

УДК: 616.346.2 – 089.87 – 002.3 – 053.2(476.2)

ГНОЙНЫЙ ОМЕНТИТ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА 1997–2009 ГГ.

Силина Е. В., Геращенко С. И., Козырева А. А.

Научный руководитель: С. Ю. Баранов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Эволюционно в брюшной полости были созданы свои местные защитные механизмы, одним из которых является большой сальник (БС). Этот «жандарм брюшной полости» по меткому высказыванию Н.И. Пирогова осуществляет поддержание в ней гомеостаза [1, 4].

В детском возрасте в структуре ургентной хирургической воспалительной абдоминальной патологии самым частым является острый аппендицит (ОА). Сложность его диагностики у детей, несмотря на технический прогресс, остается актуальной [1, 2]. В ряде ситуаций воспаление с аппендикса переходит на окутывающий его БС и может привести к декомпенсации его свойств, вторичному вовлечению его в процесс распространения инфекции. Снижение его функциональной активности будет активизировать инфекционные процессы в брюшной полости от вяло протекающего воспалительно-дистрофического до выраженного гнойного разлитого перитонита [1, 2, 3]. Стремление хирурга минимизировать операционную травму нередко сводится к уменьшению длины лапаротомного доступа и длительности операции, что может привести к недооценке воспаления соседних с аппендиксом органов. Оставленный на операции «измененный» БС создаст новые «проблемы» в брюшной полости и в организме в целом [5]. Несмотря на активное внедрение в XX веке инновационных технологий в абдоминальной хирургии, проблема ранней диагностики и лечения хирургической инфекции брюшной полости до сих пор еще далека от решения.

Целью работы явилось показать актуальность данной патологии, сложность диагностического скрининга и выбора адекватной хирургической тактики при гнойном оментите у детей, показать результаты применения видеолапароскопической техники (ВЛТ) в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты 4634 историй болезни детей после выполненных аппендэктомий и случаев лечения внутрибрюшных инфильтратов и абсцессов по материалам детского хирургического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период с 01.01.1997 по 31.12.2009 гг. Резекция участка БС у детей при аппендэктомии была выполнена у 763 (16,5 %) пациентов, из которых 36,4 % составили девочки. В удаленных аппендиксах этой группы пациентов при гистологически наблюдались выраженные деструктивные изменения, в 40,4 % — осложненные перфорацией. К числу этих операций были отнесены также 10 симультантных вторичных аппендэктомий на фоне перекрута БС, перфорация подвздошной кишки рыбьей костью, дивертикулитов. Лечение внутрибрюшных аппендикулярных инфильтратов в 7 случаях было проведено консервативно с последующей плановой аппендэктомией по поводу хронического аппендицита, хронического оментита. Динамика ежегодных резекций воспаленного БС при аппендэктомиях была минимальной, с незначительными тенденцией к снижению с 66 до 52 случаев на фоне снижения числа аппендэктомий. Возраст пациентов колебался от 1

до 15 лет. Умеренный рост числа операций с резекцией БС отмечался с 5 летнего возраста, достигая максимума в возрасте 8–14 лет. Большинство пациентов составили горожане, в основном, из г. Гомеля. Удельный вес оперируемых в плановом порядке детей с хроническим аппендицитом и патологией БС составил 2,6 %. Более половины детей по экстренным показаниям были доставлены бригадами скорой помощи, остальные поступили из поликлиник, стационаров или обратились самостоятельно. Сроки от начала заболевания до операции у значительного количества пациентов составили более 24 часов.

При выполнении аппендэктомий с резекцией участка большого сальника использовались доступы: Волковича-Дьяконова — в 85,6 % случаев (из которых в 29 случаях предшествовал ВЛ скрининг). Лапароскопически аппендэктомия с последующей резекцией участка БС была выполнена 35 больным.

УЗ-диагностика в до- и послеоперационный период была выполнена у трети больных с высоким (до 92 %) уровнем диагностики, что помогло в выборе хирургической тактики.

Посевы выпота брюшной полости были взяты у более 40 % оперированных детей: в 25 % — роста микрофлоры не было получено, в остальных отмечалось наличие условно-патогенной кишечной флоры (*E.coli* в 56 %, реже — *Str.epidermidis*, энтеробактеры и т. д.).

В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, физиолечение (магнитотерапия, электрофорез с антибиотиками или КИ, ЛФК). Продолжительность койко-дней, чаще, варьировала от 10 до 16 дней, реже и дольше.

У 2 % больных в послеоперационном периоде развились местные воспалительные процессы со стороны раны и брюшной полости, наблюдались несколько случаев ранней спаечной кишечной непроходимости. Применение ВЛТ первично позволило уменьшить травматизм и число осложнений до единичных местных воспалительных раневых реакций. В большинстве случаев, осложнения были купированы консервативно.

Выводы

Активная информированность населения о своевременности врачебного осмотра при болях в животе может способствовать снижению числа осложненных форм острого аппендицита, а соответственно, и развитию связанных с ними последствий.

Применение в качестве скрининга УЗИ брюшной полости позволило улучшить дооперационную диагностику и послеоперационное ведение больных.

Интраоперационное выявление деструктивных изменений со стороны большого сальника является показанием к обязательной его парциальной резекции. Наилучшая визуализация этих изменений осуществляется с помощью или достаточного лапаротомного доступа или применения видеолапароскопической техники.

Выполнение видеолапароскопических или видеоассистированных операций позволило снизить уровень развития послеоперационных осложнений, повысить качество жизни и адаптацию пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров, Г. А. Инфильтративный подострый оментит при остром аппендиците у детей / Г. А. Баиров, Я. С. Голованов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1988. — № 1. — С. 116–119.
2. Голованов, Я. С. Первичные острые заболевания большого сальника у детей / Я.С. Голованов, В. А. Кудрявцев, Г. А. Баиров // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1990. — № 10. — С. 68–70.
3. Ганцев, Ш. Х. Первичный гнойный оментит / Ш. Х. Ганцев, М. А. Мустафин // Клиническая хирургия. — 1991. — № 2. — С. 56–58.
4. Барская, М. А. Диагностика и лечение оментитов при остром аппендиците у детей / М. А. Барская, Н. Л. Осипов // Детская хирургия. — 2008. — № 3. — С. 16–17.
5. Большой сальник: пер. с англ. / под ред. Д. Либерманн-Медфферт, Х. Уайта. — М.: Медицина, 1989. — 336 с.

УДК 614.37-053.2/6

КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ОТКЛОНЕННОЙ ОТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Симонова В. А., Семенова Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**