

антимикробное действие в первую очередь на анаэробную флору, число колоний которой резко уменьшается, и к концу курса (6 суток) лечения они полностью исчезают. Под влиянием ГБО аэробно-анаэробный симбиоз вначале сменялся выделением только аэробных микроорганизмов, а затем, к 5-7 суткам, наблюдалась полная ликвидация микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ СОБСТВЕННО ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

М.М. Байчоров, Е.В. Лукьяненко, В.Ф. Доронин, Ю.Н. Болотов
Ставропольская государственная медицинская академия,
Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация

Врожденные диафрагмальные грыжи (ВДГ) составляют 9 - 10% среди других пороков развития. Лечение ВДГ у новорожденных - сложная и не всегда успешно решаемая проблема. По данным отечественной и зарубежной литературы, послеоперационная летальность новорожденных с ВДГ продолжает оставаться достаточно высокой. Цель работы: анализ результатов хирургического лечения грыж собственно диафрагмы у новорожденных.

Материал и методы. За период 2000- 2008 г. в клинике детской хирургии СтГМА на базе СКДКБ находились на лечении 32 новорожденных с ВДГ (мальчиков - 20, девочек- 12) в возрасте от 1 до 23 дней. Ложные грыжи собственно диафрагмы наблюдались у 53,2%, истинные грыжи - у 37,5%, аплазия купола диафрагмы - у 9,3% младенцев. Наиболее часто ВДГ проявляли себя на 2-3 сутки после рождения клиникой подострого или остро развивающейся дыхательной недостаточности. Острое течение отмечено у 28 (87,5%) новорожденных, преимущественно с ложными ВДГ, подострое - у 4-х (12,5%) младенцев с истинными ВДГ.

Корректирующие операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ после кратковременной предоперационной подготовки. Операционный доступ - трансабдоминальный. Диафрагмопластику производили в основном местными тканями, используя разнообразные технические приемы. При аплазии купола диафрагмы дополнительно применяли нейлоновую сетку. При выраженной висцеро-абдоминальной диспропорции осуществляли двухэтапную пластику передней брюшной стенки по Гроссу.

Полную и одномоментную аспирацию воздуха из плевральной полости с целью полного расправления легкого после устранения ВДГ считаем опасной и недопустимой процедурой, чреватой разрывами альвеол и усугублением нарушений центральной гемодинамики. Постепенное расправление легкого в большинстве случаев достигали пассивным трансабдоминальным дренированием плевральной полости. Последнее время плевральную полость после операции не дренируем, а пункции проводим исключительно по строгим показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяем обеспечению адекватной легочной вентиляции и купированию легочной гипертензии. До восстановления эффективного спонтанного дыхания всем детям проводили продолжительную искусственную или вспомогательную вентиляцию легких.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 43,7%. Из оперированных новорожденных 28,1% погибли от нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности в первые 2-3 суток после операции, что объясняем отсутствием строгого контроля центральной гемодинамики и недостаточной коррекцией легочной гипертензии. Хирургических осложнений и летальных исходов, связанных с их развитием, не отмечено. Наблюдение за оперированными детьми с ВДГ показало отсутствие каких-либо респираторных и общесоматических проблем в катамнезе.

Выводы. Улучшение непосредственных результатов лечения ВДГ связываем с дальнейшей разработкой мероприятий, направленных на профилактику и раннюю коррекцию легочной гипертензии на всех этапах оказания медицинской помощи новорожденным.

НОВОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕСТА СТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА

Д.А. Борцов, А.Н. Обедин, В.Н. Лапина
Ставропольская государственная медицинская академия,
Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность исследования. Одним из самых частых осложнений катетеризации вен являются катетер-ассоциированные инфекции (КАИ). Особенностью данной проблемы в отделениях детской онкогематологии является необходимость длительного обеспечения центрального венозного доступа у детей с иммунодефицитом на фоне проведения курсов полихимиотерапии (ПХТ). Различными авторами приводятся противоречивые данные по частоте осложнений при различных способах фиксации катетера.

Целью нашей работы, проводимой на базе Детской краевой клинической больницы, являлась оценка эффективности и безопасности применения различных способов фиксации.

Материал и методы. Центральный венозный катетер был поставлен 48 пациентам в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Показанием к катетеризации служила ПХТ. Пациенты были разделены на две группы: 1. пациенты с полиэтиленовым катетером и пластырной повязкой; 2. пациенты с полиэтиленовым катетером и пленочной наклейкой Тегадерм. Контроль стерильности осуществлялся путем многократных посевов с кожи на 3 и 7 сутки. Визуальный контроль пункционной раны выполнялся ежедневно и оценивался по трем критериям: наличие красноты, припухлости, гнойного отделяемого.

Результаты: длительность стояния катетера в центральной вене у пациентов всех групп колебалась от 5 до 55 суток. В первой группе катетер находился в вене в среднем $12 \pm 1,2$ суток, во второй группе катетер был удален из вены в среднем на $23 \pm 2,2$ суток. При бактериологическом контроле в первой группе на 6 сутки из - под повязки получен рост *St. aureus*, в результате чего частота осложнений, выражающаяся в местной реакции гиперемии и

температурной реакцией до 38,50С, была в выше в 2,5 раза. При использовании окклюзионной прозрачной повязки роста бактерий не было получено даже на 10 сутки.

