

2. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение./ Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1988. 752с.
3. Сарапульцев П. А. Вопросы генетической предрасположенности, патогенеза нейрорегуляторной дистонии с синдромом кардиналии и новые подходы к её диагностике и лечению: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Екатеринбург. 1993. 42с.
4. Степура О. Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995. 44с
5. Boudoulas H., Schaal S. E., Stang J. M. Et all. Mitral valve prolapse: cardiac arrest with long-term survival// Int. J. cardiol. 1990. 26. P. 37 - 44..

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 616.24-089-053.2

**В.М.Одинак, И.А.Виноградова, Е.Е.Вол,
Е.Г.Некрасова, В.О.Казаков**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Уральская государственная медицинская академия

Среди заболеваний бронхо-легочной системы у детей, требующих хирургического лечения, ведущее место занимает бронхоэктатическая болезнь [1, 4]. Причины и механизм развития бронхоэктазий впервые были представлены в фундаментальных работах А.Я.Цигельника, В.И.Стручкова, И.К.Есиповой и др. По существующим представлениям бронхоэктазия у детей, как правило, развивается в постнатальном периоде, при этом одним из существенных моментов в ее развитии является воспалительный процесс и ателектаз. Анатомо-физиологические особенности бронхо-легочной системы в виде недостаточности развития гладкой мускулатуры, эластической и хрящевой ткани, неполноценность защитных механизмов являются предрасполагающими факторами в формировании бронхоэктазии.

Клиническая картина бронхоэктатической болезни у детей в последние два десятилетия претерпела существенные изменения в сторону уменьшения числа тяжелых форм и увеличения более мягких, так называемых «малых форм». Причину этого большинство авторов видят в изменении характера микрофлоры, использовании более совершенных методов лечения и реабилитации при острых воспалительных процессах бронхо-легочной системы.

Увеличение частоты «малых форм» бронхоэктатической болезни потребовало от хирургов пересмотра и уточнения ранее принятых показаний и методов хирургического лечения.

Следует согласиться с мнением Б.А.Королева и Г.А.Бойкова с соавт.[1,3], которые полагают, что заключение о целесообразности операции у больных с «малыми формами» бронхоэктазий следует определять после комплексного консервативного лечения в течение 2 лет, включая различные методы иммуномодуляции.

Появление «малых форм» бронхоэктазии потребовало при оперативном лечении выполнения сегментарных и комбинированных резекций легкого, позволяющих максимально сохранить неизменные его сегменты. В настоящее время сберегательный принцип хирургического лечения признан большинством детских хирургов.

С 1986 по 1997 г. в торакальном отделении ОДКБ, являющегося базой кафедры детской хирургии Уральской медицинской академии, находилось на лечении 356 больных с хроническими нагноительными заболеваниями. С бронхоэктатической болезнью было 148 детей.

Перед операцией мешотчатые бронхоэктазы были установлены у 26 (7,6%), цилиндрические - у 103 (70,1%) и смешанного характера - у 18 (12,3%). У подавляющего числа детей (108) отмечалась ателектатическая бронхоэктазия. Односторонний процесс выявлен у 128 больных, двухсторонний - у 19 (12,9%). Среди последних у 6 в обоих легких определялись бронхоэктазии различного характера и у 13 в одном легком бронхоэктазии, а в другом изменения трактовались как деформирующий бронхит. У 138 пациентов основной очаг локализовался в нижних долях обоих легких, а также в средней доле правого и язычке верхней доли. У 9 больных была поражена верхняя доля. Длительность заболевания у 76,3% пациентов составила от 5 до 10 лет.

У 107 чел. симптомы интоксикации расценивались как умеренно выраженные и у 40 - выраженные. Осложнения основного заболевания отмечались у 23 (15,6%), сопутствующие заболевания у 36 (24,4%). Мальчиков было 207 (58,1%), девочек 149. В возрасте до 6 лет -92 (25,8%), от 6 до 9 лет -132 (37%) и от 9 до 14 лет -112 (31,4%)

детей. Оперативному вмешательству было подвергнуто 125 чел.

Детям выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция нижней доли слева - у 46, резекция базальных сегментов левого легкого - у 23, базальные+язычковые сегменты левого легкого у 12, базальные сегменты правого легкого - у 14, базальные сегменты и средняя доля правого легкого - 10, средняя доля правого легкого - 8, резекция верхней доли слева у 4, справа у 5. Показания к пульмонэктомии возникли у 3 детей.

