

(с 61,8% до 38,2%, $p < 0,001$) и участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (с 58,2% до 18,2%, $p < 0,001$). В результате после базовой терапии с полным купированием стеноза 32,7% ($n=18$) больных продолжили лечение в амбулаторных условиях, госпитализировано в стационар — 27,3% ($n=15$).

Дополнительная терапия была проведена 22 детям (40% от общего числа больных): половине пациентов ($n=11$) повторная ингаляция будесонида, и остальным — внутримышечное введение преднизолона. После терапии значительное улучшение состояния отмечено в 27,3% (у 6 из 22 детей), что позволило продолжить лечение основного заболевания на дому, а госпи-

тализация в стационар по тяжести состояния была выполнена в 72,3% (16 детям из 22) случаях.

Таким образом, ОСПТ у детей раннего возраста в 94,5% случаев обуславливает развитие дыхательной недостаточности различной степени. Использование в неотложной терапии небулайзерного пути введения препарата будесонид позволяет обеспечить эффективное лечение обструктивной дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе: только в 56,4% случаев имело место неполное купирование стеноза и госпитализация детей в стационар, в 43,6% лечение основного заболевания было продолжено амбулаторно.

616.24-053.2

Е.А. СПИРИДОНОВА, Л.В. ФЕКЛИСОВА, И.П. ЛОБУШКОВА

Учебно-научный центр Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Московский областной научно-исследовательский клинический институт

Поликлиника консультативно-диагностическая Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Эффективность неотложной терапии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста на догоспитальном этапе

Бронхообструктивный синдром (БОС) при респираторных заболеваниях является симптомокомплексом, связанным с нарушением бронхиальной проходимости, приводящим к развитию обструктивной острой дыхательной недостаточности (ОДН) у детей.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности неотложной терапии острой дыхательной недостаточности, обусловленной течением бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Бригадой скорой медицинской помощи ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД ПРФ за период 2007-2008 г. было выполнено 37 вызовов к детям в возрасте от 1 до 3 лет с бронхиальной обструкцией при респираторных заболеваниях.

Для оценки динамики состояния пациентов с различной тяжестью заболевания и эффективности проводимой неотложной терапии был разработан протокол ведения детей с БОС на догоспитальном этапе, включавший проведение базовой и дополнительной терапии путём ингаляций беродуала, будесонида, лазолвана через небулайзер в возрастных дозировках.

В группе детей от 1 до 3 лет БОС сопровождался дыхательной недостаточностью в 81,1% ($n=30$) случаев: ОДН I в 54% ($n=20$), ОДН II в 18,9% ($n=7$), ОДН II-III в 8,2% ($n=3$). Клинически это проявлялось увеличением ЧДД в среднем на 40% ($34,6 \pm 1,4$), ЧСС в среднем на 15% от нормы ($123,2 \pm 2,4$), наличием одышки в 64,9% ($n=24$) с втяжением уступчи-

вых мест грудной клетки в 40,5% ($n=15$). Изменение сознания характеризовалось вялостью (51,4%), цианоз регистрировался у 29,7% ($n=11$) больных.

Базовая терапия включала ингаляцию беродуала в 64,9% ($n=24$), ингаляцию лазолвана в 5,5% ($n=2$), комбинированную ингаляцию беродуала в сочетании с будесонидом в 29,6% ($n=11$).

Эффективность оценивалась по динамическим изменениям клинических проявлений ОДН. Уменьшилась ЧДД ($29,9 \pm 1,1$, $p < 0,001$), но её средние значения превышали возрастную норму на 20%, а ЧСС на 10% ($117,9 \pm 2,3$), уменьшилось число клинических проявлений одышки (с 64,9% до 37,8%, $p < 0,002$) и участия в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (с 40,5% до 13,5%, $p < 0,002$); количество случаев проявления цианоза уменьшилось в 2 раза и составило 16,2% ($n=6$ $p < 0,02$).

После базовой терапии бронхиальная обструкция была купирована у 40,6% ($n=15$) больных, которые продолжили лечение основного заболевания на дому. Госпитализированных детей не было.

Повторная терапия проводилась 22 детям, что составило 59,4% от общего числа больных. Она включала: внутримышечное введение преднизолона в 27,2% (6 детям из 22), ингаляцию через небулайзер раствора лазолвана в 31,8% ($n=7$), раствора будесонида в 41% ($n=9$). После повторной терапии улучшение состояния отмечено в 63,6% случаев (у 14 детей из 22), что позволило дальнейшее лечение детей также проводить

в амбулаторных условиях. Госпитализированы в стационар 8 детей (36,4%).

