

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