Билатеральная резекция легкого выполнена у четырех больных с интервалом в 6 мес. При этом первую операцию, как правило, выполняли на стороне большего поражения.

Из 125 оперированных у двух детей возникли показания к повторной операции в связи с развитием бронхоэктазов в оставшихся сегментах.

В комплекс предоперационной подготовки наряду с общеукрепляющей терапией включали антибактериальную, десенсибилизирующую и дезинтоксикационную терапию.

Обязательным компонентом комплексной предоперационной подготовки являлось применение лечебных бронхоскопий. Частота их зависела от выраженности патологического процесса (от 3 до 8 на курс лечения). Во время бронхоскопий осуществлялся забор микрофлоры для определения ее спектра и чувствительности к антибиотикам, выполнялся лаваж бронхиального дерева физиологическим раствором с бронхолитиками. Микробиологическое исследование мокроты, промывных вод бронхов выполнено у 136 больных. Из них у 54 выявлена различная микрофлора, а у 82 она не выявлена. Наиболее часто выделялся (у 36) стафилококк.

В комплекс лечебных мероприятий, как до операции так и после нее, назначали физиотерапевтические процедуры (ингаляции, электрофорез), ЛФК с комплексом дыхательной гимнастики, массаж грудной клетки. Обязательным было лечение сопутствующих гнойных очагов инфекции.

В последние годы в процессе лечения и предоперационной подготовки детей с хроническим бронхолегочными процессами существенное значение придается коррекции иммунологических сдвигов. По нашим данным у подавляющего числа детей с хроническим нагноительным процессом в легких отмечаются вторичная иммунологическая недостаточность (снижение показателей Т-систем иммунитета и напряжение гуморального иммунитета), проявления эндотоксикоза I-II степени. С целью коррекции иммунологических сдвигов и гемостаза в процессе проведения предоперационной подготовки мы назначали трансфузии плазмы, иммуноглобулины, метилуранил, декарис, тималин; 63 (50,4%) ребенка в возрасте старше 6 лет в

предоперационном периоде в течение 1-1,5 мес. получали санаторно-курортное лечение. В результате проведенного лечения к моменту операции у всех пациентов наступала стойкая ремиссия.

Выбор объема резекции определялся данными дооперационного бронхографического исследования. У 2/3 больных с малыми формами бронхоэктазий бронхограммы имелись в динамике с интервалом в 1,5-2 года, что позволило судить о развитии процесса не только по данным клиник, но и оценивать анатомические изменения, а также объективно оценивать эффективность консервативного лечения. По нашему мнению, такая тактика вполне себя оправдала. Так, из 17 детей с малыми формами бронхоэктазов комплексная консервативная терапия в течение двух лет позволила добиться стабилизации процесса и стойкой клинической ремиссии и избежать операции, продолжив консервативное лечение. Показанием к выполнению сегментарных резекций мы считали отсутствие изменений в остающихся сегментах. При наличии деформирующего бронхита от сегментарных резекций воздерживались в связи с высоким риском развития бронхоэктазий в оставшихся сегментах. В этих случаях выполняли комбинированные резекции или лобэктомии.

Все вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ. У 37 больных с тяжелыми формами при выполнении резекции легкого использовали высокочастотную ИВЛ.

У 63 детей в связи с выраженными нагноительным процессом непосредственно перед операцией и после ее завершения выполнялись санационные бронхоскопии на операционном столе. Операции выполняли из задне-бокового и бокового доступов. Все операции производились с полной раздельной обработкой элементов корня. Бронх, как правило, ушивался аппаратом УКЛ-40, УКБ. В ряде случаев (22) накладывались дополнительные узловые швы.

Операцию завершали тщательным аэрозастомом и гемостазом, промыванием плевральной полости антисептиками и установкой одного высокого дренажа. Уже на операционном столе стремились к полному расправлению оставшихся сегментов легкого.

В послеоперационном периоде проводились мероприятия, направленные на профилактику осложнений: антибактериальная терапия, анальгетики, ЛФК, дыхательная гимнастика, аэрозолтерапия, ранняя активизация больных. Дренаж, как правило, удаляли через 24-48 ч.

