

подготовки и непосредственно выполняет оперативное вмешательство. Пациенты выписываются на амбулаторное лечение по месту жительства (пребывания) лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением. Доставка пациентов к месту жительства (пребывания) осуществляется транспортом пациента. После выписки по месту жительства (пребывания) пациент наблюдается врачом амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения.

**Результаты и обсуждение.** Отделение детской хирургии №1 (плановая) развернуто на 22 койки. В 2017 г. в отделении пролечены 2813 детей, из которых 2167 детей оперированы. Им выполнено 2683 операций. 1995 операций выполнено в дневной хирургии. Наиболее часто дети оперированы с врожденной паховой грыжей – 470, пупочной грыжей – 308, водянкой оболочек яичек – 171, крипторхизмом – 130, фимозом – 226, варикоцеле – 209. Средний койко-день после таких операций составил 1,012.

**Заключение и выводы.** Дневная хирургия безопасна и удовлетворяет интересы родителей и пациентов, поэтому может быть рекомендована как метод выбора хирургической помощи детям при «малой» хирургической патологии.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ОТКРЫТОЙ СТЕРНОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ВПС У ДЕТЕЙ**

Барсумян А. К., Горустович А. В., Швед М. М.,  
Дроздовская В. В., Дроздовский К. В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр детской хирургии», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** За последние два десятилетия активно стали выполняться сложные реконструктивные операции у детей первого года жизни, периода новорожденности, особенно при критических врожденных пороках сердца, таких как синдром гипоплазии левых отделов сердца, транспозиция магистральных сосудов, общий артериальный ствол, аномалия Эбштейна и др.

При увеличении количества и обширности оперативных вмешательств растет процент осложнений, которые возникают из-за большого объема хирургических манипуляций на сердце, длительного времени искусственного кровообращения, пережатия аорты. В комплексном воздействии всех факторов происходит нарушение системы гемостаза, возникновение коагулопатии, реперфузионный отек миокарда, нестабильность гемодинамики, что в итоге приводит к одним из самых частых послеоперационных осложнений, таким как неконтролируемое диффузное кровотечение, синдром низкого сердечного выброса, аритмии, делая их грозными предикторами летального исхода.

Впервые метод пролонгированной открытой стернотомии (ПОС) выполнил Riahi в 1975 г. для предупреждения послеоперационной тампонады у взрослого пациента. В 1981 г. Gangahar, McGough, и Synhorst доложили об успешном применении ПОС у годовалого ребенка для профилактики тампонады сердца, выполнив рестернотомию через 1 час после закрытия грудной клетки в операционной. В дальнейшем данная методика уверенно вошла в практику, положительные результаты которой были неоднократно подтверждены многочисленными исследованиями. Процент ПОС от количества всех оперативных вмешательств, согласно данным литературы, составляет от 3,5 до 9%.

**Цель:** оценить эффективность ПОС в РНПЦ детской хирургии, выявить нозологические формы врожденных пороков сердца, при которых выполняется данная методика, выявить показания к проведению ПОС, а также описать показания к прекращению ПОС.

**Материал и методы.** На базе РНПЦ детской хирургии из 3031 операций с искусственным кровообращением у детей в период с января 2010 года по 2017 год пролонгированная открытая стернотомия выполнялась у 136 пациентов (4,48 %). Возраст на момент операции составил 197 суток (7÷51, здесь и далее 25%÷ 75% квартильного отклонения). Вес на момент операции 4,2 кг (3,1÷3,9). Среди них 66 (55,5%) новорожденных.

Используется несколько методов ПОС. Одна из методик предполагает ушивание кожи обвивным швом без сведения

грудины (102); вшивание заплата из перчатки (21); использование распорки (13) со сведением кожи над ней. Сверху послеоперационная рана обрабатывается бетадином либо септоцидом (у детей младше 6 месяцев) с последующим применением антимикробной хирургической пленки Ioban II (3M, St. Paul, MN, USA). Статистически достоверного преимущества ни одного из данных методов не выявлено ( $p < 0,005$ ).

Показания для выполнения ПОС:

1. Нестабильная гемодинамика, синдром низкого сердечного выброса, рефрактерный к медикаментозной терапии (n=89).
2. Синдром тесного средостения, возникающий из-за реперфузионного отека миокарда, отека легких (n=19).
3. Персистирующее кровотечение (не хирургическое), связанное с долгим временем ИК и коагулопатией (n=16).
4. При проведении сердечно-легочной реанимации выполняется стернотомия, при положительном прямом массаже сердца проводится ПОС (n=10).

**Результаты и их обсуждение.** На время пролонгированной открытой стернотомии всем пациентам проводилась наркотическая аналгезия, седация и миорелаксация. Все пациенты получали антибактериальную терапию (цефазолин, по показаниям ванкомицин) до момента закрытия грудины.

Среднее время открытой грудной клетки составило 4 дня (2÷5).

Для принятия решения о закрытии оценивалась контрактильность миокарда, фракция выброса на Эхо-КГ, стабильность гемодинамики, снижение инотропной поддержки, приемлемые параметры вентиляции, нормализация показателей коагулограммы и КЩС, отрицательный водный баланс, наличие синусового либо узлового ритма, отделяемое по плевральным и медиастинальным дренажам. Сведение грудины выполняется в условиях отделения реанимации по стандартному протоколу.

Был выполнен анализ отношения шансов и рисков летального исхода в зависимости от факторов: новорожденность, вес менее 4 кг, продолжительность ПОС, тяжесть оперативного вмешательства, проведение сердечно-легочной реанимации. Выявлено, что статистически достоверными предикторами

выступают ПОС>4 дней ( $p<0,005$ ), а также отношение операции по классификации RACSH-1 к классам 4, 5, 6 ( $p<0,005$ ).

Смертность составила 0,75% (23 пациента). Основными причинами смерти были полиорганная недостаточность, криз легочной гипертензии. Основными диагнозами данной группы пациентов являлись синдром гипоплазии левых отделов сердца, тетрада Фалло, общий артериальный ствол. Данные показатели коррелируют с мировыми данными литературы (от 11 до 36%).

**Выводы.** Пролонгированная открытая стернотомия – безопасная и эффективная процедура у новорожденных и детей после сложных оперативных вмешательств. Данный метод позволяет увеличить процент выживания пациентов с имеющейся острой сердечной недостаточностью, кровотечениями, синдромом тесного средостения.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ШКАЛЫ ДЕТСКОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Вакульчик В. Г., Политыко Д. Д., Стацкевич С. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,  
г. Гродно, Республика Беларусь.

**Введение.** Результаты предоперационной диагностики острого аппендицита (ОА) у детей до настоящего времени остаются неудовлетворительными. Сохраняется высокий уровень негативных аппендэктомий, в то же время не снижается число дооперационных (перитонит) осложнений. Клиническая диагностика ОА, по-прежнему, остается основной. Использование различных биохимических маркеров не позволяет решить проблему. Ни один маркер воспаления, такой как количество лейкоцитов, С-реактивного белка или любой другой новый тест, в том числе прокальцитонин, leucine-rich  $\alpha$ -2-glycoprotein, изолированно от прочих не может определить аппендицит с высокой специфичностью и чувствительностью.