обеспечивает уменьшение кровопотери и удобство ушивания повреждений паренхимы. В качестве шовного материала используется викрил на атравматической игле; под швы во избежание их прорезывания подкладываются кусочки мышцы или жировой клетчатки. Остановка кровотечения контролируется визуально при ослаблении турникета в случае, если была в нем необходимость. Значительно труднее оценить герметичность ушивання полостной системы почки. Это можно проверить пункцией лоханки и наполнением ее жидкостью. Данная позиция не всегда выполнима из-за спадения лоханки или ее внутрипочечного расположения. По этой же причине, а также в связи с опасностью нежелательного дополнительного травмирования почки, вызывает сомнение целесообразность установки нефростомического или пиелостомического дренажа. На практике в нашей работе ни в одном случае операции по поводу травмы почки отведение мочи таким образом не производилось, что не сказалось негативно на исходе лечения. В случае изолированного повреждения почки методом выбора был доступ в 11-м межреберье, обеспечивающий наиболее широкий подход к почке. Как при первом доступе, так и при втором осуществлялось широкое дренирование околопочечной клетчатки трубками и выпускниками, которые выводились наружу в поясничной области. Истечение мочи по дренажам имело место довольно долго (5-12 дней), затем самопроизвольно прекращалось.

Консервативным методом лечения, состоящим в щадящем режиме, назначении современных антибиотиков, гемостатиков, противорубцовых препаратов, средств стимуляции регенерации, подверглось 40 больных. Благодаря своевременной и тщательной диагностике, динамическому наблюдению с постоянным УЗИ-мониторингом ни в одном случае не понадобилась отсроченная операция. Инноваций в данном методе мы предложить не можем за исключением того, что, исходя из чрезвычайно высоких репаративных способностей тканей детского организма, двухнедельныи строгий постельный режим может быть существенно сокращен (до нескольких дней).

Выводы

1. Стандартом для обьективной диагностики разрывов почки может быть допплерографическое сканирование почек, заменяющее традиционную инфузионную урографию. Тщательное сканирование почек снижает вероятность необоснованных оперативных вмешательств.
2. Для контроля за течением раневого процесса и регенерации тканей как оперированным больным с травмой почки, так и проходящим консервативное лечение необходим постоянный УЗИ-мониторинг с обязательным полным урологическим обследованием через год.
3. Полноценное восстановление целости почечной паренхимы и полостной системы позволяет отказаться от традиционной нефро- или пиелостомии.

Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СПб., 1996. - 384 с.
2. Устименко Е.М. Травма почек. - М., 1981. - 220 с.

УДК: 616.346.2-002-06:616.381-002]-053.2:616-097

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ ОЧЕРЕВИНИ ПРИ ПЕРИТОНІТІ У ДІТЕЙ

Пастернак Л.І.
Буковинська державна медична академія

Реферат. З приводу гострого апендициту, ускладненого перитонітом, прооперовано 644 дітей. Проведені клініко-лабораторні, імунологічні, мікробіологічні дослідження, направлені на оцінку перебігу захворювання, своєчасне виявлення ускладнень та проведення патогенетично обґрунтованої консервативної терапії в післяопеpативному періоді. Запропоновано шлях удосконалення комплексного лікування гострого запалення очеревини апендикулярного ґенезу. З метою покращення санації очеревини інтраопераційно була використана ультразвукова кавітація черевної порожнини.

Ключові слова: апендицит, перитоніт, лікування, діти.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ БРЮШИНЫ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Пастернак И.И.
Буковинская государственная медицинская академия

Резюме. По поводу острого аппендицита, осложненного перитонитом, прооперировано 644 детей. Проведены клинико-лабораторные, иммунологические, микробиологические исследования, направленные на оценку течения заболевания, своевременное выявление осложнений и проведение патогенетически обоснованной консервативной терапии в послеоперационном периоде. Предложен путь усовершенствования комплексного лечения острого воспаления брюшины аппендикулярного происхождения. С целью улучшения санации брюшины интраоперационно выполнялась ультразвуковая кавитация брюшной полости.

Ключевые слова: аппендицит, перитонит, лечение, дети.

APPLICATION ULTRASONIC CAVITATION OF PERITONEUM AT PERITONITIS AT CHILDREN

Pasternak I.I.
Bucovinian State Medical Academy

The resume. Concerning sharp appendicitis, complicated with a peritonitis, was operated 644 children. The microbiological researches directed on an estimation of current of disease, duly revealing of complications and realization the proved conservative therapy in the postoperative period are carried out laboratory, immunological. The way of improvement of complex treatment of a sharp inflammation peritoneum. With the purpose of improvement of sanitation peritoneum it was carried out ultrasonic cavitation a belly cavity.

