

О ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

А. И. ФОМИЧЕНКО, И. А. ПЕТУХОВ, Р. Д. БИРКАН

(Витебск)

С 1964 по 1970 год в детском хирургическом отделении лечился 301 больной по поводу перитонита (3,5% всех больных), в том числе: аппендикулярного происхождения — у 223 (74,1%), дуплококковый или первичный перитонит — у 23 (7,6%), вследствие травм органов брюшной полости — у 14 (4,7%), послеоперационный (врожденные заболевания желудочно-кишечного тракта, желчных путей, почек — 12, непроходимость кишечника — 2) — у 14 (4,7%), острая непроходимость кишечника — у 10 (3,3%) и от прочих причин (прободная язва желудка — 3, перекрут кисты яичника — 2, язвенный колит — 1) — у 6 (2%) больных.

Мальчиков было 58,1%, девочек — 41,9%. Жителей города — 63,4%, села — 36,6%. Больных до 1 года было 0,3%, 1—3 года — 20,9%, 3—7 лет — 22,4%, 7—12 лет — 33,7%, 12—15 лет — 13,7%.

9,6% больных поступили в стационар в первые 6 часов от начала заболевания, 30,2% — до 24 часов и 58,2% — позже 24 часов.

Боли в животе отмечены у 100% больных, рвота — у 80%, рвоты не было в основном у больных с вяло текущим послеоперационным перитонитом, напряжение мышц живота — у 75%, положительный симптом Щеткина-Блюмберга — у 86,7%, отсутствие перистальтики — у 60%; температура до 38° была у 52% больных, выше 38° — у 43% и оставалась нормальной у 5%; лейкоцитоз свыше 20000 отмечен у 20%, от 12000 до 20000 — у 58,5%, от 8000 до 12000 — у 15,7% и у 5,8% больных — 8000, т. е. не превышал нормы. В связи с широким применением антибиотиков у 28% больных перитонит протекал со смазанной клинической картиной, диагноз ставился только после некоторого динамического наблюдения в стационаре, по мере нарастания клиники, путем повторных осмотров, а также

изучения записей электрогастрограммы или электроэнтерограммы.

Лечение больных перитонитом состояло из предоперационной подготовки, цель которой заключалась в устранении нарушений гемодинамики, водно-солевого обмена и снижении температуры при ее значительном повышении, проведении операции — устранения гнойного очага и санации брюшной полости и послеоперационного лечения.

Оперировано 280 (93%) больных, не оперировано 6 (2%) из-за тяжести состояния при поступлении и отсутствия эффекта от реанимационных мероприятий, и все они умерли в ближайшие 3—5 часов; и 15 (5%) больных, которые были оперированы в райбольницах по поводу гнойного аппендицита, им проходило консервативное лечение, все выздоровели. У 68% больных во время операции обнаружен гнойный экссудат: у 23,7% — серозно-гнойный, у 8,3% — серозный. При посеве экссудата у 33% больных выделена кишечная палочка, значительно реже — стафилококк, а иногда — дрожжеподобные грибки. У 72% больных операция закончена дренированием брюшной полости, у остальных рана зашита наглухо.

После операции все больные получали антибиотики внутримышечно или внутривенно, а также внутрибрюшинно в течение 3—4 дней, переливали жидкость, кровь, плазму, несокомпенсан, гемодез, применяли холод на живот, вдыхание кислорода и периодическое промывание желудка.

На основании данных клиники и изменений, обнаруженных во время операции, разлитой перитонит отмечен у 36,6% и местный — у 63,4% больных. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 45 (16%) больных, из них оперированы повторно 31.

Умер 31 (10,3%) больной с разлитым перитонитом, из них после аппендицита — 1, врожденной патологии желудочно-кишечного тракта — 12, септических заболеваний — 9, острой кишечной непроходимости — 5, травм — 4.