для страны и испытывают чувство гордости за то, что Узбекистан является независимым, признанным международным сообществом государством и занимает свое достойное место в мире [1].

**Политика Узбекистана В Сфере Здравоохранение И Государственная
Программе По Дальнейшему Укреплению Репродуктивного Здоровья
Населения, Охране Здоровья Матерей, Детей И Подростков В
Узбекистане На Период 2014 — 2018 Годы**

Необходимо отметить, что в рамках реализации Национальной модели охраны здоровья матери и ребенка «Здоровая мать — здоровый ребенок»,

Государственной программы «Год здорового ребенка» в республике осуществляется широкомасштабная работа, направленная на дальнейшее укрепление репродуктивного здоровья населения, усиление материально-технической базы и кадрового потенциала медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь в сфере охраны материнства и детства, внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний женщин, детей и подростков.

В 2009 — 2013 годах оснащены современным медицинским оборудованием 227 родовспомогательных учреждений республики, созданы современные перинатальные центры в Андижанской, Навоийской, Самаркандской, Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ташкентской, Ферганской и Хорезмской областях, более 1,5 млн беременных женщин в сельской местности обеспечены за счет средств Государственного бюджета поливитаминными комплексами.

В результате за последние 5 лет количество детей, рожденных с аномалиями развития, уменьшилось в 1,3 раза. Среди детей в возрасте 6 — 15 лет заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями снизилась на 9,7%, пневмонией — на 49,1%, бронхитом — на 32,8%, сколиозом — на 32,7%.

Вместе с тем требуется дальнейшее усиление комплексных профилактических и лечебно-диагностических мер по предупреждению врожденных и наследственных заболеваний, совершенствованию системы патронажа здоровья матерей и детей, особенно в сельской местности, укреплению материально-технической базы педиатрических и родовспомогательных учреждений.

Президент Ислам Каримов 19 февраля подписал постановление «О Государственной программе „Год здорового ребенка“». Напомним, Год здорового ребенка был провозглашен 6 декабря прошлого года по предложению Президента на торжественном собрании, посвященном 21-й годовщине Конституции Узбекистана.

Целями принятой Государственной программы определены осуществление широкого комплекса мер по «формированию физически здорового, духовно зрелого и гармонично развитого подрастающего поколения, обладающего самостоятельным мышлением, развитым интеллектуальным потенциалом, глубокими знаниями и современным мировоззрением, способного взять на себя ответственность за судьбу и будущее страны, мобилизации для этого всех сил и возможностей государства и общества».

Как сообщает УзА, программа состоит из 7 разделов и 125 пунктов, в которых отражены все вопросы, связанные с рождением, воспитанием и образованием детей, укреплением здоровой атмосферы в семье, ее экономических и духовно-нравственных основ, повышением эффективности средств, выделяемых на развитие социальной сферы.

В первую очередь определены меры по совершенствованию законодательной и нормативно-правовой базы, разработке новых положений и норм, направленных на создание благоприятных организационно-правовых условий для формирования здорового, гармонично развитого поколения.

Намечена разработка проектов 8 законов. В их числе — законы «О защите детей от информации, оказывающей вредное воздействие на их физическое и духовное развитие», «О физической культуре и спорте» в новой редакции, «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан „Об образовании“», «Об основах молодежной политики в Республике Узбекистан» в новой редакции и другие.

В отдельном разделе Государственной программы определены задачи по формированию в семье обстановки любви и взаимного уважения, высоких нравственных и моральных ценностей, оказанию материальной поддержки в становлении молодой семьи, обеспечению охраны материнства и детства, укреплению здоровья матери и ребенка, созданию необходимых условий для самореализации и облегчения повседневного домашнего труда женщин.

Для обеспечения еще более широкого доступа к качественным медицинским услугам женщин, детей и подростков будут проводиться ежемесячные недели их оздоровления, а также углубленный медицинский осмотр 145 тысяч жителей отдаленных и труднодоступных районов с участием специалистов ведущих клиник страны.

Продолжится строительство новых и укрепление материально-технической базы действующих семейных поликлиник и сельских врачебных пунктов, санаторно-курортных объектов.

Предусмотрено укрепление материально-технической базы 130 центров культуры и досуга населения, создание 15 новых, реконструкция и ремонт 29 парков культуры и отдыха по всей стране.

Улучшению бытовых условий и облегчению домашнего труда женщин должно способствовать расширение отечественного производства бытовой техники и выделение потребительских кредитов на ее приобретение. В отдаленных селах 194 районов страны будут открыты типовые комплексы бытовых услуг, включающие салоны красоты, швейные, ремонтные мастерские и другие предприятия этой сферы.

На качественно новый уровень планируется поднять работу по обеспечению сельских семей комфортным жильем, повышению уровня и качества их жизни. В 2014 году будут построены 11 тысяч новых индивидуальных жилых домов по типовым проектам. 2000 молодых семей будут выданы беспроцентные ссуды для строительства жилья и приобретения товаров длительного пользования отечественного производства. Намечено осуществить ряд проектов по улучшению систем водоснабжения и канализации в районных центрах и сельских населенных пунктах.

В нынешнем году намечено реализовать комплекс мер в целях улучшения условий для рождения здоровых детей и укрепления их здоровья. Предусмотрено строительство современного детского многопрофильного центра (IV уровня), аналога которому нет в странах СНГ, и оснащение его

высокотехнологичным медицинским оборудованием. Будет построен и реконструирован ряд подразделений Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии, клиники ТашПМИ, 13 областных детских многопрофильных медицинских центров, 62 районных медицинских объединений, других медицинских и медико-социальных учреждений. Все они будут оснащены современным диагностическим и лечебным оборудованием, что позволит оказывать детям специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, отвечающую мировым стандартам.

Одним из самых эффективных средств обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения является профилактика инфекционных заболеваний. С этой целью предстоит усовершенствовать программы иммунизации детей с учетом поэтапного внедрения новых вакцин против различных инфекций. На основе национального календаря прививок будут расширены масштабы профилактической вакцинации с обеспечением охвата не менее 97% контингента.

В течение года углубленным медицинским осмотром предстоит охватить около 6,6 миллиона детей из дошкольных учреждений и школьников, оздоровить их с применением йодсодержащих препаратов. Для укрепления репродуктивного здоровья матерей, живущих на селе, 400 тысяч беременных женщин будут бесплатно обеспечены специальными поливитаминными комплексами.

В Государственной программе «Год здорового ребенка» поставлены задачи, направленные на укрепление материально-технической базы дошкольных образовательных учреждений, в том числе их капитальный ремонт и оснащение, а также строительство новых. Намечена разработка и внедрение принципиально новых программ подготовки детей к школе, включающих их всестороннее интеллектуальное, нравственное, эстетическое и физическое развитие.

В ходе реализации программы по формированию детских центров «Баркамолавлод» капитально отремонтируют и оснастят 66 таких центров. Это будет способствовать более широкому привлечению детей к творчеству, в том числе техническому.

Намечены меры для повышения качества преподавания в начальных классах. Среди них — пересмотр учебных программ и учебников для 1-4-х классов, а также разработка соответствующих методических пособий для учителей.

В 2014/2015 учебном году 2,6 миллиона школьников будут обеспечены 25 миллионами экземпляров учебников и учебно-методическими пособиями 575 наименований.

Интеллектуальному развитию детей будет способствовать реализация проекта «Национальная общеобразовательная электронная библиотека». Он предполагает создание центра по переводу в электронный формат различных познавательных и учебных материалов, центра мультимедийных информационных ресурсов, а также интегрированной информационно-библиотечной сети с подключением к ней до 2020 года всех информационно-библиотечных учреждений Узбекистана.

Особое внимание будет уделено детям, лишенным родительского тепла и с ограниченными возможностями. Будут приняты меры по поэтапному укреплению в 2015-2017 годах материально-технической базы домов «Меҳрибонлик», специализированных школ-интернатов и дошкольных учреждений, коренному совершенствованию учебно-воспитательного процесса с учетом передового опыта развитых стран.

На развитие интеллектуальных, творческих и спортивных способностей учащихся направлены запланированные на этот год крупные мероприятия. Среди них — спортивные игры «Баркамолавлод» в Наманганской области, республиканские фестивали детского творчества, международный конкурс по народным инструментам «Мелодии родного края», конкурс «Самый юный изобретатель» и другие.

В число основных задач, поставленных в государственной программе, входит реконструкция и капитальный ремонт 380 общеобразовательных школ на 60,1 тысячи ученических мест, оснащение их компьютерной техникой, учебно-лабораторным оборудованием и другим инвентарем. Кроме того, запланированы строительство, реконструкция и капитальный ремонт 161 профессионального колледжа и академического лицея, 48 детских школ музыки и искусства, 110 объектов детского спорта.

Продолжится реализация мер по поддержке учащихся начальных классов. 586,9 тысячи первоклассников будут выданы комплекты учебных принадлежностей и 6,5 миллиона экземпляров учебников, а свыше 500 тысяч учащихся 2-х классов общеобразовательных школ бесплатно получают учебники по иностранным языкам с мультимедийным приложением.

Для организации полноценного отдыха и досуга детей в период летних каникул 280 тысяч мальчиков и девочек будут обеспечены льготными, 35,7 тысячи — бесплатными путевками в оздоровительные лагеря.

Детям из малообеспеченных семей из средств государственного бюджета будут бесплатно выданы 516,9 тысячи комплектов зимней одежды и 3,1 миллиона экземпляров учебников и пособий. Для воспитанников домов «Меҳрибонлик» и детей из малообеспеченных семей будут организованы бесплатные поездки в Самарканд, Бухару, Хиву, Ташкент для ознакомления с богатым историческим и культурным наследием узбекского народа, а также экскурсии в музеи, зоопарки, ботанические сады.

В ноябре 2014 года в Ташкенте состоялся международный форум «Социальное партнерство во имя ребенка: передовой отечественный и зарубежный опыт».

В Государственной программе особое внимание уделено повышению роли, расширению прав и возможностей института махалли в воспитании здорового ребенка, своевременном и адресном оказании материальной и моральной помощи семьям, в первую очередь, молодым.

На осуществление мероприятий программы направлено 4,509 трлн сумов и 302,9 млн долларов США в эквиваленте.

1.2. Общие понятия

Перитонит - это воспаления брюшины определяющими компонентами, инфекционное начало и развивающийся ответный комплекс защитно-компенсаторных реакций макроорганизма Е.Г.Григорьева (1996), А.С.Коган (1996). Перитонит возникает на фоне различных осложнениях заболеваний и пороков развития желудочно – кишечного тракта, которые появляются общими и местными симптомами, приводит к полиорганной недостаточности и высокой летальности.

На современном этапе развития абдоминальной хирургии проблема перитонита у детей приобретает особое значение. Наряду с совершенствованием хирургической техники, увеличением показаний к оперативному лечению многих заболеваний органов живота и возросшим объемом хирургической помощи, перитонит по-прежнему является самой частой причиной релапаротомии, осложняя 0,5-4,5% всех абдоминальных операций (Е.Г.Григорьева,1996); А.С.Коган, 1996).

Среди заболеваний, наблюдаемых в детских хирургических отделениях, на долю воспалительных процессов брюшной полости приходится от 3,4 до 80% (Карпова Г.Н., Лотов А.Н. 1999). К ним относятся и различные формы перитонита, абсцессы и инфильтраты брюшной полости, оментиты, кишечные свищи. Перитонит как наиболее тяжелое проявление инфекции в хирургии, свидетельством чему является высокая летальность, достигающая при его распространенных формах 44,4 -90,0% (Е.Г.Григорьева,1996; А.С.Коган,1996;Б.К. Шуркалин, 2003).

Одной из актуальных проблем в неонатальной хирургии на сегодняшний день остается перитонит новорожденного. Всех новорожденных с перитонитом необходимо рассматривать как угрожаемых

относительно возможной перфорации желудочно - кишечного тракта. Перфоративный перитонит новорожденного - это грозное осложнение различных заболеваний и пороков развития органов брюшной полости.

Вторичные перитониты составляют 75,3% среди всех форм перитонитов у новорожденных. Наиболее часто причиной перитонита были НЭК (52,5%) и врожденные пороки развития. Значительно реже наблюдались послеоперационный (9%) и посттравматический перитониты (4%). Перитониты при НЭК возникают вследствие перфорации полого органа или инфицирования брюшной полости через истонченную изъязвлениями стенку кишки, а также при прикрытых перфорациях (Баирова Г.А. и др., 1998).

Перитонит является наиболее частое осложнение (86,5%) НЭК у недоношенных новорожденных. Удельный вес маловесных детей в общем количестве новорожденных с перитонитами при НЭК составляет 53,1%. Перитониты при НЭК без перфорации полого органа у недоношенных детей, встречается почти в 2,5 раза реже, чем воспаление брюшины вследствие перфорации кишечника (Баиров Г.А. и др.).

Летальность при перитоните у детей составляет от 10% до 87% (Сергин А.Е., 1996., Цуман В.Г. с соавт., 2001.). Летальность при перитоните у новорожденного по данным различных авторов достигает 50-80% и даже 100% у недоношенных новорожденных с тяжелой сопутствующей патологией (Горбатюк О.М., Мартынюк И.В., 2014).

Таким образом, в категорию перитонита у детей, относятся все варианты течения интраабдоминального воспалительного процесса, развивающиеся до и после выполнения хирургического этапа лечения заболеваний.

1.3 Классификация перитонита

Согласно классификации (В. С. Савельева, М. И. Филимонова, Б. Р. Гельфанда, 2000):

- ◎ По клиническому течению:
 - Хронический.
 - Острый;
- ◎ По характеру инфицирования:
 - Первичный (инфицирование гематогенное или лимфогенное);
 - Вторичный (инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний брюшной полости):
 - Инфекционно-воспалительный перитонит;
 - Перфоративный перитонит;
 - Травматический перитонит;
 - Послеоперационный перитонит.
- ◎ По характеру экссудата:
 - серозный;
 - фибринозный;
 - гнойный;
 - геморрагический.
- ◎ По характеру поражения брюшины:
 - по отграниченности:
 - отграниченный перитонит — абсцесс или инфильтрат;
 - неотграниченный — не имеет чётких границ и тенденций к отграничению.
 - по распространённости:
 - местный (отграниченный и неотграниченный) — занимает лишь один анатомический отдел брюшной полости;
 - распространённый — занимает 2—5 анатомических отделов брюшной полости;

общий (тотальный) — тотальное поражение брюшины — 6 и более отделов брюшной полости

3. Классификация перитонита по Григорьеву Е.Г. (1996). При этом предусматривается патогенез интраабдоминального воспалительного процесса является эндогенная интоксикация считается более логичными и целесообразными, выделяя фазы клинического течения перитонита, ориентироваться на ее выраженность.

Фаза течения перитонита

1. фаза умеренной эндогенной интоксикации (1 степени тяжести):
2. фаза выраженной эндогенной интоксикации без явлений инфекционно-токсического шока (2 степени тяжести):
3. фаза выраженной эндогенной интоксикации с явлениями гипер- или гиподинамической стадии инфекционно-токсического шока (3 степени тяжести).

1.4. Клиническая картина и диагностика

Ранняя диагностика, оптимальный вариант хирургического лечения и профилактика перитонита у новорожденных и детей грудного возраста является сложной задачей абдоминальной хирургии детского возраста. Трудности ранней диагностики вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей часто обуславливаются тяжелым состоянием больных, парезом кишечника, отсутствием и стертой клинических специфических симптомов на фоне применения антибиотиков, проведения интенсивной терапии и обезболивания. Перитонит по тяжести течения и трудности диагностики можно сравнить только с перитонитом у новорожденных (Ю.Ф.Исаков, И.В.Бурков, Н.Б. Ситковский. 1980).

В практике детской хирургии при диагностике вторичного перитонита у детей часто помимо клинических исследований, применяются лабораторные, рентгенологические и УЗИ диагностики. Все эти методы

исследования не всегда достоверно может определить характер патологии до операции по поводу вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей, в связи с тяжелым состоянием больного, парезом кишечника, отсутствием и стертостью клинических специфических симптомов.

В последние десятилетия клиническая картина перитонита претерпела существенные изменения на фоне широкого внедрения в хирургическую клинику различных антибактериальных препаратов. Использование их в профилактических целях без строгих показаний привело к существенному изменению вирулентности и патогенности микрофлоры, снижению реактивности организма, нарушением его иммунологических свойств. До настоящего времени не разработано надежных клинико-лабораторных тестов для прогнозирования и ранней диагностики, контроля за эффективностью лечения интраабдоминальных гнойных осложнений у больных перитонитом.

