

вила 7,7 % ($n = 40$). Наиболее частой формой осложнений явился абсцесс брюшной полости, который наблюдался у 23 (4,4 %) детей. Инфильтрат брюшной полости наблюдался не более чем у 2 % ($n = 10$). Очень редко отмечались такие послеоперационные осложнения как кишечная непроходимость ($n = 3$; 0,6 %), послеоперационный перитонит ($n = 3$; 0,6 %) и кишечные свищи ($n = 1$; 0,1 %).

Результаты многофакторного анализа показали, что отсутствует зависимость между частотой послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости, полом и возрастом ребенка. Отмечено одинаковое распределение послеоперационных осложнений между мальчиками и девочками: 7,6 и 7,9 % соответственно. Наши исследования показали, что дети с аппендикулярным перитонитом до 3 лет не относятся к группе риска по развитию более частых и более тяжелых послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости. До 3-х лет мы не наблюдали осложнений со стороны брюшной полости. Среди всех возрастных групп наиболее высокий процент (12,1 %) осложнений наблюдался у детей в возрасте от 7 до 10 лет, тогда как у детей в возрасте от 3 до 7 лет этот показатель равнялся 6,7 %, а в возрасте от 10 до 14 лет — 6,8 %. Наш опыт показывает, что сегодня детям в возрасте до 3 лет с аппендикулярным перитонитом можно оказывать хирургическую помощь без летальных исходов и осложнений со стороны брюшной полости.

Давность заболевания также не оказалась фактором риска развития более частых послеоперационных осложнений со стороны брюшной по-

лости. Их частота составила 7,6 % при давности заболевания до 24 часов, 9,1 % — при давности заболевания от 24 до 48 часов, 9,1 % — при давности заболевания от 48 до 72 часов. Отсутствовали осложнения со стороны брюшной полости у детей, оперированных после 72 часов от начала заболевания.

Предоперационная подготовка оказывает существенное влияние на частоту неосложненного и осложненного послеоперационного периода (39,7 против 79,2 %, $P < 0,05$). Отсутствие предоперационной подготовки способствует двукратному увеличению частоты послеоперационных осложнений.

Доступ Волковича — Дьяконова является доступом выбора при местных формах перитонита, его расширенный вариант — при диффузной форме, так как он обеспечивает невысокий процент послеоперационных осложнений (7,5 %; $P < 0,05$) со стороны брюшной полости.

Выявлено трехкратное увеличение частоты внутрибрюшных осложнений при проведении санации и дренирования брюшной полости при местном ограниченном и местном неограниченном перитонитах (32,4 против 11,7 %; $P < 0,05$). Отсутствие санации и дренирования брюшной полости обеспечивает снижение относительного риска (COP) развития послеоперационных осложнений на 29,5 % (95 % ДИ 27,8 — 30,4 %), снижение абсолютного риска (CAP) — 19,9 %, а число больных, которых необходимо лечить данным способом, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (NNT) — 5,0 (95 % ДИ 4,6 — 5,4).

В.Л. Полуэктов, Т.М. Калемина, О.А. Чертищев, И.Н. Зятьков, Ю.Р. Ерещенко, В.Г. Лобанов

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ

Областная клиническая больница (Омск)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать современные подходы к лечению пациентов с медиастинитами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наш опыт объединяет результаты лечения более 70 пациентов с медиастинитами различной этиологии. В ходе диагностики используются обычное клинико-рентгенологическое исследование, компьютерная томография, сонография, эндоскопические методики, контрастные рентгенологические исследования. В оперативном лечении использовались различные виды вмешательств, в том числе и эндохирургические с использованием ригидных и фиброволоконных эндоскопов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате внедрения в практику современных подходов в лечении данной группы пациентов, широкого использования эндохирургии удалось добиться улучшения результатов лечения. При этом для объективизации результатов лечения и прогнозирования использовалась шкала SAPS.