Таким образом, использование ингаляционного пути введения лекарственных препаратов через небулайзер в соответствии с протоколом ведения детей раннего возраста с бронхообструктивным синдромом позволяет обеспечить эффек-

тивное лечение обструктивной дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе, что подтверждено следующими фактами: в 78,4% случаев лечение основного заболевания было продолжено амбулаторно, в 21,6% при положительной динамике состояния ребенка имело место неполное купирование синдрома острой дыхательной недостаточности и госпитализация в стационар.

А.Ф. СУЛТАНГУЖИН, А.А. ГУМЕРОВ

616.381-072.1-053.2

Башкирский государственный медицинский университет

Ре-лапаротомия и лапароскопия «по программе» при ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнениях у детей

Данная работа основана на результатах лечения 119 детей с аппендикулярным перитонитом (АП) оперированных по поводу ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВО). Из них 66 (55,5%) детей (I группа) подверглись повторным вмешательствам в режиме «по программе», остальные 53 (44,5%) детей (II группа) — в режиме «по требованию». Возрастной и половой состав детей выглядит следующим образом: 1-3 лет — 19 (15,9%), 4-6 лет — 31 (26,1%), 7-11 лет — 41 (34,5%), 12-16 лет — 28 (23,5%). Мальчиков — 67 (56,3%), девочек — 52 (43,7%). Пациенты с АП первично оперированы в ЦРБ и городских больницах Республики Башкортостан. Из них у 65 (54,6%) детей распространенный АП, в 54 (45,4%) случаев — местный. Все вмешательства по поводу РПВО выполнены в клинике детской хирургии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет.

Помимо рутинных методов исследования, в диагностике РПВО применялась ультрасонография брюшной полости (УЗИ) аппаратом «Алока» (Japan) с конвексным датчиком частотой 5 МГц. При УЗИ учитывались патогномичные признаки РПВО — наличие жидкости в брюшной полости, состояние кишечника (диаметр, толщина стенки, наличие содержимого и перистальтики, подвижность петель), наличие жидкости в межпетельном пространстве. Совокупность изменений кишечника нами трактуется как синдром кишечной недостаточности (СКН). Дополнительно выполнялось динамическое исследование уровня миоглобина крови и вычисление индекса брюшной полости (ИБП) по Савельеву В.С.

Показаниями для вмешательств «по программе» служили: ИБП ≥ 13 баллов, стабильная гипермиоглобинемия (ГМЕ), некупированный парез кишечника (СКН II-III ст.), абдоминальный болевой синдром на 2-3 сутки после первичной операции. Вмешательства «по требованию» показаны при прогрессировании внутрибрюшного деструктивного процесса в тех случаях, когда неблагоприятное течение АП при первичной операции не прогнозировалось. Интервал вмешательств в режиме «по программе» — 24-48 часов, «по требованию» — более 48

часов. Повторные операции у 68 (57,1%) детей выполнены лапароскопическим способом с помощью эндохирургического комплекса «Olympus» (Japan), в 51 (42,9%) случаев — путем релапаротомии срединным доступом и по McBurney. С учетом сочетания нескольких нозологий структура РПВО выглядит следующим образом: послеоперационный перитонит — в 96 (80,7%) случаев, абсцессы и инфильтраты соответственно у 40 (33,6%) и 15 (12,6%) детей, ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН) — 28 (23,5%). Объем релапаротомии (РЛ) и лечебно-диагностической лапароскопии (ЛДЛ) при гнойно-воспалительном варианте РПВО заключается в следующем: 1) установка 3 инструментальных троакаров в случае ЛДЛ; 2) аспирация экссудата; 3) поэтажная ревизия брюшной полости с оценкой характера адгезивного и гнойно-воспалительного процессов; 4) адгезиолизис, вскрытие внутрибрюшных абсцессов с аспирацией экссудата и санацией брюшной полости в ирригационно-аспирационном режиме; 5) дренирование брюшной полости по Генералову А.И.; 6) временное закрытие лапаротомной раны с помощью провизорных швов в случае РЛ «по программе». Объем РЛ и ЛДЛ при РСКН: 1) установка 3 инструментальных троакаров в случае ЛДЛ; 2) поэтажная ревизия брюшной полости с определением выраженности и локализации внутрибрюшного адгезивного процесса; уровня и вида кишечной непроходимости; степени изменения кишечной стенки — диаметра кишечных петель и перистальтики; 3) адгезиолизис — рассечение висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных спаек; 4) повторная ревизия брюшной полости и тонкой кишки.

Критериями окончания режима вмешательств «по программе» явились: ликвидация (локализация) источника перитонита, отсутствие не удаленных очагов некроза или множественных отграниченных гнойных очагов, серозный экссудат, отграничение петель тонкой кишки от свободной брюшной полости наложениями организующегося фибрина, наличие стимулированной или спонтанной перистальтики тонкой кишки, отсутствие распространенного гнойно-воспалительного поражения опера-