

Симультанное лечение хирургической и оториноларингологической патологии у детей младшего возраста

А.Ф. Леонтьев, М.Н.Малушин, А.П.Якушенкова, Е.П.Николаев

ФГУ «ЦКБ» УД Президента РФ, ФГУ «Поликлиника клиничко-диагностическая» УД Президента РФ

Симультанные операции направлены на одномоментную коррекцию двух и более заболеваний в одной или нескольких анатомических областях [2, 6]. Эти вмешательства начали применяться уже давно [3], но, несмотря на очевидную рациональность их использования, до настоящего времени они выполняются довольно редко. Существует несколько классификаций симультанных операций: по степени тяжести, по показаниям, по доступам, по характеру сочетания совместных операций [1].

Современные тенденции развития медицинской помощи направлены на использование более прогрессивных и экономичных методов лечения. Совершенствование качества анестезиологического пособия и внедрение щадящих эндоскопических операций [7], а также появление новых методов предоперационной диагностики позволяют минимизировать травматичность вмешательств и таким образом расширить показания к проведению симультанных вмешательств.

В настоящее время еще не определены четкие показания к их проведению и последовательности выполнения.

В ряде случаев они производятся как бы автоматически, например, при эндоскопических оперативных вмешательствах на органах брюшной полости у больных с пупочной грыжей. В других случаях у хирургов и гинекологов выполнение таких операций является вынужденной мерой, когда во время вмешательств впервые диагностируется какая-либо дополнительная патология органов брюшной полости. Основные трудности и спорные моменты возникают при необходимости выполнения симультанных операций в плановом порядке различными специалистами на анатомически разобщенных участках тела.

В педиатрической практике наиболее частыми плановыми операциями являются операции на ЛОР-органах, органах брюшной стенки и наружной мочеполовой системы. В литературе мы не встретили описания симультанных вмешательств при такой сочетанной патологии, и несмотря на явные преимущества их применения они не получили широкого распространения.

Проведение одномоментного оперативного лечения сочетанной патологии имеет ряд неоспоримых преимуществ: сокращаются сроки выздоровления пациентов, в значительной степени уменьшается количество осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, происходит сокращение сроков госпитализации, уменьшается медикаментозная нагрузка в пред- и послеоперационном периоде, снижается число наркозов и психическая нагрузка пациентов [1, 2, 4]. Симультанные операции при необходимости могут выполняться и по экстренным показаниям, например, при сочетанной травме, но в плановом порядке они должны выполняться только после тщательного обследования больного [5]. Решение должно приниматься коллегиально всеми специалистами, участвующими в лечении ребенка, с учетом индивидуальных особенностей в каждом конкретном случае.

Именно в педиатрии имеет огромное значение психоэмоциональный фактор не только самого маленького пациента, но и его родителей. В настоящее время для проведения плановой операции в стационаре необходимо собрать пять различных справок, заключений и выполнить не менее семи исследований. Проведение симультанных операций во

многом сокращает сроки подготовительного этапа, уменьшает количество осложнений во время самого лечения, сокращает сроки выздоровления.

Особую категорию больных представляют дети младшего возраста от 2 до 4 лет. С одной стороны, работа с детьми данной возрастной группы сопряжена с определенными трудностями, это и проблемы с управлением поведения ребенка, растянутый во времени процесс лечения, большая вероятность осложнений во время самого лечения.

Безусловно, проведение симультанных операций зависит от степени оснащенности медицинского учреждения, от наличия специального медицинского оборудования и обученного персонала. В настоящем сообщении обобщен опыт проведения не применявшихся ранее симультанных операций по поводу сочетанной хирургической и оториноларингологической патологии.

Всего симультанные операции выполнены 18 детям в возрасте от 2 до 4 лет. Хирургические болезни были представлены следующим образом: пупочная грыжа — у 5 (28%) детей, паховая грыжа — у 6 (33%), фимоз — у 4 (22%) и гипертрофический невус — у 3 (17%).

Отоларингологическая патология у этих детей считалась основным заболеванием. В ряде случаев у детей было 2 или 3 различных ЛОР-заболеваний, требующих хирургической коррекции. В 14 (77,8%) случаях у пациентов диагностировали аденоиды III степени (рис.1), в 4 (22,2%) аденоиды II—III



Рис. 1. Эндоскопическая картина правой половины носа. Просвет хоаны выполнен аденоидной тканью. Эндоскоп 0°.



Рис. 2. Фарингоскопическая картина. Гипертрофия небной миндалины.

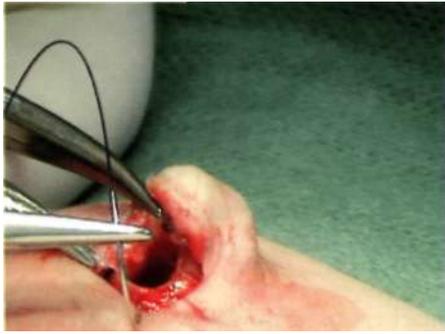


Рис.3. Пластика пупочного кольца.

