

в амбулаторных условиях. Госпитализированы в стационар 8 детей (36,4%).

Таким образом, использование ингаляционного пути введения лекарственных препаратов через небулайзер в соответствии с протоколом ведения детей раннего возраста с бронхообструктивным синдромом позволяет обеспечить эффек-

тивное лечение обструктивной дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе, что подтверждено следующими фактами: в 78,4% случаев лечение основного заболевания было продолжено амбулаторно, в 21,6% при положительной динамике состояния ребенка имело место неполное купирование синдрома острой дыхательной недостаточности и госпитализация в стационар.

А.Ф. СУЛТАНГУЖИН, А.А. ГУМЕРОВ

616.381-072.1-053.2

Башкирский государственный медицинский университет

Ре-лапаротомия и лапароскопия «по программе» при ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнениях у детей

Данная работа основана на результатах лечения 119 детей с аппендикулярным перитонитом (АП) оперированных по поводу ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВО). Из них 66 (55,5%) детей (I группа) подверглись повторным вмешательствам в режиме «по программе», остальные 53 (44,5%) детей (II группа) — в режиме «по требованию». Возрастной и половой состав детей выглядит следующим образом: 1-3 лет — 19 (15,9%), 4-6 лет — 31 (26,1%), 7-11 лет — 41 (34,5%), 12-16 лет — 28 (23,5%). Мальчиков — 67 (56,3%), девочек — 52 (43,7%). Пациенты с АП первично оперированы в ЦРБ и городских больницах Республики Башкортостан. Из них у 65 (54,6%) детей распространенный АП, в 54 (45,4%) случаев — местный. Все вмешательства по поводу РПВО выполнены в клинике детской хирургии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет.

Помимо рутинных методов исследования, в диагностике РПВО применялась ультрасонография брюшной полости (УЗИ) аппаратом «Алока» (Japan) с конвексным датчиком частотой 5 МГц. При УЗИ учитывались патогномичные признаки РПВО — наличие жидкости в брюшной полости, состояние кишечника (диаметр, толщина стенки, наличие содержимого и перистальтики, подвижность петель), наличие жидкости в межпетельном пространстве. Совокупность изменений кишечника нами трактуется как синдром кишечной недостаточности (СКН). Дополнительно выполнялось динамическое исследование уровня миоглобина крови и вычисление индекса брюшной полости (ИБП) по Савельеву В.С.

Показаниями для вмешательств «по программе» служили: ИБП ≥ 13 баллов, стабильная гипермиоглобинемия (ГМЕ), некупированный парез кишечника (СКН II-III ст.), абдоминальный болевой синдром на 2-3 сутки после первичной операции. Вмешательства «по требованию» показаны при прогрессировании внутрибрюшного деструктивного процесса в тех случаях, когда неблагоприятное течение АП при первичной операции не прогнозировалось. Интервал вмешательств в режиме «по программе» — 24-48 часов, «по требованию» — более 48

часов. Повторные операции у 68 (57,1%) детей выполнены лапароскопическим способом с помощью эндохирургического комплекса «Olympus» (Japan), в 51 (42,9%) случаев — путем релапаротомии срединным доступом и по McBurney. С учетом сочетания нескольких нозологий структура РПВО выглядит следующим образом: послеоперационный перитонит — в 96 (80,7%) случаев, абсцессы и инфильтраты соответственно у 40 (33,6%) и 15 (12,6%) детей, ранняя спаечная кишечная непроходимость (РСКН) — 28 (23,5%). Объем релапаротомии (РЛ) и лечебно-диагностической лапароскопии (ЛДЛ) при гнойно-воспалительном варианте РПВО заключается в следующем: 1) установка 3 инструментальных троакаров в случае ЛДЛ; 2) аспирация экссудата; 3) поэтажная ревизия брюшной полости с оценкой характера адгезивного и гнойно-воспалительного процессов; 4) адгезиолизис, вскрытие внутрибрюшных абсцессов с аспирацией экссудата и санацией брюшной полости в ирригационно-аспирационном режиме; 5) дренирование брюшной полости по Генералову А.И.; 6) временное закрытие лапаротомной раны с помощью провизорных швов в случае РЛ «по программе». Объем РЛ и ЛДЛ при РСКН: 1) установка 3 инструментальных троакаров в случае ЛДЛ; 2) поэтажная ревизия брюшной полости с определением выраженности и локализации внутрибрюшного адгезивного процесса; уровня и вида кишечной непроходимости; степени изменения кишечной стенки — диаметра кишечных петель и перистальтики; 3) адгезиолизис — рассечение висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных спаек; 4) повторная ревизия брюшной полости и тонкой кишки.

Критериями окончания режима вмешательств «по программе» явились: ликвидация (локализация) источника перитонита, отсутствие не удаленных очагов некроза или множественных отграниченных гнойных очагов, серозный экссудат, отграничение петель тонкой кишки от свободной брюшной полости наложениями организующегося фибрина, наличие стимулированной или спонтанной перистальтики тонкой кишки, отсутствие распространенного гнойно-воспалительного поражения опера-

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 ультразвукографии (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.