(20%), были прооперированы позже, чем через 6 часов после госпитализации. Диагностическая лапароскопия была проведена только у 2 пациентов (2,9%), и то позже, чем через 6 часов после госпитализации.

При проведении аппендэктомии использовалось два вида анестезии: эндотрахеальный наркоз (ЭТН) и спинномозговая анастезия (СМА). Операций под местнойанастезией по А.В. Вишневскому за данный период времени проведено не было. Все 100% пациентов с катар а. были прооперированы под СМА. Также под СМА было прооперировано 46% пациентов с фл а. и 37% пациентов с гангр а. Остальные пациенты были прооперированы под ЭТН. Летальных исходов за период с мая 2015 по февраль 2016 года выявлено не было.

**Выводы:**

1. Персонал хирургического отделения «Арамильской городской больницы» не обладая современными методами диагностики и лечения острого аппендицита успешно лечит больных с острым аппендицитом.

2. С мая 2015 по февраль 2016 года не было зафиксировано ни одного летального исхода, а количество послеоперационных осложнений было минимальным.

3. Полученные результаты могут доказывать, что отсутствие современных методов диагностики и лечения ОА, но наличие высокого профессионализма, ответственности и других качеств медицинского персонала в значительной степени влияют на процесс выздоровления больных с острым аппендицитом.

**Литература:**

1. Будинский А.Н. Клиническая оценка современных методов лечения острого аппендицита / к.м.н. диссертация// Омск, 2008, с. 4

2. Дронина Н.Г. Объективизация диагностики острого аппендицита/ ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минзд// Саратов, 2011, с. 2

3. Пугаев А.В. Аппендицит /А.В. Пугаев, Е.Е Ачкасов // М.: Триада-Х, 2011, с. 8-9

УДК 616.352-007.253.053

**С.У. Шавкиев, Н.М. Бабажанов, А.Н. Бобомуродов**

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии
2 клиника СамМИ
Самарканд, Узбекистан

**S.U.Shawkiyev, N.M. Babadjanov, A.N.Bobomurodov**

## TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE ABSCESS IN CHILDREN EARLY AGE

Department of Pediatric Surgery SamMI
2 Clinic SamMI
Samarkand, Uzbekistan

**Контактный e-mail: a-shamsiev@mail.ru**

**Аннотация.** В статье рассмотрен острый парапроктит (ОП) в младенческом и грудном возрасте, который встречается значительно чаще, чем в других возрастных группах, дети первых месяцев жизни составляют более 50%. При гнойно-воспалительных заболеваниях частота ОП у детей грудного возраста в 1,9 раза выше, чем у детей старше 1-го года и наибольшее число (42,5%) приходится на первые 3 месяца жизни. Другие исследователи отмечают, что у детей первого года жизни ОП наблюдается в 60% случаев среди детей всех возрастных групп.

**Annotation.** The article deals with an acute paraproctitis (AP) in infancy and infancy, which occurs much more frequently than in other age groups, the children of the first months of life constitute more than 50%. When purulent-inflammatory diseases of the frequency of the AP in infants is 1.9 times higher than in children older than 1 year and the largest number (42.5%) are in the first 3 months of life Other researchers have noted that the first year of the child AP life is observed in 60% of cases among children of all age groups.

**Ключевые слова:** острый парапроктит, дети.

**Keywords:** acute abscess, children.

Острый парапроктит (ОП) в младенческом и грудном возрасте встречается значительно чаще, чем в других возрастных группах, дети первых месяцев жизни составляют более 50% [1, 2, 3, 9]. При гнойно-воспалительных заболеваниях частота ОП у детей грудного возраста в 1,9 раза выше, чем у детей старше 1-го года и наибольшее число (42,5%) приходится на первые 3 месяца жизни [1, 2, 5, 4, 6, 7, 8, 11, 14]. Другие исследователи отмечают, что у детей первого года жизни ОП наблюдается в 60% случаев среди детей всех возрастных групп [2,5,10,11,12,13].