Диагностика. Диагностика вторичного перитонита требует интегральной оценки данных осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования, так как ни по одному из признаков перитонита нельзя категорически утверждать о его развитии. Рентгенография до настоящего времени оставалась и остается одним из наиболее распространенных методов инструментальной диагностики вторичного перитонита, позволяющего в 85% случаев распознать этого осложнения.

Мало изученными и недостаточно разработанными являются вопросы ультразвуковой диагностики вторичного перитонита на ранних стадиях развития осложнений, а публикации, посвященные данной проблеме у детей единичны, хотя использование метода в педиатрической хирургии имеет некоторые особенности (Стальмахович В.Н. с соавт., 2000; Синенкова Н.В., 2001; Халилов Д.Ш. с соавт., 2001; Подкаменев В.В. с соавт., 2003; Gervais D.A. et al, 2004).

Как свидетельствуют данные литературы, чувствительность УЗИ для абсцессов брюшной полости 93,7%, специфичность-96,3%, точность-95,1% (Синенкова Н.К., и др. 2001). Этим методом абсцессы брюшной полости

диагностируется на 3-10 дни после возникновения клинических проявлений (Рогачев А.А., Сторожилов С.А., 1997).

Это также подчеркивает необходимость динамического обследования состояния пациента и использования всех доступных методов верификации диагноза (Е.Г.Григорьева,1996; А.С.Коган,1996). При интраоперационной диагностики перитонита наиболее широко применяется: бактериоскопические и бактериологические методы для определение чувствительности бактерий к антибиотикам и серологической идентификации выделенных культур.

1.5 Методы лечения

Одним из важнейших этапов в лечении больных с вторичном перитонитом у новорожденных и грудных детей является оперативное лечение и рациональное антибиотикотерапии, парентеральное и инфузионную терапии в послеоперационном периоде .

При хирургическом лечении НЭЖ, осложненным вторичным перитонитом, после трансректальной лапаратомии ревизии и санации брюшной полости предлагают: экономной резекции пораженного участка кишки наложением энтеростомии, экономной резекции пораженного участка кишки, наложения анастомоза с созданием энтеростомии и отключение участка пораженной кишки с созданием энтеростомии (Ашкрафта К.У, Холдер Т.М., (1996) и Караваевой С.А. (2002)).

При вторичном перитоните операции выбора предлагают создание временной лечебной энтеростомы и наложение межкишечного анастомоза, и при этом, несостоятельность швов анастомоза отмечают 25% и летальность 11,4% (В.Г. Цуман, А. Е. Машков, Д.А. Пыхтеев, 2004). Однако, в условиях вторичном перитонита при резекции кишки, вопрос о первичном анастомозе остаётся открытым. Другие авторы, операцией выбора считают только выключения пораженного сегмента кишки (Луняка А.Н. и др., 2010).

Существенным этапом операции при вторичном перитоните является санация брюшной полости. Как правило, с целью местного воздействия на микрофлору используются растворы антисептических препаратов: фурациллин, этоний, марганцевокислый калий, хлоргексидина биглюконат, хлорамин-Т и др (Григорьев Е.Г.1996, Коган А.С. 1996).

Эффективность интраоперационной санации по бактериальной “загрязненности” и содержанию в экссудате токсических метаболитов, О.Е.Нифантьев и соавт. (1990) считают необходимым применение 10-12 литров растворов, независимо от их состава. Включение при санации брюшной полости растворов антибиотиков Т.How et al. (1983), P.Frileuxetal. (1985), M.Scheinetal. (1990) считают нецелесообразным из-за непродолжительности их контакта с микроорганизмами.

Л.А.Ситко и соавт. (1989) предлагает при санацию брюшной полости введение раствора гемодеза с экспозицией 15-20 минут. Это приводит к снижению токсичности содержимого брюшной полости. А также рекомендуется с целью санации брюшной полости - использование иммобилизованных ферментов (профезим, иммозимаза), раствора фурациллина, физиологическим раствором с экспозицией на 6-8 часов для усиления протеолиза при фибринных наложений, плотно фиксированных к брюшине (Григорьев Е.Г 1996,.Коган А.С 1996).

Вопрос о необходимости дренирования брюшной полости при разлитом гнойном перитоните до настоящего времени дискутируется. J.A. Halleretal. (1973) на основании экспериментальных и клинических исследований пришли к выводу, что дренирование брюшной полости не улучшает результаты лечения больных с перитонитом, не снижает количества внутрибрюшных осложнений, более того, удлиняет сроки стационарного лечения. M.J.Lrenalletal. (1978) подчеркивают, что существенным недостатком любых дренажных конструкций является раздражающее действие на серозную оболочку, что поддерживает воспаление и приводит к выраженному спайкообразованию. С другой

стороны, большинство хирургов считает дренирование брюшной полости одним из обязательных элементов операции при распространенном гнойном перитоните.

Приведенные выше недостатки трубчатого дренажа привели к разработке разных вариантов функционально - активных композиций: 2- и 3-х канальных дренажей, позволяющих сочетать ирригацию с аспирацией содержимого мембранно-осмоактивных дренажей, основанных на диализном эффекте с использованием гиперосмолярных растворов, антибактериальных препаратов, сорбентов Е.Г.Григорьева (1996), А.С.Коган (1996). Применение любого из этих вариантов предусматривает выполнение повторных ревизий и санаций живота. Первый из них в силу определенных недостатков не получил широкого распространения в клинической практике; второй, напротив, применяется многими отечественными и зарубежными хирургами.

В послеоперационном периоде широкое применение антибиотиков привело к значительному увеличению числа штаммов микробов, устойчивых к действию антибиотиков. В наибольшей степени это проявилось по отношению к цефтриаксону. В то же время деструктивные процессы в брюшной полости всегда приводят к развитию патогенной микрофлоры. Рациональное лечение может быть проведено лишь, при учете клинических данных, динамики микрофлоры и чувствительности ее к применяемым антибактериальным средствам. Важным обстоятельством является то, что в экссудате брюшной полости при вторичном перитоните чаще выявляется не монокультура, а микробные ассоциации кишечные флоры. Из препаратов, наиболее эффективных в лечении вторичного перитонита, можно назвать цефалоспорины II и III поколения, аминогликозиды II поколения, офлоксацины (Е.Г.Григорьева 1996).

Лечение вторичного перитонита у новорожденных и детей грудного возраста должно быть комплексным и складывается из антибактериальной, дезинтоксикационной, антипаретической, общеукрепляющей терапии.

Парентерально применяют антибиотики начиная со первого дня после операции. Выбор антибиотиков осуществляется широкого спектра действия с учетом индивидуальной чувствительности и микрофлоры перитонеального экссудата. Антибиотики применяют в течение 5—7 сут, при этом окончательная длительность введения определяется характером течения воспалительного процесса. С целью антибактериального лечения назначают антибиотики широкого спектра действия, лучше внутривенно; желательно применение сочетания двух антибиотиков. Смену курсов антибиотиков производят каждые 7—8 дней, при длительном их применении назначают нистатин. При получении данных бактериологического исследования (кала, крови, мазков из зева) вводят антибиотики, к которым чувствительны микроорганизмы.

При вторичном перитоните применяется парентеральное и внутрибрюшное введение антибиотиков. При внутрибрюшном введении применяют канамицин в большой концентрации (по 1 г 2 раза в сутки), разведенные на 0,25% растворе новокаина (80—100 мл), через каждые 6—8 ч для поддержания лечебной концентрации в брюшной полости.

При поступлении в стационар ребенка направляют в отделение реанимации, где помещают в кювез. Сразу производят забор крови и мочи на клинический и биохимический анализы и приступают к дезинтоксикационной и дегидратационной терапии. Количество и характер вливаемых растворов зависят от возраста ребенка, его состояния, степени эксикоза, интоксикации и нарушений электролитного обмена. Правильность жидкостной терапии контролируют ежедневными исследованиями крови (гематокрит, ионограмма, КЩР) и мочи. Учитывают диурез.

Парентеральное питание продолжают, пока не прекратится рвота или не исчезнет застойное содержимое в желудке и не уменьшатся перитонеальные явления. Обычно с 3—4-го дня после поступления начинают поить чаем, а затем кормить сцеженным грудным молоком по 10 мл каждые 2 ч. При отсутствии рвот количество молока ежедневно увеличивают,

Для борьбы с парезом кишечника применяется продленная перидуральная анестезия (Г. А. Баиров, Д. И. Парнес, 1996). Каждые 3—4 ч в перидуральное пространство вводят тримекаин в возрастной дозировке в течение 4—6 дней. На фоне этого усиливается перистальтика, достигается анальгетический эффект, улучшается микроциркуляция в кишечной стенке. В тех случаях, когда по техническим причинам катетер в перидуральное пространство ввести не удастся, делают паранефральные новокаиновые блокады.

1.6. Выводы

В целях борьбы с вторичным кишечным дисбактериозом, развивающимся при НЭК, назначают колибактерин (культура палочки М-17) до 20 раз в сутки (100 млрд. палочек) на срок от 2 мес до 1 года. При легком и среднетяжелом течении заболевания наступает улучшение (О. А. Каншина). При тяжелых формах препарат не показан.

В послеоперационном периоде новорожденным и грудным детям для профилактики и лечения легочных осложнений назначают увлажненный кислород, детей не пеленают, переключают в кювезе в разные положения, ставят горчичники, своевременно опорожняют желудок. Всем детям с перитонитами назначают физиотерапию: УВЧ 2 раза в сутки (в острый период), затем противовоспалительную терапию: ионофорез КУ, лидазу, новокаин на солнечное сплетение (Баиров Г.А. и др. 1998). Первые 2 дня после операций по поводу вторичного перитонита у младенцев на органах брюшной полости больным следует вводить внутривенно спазмолитические препараты и новокаин (0,25% раствор новокаина — 150—200 мл; платифиллин — 0,2 % раствор 2 мл; 2 % раствор папаверина — 2 мл; 2% раствор димедрола — 2 мл). Необходимо соблюдать также отмеченные выше принципы коррекции водно-электролитного баланса.

При явлениях начинающегося пареза кишечника на 2-й день после операции следует внутривенно ввести 200—300 мл 2—3 % раствора натрия хлорида, подкожно 1 мл прозерина и через 30—40 мин после введения этих препаратов поставить больному гипертоническую клизму. При продолжающихся явлениях пареза кишечника на 3-й день после операции повторяется отмеченная выше стимуляция, а при неэффективности ее внутривенно вводят 80—100 мл 10% раствора натрия хлорида с последующей гипертонической клизмой, производят паранефральную блокаду. При неэффективности консервативной терапии и нарастающих явлениях паралитической непроходимости вопрос о показаниях к повторному оперативному лечению следует решать не позже 4-го дня после операции.

Проводя лечение при неперфоративном перитоните, следует помнить о возможности перфорации кишечника. Поэтому при нарастании перитониальных явлений или ухудшении общего состояния необходимо произвести обзорную рентгенограмму в вертикальном положении с целью выявления свободного газа.

Таким образом, по данным литературы все проблемные вопросы касающиеся к лечению вторичного перитонита у детей не находят своего решения и требует поиска пути оптимальных выборов хирургического методов лечения и разработка тактики хирургического лечения.

ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика обследованных детей. Материалы исследования.

За период с 2008 по 2014 гг. в отделение детской хирургии и ОРИТ 1-ГКДБ было пролечено 30 новорожденных и грудных детей с вторичном перитонитом по поводу осложнений острых заболеваний органов брюшной полости: НЭК-22(73,4%); ятрогенная перфорация желудка -3(10%); ятрогенная перфорация прямой кишки -1(3,3%), Ущемленная грыжа осложненной перитонитом-3(10%); Острый перфоративный аппендицит – 1(3,3%); Из 30 детей мальчиков -18 (60%), девочек - 12 (40%). Из них 17 (56.6%) родились в срок, 13 (43.3%) были недоношенными (родились при сроке беременности 27-37 недель). Анамнестические осложненное течение беременности отмечалось у 18 (60 %) матери в виде гестоза различной степени тяжести, угроза прерывания беременности, анемии I-III степени. Из них у 9 (30 %) больных была выявлено TORCH и другие вирусные инфекции у матери при внутриутробном периоде (Таблица. № 2.1).
Таблица. № 2.1

Частота вторичного перитонита в зависимости от пола и возраста детей

Пол	Возраст				Всего
	Новорожденный	1-3 мес	4-6 мес.	7-12 мес	
Мальчики	5	3	6	4	18(60%)

Девочки	4	3	2	3	12(40%)
Итого	9	6	8	7	30(100%)

Как видно из таблицы № 1, мальчиков больше чем у девочек. Причем мальчики больше страдали с вторичным перитонитом. Мальчики и девочек больше страдали 4-6 месячного возраста. Причиной вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей в 73.4 % случаев является НЭК, а в остальных случаях ятрогенная перфорация желудка (при применении нестандартного зонда и нарушении техники зондирования) и прямой кишки с частым поражением ректосигмоидального отдела (при выполнении техники очистительных клизм).

Диагноз до операции «перфоративный перитонит» был установлен почти во всех случаях. Среди 30 новорожденных и грудных детей, источником вторичного перитонита были: перфорация желудка – у 5 (16.7%) больного; перфорация тонкого кишечника – у 11 (36.7%); перфорация толстого кишечника – у 13 (43.3%), (из них прикрытое перфорации -3); перфоративный аппендицит – у 1 (3.3%) (Таблица № 2.2).

Таблица №2.2

Причины перфоративного перитонита

Источники вторичного перитонита	Возраст				Всего
	Новорожденных	1-3 мес	4-6 мес.	7-12 мес	
Перфорация Желудка	2	1	2	-	5 (16.7%)
Перфорация тонкой кишки	4	3	3	1	11 (36.7%)
Перфорация толстой кишки	6	4	2	1	13 (43.3%)
Перфоративный аппендицит	-	-	-	1	1 (3,3%)
ВСЕГО	12	7	6	5	30 (100%)

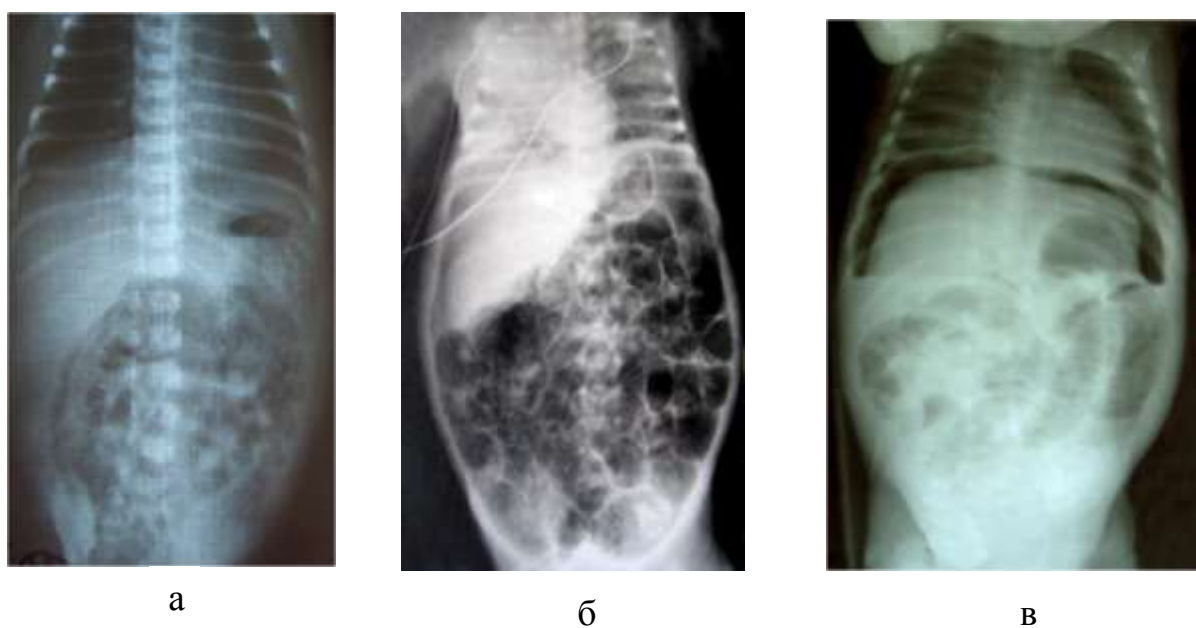
По расположению перфорации НЭК источником вторичного перитониты были: подвздошная - 12, тощая - 6, толстая - 12, К морфологическим признакам имело место распространенный гнойный, фибринозный и смешанные. При диагностики вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей мы пользовались следующими методами исследования.

