

Среди демографических характеристик пациентов в зависимости от исхода достоверно отличался возраст ($p = 0,006$). Средний балл всех исследуемых индексов достоверно отличался в зависимости от исхода.

Выводы

Основными возможными факторами неблагоприятных исходов при ожоговой травме являются следующие показатели: старший возраст, общая площадь ожогов $>20\%$, индексы ABSI, Ваух, РВИ, RBS, а также – ИТП, наличие ожогового шока, фоновые заболевания ССС, госпитальной пневмонии, ТЭЛА, СПОН, ОПечН, ОПН. Для использования в ожоговых стационарах РФ можно рекомендовать комплекс вышеобозначенных критериев. Мы считаем целесообразным проведение многоцентрового исследования для репрезентативной оценки прогностических шкал на территории РФ.

Список литературы:

1. Багин В.А. Валидация прогностических индексов у взрослых пациентов с ожоговой травмой / Багин В.А., Руднов В.А., Коробко И.А., Вейн В.И., Астафьева М.Н. // Анестезиология и реаниматология. – 2018. – Т. 1. – №3. – С. 64–70
2. Клинические рекомендации «Ведение взрослых пациентов с острой ожоговой травмой». Методические рекомендации 2-ое переработанное и дополненное издание. / Под редакцией В.А. Руднова, Е.В. Нишневич, Д.В. Шуварина, И.А. Коробко, В.И. Вейна, Р.Р. Каримова и других. // Екатеринбург, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России – 2016. – С.52.
3. Jeschke M.G. Morbidity and Survival Probability in Burn Patients in Modern Burn Care. / Jeschke M.G., Pinto R., Kraft R., Nathens A.B., Finnerty C.C., Gamelli R.L., et al // Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). – 2015. – Т. 43. – №4.
4. Seo D.K. Epidemiological trends and risk factors in major burns patients in South Korea: A 10-year experience. / Seo D.K., Kym D., Yim H., Yang H.T., Cho Y.S., Kim J.H., et al. // Elsevier BV. – 2015. – Т. 181. – №7.
5. Tan Chor Lip H. Survival analysis and mortality predictors of hospitalized severe burn victims in a Malaysian burns intensive care unit / Tan Chor Lip H., Tan J.H., Thomas M., Imran F-H., Azmah Tuan Mat T.N. // Springer Nature. – 2019. – Т. 7. – №1.

УДК 616.2

Ахмедов И. Ю., Рафиков Б.Р., Юсупова Ш.Ш.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ
ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии
Самаркандский государственный медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Akhmedov I.Yu., Rafikov B. R., Yusupova Sh.Sh.
**ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND
WHILE WIDESPREAD APPENDICULAR PERITONITIS IN
CHILDREN**

Department of pediatric surgery
Samarkand state medical institute
Samarkand, Uzbekistan

E-mail: bekhbudirafikov@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен метод динамической ультразвуковой диагностики перитонита с сонографической оценкой его распространенности и степени нарушения функциональной активности кишечника (Патент Государственного патентного ведомства РУз № 5989 «Способ исследования функции кишечника у детей»).

Annotation. The article describes the method of dynamic ultrasound diagnosis of peritonitis with a sonographic assessment of its prevalence and the degree of disturbance of the functional activity of the intestine (Patent No. 5989 "Method for studying the functions of the intestine in children").

Ключевые слова: аппендикулярный перитонит, динамическая сонография, разлитой, кишечник.

Key words: appendicular peritonitis, dynamic sonography, diffuse, intestine.

Введение

В настоящее время несмотря на бурное развитие методов инструментальной и лабораторной диагностики, количество объективных методов диагностики острого аппендицита и его осложнений ограничен, что объясняет высокую частоту поздней диагностики этого хирургического заболевания [1, с. 63-65; 3, с. 84-87; 4, с. 84-88].

Цель исследования – Оценить эффективность динамической ультразвуковой диагностики аппендикулярного перитонита у детей

Материалы и методы исследования

Протокол динамической сонографии (ДС) применен всем 264 больным находившихся на лечении во 2-клинике СамМИ за период 2010-2018 года. Первичную сонографию проводили в пределах от 1 до 12 часов с момента поступления в стационар, затем каждые 12 часов в послеоперационном периоде – всего 3-4 исследования в динамике. Результаты ДС сопоставляли с клиникой заболевания и интраоперационными данными.

Результаты исследования и их обсуждение

Сонографическая картина РАП у детей с диффузной формой болезни отличается от таковой, выявляемой при разлитом перитоните. При диффузном

перитоните характерными были следующие эхографические признаки: Движение химуса слабое, поступательное, перистальтические движения редкие, свободная жидкость определяется преимущественно в межпетлевых пространствах, правом латеральном канале, правой подвздошной области и в проекции малого таза, петли кишечника умеренно растянуты с преобладанием жидкого содержимого над пневматизацией.

У детей с разлитым перитонитом по всей брюшной полости визуализируются растянутые жидким содержимым с единичными пузырьками газа или без них петли кишечника перистальтика кишечника отсутствует, движение химуса слабое маятникообразное, либо совсем отсутствует, определяется значительное количество жидкости во всех отделах брюшной полости.