Key words: appendicitis, peritonitis, treatment, children

Вступ. Гострий перитоніт у дітей – актуальна проблема в дитячій хірургії. Виражена мікробна агресія, пригнічення захисних сил організму, прогресуюче зростання ендогенної інтоксикації та порушення гомеостазу створюють загрозу життю дитячого організму[3,5,6]. Одним з важливих етапів комплексного лікування хворих на перитоніт є ефективна санація очеревинної порожнини, яка спрямована на видалення токсичних речовин, елімінацію та знищення мікроорганізмів. У більшості клінік основним методом санації є ретельний лаваж черевної порожнини розчинами антисептиків та антибіотиків. Наслідки санації значною мірою залежать від техніки її виконання, характеру мікрофлори, вибору антибактеріальних препаратів, адекватності дренування та підведення до вогнища антимікробних препаратів. Ультразвукова кавітація (УЗК) антибактеріальної рідини під час санації інфікованої черевної порожнини сприяє набуханню мікробних клітин, розрихлення їх оболонок з подальшим розрушенням, очищенню поверхні очеревини від нашарувань, проведенню лікарських речовин в тканини організму, прискоренню фізіологічних процесів, що сприяють заживленню.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено клініко-імунологічне обстеження 10 дітей основної групи віком 3-14 років з гострим деструктивним апендицитом, ускладненим дифузним перитонітом, пролікованих з застосуванням УЗК. Черевну порожнину наповнювали 0,02% водним розчином хлоргексидину з додаванням 5-10 мл.

3% розчину пероксиду водню та проводили ультразвукову кавітацію очеревини (апарат УРСК-7 з частотою коливань 26.5 кГц, експозиція 1 с/см^2). Після сеансу УЗК проводилась ретельна аспірація вмісту та дренування черевної порожнини з підведенням до вогнища інфекції багатоканального дренажа для хронологічної мікробіологічної діагностики. Мікробіологічне дослідження аеробної та анаеробної мікрофлори проводилось до, після кавітації та в післяопераційному періоді. Оцінку імунного статусу та неспецифічної резистентності проводили на 1, 7 та 14-ту добу післяопераційного періоду по загальноприйнятим методам[1,4]. Контрольну групу склали 18 дітей пролікованих загальноприйнятими методами.

Результати обстеження та їх обговорення. В відділенні дитячої хірургії Чернівецької міської дитячої лікарні за період 1998-2003 року з приводу гострого апендициту прооперовано 1908 дітей, що склало 11,69% від поступивши. Таке ускладнення, як перитоніт, мало місце в у 644 дітей (33,64%). Місцеві форми перитоніту зустрічались з частотою 76,89±6,46%, дифузні – 16,83±6,51%, розлиті – 8,17±2,71%. Місцевим перитонітом діти віком до 3-х років хворіли з частотою 1,62%, 3-7років – 17,0%, старше 7 років – в 81,38% випадків. Дифузний перитоніт мав місце у 11,88% дітей до 3-х років, 37,62% дітей віком 3-7 років та 48,51% старше 7-ми років. Розлитий перитоніт відповідно в 12,24% дітей до 3-х років, 26,53% – 3-7 років та 61,22% старше 7-ми років. В стаціонар хворі поступали в різні терміни від початку захворювання. Так давність захворювання при місцевому перитоніті до доби була у 46,76% хворих, 24-48 годин у 45,95%, більше 48 годин у 7,29% дітей. При дифузному перитоніті ці цифри відповідно до 24 год. у 11,88%, 24-48 год. у 57,43%, пізніше 48 годин у 30,69% хворих. Розлитий перитоніт мав місце лише у 2,04% дітей з давністю хвороби до 24 год., в 22,45% з давністю 24-48 год. та у 75,51% хворих, що поступили пізніше 48 год. від початку захворювання.

Таблиця 1

Динаміка термінів перебування хворих в стаціонарі при дифузному перитоніті

Інтенсивність прояву імунодепресії знаходиться в залежності від поширеності запального процесу в черевній порожнині. При дифузному перитоніті відмічалось пригнічення функції Т-клітинного імунітету за рахунок порушення співвідношення імунорегуляторних теофілін-чутливих та теофілін-резистентних лімфоцитів($T_{хелпери}$ 16,6±4,10%; $T_{супресори}$ 12,6±1,5%), зниження абс.числа В-лімфоцитів(0,42±0,09г/л), наростання рівнів IgM, IgG (1,03±0,11г/л; 8,5±0,38г/л) активація неспецифічної резистентності з зниженням функціональних резервів (ФА (81,2±6,30%), ФЧ (9,90±5,21), НСТсп. (46,2±9,71), ЦХКсп. (0,64±0,18)). Це вказує на адекватність імунної відповіді дитячого організму дії бактеріального чинника.

