

Получены сравнительные данные типа фагоцитарной реакции с тяжестью ожоговой раны, включающей площадь, глубину ожоговой раны и развитие ожоговой болезни. Установлено, что в группе с гипоэргическим типом иммунной реакции общая площадь ожоговой раны составляла 13,2% в сравнении с группой с нормоэргическим типом реакции – 8,7%. Также площадь поверхностного и глубокого ожога в группе с гипоэргическим типом иммунной реакции составляла 10,4% и 2,8%, что на 31,7% и 42,9% соответственно больше, чем в группе с нормоэргическим типом реакции. Это свидетельствует о тесной корреляционной связи площади и глубины ожоговой раны, то есть тяжести поражения, со степенью угнетения иммунного ответа.

Выводы. Разработанная методика забора биологической жидкости в виде смыва из ожоговой раны и определение в ней фагоцитоза имеет важное диагностическое и прогностическое значение для оценки течения раневого процесса у пациентов с ожоговой травмой.

Важным и новым является выделение трех основных типов направленности иммунных реакций в ожоговой ране: гипоэргический, нормоэргический и гиперэргический. Это позволяет дифференцированно подходить к назначению как общего, так и местного иммуномодулирующего лечения.

Литература:

1. Земков В.М. Изменение иммунного статуса у пострадавших от ожогов, в том числе при массовых катастрофах / Земков В.М., Алексеев А.А. с соавт. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т.4. – №1. – С.9–18.
2. Якобияк М. Иммунология. – Нова книга, 2004. – 695с.
3. Diem E. Infections in burns. 7th European congress of clinical microbiology and infectious diseases / Abstr. Vienna, Austria. – 1995. – P15.

ВТОРИЧНЫЙ ОМЕНТИТ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Гляд М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Вторичный оментит у детей относится к тяжелым осложнениям деструктивных форм острого аппендицита. Профилактикой гнойных осложнений в послеоперационном периоде является резекция воспалительно измененного сальника в пределах здоровых тканей во время выполнения аппендэктомии [1, 2].

Цель исследования – изучение клиники, особенностей хирургического лечения и послеоперационного течения у детей с деструктивными формами острого аппендицита, осложненного оментитом.

Материал и методы исследования. В работе проанализированы ближайшие результаты хирургического лечения 20 детей (13(65%) – мальчики и 7(35 %) – девочки), в возрасте от 2 лет до 17 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГОДКБ в период с июня по декабрь 2014 г с деструктивными формами аппендицита осложненного оментитом.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой группе у 11(55%) пациентов выставлен диагноз «Острый флегмонозный аппендицит, гнойный оментит», у 9(45%) – «Острый гангренозный аппендицит, гнойный оментит». Дети поступали с жалобами на боль в правой подвздошной и околопупочной областях. Один пациент (5%) предъявлял жалобы на боль при мочеиспускании. Рвота наблюдалась у 12 (60%) пациентов. Жидкий стул был у 7 (35%) и задержка стула у одного ребенка. Повышение температуры тела от 37 до 38⁰С наблюдалась у 12 (60%) пациентов, а выше 38⁰С у 8(40%). Изменения в лейкоцитограмме присутствовали у 12(60%) пациентов. Ускорение СОЭ у 10(50%). Общий анализ крови остался в пределах возрастной нормы у одного ребенка(5%). Перитонеальные симптомы (Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского) не вызывались у 5(25%), были сомнительными у 15(75%)пациентов. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 14 дней. (минимальная 8 дней, максимальная 43 дня).

У 19 (95%) пациентов выполнена лапароскопическая аппендэктомия с резекцией измененного участка сальника. У одного пациента (5%) после лапароскопической санации брюшной полости выполнена лапаротомия, аппендэктомия, резекция участка сальника. В ходе гистологического исследования диагноз гнойный оментит подтвердился у всех пациентов.

Послеоперационный период протекал без особенностей у 16(80%) пациентов. Инфильтрат брюшной полости развился у 2(10%) пациентов, забрюшинный абсцесс правой подвздошной области у 1(5%). Аппендикулярный абсцесс развился у одного пациента.

Выводы:

1. Острый вторичный оментит не имеет патогномичной клинической картины.
2. Клиническое течение послеоперационного периода при остром аппендиците, осложненном вторичным оментитом, соответствует тяжести формы первичного заболевания.
3. Методом достоверной диагностики вторичного оментита при остром аппендиците у детей является лапароскопия.

Литература:

1. Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Арапова А.В. Осложнённый аппендицит у детей. – Л. – Медицина – 1982. – 188 с.
2. Поддубный И.В., Трунов В.О. // Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. –Детская хирургия. – 2002. – № 5. – С.42–44.