

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ С ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АБСЦЕССАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Казаков А.Н.¹, Румянцева Г.Н.², Юсуфов А.А.^{2, 1}, Марченко А.А.¹,
Портенко Ю.Г.¹ Кузнецов В.Н.,¹ Горшков А.Ю.²

¹ Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия;

² Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

Цель: анализ результатов лечения абсцессов брюшной полости с применением интервенционных вмешательств под УЗ-навигацией.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 32 пациентов с абсцессами брюшной полости, находившихся во 2-м хирургическом отделении ГБУЗ ДОКБ Твери в 2018–2023 гг. в возрасте от 2 до 17 лет, среди которых мальчиков было 18 (56,3 %), девочек — 14 (43,7 %). У 20 (62,5 %) пациентов аппендикулярный абсцесс формировался в результате неэффективности консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата. В 12 (37,5 %) случаях зарегистрированы абсцессы, возникшие после аппендэктомии. Абсцессы локализовались у 22 (68,8 %) пациентов в правой подвздошной области, у 2 (6,3 %) — в подпеченочном пространстве, у 7 (21,8 %) — в полости малого таза. Один (3,1 %) пациент имел множественные (8 полостей) абсцессы брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Клиническая манифестация характеризовалась нарастанием явлений интоксикации и усилением болей в животе. Сроки абсцедирования аппендикулярного инфильтрата переменны, послеоперационные абсцессы выявлялись через $5,2 \pm 1,2$ сут после аппендэктомии. Совокупность клинико-инструментальной картины внутрибрюшного абсцесса, размер которого по оси был более 25–30 мм, служили показанием интервенционному вмешательству. Длительно существующие абсцессы имели более выраженную капсулу и лучший акустический доступ. Противопоказанием к пункциям служило отсутствие безопасного акустического окна. Для манипуляции использовались конвексные (3,5 МГц) и линейные (5–7 МГц) датчики с пункционной насадкой (на этапе освоения методики), а затем, с накоплением опыта, применяли метод «свободной руки», позволяющий лучше маневрировать иглой. Вмешательства выполняли под общим обезболиванием. Абсцессы больших размеров дренировались с последующим промыванием полости, пункционным способом проводили лечение при минимальных размерах гнойной полости, с однородным содержимым, несформированной капсулой и сформированным перифокальным инфильтратом. Для мониторинга выполняли УЗИ непосредственно после вмешательства, на следующий день и затем осуществляли динамический контроль каждые 2–3 дня. У всех пациентов отмечалась полная резорбция полости, нормализация температуры тела и тенденция к стабилизации лабораторных показателей, что считалось хорошим результатом.

Дренирование выполнено 19 детям с длительностью манипуляции около $23 \pm 8,2$ мин. При пункционном способе тайминг сократился до $16 \pm 5,5$ мин у 12 детей. У большинства пациентов эффект достигнут с первой манипуляции, в 2 случаях потребовалось повторное вмешательство (пункция и дренирование).

Заключение. Интервенционные технологии под УЗ-навигацией позволяют эффективно и мало-травматично ликвидировать абсцессы брюшной полости, что способствует быстрейшему излечению детей, предотвращая открытые хирургические вмешательства. Метод свободной руки приоритетнее, благодаря возможности широкого маневра пункционной иглы при ликвидации гнойной полости.

Ключевые слова: интервенционные технологии; эхография; абсцессы; дети.