

которые необходимы для дальнейшего наблюдения за динамикой перинатальной ИВП и прогнозирования ситуации. Однако уже сегодня составленный региональный регистр антибиотикорезистентности возбудителей облегчает эмпирический выбор препаратов для стартовой антибактериальной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных г. Оренбурга.

Литература

1. Герасимова Н.В., Корнюшин М.А., Першина Г.Д., Самсыгина Г.А. // *Педиатрия*. - 2001. - №5. - С. 107-109.
2. Лакин Г.Ф. *Биометрия*. — М. : Высшая школа, 1990.
3. Назаров В.Г., Мысяков В.Б., Зыков С.В. и др. // *Педиатрия*. - 1992. - №1. - С. 33-37.
4. *Перинатальные инфекции : практическое пособие / под ред. А.Я. Сенчуко, З.М. Дубоссарской*. — М. : МИА, 2005.
5. Самсыгина Г.А., Герасимова Н.В., Першина Г.Д. // *Межд. журн. мед. практи.* — 2000. — №4. — С. 28—30.
6. Самсыгина Г.А., Дудина Т.А., Корнюшин М.А., Овечкина Н.В. // *Антибиотики и химиотерапия*. — 2000. - Т. 45, № 3. - С. 15-19.

7. Талалаев А.Г., Самсыгина Г.А. // *Педиатрия*. — 1992. - №1. - С. 7-10.
8. Шабалов Н.П. *Неонатология*. — Т. 1. — М. : МЕД-пресс-информ, 2004.

Работа выполнена в рамках программы Президиума РАН «Фундаментальные науки — медицине»

Поступила в редакцию 19.08.05.

PERINATAL INFLAMMATORY DISEASES IN NEWBORNS OF ORENBURG: REGIONAL EPIDEMIOLOGY, NOSOLOGY AND MICROBIOLOGY FEATURES

A.A. Vyalkova, T.V. Biryukova, O.V. Buharin, V.A. Gritsenko, I.N. Voropayeva, T. V. Kosmovich

Orenburg State Medical Academy, Scientific Research Institute of Cellular and Endocellular Symbiosis of the Ural branch of the Russian Academy of Science, Municipal Perinatal Center (Orenburg)

Summary — The materials about regional diseases structures, epidemiology, taxonomy spectrum and antibiotic resistance of the perinatal infections microbes in Orenburg in 2002-2005 are resulted. It is found, that priority activators of skin and eye infections in perinatology are Gram-positive cocci. The regional register of antibiotic resistance of perinatal infections activators is done.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 80-83.

УДК 616.346.2-072-089.87-053.2

И.В. Нелюбов, М.В. Матвейчук, А.Н. Шапкина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТРАНСУМБИКАЛЬНОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Детская городская клиническая больница (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: острый аппендицит, видеоассистированные операции.

Мини-инвазивность представляет собой одно из ведущих направлений развития современной хирургии и заключается в стремлении выполнить хирургическое пособие в необходимом объеме с минимальными гомеостатическими нарушениями организма пациента. Появление альтернативы традиционным открытым операциям в виде эндовидеоскопических вариантов вмешательств привело к необходимости выбора одного из подходов. В соответствии с концепцией мини-инвазивности видеоассистированные операции были предложены в качестве метода расширения возможностей основного оперативного приема при сохранении меньшей степени травматичности.

Малоинвазивные оперативные вмешательства, сочетающие в себе мини-доступ и видеоэндоскопию, широко используются в клинической практике. Это группа неоднородных по структуре операций, называемых различными авторами по-разному. Выделяют несколько групп подобных оперативных вмеша-

тельств [1]. При лапароскопически комбинированных операциях оперативный прием производят из мини-доступа и лапароскопически. При лапароскопически ассистированных операциях оперативный прием выполняется из мини-доступа, а при лапароскопии совершаются отдельные манипуляции, не являющиеся оперативным приемом (ориентируется мини-доступ, органы брюшной полости выводятся в зону оперирования). К этой группе относится лапароскопически ассистированная аппендэктомия. Существуют также и лапароскопически дополненные операции, при которых оперативный прием совершается из мини-доступа, через который вводится лапароскоп («открытая» лапароскопия по терминологии А.М. Шулуто и М.И. Прудкова). Выделяют одноэтапные и многоэтапные операции. Анализируя отечественную и зарубежную литературу, можно видеть, насколько разнообразны комбинации видеоэндоскопии и мини-лапаротомии.

Упоминание о трансумбиликальной видеоассистированной аппендэктомии встречается лишь в единичных зарубежных источниках [4, 5], в отечественной литературе упоминания об использовании подобного метода отсутствуют. Мы считаем, что использование мини-доступа в хирургии брюшной полости у детей, мини-доступа в сочетании с видеоэндоскопией, а также выполнение видеоассистированных (комбинированных) операций у детей значительно расширяют круг патологии, при которой могут выполняться малоинвазивные вмешательства.

В течение нескольких последних лет в нашей клинике успешно применялись мини-доступы в хирургии детей как при плановых (грыжи, урологическая патология), так и при экстренных вмешательствах.