2.2. Методы исследования

- 2 общефизикальные методы исследования;
- 3 -общий анализ крови, мочи и кала; исследование на TORCH инфекции (ЦМВ, ВПГ, уроплазмоз, токсоплазмоз и др.);
- 4 -биохимические анализы (общий белок, белковые фракции, билирубин, и др.);
- 5 -рентгенологические исследование (обзорная рентгенография брюшной полости, пассаж ЖКТ);
- 6 -УЗИ (органов брюшной полости);

Вторичный перитонит у новорожденных и недоношенных чаще наблюдались после 3-й недели жизни. При этом заболевание начинается со срыгивания с переходом рвоту. Стул частый, жидкий, нередко с кровью в виде прожилок. У всех больных при осмотре выявляется нарастающее вздутие живота. Бледная кожа приобретает сероватый оттенок, живот увеличен, резко выражено расширенная венозная сеть. Отчетливы отеки нижних отделов брюшной стенки, половых органов у 5, поясничной области и нижних конечности у 3, пастозность брюшной стенки и гиперемия кожи у 4 больных. Пальпация живота у всех больных вызвало сильный беспокойства. При перкуссии у 17 наблюдаемых обнаруживают притупления в нижних отделах живота и в отлогих местах.

Рентгенологическое исследование детей с подозрением на вторичного перитонита является ценным диагностическим методом, который помогает не только в установлении диагноза и ее указывает причины осложнения. Поэтому больным с вторичном перитонитом исследование начинали с обзорной рентгенографии в двух проекциях при вертикальном положении больного (Рис. 2.1.).



**Рис.2.1. Рентгенологическая картина вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей
а-«взвешенное» расположение кишечных петель; б- «пневматоз» кишечника; в- свободный газ под куполом диафрагмы.**

На рентгенограммах было видно «взвешенное» расположение кишечных петель, которые были смещены жидкостью вверх и центру брюшной полости. Смещение особенно отчетливо было видно на боковых рентгенограммах, где кишечные петли собраны в клубок, ближе к передней брюшной стенке. Нижние отделы живота затемнены. Купол диафрагмы поднят высоко.

На рентгенологической исследованные у всех недоношенных детей имеется ячеистость – «пневматоз» кишечных стенок и их утолщение. Наблюдаемые нами дети поступали в возрасте до 2 месяцев – 6. Внезапным

ухудшением общего состояния – 4, коллаптоидные состояние – 3, застойная рвота – 3, задержка стула после введения газоотводной трубки отхождения слизи с прожилками крови у -5. У всех отмечены, брюшная стенка растянута, блестит, поверхностные вены расширены, отеки половых органов. При перкуссии – тимпанит и исчезновение печеночной тупости. При аускультации «Немой» живот. На рентгенограмме при вертикальном положении под обоим куполом диафрагмы виден свободный газ, который в латеро- позиции выявляется надпетлями кишечника, у передней брюшной стенки.

При лабораторном исследовании крови обращали внимания на состояние уровня гемоглобина, эритроцита., лейкоцита, цветного показателя, СОЭ. В крови характерно были лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, особенно появились юные формы лейкоцитов, повышались число палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов, уменьшались количество лимфоцитов, эозинофилов и моноцитов. Однако у недоношенных детей аналогичное сдвиги лейкоформулы не всегда были закономерными. На этом фоне несколько снизились показатель гемоглобина до 70-80 г/л. Отмечался уменьшение число эритроцитов до 1,5 млн. А также отмечался небольшого повышение СОЭ. В анализах мочи были больше характерны наличие белки, эпителий и эритроцитов. В анализах кала наличие лейкоцитов. Все анализе проводилось ежедневно каждый 5-6 часов.

Из биохимических анализов больше дает диагностические информации при постановки диагноза вторичного перитонита имеют значения в крови снижение уровни общего белка и белковые фракции, незначительного роста количества креатина, мочевины, остаточного азота и С - реактивного белка. Анализы проводили ежедневно в динамике, по мере необходимости через 4-6 часов (Таблица 2.3.)

Таблица №2.3

Показатели лабораторных исследований (по системе СИ)

Анализ	В норме	Результаты исследования	P
Гемоглобин (г/л)	138±4,6	11,1 + 2,0	<0,05
Эритроциты (x 10 ⁹ /л)	4,7±0,1	3,5 + 0,07	<0,05
Лейкоциты (x10 ⁹ /л)	5,4±0,4	12,4 + 0,3	<0,05
ЛИИ	1,8±0,1	2,5 + 0,21	<0,05
СОЭ (мм/час)	6 ±0,3	19,5 + 1,6	<0,01
Тромбоциты (x10 ⁹ /л)	247.4	250,4+19,2	>0,05
ВСК (мин.)	4,7±0, 2	4,9 + 0,2	>0,05
Общий билирубин (мкмоль/л)	9,1 ±0,4	13,45 + 0,5	<0,05
Прямой билирубин (мкмоль/л)	2,57±0,1	5,08 ± 0,53	<0,05
Непрямой билирубин (мкмоль/л)	8,6±0,25	9,41+0,22	<0,05
АЛТ (ммоль/(ч.л))	0,38±0,0	0,68 + 0,01	<0,05
АСТ (ммоль/(ч.л))	0,25±0,0	0,37 +0,008	<0,05
Мочевина (ммоль/л)	5,4±0,5	6,84 + 0,3	<0,05
Креатинин (ммоль/л)	78±6,2	133,3 + 4,3	<0,01
Амилаза (г/(ч.л))	18±0,9	20,26+1,17	<0,05
Общий белок (г/л)	67,1±2,1	58,2 + 1,05	<0,05
ПТИ (%)	84±1,0	85,6+1,18	>0,05
Фибриноген (г/л)	3,1 ± 0,1	3,9 ±0,12	<0,05
ФАК (%)	8,5+0,6	13,5+1,7	<0,05
Толерантность к гепарину (мин)	4,3+3,2	7,1+0,3	<0,05
Ретракция (%)	54,3+5,1	72,41 + 1,81	<0,05
Гематокрит (%)	42 + 2,1	34Д	<0,05

При вторичном перитоните у детей бактериологическими исследованиями выявляли у всех больных. При этом высеяны: кишечную палочку, неклостридиальные анаэробы (бактероиды, энтерококки), реже - стафилококки, синегнойную палочку (Таблица № 2.4)

**Бактериологические посевы выпота из брюшной полости
при вторичном перитоните**

Разновидность микрофлоры	Кол-во больных.
Escherichia coli	7
Klebsiella spp.	4
Enterobacter spp.	7
Staphylococcus aureus	11
Некlostридиальные анаэробы- Bacteroides	1
Всего	23

2.3. Собственные исследования

Настоящая работа предусматривает клинический анализ результатов обследования, хирургического и консервативного лечения 30 детей с диагнозом вторичном перитонитом и наличием энтеростом, находившихся на лечении в отделениях хирургии клинических баз ГКДБ №1, кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ за последние 5 года.

Среди наших больных мальчиков было 18 (60%), девочек 12 (40%). доношенных детей было 17 (56.7%), недоношенных 13 (43.3%), вес которых составлял 1180 – 3650 гр. Количество доношенных и недоношенных детей было практически одинаково среди мальчиков и девочек.

НЭК чаще диагностирован у новорождённых и детей в возрасте до 1 года, которое составляет 85% от общего числа больных. Наиболее частой причиной НЭК явилось внутриутробное инфицирование плода вирусом, недоношенность средний срок гестации до 36 недель, ишемические факторы во время беременности в неблагоприятной зоне, анемия и хронический пиелонефрит матери ребенка. Патология органов гениталий отмечена у 5 (16.7%) женщин, экстрагенитальная патология (ОРВИ, пиелонефрит, зоб,

анемия и т.д.) – у 7 (23.4%) рожениц. TORCH инфицирование выявлено у 9 (30%) женщин.

При изучении материнского анамнеза выявлено, что из 30 беременных, 21 (70%) женщин были в возрасте 17-30 лет, 9 (30%) – в возрасте 31-40 лет, 4 женщины были в возрасте 36-40 лет. Первородящих женщин было 11 (36.7%), повторнородящих – 19 (63.4%). Угроза прерывания беременности – у 7 (23.4%) женщин. У 9 женщин исследования по поводу TORCH инфицирования, при пренатальном периоде не было проведено. Среди которых, в родственных браках состояли 3 (10%) женщин.

При анализе истории болезни у 30 новорожденных и грудных детей с вторичными перитонитами нами выявлены катамнестические данные, способствующие к вторичному перитониту.

В последние десятилетия клиническая картина вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей претерпела существенные изменения и не носит либо специфических или классических картин. Этому способствовали тяжелое течения заболевания, применения больным без строгих показаний антибактериальных препаратов с целью профилактики. Это привело к существенному изменению вирулентности и патогенности микрофлоры, снижению реактивности организма, нарушением его иммунологических свойств.

Общие симптомы вторичного перитонита на первой сутки протекали в виде общей слабости беспокойству ребенку, сухость во рту. Местные симптомы: напряжение мышц передней брюшной стенке и другие локальные симптомы перитонита явно не смогли определить. На второй сутки заболевание постепенно нарастали парез кишечника с выраженным равномерным вздутием живота, рвотой застойным желудочным зеленым, потом каловым содержимым. Возрастали частота дыхания, учащались пульс, повышался температура тела ребенка.

В крови обнаруживали лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, появились юные формы лейкоцитов, повышались число

палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, уменьшалось количество лимфоцитов, эозинофилов и моноцитов. На этом фоне несколько снижались показатели гемоглобина, уменьшалось число эритроцитов, повышался СОЭ. Все эти изменения периферической крови характеризует нарастание интоксикации.

2. Острой, бурно прогрессирующей формы вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей нами выявлено у 6 детей на фоне массивной контаминацией брюшины микроорганизмами высокой вирулентности и хорошей резистентности организма, несостоятельность швов анастомоза кишечника на почве нарушения кровообращения в послеоперационном периоде.

При этом клинические признаки вторичного перитонита развивались очень быстро. Из местных признаков хорошо выражена напряжение мышц передней брюшной стенки, живот не участвует в акте дыхания, отмечались выраженная болезненность при пальпации во всех отделах живота, которое выжались беспокойством ребенка. Постепенно, с течением времени, клиническая картина заболевания затухивали общим тяжелым состоянием больного и нарастающей интоксикацией. Последующим развивались признаки моноорганной у 3 детей, а затем полиорганной недостаточности у два ребенка.

Поэтому, при диагностике вторичного перитонита мы провели интерпретации клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Это позволило необходимость проведения динамического контроля состояния больного и использования всех доступных методов верификации диагноза.

Всем больным при постановки диагноза вторичного перитонита проводили обзорную рентгенографии брюшной полости в положения стоя. При этом выявляли расширение петель кишки газом и жидкостью, уплощение (отек) складок слизистой оболочки, свободных газ в брюшной полости и наличием свободной жидкости в брюшной полости.

В у 15 больных основной группы больных при первичной выявлении вторичного перитонита применяли УЗИ исследования брюшной полости в динамике. При этом, определялись эхопозитивные и эхонегативные участки и наличие выпота брюшной полости. При этом абсцессы брюшной полости диагностировали на 3-7 дни после возникновения клинических проявлений. УЗИ вне органных жидкостных скоплений брюшной полости у детей явились наиболее достоверным методом диагностики вторичного перитонита у всех больных. Возможность достоверного и наиболее щадящего способа распознавания характера жидкостных образований брюшной полости нами интерпретирован с динамическим УЗИ контролем через 4-5 часов. Для правильной интерпретации УЗИ данных, во многом помогали клинические, рентгенологические и лабораторные данные для подтверждения диагноза вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей.

У 4 больных при контрольном динамическом УЗИ исследование брюшной полости, отсутствии четких клинических и местных симптомов, позволили судить о положительной динамике патологических изменений, эффективности проводимого лечения.

В диагностике вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей, имели место биохимические и гематологические исследования. У всех больных в крови выявлено картина анемии, нарастающая торпидного течения вторичного перитонита. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево не всегда была классической форме как у детей старшего возраста. Клинически, в ряде случаев нераспознанной ущемленной грыже явились поводом причиной вторичного перитонита у новорожденных. Приводим клинический пример.

Больной Ибрагимов С., 22 дневный, поступил 10.05.14 в 12 час. в ОРИТ ГКДБ №1 крайне тяжелом состоянии, с направительным диагнозом «Сепсис, НЭК, Перфоративный перитонит, недоношенность 28 недель Анемия».

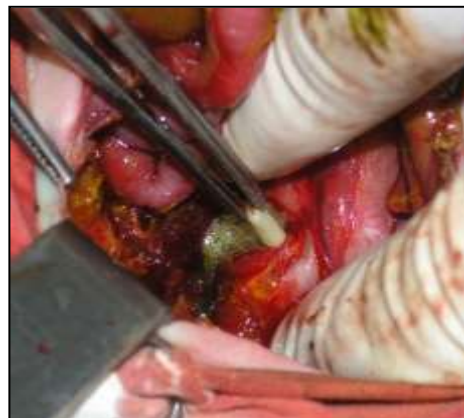


Рисунок 2.2 «Сепсис, НЭК, Перфоративный перитонит, недоношенность 28 недель Анемия».

Из анамнеза со слов матери ребенок 9.02.13 года ночью провел очень беспокойно. С 10.02.13 года у ребенка начался рвота, в тот же день вечером обратился к педиатру, где поставлен диагноз ущемленная паховая грыжа слева. 11.02.13 г. утром родители обратились РПЦ оттуда направлен к нам через 1,5 суток с момента заболевания. Больной после поступления в ГКДБ

№1 по тяжести состояние был срочно госпитализирован в ОРИТ с диагнозом НЭК, перфоративный перитонит.

При объективном осмотре ребенка в ОРИТ, состояние ребенка оценён крайне тяжелое. Кожные покровы ребенок серовато-желтого цвета и местами мраморном оттенком. Дыхание через нос и рот затруднен. Живот был резко вздут и было видны сосудистые рисунки. Мошонка было отечная. Аускультативно - в легких с обеих сторон отмечались масса влажные и сухие хрипы. Ребёнок ели - ели дышал через рот и нос. Перистальтика кишечника не выслушивались. При катетеризации мочевого пузыря, моча была очень скудная (5 мл.). При обзорной рентгенографии органов брюшной и грудной полости, в грудной полости отмечались картина пневмонии и со стороне брюшной полости большого объёма свободнага газа под куполом диафрагмы и жидкости в малом тазу, которое напоминал картине перфоративного перитонита. На основании клинико-рентгенологических данных в ОРИТ поставлен клинический диагноз: Сепсис. НЭК. Перфоративный перитонит. 2х ст. бронхопневмония. По жизненным показаниями, с высокой хирургическим и анестезиологическим риском в было рекомендовано экстренном порядке подготовит больного к операции.

После предоперационной подготовке больного в течение 1 час. 20 минут ребенку произведена операция - левосторонняя трансректальная лапаротомия. При вскрытие брюшной полости вышла около 150 мл газ с каловым содержимом. При дальнейшей ревизии обнаружено раздутые петли тонкой кишки, которое был покрыть каловыми и фибринозными наложениями. А также отмечалось в левом боковом канале большое количестве (150мл) каловое содержимое, которе осушали электротсосом. При дальнейшим ревизии, на расстояние 20 см от илеоцекального угла в подвздошной кишки обнаружен некротизированной дивертикуль Меккела с перфорационным отверстием размерами 0,6 x 0,6 см. Брюшной полость и петли кишечника тщательно промыта раствором бетадина и осушен. Дивертикул Меккела в месте с изменённой приводящий и отводящий

участки кишки длиной до 10 см резецированы и выведен конец в виде двухстволки на правой половине брюшной стенки. Проведен гемостаз по ходу операций и в брюшной полости и малой тазу оставлены дренажные трубки для контроля и введения антибиотиков. Операционная рана ушита послойно. Йод асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: Сепсис. НЭК. Некроз перфорация дивертикуля Меккеля. Разлитой калово - фибринозный перитонит. 2х ст. Бронхопневмония. Анемия. В послеоперационном периоде состояние ребенка оценено как крайне тяжелое, обусловленной тяжелой септическим состоянием. В послеоперационном периоде ребенок находился на ИВЛ, несмотря на принятые реанимационные мероприятия в ОРИТ не дали результаты. У ребенка 12.02.14 в 7 часов 45 минут утра констатирована биологическая смерть.

