

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В.П.

Областная клиническая больница №2, Тюмень

За период с февраля 2018 года по декабрь 2019 года в нашей клинике находились на лечении три ребенка с осложненным течением кишечной инфекции.

Все трое предварительно получали лечение в инфекционной больнице.

Ребенок В, 6 месяцев, поступил в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: септический шок. В экстренном порядке выполнена лапаротомия. На операции: кишечник в виде инфильтрата, с неснимаемыми налетами фибрина (бак.посев — синегнойная палочка). Санация брюшной полости, лапаротомия. В последующем воспалительный процесс в кишечнике привел к некрозу, перфорации слепой кишки, что потребовало ее резекции, выведения энтеростомы. После этапных санаций брюшная полость ушита. Послеоперационный период протекал тяжело на фоне септического шока (гемокультура—синегнойная палочка), полиорганной недостаточности.

Диагноз при выписке: Энтероколит. Некроз, перфорация слепой кишки. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Абдоминальный септический шок. Полиорганная недостаточность (Дыхательная, сердечно-сосудистая, печеночно-почечная, кишечная, ДВС-синдром). Отек головного мозга. Легочное кровотечение. Двусторонняя септическая пневмония. Койко-день составил 42.

Через 6 месяцев закрыта энтеростома, сформирован илеоасцендоанастомоз.

Пациентка Г, 2 лет, переведена с клиники острого живота. На операции прямая кишка, сигмовидная, нисходящий и поперечный отделы толстой кишки багрово-синюшного цвета, стенка кишки отечна, инфильтрирована (условно жизнеспособна). В правой подвздошной области выведена концевая энтеростома для отключения толстой кишки. Операция закончена лапаростомой. При последующей ревизии брюшной полости обнаружен некроз левой половины толстой кишки, выполнена ее резекция, колостомия. После санации брюшная полость ушита.

Выписана с диагнозом: Флегмона толстой кишки. Кишечный сепсис. Полиорганная недостаточность (печеночная, сердечно-сосудистая, почечная, церебральная (отеки головного мозга)). ДВС-синдром. Двусторонний гидроторакс.

Через 7 месяцев одновременно закрыты энтеро- и колостома. Койко-день составил 31.

Пациентка К, 8 мес, переведена с клиники кишечной непроходимости.

В экстренном порядке выполнена лапароскопия — при ревизии в малом тазу и по боковым каналам опалесцирующий выпот (бак.посев — эпидермальный стафилококк). Осмотрена тонкая кишка до связки Трейтца — стенка ее отечна, перистальтика сохранена. Единичные налеты легко снимаемого фибрина. Брюшная полость санирована.

Послеоперационный период без особенностей.

Выписана с диагнозом: Острый энтероколит, предположительно вирусной этиологии. Серозно-фибринозный перитонит. Абдоминальный сепсис. СПОН: кишечная, дыхательная, сердечно-сосудистая, почечная, полисерозит (асцит, двусторонний плеврит). Койко-день составил 20.