У дітей конторольної групи на 14-ту добу після операції спостерігалось активація Т-клітинного імунітету за рахунок активації хелперної ланки($T_{хелпери}$ 32,6±6,12%; $T_{супресори}$ 12.0±1,4%), наростання активності В-клітинного імунітету(абс.число В-лімфоцитів 0.48±0.05г/л, відносне 18,6±0,47%). Зберігається активність неспецифічної резистентності(ФА (80,0±4,10%), ФЧ (6,01±1,16), НСТсп. (26,3±2,40), ЦХКсп. (0,32±0,04)). Рівень ЦІК периферичної крові 160±25.

Імунограма у дітей основної групи, яким інтраопераційно проводилась УЗК очеревини, на 14-ту добу після операції вказувала на переважні зміни неспецифічної резистентності дитячого організму. Поряд з зростанням абсолютного числа лімфоцитів (3,15±0,07) наростає супресорна активність Т-клітин($T_{хелпери}$ 31,0±1,41%; $T_{супресори}$ 18,5±0,71%). В-клітинний імунітет особливих змін не зазнає(абс.число В-лімфоцитів 0,47±0,01г/л, відносне 17,0±0,9%). В той же час відмічається нормалізація неспецифічної резистентності(ФА (67,5±3,5%), ФЧ (5,25±0,21), НСТсп. (20,5±1,20), ЦХКсп. (0,28±0,03)) на фоні високих показників НСТст. (45,5±4,30), ЦХКст. (0,60±0,03) та ЦІК (125±20). Це свідчить про вплив УЗК очеревини на стан імунітету дитини при перитоніті, переважно на неспецифічну ланку імунітету, шляхом збалансованості реакції фагоцитарних клітин, покращення функцій фагоцитів, збереження їх функційних резервів тощо.

В результаті удосконалення комплексного лікування перитоніту у дітей досягнуто зниження середнього ліжко-дня при цій патології.(Рис.1.)

Висновки

1. Застосування комплексної терапії, що включає ретельну санацію черевної порожнини з ультразвуковою кавітацією очеревини, дозволяє покращити результати оперативного лікування при перитоніті, знизити ліжко-день перебування хворого.
2. Вивчення клініко-імунологічних показників свідчить про переважну спрямованість УЗК очеревини на неспецифічну ланку імунітету, що проявляється збалансованістю реакції фагоцитарних клітин, покращенням їх функції, збереженням функційних резервів тощо.

Література

1. Гернушенко Е.Ф. Иммунологические исследования в клинике. К.-1987:С.230.
2. Иммунологические методы (Под ред.Г.Фримеля) М.-1987:С.472.
3. Пастернак І.І., Боднар Б.М., Безруков Л.О. та ін. Сучасна оцінка імунологічних показників у дітей з гострим деструктивним апендицитом, ускладненим поширеним перитонітом // Буковинський медичний вісник -2000;1-2:С.85-88.
4. Хайруллина Р.М., Хасанов Р.Ш., Коценко Т.М. Опыт применения ронколейкина в педиатрической хирургической практике // Иммунология-1999;3:С.55-59.
5. Цуман В.Г., Машков А.Е., Щербина В.И., Савицкая К.И., Тайем Х. Нарушения системы антиинфекционной резистентности организма и их коррекция у детей с осложненными формами гнойно-септических заболеваний // Детская хирургия-2000;1: С.16-20.
6. Щитинин В.Е., Коровин С.А., Дворовенко Е.В. Хирургическая тактика при апендикулярном перитоните у детей // Детская хирургия-2000;4:С.13-15

УДК 616.053.002

ОЦІНКА ВАЖКОСТІ СТАНУ ДІТЕЙ ЗІ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Горбатюк О.М., Гончар В.В., Раппопорт Л.М., Гнатюк С.М., Луговой С.В., Свистильник І.О.
Київська медична академія післядипломної освіти ім.. П.Л.Шупика,

Резюме. В статті на основі власного клінічного досвіду надані результати клініко-лабораторного обстеження 201 дитини з ШКК різного генезу. Авторами запропоновані інформативні і достовірні методи клініко-лабораторного обстеження хворих, які є доступними для кожного дитячого хірургічного відділення. Визначення важкості стану дітей з ШКК є необхідним заходом для розробки оптимальної лікувальної тактики. Вірне трактування важкості внутрішньої кровотечі у дитини сприяє своєчасному і успішному лікуванню.