Таким образом, у ребенка дивертикул Меккел подвергался к воспалению на фоне внутриутробного инфицирования, иммунодепрессивного состояния ребенка, дизбактериоза кишечника и развивающиеся НЭК. По всей вероятности катастроф в брюшной полости произошло у ребёнка минимум течение 19 часов с момента начало дивертикулита Меккеля с последующим развитием некроза, перфорации с развитием разлитого калово-фибринозного перитонита. Не смотря, на проводимую в послеоперационном периоде интенсивной терапии, ребёнок через 16 часов после операции умер на фоне полиорганной недостаточности на продолженного разлитого калово - фибринозного перитонита, пареза кишечника, дистрофии жизненно важных органов, токсического гепатита, нефроза, миокардита и надпочечниковой недостаточности. Таким образом, несмотря на проводимой экстренной лапаротомии и комплексное лечения, смерть наступила из-за позднего поступления ребенку в клинику, при развития полиорганной недостаточности на фоне НЭК, осложнённой некрозом, перфорацией дивертикуля Меккеля с развитием терминальной стадии разлитого калового - фибринозного перитонита.

Приведем клинический пример.

Баходиров А., 23 дневной, поступил в ОРИТ ГКДБ №1 11.02.14 г в 13 час. 50 мин. с направительным диагнозом «Перфоративный перитонит» из Зангиотинского района крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза со слов матери ребенок 9.02.14 года ночью провел очень беспокойно. С 10.02.14 года у ребенка начался рвота, в тот же день вечером обратились к педиатру, поставлен диагноз Тяжелая форма пневмония. 11.02.14 года утром обратились, РПЦ оттуда направлен к нам Ребёнок после поступления в ГКДБ №1 по тяжести состояние был срочно госпитализирован в ОРИТ с диагнозом НЭЖ, перфоративный перитонит. В ОРИТ состояния ребенка оценивается как крайне тяжелое, и поставлен диагноз: Сепсис. НЭЖ. Перфоративный перитонит. 2х ст. бронхопневмония. В экстренном порядке проведена предоперационная подготовка. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости (11.02.14) отмечается картина перфоративного перитонита. После подтверждения диагноза: Сепсис. НЭЖ. Перфоративный перитонит. После предоперационной подготовке больного в течение 1 час. 20 минут ребенку произведена операция: Левосторонняя трансректальная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости, резекция некротизированный дивертикуля Меккеля с наложения двойной илеостомы, дренирование брюшной полости.





Рис. 2.3. Послеоперационный диагноз: Сепсис. НЭК. Некроз перфорация дивертикуля Меккеля. Разлитой калово - фибринозный перитонит. 2х ст. Бронхопневмония. Анемия.

В после операционном периоде состояние ребенка оценено как крайне тяжелое, обусловленное тяжелой септической состояние послеоперационном периоде находился на ИВЛ, несмотря на принятые реанимационные мероприятия в ОРИТ не дали результаты. У ребенка 12.02.14 в 7 часов 45 минут утра констатирована биологическая смерть.

Основной диагноз: Сепсис. Септикоцемия. Язвенно-некротический энтероколит, перфорация дивертикула Меккеля, разлитой каловый перитонит, по поводу чего произведена Лапаротомия от 11.02.14г. Ревизия органов брюшной полости, резекция некротической части подвздошной кишки, наложения 2х ствольной илеостомии. 2х сторонняя сливная серозно-геморрагическое пневмония, обструктивный эндобронхит, токсический Гепатит.

Осложнение: Фибринозный перитонит, множественно органический спайки брюшной полости, парез кишечника, анемия, дистрофия внутренних органов, токсическая гепатоспленомегалия. Токсический нефроз, нефрит, токсическая миокардио-дистрофия, распад мозгового слоя надпочечников.

Таким образом, у ребенка осложнения произошло у данного ребёнка в течение 19 часов с момента начало дивертикулита. В этот срок заболевания способствовала прогрессированию воспалительного процессы в стенки

дивертикуля Меккеля с последующим развитием некроза, перфорации разлитого калово-фибринозного перитонита. Несмотря, на проводимую интенсивной терапии в послеоперационном периоде, ребёнок через 16 часов после операции умер на фоне полиорганной недостаточности и интоксикации. Несмотря на проведения экстренная операция, смерть ребенка наступила вследствие внутриутробной септической аутоинтоксикации и полиорганной недостаточности на фоне НЭК, осложнённого некрозом и перфорацией дивертикуля Меккеля и разлитого калового - фибринозного перитонита.

Нами при вторичном гнойном перитоните у детей бактериологическими исследованиями выявляли у 23 больных, которые высеяны: кишечную палочку, неклостридиальные анаэробы (бактероиды, энтерококки), реже - стафилококки, синегнойную палочку. Массивная антибактериальная терапия на фоне сниженной иммунологической реактивности организма довольно часто приводило к развитию кандидоза у 3 пациентов в острой стадии гнойного воспаления брюшины и в периоде реконвалесценции, что в значительной мере ухудшало течение и прогноз болезни. В 13% наблюдений клиники течение послеоперационного гнойного перитонита осложнилось развитием генерализованного кандидоза. Поэтому основных свойств наиболее важных в этиопатогенезе микроорганизмов вторичного перитонита определяли необходимость лечения этого заболевания и его осложнений с использованием селективной антибактериальной терапии.

Диагностика перфоративного перитонита у недоношенных детей всегда недостаточно и своевременна. При этом, отсутствует необходимого приводит комплексное лечения. Поэтому отмечается относительно высокой процент хирургической летальности в этой группе больных.

Наблюдаемые нами у новорожденных и грудные дети поступали в стационар в возрасте от 1 до 13 дней и только 1/3 часть были старше 1 мес. Симптомы вторичного перитонита при перфорации выражены отчетливее,

чем при других патологии. При перфорация характеризуется внезапным ухудшением общего состояния ребенка, который при этом бледнеет и резко беспокоится, а затем становится вялым, впадая иногда в коллаптоидное состояние. Нарастает пероральный цианоз, дыхание становится частым, поверхностным, пульс — мягким или нитевидным. Выражена тахикардия, реже брадикардия. Иногда пульс на периферических артериях не определяется. Появляется рвота, приобретающая застойный характер. Стул задержан, после введения газоотводной трубки отходит слизь с прожилками крови.

При осмотре обращает на себя внимание резкое вздутие живота. Брюшная стенка растянута, блестит, поверхностные вены расширены. Через несколько часов после прободения появляется пастозность и гиперемия кожи нижних отделов живота, отек половых органов.



Рис. 2.4 Внешний вид новорожденного при вторичном перитоните

Иногда отеки распространяются на поясничные области, а в запущенных случаях на нижние конечности. У детей с пупочной или паховой грыжей отмечается выпячивание и резкое напряжение последней, кожа над ней гиперемирована, отечна. В ряде случаев при пальпации определяется напряжение мышц брюшной стенки. При перкуссии обнаруживают тимпанит

и исчезновение печеночной тупости; при аускультации кишечные шумы часто отсутствуют «немой» живот. В крови отмечается лейкоцитоз с резким сдвигом формулы влево.

При позднем поступлении и тяжелой интоксикации обнаруживают токсическую зернистость нейтрофилов, анизоцитоз, пойкилоцитоз. У большинства детей определяют повышение гематокрита, гипохлоремию, гипокалиемню, метаболический ацидоз. Нередко имеются изменения в моче (белок, свежие эритроциты, лейкоциты, зернистые цилиндры). Для облегчения диагностики врожденной кишечной непроходимости можно применить реакцию Сгамбати.

Клинической картины перфоративного перитонита у недоношенных детей. Нами обследовано и проведено комплексное лечение у 13 новорожденных и грудных детей с вторичном перитонитом. Симптоматика заболевания у маловесных детей была стерта, и степень выраженности признаков перфорации незначительна. Обращает на себя внимание увеличение бледности кожных покровов, адинамия ребенка и резкое вздутие живота. Кроме того, задержка стула и рвота застойного характера указывает на развивающееся заболевание. Отечность передней брюшной стенки и ее гиперемия у 60% больных не было резко выражены, иногда отсутствовало.

Нередко единственным отчетливым симптомом перитонита было отек наружных половых органов или пастозность кожных покровов над лоном. У ряда больных при поздней стадии болезни отмечались плотные отеки склерема нижних конечностей и поясничных областей. Принято считать, что у недоношенных детей вследствие снижения защитных свойств организма и анатомических особенностей органов брюшной полости перитониты имеет

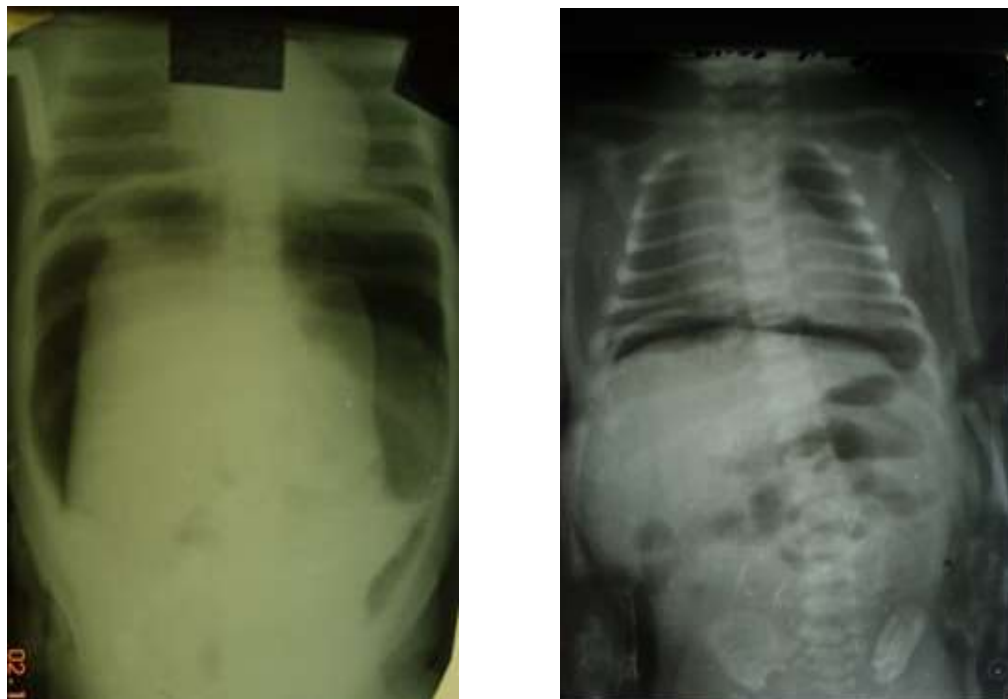


Рис. 2.5 Общий вид недоношенного при вторичном перитоните

разлитого характера. Однако, под нашим наблюдением у 2-х недоношенных детей отмечались вторичный перитонит по типу отграниченного характера и располагались под печенью и подвздошной области. Отграничение процесса происходило за счет склеивания кишечных петель или припаивания их к париетальной брюшине и капсуле паренхиматозных органов.

В отграниченном вторичном перитоните явления интоксикации меньше выражены. На фоне вздутого живота отмечались локализованный отек брюшной стенки (чаще всего в подвздошных или подреберных областях), иногда этот отек имело вид инфильтрата (принимаемого за некротическую флегмону), особенно в тех случаях, когда над ним появляется

гиперемия кожи. Спустя несколько дней на месте «инфильтрата» может появиться флюктуация. Рентгенологическое исследование играет большую роль в установлении диагноза. У большинства детей с перфорацией полого органа на обзорной рентгенограмме при вертикальном положении под обоими куполами диафрагмы виден свободный газ (рис. 2.6, а, б).

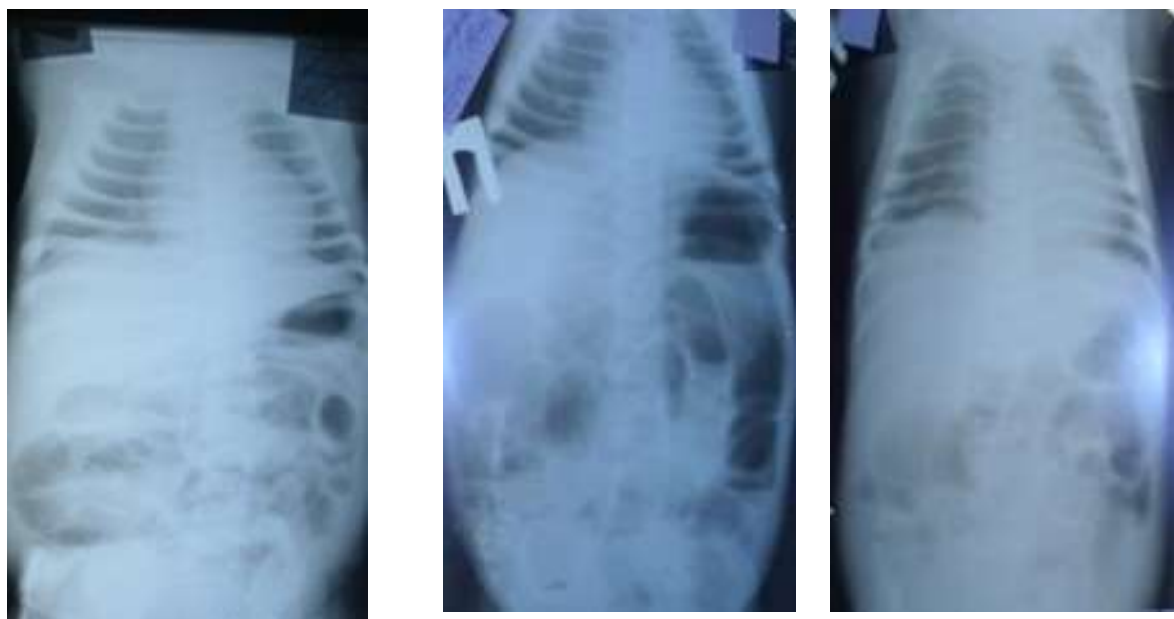


**Рис 2.6, а,б. Больной А.20 дней.
Симптом «свободный газ» в брюшной полости**

В случаях, когда воспалительный процесс протекает по типу отграничения (спустя 24—36 ч от перфорации), свободный газ иногда не определяется или прослеживается в виде ограниченных внекишечных воздушных полостей с уровнями жидкости. Это связано с развитием обширного спаечного процесса. Для «прикрытых» перфораций кишечника характерен симптом «ячеистости» (скопление пузырьков воздуха между петлями кишечника или пневматоз кишечной стенки), выявляющийся только на рентгенограммах хорошего качества.

Рентгенологическое обследование у 22 больных осложненным перитонитом НЭК выявлено, наличие свободного газа в брюшной полости в 12 (60%) случаях. В 10 (40%) случаях при наличии перфорации полого

органа свободного газа в брюшной полости не было выявлено. Анализ рентгенологических исследований брюшной полости у больных осложненным перитонитом НЭК позволил выделить термин «фиксированный пневмоперитонеум» у 11 больных (рис.59).



**Рис 2.7. Больной Е. 11 дней.
Симптом «фиксированный пневмоперитонеум»**

Разграничение понятий «свободный газ» в брюшной полости и «фиксированный пневмоперитонеум» в первичной диагностики принципиально важно, так как фиксированный пневмоперитонеум - это рентгенологический признак, позволяющий говорить о наличии перфорации полого органа, без наличия свободного газа.

Нами при ранней диагностики осложнения НЭК у новорожденных с целью рентгенконтрастного исследования ЖКТ применялась нами крахмал контрастная смесь (ККС), в состав которой входили водорастворимые контрастные вещества (кардиотраст, урографин) и крахмал. ККС используется у доношенных новорожденных в объеме 10-15 мл и у недоношенных - 5-7 мл. Рентгенография проводилась в вертикальном поло-

жении ребенка через 2-3 часа после введения ККС в желудок. Признаками НЭК были - задержка контраста более 3-х часов с симптомом статичной кишки. Применение ККС имеет следующие преимущества: высокая диагностическая информативность, выявление объективных признаков НЭК за 2-3 часа, простота доступность и безопасность в использовании (Рис.60).