**Цель исследования –** Улучшение результатов хирургического лечения ОП у детей раннего возраста, путем усовершенствования одномоментного хирургического вмешательства, обработки гнойной полости методами физического воздействия, проведением адекватной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

**Материалы и методы исследования**

Для выполнения поставленных задач нами проведен анализ клинических результатов диагностики и лечения 152 историй болезни детей грудного возраста с ОП, находившихся на стационарном лечении во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института за период с 2008 по 2015 гг. Из них мальчиков было 149 (98,0 %), девочек 2 (2,0 %)

Проведено изучение особенностей проявления клинического течения ОП

у детей раннего возраста и проведена оценка различных методов диагностики ОП. С целью дифференцировки диагноза изучены лабораторные методы исследования крови, мочи у детей с ОП. На основании собранного материала проведено выявление характера течения ОП у детей раннего возраста с ОП. (рис. 1)

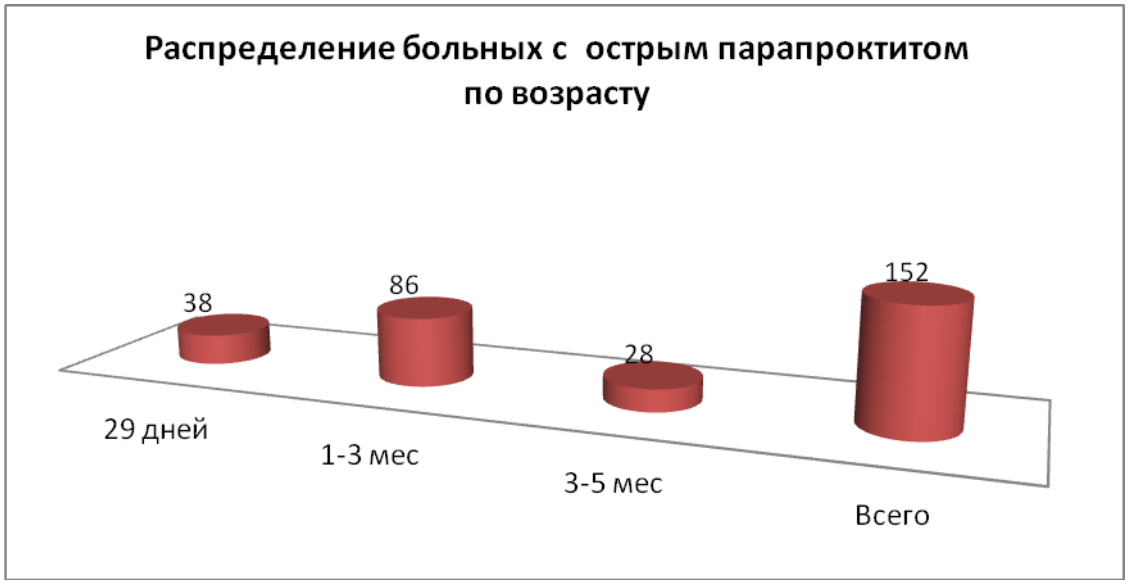


Рис.1 Распределение больных с острым парапроктитом по возрасту

Из диаграммы видно, что среди больных превалировали дети в возрасте 1-3 мес. – 86 (56,6%). Младенцы до 29 дней – 38 (25%) и дети 3-5 мес. – 28 (18,4%).

По половому распределению больных, острый парапроктит чаще встречается среди мальчиков – 149 (98,0%) детей, чем среди девочек 3 (2,0%). Это объясняется нарушением эмбрионального развития первичной промежности, при котором у эмбриона мужского пола возникает трубковидный свищ прямой кишки, открывающийся на коже промежности.

По отношению к часовому циферблату ОП встречался одиночный - 145 больных (на 3-х часах по циферблату у 54 (35,5%), на 9 часах у 72 (47,4%), на 12 часах у 14 (9,2%), и на 6 часах у 5 (3,3%)), множественный – 8 больных (на 3-х и 9 часах по циферблату у 6 (3,9%) и у 2-х (1,6%) на 9 и 6 часах). (рис.2)

В таблице приведены основные причины, приведшие к возникновению острого парапроктита у детей раннего возраста.

В развитии ОП у детей раннего возраста первостепенную роль играл диарейный синдром 83 (54,6%), замедленное формирование нормального кишечного биоценоза и его основных компонентов: бифидо- и лактобактерий, снижение гуморального и местного иммунитета на фоне ОРВИ у 30 (19,7%), диспепсические расстройства у 25 (16,4%), гнойничковые поражения, опрелости и мацерации кожи промежности у 15 (9,9%).

