

### С. Н. Николаев, В. И. Кузьмин (Чебоксары). Хирургические осложнения пневмоцистной пневмонии у детей

За последние 3 года мы наблюдали 255 больных с острыми деструктивными пневмониями, у 21 из них был диагностирован пневмоторакс. После расправления легочной ткани у 9 больных заподозрен пневмоцистоз на основании клинических (нарастающие дыхательной недостаточности после ликвидации пневмоторакса, коклюшеподобного кашля, пенистой мокроты) и рентгенологических данных. Диагноз был подтвержден бактериологически (из смыва трахеобронхиального дерева выделены пневмоцисты Карини).

2 из 9 больных с пневмоцистозом были в возрасте до одного года, 7 — от 1 до 3 лет. У 6 детей был неблагоприятный преморбидный фон (частые ОРВИ, хронические очаги в ЛОР-органах). Детей лечили по поводу ОРВИ и стафилококковой пневмонии в соматических отделениях. Нарастание дыхательной недостаточности с развитием пневмоторакса послужило причиной их поступления в детское хирургическое отделение.

Односторонний пневмоторакс выявлен у 6 больных, двусторонний — у 2, сочетание пневмоторакса с пневмомедиастинумом — у 1. Пневмоторакс развивался на 13—21-й день с момента заболевания. У 3 детей он был ликвидирован однократной функциональной эвакуацией воздуха, 6 больным произведено дренирование по Бюлау, так как отмечалось выраженное коллабирование легкого со смещением средостения. Дренажи из плевральной полости удалены через 2—5 дней. При пневмотораксе с пневмомедиастинумом произведено дренирование только плевральной полости. При бактериологическом исследовании смывов из трахеобронхиального дерева у 7 больных, помимо пневмоцист Карини, обнаружена микрофлора: золотистый стафилококк (у 2), синегнойная палочка (у 2), пневмококк (у 1), протей (у 1), грибки рода Кандида (у 1); у одного больного роста флоры не установлено.

Наряду с комплексной дезинтоксикационной, антибактериальной, симптоматической терапией больные получали противопротозойные препараты (фуразолидон, аминохинол в возрастных дозировках). Проводили лечебную поднаркозную бронхоскопию (3—4 раза) с интервалом 2—3 дня и с орошением трахеобронхиального дерева 1% раствором аминохинола (10 мл). Выздоровели 6 детей, умерли 3 (в возрасте до 1 года — 2, 1 год 4 мес — 1 ребенок). Причинами смерти являлись нарастающая дыхательная недостаточность, поздняя диагностика пневмоцистной инфекции.

Таким образом, пневмоцистоз легких встречается не только у недоношенных новорожденных, но и у ослабленных детей. Дифференциальная диагностика пневмоцистоза при деструктивных пневмониях особенно сложна и требует специальных методов исследования для выявления возбудителя. Эффективным методом лечения является эндобронхиальное введение противопротозойных препаратов.

УДК 616.344—089.86—053.3

### Р. М. Мухаметзянов, Н. Т. Гогитидзе (Ленингорск). Илеостомия в неотложной хирургии детей

С 1981 по 1984 г. в межрайонном центре детской хирургии Ленингорской детской больницы было выполнено 546 брюшнополостных операций. В 8 наблюдениях операции были завершены илеостомией по поводу различной патологии кишечника: инвагинации (4), заворота (1), разрыва (1), спаечной (1) и паралитической (1) непроходимости.

До 6 мес было 3 ребенка, от 6 до 12 — 2, до 4 лет — 1, 9 лет — 1, 13 лет — 1. Длительность заболевания у 2 детей — до 24 ч, у 4 — до 48 ч, у 2 — до 6 сут.

Все больные были прооперированы после предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом. Операции выполнены в связи с некрозом кишки (5), ее разрывом (1), выраженным спаечным процессом (1), парезом кишечника (1).

На фоне перитонита или кишечной непроходимости резецировано от 10 до 60 см подвздошной кишки. Операции были завершены одностольной илеостомией. Последняя выводилась в правой подвздошной области доступом Волковича — Дьяконова. Интубация кишечника проведена в оральном направлении на 20—60 см через илеостому у 4 больных.

В послеоперационном периоде перистальтика кишечника появилась на 2—3-и сутки, кишечное содержимое по илеостоме — на 1—2-е сутки.

Из 8 оперированных умер один больной. Летальный исход наступил на 5-е сутки после операции на фоне резкого снижения репаративных процессов. У 2 больных возникла эвентрация кишечника (у одного — подкожная, у второго — фиксирования, полная). У обоих раны зажили самостоятельно с формированием вентральной грыжи.

В последующем после второго этапа операции — закрытия илеостомы, выполненного в плановом порядке, у 7 больных наступило выздоровление.