

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПЕРИТОНИТОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Склярова Е.А., Гисак С.Н., Гаврилова М.В.,
Баранов Д.А., Коряшкин П.В.

*ГОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н.Бурденко» МЗ РФ, Россия*

Введение. Низкую эффективность традиционного комплексного лечения детей больных разлитыми гнойными перфоративными перитонитами отдельные авторы связывают с изменившимся патоморфозом энтеропатогенной гноеродной флоры, указывая на необходимость незамедлительного изучения этиопатогенеза перфоративного перитонита, особенно у детей первого года жизни.

Цель исследования – повысить качество диагностики энтеропатогенной гноеродной флоры – возбудителей гнойных перфоративных перитонитов у детей первого года жизни, с разработкой дифференцированного этиопатогенетического лечения больных, в зависимости от генеза перфорации, вирулентности возбудителя (ей) моно или микстинфекции, обеспечить снижение частоты абдоминального сепсиса, летальности и инвалидизации.

Материал и методы исследования. В детском хирургическом стационаре обследовано 52 ребенка, включая: а) 33 пациентов первого месяца жизни по поводу гнойного перфоративного перитонита, из них родившихся доношенными, в срок – 19 мальчиков и 14 девочек; б) 15 больных возраста 1–3 месяцев жизни, так же с разлитым гнойным перфоративным перитонитом, обусловленным перфорацией тонкого или толстого кишечника, при неспецифическом язвенном энтероколите; в) 4 пациента возраста от 3 месяцев до 1 года больных гнойными перфоративными перитонитами, включая 3 детей с перфорацией гангренозно – измененного дивертикула Меккеля и 1 ребенка со спонтанным разрывом стенки гипоплазированного желудка. Микробиологическая идентификация микроорганизмов в бактериологических посевах биоматериала детей, больных гнойным перфоративным перитонитом с оптимизацией диагностики и лечения осуществлена при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF, с использованием коммерческих микротест – систем, программы «Микроб-автомат» и компьютерной обработки.

Результаты и их обсуждение. Гнойный перфоративный перитонит, как опасное послеоперационное осложнение у новорожденных, оперированных по поводу врожденной кишечной непроходимости, возникал у 8 доношенных новорожденных детей в возрасте от 2 до 7 дней. В бакпосевах

интраоперационного биоматериала, из брюшной полости этих оперированных новорожденных детей обнаруживался массивный рост культур *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, чувствительных к амоксиклаву, цефотаксиму, цефтриаксону, гентамицину, амикацину, *Pseudomonas aeruginosa* – чувствительной к ципрофлоксацину, хлоргексидину, обнаруживался активный рост грибов рода *Candida* и массивный рост *Staphylococcus epidermidis*. Эти больные новорожденные к моменту выполнения оперативных вмешательств, при их малом возрасте, имели в бакпосевах у 4 детей из трахеи и бронхов рост культур псевдомонад: *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas* spp. и *E. coli*, а у остальных идентифицированы грибы *Candida albicans*(2) и умеренный рост культур *Enterococcus faecium*.

В кишечном содержимом из стом уже в первых бакпосевах обнаруживали активный рост *Klebsiella pneumonia* (у 3 детей), *Ps. aeruginosa* (у 3 детей), *Enterococcus faecium* + грибы *Candida albicans* (у 2 детей). В посеве крови из подключичного катетера у 2 анализируемых больных детей в послеоперационном периоде обнаружился рост культур *Ps. Aeruginosa*(1), *Staphylococcus epidermidis*(1).

У других анализируемых 6 детей первой недели жизни обнаружили тяжелые множественные врожденные пороки развития: подвздошной (2) и толстого кишечника (4), включая: болезнь Гиршпрунга (3), высокая атрезия прямой кишки и анального отверстия (1). Два ребенка родившиеся доношенными с гастрошизисом, имели ВУИ с выраженным гнойно-фибринозным перитонитом. Уже в эти первые дни жизни и болезни у анализируемых 6 новорожденных, в бакпосевах материалов из содержимого брюшной полости и параллельно – из стом, имелся массивный рост моно- или микст- культур *Enterococcus faecium*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus cloacae*, *Klebsiella pneumonia*, *Enterobacter aerogenes*. Это в целом указывало на уже имеющуюся в первые дни жизни больного активную колонизацию кишечника оперированного ребенка энтеропатогенами, с известными их факторами агрессии для незрелого детского организма. В эти сроки раннего послеоперационного периода, из биоматериалов трахеобронхиального аспирата интубированных новорожденных, из зева и носа, мочи, на фоне стоявших катетеров и дренажей высевалась энтеропатогены – *Enterococcus cloacae*; *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecium*, *Candida albicans*.

В третьей группе больных детей периода новорожденности, возраста от 5 до 20 дней жизни, перфоративные гнойные перитониты у детей развивались как осложнение некротического энтероколита. В бактериологических посевах интраоперационного биоматериала – выпота брюшной полости этих больных детей, обнаруживался активный рост культур *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas* spp, *Sternotrophomonas maltophilia* и других высоковирулентных энтеропатогенов. Из содержимого энтеростомы при его бакпосеве к 5–20 дню жизни ребенка определялся

полиморфизм высоковирулентных энтеропатогенов: *Enterococcus faecium*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter* spp. *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, грибы рода *Candida*.

