

ЛЕЧЕНИЕ ПИОФИБРИНОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

С.А. Янкилевич

Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск, Российская Федерация

Несмотря на достижения в лечении гнойно-деструктивных заболеваний бронхолегочной системы у детей, эта проблема до сих пор остается актуальной. Это связано с большим количеством легочно-плевральных форм бактериальной деструкции, сопровождающихся исходом в хронические формы, что ведет к последующей инвалидизации данной категории больных детей. Цель исследования - изучить эффективность методов дренирования и видеоторакоскопической санации плевральной полости при пиофибринотораксе у детей.

Материал и методы. За последние 5 лет в клинике детской хирургии Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска находилось на лечении 27 детей с пиофибринотораксом. Дренирование плевральной полости и торакоскопическое вмешательство выполняли по стандартной методике. При торакоскопии использовали три троакара: один - для оптики (в 4 м/р) и два - для манипуляторов (в точках с максимальным скоплением гнойного экссудата и фибрина). Сонографическое исследование плевральной полости осуществлялось через трансабдоминальный и интеркостальный доступы (датчики 3,5 и 7,5 МГц). Дренирование плевральной полости применялось как начальное лечение, которое в 55,6% случаев оказалось неэффективным. У данной категории детей в последующем была выполнена торакоскопическая декорткация легкого.

Результаты. Наибольшими чувствительностью и специфичностью в диагностике пиофибриноторакса обладает сонография, так как позволяет на ранней стадии диагностировать формирующиеся фибриновые перегородки, достоверно выявить скопление выпота в плевральной полости, оценить толщину плевры и фибриновых наложений. Интраоперационная картина выявила массивные напластования фибрина по поверхности легкого, множественные перегородки в плевральной полости, вплоть до полной ее облитерации. Гнойный экссудат располагался в виде «сот», что объясняет неэффективность метода дренирования. Торакоскопия позволила создать «единую» плевральную полость, выполнить декорткацию легкого.

Заключение. Торакоскопия позволяет достигнуть хороших результатов лечения во всех случаях неэффективности дренирования плевральной полости и сократить сроки госпитализации. Оптимальным сроком проведения торакоскопической санации плевральной полости являются 5-7 сутки после появления плеврального выпота. В данные сроки фибриновые наложения рыхлые, их удаление менее травматично для ткани легкого. Ранние сроки санации плевральной полости позволяют более быстро восстановить контроль над источником инфекции.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ И ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

А.В. Яроцкая

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
Владикавказ, Российская Федерация

Инородные тела груди и живота после огнестрельных ранений составляют серьезную проблему для хирургов. В каждом из 51 случая слепого ранения и 3 случаев сквозного ранения груди приходилось решать вопрос о необходимости и срочности оперативного вмешательства по удалению инородных тел. В 72,4% наших наблюдений они были удалены. При значительном их количестве и глубоком расположении, учитывая травматичность предполагаемых вмешательств, они были оставлены в 21,1% случаев. Часть инородных тел (6,5%) не найдена во время операций. У 21,9% в дальнейшем произведены оперативные вмешательства в связи с развитием гнойно-воспалительных осложнений в области стояния инородного тела.

Продолжается наблюдение за 12 ранеными с инородными телами груди. Из них 4 - с инородным телом легкого - срок наблюдения до 12 лет, размеры осколков 0,1х0,5 см. С инородным телом (пулей, диаметр-0,5 см) диафрагмы - 1 раненый, срок наблюдения 3,5 года. С инородными телами мягких тканей грудной стенки - 4 раненых, размер осколков 0,2х0,4 см, срок наблюдения 6 лет. Во всех этих случаях на время окончания исследования осложнений не отмечается. Продолжается наблюдение за 6 ранеными с инородными телами брюшной полости и забрюшинного пространства (срок наблюдения от 2 до 10 лет, размеры инородных тел от 0,2 до 1,0 см в диаметре), за 5 пострадавшими с инородными телами брюшной стенки, позвоночника (срок наблюдения от 2 до 8 лет, размеры инородных тел от 0,2 до 1,0 см). Установлено, что основными причинами повторных вмешательств по поводу инородных тел являются: нагноение инородных тел, крупные размеры инородного тела (более 1 см), нахождение его в проекции крупных сосудов и в функционально активной зоне. Учитывая высокий процент гнойно-воспалительных осложнений, необходимо наблюдение за инородными телами, расширение показаний к оперативному лечению. Вместе с тем, не следует проводить настоячивые поиски ранящего снаряда во время операции, если он не определяется при доступной ревизии, так как это приводит к увеличению длительности операции, значительной травматизации, ухудшению состояния больного.

ЭХИНОКОККОЗ ОБОИХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ф.Б. Алиев, А.И. Муталибов, Г.Ж. Садуллаев, Г.М. Юсупова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал
детской хирургии РСНПМЦ педиатрии, Самарканд, Узбекистан

В клинике за период с 1998 по 2008 г. находилось на стационарном лечении 548 больных с эхинококкозом. Из них у 195 детей эхинококковые кисты локализовались в легком, что составило 35,6%.

Двустороннее поражение легкого эхинококкозом отмечено у 35 (17,9%) детей. Большинство больных из них

были школьного возраста – 23 (65,7%). Чаще эхинококкозом болели мальчики – 21 (60,0%). Количество сельских жителей превалировало в 6 раз.

