

Таким образом, при повреждении селезенки необходимо стремиться к выполнению органосберегающих вмешательств, а при невозможности этого дополнять спленэктомия гетеротопической аутотрансплантацией ткани.

Заключение:

1. Основным методом лечения травм селезенки является спленэктомия (95,42%).
2. Успешные органосохраняющие операции при травме селезенки выполнены в 7 (4,58%) случаях.
3. Аутотрансплантация ткани селезенки после спленэктомии, в целях частичного сохранения функции органа, выполнена в 50,33% случаев.

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. У детей первичный перитонит встречается в 2-10% случаев всех видов перитонита. Наиболее характерно развитие заболевания у детей дошкольного и младшего школьного возраста, в подавляющем большинстве случаев у девочек [1]. Это свидетельствует о связи заболевания с состоянием гениталий [2]. Отличительной чертой первичного перитонита является схожесть клинических проявлений с клинической симптоматикой острого аппендицита, представляющее значительные затруднения в установлении диагноза и выбора метода лечения.

Материал и методы. В клинике детской хирургии за последние 5 лет (период с 2006 по 2010 гг.) находилось на лечении 38 детей (в 100,0% случаев - девочки). Все дети были оперированы. Возраст больных с первичным перитонитом составил от 3 до 14 лет.

Результаты. Клинические проявления заболевания у всех больных были схожими: острое начало, боль в животе, чаще неопределенной локализации, иногда внизу живота или в правой половине. Отмечалась тошнота с рвотой, подъем температуры тела до 38-39°C. Клиническая картина сопровождалась позывами на мочеиспускание и болью при мочеиспускании. У всех больных отмечались метеоризм и симптомы раздражения брюшины. Изменения в анализах крови: L от 12,0 до 26,0 x 10⁹ /л; СОЭ от 11 до 39 мм/ч.

Длительность периода от начала заболевания до поступления в стационар при первичном перитоните составила от 2 до 48 часов. 20 детей (52,6%) поступили в стационар через 4-6 часов от начала заболевания. С целью уточнения диагноза проводилось УЗИ брюшной полости. 7 девочек,

учитывая длительный болевой синдром, возраст 12-17 лет, данные УЗИ, осмотрены гинекологом.

Всего было выполнено 29 (92.1%) лапароскопий у больных с данной патологией. После лапароскопии 3 детям потребовалась открытая лапаротомия (апоплексия яичника, перекрут и некроз яичника). Остальным 3 детям производилась открытая лапаротомия. Во время операции в брюшной полости обнаруживался мутный, сливкообразный, пенистый выпот, без запаха, нередко с хлопьями фибрина. Количество выпота зависело от тяжести заболевания. Отмечались гиперемия брюшинного покрова и фимбрий труб, субсерозные кровоизлияния петель кишок. Положительные посевы содержимого брюшной полости были лишь в 28,5% случаев и представлены грамм-положительными кокками. Остальные посевы дали отрицательный рост микрофлоры.

После санации брюшной полости у 4-х больных устанавливались дренажные трубки на 2-3 дня, у 6-х – микроирригатор для введения антибактериальных препаратов. В послеоперационном периоде все дети с первичным перитонитом получали инфузионную терапию. 8 детей первые сутки находились в реанимационном отделении. Антибактериальную терапию получали все дети в виде комбинации цефалоспоринов с аминогликозидами на весь срок пребывания в стационаре. Местно применялся электрофорез с димексидом или УВЧ на переднюю брюшную стенку. Осложнений после оперативных вмешательств не было.

Длительность пребывания в стационаре составила от 7 до 15 дней – в среднем 8,4 дня. После выписки из стационара девочки, перенесшие первичный перитонит, наблюдаются детским хирургом и гинекологом по месту жительства в течение 1 года, проводится курсами противовоспалительной терапия 2-3 раза в год.

Заключение. Объективное исследование, применение метода диагностики (УЗИ) для правильной диагностики заболевания, и проведение в последующем лапароскопии позволяет своевременно установить диагноз и выполнить адекватную санацию брюшной полости. Лапароскопия является основным методом лечения первичного перитонита и позволяет избежать напрасной лапаротомии и аппендэктомии. Девочки, перенесшие первичный перитонит должны находиться на диспансерном учете у детского хирурга и гинеколога не менее 1 года.

Литература.

1. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство / Ю.Ф.Исаков, Э.А.Степанов, И.В.Красовская; АМН СССР - М: Медицина, 1988. - С. 416
2. Поляк М.С., Жигулин В.П. О лечении гематогенного перитонита у детей // Вестник хирургии, 1970.- №12.- С.70

ЛЕЧЕНИЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Глуткин А.В., Ковальчук Т.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Термические поражения у детей одна из актуальных проблем здравоохранения [4]. Анализ детского травматизма выявляет растущую роль термической травмы, а ее лечение сложная задача и требует дифференцированного подхода и комплексного приложения сил многих специализированных служб. Структура ожогов значительно изменилась в сторону утяжеления травмы и увеличения удельного веса глубоких поражений [1,2]. Незрелость тканевых структур в раннем возрасте у детей, несовершенство защитно-приспособительных реакций являются причинами длительного существования патологических послеожоговых расстройств, что, в свою очередь, может привести к необратимым изменениям даже при ограниченных по площади поражениях [3]. Наиболее часто термические поражения получают дети в возрасте до 3 лет. Тяжесть состояния после получения ожога напрямую зависит от нескольких факторов: площади ожоговой поверхности, возраста и глубины поражения. Неблагоприятные исходы термической травмы у детей можно предотвратить, используя на ранних этапах ее развития полный комплекс лечебных мероприятий, устраняющих патологическое воздействие травмы и поддерживающих компенсаторные механизмы организма пострадавшего.

Целью данного исследования явилось изучение и анализ возрастной структуры пациентов, причины возникновения ожогов, локализация, глубина, площадь ожоговых ран, критерии ожогового шока у детей с ожоговой болезнью.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 213 историй болезни пациентов с термическими поражениями, из них 54 пациента с ожоговой болезнью в период ожогового шока в возрасте до 3-х лет, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной детской клинической больнице в 2009-2010 гг., изучены возрастной состав, половая принадлежность, локализация, глубина, площадь ожоговых ран, критерии