**Рис 2.8 а,б, Больной А.
Рентгенологическая картина при пассажа Ж.К.Т.**

Таким образом, рентгенодиагностика у новорожденных при НЭК с выявлением симптомов «фиксированного пневмоперитонеума», а также пассаж с ККС, является приоритетными.

Дифференциальный диагноз перфоративных перитонитов следует проводить с другими видами воспаления брюшины, врожденной кишечной непроходимостью, парезом кишечника любого происхождения, кровотечением в брюшную полость и забрюшинное пространство, со склеремой у глубоко недоношенных детей, некротической флегмоной передней брюшной стенки.

Первичный (неперфоративный) перитонит на фоне НЭК отличают по более медленному развитию процесса, менее ярким клиническим проявлениям заболевания. Основную роль в диагностике играет рентгенологическое исследование, при котором в случаях перфоративных

перитонитов, как правило, выявляют характерную картину. УЗИ диагностики позволяет определить наличие жидкости брюшной полости.

Врожденная кишечная непроходимость (низкая) обычно проявляется с первых дней жизни ребенка. Наиболее яркий симптом — отсутствие мекония с рождения. При осмотре может быть выявлена клиническая картина, сходная с перитонитом. Диагностике помогает рентгенологическое исследование: наличие множественных уровней (чаш Клойбера) и узкой, спавшейся толстой кишки (на ирригограмме) указывает на кишечную непроходимость. УЗИ диагностики позволяет определить наличие жидкости брюшной и кишечной полости. В случаях осложнения кишечной непроходимости перфорацией перерастянутой выше препятствия кишки дифференцирование затруднено, и окончательный диагноз устанавливают во время экстренной операции, которая показана при этих заболеваниях.

Паретическая кишечная непроходимость обычно возникает у новорожденных детей вследствие родовой травмы, пневмонии, энтероколита, сепсиса и др. При выраженном парезе кишечника живот вздут, брюшная стенка растянута, венозная сеть расширена. Дифференцированию помогает отсутствие напряжения, отека передней брюшной стенки и наружных половых органов, а также свободного газа или выпота на обзорной рентгенограмме брюшной полости. УЗИ диагностики позволяет определить наличие жидкости и ячеистости брюшной полости.

Кровотечение в брюшную полость при родовой травме паренхиматозных органов может проявиться как в первые часы после рождения, так и спустя 5—7 дней (при подкапсульных разрывах). Осмотр живота при кровотечении выявляет картину, сходную с перфоративным перитонитом. Отличием является синюшность брюшной стенки, особенно в области пупка, падение гемоглобина и количества эритроцитов, а также отсутствие свободного газа в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Рентгенограмма брюшной полости ребенка «прикрытой» перфорацией толстой кишки. Виден газовой пузырь под куполом диафрагмы справа.

УЗИ диагностику позволяет определить наличие жидкости брюшной полости.

Кровотечение в забрюшинное пространство вследствие разрыва почки или надпочечника также сопровождается анемией, отсутствием свободного газа в брюшной полости и характерной для забрюшинной гематомы рентгенологической картиной (оттеснение кишечных петель кпереди, особенно отчетливое на боковой рентгенограмме).

Склерему приходится дифференцировать у тех детей с перитонитом (чаще с массой тела до 2000 г), у которых возникают плотные отеки нижних конечностей, сходные со склеремой. Правильный диагноз последней устанавливают на основании распространения отеков. При склереме отёк вначале возникают на нижних конечностях, а затем переходят на переднюю брюшную стенку и поясничные области, отсутствует гиперемии кожи и расширения венозной сети передней брюшной стенки. В неясных случаях производят обзорную рентгенограмму брюшной полости.

Некротическую флегмону новорожденных при локализации в нижних отделах передней брюшной стенки дифференцируют с перфоративным перитонитом на основании быстрого распространения процесса (в течение нескольких часов), а также отсутствия напряжения и вздутия живота. В сомнительных случаях назначают обзорную рентгенограмму брюшной полости.

2.4. Лечение

Перитониты, возникшие вследствие перфорации кишечника, подлежат срочному оперативному вмешательству у новорожденных и грудных детей. При выраженных явлениях интоксикации и дегидратации показано кратковременное предоперационное лечение. Предоперационная подготовка детей с вторичном перитонитом не превышает 2—3 ч и направлена па

уменьшение интоксикации, эксикоза, восстановление гомеостаза. Недоношенного ребенка помещают в обогреваемый кювез, дают кислород. Обязательно отсасывание желудочного содержимого. При пневмонии проводят санацию трахео-бронхиального дерева. Для введения жидкости делают венесекцию. Выбор метода операции играет большую роль в исходе заболевания. Операцию производят под эндотрахеальным наркозом и переливанием крови.

Техника операции. Трансректальная или парамедиальная лапаротомия. Гнойный выпот берут на посев и удаляют электроотсосом. Осторожно и тщательно производят ревизию органов брюшной полости. При этом, перфоративное отверстие бывает несколько и они могут располагаться в различных отделах кишечника. Учитывая, что чаще всего язвы наблюдаются в поперечно-ободочной кишке, ее следует особенно внимательно осмотреть. При наличии отдельных перфоративных отверстий небольших размеров (до 0,5 см) и умеренного отека кишечной стенки в области язвы производят их ушивание двухрядными швами атравматичной иглой в поперечном направлении, чтобы не вызвать сужения просвета кишки. Нахождение перфорации в червеобразном отростке требует аппендэктомии. Если в стенке кишки имеется дефект тканей размером более 0,5 см (мы наблюдали дефекты до 5—6 см длиной с расплавлением кишечной стенки) или вокруг язвы определяется инфильтрация, то показана резекция кишки в пределах здоровых тканей и образование межкишечного анастомоза на тонкой кишке или двойной колостомы.

По нашим наблюдениям, у тех детей, которым дистальный конец кишки ушивался, а не выводился наружу, наступило резкое сужение выключенного отдела. Это потребовалось при помощи тренировочные клизмы для расширить просвета дистального отдела толстой кишки, что и последующем заставило отложить реконструктивную операцию на 2—3 месяца.

В случае множественных перфораций (на толстой кишки) также

показана резекция пораженного участка в пределах здоровых тканей и создание двойной колостомы на отдельной петле.



Рис. 2.9. Интраоперационная картина при вторичном перитоните.

При расположении дефекта в стенке слепой кишки следует производить резекцию илеоцекального угла с образованием илеостомы и колостомы. При завершение операции в корень брыжейки вводили 5—7 мл 0,25% раствора новокаина. В брюшную полость через отдельные проколы вводили 2 дренажные трубки, для вливания раствора антибиотиков в послеоперационном периоде. Рану брюшной стенки послойно ушивали наглухо.

По нашим данным послеоперационное лечение детей с вторичными перитонитами зависило от возраста ребенка, тяжести его состояния, вида оперативного вмешательства и наличия сочетанных заболеваний и осложнений. При проведении парентерального питания у детей с кишечными свищами тщательно следили за состоянием водного и электролитного обмена (прежде всего хлоридов и калия), так как выключение толстой кишки приводили к нарушению этих видов обмена, особенно у новорожденных

первых дней жизни. При этом, строго учитывают не только суточный диурез, но также выделения из свищей и желудка.

После формирования дистальной колостомы ее можно использовать для капельных введений теплого физиологического раствора. Сроки начала кормления через рот зависят не только от состояния функции кишечника, но и от типа операции. Детей, которым произведено ушивание перфорационного отверстия, следует кормить не ранее 3—4-го дня после вмешательства, а в случаях образования кишечных свищей. Отсасывание застойного содержимого и промывание желудка осуществляют в течение 2-3 дней и прекращают по ликвидации зеленой окраски эвакуируемой жидкости. Всем детям в течение 3—4 дней вводят в брюшную полость антибиотики широкого спектра действия.

При выраженном парезе кишечника в 20 случаях применяли перидуральную анестезию. При наличии илеостомы или колостомы с этой же целью возможно назначение прозерина одновременно с перидуральной анестезией, введение газоотводной трубки в кишечный свищ или применение гипертонической клизмы.

Назначение этих стимулирующих средств (кроме перидуральной анестезии) детям с ушитыми перфорациями противопоказано. В тех случаях, когда при наложении кишечных свищей было видно на слизистой оболочке большое количество язв, в колостомы ежедневно 2-3 раза вводят масляные эмульсии или вазелиновое масло (3-4 мл). С первых дней после операции следует тщательно ухаживать за раной и колостомой, предупреждая затекание кишечных выделений на послеоперационную рану. С этой целью детей выкладывают на ту сторону, с которой расположена колостома, чтобы кишечное содержимое стекало вниз.

Сразу по созревании кишечного свища кожу вокруг него обрабатывают подогретой пастой Лассара и между свищом и послеоперационной раной наклеивают полиэтиленовую прокладку, прикрывающую в виде фартука

колостому. Швы снимают на 10—12-й день после операции. Обязательно проводят курс противоспаечной терапии.

Выписывают больного из стационара по нормализации обменных процессов, картины крови, при наличии стойкого увеличения массы тела, исчезновении патологических примесей и скрытой крови в кале. Если заболевание протекало на фоне сепсиса, ребенка следует перевести в терапевтическую клинику для продолжения лечения.

У детей с колостомами через 3 недели после операции по 2 раза в день начали применять тренировочные клизмы, чтобы не сузился выключенный отрезок кишки. Для этого в дистальную колостому вводят газоотводную трубку на глубину не более 5 см и через нее вливают фурацилин. Если раствор вытекает сразу после введения, то ягодички ребенка зажимают на 10 мин. Количество жидкости для клизмы зависит от возраста ребенка, массы тела и длины выключенной кишки. Такие клизмы ребенок должен получать до поступления на 2-й этап операции.

С учетом на многоплановых нарушениях в организме больных нами при вторичном перитоните, создан алгоритм по тактики оказываемые лечебно - корригирующую терапию отражались следующие положений(Рис 12):

- декомпрессия желудка и толстой кишки;
- устранение метаболического ацидоза;
- коррекция водно-электролитного баланса;
- устранения нарушений микроциркуляции;
- коррекция нарушений сердечно-сосудистой деятельности;
- коррекция белковых расстройств;
- антибактериальная терапия;
- терапия, направленная на улучшения функции паренхиматозных органов;

- антиферментная терапия.

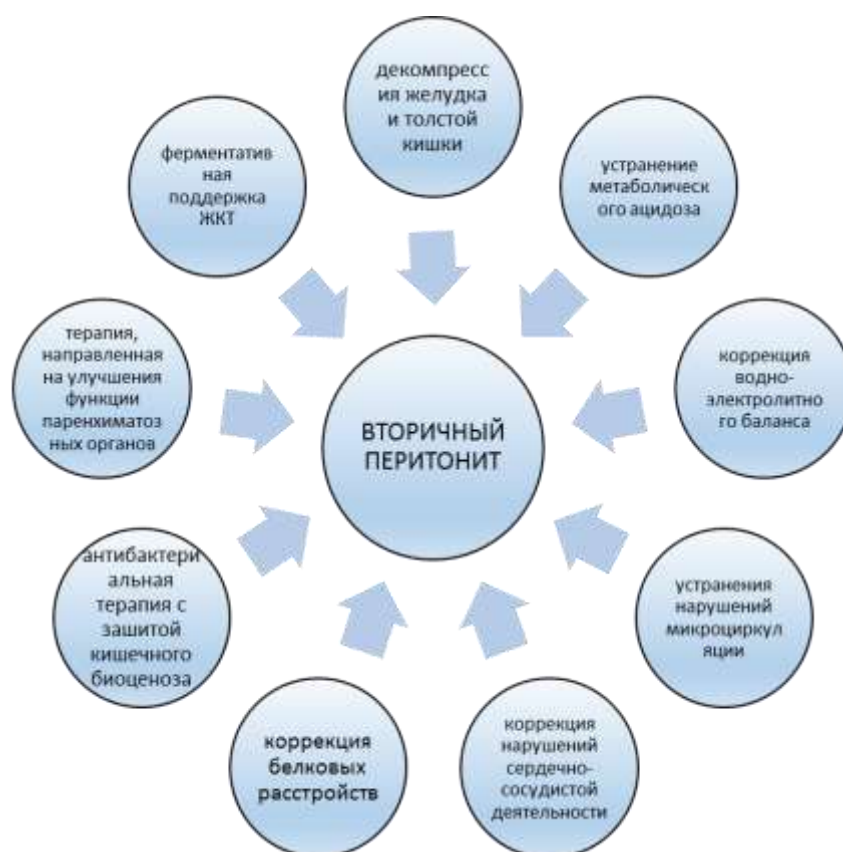


Рис.2.10. Алгоритм послеоперационной лечебной тактики вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей

Нами выполнялись следующие тактики хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных:

- раннее устранение источника инфекции в брюшной полости;
- уменьшение степени бактериальной контаминации во время операции;
- лечение резидуальной инфекции и профилактика повторного инфицирования брюшной полости;
- поддержание жизненно важных функций организма ребенка после операции.

В послеоперационном периоде все больные находились в положении Фовлера.



Рис. 2.11. Алгоритм интраоперационной лечебной тактики вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей

При комплексном, лечение вторичного перитонита являлись рациональное антибиотикотерапия. Из препаратов, наиболее эффективных на сегодняшний день в лечении перитонита, можно назвать цефалоспорины II и III поколения, аминогликозиды II поколения, офлоксацин. На ряду, с этим, обязательно комбинация антибиотиков с препаратами группы метронидазола, действующими на неклостридиальную анаэробную микрофлору. С 3-4 сутки во избежания развития кандидомикозных

поражений и дисбактериоза, следует назначать противогрибковые препараты (леворин, нистатин).

Под нашим наблюдением после радикальной операции лапаротомии с дренированием брюшной полости, причиной продолженного перитонита в послеоперационном периоде были осложнение ранней кишечной непроходимости у 7 случаях: из них были инвагинация кишечника у 3 случаях и кишечная непроходимость динамического характера у 4 больных. Общая состояние больных крайне тяжелая с выраженными явлениями интоксикации, вздутие и болезненность живота, упорная рвота с застойным отделяемым, задержка стула, часто выделение крови из прямой кишки и отсутствие перистальтики при аускультации прогрессирующие угнетение ЦНС, эксикоз, инфекционный токсикоз, метаболический ацидоз, лейкопения, реже лейкоцитоз.

При обзорной рентгенографии отмечается выраженные признаки непроходимости с наличием множественные чашек Клойбера, интенсивности затемнения нижнего этажа брюшной полости за счет значительного скопления жидкости, признаки, наличие свободного газа под куполом правой половине диафрагмы.

При УЗИ определяется значительное количество неорганизованного жидкостного компонента в брюшной полости. При этом характер эхогенности имеющиеся жидкости брюшной полости имело картину реактивного выпота. Характер мелкодисперсного взвеси или гетерогенного содержимого пониженной эхогенности соответствовал гнойному каловому перитониту. Отмечались очаги скопления гноя различными размерами содержащих аэхогенной озвучивания. Перистальтика не определяется. В некоторых случаях обнаружены аперистальтические, аваскулярные тонкостенные петли кишечника с жидкостным содержимым в просвете, что интраоперационно соответствовало инфаркту кишки с некрозом ее стенки и кровью в просвете (рис 2).