степени и гипертрофию миндалин II—III степени (рис. 2), в 7(38,9%) - дети страдали храпом, двое (11,1%) из них синдромом обструктивного апноэ сна. Контрольную группу составляли 30 детей, оперированных раздельно.

Всем детям кроме общеклинических методов проводилось оториноларингологическое обследование и обязательный осмотр детского хирурга в стационаре в момент подготовки к оперативному эндоскопическому лечению оториноларингологической патологии.

Оперативное лечение проводили одномоментно под интубационным наркозом. Сначала чистые оперативные вмешательства проводили детские хирурги (рис. 3), после чего всем детям была произведена эндоскопическая аденотомия, а 4 (33,3%) и тонзиллотомия. При фимозе в чистом виде или в сочетании с синехиями крайней плоти выполнялась пластика крайней плоти. При паховых грыжах проводилась пластика по Краснобаеву, а пупочные грыжи ликвидировались наложением швов на апоневроз так же, как и при лапароскопических операциях.

Эндоскопическая аденотомия проводилась под оптическим контролем жесткими торцевыми эндоскопами фирмы «Storz» диаметрами 2,7 и 1,9 мм. После удаления массива аденоидных вегетации аденотомом Бекмана и достижения гемостаза, по дну полости носа вводили эндоскопы и, следя за операционным полем на мониторе видеостойки, щипцами Блексли тщательно удаляли оставшуюся лимфоидную ткань из просвета хоан, области слуховых труб, гипертрофированные участки трубных валиков.

Пациенты были выписаны из стационара на 1–2-е сутки после оперативного лечения в удовлетворительном состоянии. На 7-е сутки после оперативного лечения дети были повторно осмотрены специалистами.

В послеоперационном периоде в 1-е сутки после оперативного лечения состояние пациентов соответствовало объему проведенных операций. У 4 детей после перенесенной тонзиллотомии в тонзиллярных нишах определялись фибриновые наложения на лимфоидной ткани. Им проводилась обработка зева Гексоралом (спрей) 2 раза в день. В полости носа у всех наблюдаемых пациентов отмечался умеренно выраженный послеоперационный реактивный отек слизистой оболочки. Детям проводили туалет носа, анемизацию слизистой оболочки, орошение её раствором октенисепта 1:6.

По поводу сочетанных операций большого внимания требовали дети после пластики крайней плоти. Ежедневно им проводились перевязки с выведением головки полового члена, делались ванночки со слабым раствором перманганата калия и проводилась обработка препуциального мешка мазью Лоринден С. Кожные швы, наложенные после грыжесечения или удаления невуса, снимали на 7-е сутки. Заживление послеоперационных ран происходило первичным натяжением и каких-либо отличий в течении послеоперационного периода по сравнению с традиционно оперированными больными не было.

Повторный осмотр, проводимый на 7-е сутки после оперативного лечения, показал, что по данным передней активной риноманометрии у всех пациентов отмечали восстановление носового дыхания. Показатели суммарного объемного потока полости носа при давлении 150 Па составили 258+40 мл/с, что практически не отличается от показателей ($p>0,05$) контроля данной возрастной группы. При исследовании в катмнезе через полгода: жалоб нет, дети нормально росли и развивались, храпа и синдрома обструктивного апноэ сна не выявлено ни в одном случае. Хирургическая патология также была ликвидирована. Ни у одного наблюдаемого нами пациента не выявлено каких-либо осложнений после проведения симультанного лечения под общей анестезией.

Таким образом, проведенное исследование показало перспективность дальнейшего внедрения данной методики. Внедрение современных технологий позволяет в значительной степени снизить риск возникновения осложнений во время и после операций, уменьшить психоэмоциональное напряжение ребенка и его родителей, повысить качество хирургического и оториноларингологического лечения у детей младшего возраста.

При выборе метода лечения, который наиболее подходит ребенку и его семье, нужно руководствоваться возрастом пациента, объемом и сложностью вмешательства, возможным риском. Как показало данное исследование, симультанное хирургическое лечение под общей анестезией явилось существенной помощью родителям в разрешении как хирургических, так и оториноларингологических проблем ребенка в условиях стационара.

Литература

1. *Брехов Е.И., Савинова Е.Б., Савинова Е.А. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2005. — № 2. — С. 49–51.*
2. *Буянов В.М., Маховский В.З. // Хирургия. — 1990. — №.-С. 81-86.*
3. *Вишневский А.В. // Собрание трудов. — М., 1950. — Т. 2. - С. 100.*
4. *Галимов О.В., Праздников Э.Н. и др. // Клиническая хирургия. - Киев, 1992. - № 8. - С. 35-38.*
5. *Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д., Агейчев В.А., Борушко М.В. // Хирургия. - 1983. - №3.- С. 63-68.*
6. *Ходаков В.В., Копылов Ф.Н., Ранцев М.А. // Вестник хирургии. - 1993. - №5.- С. 24-30.*
7. *Якушенкова А.П., Светлова Е.А. Значение эндоскопии при аденотомии у детей // Медицинская техника. — 2004. — № 1. - С. 39-40.*