

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

На правах рукописи

Эшов Давлат Насруллоевич

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ВЫРАБОТКИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАЗЛИТОМ
ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ**

14.01.19 – детская хирургия

**Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор
Набиев Зоир Нарзулоевич**

Душанбе – 2016

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Одним из лидирующих мест в структуре патологии детской хирургии занимает острый аппендицит и её осложнения. При нарастании гнойно-септической патологии и прогрессирование перитонита в зависимости от дисфункции органов и систем нарастает процент неблагоприятных исходов и по данным различных источников достигает от 35 до 85%. [4, 17, 63, 85, 117]. Необходимо отметить, что при распространенном гнойном перитоните, особенно в терминальной стадии в комплексной лечении используется активные методы детоксикации для уменьшения синдрома эндогенной интоксикации и ликвидации энтеральной недостаточности. [3, 41, 122, 186]. Лечебный эффект при методе активной детоксикации можно достигнуть на фоне проведения тщательной санации абдоминальной полости устранение источника непрерывного поступления токсинов. Предлагаемое в последние годы плановое проведение релапаротомии при разлитом гнойном перитоните у детей дало положительный результат и снижение хирургических осложнений и стабилизации гемодинамики. При этом нет алгоритма, показывающей сроки проведения повторной санации, используемые количества принимаемой жидкости, коррекции энтеральной недостаточности и кратности проведения в детской хирургии.

Состояния детей при РП и ее оценка тяжести в основном заключается данных показателей лаборатории и методы дополнительной исследования и шкалах (MODS-II - шкала оценки полиорганной дисфункции, APACHE-II - оценка острых и хронических изменений состояния здоровья и др.) [40, 50, 84, 131, 189]. Но данные шкалы и клинико-лабораторные показатели не могут дать полноценной оценки общего состояния детей на фоне разлитого гнойного перитонита и проявление энтеральной недостаточности, что является основным проявлением данной патологии. Таким образом, оценка тяжести состояния детей с учетом дисфункции органов и систем, клинико-лабораторные данные и инструментальные методы исследования индивидуально при каждом случае, является успехом лечения при данной патологии и решением данной проблемы.

При РП декомпрессия пищеварительного тракта является признанным методом комплексной терапии при энтеральной недостаточности и уменьшение эндогенной интоксикации. Эвакуация токсического содержимого, устранение внутрикишечной гипертензии, профилактика энтеральной недостаточности, в основном происходит после проведения декомпрессии позволяющей выполнения единственной функции зонда, дренажной. Поэтому актуальным становится разработка многофункционального зонда для интубации кишечника через полость носа.

Следовательно, комплексные мероприятия с учетом тяжести состояния дисфункции органов и систем (метаболических, иммунных), проведение активных методов детоксикации, улучшение хирургической тактики и коррекции в послеоперационном периоде является основным научным исследованием данной работы.

Цель исследования. Улучшить результаты терапии детей при разлитом гнойном перитоните методом совершенствования диагностики и поэтапного лечения и оптимизаций показаний к применению плановых релапаротомий.

Задачи исследования

1. Выработать объективные критерии тяжести состояния детей при перитоните на этапах комплексного лечения.
2. Определить детоксикационный эффект плановых релапаротомий по срокам выполнения этапных оперативных вмешательств при перитоните у детей.
3. Выявить влияние легких на токсичность и показатели перекисидации и антиоксидантной системы у детей при перитоните.
4. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения детей при РП методом плановых санаций брюшной полости и релапаротомии по требованию.
5. Провести комплексное исследование основных параметров гомеостаза у детей при разлитом гнойном перитоните.

Научная новизна. Разработаны объективные параметры оценки тяжести состояния детей при разлитом гнойном перитоните, которые учитывают давность заболевания, степень эндотоксикоза, клинические показатели, изменения газообмена, гемодинамики и гомеостаза. Модифицирована интегральная шкала оценки полиорганной недостаточности MODS-II.

Разработана методика и проведена оценка санационных и детоксикационных свойств плановых релапаротомий на стадиях хирургического вмешательства.

Определение показателей детоксикационной функции легких позволяет диагностировать на ранних этапах дисфункции органов и систем и провести комплексные профилактические мероприятия.

Изучено значение степени энтеральной недостаточности при перитоните на разных стадиях позволяет разработать тактику комплексной лечения детей при РГП.

Практическая значимость. Модифицированные шкалы при разлитом гнойном перитоните дает возможность оценить тяжести состояния детей и оптимизировать комплексные терапии и хирургические вмешательства на этапах лечения.

Данные метаболических функции легких с учетом тяжести течения и фазы перитонита у детей представляет собой возможность разработать обоснованных подходов к лечению с целью снижения осложнений и неблагоприятных исходов в послеоперационном периоде.

Метод плановых санаций брюшной полости с применением поэтапной терапии детей при разлитом гнойном перитоните позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, снизить летальность с 12,5 до 6,7 %, способствуя сокращению стационарных койко - дней.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Выработанный и апробированный способ объективной оценки тяжести общего состояния детей при разлитом гнойном перитоните на этапах хирургического лечения рекомендуется для использования с целью своевременного начала востребованных тактик лечения
2. Тяжесть состояния детей при разлитом гнойном перитоните обусловлена в первую очередь давностью заболевания и полиорганной недостаточностью, для оценки которой на дооперационном периоде целесообразно применять шкалу MODS-II и APACHE-II, в интраоперационном периоде Мангеймский перитонеальный индекс (МПИ), а в послеоперационном - модифицированную шкалу MODS-II.
3. Частота послеоперационных осложнений у больных при разлитом гнойном перитоните после проведенных плановых санаций брюшной полости статистически ниже по сравнению с релапаротомий по требованию.
4. Появление гиперкоагуляции в АК по сравнению с ВК свидетельствует о начале СОЛП с развитием полиорганной недостаточности и диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови.
5. Плановые санации брюшной полости при РП являются оптимальным способом хирургического вмешательства, позволяет уменьшить число осложнений, снизить летальность с 12,5% до 6,7% и способствуя сокращению пребывания детей исследуемой группы в стационаре 140 койко-дней. Для определения кратности оперативных вмешательств целесообразно использовать модифицированную шкалу полиорганной недостаточности MODS-II.

Апробация работы. Основные положения диссертации обсуждены на годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибн Сино, посвященной 20-летию независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2011); V съезде хирургов Республики Таджикистан (Душанбе, 2011); на заседаниях ассоциации детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана (2012, 2013); годичных конференциях ТИПМК (Душанбе, 2011, 2012)

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты комплексного обследования и лечения детей при разлитом гнойном перитоните внедрены в практическую деятельность хирургических отделений Национального медицинского центра Республики Таджикистан, Центральной районной больницы (ЦКБ) Гиссарского района, а также в практику работы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе. Используются в учебном процессе на кафедрах детской хирургии и интенсивной терапии анестезиологии и реаниматологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, из них 3 опубликованные в журналах рекомендуемых ВАК РФ.

