

крови составило 26 часов. Средние показатели УЗИ почек: размер почки и толщина паренхимы находились в пределах нормы, ЧЛС не расширена. По данным доплерографии кровотоков в трансплантате интенсивный, среднее значение $V_{max} = 40,8$ мм/с.

Во второй группе среднее время холодовой ишемии трансплантата составило 15 часов. Диурез начался на первые сутки после операции. Среднее время нормализации биохимических показателей крови – 22 часа. Средние показатели УЗИ почек: размер почки и толщина паренхимы находились в пределах нормы, ЧЛС не расширена. По данным доплерографии кровотоков в трансплантате интенсивный, среднее значение $V_{max} = 27,8$ мм/с.

В третьей группе пациенты находились на длительной заместительной терапии. В конечном итоге все из этих пациентов нормализовали биохимические показатели, функционирование трансплантат признано удовлетворительным и в дальнейшем выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. При использовании в качестве трансплантата почки от родственного донора многократно увеличивается темп нормализации функциональной активности трансплантата. Раннее функциональное восстановление почечного трансплантата напрямую коррелирует со временем холодовой ишемии трансплантата. Трансплантация почки у детей является методом выбора лечения терминальной стадии ХПН. Трансплантация почки содействует физической, психической и социальной адаптации ребенка с терминальной ХПН.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ПЛЕВРИТОВ У ДЕТЕЙ

Вакульчик В.Г., к.м.н., доцент

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно,
Беларусь.*

Введение. Гнойные плевриты у детей известны достаточно давно. Особую актуальность они приобрели в 60-х годах прошлого века, когда был отмечен резкий рост числа больных стафилококковой пневмонией с развитием плевральных осложнений. В русскоязычной литературе она получила термин «Стафилококковая деструкция легких (СДЛ)». Летальность при развитии СДЛ достигала 70%. Лечение деструктивной пневмонии претерпело за прошедшее время существенные изменения. Первые успехи в ее лечении были связаны с внедрением ранних оперативных вмешательств: торакотомии, санации плевральной полости, вскрытию субплевральных абсцессов. Это позволило снизить летальность до

25–30%. Постепенно, с накоплением опыта, все большее значение стали приобретать более консервативные методы лечения: торакоцентез, дренирование плевральной полости, активная и пассивная аспирация. При этом летальность снизилась до 1 – 3%. В последнее десятилетие больные с деструктивной пневмонией были достаточно редким явлением в практике детского хирурга. Однако с 2007г в нашей клинике был отмечен рост числа детей с данной патологией. Начался новый этап поиска рациональных и эффективных методов санации плевральной полости при гнойных плевритах. Одним из таких методов, по нашему мнению, является торакоскопическая декортикация легкого, лаваж и рациональное дренирование плевральной полости.

Цель работы: Представить результаты торакоскопической декортикации легких при гнойных пара- и постпневмонических гнойных плевритах у детей.

Материалы и методы. За период 2009 – 2011гг. нами выполнены торакоскопические вмешательства у 9 детей. Возраст больных от 1г 10 мес. до 12 лет, медиана 4 г. Из них 4 мальчиков. Длительность заболевания до поступления ребенка в госпиталь составила от 1 до 10 дней (Me = 4,0). Диагноз плеврита устанавливался на основании физикальных данных, результатов рентгенографии грудной клетки, ультразвукового исследования плевральной полости. Причиной плеврита были: пневмония – 8 детей, проникающее ранение бронха при введении зонда в желудок для зондового питания – у одного. Ограниченный плеврит диагностирован у одного ребенка, тотальный – у 8 больных. У двух пациентов при поступлении, на основании плевральной пункции, был выполнен торакоцентез и дренирование плевральной полости. У остальных детей проводились плевральные пункции. Дальнейшая тактика основывалась на результатах плевральной пункции и исследовании полученного аспирата. При исследовании аспирата определяли рН, концентрацию глюкозы, активность лактатдегидрогеназы, проводили бактериоскопию после окрашивания по Грамму. При рН менее 7,0 и/или концентрации глюкозы меньше 2,2 ммоль/л и/или активности лактатдегидрогеназы более 1000 МЕ/л, при наличии в препарате бактерий решался вопрос о необходимости дренирования плевральной полости или выполнении торакоскопической декортикации. Для уточнения распространенности и сложности плеврита выполняли спиральную компьютерную томографию. При наличии многокамерного выпота ребенок квалифицировался на оперативное лечение.

Торакоскопию выполняли в положении больного на здоровом боку. Использовали инструменты диаметром 5 мм. Первый троакар вводили по средней подмышечной линии во II - III межреберье, либо через рану после торакоцентеза. После этого, очень осторожно, создавали туннель для введения второго троакара в VI – VII межреберье по лопаточной линии. Используя эти порты освобождали плевральную полость для введения третьего троакара по среднеключичной линии. Далее разделя-

ли все имеющиеся сращения между париетальной и висцеральной плеврой, вскрывали имеющиеся абсцессы, освобождали междолевые борозды. Массивные наложения фибрина удаляли механическим путем. Для санации плевральной полости в зоне верхушки легкого, после выделения диафрагмальной поверхности легкого и синуса, дополнительно вводили троакар диаметром 10 мм максимально низко. В дальнейшем через этот троакар производили дренирование плевральной полости. После проведения полной декорткации легкого выполняли промывание плевральной полости теплым физиологическим раствором для максимального удаления гноя и фибрина.

В послеоперационном периоде проводили активную аспирацию содержимого из плевральной полости. Через 18–24 часа начинали инстилляцию раствора стрептокиназы в плевральную полость. Доза стрептокиназы составляла от 32600 до 100000 МЕ/кг массы тела (медиана Ме = 68000). Для разведения использовали физиологический раствор, подогретый до температуры 37,0, объем раствора от 50 до 150 мл в зависимости от возраста. Длительность инстилляций – 4 часа. Данная процедура применена у 7 пациентов. В двух случаях (первые оперативные вмешательства) стрептокиназа не применялась. Двум больным проведено по 1 - 2 инстилляций, четырем детям по 3, одному ребенку выполнено 5 процедур. В первые сутки после операции объем отделяемого из плевральной полости составил 0,19 – 1,1 мл/кг/час (Ме = 0,3). После первой инстилляций стрептокиназы объем отделяемого из плевральной полости резко возрос и составил от 0,4 до 1,7 мл/кг/час (Ме = 0,62), после второй – 0,2 – 1,4 (0,4) мл/кг/час. Длительность нахождения дренажа в плевральной полости составила от 3 до 12 дней, Ме = 6.

Осложнения торакоскопической декорткации отмечены у одного больного. На 3 сутки после операции возник бронхоплевральный свищ и развился отграниченный пневмоторакс. Лечение консервативное, свищ закрылся самостоятельно через 5 дней.

Контроль лечения проводился путем обзорной рентгенографии легких и оценивался через один и два месяца. Хорошие результаты получены у 8 детей - отсутствие остаточных плевральных наложений. У одного ребенка (после ранения легкого) сохранялись незначительные плевральные наложения через один месяц.

Выводы. Первый опыт применения торакоскопической декорткации легких при гнойных плевритах может служить основанием для рекомендации данного метода, как метода выбора. Необходимы дальнейшие исследования для выработки оптимальных сроков оперативного вмешательства, доз и кратности введения тромболитических препаратов.