

ционной раны или передней брюшной стенки, регрессия ГМЕ и ИБП ≤ 10 баллов. В наших исследованиях вмешательства «по требованию» были сопряжены высокой степенью внутрибрюшного адгезивного процесса (III ст.), что создавало препятствие для адекватного выполнения хирургического пособия и, как следствие, увеличение количества повторных операций. Так, если «по программе» общее их количество составило 1-4, то «по требованию» — 1-6.

Таким образом, решение о повторной операции при РПВО должно основываться на наличии клинических проявлений и патогномоничных эхопризнаков данного вида осложнений, выраженности синдрома эндогенной интоксикации (ГМЕ) и объективных интраоперационных данных предшествующих вмешательств (ИБП). Несмотря на агрессивность метода, вмешательства «по программе» позволяют адекватно воздействовать на внутрибрюшной деструктивный процесс.

612.363-053.2

А.Ф. СУЛТАНГУЖИН, А.А. ГУМЕРОВ

Башкирский государственный медицинский университет

Послеоперационный контроль течения аппендикулярного перитонита у детей

Нами проведен анализ результатов лечения 255 детей с аппендикулярным перитонитом (АП) в возрасте 1-17 лет. Условно все дети были распределены на две группы: I группу составили 140 детей, повторно оперированные по поводу ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВО), во II группу включены 115 детей с гладким течением послеоперационного периода. Возрастной состав детей выглядит следующим образом: 1-3 лет — 44 (17,3%), 4-6 лет — 58 (22,7%), 7-11 лет — 89 (34,9%), 12-17 лет — 64 (25,1%). Мальчиков — 145 (56,9%), девочек — 110 (43,1%). Первично дети с АП оперированы в ЦРБ и городских больницах Республики Башкортостан. У 133 (52,2%) детей местный АП, в 122 (47,8%) случаев — распространенный. Сочетанная структура РПВО представлена следующими нозологиями: послеоперационный перитонит — 119 (46,7%), абсцесс и инфильтрат — 59 (23,1%) и 21 (8,2%) соответственно, ранняя спаечная кишечная непроходимость — 38 (14,9%). Все повторные вмешательства по поводу РПВО выполнены в клинике детской хирургии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет.

Послеоперационный контроль течения АП основывался на оценке выраженности гипермиоглобинемии (ГМЕ) и данных динамической ультразвуковой (УЗИ) брюшной полости. Исследования уровня миоглобина (МГ) крови производились до первичной операции и на 1, 3, 5, 7, 10-е сутки послеоперационного периода, а при развитии РПВО — до повторной операции и на 1-е сутки после коррекции осложнения. Уровень МГ определяли с помощью постановки реакции обратной пассивной гемагглютинации по общеизвестной методике. Длительность исследования — 30 мин. Уровень МГ в норме — 95 нг/мл. При УЗИ мы акцентировали внимание на скоплении жидкости в брюшной полости и состоянии кишечника (диаметр, толщина стенки,

наличие содержимого и перистальтики, подвижность петель). В целях оптимизации показаний к повторным вмешательствам при АП нами применялась балльная оценка интраоперационного статуса с вычислением индекса (ИБП) по Савельеву В.С. Признаками, определяющими объем внутрибрюшного деструктивного процесса, явились: распространенность перитонита, характер экссудата и адгезии фибрина, состояние тонкой кишки, наличие раневых осложнений, эвентрации и неудаленных некротических тканей. Вычисление ИБП производилось при первичных и повторных вмешательствах.

Так, динамика ГМЕ у детей I группы выглядит следующим образом: до первичной операции — 186,2 нг/мл, 1 сутки — 206,8 нг/мл, 3 сутки — 153,4 нг/мл, 5 сутки — 94,1 нг/мл, 7 сутки — 78,5 нг/мл, 10 сутки — 67,9 нг/мл. В 17 (12,1%) случаев ИБП 11-12 баллов, у 123 (87,9%) детей ИБП ≥ 13 баллов. Подобные изменения уровня МГ и ИБП у пациентов этой группы совпадали с проявлениями РПВО, подтвержденными УЗИ, ре-лапаротомией (РЛ) и лапароскопией (РЛС). Во II группе ГМЕ до первичной операции составила 119,2 нг/мл, 1 сутки — 82,6 нг/мл, 3 сутки — 30,8 нг/мл, 5 сутки — 15,2 нг/мл, 7 сутки — 14,1 нг/мл, 10 сутки — 12,6 нг/мл. В 111 (96,5%) случаях при первичной операции ИБП ≤ 10 баллов. В I группе детей на фоне РЛ и РЛС купирование внутрибрюшного деструктивного процесса сопровождалось снижением уровня МГ и ИБП ≤ 10 баллов. Вмешательства при РПВО у 55 (39,3%) детей выполнены путем РЛ, 68 (48,6%) — РЛС, в 17 (12,1%) случаях сочетались возможности РЛ и РЛС.

Таким образом, ГМЕ и ИБП ≥ 13 баллов являются предикторами РПВО. У детей с РПВО на фоне адекватных повторных вмешательств отмечается стабильная регрессия ГМЕ и ИБП ≤ 10 баллов.