У 80 % пациентов данной группы было тяжелое и крайне тяжелое состояние при поступлении, при этом SAPS было более 15 баллов. Наименьшая тяжесть состояния была в группе с ограниченными передними медиастинитами и составила 10 баллов, при этом летальных исходов не было. Гнойный процесс в верхнем средостении и при тотальном переднем медиастините приводил к одинаковой тяжести, в среднем 15 баллов. Тотальное вовлечение зад-

него средостения в гнойный процесс приводило к тяжести состояния в среднем в 22,5 балла. Вовлечение в гнойный процесс, как переднего, так и заднего средостения протекают наиболее тяжело, и при этом тяжесть состояния в среднем оценивалась в 29,8 баллов, с максимальной оценкой у выжившего пациента в 27 баллов. Летальные исходы у пациентов с медиастинитами в подавляющем большинстве случаев наступали при тяжести состояния по шкале SAPS выше 26 баллов. В 2 случаях летального исхода с оценкой при поступлении в больницу 15 и 16 баллов, причиной смерти явилось профузное аррозивное кровотечение из магистральных сосудов.

В 4-х случаях нарастание тяжести состояния пациентов с увеличением балльной оценки по шкале SAPS позволило своевременно выявить прогрессирование гнойного процесса в средостении, потребовавшее проведения повторного вмешательства, направленного на санацию и дополнительное дренирование средостения.

Анализируя вероятность наступления летального исхода при своевременном и адекватно вы-

полненном вмешательстве, при гнойном медиастините, мы пришли к следующим заключениям. Оценка тяжести ниже 25 баллов позволяет предполагать наступление летального исхода не более чем в 8,3 %, при этом причиной смертельного исхода может быть профузное кровотечение, острый инфаркт миокарда и подобные остро возникшие, опасные для жизни состояния. При тяжести состояния более 26 баллов летальность составляет 75 %.

В ходе исследования отмечено более быстрое снижение балльной оценки по SAPS в группе пациентов, оперированных с использованием эндоскопической техники.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате использования у пациентов с медиастинитами шкалы оценки тяжести состояния и прогноза SAPS удается прогнозировать течение процесса и исход заболевания, что позволяет судить о распространенности гнойного процесса в средостении.

В.Л. Полуэктов, В.Г. Лобанов, О.А. Чертищев, Е.Ф. Еремеева, И.Н. Зятков, И.Ю. Черепанов, С.И. Преображенский

ПУТИ УМЕНЬШЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА

*Омская государственная медицинская академия (Омск)
Областная клиническая больница (Омск)*

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение надежности оперативных вмешательств при пластике пищевода желудочной трубкой, уменьшение частоты гнойных осложнений.

ЗАДАЧИ

Разработать тактику и алгоритм действий для предупреждения осложнений после пластики пищевода в ранний и поздний послеоперационный периоды.

Анализированы результаты оперативного лечения 50 пациентов с доброкачественными стриктурами пищевода. Пластика пищевода во всех случаях выполнялась изоперистальтической желудочной трубкой, выкроенной из большой кривизны, проведенной в заднем средостении, с одним анастомозом на шее, в один этап. У 34 пациентов (контрольная группа) использовался абдоминоцервикальный доступ, выделение пищевода в заднем средостении проводилось транسخиатальным путем после диафрагмотомии по Савиных тупым и острым способом вручную, без визуального контроля. После проведения трансплантата на шею накладывался 2-рядный эзофагогастроанастомоз. Для энтерального пи-

тания интраоперационно проводили назоинтестинальный зонд.

В контрольной группе отмечен ряд недостатков:

- вскрытие двух плевральных полостей при выделении пищевода в 17 случаях;
- интраоперационная кровопотеря в среднем 0,8 л;
- рентгенологический мониторинг в послеоперационном периоде указывает на значительную травму средостения (расширение тени средостения);
- у 5 пациентов отмечена несостоятельность анастомоза на шее с развитием в последующем стриктуры. У 1 пациента развился задний гнойный медиастинит, который был купирован дренированием с использованием промывной системы.

В основной группе (16 человек) производили до- и интраоперационную антибиотикопрофилактику, мобилизацию пищевода в заднем средостении проводили при правосторонней видеоторакоскопии по разработанной методике. Накладывали 1-рядный эзофагогастроанастомоз на шее рассасывающейся нитью. Интраоперационно вводили назоинтестинальный зонд для питания, который извлекали на 8–9-е сутки, и зонд к области анастомоза для разгрузки швов на 3-е суток.