Используемая нами длина разреза кожи от 3–4 см при аппендэктомии уже доказала свою малотравматичность и косметический эффект даже при аппендицитах, сопровождающихся местным и диффузным перитонитом. Как правило, лапароскопическая аппендэктомия проводится после всесторонней оценки технической возможности ее выполнения на этапе диагностической лапароскопии, что позволяет избежать конверсий и осложнений. По мнению некоторых авторов, комбинированная аппендэктомия выполняется при невозможности технического обеспечения эндоскопической операции (что явилось в нашем случае одной из ведущих причин применения рассматриваемого способа) и отсутствии у хирурга опыта лапароскопической аппендэктомии [2]. Широко использовать эндоскопическую технику в urgentной хирургии детей с лечебной целью в настоящее время мы не имеем возможности по техническим, не зависящим от нас причинам.

Комбинированная аппендэктомия является довольно перспективным направлением лечения острого аппендицита, сочетая в себе положительные моменты лапароскопических и открытых операций. В доступной отечественной и зарубежной литературе мы встречали описания примерно одинаковых способов этого пособия, особенностью которых являлось использование манипуляционного троакара, введенного в правую подвздошную область, через просвет которого червеобразный отросток извлекался из брюшной полости. При лапароскопически дополненных способах производится извлечение отростка в рану из мини-доступа под контролем эндоскопа. Общими противопоказаниями к проведению таких операций считаются распространенные формы аппендикулярного перитонита. Среди местных противопоказаний фигурируют анатомические особенности расположения аппендикса (забрюшинное, ретроцекальное), короткая брыжейка отростка и аппендикулярный инфильтрат.

С 2005 г. мы начали применять методику комбинированной (видеоассистированной) аппендэктомии, сочетающей в себе элементы лапароскопической и открытой хирургии. Всего по данной технологии прооперировано на настоящий момент 3 ребенка в возрасте от 4 до 7 лет. У всех больных диагностирован флегмонозный аппендицит (без перитонита).

Операцию выполняли под эндотрахеальным (2 случая) и масочным (1 случай) наркозом и начинали с диагностической лапароскопии. Визуализируя червеобразный отросток, оценивали следующие факторы: форму воспаления отростка и брюшины, анатомическое расположение аппендикса, мобильность купола слепой кишки и длину брыжейки червеобразного отростка. При типичной локализации аппендикса и хорошей подвижности купола слепой кишки и самого отростка прибегали к методике комбинированной двухпрокольной аппендэктомии. Через внутривисцеральный доступ вводили 10-миллиметровый троакар. В левой подвздошной области вводили

5-миллиметровый троакар с манипулятором. Захватывали верхушку отростка и осуществляли за нее тракцию в 10-миллиметровый троакар, полностью помещая в гильзу последнего аппендикс с брыжейкой. Далее производили дисфуляцию газа и извлекали троакар с операционным материалом на переднюю брюшную стенку. После обкладывания троакарной раны салфетками выполняли типичную аппендэктомию лигатурно-инвагинационным методом.

Традиционно культя аппендикса погружалась в кисетный и Z-образный швы. Контрольный осмотр состояния купола слепой кишки и ложа червеобразного отростка осуществлялся через повторно введенный 10-миллиметровый чреспупочный троакар. Продолжительность операции составила в среднем 20 мин. У всех больных послеоперационный период протекал гладко. Осложнений не было. В случае нетипичного расположения, малой подвижности червеобразного отростка, короткой брыжейки и перипроцесса в области основания аппендикса прибегали к варианту стандартной трехпрокольной комбинированной аппендэктомии либо к открытому способу лапаротомии доступом Мак-Бурнея.

Наш опыт показывает возможность успешного использования подобной техники аппендэктомии у детей. При лечении осложненных форм острого аппендицита и отсутствии необходимых анатомических предпосылок эту операцию пока нельзя рекомендовать для широкого внедрения. Таким образом, совершенствование навыков специалистов в лапароскопической хирургии позволит изменить приоритет открытой аппендэктомии при диагностической лапароскопии в хирургии острого аппендицита.

Литература

1. Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Панин С.И. // *Эндоскопическая хирургия*. — 2005. — № 5. — С. 12–14.
2. Прудков М.И., Нишневич Е.В., Пискунов С.В. // *Эндоскопическая хирургия*. — 2000. — № 5. — С. 22–23.
3. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Климов Д.И., Сажин А.В. // *Хирургия*. — 2002. — № 11. — С. 33–35.
4. Pappalerore N., Tursini S., Marino N. // *J. Pediatric Surg.* — 2002. — Vol. 12. — P. 24.
5. D'Alessio A., Piro E., Tadini B. // *J. Pediatric Surg.* — 2002. — Vol. 2. — P. 6.

Поступила в редакцию 10.08.05.

EXPERIENCE OF VIDEO-ASSISTED TRANSUMBILICAL APPENDECTOMY IN CHILDREN

I. V. Nelyubov, M. V. Matveichuk, A. N. Shapkina
Children's Hospital (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — The transumbilical laparoscopic assisted appendectomy combines the simplicity and the safety of conventional appendectomy with the survey of laparoscopic appendectomy. It minimizes the trauma of surgery and shows a perfect cosmetic result. Authors suggested this method as an alternative to conventional appendectomy and used it successfully in 3 cases.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 83–84.