В числе других 15 пациентов в возрасте 1–3 месяца жизни с разлитым гнойным перфоративным перитонитом, обусловленным перфорацией тонкого или толстого кишечника, при неспецифическом язвенном энтероколите, возбудителями перитонита обнаружены патогены, включая: *Enterococcus faecium* (1), *Enterococcus. Faecium*+ *Candida albicans* (2), *Pseudomonas aeruginosae*+*Streptococcus viridans* spp(2), *Enterococcus aerogenes*(1), грибы р. *Candida kruzei* (1), *Klebsiella oxytoca* (1), *Klebsiellae oxytoca*+ *Candida albicans*. При повторных бакпосевах выпота из брюшной полости, у отдельных из них давали рост культуры *Streptococcus anhaemoliticus*, *Ps. aeruginosae*, грибы *Candida albicans*.

Возрастную группу детей от 3 месяцев до 1 года, больных перфоративными гнойными перитонитами составили 4 пациентов, включая 3 детей с перфорацией гангренозно – измененного дивертикула Меккеля и 1 ребенка со спонтанным разрывом стенки гипоплазированного желудка. Гноеродный микроб-возбудитель гнойного перфоративного перитонита вызванного прободением дивертикула Меккеля (2) были: *Enterobacter cloacae*+ *Candida albicans*(1) и *Klebsiella oxitoca*+*Candida albicans*(1), перфорации гипоплазированного желудка- *Pseudomonas aeruginosae*+ *Candida crusei*, инвагинации кишечника, с некрозом и перфорацией подвздошной кишки *Enterococcus faecium*+ *Candida albicans*.

Выздоровление 46 (88%) детей из анализируемых 52 пациентов нами было обеспечено благодаря эффективной санации гнойного очага брюшной полости и этиопатогенетически обоснованному дифференцированному подходу к организации и проведению противовоспалительного лечения, особенно- антибактериальных средств, имеющих противосинегнойную, противоанаэробную эффективность и особенно важно- современных препаратов с противогрибковым эффектом, предотвращающих развитие синегнойно-кандидозного сепсиса, с исходом в кандидоз внутренних органов.

Выводы. Алгоритм разработанного нами дифференцированного лечения детей возраста до 1 года, больных разлитым гнойным перфоративным перитонитом различного генеза, должен включать дифференцированно противовоспалительные препараты, обладающие противосинегнойным, противоанаэробным и противогрибковым лечебным и профилактическим эффектом, а прогнозирование течения воспаления в очаге должно проводиться под контролем повторных бакпосевов и ранней диагностики септического течения прокальцитонинным тестом в сыворотке крови, со своевременной коррекцией интенсивной комплексной противовоспалительной терапии больного.

Литература:

1. Е.А.Склярова, с соавт. / Мониторинг гноеродной хирургической инфекции у детей в условиях многопрофильного детского хирургического стационара / соавт. С.Н. Гисак, Г.С. Большева, / Детская хирургия, 2009, № 4, стр. 13–15.

ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Скобеюс И.А., Дружинин Г.В., Шкутов А.О., Дубров В.И.

Республиканский центр детской урологии, Минск

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) является важнейшей проблемой детской урологии. Хирургическое лечение ПМР показано при неэффективности консервативной терапии, при наличии обострений пиелонефрита или ухудшении функции почек в процессе динамического наблюдения. Существуют различные методы оперативного лечения: открытые, эндоскопические и лапароскопические операции. Одной из самых популярных методик является открытая антирефлюксная операция Козна. Эффективность этого метода достигает 95%, однако ей присущи все недостатки «открытых» операций. Поэтому в последние годы появились тенденции выполнения операции Козна малоинвазивным везикоскопическим доступом.

Цель – изучить результаты везикоскопической реимплантации мочеточников у детей с ПМР.

Материал и методы исследования. За период с 2011 по 2014 годы в Республиканском центре детской урологии везикоскопическая реимплантация мочеточников выполнена у 12 детей (8 девочек и 4 мальчика), страдающих ПМР. Односторонний ПМР выявлен в 10 случаях, двусторонний – в 2. У 3 пациентов отмечались парауретеральные дивертикулы значительных размеров. Возраст детей на момент операции составил от 6 до 13 лет. Метод операции: под цистоскопическим контролем (СО2 цистоскопия) мочевого пузырь фиксировался к передней брюшной стенке с помощью лигатур. Затем производилась установка трех лапароскопических троакаров диаметром 3–5 мм: 1-й – по срединной линии живота на 3-5 см выше лона, 2-й и 3-й троакары – справа и слева трансректально на 3-5 см от первого. Острым способом выделялся дистальный отдел мочеточника на протяжении 4–6 см. При необходимости на этом этапе полностью выделялись и удалялись парауретеральные дивертикулы. В поперечном направлении создавался подслизистый тоннель. Мочеточники проводились через тоннель и фиксировались к слизистой мочевого пузыря. Длительность операции составила от 120 до 290 мин. Дренирование мочевого пузыря в постопера-