



Прогнозирование и хирургическое лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений у детей

А. А. ГУМЕРОВ, А. Ф. СУЛТАНГУЖИН

Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии (зав. кафедрой: д.м.н., профессор А. А. Гумеров), ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.

УДК 616.089-06-053.2

Данная работа основана на результатах проспективного и ретроспективного исследования 126 детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет подвергшихся неотложным лапаротомиям в условиях клиники детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета. Из них 85 (67,4%) с деструктивным аппендицитом (ДА); аппендикулярным перитонитом (АП) — 34 (26,9%); закрытой травмой живота, повреждением паренхиматозного органа и анатомических образований — 7 (5,5%). Мальчиков — 74 (58,7%), девочек — 52 (41,2%). Возрастной состав пациентов выглядит следующим образом: до 3 лет — 9 (7,1%); 4-7 лет — 22 (17,4%); 8-12 лет — 59 (46,8%); 13-17 лет — 36 (28,5%). Детям с ДА выполнены аппендэктомии доступом по Волковичу-Дьяконову. Пациентам с АП первично выполнены открытые операции по основной методике (лапаротомия доступом по Волковичу-Дьяконову, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости по Генералову А. И.). Детям с повреждением паренхиматозного органа (органов) и анатомических образований выполнена средне-срединная (верхне-срединная) лапаротомия в зависимости от интраоперационных находок ушивание разрыва (мезентерико-, гепато- и спленорафия). В случаях массивного повреждения селезенки оперативное вмешательство ограничивалось спленэктомией. Всем детям в зависимости от нозологии предоперационную подготовку и терапию послеоперационного периода проводили по однотипным протоколам, принятым в клинике.

Для оценки выраженности синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ), детям оперированным в экстренном порядке по поводу вышеперечисленных нозологий нами исследовался уровень миоглобина (МГ) плазмы крови с помощью диагностикума «ДС-эритро-миоглобин» (НПО «Диагностические системы», Россия) по общеизвестной методике. В норме уровень МГ крови равен 95 нг/мл. Длительность исследования составляет 30 мин. С этой целью до оперативного вмешательства и на 1-4-7-е сутки послеоперационного периода производился забор 2 мл крови из центральной (v. subclavia) или периферической вены. Показатели уровня МГ крови оценивались в комплексе с клиническими проявлениями хирургических нозологий. Для контроля течения раннего послеоперационного периода и подтверждения наличия послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ПВО) использовались динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости аппаратами «Aloka» SSD-650/1700/2000 (Japan); «Philips» HDI-3500 (USA) и лапароскопия эндохирургическим комплексом «Karl Storz» (Germany). ПВО устранены путем программированных санационных лапароскопий

(ПСЛ) и релапаротомий (ПСР). ПСЛ выполнялась с помощью ирригационно-аспирационного устройства «БРЮСАН», операция завершалась дренированием брюшной полости по Генералову А. И. Оптимальные сроки проведения санационных лапароскопий 24 часа после первичной операции. Оптимальным для выполнения ПСР является 24-48 часов после первичной операции. При выборе режима программированных санационных вмешательств мы руководствовались клиническими проявлениями ПВО, выраженностью СЭИ и данных предшествующих операций.

У 15 (11,9%) детей первично оперированных в экстренном порядке по поводу вышеперечисленных нозологий выявлен ряд ПВО. Среди них в 9 (60%) случаев послеоперационный перитонит, острая ранняя спаечная кишечная непроходимость — 3 (20%), абсцесс брюшной полости — 2 (13,3%), гемоперитонеум — 1 (6,6%). В качестве хирургических методов лечения ПВО нами применялась ПСЛ в 9 (60%) и ПСР — 8 (53,3%) случаев, количество которых доходило 1-3 вмешательств. У детей с ПВО до первичной операции гипермиоглобинемия (ГМЕ) составила на уровне 172,8 нг/мл, в 1-е сутки после операции — 163,2 нг/мл, на 4-е и 7-е сутки — 130,5 нг/мл. Такие изменения динамики МГ крови совпадали с появлением клинических проявлений ПВО в последующем подтвержденные УЗИ и санационными вмешательствами. На фоне ПСЛ и ПСР у детей с ПВО отмечается стабильное снижение уровня МГ крови. Так, если средний уровень МГ (МГср) крови до санационных вмешательств составлял 172,8 нг/мл; то уже на 1-е сутки — 55,2 нг/мл; 4-е сутки — 37,2 нг/мл; 7-е сутки — 23,4 нг/мл, что соответствовало улучшению состояния пациентов с ПВО.

У детей при благоприятном течении послеоперационного периода МГср крови до операции составил 72,9 нг/мл, 1-е сутки — 54,8 нг/мл, 4-е сутки — 45 нг/мл, 7-е сутки — 38,4 нг/мл, что соответствовало нормальным значениям.

Таким образом, стабильная ГМЕ в раннем послеоперационном периоде, является неблагоприятным прогностическим признаком, предвосхищая развитие ПВО. В 1-е сутки после первичной операции концентрация МГ крови в 1,7 раз выше у больных с осложненным течением послеоперационного периода. На фоне санационных вмешательств отмечается стабильное снижение уровня МГ крови до нормальных значений, что соответствует купированию интраабдоминального деструктивного процесса. Миоглобиновый тест позволяет в течение короткого времени объективизировать СЭИ, оценить характер течения послеоперационного периода и эффективность проводимой терапии при ПВО.