

лем лапароскопа. В 2 случаях (3,2%) за время нахождения детей в стационаре был отмечен рецидив инвагинации – в обоих случаях при поступлении проводилась гидростатическая дезинвагинация, а при возникновении рецидива в первом случае дезинвагинация выполнена лапароскопически, во втором – «ручное» выдавливание инвагината. Всего, лапароскопия применялась в 11 случаях: в 2 случаях (18%) – лапароскопическая дезинвагинация (как диагностический и лечебный способ), в 5 случаях (45,5%) после безуспешных попыток консервативных методов (в том числе случай рецидива инвагинации в стационаре), в 1 случае (9,1%) – гидростатическая дезинвагинация под контролем лапароскопа, в 3 случаях (27,3%) как промежуточный этап, т.е. была неэффективна – потребовалась лапаротомия и «ручная» дезинвагинация. Таким образом, лапароскопический способ лечения увенчался успехом в 8 случаях (72,7%) из 11.

Срок стационарного лечения больных с инвагинацией кишечника пролеченных с применением лапароскопии от 7 до 16 дней и в среднем составил 9,9 койко-дней, в то время как среди пациентов перенесших лапаротомию он составил 11,9.

Выводы:

1. Лапароскопия в 72,7% случаев позволила добиться радикального устранения инвагинации, не прибегая к лапаротомии.
2. Во всех случаях позволяет установить точный диагноз, предположить степень циркуляторных расстройств в ущемленной кишке, определить показания к открытому оперативному лечению.
3. Лапароскопический метод лечения позволяет сократить сроки пребывания в стационаре.

Литература:

1. Катько В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. – Минск «Зорны верасень», 2006.
2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей. – Л.: Медицина, 1983. – С.164-184

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Мельниченко М.Г., Антонюк В.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса

Введение. Выбор наиболее совершенного метода лечения инфильтратов брюшной полости у детей до настоящего времени дискутируется. Известные способы недостаточно эффективно позволяют избежать абсцесс-

дирования и предотвратить чрезмерное интраабдоминальное спайкообразование [2]. Учитывая морфофункциональные особенности и приоритет щадящих подходов у детей, предпочтение отдается более активной локальной терапии. Вместе с тем известно, что локальная антибиотикотерапия способствует накоплению терапевтической дозы антибиотика в воспалительном очаге, а региональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов усиливает общее и местное противовоспалительное действие, что обеспечивает интегрированный противовоспалительный эффект: купирование воспаления, уменьшения отека, улучшения микроциркуляции и гомеостатического регулирования [1]. Что касается диадинамотерапии, ее положительное действие связано со значительным влиянием на периферическое кровообращение и лимфообращение, на характер соотношений между метаболизмом и функцией поврежденных тканей [3].

Целью нашей работы является усовершенствование способа лечения послеоперационных инфильтратов брюшной полости у детей с аппендикулярным перитонитом путем этапного использования лечебных комплексов.

Материал и методы исследования. В комплексном лечении послеоперационных инфильтратов брюшной полости у детей с аппендикулярным перитонитом нами применяются лечебные комплексы (ЛК № 1, 2). На первом этапе используется ЛК № 1: после определения локализации и вида патологического образования по забрюшинно расположенному микроирригатору к инфильтрату подводят суточную дозу раствора антибиотика, после чего выполняется региональный антибактериальный электрофорез полем постоянного тока плотностью от 0,02 до 0,07 мА/см, экспозицией 15 минут, общим курсом 7 процедур; на ночь вводится лечебная микроклизма раствором антибиотика в 0,25% растворе димексида объемом 30-50 мл. На втором этапе выполняется ЛК № 2: после окончания регионального электрофореза в проекции инфильтрата чрескожно действуют диадинамотерапией, частотой полусинусоидальных импульсов 50 Гц, экспозицией 10–15 минут, общим курсом 7 процедур; одновременно применяют эндоректальные нестероидные противовоспалительные суппозитории (вольтарен 25 мг дважды в сутки).

Разработанная методика этапного использования лечебных комплексов выполнена у 19 пациентов с послеоперационным инфильтратом брюшной полости, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита – референтная группа. Контрольную группу составили 21 ребенок с послеоперационным инфильтратом брюшной полости, аналогичных по возрасту, срокам заболевания, наличию патологии, у которых предложенная методика не использовалась.

Результаты и их обсуждение. Эффективность проводимых лечебных комплексов оценивали по динамике течения заболевания, учитывая лабораторные показатели, данные ультразвукового исследования, возникновение осложнений, сроки пребывания больных в стационаре.

Сравнительный анализ показал, что использование этапных лечебных комплексов благоприятно влияло на течение заболевания: состояние пациентов значительно улучшалось, общая температура нормализовалась на 4–5 суток скорее, болевой синдром купировался на 2–3 суток раньше, явлений дискомфорта в животе и кишечной непроходимости не было, тогда как в контрольной группе 37,5 % детей жаловались на периодические боли в животе, в 18,3 % – стул был не постоянным. Кроме того, в референтной группе нивелировался нейтрофильный сдвиг, нормализовались ЛИИ и ИС на неделю быстрее по сравнению с этими показателями в контрольной группе.

Локальные изменения в брюшной полости контролировали инструментально. Так, ультразвуковой мониторинг в динамике свидетельствовал об уменьшении размеров инфильтрата, исчезновение отека тканей стенки кишечника, улучшения перистальтики на 4–5 суток раньше, чем у пациентов контрольной группы, у 3-х из которых диагностировано абсцедирование инфильтрата. По окончании курса лечения на 12 сутки УЗИ-исследованием подтверждено полное исчезновение явлений воспаления в брюшной полости, отсутствие спаек в зоне аффектации.

Выводы. Таким образом, использование разработанных лечебных комплексов в лечении послеоперационных инфильтратов брюшной полости у детей с аппендикулярным перитонитом усиливает местное антибактериальное действие, обеспечивает интегрированный противовоспалительный эффект, регулирует местный гомеостаз. Предложенная методика позволяет улучшить результаты лечения таких пациентов, избежать абсцедирования, предотвратить чрезмерное спайкообразование в зоне аффектации, уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Литература:

1. Диференційоване використання фізичних чинників в комплексному лікуванні апендикулярного інфільтрату у дітей / М. Г. Мельниченко, Н. Г. Ніколаєва, К. П. Алексюк // МОЗ України. Методичні рекомендації, Одеса. – 2006. – 18 с.
2. Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей / В. В. Жебровский, А. Д. Тимошин, С. В. Готье и [др.] – М.: ООО «Мед. информ.агентство», 2006. – 448 с.
3. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / В. С. Улащик. – Мн.: Книжный Дом, 2008. – 640 с.