Из 125 оперированных больных в послеоперационном периоде осложнения развились у 27 (21,6%). Наиболее частым осложнением был ателектаз оставшихся сегментов легкого (21), ограниченная эмпиема без плеврального свища (3), у двух - эмпиема с плев-

ральным свищем. Ателектаз чаще возникал на третьи-пятые сутки после операции. У 9 больных ателектаз был ликвидирован консервативными мероприятиями (ЛФК, ингаляции, трахостомы), у 12 устранен путем выполнения бронхоскопической санации. Ограниченная эмпиема без плеврального свища была излечена путем повторных пункций и дренирования плевральной полости. Двум больным с эмпиемой и плевральным свищем выполнялась бронхиальная окклюзия и повторное дренирование плевральной полости.

Все пациенты после операции находятся на диспансерном наблюдении. В течение первого года после операции была проведена их госпитализация и всестороннее клинико-лабораторное и бронхологическое обследование. У подавляющего числа больных (9,6 %) наступило полное выздоровление, у 5 отмечается клиническое улучшение (редкие обострения, выделение мокроты непостоянное и в небольшом количестве).

Таким образом, комплексная консервативная терапия больных с ХНЗЛ и дифференцированный выбор сроков и методов операции позволяют добиться улучшения результатов лечения, предотвратить развитие тяжелых осложнений и инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков Г.А. Отдаленные результаты хирургического лечения бронхоэктазий у детей: Автореф. дис... докт. мед. наук. Л. 1973.
2. Климанский В.А. Хирургическая патология легких у детей. М.: 1975.
3. Королев Б.А., Широкоева А.П., Чернова Р.И., Горохова З.Л. Сегментарные резекции легких при бронхоэктатической болезни // Вестн. хир. № 1. С.30.
4. Пугачев А.Г., Гайдашев Э.А., Красовский Ю.С. Хирургическое лечение бронхоэктазий у детей. М.: 1970.

УДК 616.366.0037-055.-089.87.87.-089.819.-07

В.М.Одник, С.Ю.Пономарева, И.А.Трубицина, В.И.Чукреев, В.Б.Чудаков

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Своевременная диагностика и лечение желчекаменной болезни у детей имеет не только медицинское, но и социальное значение, т. к. поздняя стадия заболевания является одной из причин и позднего начала лечения, развития

хронических заболеваний гепатобилиарной системы и панкреатита в молодом возрасте. До недавнего времени считалось, что желчекаменная болезнь у детей встречается редко. В последние годы количество сообщений по этой проблеме значительно возросло [1,2]. Увеличение числа больных желчекаменной болезнью среди взрослого населения, в том числе у молодых людей, позволило предположить, что истоки этой патологии следует искать в детском возрасте. Коренной переворот в диагностике и лечении желчекаменной болезни у детей произошел с внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) и лапароскопической холецистэктомии.

Образованию камней желчных путей способствуют многие факторы: дискинезия желчных путей, врожденные пороки развития желчного пузыря и желчевыводящих путей (перегибы, деформации, спайки), кистозное расширение и стеноз дистального отдела общего желчного протока, длительное парентеральное питание, внутрисосудистый гемолиз, нарушение обмена веществ, генетические, алиментарные и другие причины. В связи с этим холецистэктомия у детей стала довольно распространенной операцией.

За период с 1990 по 1998 г.г. в клинике детской хирургии находилось под наблюдением 43 ребенка с желчекаменной болезнью в возрасте от 6 до 14 лет. Дети до поступления в клинику наблюдались у врачей-педиатров по поводу дискинезии желчевыводящих путей (12), хронического холецистита (11), гастродуоденита (9), гепатита (4), панкреатита (3). У 8 больных отмечено бессимптомное течение желчекаменной болезни, а выявленные камни в желчном пузыре явились диагностической находкой при проведении УЗИ органов брюшной полости. Давность заболевания наблюдавшихся нами пациентов колебалась от 1 до 8 лет. У 16 (37,2%) детей течение ЖКБ сопровождалось периодическими приступами желчной колики и 4 (9,3%) детей в анамнезе имелись указания на проявления механической желтухи. Все дети поступили в хирургический стационар из гастроэнтерологических отделений после обследования и комплексного консервативного лечения. У 29 (67,4%) больных в комплексной терапии ЖКБ для растворения камней использовались препараты хендсоксихоловой кислоты (хенофальк, хенохол и др.). Показаниями к назначению препаратов хендсоксихоловой кислоты явились холестериновые камни желчного пузыря, подтвержденные результатами кристаллографического исследования. Препарат назначался по 1 капсуле 3 раза в день в течение 6 мес. Обязательным условием при назначении холинолитиков являлось сохранение функции желчного пузыря и нормальное анатомическое