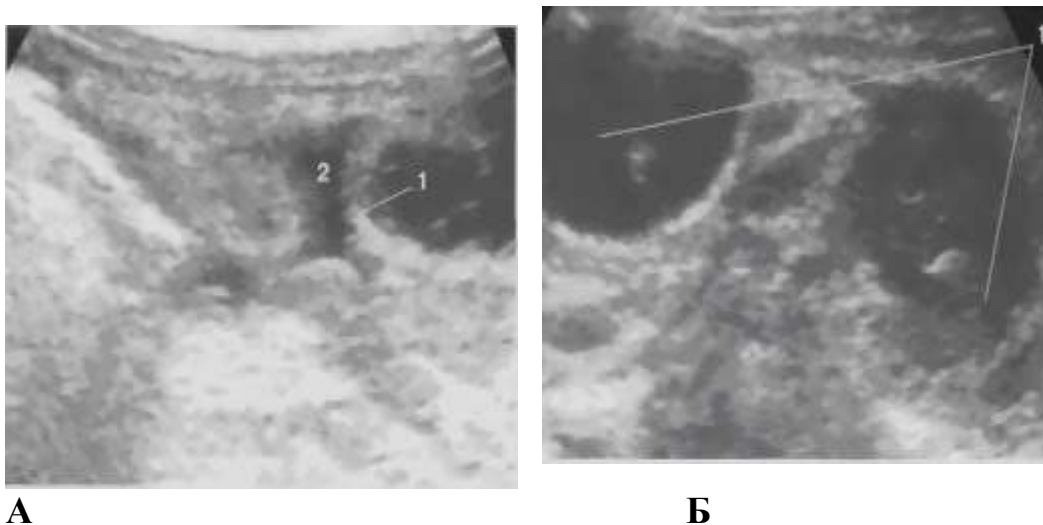


Рис 2.12. А) Кишечная непроходимость на фоне разлитого гнойного перитонита 1.утолщение кишечной стенки. 2. свободный жидкость. Б) Множественные межпетлевые абсцессы. 1. полость абсцесса.

Выбор метода операции играет большую роль в исходе заболевания. По нашим данным у 12 больным с продолженными перитонитами с перфорацией полого органа было произведено трансректальная релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости и резекция пораженного участка кишки и наложено у 7 больных энтеростома. При этом, было произведено ликвидация эвентрации кишечника вокруг илеостомы, дважды, у одного было наложено терминальная илеостома последние два больные умерли. У остальных 3 больных было произведено ликвидация эвентрации кишечника повторно. Из 12 больных с продолженным послеоперационным перитонитом у 5 больных послеоперационном периоде лечение проводилось консервативным путем.

Существенным этапом операции при послеоперационном распространенном гнойном перитоните является санация брюшной полости.

Как правило, с целью для интраоперационной санации применяли в количестве 1-3 литров раствор бетадина.

В процессе интраоперационная санация брюшной полости у детей предусматривается элементы механического очищения с максимальным удалением инфицированного и токсичного содержимого из брюшной полости. Для решение первой задачи применяли до 1 литров 1:10 разведение раствор бетадин.

При наличие множество фибринозных наложений стенки кишечника орошали брюшную полость растворами бетадина 1:10 разведение физиологическом растворе, потом орошали брюшную полость растворами антибиотиков (с учетом синдромальной идентификации микрофлоры экссудата).

С нашей точки зрения, при релапаратомии рациональное дренирование брюшной полости является необходимым элементом операции при разлитом после операционном гнойном продолженном перитоните, а характер его определяется дальнейшей тактикой хирургического лечения.

При этом, обязательными компонентами операции являлись тщательная ревизия брюшной полости с осмотром всех межпетлевых пространств, швов и анастомозов полых органов, контроль эвакуаторной функции интестинального зонда и дренажных композиций. После устранения выявленных нарушений проводили санацию брюшной полости по вышеописанной методике. Операцию оканчивали герметизацией брюшной полости швами лапаратомной раны. Этот метод операция не приемлемы, для детского возраста из-за его травматичности.

Хирургическое лечение проведено у всех 23 больных с НЭК. Во всех случаях произведена резекция наиболее измененных участков кишок с формированием илеостомы или колостомы. При этом выполняли санацию и дренирование брюшной полости. У 4 недоношенных детей использовали лапароцентез с дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде различные осложнения отмечены у 10 (45%) детей. Повторные

оперативные вмешательства выполнены у 6 (27%) детей в связи с прогрессированием продолженного перитонита, возникновением новых перфораций, абсцессами брюшной полости, эвагинацией выведенной энтеростомы, ранней спаечной непроходимостью, эвентрацией кишечника.

Нами в комплексное лечение НЭК новорожденных и грудных детей большое значение имело не только ранняя диагностика заболевания и правильная адекватная хирургическая тактика, но и проведение комплексной интенсивной терапии, включающей: антибиотики широкого спектра цефалоспоринового ряда в сочетаниях нитромицинового или метронидазол; пробиотики (Лакто G,); дифлюкан; иммунотерапию (виферон, циклоферон); инфузионную и посиндромную терапию; декомпрессию желудка, витаминный комплекс, ингибиторы протеаз, парентеральное питание не менее 5-7 дней и постепенное включение энтерального питания гипоосмолярными смесями.

Нами для борьбы с эндотоксикозом и коррекции гомеостаза у 28 новорожденных с НЭК, находившихся на ИВЛ в крайне тяжелом состоянии, комплекс интенсивной патогенетической и синдромальной терапии. После комплекса интенсивной терапии у всех больных восстановилось самостоятельное дыхание, улучшились показатели гемодинамики, отмечена нормализация электролитных и иммунных нарушений, снижение лейкоцитарного индекса интоксикации в 4 раза.

Хирургическая летальность составила 11(50%), 5 детей, из них без операции. Общая летальность составила 31%. Таким образом, результатов комплексного лечения НЭК у новорожденных и грудных детей, больше зависят от целенаправленного консервативного в условиях ОРИТ и адекватной хирургического лечения.

Лечение вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей на фоне TORCH инфекции

Лечение врожденной ЦМВ складывается из этиотропной и синдромальной терапии. Показанием к проведению этиотропной терапии

врожденной ЦМВ является активный период клинически манифестной формы заболевания. Из-за высокой токсичности виростатических препаратов анти-ЦМВ-направленности они применяются для лечения неонатальной ЦМВ.

Препаратом выбора для этиотропного лечения врожденной ЦМВ является Цитотект. Цитотект — специфический гипериммунный антицитомегаловирусный иммуноглобулин для внутривенного введения. Выпускается в виде 10% раствора, готового к применению. Вводится внутривенно, при помощи перфузионного насоса, со скоростью не более 5-7 мл/час. При манифестных формах цитомегаловирусной инфекции Цитотект назначается: - по 2 мл/кг/сутки с введением через 1 день, на курс - 3-5 введений или - по 4 мл/кг/сутки введение через каждые 3 дня - в 1-й день терапии, на 5-й и на 9-й день терапии.

В дальнейшем суточная доза снижается до 2 мл/кг/сутки и в зависимости от клинической симптоматики и активности инфекционного процесса Цитотект вводится еще 1-3 раза с тем же интервалом.

При необходимости второго курса лечения препараты иммуноглобулина целесообразно комбинировать с другими иммуномодулирующими препаратами, оказывающими иммуностимулирующее действие, особенно на Т-клеточное звено иммунитета, и обладающие антивирусным свойством (циклоферон, или виферон). При тяжелых формах цитомегаловирусного заболевания в качестве стартовой терапии также можно использовать иммуноглобулин в сочетании с вифероном.

На фоне проводимой этиотропной терапии, при наложении вторичной бактериальной микрофлоры, оправдано назначение антибиотиков широкого спектра действия с учетом чувствительности микроорганизмов, обуславливающих развитие осложнений. Поддержание витальных функций организма при генерализованной форме проводится в соответствии с общими принципами интенсивной терапии.

Дети, инфицированные ЦМВ, даже при отсутствии у них клинических

проявлений, нуждаются в длительном наблюдении.

В случае развития ЦМВ у серопозитивной лактирующей женщины, грудное кормление ее ребенка не должно прекращаться. Это обусловлено тем, что возможное инфицирование ребенка ЦМВ происходит на фоне анти-ЦМВ-АТ, трансплацентарно переданных ему от серопозитивной матери. Кроме этого, при грудном вскармливании ребенок получает с молоком анти-ЦМВ-АТ. Таким образом, пассивная специфическая анти-ЦМВ иммунизация новорожденного (анти-ЦМВ-АТ переданные матерью трансплацентарно и с грудным молоком) препятствует активной репликации вируса и способствует развитию бессимптомной формы заболевания, не сопровождающихся осложнениями.

Лечение токсоплазмоза. Наиболее эффективны препараты пириметамин (тиндурин, дараприм, хлоридин) в комбинации с сульфаниламидами; препараты блокируют функцию ферментов (редуктазы и синтетазы), участвующих в синтезе фолиевой кислоты паразита. Суточная доза тиндурина — 1 мг/кг (в 2 приема), сульфаниамидов короткого действия - 0,1 /кг (в 3-4 приема).

Возможна также комбинация этиотропных средств с делагилем (5 мг/кг; 10 дней) и метронидазолом (5-8 мг/кг; 4-5 дней).

Оправдала себя схема применения препаратов циклами: 5 дней тиндурина, сульфаниламид на 2 дня больше (7 дней) — 3 цикла с перерывами между ними в 7-14 дней. Такой курс терапии по показаниям (хроническая форма при иммунодефицитном состоянии, обострение хориоретинита и пр.) повторяют через 1-2 месяца. Побочные действия всех антифолатов устраняются назначением фолиевой кислоты, активным производным фолиевой кислоты; препарат восполняет дефицит фолиевой кислоты больного и способствует восстановлению биосинтеза нуклеиновых кислот. Официальный препарат лейковорин (кальциумфолинат, США) назначают в дозе 1-5 мг 1 раз в 3 дня (в таблетке 0,005г) в течение всего курса терапии.

На 2 месте по эффективности в лечении токсоплазмоза стоят макролиды,

тормозящие синтез белка на рибосомах возбудителя. Спирамицин назначают в дозе 150000-300000 Ед/кг - суточная доза в 2 приема в течение 10 дней. Рокситромицин (рулид) 5-8 мг/кг в сутки, азитромицин (сумамед) 5 мг/кг в сутки назначают в течение 7-10 дней.

Имеются сообщения о применении клиндамицина (при хориоретините в позднем его проявлении), аминохинола, антикокцидийного препарата химкокцида. Степень эффективности и побочные действия указанных препаратов проверены недостаточно. (Попова О.В 2006).

Лечение врожденной герпетической инфекции. При всех формах неонатальной герпетической инфекции показана специфическая противовирусная терапия, поскольку локализованная форма может предшествовать генерализации инфекции.

В лечении врожденной герпетической инфекции используют такие химиопрепараты, как ацикловир (зовиракс) — в/венно медленно, в течение 1 часа, по 30-60 мг/кг/сут, 3-4 раза в день; изопринозин (50 мг/кг/сут) и видарабин (15-30 мг/кг/сут) 1 раз в день за 12 часов, в/венно.

Длительность лечения ацикловиром зависит от формы неонатального герпеса: локализованная форма требует лечения в течение 10-14 дней, генерализованная форма и менингоэнцефалит - не менее 21 дня.

Целесообразно назначение иммуномодуляторов и иммуноглобулинов. В том числе, целесообразно назначение виферона-1 (ректально, 2 раза в день, курс 5 дней; 2-3 курса с 5-дневным перерывом; детям с массой тела менее 1500 г препарат вводят ректально 3 раза в сутки).

При локализованных поражениях кожи и слизистых оболочек рекомендуется местно применять мази: 0,25 % оксолиновую, 0,5 % флореналевую, 0,25-0,5 % теброфеновую и риодоксоловую, а также цитозар, ацикловир. Эффективен интерферон в виде мази, примочек. При кератитах можно использовать 5 %-ный йод-2-дезоксисуридин в виде растворов, мазей, а также аденин арабинозид.

Поддержание жизненно важных функций организма ребенка при генерализованной форме неонатального герпеса проводится в соответствии с общими принципами интенсивной терапии. *Прекращать вскармливание грудным молоком не имеет смысла, так как даже при первичной инфекции у матери проникновение ВПГ в молоко маловероятно.*

2.5. Выводы

По нашим клиническим данным причиной возникновения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей в 22 случаев составили НЭК осложненной перфорацией полых органов. Из них 13 (60%) НЭК встречался до 1 месяца жизни ребенка, а у 9 (40%) детей в возрасте 1-2 мес. НЭК наблюдался на фоне следующих сопутствующих заболеваний: внутриутробного сепсиса (6), ТОРЧ инфекции (9), эмбриональной грыжи (3), болезни Гиршпрунга (5), свищевой формы атрезии ануса и прямой кишки (3), гастрошизиса (2).

Недоношенных детей с массой тела 900г – 2100г было 13 (43%) при сроке гестации 28- 35 недель. У 17 (57%) новорожденного отмечено ишемически - гипоксическое поражение ЦНС, у 5 (17%) ВЖК, у остальных внутриутробное инфицирование и синдром задержки развития плода.

Все поступившие больные с НЭК по клиническому течению были разделены на 2 группы.

Первая группа - 22 новорожденных поступили в отделение в крайне тяжелом состоянии с картиной вторичного перитонита вследствие перфорации язв, у которых во время операции выявлено полисегментарное поражение тонкой кишки с перфорациями: поражение только толстой кишки – у 11 и у 4 больных наблюдались изменения в ЖКТ в следующих сочетаниях: повреждение желудка и сигмы, некроз поперечно-ободочной кишки и тонкой, некроз и перфорация дивертикула Меккеля поперечно

ободочной кишки,- множественные язвы с перфорацией тонкой и толстой кишок.

Во вторую контрольную группу вошли 19 детей, у которых НЭК имел затяжное течение без перфораций с явлениями эксикоза и токсикоза. У них отмечался высокий субфебрилитет, застойное содержимое в желудке, вздутие и болезненность живота, стул с примесью крови и слизи, высокий лейкоцитоз ($25-35 \times 10^9$ /л) со сдвигом лейкоцитарная формула влево. При рентгенологическом и ультразвуковом исследованиях выявлялось неравномерное расширение петель кишок с горизонтальными уровнями, утолщение и пневматоз кишечника. УЗИ-мониторинг в данной группе больных позволил не только уточнить стадию НЭК и осуществить контроль над течением воспалительного процесса, но и определить с учетом клинико-рентгенологических данных своевременные показания к хирургическому лечению.

ГЛАВА III РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Выбор тактики лечение определялся в основном от причины, характера, объема поражения ЖКТ и по локализации перфорации кишечника. Нами из числа оперированных по поводу вторичного перитонита у новорожденных и недоношенных детей, продолженный перитонит наблюдались у 23 (76%) случаев. Им проводились в послеоперационном периоде основном консервативное и иногда оперативное лечение. Выживаемость больных составило 70% (21 больных), летальность составило 30% (9 больных).

По нашим клиническим данным у 18 больных продолженным послеоперационным перитонитом у 15 больных нам удалось ликвидировать воспалительный процесс при помощи консервативной терапии, у остальных 3 больных было произведено повторная операция по поводу ликвидации гнойных очагов брюшной полости: из них изолированные локальные – у 3 больных, разлитой – у 4 больных. Результаты лечение показано на табл. №5.

Таблица №3.1

Результаты лечения послеоперационных продолженных перитонитов у детей.

Характер исхода	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Всего %
Выздоровление	14	3	17 (73,9%)
Осложнением течением	2	2	4 (17,3%)
Летальный исход.	-	2	2 (8,6%)
Итого.	16 (69,5%)	7 (30,4%)	23 (100%)

При изолированной локализации, несмотря на заживление лапаротомного разреза после установления локализации гнойников пункционным способом было ликвидировано гнойные очаги (поддиафрагмальный и тазовый) у 2 больных.

У 3 больных имеющих послеоперационный продолженный перитонит разлитого характера имелась картина 2 случаях неполной, в 1 случае полной эвентрации лапаротомной раны. При этом во всех случаях было произведено санация брюшной полости в 2 случаях с целью декомпрессии при выраженной парезе кишечника было наложено илеостома.

При отсутствии четких клинических симптомов УЗИ исследование, как самостоятельное, позволили судить о динамике местных патологических изменений, эффективности проводимого лечения, а также осуществлять санационные мероприятия брюшной полости у 4 больных.

В диагностике вторичного перитонита имели место биохимические и гематологические исследования. У всех больных в крови выявляется анемия, нарастающая в случае торпидного течения перитонита, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево не всегда была классической форме как у детей старшего возраста.

Симптомы вторичного перитонита у новорожденных при перфорации выражены отчетливее, чем при других формах воспаления брюшины. Перфорация характеризуется внезапным ухудшением общего состояния ребенка, который при этом бледнеет и резко беспокоится, а затем становится вялым, впадая иногда в коллаптоидное состояние. Нарастает пероральный цианоз, дыхание становится частым, поверхностным, пульс — мягким или нитевидным. Выражена тахикардия, реже брадикардия. Иногда пульс на периферических артериях не определяется. Появляется рвота, приобретающая застойный характер. Стул задержан, после введения газоотводной трубки отходит слизь с прожилками крови.

