

В послеоперационном периоде получал кардиотоники (допамин) в течение первых 3-х суток; комплексную инфузионную терапию, полное парентеральное питание, альбумин, дважды переливались трижды отмытые эритроциты, обезболивающие. Проводилась антибиотикотерапия: цефсульпин, ванкомицин, метронидазол в возрастных дозировках. Энтеральное зондовое питание начато с 8-го дня после операции по 10 мл на 1 кормление, затем переведен на самостоятельное кормление, на момент выписки усваивал по 70 мл. При наличии стойкой положительной динамикой общего состояния для дальнейшего лечения переведен в отделение для выхаживания недоношенных детей 3-й городской больницы. Вес при переводе составил 2820 г.

Выводы

Таким образом, НЭК остается актуальной проблемой в детской хирургии, неонатологии, анестезиологии-реаниматологии. Предиктором успеха в лечении новорожденных остается своевременная диагностика хирургической стадии заболевания, раннее оперативное лечение до появления перфорации кишки с развитием перитонита. При единичных поражениях кишечника без развития перитонита операцией выбора является резекция измененного участка кишки с наложением первичного кишечного шва с сохранением естественного пассажа по кишечной трубке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова, И. Ю. Некротический энтероколит у новорожденных: клиника, диагностика и лечение / И. Ю. Карпова // Современные технологии в медицине — 2012. — № 2. — С. 138–142.
2. Чубарова, А. И. Некротический энтероколит новорожденных / А. И. Чубарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2012. — № 1. — С. 70–75.
3. Диагностика и лечение некротического энтероколита у недоношенных / Ю. И. Кучеров [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2014. — № 6. — С. 18–24.
4. Случай формирования кишечного анастомоза при лечении некротического энтероколита у новорожденных детей / М. Т. Ильясов [и др.] // Медицинский журнал Западного Казахстана. — 2012. — № 3 (35). — С. 145–147.

УДК 616.346.2-089.87-053.2"2014/2016"

СОВРЕМЕННЫЙ СПЕКТР ПРИЧИН И СПОСОБОВ АППЕНДЭКТОМИЙ У ОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА ПЕРИОД 2014–2016 ГГ.

Сотникова В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый аппендицит (ОА) — наиболее частая ургентная хирургическая нозология брюшной полости в детском возрасте. Болеют дети любого возраста, крайне редко до года [1, 2, 3]. Примерно у 1/3 пациентов к моменту операции уже имеется выраженная деструкция с/без перфорации червеобразного отростка. Несмотря на все современные достижения фармакотерапии, на сегодняшний день течение ОА нередко сопровождается развитием осложненных форм.

У детей с болями в животе и подозрением на острый аппендицит или иную ургентную абдоминальную патологию, при отсутствии чётких объективных данных подтверждающих этот диагноз, обычно применяется тактика активного наблюдения в динамике в условиях стационара.

Спектр современных доступов и оперативных способов аппендэктомии на сегодняшний день достаточно разнообразен: от «традиционных» лапаротомных до малоинвазивных [3].

Цель

Изучить спектр применяемых оперативных доступов и вариантов аппендэктомий у детей в Учреждении «Гомельская областная клиническая больница» (У «ГОКБ») за период с 2014 по 2016 гг.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно было проанализировано 968 истории болезней пациентов, которым выполнялась аппендэктомия в детском хирургическом отделении У «ГОКБ» за период 2014–2016 гг.

Были изучены следующие показатели: пол, возраст, место жительства, способы обращения детей в стационар, морфологическая форма удаленных червеобразных отростков, варианты доступов и виды оперативного вмешательства.

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения «Stat Soft Statistica» 10.0 (USA), уровень значимости определяли при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил $9,33 \pm 3,56$ лет (из них по возрасту детей до 5 лет было — 159 (16,43 %) человек, от 6 до 10 лет включительно — 417 (43,08 %) человек, старше 10 лет — 392 (40,5 %) человека).

Распределение пациентов по полу составило 1:1,4 (девочки/мальчики).

Из числа пациентов 775 человек (80,06%) проживало в городах, 193 (19,94%) – в сельской местности.

Госпитализация 495 (51,14 %) пациентов были осуществлена бригадами скорой медицинской помощи, 196 (20,25 %) детей поступили самостоятельно, 164 (16,94 %) — были направлены из центральных районных больниц, 73 (7,54 %) — поликлиниками и 40 (4,13 %) — поступили из других городских стационаров.

Интраоперационно было установлено: у 110 (11,36 %) пациентов — острый гангренозный перфоративный аппендицит (ОГПА); у 162 (16,74 %) — острый гангренозный аппендицит (ОГА); у 625 (64,57 %) — острый флегмонозный аппендицит (ОФА); у 21 (2,17 %) — острый катаральный аппендицит (ОКА); у 50 (5,17 %) детей имела иная патология (дивертикул Меккеля, муковисцидоз, врожденные пороки развития (ВПР) и др.) при которой попутно выполнялась аппендэктомия.

При оценке оперативных доступов при проведении аппендэктомии были получены следующие результаты: лапароскопический — у 946 (97,72 %) пациентов, лапароскопический с последующим доступом Пирогова — 1 (0,1 %) пациент, с последующей конверсией в доступ Волковича — Дьяконова — 11 (1,14 %) пациентов, с конверсией в поперечный доступ — 3 (0,3 %) пациента, с конверсией в срединную лапаротомию — 2 (0,2 %) пациента, выполнение доступом Фелиссе справа (с видеолапароскопией) — 1 (0,1 %) пациент, поперечным доступ над пупком — у 1 (0,1 %) пациента, доступом Волковича — Дьяконова — у 1 (0,1 %), диагностическая лапароскопия с последующим доступом Волковича — Дьяконова — у 11 (1,14 %) пациентов.

При этом, 917 (94,73 %) детям была проведена лапароскопическая аппендэктомия, в остальных 5,27 % случаев попутные аппендэктомии были проведены с иными основными вмешательствами; операции сопровождалась санацией брюшной полости в 91 (10,64 %) случае, дренированием брюшной полости — в 132 (13,64 %) случаях. Попутно в 198 (20,45 %) случаях была проведена резекция вовлеченного в воспалительный процесс большого сальника. В 1,14 % случаев (11 пациентов) производилось вскрытие периаппендикулярного абсцесса.

Выводы

Было установлено частое выполнение аппендэктомий девочкам (при $p \leq 0,05$), чаще по причине острого аппендицита.

Более чаще частота выполняемых аппендэктомий детям наблюдалась в возрастной период с 6 до 10 лет; среди пациентов преобладали городские жители.

Большинство оперированных пациентов доставлялись в стационар urgently бригадами скорой медицинской помощи.

Наиболее частым оперативным доступом при аппендэктомиях был лапароскопический (97,72 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Исаков, Ю. Ф.* Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
2. *Исаков, Ю. Ф.* Острый аппендицит в детском возрасте / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, А. Ф. Дронов // АМН СССР. — М.: Медицина, 1980. — 192 с.
3. *Пури, П.* Атлас оперативной детской хирургии / под ред. П. Пури, М. Гольварда; пер. с англ.; под общ. ред. проф. Т. К. Немиловой. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 648 с.