Объем работы. Работа изложена на 141 страницах, состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, описание материала и методов исследования, собственные исследования и их обсуждение), заключения, выводов, практических рекомендаций включает 24 таблиц, 10 диаграмм и 13 рисунков. Библиографический указатель содержит 193 источников литературы, из них 114 на русском и 79 на иностранном языках.

Содержание работы

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе приведены результаты исследования и комплексной терапии 122 больных детей с хирургическим сепсисом (разлитой перитонит) различных происхождений находившихся на клинических базах центральной районной больницы Гиссарского района и Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период с 2008 по 2014 гг. Среди обследованных нами детей мальчиков было - 72 (59,0%), девочек - 50 (41,0%) в возрасте от 3 до 17 лет.

На основе проведения комплексной терапии, принципы предоперационной подготовки, изучение метаболической функции легких с целью ранней диагностики возникших осложнений больные были разделены условно на две группы. Первую группу (контрольную) составили 53 (43,4%) больных детей с гнойным перитонитом, которым выполнялась релапаротомия по требованию в связи с прогрессированием процессов в брюшной полости и проявления энтеральной недостаточности. Во вторую группу (основную) вошли 69 (56,6%) больных детей, перенесших лапаротомию, и в динамике проведена санация брюшной полости в плановом порядке с целью снижения гнойного процесса. Результат распределение детей по возрасту и по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение детей при РГП по возрасту и полу

Возраст	Контрольная группа		Основная группа	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
До 3 лет	3(10,7%)	2(8%)	3(6,9%)	1(4,0%)
3-7 лет	4(14,3%)	1(4%)	6(13,6%)	4(16,0%)
7-10 лет	5(17,85%)	4(16%)	11(25,0%)	4(16,0%)
10-14	5(17,85%)	6(24%)	10(22,7%)	8(32,0%)
14- и более	11(39,3%)	12(48%)	14(31,8%)	8(32,0%)
Всего:	28(52,8%)	25(47,2%)	44(63,8%)	25(36,2%)

Результат данные таблицы указывает, что в основном разлитой гнойный перитонит и картина хирургического сепсиса встречается дети более старших возрастных групп, так как это связано с множественным патологическим состоянием и тяжестью дифференциальной диагностики с атипичной клинической картиной приводящей к РГП.

Большинство из оперированных нами детей проживали в сельской местности (диаграмма 1).

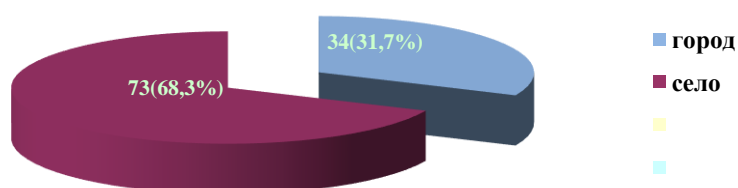


Диаграмма 1. Распределение детей по месту проживания

На большее число сельских жителей также повлиял фактор оказания помощи по линии санавиации. 6 (8,2%) пациентов были оперированы на местах.

Гнойный перитонит у больных детей в 19 случаях диагностировано в первые 72 часов детей основной и 18 (34,0%) пациентов контрольной, от 72 до 120 часов у 31 (44,9%) детей основной и 20 (37,7%) пациентов контрольной группы и свыше 120 часов – у 17 (24,6%) детей основной и 15 (28,3%) пациентов сравниваемой группы. Данные таблицы показывает, что в группе исследуемое в большинстве случаев с перитонитом на фоне деструктивного аппендицита, непроходимость кишечника больные с послеоперационным перитонитом, составившие вместе 57 (82,6%) наблюдения

Этиология развития перитонита

Этиология перитонита	Контрольная группа	Основная группа
аппендикулярном этиологии перитонит	15 (28,3%)	24 (34,8%)
острая кишечная непроходимость	6 (11,3%)	7 (10,2%)
Травма	3 (5,7%)	5 (7,2%)
непроходимость кишечника и язвы кишечника при болезни Крона	14 (26,4%)	9 (13,0%)
Брюшинно-тифозный перитонит	6 (11,3%)	12 (17,4%)
послеоперационный перитонит	9 (17,0%)	12 (17,4%)
Всего	53(43,4%)	69 (56,6%)

Сопутствующие заболевания имелись у 43 пациентов основной и у 41 больного контрольной группы.

Сопоставление данных результатов показывают, что среди сопутствующих заболеваний преобладали глистные инвазии, которые наблюдались соответственно у 25,5% и 34,1% детей. Кроме того, анемия и аллергические состояния детей были соответственно суммарно - в основной группе – 48,8% и в контрольной- 40,9%. Сопутствующие заболевания внесли свои коррективы в ход лечебных мероприятий и в ряде наблюдений определили исход лечения.

Учитывая тяжесть состояния детей при РГП, у всех обследованных пациентов имелся синдром острого системного воспалительного ответа (СОСВО). ДВС - синдром был констатирован на основе проведения и сопоставлении показатели лаборатории. СПОН отмечено у 88 (82,2%) детей. В большинстве наблюдений (n=62) больных детей осложнений со стороны органов и систем оценивались как компенсированная и субкомпенсированная фаза. У остальных больных наблюдались декомпенсированный синдром.

При поступлении детей наряду с клиническим обследованием детей в алгоритм были включены: УЗИ в серошкальном режиме и режиме цветового доплеровского картирования, рентгенография брюшной полости, лапароскопия, лапароцентез, по показаниям ЭФГДС, КТ и другие специальные методы диагностики.

Для оценки степени токсичности крови использовали определение пептидов средних молекулярных масс (МСМ) с помощью спектрофотометрии, определение токсичности крови методом параметрий. Содержание малонового диальдегида (МДА) определяли по Владимирову Ю.А и Арчакову А.И (1972), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) рассчитывали по Кальф-Калифу Я.Я. в модификации Рейса А.И. (1983):

Неинвазивный метод определения параметров гемодинамики аппаратом «VoMed» – простой способ для выявления динамических нарушений кровообращения детей перед и после операции. Данные шкал реографа позволили определить базовый межэлектродный импеданс, характеризующий насосную и сократительную функцию сердца, общее периферическое сопротивление – суммарное сопротивление систем артериол и венул.

Данные показатели повышения внутрибрюшного давления в зависимости от изменения разделяют на 4 степени (показателя от нормы и до синдрома абдоминальной гипертензии IV степени). Для определения тяжести абдоминальной гипертензии применялось метод D.R. Meldrumetal, (1997): до 12 мм - I степень, до 20 мм рт.ст. - II степень, до 30 мм рт.ст. - III степень и более 30 мм рт.ст. - IV степень.

Для определения показателей гипертензии в брюшной полости нами производилась катетеризация мочевого пузыря. После чего в данный катетер присоединяли аппарат Вельдмана, измеряющее давление в мм. водного столба. Мочевой пузырь опорожняли и вводили 100 мл стерильного раствора фурациллина или другой стерильный раствор. При установлении аппарата на уровне мочевого пузыря высота столба жидкости была равна величине внутрибрюшного давления. Для перерасчета показателя высоты столба жидкости из см.вод.ст., в мм рт.ст. использовали поправочный коэффициент 0,7 и в системе измерения СИ величину ВБД выражали в мм рт.ст. Необходимо отметить, что показатели внутрибрюшного давления в норме колеблется до 10 мм рт.ст.

Также, нами проводилось определение количества микробных тел в жидкости абдоминальной области по бактериологическому исследованию. Данная методика позволяет оценить целесообразность санаций абдоминальной области и уменьшение количество микробных

тел. В зависимости от количества микробных тел в экссудате условно разделяют 4 степени контаминации брюшной полости: I степень – когда число микробных тел составляет 10⁵, II степень – 10⁶, III степень – 10⁷ и IV степень при наличии микробной обсемененности свыше 10⁸ в 1,0 мл экссудата из брюшной полости. Нарастание количества микробных тел характеризует возникновение септического осложнения в брюшной полости. Каждому из дополнительных введенных значений в модифицированной шкале оценки полиорганной дисфункции по возрастающему значению присваивалось по 1 баллу.

Бактериологические исследования, проведенные у детей распространенным перитонитом, показали, что в микробиологической структуре абдоминального экссудата наиболее часто до 60-65% представлена грамотрицательная, а 25-30% грамположительная флора, в основном 44 различных штаммов. В 42,05% определяется E.coli; Enterobacterspp.-15,0%; Proteusspp.-7,5%; Enterococcuspp-8,4%; Stafilococcuspp.-16,8%; Pseudomonasae ruginosae-4,7%; Klebsiellaspp -10,3%. Более чем в 30% случаев выявилась ассоциация из 2-3 патогенных микроорганизмов, при этом отмечается высокая поливалентная резистентность к общеизвестным антибиотикам. Для профилактики дисбактериоза, в связи с длительным приемом антибиотиков и коррекции иммунитета, дополнительно назначали энтеросорбенты - полифан, полипепфан или микросорб - по 10 гр. 3 раза, а также препараты линекс, пременофилиус, энтерол по общепринятой схеме.

В последующем на основании мониторинга состава возбудителей и их резистентности и чувствительности к антибиотикам проводили коррекцию комбинаций антибиотиков.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Всем больным детям с перитонитом после проведения коррекции имеющихся нарушений и стабилизации гемодинамических показателей в зависимости от срока поступления и фазы перитонита и дисфункции органов и систем проводилась предоперационная подготовка от 4-х часов до 48 часов, после чего проводилась хирургическое вмешательство. Вопросы консервативного лечения соотношении растворов проводилось индивидуально с учетом всех показателей и лабораторных данных. Те больные, которые на фоне основного заболевания имели другие сопутствующие патологии, в плане терапии учитывалось и эти патологии. Характер применяемых растворов на этапах подготовки и её продолжительность отражена на диаграмме 2.

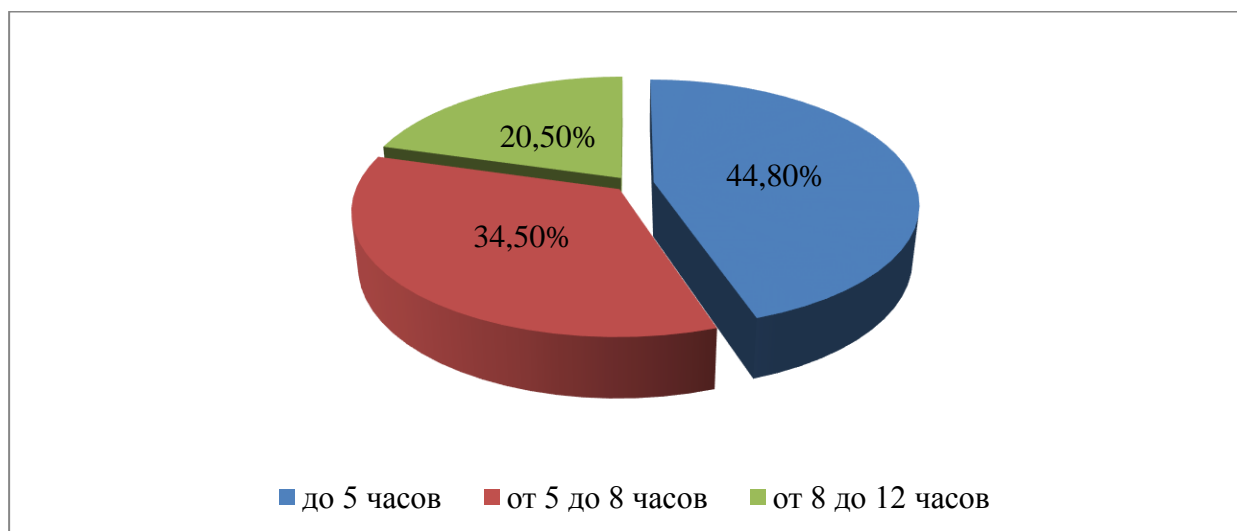


Диаграмма 2. Продолжительность предоперационной подготовки

Данные диаграммы 2 показывают, что у большинства детей длительность предоперационной подготовки варьировала от 3 до 8 часов ($p < 0,05$). Причиной длительности предоперационной подготовки свыше 40 часов было связано с нарушением жизненно-важных функций организма детей, отсутствием адекватного диуреза, гипотонией и проявлением эндогенной интоксикации выражено.

Приступая к инфузионной терапии, мы оценивали ситуацию, в которой находился больной при поступлении, дефицит жидкости, нарушение гидроионного баланса, выраженного нарушения кислотно-щелочного состояния и нарушение метаболизма. Данная информация было собрано после проведения лабораторных и инструментальных методов исследования. Среди клинических

проявлений перитонита обращали внимания на тургор кожи, состояние языка, отеки, наполнение вен, напряжение глазных яблок, температура и др. Оценивалась количественная и качественная характеристика потерь и поступления жидкости на основании точной регистрации всех введенных средств и потерь жидкости в организме: диурез, рвота, диарея, потери с перспирацией и вследствие потоотделения. Окончательное решение принимали после интерпретации лабораторных данных.

Схема проведения комплексной терапии с момента госпитализации зависит от тяжести и степени перитонита, характера растворов, соотношение каллоидов и кристаллоидов проводилось до хирургического вмешательства, т.е. реамберина, реополиглюкина, инфузола, ГЭК 6% или 10%, полиэлектролитных растворов, обеспечивающих восполнение дефицита ОЦК, электролитов и стабилизацию показателей гемодинамики. Бельковые препараты вводилась также при тяжелом состоянии и имеющихся дефицит белковой фракции, в основном мы в работе применяли альбумин из расчета 10-12 мл/кг 20% раствор. Учитывая, что любой воспалительный процесс и гнойная интоксикация подавляет антиоксидантную систему, также назначали препараты антиоксиданты (витамин Е, унитиол, актовегин), также проводилась бактериальная терапия с учетом чувствительности к микробам. По показаниям использовали также внутривенное введение преднизолона из расчета 3-5 мг, сердечных гликозидов применяли после проведения коррекции имеющих нарушений, проведение кислородной терапии, коррекции ацидоза, и если эти мероприятия не удавалось нормализации сердечного ритма, тогда подключались эти препараты.

Изучены также влияние корригирующего лечения на основе показателей негазообменной функции легких и данные изменение продукции пероксидации и системы антиоксидантов в венозной и артериальной крови при хирургическом сепсисе и выраженной гнойной интоксикации. У больных первой группы на фоне коррекции метаболической изменении и проведении детоксикации данные коагуляции, антикоагуляции, реологии и показатели фибрина в венозной и артериальной крови несколько улучшилось. При этом артериовенозная разница, времени свертывания 39% ($p < 0,001$), время рекальцификации плазмы на 41% ($P < 0,05$), протромбинового индекса снизилось на 7%

Необходимо отметить, что диагностика и проведение целенаправленного лечения в различных фазах перитонита у детей можно добиться положительного результата и улучшение метаболической функции легких по данным артериовенозной крови и нормализации детоксикационной функции легких, но при этом следует отметить, при нарастании воспалительного процесса в брюшной полости и дисфункции органов и систем, выраженного интоксикационного синдрома, которые характерны у больных детей третьей группы, токсичность ВК и АК остается на высоких цифрах и детоксикационная функция легких восстанавливается до уровня 1-2 группы. Следовательно, у данной групп больных детей остаются изменение негазообменной функции легких, которые требует дальнейшей коррекции и реабилитации.

Нами также проводилась изучение процессов пероксидации липидов на основе показателей малонового диальдегида (МДА), антиоксидантной системы, по супероксиддисмутазе (СОД), аскорбиновой кислоты (АК) у больных детей с гнойно-септическим процессом характеризовалась понижением компенсаторных возможностей антиоксидантной защиты организма. Проведение оценки общего состояния и своевременное начатое лечение с корригирующей антиоксидантной терапией в ближайшие часы с момента госпитализации с целью подготовки хирургического вмешательства и после него назначалась эффективности комплексного применения антиоксидантов. Данные антиоксидантной защиты на протяжении всего периода заболевания у больных детей первой группы существенно не изменялось. В этой группе происходила активация пероксидации липидов, на что указывает повышение показателей МДА на 5,1%. Также у этих больных отмечено незначительное нарастание общей интоксикации. Анализ динамики показателей продуктов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных детей первой группы, при проведении общепринятого объема терапии указывает на медленное их снижение в период стабилизации и выздоровления, что соответствует купированию имеющих нарушений снижением проявлений гнойных интоксикаций. Однако полная нормализация показателей не наступает, и возникает необходимость в реабилитации этих показателей.

Изучение динамики показателей продуктов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных детей второй группы позволили выявить изменения из значений на фоне выраженной интоксикации и дисфункции органов и систем, наблюдалось увеличения продукции малонового диальдегида в венозной и артериальной крови на 18,4% и

29,1% до проведения комплексной терапии и соответственно угнетение данные антиоксидантной системы, АК, СОД на 62% и аскорбиновой кислоты – на 68%.

На фоне проведения дезинтоксикационной антиоксидантной терапии наблюдается улучшение показателей АОЗ, с несколько стабилизацией параметров ПОЛ и эндогенной интоксикации.

В зависимости от тяжести состояния и дисфункции органов и систем до и после хирургического вмешательства, больные были переведены на продленная ИВЛ, ВИВЛ, так как у большей части детей с перитонитом развивались четыре формы гипоксии: гемическая, гипоксическая, циркуляторная и тканевая с развитием кислородной недостаточности, которая клинически проявляется как СОЛП, вследствие чего обусловлено 60-процентной летальностью. При возникновении синдрома острого легочного повреждения, в нашей клинике разработана схема ведения данной группы больных (по методике Набиева З.Н., 2006).

ИВЛ в контрольной группе у 9 (17,0%) детей, из них у 3 продленная ИВЛ, в основной группе у 24 (34,8%) детей, из них у 14 продленной искусственной вентиляции легких. Следовательно, из 122 детей у 33 (27,3%) применялась с лечебной целью ИВЛ, причем у 17 (13,9%) продленная ИВЛ (от 3 до 8 суток).

Необходимо отметить, что профилактика одной из тяжелых осложнений при перитоните синдрома легочного повреждения у детей является правильный подбор режима дыхательной реанимации. Поэтому нами с момента госпитализации с учетом тяжести и изучения показателей метаболических функции легких для ранней диагностики осложнения разработана схема терапии и на основе имеющихся изменений со стороны реология, коагуляции и гемодинамики.

У больных I группы при реактивной фазе перитонита, когда метаболические нарушения не выражены: показатели газов крови, метаболизма, реологии, коагуляции в стадии компенсации, инфузионная терапия до операции к стабилизации и необходимость в проведении дополнительной дыхательной реанимации до хирургических вмешательств нет.

При токсической фазе перитонита из 15 больных детей 4 (26,7%) нуждались с момента госпитализации в проведении дыхательной реанимации на основе клинико-лабораторных показателей, негазообменных функции легких, которые имели в стадии субкомпенсации и сопутствующей патологии с стороны других органов. Дыхательная реанимация проводилось в режиме умеренной гипервентиляции.

Сложная задача отмечалось у больных третьей группы в терминальной стадии перитонита и нарушения метаболических функций легких в стадии декомпенсации и проявления ДВС синдрома. После катетеризации центральной вены произведена интубация трахеи и перевод на ИВЛ в режиме гипервентиляции. На фоне респираторной поддержки проводилась корригирующая терапия, активные методы детоксикации и профилактики СОЛП (антибиотики по чувствительности, гормональные препараты, коррекция коагулопатии). Для уменьшения интоксикации и улучшение показателей гемодинамики проводилось озонотерапия до и после хирургических вмешательств.

У детей с перитонитом и СЭИ II и III степеней проводилась интракорпоральная детоксикация (ИКД), которую начинали при поступлении, и продолжали после операции с применением комплекса мероприятий, направленных на стимуляцию выделительных функций организма: снижение интоксикации путем гемоделиции, применение преобразователей токсических веществ, форсированный диурез, улучшение работоспособности пищеварительного тракта, применение энтеросорбентов.

Дезинтоксикацию организма проводили методом активной детоксикации и контроля диуреза при условии сохранения фильтрационной функции почек. Для этого до и после хирургического вмешательства с учетом гидроионного обмена проводилась корригирующая терапия и соотношение растворов коллоидов и кристаллоидов 1:1. Комплексная терапия проводилась с учетом суточной потребности и жидкости текущей патологической потери. Адекватность терапии всегда оценивались с показателями гемодинамики и контроль диуреза. Если у больных с положительным центральным венозным давлением и нормализацией гемодинамических показателей выделительная функция почек были нарушены, то проводилось стимуляция диуретиками. Основным критерием адекватности водной нагрузки является ее корреляция с мочеоттоком. При этом обязательно проводился контроль (и соответственно коррекция) ЦВД, диуреза, электролитного баланса, АД; ЦВД при этом не должно превышать 10 см. вод. ст. Проведение активных методов детоксикации в основе комплексной терапии у больных данной группы связано с тем, что у них отмечают процессы, связанные с нарастанием

эндогенной интоксикации, проявление полиорганной недостаточности и накоплении недоокисленных продуктов, увеличением свободно радикальных соединений, МСМ в сочетании с медиаторами воспаления, при частичной или полной неспособности организма к самостоятельному выведению этих токсических веществ, которые сыграют лидирующую роль в возникновении СОСВО, СОЛП и СПОН. В связи с этим, при проведении коррегирующей терапии при хирургическом сепсисе и выраженной интоксикацией применение активных методов детоксикации приводит к ранней стабилизации гемодинамических показателей и восстановлению проявления энтеральной недостаточности.

Методы детоксикации при перитоните, когда нарушаются основные жизненно-важные функции организма, является основное звено в комплексном лечении. При гнойно-септическом процессе и нарастание дисфункции органов у детей в первую очередь проявляется повреждение почек и этим приводит к острой почечной недостаточности и нарастание азотистого баланса. Поэтому нами при терминальной стадии перитонита наряду с коррегирующей терапией проводилось комбинации активной методов детоксикации (гемодиализ, УФО, энтеросорбция и озонотерапия).

Таким образом, трудно переоценить значение консервативной терапии, с помощью которой производят коррекцию гомеостаза, нарушения которого возникают в результате осложнений со стороны почек и дыхательной системы. Поэтому проведение коррегирующей терапии в комбинации активных методов детоксикации является более адекватным и обоснованным при хирургическом сепсисе. Подход к подбору метода детоксикационной терапии должен быть в каждом отдельном случае с учетом показателей гемодинамики, проявление энтеральной недостаточности и эндогенной интоксикации, течение заболевания и нарушение параметров метаболической функции легких в зависимости от нарастания недоокисленных продуктов на этапе лечения и проведение сочетанной терапии является приемлемой.

Необходимо отметить, что у больных в терминальной стадии перитонита, выраженной дисфункции органов и систем одним из эффективным способом борьбы с эндотоксикозом и энтеральной недостаточностью явилось проведение интубации кишечника. Данная процедура удалось осуществить 6 (33,3%) из 18 детей. Еще в 4 наблюдениях назоинтестинальная интубация выполнена обычным зондом. В 4 (20%) наблюдениях из-за предшествующих операций наблюдалась клиника спаечной болезни в абдоминальной полости проведение назоинтестинальной интубации не представилось возможным. Именно в данной группе больных детей проведение декомпрессия желудочно-кишечного тракта дало положительный результат и восстановление функции кишечника в послеоперационном периоде.

При сочетанной травме и повреждение органов брюшной полости в последующем на фоне терапии основного патологического состояния в динамике нарастало клиника перитонита, что послужило развитие септического процесса у 7 (10,1%) пациентов. При этом в 3 (4,3%) первичный диагноз было тяжелая черепно-мозговая травма и ушиб органов брюшной полости. В момент поступления клинко-лабораторно и данные инструментального метода исследования, патологическое состояние абдоминальной области не наблюдалась, однако на 4-е сутки клиника перитонита выраженная, интоксикация и раздражения брюшины, после подготовки взята на лапаротомии операционная находка повреждение кишечника в области двенадцатиперстной кишки. Причиной запоздалой диагностики послужила стертая клиническая картина, превалирование симптомов общей сенсбилизации организма.

Желчный перитонит в терминальной стадии наблюдался у 1 (1,5%) детей. Причиной желчного перитонита послужили деструктивные формы калькулезного холецистита и послеоперационные осложнения после холецистэктомии и наложения билиодигестивных анастомозов. В зависимости от распространенности перитонита и охвата воспалительного процесса в области брюшной полости мы устанавливаем от 1 до 4 дренажей, позволяющих своевременно эвакуировать экссудаты гноя из брюшной полости. Для профилактики закупорки дренажей ежедневно производится аспирация содержимого при помощи катетера меньшего диаметра, введенного через дренажную трубку. По мере накопления опыта и перехода к программированию санации брюшной полости мы стали отдавать предпочтение одиночному дренированию.

Диагноз перитонита в послеоперационном периоде подтвердили 15 (14,01%) больным детям, которые были подвергнуты оперативному вмешательству. Причиной данного осложнения послужила неполная санация абдоминальной области при первичной операции, несостоятельность культи, повреждение кишечника и множественные межкишечные спайки.

После выявления послеоперационного перитонита всем больным производилось релапаротомия «по требованию». Объем хирургического вмешательства заключалась к следующему: проведение санация с последующим дренированием у 9 (60%) детей, ушивание культи 12-перстной кишки с санацией и дренированием брюшной полости у 1 (6,6%) пациентов.

Клиника непроходимости кишечника возникла у 8 (15,1%) детей. Чаще наблюдали странгуляционную кишечную непроходимость, выявленную у 6 (75,0%) пациентов. Ущемленная грыжа как причина острой кишечной непроходимости имела в 2 (25,0%) случаях. У всех пациентов отмечали некроз тонкой кишки различной протяженности. Объем хирургического вмешательства заключался в выполнении резекции поврежденной части кишечника с последующим накладыванием стомы.

У 3 (37,5%) больных детей операция завершена интубацией кишечника, и у 4 (50,0%) пациентам выполнение интубации не удалось в связи с выраженностью спаечного процесса.

Необходимо отметить, что проведение поэтапной санации абдоминальной области при терминальной стадии перитонита предварительно нами было изучено история болезни больных детей, которое ранее получали комплексную терапию по поводу перитонита.



Диаграмма 3. Соотношение между плановой релапаротомии и релапаротомии по требованию

Результаты диаграммы 3 свидетельствуют, что удельный вес релапаротомии по требованию прогрессивно уменьшается и нарастает количество программированной санации абдоминальной области.

По принятой в клинике тактике лечения детей при РГП, все они должны подвергаться по показаниям и тяжести гнойной интоксикации программирование санации абдоминальной области. Надо отметить, что данная методика внедрялось постепенно по мере накопления опыта и преодоления психологического барьера перед проведением плановой санацией брюшной полости.

По данным статистики ЦРБ Гиссара для лечения поступают в среднем 54 ± 4 детей с различным генезом перитонита тяжелой дисфункции органов и системы.

При этом если в начале 2000 года тактика при хирургическом сепсисе практически были релапаротомии по требованию, а количество плановых санаций доходило до 15%, то в 2012 году оно составило более 85%.

Хирургическая тактика при проведении плановых санаций основана на оценки общих состояний, дисфункции органов и систем, данные шкалы MODS –II и результаты протоколов первичный лапаротомии (это характер распространенного воспалительного процесса абдоминальной области, сроки патологического процесса). При сопоставлении данных шкалы MODS –II больные исследуемой группы до и после хирургического вмешательства получали более 15 баллов.

На основе данных клиники, нарастания показателей эндогенной интоксикации, проявления энтеральной недостаточности спустя 2 сутки от момента перитонита хирургическое вмешательство проводили плановую санацию №1.

Во время релапаротомии №1 наряду с санационными мероприятиями также возникала необходимость в выполнении дополнительных хирургических манипуляций, не выполненных ввиду общего состояния и дисфункции в момент поступления и при первичной операции. Так, 6

пациентам была наложена концевая еюностома, а 2 пациентам удалось провести зонд для декомпрессии. Необходимо отметить, что при проведении программированной лапаротомии наблюдалось сращения в брюшной полости, были свежие и рыхлые, межпетлевые гнойники были в стадии формирования, что сопровождалось меньшим риском ятрогенных повреждений кишечной стенки.

У 8 (44,4%) детей релапаротомия №1 явилась заключительным этапом лечения. Состояние абдоминальной области, восстановление функции кишечника, ликвидация энтеральной недостаточности, снижение эндогенной интоксикации наблюдалась положительная динамика жизненно-важных функций организма, а также сопоставление с данными модифицированной шкалы оценки полиорганной дисфункции давали нам повод проводить консервативную терапию и активный мониторинг. Последующая контрольная ультразвуковая диагностика абдоминальной области показали отсутствие жидкостных скоплений. Необходимости в выполнении релапаротомии по требованию у этих пациентов не возникло. Наши наблюдения показали, что в этой группе детей большинство ($p < 0,05$) составили аппендикулярный перитонит и больных с сочетанной травмой и повреждения органов брюшной полости.

В послеоперационном периоде наряду с инфузионно-трансфузионной терапией у 7 (38,9%) больных детей на фоне назогастрального зонда для декомпрессии желудочно-кишечного тракта, а также использовании (перитонеального диализа для более быстрой коррекции гнойного процесса в брюшной полости) выполнялась электростимуляция кишечника.

8 (44,4%) больным дополнительно на фоне комплексной терапии проводилась озонотерапия.

Проведение комбинированной терапии при тяжелом перитоните на этапах до и после хирургических вмешательств позволили стабилизации гемодинамики, улучшению функции кишечника и снижению интоксикационного синдрома.

Среди 27 (39,1%) детей, которым применена данная методика у 2 (7,4%) развились легочные осложнения, частично обусловленные наличием зонда.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 19 детей, из них: нагноение раны у 14 (66,7%) пациентов, легочные у 2 (10,5%), уретриты у 2 (10,5%) и флебит кубитальной вены у 1 (5,2%) больного.

После плановой программированной релапаротомии №1 у 1 (5,2%) детей наблюдался летальный исход. Основная причина неблагоприятного исхода у данного больного послужила прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне комплексной терапии. Средняя продолжительность послеоперационного лечения составила $19,2 \pm 1,7$ суток.

У 9 из 11 пациентов показания к релапаротомии, согласно предполагаемому алгоритму было абсолютным. У 2-х больных при обследовании показатель по модифицированной шкале оценки полиорганной дисфункции составил 13 баллов. В результате трех суточного мониторинга отмечалось повышение этого показателя до 17 баллов, и больные были подвергнуты повторной операции.

Релапаротомия №2 была выполнена 16 (23,2%) пациентам. У этих детей в послеоперационном периоде показатели по модифицированной шкале оценки полиорганной дисфункции были в пределах от 17 до 24 баллов, составляя в среднем $20,1 \pm 1,8$ балле. Интервал между релапаротомией №1 и релапаротомией №2 составил в среднем $3,1 \pm 0,8$ суток. На сроки выполнения релапаротомии наряду с показателем модифицированной шкалы оценки полиорганной дисфункции влияло также общее состояния детей. В тех наблюдениях, когда гемодинамика детей была нестабильной, отмечалась дисфункция почек, последнее откладывалось до стабилизации состояния детей. Подобная ситуация имела место в 6 (24%) случаях, когда гемодинамика пациентов была нестабильной, поддерживалась при помощи прессорных аминов, наблюдалась нарушение выделительной функции почек. В таких наблюдениях продолжалась комплексные лечебные мероприятия, для устранения дисфункции органов и систем по стабилизации гемодинамики больным проводилось хирургические вмешательства.

Задача при проведении релапаротомии №2 в основном сводилась к промыванию, очистки межкишечного фибринозного гноя из абдоминальной области. Санация производилась раствором анолита и фурациллина, который дает возможность уменьшению отека и воспалению, и является антимикробным средством, при этом раздражение брюшной полости не наблюдалось. Длительность хирургической процедуры составляла в среднем 60 ± 15 минут.

При релапаротомии №2 в 1 наблюдении у пациента с язвами терминального отдела тонкой кишки, на фоне предшествующей илеостомии выявлены дополнительные язвы в

предперфоративном состоянии на расстоянии 10-15 от илеостомы. В этом случае осуществлена резекция тонкой кишки с реилеостомией.

После плановой релапаротомии №2 у 2 (2,9%) детей наблюдался летальный исход. Причиной неблагоприятного исхода послужила прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне корригирующей терапии Средняя продолжительность послеоперационного лечения составила $27,2 \pm 1,9$ суток.

Релапаротомия №3 была выполнена 6 (33,3%) пациентам в основном у больных терминальной стадии перитонита. У этих детей в послеоперационном периоде показатели по модифицированной шкале оценки полиорганной дисфункции были в пределах от 18 до 27 баллов, составляя в среднем $22,3 \pm 0,9$. Интервал между релапаротомией №2 и релапаротомией №3 составил в среднем $5,1 \pm 0,8$ суток.

Хирургическая процедура во время релапаротомии №3 в основном сводился к санации абдоминальной полости, при этом проводилось промывание с раствором анолита. Длительность данной процедуры в основном составила в среднем 55 ± 10 минут.

При проведении программирования, т.е. санации абдоминальной области в плановом порядке мы наблюдали положительную динамику, уменьшение интоксикационного синдрома и улучшение работоспособность кишечника.

После хирургического вмешательства общее состояние оставалось тяжелым в связи, с чем в течение 2 суток продолжалась ИВЛ с поддержкой артериального давления прессорными аминами. Количество микробных тел – 109 и оценка по модифицированной шкале оценки полиорганной дисфункции 18 баллов. Больной назначено необходимые корригирующие лечения, антибиотики группы резерва и активные методы детоксикации (озонотерапии).

30.08.11. принято решение о программированной релапаротомии с целью санации и очистки брюшной полости. При проведении программной релапаротомии №1 имелись единичные межкишечные жидкостные скопления, цвет и перистальтика тонкой кишки нормализовались.

Гемодинамические показатели после хирургического вмешательства были стабильными. Клинические и биохимические и биохимические показатели нормализовались, функционирование кишечной стомы была удовлетворительное. Длительность проведение терапии в отделение интенсивной терапии - 12 к/д, в хирургическом отделении- 21к/д.

Спустя 7 месяцев явилась на плановую операцию по ликвидации колостомы. Во время операции признаков спаечного процесса в брюшной полости на обнаружено, наложен трансверзоректальный анастомоз. В послеоперационном периоде показатели гемодинамики были стабильными, нарушение функции кишечника не наблюдалось, на пятый день переведено на энтеральное питание.

Следовательно, надо отметить, что проведение хирургического вмешательства в основной группе проводилось с учетом всех показателей гемодинамики с момента госпитализации и дополнительно суммировали по модифицированной шкале оценки полиорганной дисфункции.

Как было указано выше, объем первичной операции в основной и контрольной группах определялся характером патологии, общим состоянием пациентов, давностью заболевания. Данные о контингенте пациентов в контрольной группе приведены в главе 2.

Специфика ведения пациентов этой группы заключалась в том, что вопрос о повторной операции решался лишь при наличии «абсолютных показаний». Таковыми служили прогрессивное ухудшение общего состояния детей, нарастание признаков полиорганной недостаточности, увеличение отделяемого по контрольным дренажам и изменение их характера. Эти данные подкреплялись результатами лабораторного и инструментального обследования, свидетельствующие о нарастание признаков интоксикации по данным ЛИИ, МСМ, накопление жидкости в брюшной полости, выявляемых при проведении повторных УЗИ. Мониторинг данных внутрибрюшного давления показал, что он также не снижался и сохранялся на уровне 13-17 мм рт.ст.

Из 53 пациентов контрольной группы 32 (60,3%) перенесли 1 релапаротомию, 18 (34,0%) 2 релапаротомии, 3 (5,7%) детей 3 и более повторных оперативных

С целью изучения положительного результата рекомендуемой нами методики произведен сопоставимый данные результаты хирургического вмешательства у детей при РГП в обеих группах (основной и контрольной). Данные исследования характеризует, что в основной группе пациентов (n=69), где выполнялась плановая релапаротомия было осуществлено 169 хирургических вмешательств. В среднем на 1 больного количество проведенного хирургического вмешательства равнялась 2,5. Эти данные у больных, которые входили в группу сравнения,

составило 53 детей, выполнено 98 оперативное вмешательство (1,8 операции на 1 ребенка). Необходимо отметить, что хирургическое вмешательство значительно было больше у больных в основной группе, чем в группе сравнения.

При сопоставлении стационарных карт и длительность пребывания в клиниках, показатели больных детей основной группы значительно лучше (табл. 3).

Таблица 3

Сроки стационарного лечения детей в группах сравнения

Сроки стационарного лечения (к/д)	1-я релапаротомия	2-я релапаротомия	3-я релапаротомия	4-я релапаротомия
плановая релапаротомия	21,5±2,5	24,5±2,3	29,5±2,4	35,5±2,5
релапаротомия по требованию	26,5±1,5	31,3±1,5	41,3±2,5	-

Анализ результатов таблицы 24 показало, что у больных основной группы, которым проводилось программированная санация ($p < 0,5$), длительность пребывания в отделении реанимации и в целом стационаре было намного меньше, чем у больных повторно проведенной хирургического вмешательства «по требованию». В исследуемой группе, в которой вошли 69 детей с перитонитом, длительность нахождения в клинике 1372 койко / дней, что на 1 пациент приходится 27,1 к/д. В группе сравнения были включены 53 больные, нахождение в клинике составило 1512 койко/дней, что равен 31,5 к/д. Следовательно, несмотря на увеличение количества хирургических вмешательств в основной группе было длительность пребывания и лечения оказалось ниже группы сравнения ($p < 0,5$).

Данные об осложнениях в послеоперационном периоде в сравнительном аспекте приведены в таблице 25.

Лидирующее место в обеих группах занимает нагноение раны, особенно выраженной была в контрольной группе. Причиной этого факта считаем, наложение сквозных швов через все слои при проведении санации в плановом порядке и проведение хирургического вмешательства на заключительном этапе лечения.

Неблагоприятный исход в послеоперационном периоде было значительно выше у групп больных, которым проводилось релапаротомия по требованию без учета и оценки тяжести по используемым шкалам. Из 53 наблюдаемых больных детей смерть наступило у 22, что составило 41,5%. А в исследуемой нами группе, где проводилось санация абдоминальной полости в плановом порядке, и на этапах лечения с учетом имеющихся нарушений метаболической функции легких и оценка тяжести по используемым шкалам смертность наступило в 13 случаях, что составило 18,8%.

На основе проведенного настоящего исследования, результаты хирургического вмешательства при РГП у детей методом санации абдоминальной полости в плановом порядке и проведение релапаротомии по требованию, свидетельствует в пользу плановой релапаротомии. Данная методика показывает уменьшение количества послеоперационной летальности, сроков стационарного лечения и должны применяться в клинических учреждениях республики.

Таким образом, комплексный подход с учетом дисфункции органов и систем, коррекции гемодинамических нарушений, принципы предоперационной подготовки, проведение плановой санации брюшной полости у детей с разлитым гнойным перитонитом привело к сокращению длительность пребывания больных 4,3 к/д, по сравнению с контрольной группой и снижению летальных исходов от 41,5 до 18,8%.

ВЫВОДЫ

1. Определение тяжести состояния при РГП у детей на основе совокупности признаков, используемые системы оценки, дает возможность разработать схему лечения.
2. Степень выраженности СЭН у детей при РГП оказывает непосредственное воздействие на показатели гемодинамики и уровня тяжести СЭИ и должна учитываться при определении алгоритма лечения.
3. Данные метаболических функций легких у детей с РГП дает предпосылку для проведения своевременной коррекции имеющихся дисфункции и профилактика ОРДС.
4. Проведение санации брюшной полости в плановом порядке с учетом имеющихся

дисфункции органов и систем на основе шкалы тяжести при РГП у детей, является приемлемым методом и позволяет уменьшить неблагоприятных исходов от 39% в группе детей, подвергавшихся релапаротомии по требованию, до 18,3% в группе больных детей у которых санация проводилась в плановом порядке.

5. Санация в плановом порядке дает возможность улучшить гемодинамические показатели, нивелировать явление энтеральной недостаточности, что в свою очередь уменьшает осложнений в послеоперационном периоде на 22,5% и сокращение пребывания больных детей на 2,8 койко / дней.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для определения тяжести и дисфункции органов и систем при РГП у детей на всех стадиях подготовки хирургического вмешательства следует интерпретировать на основе шкалы оценок тяжести (APACHE-II, MODS-II).
2. Повышение СЭИ и нарастание энтеральной недостаточности у детей при РГП является основным показателем, определяющим нарушение центральной гемодинамики и влияющим на проведение комплексного лечения.
3. При разлитом гнойном перитоните у детей целесообразно изучение метаболической функции легких для проведения целенаправленной терапии и профилактики осложнений.
4. Проведения плановой санации при РГП у детей приводит к улучшению гемодинамических показателей, это в свою очередь способствует сокращению пребывания в стационаре на 2,8 койко / дней и уменьшению осложнений в послеоперационном периоде на 22,5%.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Эшов Д.Н., Овчибоев Х.О., Файзуллоев Х.А., Азамов А.АП. Энтеросорбция при разлитом перитоните. Материалы VI научно-практической конференции детских хирургов, анестезиологов реаниматологов Республики Таджикистан с международным участием (29-30 июня 2006г.). С.161-163.
2. Эшов Д.Н., Эгамбердиев М., Саидов Э. Энтеральная недостаточность при распространенном перитоните у детей и его диагностика // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2015. №3(27). С.56-61.
3. Эшов Д.Н., Кодиров А.Р., Саидов А.Р., Файзуллоев И.К. Продленная перидуральная анальгезия в послеоперационном периоде у детей с разлитым перитонитом // **Здравоохранение Таджикистана**. 2015. №1. С.162-164.
4. Эшов Д.Н., Саидов Э.Р. Коррекция иммунологического нарушения при разлитом перитоните у детей // **Здравоохранение Таджикистана**. 2015. №1 (прил 1). С.164-166.
5. Рахматова Р.А., Эшов Д.Н., Хомидов Дж.Б., Саидов Э.Р. Разлитой перитонит у детей: коррекция иммунологических нарушений // **Вестник Таджикского национального университета**. 2015. №1/5 (188), часть II. С.86-88.
6. Набиев З.Н., Эшов Д.Н., Саидов Э.Р. Нарушение водно-солевого обмена у детей с разлитым гнойным перитонитом // **Вестник Таджикского национального университета**. 2015. №1/5 (188), часть II. С.156-158.
7. Эшов Д.Н., Саидов Э.Р. Состояние детоксикационной функции легких при перитоните у детей // **Вестник Таджикского национального университета**. 2015. №1/5 (188), часть II. С.171-174.
8. Эшов Д.Н., Давлатов С.Б., Саидов Э.Р. Некоторые аспекты детаксикационной функции легких при перитоните у детей // **Вестник педагогического университета**. Душанбе. 2015. №5-2(66). С.228-231.

РЕЗЮМЕ

диссертации Эшова Давлата Насруллоевича на тему: «Современные подходы и выработки хирургической тактики при разлитом гнойном перитоните у детей» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.19 – Детская хирургия.

Ключевые слова: дети разлитой гнойный перитонит, плановая санация, релапаротомия, активные методы детоксикации.

Цель исследования: Улучшить результаты терапии детей при разлитом гнойном перитоните методом совершенствования диагностики и поэтапного лечения и оптимизаций показаний к применению плановых релапаротомий.

Объект исследования: исследования и комплексной терапии 122 больных детей с хирургическим сепсисом (разлитой перитонит) различных происхождений находившихся на клинических базах центральной районной больницы Гиссарского района и Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период с 2008 по 2014 гг.

Методы исследования: клиничко-биохимические, лабораторные, функциональные и инструментальные.

Результаты исследования: Комплексный подход с учетом дисфункции органов и систем, коррекции гемодинамических нарушений, принципы предоперационной подготовки, проведение плановой санации брюшной полости у детей с разлитым гнойным перитонитом привело к сокращению длительность пребывания больных 4,3 к/д, по сравнению с контрольной группой и снижению летальных исходов от 41,5 до 18,8%.

Степень выраженности энтеральной недостаточности у детей при разлитом гнойном перитоните оказывает непосредственное воздействие на показатели гемодинамики и уровня тяжести степени эндогенной интоксикации и должна учитываться при определении алгоритма лечения.

На основе проведенного настоящего исследования, результаты хирургического вмешательства при РГП у детей методом санации абдоминальной полости в плановом порядке и проведение релапаротомии по требованию, свидетельствует в пользу плановой релапаротомии. Данная методика показывает уменьшение количества послеоперационной летальности, сроков стационарного лечения и должны применяться в клинических учреждениях республики.

SUMMARY

Eshov Davlat Nasrulloevich's dissertation on: "Modern approaches and elaboration of surgical tactics at diffuse purulent peritonitis at children" for degree of the candidate of medical sciences in the specialty 14.01.19 – Children's surgery.

Keywords: children diffuse purulent peritonitis, planned sanitation, relaparotomy, active methods of a detoksikation.

Research objective: To improve results of therapy of children at diffuse purulent peritonitis by method of improvement of diagnostics and stage-by-stage treatment and optimization of indications to use of planned relaparotomies.

The objects of study: research and complex therapy of 122 sick children with a surgical sepsis (diffuse peritonitis) of various parentages which were on clinical bases of the central regional hospital of the Gissar district and Public institution of the National medical center of the Republic of Tajikistan from 2008 for 2014.

Methods: clinical, biochemical, laboratory, functional and instrumental.

Results of research: An integrated approach taking into account dysfunction of organs and systems, corrections of hemodynamic disturbances, the principles of preoperative preparation, carrying out planned sanitation of an abdominal cavity at children with diffuse purulent peritonitis led to reduction duration of stay of patients 4,3 to / d, in comparison with control group and to depression of lethal outcomes from 41,5 to 18,8%.

Degree of expression of an enteral failure at children at diffuse purulent peritonitis makes immediate impact on indicators of a hemodynamics and level of gravity of degree of endogenic intoxication and has to be considered when determining algorithm of treatment.

On the basis of this study, the results of surgery for RSE in children by rehabilitation abdominal cavity in a planned manner and holding relaparotomy on request, evidence in favor of routine relaparotomy. This method shows a decrease in the number of postoperative mortality, timing of hospital treatment and should be applied in the clinical institutions of the republic.

Подписано в печать: _____. Отпечатано: _____

Объем условных печатных листов __ Тираж 100 шт.

Место издания и адрес _____