

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 (нарастание 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 пункционной 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 противопротоzoйные 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 противопротоzoйных 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 илеостомой. 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.

Анализ литературных данных и собственные наблюдения позволяют выделить следующие показания к наложению одностольной илеостомы: резекция кишечника в условиях перитонита; несостоятельность анастомоза кишечника в послеоперационном периоде; повреждения кишечника во время операции при перитоните; резекция кишечника при крайне тяжелом состоянии больного; необходимость скорейшего завершения операции в связи с остановкой сердца, резким снижением АД, массивным кровотечением.

УДК 616.681—053.3—089.8

А. И. Папикян (Киров). Оперативное лечение при острых заболеваниях яичек у мальчиков

В детской областной больнице г. Кирова за последние 5 лет по поводу острых заболеваний яичек были на излечении 88 детей в возрасте от 2 мес до 14 лет. У 18 из 22 мальчиков, леченных консервативно, наступила атрофия яичка. Учитывая неудовлетворительные результаты консервативного лечения, детей с острыми заболеваниями яичек стали оперировать. Было прооперировано 66 больных. Перекрут и некроз подвесок (гидатид) яичка и придатка диагностированы у 39 больных, перекрут семенного канатика — у 14, травма яичка — у 6, острый специфический орхит — у 5, острый неспецифический эпидидимит — у 2.

Перекрут и некроз гидатид Морганьи проявляются болями в паху, нижних отделах живота, в области яичка, которые могут сопровождаться тошнотой и рвотой. Иногда пальпируется гидатида в виде болезненной массы величиной с горошину. Общее самочувствие и состояние детей удовлетворительное, температура тела нормальная, редко субфебрильная. Отсутствуют изменения в составе крови и мочи. Позднее, на 2—3-е сутки, присоединяются отек и покраснение мошонки; водянка имитирует увеличение яичка.

При перекруте гидатиды Морганьи оперативные вмешательства проводили в экстренном порядке. Такая тактика позволила своевременно выявить завороты яичка у 14 детей. Все дети прооперированы под масочным наркозом. Оперативное вмешательство проводили мошоночным доступом. После вскрытия влагалищной оболочки яичко выводили в рану, в области головки яичка и придатка обнаруживалась темно-багрового цвета гидатида на перекрученной ножке. Гидатиду удаляли. Рану послойно ушивали. В послеоперационном периоде назначали постельный режим, суспензорий. Детей выписывали на 6—7-е сутки сразу после снятия швов, а леченных консервативно — на 18—24-й день. Перекруты семенного канатика и яичка были обнаружены у 14 из 66 мальчиков, оперированных по поводу перекрута гидатиды, и являлись операционной находкой. Операция заключалась в ликвидации перекрута.

Травма яичка наблюдалась у 6 детей. У всех было закрытое повреждение вследствие тупой травмы. Во время операции выявлены разрывы белочной оболочки, отрыв сегмента яичка, надоболочечные гематомы. Оперативное вмешательство заключалось в освобождении и удалении гематомы, ушивании белочной оболочки.

Острая водянка оболочек яичка и семенного канатика появлялась внезапно и симулировала ущемленную грыжу и перекрут яичка. Прооперировано 2 ребенка в возрасте 6 и 9 мес. При поступлении у них наблюдалось выраженное беспокойство. На операции обнаружена водянка оболочек семенного канатика.

Острый специфический орхит после перенесенного паротита развился у 5 детей на 7—14-й день. Все они поступили в тяжелом состоянии. Яичко достигало больших размеров, было болезненно при пальпации, кожа мошонки гиперемирована, вены ее расширены. Операция заключалась в рассечении белочной оболочки для снятия напряжения в яичке.

С острым неспецифическим эпидидимитом прооперировано 2 ребенка. У них было выявлено абсцедирование придатка яичка. Операция заключалась во вскрытии и дренировании абсцесса придатка яичка.

Отдаленные результаты оперативного лечения при острых заболеваниях яичек изучены у 48 мальчиков в срок от 2 мес до 3 лет. Атрофии яичек не выявлено. Кремастерный рефлекс сохранен, яички развиваются нормально.

УДК 616.988.51—036.2:614.47

М. В. Годлевская, Д. И. Дранкин, Н. А. Заяц, Р. П. Барабанова (Саратов). Эпидемиологическая характеристика паротита в г. Саратове до начала массовой активной иммунизации

Заболеваемость паротитом в г. Саратове с 1954 по 1981 г. характеризовалась четко выраженной зимне-весенней сезонностью. Максимальное число больных приходилось на март (12,2% годовой заболеваемости), минимальное — на сентябрь (3,7%). Индекс сезонности составил 3,1.