У 16 больных двустороннее поражение легких сочеталось с эхинококкозом печени. У 22 больных встречались одиночные кисты в обоих легких, у 4 – множественные кисты, у 5 – множественные справа и одиночная киста слева, а у 4 больных – множественные слева и одиночная справа.

В 13 (37,1%) случаях выявлены осложненные кисты. Прорыв в бронх и/или плевральную полость – у 12, прорыв нагноившейся кисты – у 6, и нагноение эхинококковой кисты отмечено у 1 пациента.

При эхинококкозе легкого в последние годы чаще применяем миниторакотомия в зависимости от возраста ребенка, локализации, осложнений эхинококковой кисты. При сочетанном эхинококкозе легких и печени оперативное вмешательство производили поэтапно, в первую очередь удаляли кисту из легкого, а затем из печени.

Нами ранее установлено, что у 80 % больных с эхинококкозом имеется гипоацидное состояние. В этой связи, при выявлении гипоацидного состояния на протяжении всего лечения проводился комплекс мероприятий, повышающих кислотообразующую функцию желудка.

После эхинококкэктомии легкого встречалось нагноение остаточной полости кисты – в 3 (15,8%) случаях.

В качестве критериев оценки эффективности проводимого лечения мы использовали динамические изменения показателей, отражающих важнейшие звенья работы иммунитета.

Сроки пребывания больных в стационаре составили 18,4 суток. А послеоперационное нахождение больных – 13,5. Летальных исходов не наблюдалось.

Отдаленные результаты лечения эхинококкоза анализированы у 22 (60%) из 35 детей в сроки от 2 до 10 лет. Основное количество пациентов (87,7%) обследовано в отдаленные сроки, через 6-10 лет после операции.

У 1 (0,9%) ребенка обнаружена остаточная полость эхинококковой кисты в легком.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Р.Д. Аутова

**Казахский национальный медицинский университет,
Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Казахстан**

С 2000 по 2008 год на клинической базе кафедры в НЦП и ДХ находились на обследовании и оперативном лечении 87 детей с эхинококкозом печени в возрасте от 5 до 14 лет. Всем детям было проведено комплексное клинко-инструментальное обследование: ОАК, ОАМ, ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. Для уточнения локализации кисты при ультразвуковом исследовании была использована схема сегментарного деления печени Коунауда-Шапкина.

По сегментарному делению эхинококковые кисты располагались преимущественно в правой доле, в V, VI, VII сегментах – 63 (73%) больных. Это объясняется анатомо-топографической особенностью сосудистой архитектуры воротной вены. В остальных 24 (27%) случаях отмечалось двухстороннее поражение. В зависимости от метода хирургического вмешательства пациенты были распределены на три группы; I-я группа составила 52 (59,8%) больных, в лечении которых были применены традиционные методы хирургического лечения; II-я группа – 24 (27,6%) больных с применением лапароскопической эхинококкэктомии печени; III-я группа – 11 (12,6%) больных с применением чрескожно-пункционно-аспирационного метода. Для оценки эффективности хирургического лечения эхинококкоза печени у детей было проведено сравнительное изучение результатов оперативного лечения. При этом оценивались длительность операции, общее состояние больных после операции, сроки нахождения в стационаре. Неудовлетворительных результатов при применении ЧПА – метода и лапароскопической эхинококкэктомии не было. Положительные результаты при традиционном методе хирургического лечения получены у 51 (98%) ребенка, неудовлетворительные результаты констатированы только в 1 (1%) в виде желчного свища, который закрылся самостоятельно на 17 сутки после операции. Наблюдение больных в катамнезе в течение двух лет после лечения чрескожно-пункционно-аспирационным способом показало отсутствие остаточной полости при ультразвуковом исследовании.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.У. Курбанова, М.Ф. Бегбудиев, Г.Д. Турабова

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии,
Самарканд, Узбекистан**

В торакальном отделении клиники за период с 2001 по 2005 г. были госпитализированы 254 ребенка с диагнозом инородное тело дыхательных путей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Давность аспирации инородных тел в дыхательных путях колебалась от нескольких часов до 5 лет. Все 254 больных прошли клинко-лабораторное обследование, при этом у 4 (1,6%) из них были инородные тела. У 14 (5,5%) при наличии клинко-рентгенологических данных инородного тела бронхоскопически не выявлено. Эндоскопическими находками в этих случаях были: обструкция бронха гнойной пробкой – у 3, стеноз гортани – у 6, выраженный трахеобронхит – у 5.

У остальных 236 больных диагноз инородное тело был подтвержден эндоскопически. По характеру инородных тел: органические были у 191 (80,9%), неорганические – у 45 (19,1%).

В 139 (58,9%) случаях инородное тело локализовалось в правом главном бронхе, в 80 (33,9%) – в левом бронхе, у 10 (4,2%) – в трахее, у 7 (3%) – в гортани.

У 26 (11%) больных проводились повторные бронхоскопии. У пациентов были инородные тела, длительно находившиеся в дыхательных путях, прикрытые грануляциями и рубцовой тканью. Инородное тело было удалено лишь при повторных бронхоскопиях, после специальной дополнительной подготовки с учетом ошибок предыдущего исследования.