Выводы: применение окклюзионной прозрачной повязки достоверно снижает риск развития катетер-ассоциированных инфекций ($p < 0,05$).

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТОВ

С.Г. Гаймоленко, Н.М. Степанова, Т.В. Зайцева
Читинская государственная медицинская академия,
Чита, Российская Федерация

Несмотря на успехи медицины на современном этапе и практически нулевую летальность, аппендикулярный перитонит остается наиболее острой проблемой неотложной абдоминальной хирургии детского возраста.

Целью настоящего исследования явилась оценка возможности использования лапароскопии и её эффективности в лечении аппендикулярного перитонита у детей. Для решения поставленной цели были исследованы истории болезни 72 детей, находившихся на лечении в ОДКБ №1 г. Читы за период 2005 – 2008 гг.

Для объективной сравнительной оценки результатов лечения детей с аппендикулярными перитонитами были выделены 2 группы больных. Первую составили дети, которым было произведено лапароскопическое вмешательство, группу сравнения – больные, которым выполнялась лапаротомия. Средняя продолжительность лапароскопической операции составила 90 минут, в контрольной группе – 100 минут.

В послеоперационном периоде исследовались такие показатели, как продолжительность болевого синдрома и интоксикации, длительность и выраженность пареза кишечника, частота ранних послеоперационных осложнений. После лапароскопического вмешательства больные отмечают значительное уменьшение боли на 2 сутки после операции, а к концу третьих суток жалобы не предъявляют 79% пациентов. В группе сравнения болевой синдром был выражен в течение первых 3 суток после операции. У большинства больных после лапароскопического вмешательства интоксикационный синдром сохранялся в среднем 3 суток (в группе контроля – 5-7 суток), что позволило сократить сроки инфузионной терапии до 4 суток.

У большинства пациентов после лапароскопии отмечены проявления пареза 1-2 степени, которые купировались на фоне терапии к 3 суткам послеоперационного периода, в группе сравнения – парез 2-3 степени купировался на 4-5 сутки. Повторные вмешательства по поводу осложнений в раннем послеоперационном периоде в группе контроля выполнялись в 4% случаев, после лапароскопических операций осложнений не наблюдалось.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать лапароскопический способ лечения перитонитов достойной альтернативой традиционной операции.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

А.А. Гумеров, С.С. Куватов, В.Г. Алягин, Р.Н. Акбашев
Башкирский государственный медицинский университет, ГДКБ №17,
Уфа, Российская Федерация

Врожденные паховые грыжи, связанные с незаращением вагинального отростка брюшины, составляют 92-95% от всех видов грыж у детей и являются одной из самых частых хирургических нозологий, требующих оперативной коррекции (С.Я. Долецкий, Е.С. Саблин 1999). Наиболее частым и грозным осложнением при данной патологии является ущемление и сдавление внутренних органов в грыжевых воротах, что ведет к расстройству кровообращения и питания выпавших в грыжевой мешок внутренних органов с угрозой развития некроза внутренних органов, что требует экстренного оперативного лечения – герниолапаротомии и полноценной ревизии ущемленных органов.

Появление эндоскопической хирургии позволило радикально изменить подход к лечению ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж в педиатрии.

В клинике детской хирургии на базе ГДКБ №17 г. Уфы с 2002 года внедрено и успешно выполняется лапароскопическое разужемление грыжи с одномоментной герниопластикой. За период с 2002 по 2008 г. мы расплагируем 51 наблюдениями эндохирургического лечения ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж у детей в возрасте от 15 суток до 5 лет. Показанием к операции являлось наличие ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи с различными сроками ущемления.

В работе использовался разработанный в клинике способ эндохирургического разужемления и одномоментной лапароскопической пластики грыжевых ворот (патент на изобретение №2253377 от 10.06.2005 г.).

Все оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом. После установки троакаров и визуализации ущемленного органа, при введении очередной дозы миорелаксанта производилось разужемление и определение жизнеспособности ущемленного органа. Далее выполняли лапароскопическую пластику грыжевых ворот на уровне внутреннего пахового кольца с захватом пупартовой связки и внутренней косой мышцы живота, без мобилизации элементов семенного канатика. Больные выписывались на 7 сутки. Перехода на традиционную герниолапаротомию не было. Осложнений, связанных с техникой проведения лапароскопического грыжесечения ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж, не наблюдалось. Послеоперационного отека мошонки не наблюдалось ни в одном случае ввиду отсутствия травмы элементов семенного канатика.

Таким образом, лапароскопическая герниопластика при ущемленных паховых, пахово-мошоночных грыжах, являясь новой технологией, несет в себе возможности, позволяющие решать данную проблему у детей на качественно новом, более совершенном уровне и является, по нашему мнению, методом выбора оперативного лечения при данной патологии в педиатрии.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО