

лечение — 186 больных — 78%, лапаротомия выполнена 65 детям (22%). За последние 5 лет возросла роль эндоскопических оперативных вмешательств при лечении аппендикулярного перитонита и составила 78%, что позволило достичь наиболее благоприятного течения послеоперационного периода у детей и снижения числа осложнений.

Послеоперационный период у подавляющего числа пациентов протекал благополучно, среди детей, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости, осложнений выявлено меньше (15-8%), чем у пациентов, которым оперативное вмешательство проведено открытым доступом (8–12,3%). Из 239 больных, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита, развились осложнения у 23 детей, что составило 9,6%. В 5 случаях выполнена релапаротомия, у 9 больных для лечения осложнений применена релапароскопия. В 9 случаях проведено консервативное лечение. Анализ осложнений показал, что наиболее частым осложнением было формирование абсцесса брюшной полости — 8 случаев, инфильтрат брюшной полости отмечен у 6 больных, ранняя спаечная непроходимость

развилась у 7 детей, в единичных случаях отмечено формирование кишечного свища, прогрессирующего перитонита. Наиболее часто осложнения формировались при разлитом (9) и местном отграниченном (10) перитонитах. Интраоперационных осложнений, летальных исходов не было.

Выводы.

Сравнительный анализ методов лечения аппендикулярного перитонита открытым способом и с применением эндовидеохирургического лечения показал, что последний обеспечивает меньшую продолжительность эндотоксикоза, раннее купирование болевого абдоминального синдрома и восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Операционная травма, обусловленная применением методов «открытой» хирургии, приводит к истощению функциональных резервов организма, повышает частоту критических состояний. Все это в целом приводит к более тяжелому течению заболевания. Применение лапароскопической аппендэктомии в условиях распространенного перитонита способствует более гладкому течению процесса восстановления организма и выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия [Текст]/К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — СПб.: Пит-Тал, 1997. — Т2. — 392 с.
2. Баиров Г. А. Гнойная хирургия детей [Текст]: рук-во для врачей/Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 267 с.
3. Карасева О. В. Абсцедирующие формы аппендикулярного перитонита у детей [Текст]: автореф. дис... д-р мед. наук/О. В. Карасева. — М., 2006.
4. Рошаль Л. М. Острый живот у детей [Текст]/Л. М. Рошаль. — М.: Медицина, 1980. — 87 с.

**П. А. Макаров, В. И. Чукреев, А. В. Великанов, А. В. Чукреев,
О. А. Тимошинова, Е. В. Шаруда**

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация. Показан междисциплинарный подход к анализу осложненного течения язв желудка и двенадцатиперстной кишки: этапность и преимущество в выполнении оперативных вмешательств по ликвидации осложнений и последующем лечении у гастроэнтеролога.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения, дети.

Закономерно, что на современном этапе гастроэнтерологи активно обсуждают особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящие к грозным хирургическим осложнениям, таким как перфорации и кровотечения [2, 3, 4]. За последнее десятилетие частота осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей в Российской Федерации существенно снизилась: кровотечений из язвы ДПК до 2%, стенозирование бульбодуоденального отдела — до 0,5% [1, 2]. Только 4% случаев язвенной болезни желудка у детей имеют осложненное течение (Староверов Ю. И., 2011).

По данным детского городского гастроэнтерологического центра, за 2008-2014 годы с впервые выявленной язвенной болезнью наблюдалось 197 детей, причем преобладали дети с поражением двенадцатиперстной кишки — 144 (73,1%). У 8 пациентов возникло осложнение в виде перфорации и кровотечения, что составило 4,1%.

Все дети были госпитализированы в неотложную клинику детской хирургии на базе Детской городской клинической больницы №9. Возраст детей составил от 1 года до 12 лет. Среди них было 5 мальчиков и 3 девочки. Перфорация язвы желудка наблюдалась у 3 пациентов, двенадцатиперстной кишки — у двоих. С кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки поступило 3 больных.

Клиника перфорации язвы желудка у 3 пациентов была типичной. На фоне неясных болей в животе в течение нескольких дней появлялась резкая интенсивная боль в эпигастрии, рвота, заметное ухудшение состояния. Машиной скорой помощи дети доставлены в приемный покой клиники. Срок от начала осложнения был от 2 до 8 часов. Состояние детей расценено как тяжелое. При осмотре имелась выраженная болезненность в верхних отделах живота и положительные перитонеальные симптомы. По результатам УЗИ органов брюшной полости выявлена свободная жидкость по правому флангу и в малом тазу. На обзорных рентгенограммах брюшной полости определялся свободный газ под диафрагмой. С диагнозом перфорация полого органа выполнена верхне-средняя лапаротомия. При ревизии выявлена перфоративная язва желудка по передней стенке в препилорическом отделе в двух случаях и в кардиальном отделе в одном. Язвы

ушиты отдельными швами с подведением пряди сальника, один ребенок прооперирован лапароскопически.

Представляем клинический случай. Девочка 8 лет доставлена в клинику через 4,5 суток после перфорации язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Заболевание у нее протекало на фоне симптомов острого гастроэнтерита с многократным жидким стулом, рвотой и высокой температурой. Лечение амбулаторное под наблюдением участкового педиатра. При поступлении состояние было очень тяжелым, выраженные симптомы интоксикации. Передняя брюшная стенка резко болезненная во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. Был поставлен диагноз разлитого аппендикулярного перитонита и после предоперационной подготовки выполнена лапароскопия. В брюшной полости выявлено большое скопление гноя, значительные напластования фибрина на желудке, печени и петлях кишечника. Червеобразный отросток был изменен вторично. Установлен диагноз некротизирующего панкреатита и назначена соответствующая терапия. Учитывая отсутствие положительной динамики в ближайшем послеоперационном периоде, проводилось дальнейшее обследование и при ЭГДС обнаружена перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки больших размеров. Выполнена релапаротомия, ушивание язвы через трое суток с момента поступления отдельными швами с подкреплением пластиной тахокомба.

Трое детей поступили в клинику с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки, одна из них располагалась в бульбарном, вторая — в постбульбарном отделах. Диаметр язвенного дефекта колебался от 1,0 до 2,0 см. Заболевание у них началось с болей в животе в течение нескольких дней, затем присоединилась обильная рвота кофейной гущей. Отмечалась вялость, слабость, головокружение. Доставлены машиной скорой помощи с направительным диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение. Отмечалась тяжелая постгеморрагическая анемия. Уровень гемоглобина при поступлении составлял от 50 до 62 г/л. Больные были госпитализированы в РАО, где выполнена экстренная ЭГДС, выявлены язвенные дефекты. Проводилась интенсивная гемостатическая терапия, включая перели-

вание препаратов крови. Оперативное лечение не понадобилось.

В послеоперационном периоде детям проводилась эрадикационная, антисекреторная терапия. Осложнений и летальных исходов не было. При контрольной ФГДС в сроки от 3-х до 5 недель отмечено полное заживление язвы у 2 пациентов, нежный линейный рубец на месте язвенного дефекта у 2 больных и рубец звездчатой формы с деформацией луковицы у одной девочки.

Выводы:

1. В настоящее время осложнения язвенной болезни желудка и ДПК в нашей практике встречаются редко, что совпадает с общероссийскими тенденциями, но перфорации язв

и кровотечения являются сложной и жизнеугрожающей патологией у детей.

2. При экстренной госпитализации ребенка в хирургический стационар операцией выбора является при перфорации ушивание язвы, при кровотечении — интенсивная гемостатическая терапия.

3. Лечебная тактика у данной группы пациентов должна строиться на взаимодействии хирургов и гастроэнтерологов.

4. Современные возможности консервативной терапии язвенной болезни позволяют в большинстве случаев избежать оперативного лечения кровоточащих язв и достичь полного заживления дефектов слизистой желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Зюбина Е.Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Методические рекомендации для врачей. Волгоград, 2007.
2. Булатов В.П., Рылова Н.В., Хафизова Г.Н. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей на современном этапе. Практическая медицина, 2012. — Выпуск №7-1 (63). — С. 37-41.
3. Заблодский А.Н., Крылов Ю.В., Крылов А.Ю. Желудочная метаплазия и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей, инфицированных *helicobacter pylori*. Вестник Витебского гос. мед. ун-та, 2003. — Выпуск №4. — Т. 2. — С. 12-15.
4. Кильдиярова Р.Р., Захарова М.Г. Особенности клинических проявлений язвенной болезни у детей на современном этапе. Материалы XIV конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы в абдоминальной патологии у детей». М.: ИД «Медпрактика». — М., 2007.

В. А. Малькова

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В СЕСТРИНСКОЙ РАБОТЕ В МАУ ДГКБ №9

*Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

На примере крупного многопрофильного лечебного учреждения представлена техногенность лечебно-диагностического процесса. Оценена зависимость между внедрением инновационных технологий в практическую деятельность медицинских сестер и качеством оказания сестринской помощи.

Ключевые слова: дети, организация сестринского дела.

«От мотивации к инновационному поведению граждан и от отдачи, которую приносит труд каждого человека, будет зависеть будущее России»...

Выступление В.В. Путина «О стратегии развития России до 2020 года».

Муниципальное автономное учреждение Детская городская клиническая больница