При осмотре обращает на себя внимание резкое вздутие живота. Брюшная стенка растянута, блестит, поверхностные вены расширены. Через

несколько часов после прободения появляется пастозность и гиперемия кожи нижних отделов живота, отек половых органов.

Симптоматика заболевания у маловесных детей стерта, и степень выраженности признаков перфорации незначительна. Обращает на себя внимание увеличение бледности кожных покровов, адинамия ребенка и резкое вздутие живота. Кроме того, задержка стула и рвота застойного характера указывает на развивающееся заболевание. Отечность передней брюшной стенки и ее гиперемия чаще всего отсутствуют.

Рентгенологическое обследование у 22 больных осложненным перитонитом НЭЖ выявило, наличие свободного газа в брюшной полости в 10 (40%) случаях. В 12 (60%) случаях при наличии перфорации полого органа свободного газа в брюшной полости не было. Анализ рентгенологических исследований брюшной полости у больных осложненным перитонитом НЭЖ позволил выделить термин «фиксированный пневмоперитонеум» у 11 больных. Разграничение понятий «свободный газ» в брюшной полости и «фиксированный пневмоперитонеум» в первичной диагностики принципиально важно, так как фиксированный пневмоперитонеум - это рентгенологический признак, позволяющий говорить о наличии перфорации полого органа, без наличия свободного газа.

При обзорной рентгенографии отмечается выраженные признаки непроходимости с наличием множественные чашек Клойбера, интенсивности затемнения нижнего этажа брюшной полости за счет значительного скопления жидкости, признаки, наличие свободного газа под куполом правой половине диафрагмы.

При УЗИ определяется значительное количество неорганизованного жидкостного компонента в брюшной полости. При этом характер эхогенности имеющиеся жидкости брюшной полости имело картину реактивного выпота. Характер мелкодисперсного взвеси или гетерогенного содержимого пониженной эхогенности соответствовал гнойному каловому перитониту. Отмечались очаги скопления гноя различными размерами

содержащих аэзогенной озвучивания. Перистальтика не определяется. В некоторых случаях обнаружены аперистальтические, аваскулярные тонкостенные петли кишечника с жидкостным содержимым в просвете, что интраоперационно соответствовало инфаркту кишки с некрозом ее стенки и кровью в просвете.

Выбор метода операции играет большую роль в исходе заболевания. По нашим данным у 21 больным с продолженными перитонитами с перфорацией полого органа было произведено трансректальная лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости и резекция пораженного участка кишки и наложено у 7 больных энтеростома. Из 21 больных с продолженным послеоперационным перитонитом у 15 больных послеоперационном периоде лечение проводилось консервативным путем. У 7 больных с продолженным послеоперационным перитонитом лечение проводилось хирургическим путем.

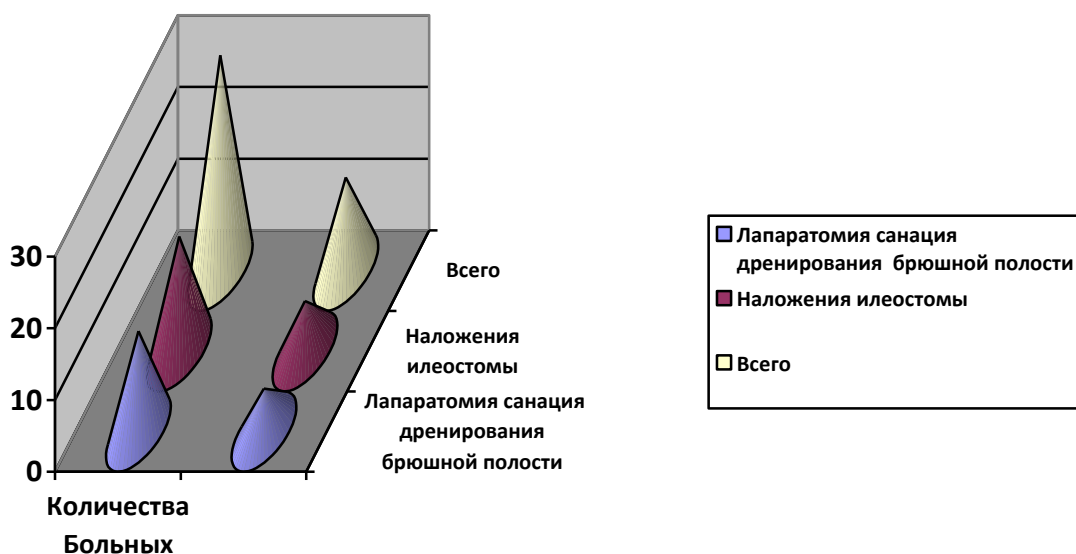
Из 7 больных у 6 из них было произведено релапаротомия санация и дренирование брюшной полости, у одного больного была произведена релапаротомия санация и дренирование брюшной полости с реконструкцией цекостомы у этого дальнейшем на 7 сутки было произведено ликвидация эвентрации кишечника, у двух больных было произведено ликвидация эвентрации кишечника вокруг илеостомы, дважды, у одного было наложено терминальная илеостома последние два больные умерли. У остальных 3 больных было произведено ликвидация эвентрации кишечника повторно. В трех случаях было произведено пункция ограниченных гнойников брюшной полости (тазовый и поддиафрагмальный абсцесс).

Таблица №3.2

Методы хирургического лечения вторичного перитонита

№	Метод лечение	Количество больных	Количество повторных
---	---------------	--------------------	----------------------

			операции.
1.	Лапаротомия санация и дренирование брюшной полости	14	6
2.	Наложения илеостомы.	16	7
	Всего.	30	13



Существенным этапом операции при послеоперационном распространенном гнойном перитоните является санация брюшной полости. Как правило, с целью местного воздействия на микрофлору использовали растворы фурацилина. Для интраоперационной санации применение в количестве 4-5 литров растворов.

В процессе интраоперационная санация брюшной полости у детей предусматривается элементы механического очищения с максимальным удалением инфицированного и токсичного содержимого из брюшной полости. Для решение первой задачи применяем 4-5 литров фурациллин или марганцовокислый калий. На заключительном этапе санации у

большинства пациентов орошали брюшную полость растворами антибиотиков (с учетом синдромальной идентификации микрофлоры экссудата). При наличии множество фибриновых наложений стенки кишечника орошали брюшную полость растворами бетадина 1:10 разведение физиологическом растворе.

С нашей точки зрения, при релапаротомии рациональное дренирование брюшной полости является необходимым элементом операции при разлитом после операционном гнойном продолженном перитоните, а характер его определяется дальнейшей тактикой хирургического лечения.

По нашим клиническим данным причиной возникновения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей в 22 случаев составили НЭК осложненной перфорацией полых органов. Из них 13 (60%) НЭК встречался до 1 месяца жизни ребенка, а у 9 (40%) детей в возрасте 1-2 мес. НЭК наблюдался на фоне следующих сопутствующих заболеваний: внутриутробного сепсиса (6), ТОРЧ инфекции (9), эмбриональной грыжи (3), болезни Гиршпрунга (5), свищевой формы атрезии ануса и прямой кишки (3), гастрошизиса (2).

Недоношенных детей с массой тела 900г – 2100г было 13 (43%) при сроке гестации 28- 35 недель. У 17 (57%) новорожденного отмечено ишемически - гипоксическое поражение ЦНС, у 5 (17%) ВЖК, у остальных внутриутробное инфицирование и синдром задержки развития плода.

Все поступившие больные с НЭК по клиническому течению были разделены на 2 группы.

Первая группа - 22 новорожденных поступили в отделение в крайне тяжелом состоянии с картиной вторичного перитонита вследствие перфорации язв, у которых во время операции выявлено полисегментарное поражение тонкой кишки с перфорациями: поражение только толстой кишки – у 11 и у 4 больных наблюдались изменения в ЖКТ в следующих сочетаниях: повреждение желудка и сигмы, некроз поперечно-ободочной кишки и тонкой, некроз и перфорация дивертикула Меккеля поперечно

ободочной кишки,- множественные язвы с перфорацией тонкой и толстой кишок.

Во вторую контрольную группу вошли 19 детей, у которых НЭК имел затяжное течение без перфораций с явлениями эксикоза и токсикоза. У них отмечался высокий субфебрилитет, застойное содержимое в желудке, вздутие и болезненность живота, стул с примесью крови и слизи, высокий лейкоцитоз ($25-35 \times 10^9$ /л) со сдвигом лейкоцитарная формула влево. При рентгенологическом и ультразвуковом исследованиях выявлялось неравномерное расширение петель кишок с горизонтальными уровнями, утолщение и пневматоз кишечника. УЗИ-мониторинг в данной группе больных позволил не только уточнить стадию НЭК и осуществить контроль над течением воспалительного процесса, но и определить с учетом клинико-рентгенологических данных своевременные показания к хирургическому лечению.

Хирургическое лечение проведено у всех 23 больных с НЭК. Во всех случаях произведена резекция наиболее измененных участков кишок с формированием илеостомы или колостомы. При этом выполняли санацию и дренирование брюшной полости. У 4 недоношенных детей использовали лапароцентез с дренированием брюшной полости. При решении интраоперационной тактики хирургического лечения вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей, транс и параректальная лапаротомия, тщательной санации органов брюшной полости, рациональное дренирование и наложение энтеростомии или колостомии является необходимым элементом. При после операционном перитоните, осложненным кишечной непроходимости обязательным элементом завершающего этапа релапаротомии должна является тщательная декомпрессия путем интубации желудочно-кишечного тракта или наложения дистальной энтеростомии, которая позволяет значительно снизить летальность.

В послеоперационном периоде различные осложнения отмечены у 10 (45%) детей. Повторные оперативные вмешательства выполнены у 6 (27%) детей в связи с прогрессированием продолженного перитонита, возникновением новых перфораций, абсцессами брюшной полости, эвагинацией выведенной энтеростомы, ранней спаечной непроходимостью, эвентрацией кишечника.

Нами в комплексное лечение НЭК новорожденных и грудных детей большое значение имело не только ранняя диагностика заболевания и правильная адекватная хирургическая тактика, но и проведение комплексной интенсивной терапии, включающей: антибиотики широкого спектра цефалоспоринового ряда в сочетаниях нитромицинового или метронидазол; пробиотики (Лакто G,); дифлюкан; иммунотерапию (виферон, циклоферон); инфузионную и посиндромную терапию; декомпрессию желудка, витаминный комплекс, ингибиторы протеаз, парентеральное питание не менее 5-7 дней и постепенное включение энтерального питания гипоосмолярными смесями.

3.2. Выводы к главе III

Выбор тактики лечение определялся в основном от причины, характера, объема поражения ЖКТ и по локализации перфорации кишечника. Нами из числа оперированных по поводу вторичного перитонита у новорожденных и недоношенных детей, продолженный перитонит наблюдались у 23 (76%) случаев. Им проводились в послеоперационном периоде основном консервативное и иногда оперативное лечение. Выживаемость больных составило 70% (21 больных), летальность составило 30% (9 больных).

По нашим клиническим данным у 18 больных продолженным послеоперационным перитонитом у 15 больных нам удалось ликвидировать воспалительный процесс при помощи консервативной терапии, у остальных

3 больных было произведено повторная операция по поводу ликвидации гнойных очагов брюшной полости: из них изолированные локальные – у 3 больных, разлитой – у 4 больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей работе предусмотрено клинический анализ результатов обследования, хирургического и консервативного лечения 30 детей с диагнозом вторичном перитонитом и наличием энтеростом, находившихся на лечении в отделениях хирургии клинических баз ГКДБ №1, кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ за последние 5 года.

Среди наших больных мальчиков было 18 (60%), девочек 12 (40%). доношенных детей было 17 (56.7%), недоношенных 13 (43.3%), вес которых составлял от 1180 гр до 3650 кг. Количество доношенных и недоношенных детей было практически одинаково среди мальчиков и девочек. НЭЖ чаще диагностирован у новорождённых и детей в возрасте до 1 года, наиболее молодого возраста, которое составляет 85% от общего числа больных. Наиболее частой причиной НЭЖ явилось внутриутробное инфицирование плода, недоношенность средний срок гестации составлял 36 недель, проживание во время беременности в неблагоприятной зоне, анемия и хронический пиелонефрит.

При изучении материнского анамнеза выявлено, что из 30 беременных, 21 (70%) женщин были в возрасте 17-30 лет, 9 (30%) – в возрасте 31-40 лет. Из числа последних 4 женщины были в возрасте 36-40 лет. Первородящих женщин было 11 (36.7%), повторнородящих – 19 (63.4%). Патология органов гениталий отмечена у 5 (16.7%) женщин, экстрагенитальная патология (ОРВИ, пиелонефрит, зоб, анемия и т.д.) – у 7 (23.4%) рожениц. Угроза прерывания беременности – у 7 (23.4%) женщин. TORCH инфицирование выявлено у 9 (30%) женщин. 12 женщин TORCH инфицирования не выявлено. У 9 женщин исследования по поводу TORCH инфицирования, при пренатальном периоде не было проведено. Среди которых, в родственных браках состояли 3 (10%) женщин.

Всем больным при постановки диагноза вторичного перитонита проводили обзорную рентгеноскопию и рентгенографии брюшной полости в положения стоя. При этом выявляли расширение петель кишки газом и жидкостью, уплощение (отек) складок слизистой оболочки, свободных газ в брюшной полости и наличием свободной жидкости в брюшной полости.

В у 15 больных при первичной выявлении вторичного перитонита применяли метод УЗИ. УЗИ исследования брюшной полости проводилось в динамике. При этом, вторичного перитонита, определялись эхопозитивные, эхонегативные участки и наличие выпота брюшной полости. При этом абсцессы брюшной полости диагностировали на 3-7 дни после возникновения клинических проявлений.

Формирование кишечной стомы в экстренных ситуациях позволяет избежать послеоперационных осложнений и смерти ребенка, которое является первым этапом последующей коррекции врожденного порока ЖКТ и ЯНЭК.

При этом особую актуальность приобретают проблемы после наложения энтеростомы у новорожденных и грудных детей с быстро наступающимися комплексами нарушений адаптационных механизмов организма, обусловленный потерей кишечного содержимого, проводящих к дефициту жидкости, электролитов и белков, в большей степени фракции альбуминов. А у недоношенных детей это протекают еще тяжелее на фоне морфофункциональной незрелости организма. У новорожденных детей признаки эксикоза возникают гораздо раньше, поэтому они тяжело переносят любые локализации тонкокишечных стом, особенно высокие формы.

При обширных резекциях тонкой кишки (30% дистальная часть) и еюно-илеостомой развивается так называемый синдром короткой кишки (СКК), проявляющийся выраженной мальсорбцией и обильным выделением секретов в просвет кишки. При этом нарушается всасывание пищевых веществ за счет с уменьшения размеров всасывательной

поверхности и изменения кишечной моторики, которое проявляется: диарией, полифекалией, метеоризмом, с метаболическими расстройствами: потеря массы тела, гипопропротеинемия, отёки, гипохромная анемия, гипокальцемию, судороги, остеопороз, поливитаминоз, эндокринные нарушения и др. А также нарушается расселение кишечной микрофлоры, что приводит к синдрому избыточной колонизации кишки (ИКК) бактериями. Это способствует повреждению энтероцитов с последующей абсорбцией и транслокацией микробов и токсинов, что может привести к нарушению функции печени и полиорганной недостаточности. Важными факторами синдрома ИКК могут быть отсутствие илеоцекального клапана и длина оставшейся тонкой кишки (менее 60см) у детей (Нечаев В.М. и др. 2001). Операционные травмы у ребенка, длительный прием антибиотиков и сопутствующих заболеваний ведут к иммунодефициту, снижению микрофлоры и изменению микробного пейзажа с преобладанием грамотрицательных анаэробов.

Поэтому, при этом наиболее прогностическим благоприятным является СКК у детей с еюноанастомозом при наличии илеоцекального клапана и полной сохранности толстой кишки. При этом выявлено СКК возникший на фоне резекции тонкой кишки с еюностомой или илиостомой, с сохранением илеоцекального клапана а также части толстой кишки. Вследствие указанных нарушений возникают серьезные проблемы послеоперационного ведения новорожденных и грудных детей с кишечными стомами.

