

ГОРОДКОВ С.Ю., КЛЮЕВ С.А.

616.381-002:612.239-053.2

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Характеристика внутрибрюшного давления при аппендикулярном перитоните у детей

Исследование и мониторинг внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) у детей с внутриабдоминальной инфекцией являются актуальными. Целью исследования явилось изучение динамики внутрибрюшного давления (ВБД) у детей с аппендикулярным перитонитом.

Был проведен проспективный анализ ВБД у детей (n=36), находившихся в клинике по поводу аппендицита и аппендикулярного перитонита с июля по декабрь 2009 года. Распределение по нозологии: флегмонозный аппендицит (n=6), гангренозный аппендицит (n=12), местный неотграниченный перитонит (n=3), местный отграниченный перитонит (n=2), разлитой перитонит (n=13). Возраст детей — от двух до 16 лет. ВБГ определялась по критериям WSACS до операции и каждые 6 часов после нее на протяжении суток. Оценивали: ВБД (внутрипузырно), абдоминальное перфузионное давление (АПД), фильтрационный градиент (ФГ), признаки полиорганной недостаточности.

При поступлении в стационар средний уровень ВБД составил: при остром флегмонозном аппендиците — 4,2 см вод. ст.

(АПД — 96,4 мм рт. ст., ФГ — 92,8 мм рт. ст.); остром гангренозном аппендиците — 6 см вод. ст. (АПД — 82,7 мм рт. ст., ФГ — 77 мм рт. ст.); местном неотграниченном перитоните — 6,6 см вод. ст. (АПД — 81,5 мм рт. ст., ФГ — 75,4 мм рт. ст.); местном отграниченном перитоните — 6 см вод. ст. (АПД — 80 мм рт. ст., ФГ — 77 мм рт. ст.); разлитом перитоните — 13 см вод. ст. (АПД — 76,8 мм рт. ст., ФГ — 63,2 мм рт. ст.). На момент поступления ВБГ третьей степени выявлена у одного, имевшего разлитой перитонит и ожирение III степени. Через 18 часов после операции у двоих больных отмечалась ВБГ первой степени, которая купировалась в течение последующих суток на фоне стандартной терапии.

Таким образом, при аппендикулярном перитоните синдром интраабдоминальной гипертензии выявлен у одного ребенка (условно 5,8%). В течение суток после операции у большинства больных ВБД снижалось до нормы. Уровень ВБД может быть использован в качестве одного из параметров мониторинга динамики воспалительного процесса в брюшной полости у детей.

616.31.24-07

ГРЕБНЕВ П.Н., ФАТЫХОВ Ю.И., ОСИПОВ А.Ю.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», ДРКБ МЗ РТ, г. Казань

Диагностика редкой патологии легких у подростка

Легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) характеризуется накоплением большого количества фосфолипидов и белков в просвете альвеол. Структуры легочного интерстиция при этом длительно остаются практически нормальными.

Ведущей жалобой больных являются нарастающая одышка, возможен малопродуктивный кашель, редко — лихорадка, кровохарканье. Почти у половины детей выслушивается крепитация, реже бывает цианоз и характерные изменения дистальных фаланг пальцев рук по типу «барабанные палочки». К крайне

редким проявлениям ЛАП относят пневмоторакс. При рентгенографии обнаруживают билатеральный характер поражения с нарастанием интенсивности у легочных корней, которые образно сравнивают с крыльями летучей мыши. При РКТ выявляют участки «матового стекла» неправильной формы, окруженные утолщенными внутри- и междольковыми перегородками, характерный вид «вымощенной садовой дорожки». Исследование функции внешнего дыхания позволяет констатировать преимущественно рестриктивный тип дыхательной недостаточ-