Дифференциально-диагностические сонографические признаки диффузного и разлитого перитонита отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Дифференциально диагностические ультразвуковые признаки различных форм РАП

УЗ-признак	Форма перитонита	
	Диффузный	Разлитой
Петли кишечника	Умеренно растянуты с преобладанием жидкого содержимого над пневматизацией	Резко растянутые жидким содержимым с единичными пузырьками газа или без них
Движение химуса	Слабое, поступательное	Слабое, маятникообразное
Перистальтика кишечника	Редкая	Отсутствует
Зоны скопления свободной жидкости	В межпетлевых пространствах, правом латеральном канале, правой подвздошной области и в проекции малого таза	Значительное количество жидкости во всех отделах брюшной полости

Выпот во всех случаях был гнойным, нередко с характерным колибациллярным запахом. Париетальная и висцеральная брюшина выглядела отечной, тусклой, с фибринозными наложениями в области илеоцекального угла. Петли кишечника были умеренно раздуты, гиперемированы, на расстоянии 40-60 см от илеоцекального угла имелись фибринозные наложения. Перистальтика кишечника и пульсация сосудов брыжейки на глаз были ослаблены, в просвете содержалось много жидкости и газов.

У больных с разлитым перитонитом, осложненным парезом кишечника, отмечалось тотальное поражение висцеральной и париетальной брюшины. В брюшной полости обнаруживали большое количество гнойно-фибринозного выпота с колибациллярным запахом. Макроскопически брюшина выглядела

утолщенной, инфильтрированной с массивными фибринозными наложениями на всем протяжении. Нередко на серозном покрове тонкой кишки выявляли петехиальные кровоизлияния и множественные межпетлевые абсцессы. Петли кишечника резко раздуты, наполнены жидким кишечным содержимым. Перистальтика кишечника отсутствует, пульсация сосудов брыжейки кишечника резко ослаблена, цвет кишечника изменен, гиперемирован, с багровым оттенком, стенки утолщены, покрыты фибринозным налетом.

Диагностические возможности ДС по оценке распространенности перитонита сравнивали с методами физикального обследования ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с РАП. При этом общую точность (ОТ) конкретного метода исследования вычисляли по формуле Г.Г.Кармазановского [2, с. 139-142]:

$$ОТ = (ДП + ДО) / (ДП + ДО + ЛП + ЛО)$$

Исходными данными считали количество случаев достоверно положительной диагностики (ДП) разлитого перитонита, ложноотрицательной диагностики (ЛО), ложноположительной диагностики (ЛП), достоверно отрицательной диагностики (ДО), полученных при сопоставлении результатов обследования с интраоперационной находкой. При этом положительным считали диагностику разлитого перитонита, отрицательным – диффузного.

Физикальные методы обследования детей с РАП выявили, что только у 127 (48,1%) больных отмечено совпадение пред- и интраоперационной оценки распространенности РАП, в том числе у 93 (35,2%) больных с разлитым перитонитом и у 34 (12,9%) с диффузным. В 41 (15,5%) случаях до операции хирург диагностировал разлитой перитонит, однако во время операции выявлен диффузный характер распространенности процесса (ложноположительный результат). В то же время, у других 96 (36,4%) больных перед операцией предполагали наличие диффузного перитонита, и, соответственно, эти дети были взяты на операцию без предварительной подготовки или с кратковременной неполноценной предоперационной подготовкой, а во время операции был обнаружен разлитой перитонит.

Сравнение заключения дооперационного ДС с результатами интраоперационной ревизии брюшной полости выявило, что общая точность сонографии в выявлении разграничении диффузного от разлитого перитонита составляет 90,9% (подтверждено у 240 детей, в том числе у 226 больных с разлитым перитонитом - достоверно положительный результат; и у 14 пациентов с диффузным перитонитом - достоверно отрицательный результат). У остальных 24 (9,1%) больных констатирована ошибочная оценка распространенности процесса в виде гипердиагностики (21 случай), когда диффузный перитонит интерпретирован как разлитой, или ложноотрицательного результата (3 случая), когда был диагностирован диффузный перитонит, однако интраоперационно выявлен разлитой, что больше было связано с периодом освоения метода (табл. 2.).

Таблица 2.

Сопоставление результатов клинического обследования и УЗИ с данными
интраоперационной оценки распространенности РАП

Метод обследования		ДП	ДО	ЛП	ЛО	ОТ
Физикальный	Абс.	93	34	41	96	48,1%
	%	35,2	12,9	15,5	36,4	
УЗИ	Абс.	226	14	21	3	90,9%
	%	85,6	5,3	8,0	1,1	

Выводы

Предлагаемый нами метод оценки распространенности перитонита и функционального состояния кишечника у детей является продуктивным, неинвазивным, легким, быстрым методом, не требует специальной подготовки ребенка, специально оборудованных помещений для аппаратуры, исключает отрицательное воздействие на организм ребенка рентгенологического облучения.

Список литературы:

1. Круглый В.И., Медведев А.И., Васина Т.Н., Бодрова Т.Н., Гострый А.В., Савкин Д.С. Клиника, ультразвуковая диагностика и лечение аппендикулярного перитонита у детей // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. - 2008. - № 4. - С. 63-69.
2. Кармазановский Г.Г. Оценка диагностической значимости метода («чувствительность», «специфичность», «общая точность»). Анн хир гепатол. – 1997.
3. Yusupov Sh.A. Improving diagnosis and surgical treatment of widespread appendicular peritonitis in children. Tashkent 2018. P 77-80.
4. Shamsiev A.M., Yusupov Sh.A. The role of ultrasound sonography in diagnosis of appendicular peritonitis in children // Наука, техника и образование. 2017. № 10 (40). С. 84-88.

УДК 616.728.3-007.29-053.2-089.22(048.8)

Багдулина О.Д., Котельников Г.П., Рыжов П.В.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С
ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП ПУТЕМ
ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПОДТАРАННОГО АРТРОЭРЕЗА И
АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ.**

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии им.

Академика РАН А.Ф. Краснова

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Самара, Клиники СамГМУ