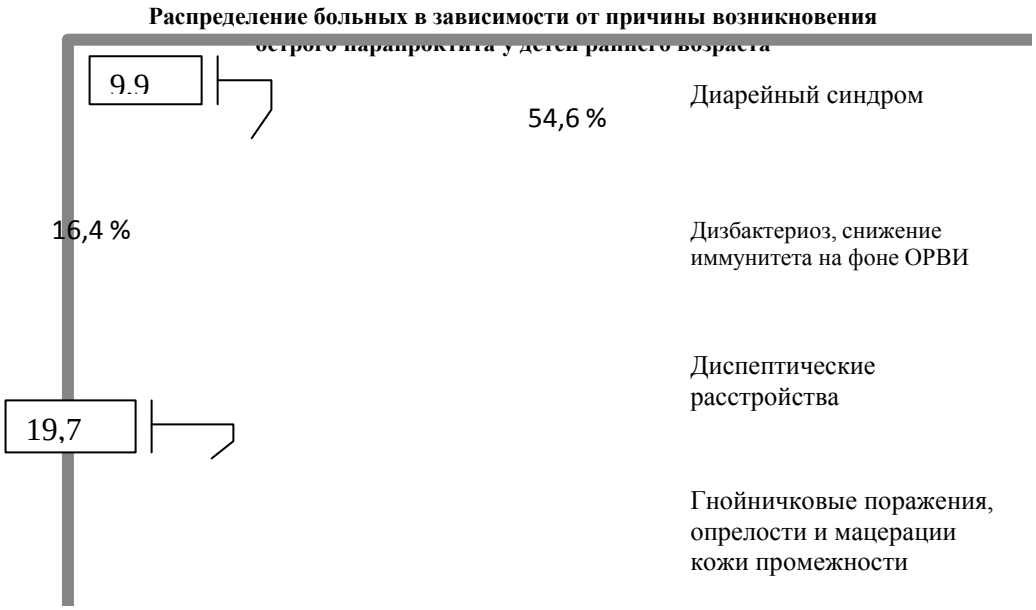


Рис.2 Распределение больных в зависимости от причины ОП

Клиническими проявлениями ОП у детей раннего возраста являются припухлость, отечность и покраснение перинальной области, а также беспокойство, плачь и вялость были отмечены у 152 (100%) пациентов.

У 98 (64,5 %) детей отмечалось повышение температуры тела. Среднее значение повышения температуры тела у детей составило 37,8$^{o}$С., жидкий стул отмечался у 106 (69,7%) пациентов, беспокойство при акте дефекации отмечалось у 114 (75%) больных, выделение гноя из раны имело место у 9 (5,9 %) пациентов.

Острый гнойный подкожный парапроктит отмечался у 119 (78,3 %) детей, самопроизвольно вскрывшийся острый гнойный подкожный парапроктит (состояние после вскрытия ОГП) – у 24 (15,8 %), у 9 (5,9 %) – рецидивный острый гнойный подкожный парапроктит.

Для установления диагноза учитывались жалобы больных, анамнез (семейный, наследственные заболевания), данные объективного осмотра. ультразвуковое исследование (УЗИ) в зависимости от проведенного лечения они были разделены на 2 группы. Первая группа, которая получала традиционное лечение и вторая группа – традиционное лечение (оперативное) + в послеоперационном периоде с использованием раствора Декасан + Бетадин.

Бактериологическое исследование микрофлоры из очага воспаления и кишечника проводилось общепринятыми методами путем посева гноя и фекалий на разные среды с подсчетом количества аэробных и анаэробных бактерий. В ходе бактериологического исследования определяли также чувствительность микробных штаммов к антибактериальным препаратам.

При традиционном варианте лечения у 74 детей контрольной группы принцип оперативного вмешательства заключался в разных вариантах (радиарный, полулунный) вскрытия ПГ, его дренирования и криптоэктомии (криптотомии). Под общим обезболиванием ПГ вскрывали радиальным раз-

резом кожи промежности на месте наибольшего выбухания гнойника.

После создания условий для оттока гноя, образовавшуюся полость раны обрабатывали растворами антисептиков (3% р-ром перекиси водорода, затем 1:5000 р-ром фурациллина), оставляли резиновый выпускник, на рану накладывали повязку, пропитанную 10% раствором натрия хлорида. Туалет раны проводили каждые 12 часов. После очищения раны от гноя накладывали мазевую повязку, назначали местно УВЧ, назначали антибиотики, витамины и синдромную терапию. При этом в послеоперационном периоде, на фоне общего и местного лечения параректальной раны, внутреннее и наружное отверстие свищевого хода заживляется вторично. После проведенного традиционного комплексного лечения 60 больных (группа контроля) у 18 (24,4%) детей развился острый рецидивный парапроктит, и они потом были повторно оперированы.