Летальность пациентов с кишечными свищами варьируют от 4 до 70%. Присоединение септического процесса увеличивает риск летального исхода до 85-92%. Тонкокишечным свищам всегда сопутствует дегидратация и электролитный дисбаланс (45-50%), нарушение питания различной степени (55-90%) и септические осложнения (25-75%) в виде абсцессов брюшной полости, диффузного перитонита, некротических

процессов в области послеоперационной раны.

Перечисленные выше проблемы требуют детального изучения профилактики СКК. При этом, необходимо изучить длину оставшегося приводящего и отводящего отделов стомированного тонкого кишечника, у оперированных больных.

Поэтому, создаются многие хирургические проблемы в этапах от формирования до закрытия, энтеростомы в грудном возрасте которые требуют решения задач лечебно диагностического плана. Всё вышеизложенное позволяет заключить, что данная проблема является актуальной.

Наряду с совершенствованием хирургической техники, увеличением показаний к оперативному лечению многих заболеваний органов живота и возросшим объемом хирургической помощи, послеоперационный перитонит по-прежнему является самой частой причиной повторных релапаратомии, осложняя 0,5-4,5% всех абдоминальных операций.

Не всегда учитываются особенности течения и проявлений интраабдоминального гнойно-воспалительного процесса, что приводит к развитию осложнений у 41.8-56.6% пациентов с послеоперационным распространенным гнойным перитонитом, во многом определяющих исход заболевания.

ВЫВОДЫ:

1. По нашим данным основной причиной развитию вторичного перитонита у новорожденных и грудных детей составляет НЭК-73,4%; воспалительных заболеваний ЖКТ (аппендицит и др.) -13,3 %; язвенная повреждение желудка и прямой кишки-13,3%,
2. У новорожденных и грудных детей при НЭК с осложнениям вторичном перитонитом, наложение подвешной энтеростомии является оптимальной, при этом создается возможность оптимального ухода за отключенным отделом кишечника и не вызывает технических трудностей закрытия энтеростомы.
3. У новорожденные и недоношенные дети переносящих ВУ и TORCH инфекции (ЦМВ, ВПГ и токсоплазмоз) вторичный перитонит протыкается в виде продолженного перитонита и трудно поддаётся к лечению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рациональной схемы реабилитационных мероприятий у детей энтеростомами является: коррекцию нарушенного всасывания и восстановление нормального биоценоза; купирование диареи, профилактику дисбактериоза, ферментативную поддержку; контроль и коррекцию желудочно-кишечной гиперсекреции, иммунологических изменений, а также нарушенной двигательной функции тонкой кишки.
2. Своевременное раннее выполнение лапаротомии определяется комплексом диагностических мероприятий, включающей динамики клинической картины, УЗИ, обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полости позволяет выявить возникающие осложнения в ранние сроки после операции.
3. При послеоперационном перитоните, осложненном кишечной непроходимости обязательным элементом является тщательная декомпрессия путем интубации желудочно-кишечного тракта или наложения дистальной энтеростомии.
4. Из препаратов, наиболее эффективных в лечении вторичного перитонита, можно назвать цефалоспорины II и III поколения, аминогликозиды II поколения, офлоксацины.
5. Для ранней диагностики вторичного перитонита обязательно надо учитывать роль внутриутробных инфекции, как TORCH и проводить тщательное лабораторное исследование и изучения анамнестических данных. При выявлении TORCH инфекции надо проводить лечение уже дооперационном этапе при лечении вторичного перитонита. Наиболее эффективным препаратов при лечении TORCH инфекции, в послеоперационном периоде при вторичном перитоните у грудных детей, с учетом вида возбудителя, является виферон, циклоферон, Цитотект, и препараты пириметамина (тиндурина и др.) в комбинации.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

Статьи

1. Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Шамсиев А.Ф., Сайдалиходжаев А.Б., Файзуллаев Л.Т., «Тактика лечения новорожденных с вторичном перитонитом» // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии – Москва, 2014. – ст. 55-57.
2. Л.Т.Файзуллаев, А.Ж.Хамраев, Б.Х.Хамидов «Оптимизация лечебно-диагностической тактики вторичного перитонита у детей до одного года» Центральноазиатский научно – практический журнал дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 4.2004. ст. 69-71.

Тезис

3. Fayzullaev L.T., Khamrayev A.J., Norov M.M. «Tactics choice complex treatment necrotizing enterocolitis and its complication at children of chest age»// “Илмий кашфиётлар йўлида” Ёш олимлар илмий-амалий анжумани, тезислар тўплами – Тошкент, 2013. – ст. 21.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Произведения президента Республики Узбекистан И.А. Каримова

1. Каримов И.А. /Узбекистан на пороге обретения независимости// Ташкент, «Узбекистан» 2011.

Основная литература

2. Горбатюк О.М., Мартынюк Т.В. / Перфоративные перитониты новорожденных. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды IX - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2011(приложение). С- 27.
3. Григорьева Е.Г., Когана А.С. /Хирургия послеоперационного перитонита. Иркутск, 1996.- 216 с. (УДК 616.381-002).
4. Исаков Ю.Ф., и др. / Абдоминальная хирургия у детей. М. Медицина. 1988. с. 253-261.
5. Макаров П.А. и др. /Лечение перитонита у детей раннего возраста// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды VIII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии детского возраста».2010(приложение). №2. С- 93
6. Ашкрафт Р.А., Давыденко М.И. /Дренирования и лаваж брюшной полости декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита./Хирургия, 2001, с 56-59.
7. Баиров Г.А., Манкина Н.С. /Хирургия недоношенных детей//Ленинград. «Медицина».1997. С- 232.

Дополнительная литература

8. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. /Гнойная хирургия у детей: Рук-во для врачей.-Л: Медицина, 1991. с. 149-178.
9. Барская М.А. и др. / Оптимизация патогенетической терапии распространенного перитонита в детском возрасте// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XII- Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2014(приложение). С- 27.
- 10.Барова Н.К. и др. / Результаты использования низкочастотного ультразвука в лечении перитонита у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XII - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2013(приложение). С- 30.
- 11.Борисов А.Е. Малкова С.К. /Перфорация дивертикулов.// Вестник хирургии им.И.И.Грекова, 2003.-N 2.-С.94-96
- 12.Бесман В.М., и др. /Роль тотальной продленной забрюшинной нейровегетативной блокады в профилактике и лечении пареза кишечника при перитоните// Вестник хирургии. 1991 №5 ст 102.
- 13.Воробьев Г.И., Севостьянов С.И., Чернышов С.В. /Выбор оптимального вида превентивной кишечной стомы.// РЖГГК.- 2007.- №2 .- С. 69-74.
- 14.Воробьев Г.Н, Царьков П.В. /Основы хирургии кишечных стом.//- Москва. Издательство Стольный град.- 2002. – С. 160.
- 15.Врублевский С.Г. и др. /Перитониты неаппендикулярной этиологии у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XII - Всероссийской научно-практической

- конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2013 (приложение). С- 44.
16. Горелова Е.М. и др., /Редкий случай сочетанной патологии у недоношенного ребенка с мекониевым перитонитом// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды X- Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2012(приложение). С- 45.
17. Горелова Е.М. и др., /Хирургические осложнения у пациентов с муковисцидозом. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XII - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2014(приложение). С- 46.
18. Гисак С.Н. и др. /Патоморфоз и возрастные особенности этиопатогенеза перфоративного перитонита у детей// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии .2013. Том 3, №1. С- 44-49
19. Глобай В.П. и др. / Релапаротомия после неотложной операции на органах брюшной полости. Медицинский Академический журнал, 2003, N2. С- 28-29.
20. Григович И.Н. / Алгоритмы в неотложной детской хирургии.//Изд.Петрозаводского Университета. 1996. Петрозаводск. С- 251.
21. Гельфанд Е.Б., и др. /«Клиническая характеристика абдоминального сепсиса у хирургических больных», Consiliummedicum, № 1/2000.
22. Ермолов А.С.,и др. Оценка индекса перитонита Манхаймера. / Вестник хирургии. 1996. № 3. с.22-23.
23. Ерюхин И.А. /Перитонит. Проблема и перспективы./ Вестник хирургии им Грекова 1986. № 7.с. 3-7.

24. Зуев Н.Н. и др., /Лечение язвенно-некротического энтероколита у новорожденных// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XII - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2014(приложение). С- 57.
25. Исаков Ю.Ф., и др. /Ошибки и опасности в хирургии пищевого канала у детей. Киев, 1980.
26. Исаев Г.Б., и др. /Временная илеостома в лечении послеоперационного разлитого гнойного перитонита.// Хирургия.- 2000.- №1.- С. 27.
27. Искусственные кишечные свищи в лечении новорожденных с осложненной формой некротического энтероколита/ В.В. Иванов, М.А. Аксельров, Е.А. Черпалюк и др.// Детская хирургия. 2005. №5. С.27-29.
28. Карпова И.Ю., Паршиков В.В. и др./Выбор хирургической тактики при лечении новорожденных с некротическим энтероколитом// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды X - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2012(приложение). С- 61.
29. Клепиков И. и др. /Лечение периаппендикулярного абсцесса у детей с использованием возможностей ультразвукового контроля.//Детская хирургия. Москва.2004. № 1. С- 7-9.
30. Костюченко К.В. /Клинические модели распространённого перитонита. / Полувековой опыт медицинской науки и практики. Ярославль. 2003. с.70.
31. Каркова Р.В., Лотов А.Н. /Диагностика и лечение под контролем УЗИ в неорганных отграниченных жидкостных скоплениях в брюшной полости./ Хирургия 1999 № 4. с. 63-67.

- 32.Лазовой В.М., Хамитов М.К./ Использование диагностических таблиц для прогнозирования осложнений распространенных форм перитонита у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XI - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2013(приложение). С- 81.
- 33.Леваднев Ю.В. / Пренатальная диагностика и хирургическая тактика при мекониевом перитоните. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XI - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2013(приложение). С- 62.
- 34.Либов С.Л. Ограниченный перитониты у детей. -Л. Медицина, 1983 – 184 с
- 35.Литвяков М.А. и др. / Сосудистые изменения в патогенезе перитонита у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды XI - Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2013(приложение). С- 81.
- 36.Маккевич Б.И. К. /Дискуссии о классификации перитонита./ Детская хирургия 2000 № 1.с. 50-51.
- 37.Мартынов Ю.Б., и др. /Распространённый перитонит. Изд «Триада Х». 1998. с. 144.
- 38.Милюков В.Е., Сапин М.Р./ Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости// Хирургия.- М., 2005.- № 7.- С.40-45.
- 39.Никифоров А.Н., Альхимович В.Н. /Послеоперационный перитонит при остром аппендиците у детей// Материалы XX пленума правлений об-ва хирургов РБ. Новополоцк, 29-30 сент. 1994. Новополоцк. 1994.- с. 67-69.

40. Пермилова Г.И., и др. /Санационная послеоперационная лапароскопия с бактериологическим экспресс-методом в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом./ Вестник хирургии 1999. № 4. с. 73-76.
41. Попов В.А. /Перитонит.//Ленинград.Медицина.1985. С-228.
42. Плахов Р.С. /Возможности видеолапароскопической вмешательства в лечении распространенного перитонита. Авт реф дис канд наук.-М 2003.
43. Рошаль Л.М., Капустин В.А. /Лапароскопическая санация брюшной полости при аппендикулярном перитоните у детей./ Хирургия 1996 № 4. с. 35-37.
44. Рогачев А.А., Сторожилов С.А. /УЗИ исследование в диагностике и лечении абсцессов визуализация в клинике./ Хирургия 1997. № 10. с. 38-41.
45. Руселик Е.А. /Факт внутриутробного инфицирования в развитии гнойно-септических заболеваний у новорожденных и детей грудного возраста.//: Автореф. дисс... канд. мед. наук. 2011.С-22.
44. Слесаренко С.С., и др. /Пути прогнозирования и профилактики гнойных осложнений внутрибрюшных операций. / Вестник хирургии. 1994. №5-6. с.50-55.
45. Синенкова Н.В. /Малые инвазивные вмешательства под контролем УЗИ исследования при абсцессах брюшной полости у детей. Авт, реф, дисс, к.м.н. М. 2001. с. 25.
46. Фёдоров В.Д и др./Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных. / Хирургия. 2000. № 4. с.58-62.
47. Хамраев А.Ж. и др./Диагностика и лечение хирургических осложнений НЭК у новорожденных// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды Х-

- Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». 2012(приложение). С- 130.
48. Шохриев А.К. /Ранняя диагностика хирургического лечения и профилактика послеоперационного абсцессов брюшной полости при перитоните у детей. Автореферат. Ташкент, 2005.
49. Шамсиев А.М. и др. /Тактика хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости при перитоните у детей.//Научно практическая конференция. Ташкент 5-6 октябрь 2004.с.50-51.
50. Шамсиев А.М. и др. /Лечения аппендикулярного перитонита осложненного параличом кишечника у детей. //Научно практическая конференция. Ташкент 5-6 октябрь 2004.с.51-52.
51. Шамсиев А. М., и др. /Диагностика и прогнозирования послеоперационных осложнений при распространённый аппендикулярных перитонитах у детей. Анналы хирургии №6 2000.
52. Шорох Г.П., Савельев В.А. /Новый подход к лечению абдоминальной патологии, осложненной перитонитом. Новостихирургии (Витебск).1998. № 2. с. 151-152.
53. Щербин Р.Л., Вечеркин В.А. / Результаты хирургического лечения НЭК у новорождённых.// Хирургия 2008 № 11 С 39-40 М
54. Эгамов Ю.С. /Профилактика динамической кишечной непроходимости при остром разлитом перитоните// Хирургия Узбекистана.- Ташкент, 2001.- № 2 .- С.98-100.
55. Юрчук В.А. /Улучшение диагностики, лечение и снижение летальных исходов у больных НЭК и ПНЭК./ Автореф. дисс... к.м.н., С -23.
56. Юсупов Ш.А. / Влияние азона на течение экспериментального перитонита// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды VIII Всероссийской

- научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии детского возраста».2010. №2. С- 160.
57. Юсупов Ш.А. /Эффективный способ профилактики послеоперационных гнойных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей.// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Труды VIII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии детского возраста».2010(приложение). №2. С- 161.
58. Ерюхин И. А., и др. / Перитонит и абдоминальный сепсис. Инфекции в хирургии, 2004; 2 (1): 2—8.
59. Федоров В. Д., и др. /Современные представления о классификации перитонита и системной оценке тяжести состояния больных. Хирургия,2000; 4: 58—62.
60. Хирургические инфекции: Руководство для врачей. Под ред.И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, С. А. Шляпникова. СПб.: Питер,2003.
61. Попова О.В./ Клиника, диагностика и лечение внутриутробных (torch) инфекций новорожденных и детей первого года жизни. Минск белмапо2006. с. 26-28.
62. Angel C., Daw S. Et al. J. Pediatr surgery. 1992. № 3/ p-35-41.
63. Azarov K.S., Elin S.H. et al. Pediatr surg. Int. 1997. № 2 p-42.
64. Cataldo P.A. Intestinal stomas.: Dis. Colon. Rectum.- 2002.- Vol. 42.- P.137.
65. Wittman D.N. Intra-abdominal Infections. Pathophysiologi and Treatment. – New York. 1991. 84 p.
66. Wolson F.H. Ultrasound diagnosis of pelvic and wound abscess after an appendectomy. Surg. Gynecol Obstet/ - 1991 № 144/-P/376-381.

67. Colostomy or ileostomy after colorectal surgery? A randomized trial./
Khoury G.A., Lewis M.C.A., Melagros L., Lewis A.A.M. // Ann R Coll. Surg. Engl.- 2005.- Vol.69.- P. 5-7.
68. Enteral refeeding syndrome after long-term total parenteral nutrition./
Ren J.A., Mao Y., Wang G.F. et al. //Chin. Med. J. (Engl).- 2006.- Vol.119, N 22.- P.1856-60.
69. Kusunori M., Yanagi H., Shoji Y. Modification of the staples functional end-to-end anastomosis for ileostomy closure //Today .- 2002.- Vol.26.- P. 1033-1035.
70. Knaus W.A., Drapper E.A., Wagner D.P., Zimmer J.E. APACHE II: A severity of disease classification system. / Critical Care Medicine . 1985. 13. 818-829.
71. Meconium per vagina: a rare presentation of meconium peritonitis./
Featherstone N.C., Fathi K., MacIver D. et al. //J. Pediatr. Surg.- 2008.- Vol.43, N 1.- P.e5-7.