Вторую группу составляли 78 детей, которым оперативное вмешательство проводилось радиарным разрезом с устранение внутреннего отверстия свища и для обработки и промывания гнойных ран использовали раствор Декосана с последующей обработкой Бетадином.

**Выводы:**

Отдаленные результаты хирургического лечения острых парапроктитов у детей с ликвидацией внутреннего отверстия свища зависят от срока и метода хирургического вмешательства.

**Литература:**

1. Алиев Э.А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки //Актуальные проблемы колопроктологии. - Вып.17.- М., -2000. -С. 25- 27

2. Агавелян А.М., Энфенджян А.К. Результаты лечения острых форм геморроя, парапроктита и эпителиального копчикового хода // Актуальные проблемы колопроктологии: Сб.науч.ст. Вып. 18.- М.: МНПИ,-2002. -С.22-23.

3. Адамян А.А., Добыш С.В. Биологически активные перевязочные средства в комплексном лечении гнойно-некротических ран -М., -2000.-С. 7679.

4. Блинничев Н.М. Острый и хронический парапроктит: Автореф. дис. докт. мед. наук.- Куйбышев, -1972. -31с.

5. Воробьев Г.И. Пособие по колопроктологии. - Ростов н/Дону: Феникс, -2001.- С.243-246.

6. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А. Способ лечения экстрасфинктерного парапроктита // Проблемы проктологии.- Вып. 14.- М., -1999.-С. 21-23.

7. Масляк В.М., Стасышин Р.И. Некоторые тактические аспекты хирургического лечения острого парапроктита //Актуальные проблемы проктологии: Матер, конф. Н.Новгород. -1995.-С.272-274.

8. Мун Н.В., Тайгулов Е.А., Барсова Ф.З. Клинико-морфологические аспекты использования озона при лечении острого парапроктита // Проблемы колопроктологии.-2000.- № 17.-С.141-144.

9. Пархисенко Ю.А., Попов Р.В. Новое в диагностике и лечении острого

парапроктита // Проблемы колопроктологии. -1998. -№ 17. -С.171-172.

10. Шалин С.А., Кирсанов В.М., Козин А.Р. Активная тактика при лечении больных с гнойными ранами // Актуальные вопросы реконструктивной хирургии. Иркутск, -1992. - С.36-37.

11. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.И. Хирургические болезни детского возраста. - Т., 2001.-270 с.

12. Яковлев Н. А. Атлас проктологических заболеваний.- М., Медицина, 1997. -84 с.

13. AL-Wattar K.M. Fibrin glue in closure of ano rectal fistulas //Saudi Med J.-2002.-Vol. 23-№ 12. -P.1499-1503.

14. Basse P.N., Lohmann M., Alsbjom B.F. Splif skin grafting of defects from fasciotomy after compartment syndrome // Acta orthopaed. belg. -1993.-Vol. 59, N l.-P.55-59.

УДК 616.34-007.251

**Г. М. Шафиев, О. А. Волкова, Л. Д. Волкова, В. А. Козлов**

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАОВ ЛЕЧЕНИЯ 5769 БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАЦИЙ**

Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург, Российская Федерация
Институт физики металлов УрОРАН. Лаборатория низких температур
г. Екатеринбург, Российская Федерация
МБУ ЦГКБ №1 Октябрьского района г. Екатеринбург

**D. M. Shafiev, O. A. Volkova, L. D. Volkova, V. A. Kozlov**

**TREATMENT RESULTS 5769 PATIENTS WITH PERFORATED DUODENAL ULCER AND STOMACH DEPENDING ON THE TYPE OPERATIONS**

Department of surgical diseases medical-prophylactic faculty
Medical University "Ural State Medical University"
Ekaterinburg, Russian Federation
Institute of metal physics UBAS. Low temperature laboratory
Ekaterinburg, Russian Federation
MBI CCCH №1, Ekaterinburg

**Контактный e-mail: York_13@mail.ru**

**Аннотация:** В статье проведен сравнительный анализ результатов использования различных операций. Лучшие результаты получены при