

Цель работы. Улучшить эффективность оперативного лечения аппендикулярного абсцесса у детей.

Материалы и методы. За последние 5 лет в клинике оперировано 54 ребёнка по поводу сформированного аппендикулярного абсцесса. Дети поступали в срок от 2 до 9 суток от начала заболевания. Всем детям оперативное лечение начинали лапароскопически, у 4-х из них возникла необходимость в конверсии на лапаротомный доступ. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 17 лет: от 6 месяцев – до 3 лет 5 детей, от 4 лет до 7 лет 15 детей, от 8 до 12 лет 17 детей, от 13 до 17 лет 17 детей. По распределению по полу: мальчиков подавляющее большинство – 33 ребенка, девочек – 21. На момент поступления не обращалось за медицинской помощью и не лечилось 28 детей, у 12 родители занимались самолечением и не обращались за медицинской помощью, 14 находились под наблюдением медицинских работников и получали лечение по поводу соматической патологии. В послеоперационном периоде дети получали АБ терапию по схеме: цефалоспорины+амикацин+метронидазол.

Результаты и обсуждения. Детей с аппендикулярным абсцессом без перитонеальных симптомов и возможностью чрезкожной пункции и дренирования полости абсцесса мы не наблюдали. Длительность оперативного вмешательства колебалась от 30 до 120 минут. В 38 случаях в патологический процесс был вовлечен большой сальник, произведена лапароскопическая резекция участка измененного сальника. У 15 детей после разъединения стенок абсцесса париетальная и висцеральная брюшина обрабатывалась противоспаечным гелем, содержащим гиалуронат натрия, с целью уменьшения спаечного процесса и улучшения эффективности дренирования. Культю отростка удалось клипировать у 40 детей, в 8 случаях произведена перевязка лигатурой широкого основания, в 4-х случаях произведено лапароскопическое ушивание купола слепой кишки, в 2-х случаях основание отростка не было выявлено, подводилось по 2 дренажные трубки к ложу абсцесса. Интраоперационные осложнения в виде повреждений стенки подвздошной кишки отмечалось у 1 ребенка, конверсия на лапаротомию, наложение двойной илеостомы. У двоих детей в раннем послеоперационном периоде отмечалось формирование абсцесса брюшной полости, повторная лапароскопическая санация. У двоих детей отмечалось нагноение лапаротомной послеоперационной раны. Госпитальный период длился от 9 дней до 4 недель, после чего пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы.

1. Лапароскопический способ лечения аппендикулярного абсцесса у детей позволяет в подавляющем большинстве случаев получить хороший результат .

2. Применение противоспаечного геля, содержащего гиалуронат натрия, позволяет снизить количество послеоперационных интраабдоминальных осложнений и улучшает эффективность дренирования брюшной полости.

Досвід хірургічного лікування гнійно-деструктивних захворювань бронхолегеневої системи

В. А. Дігтяр, О. М. Барсук, А. А. Галаган, В. Г. Хомяков, Ю. Ф. Жущман

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

Вступ: Незважаючи на досягнення в лікуванні гнійно-деструктивних захворювань бронхолегеневої системи у дітей, ця проблема досі залишається актуальною. Це пов'язано з великою кількістю легенево-плевральних форм гострої деструктивної пневмонії та її

ускладнень, що супроводжуються затяжним перебігом, який погіршує якість життя дітей.

Мета: На прикладі неефективності лікування затяжних форм гострої гнійно-деструктивної пневмонії шляхом пункцій та закритого торакоцентезного дренивання показати можливість використання торакоскопії.

Матеріали і методи: На лікуванні та під спостереженням знаходилося з гнійно-деструктивними змінами легень 177 дітей від 1 року до 17 років, які лікувалися в ОДКБ м. Дніпро в відділенні гнійної хірургії з 2013 по 2017 рік. Хлопчиків було 107 що складає 60,5%, дівчаток – 70 що складає 39,5%. Для дослідження відібрано групу хворих – 30 дітей, з яких хлопчиків було 21, дівчаток – 9 дітей, після тривалого пункційного та дренажного лікування була проведена відеоторакокопічна санація.

Результати: Діти поступали в клініку з приводу гнійно-деструктивної пневмонії та її ускладнень – плеврити, абсцеси, піоторакс, піопневмоторакс, на 2–3 тиждень захворювання, попередньо проходячи лікування в інфекційному та соматичному відділеннях іншого лікувального закладу або амбулаторного лікування, з приводу ГРВІ та пневмоній. Даній групі пацієнтів неодноразово проводилась пункція або дренивання плевральної порожнини. Торакокопічна санація проводилася загальноприйнятим методом, орієнтуючись на клініко-рентгенологічні дані, данні ультразвукового дослідження і комп'ютерного томографа. Це давало можливість оцінити зміни вісцеральної і парієтальної плеври, зруйнувати внутрішньоплевральні зрощення, видалити фібринозно-гнійні та некротичні накладення. Проводилась санація плевральної порожнини антисептичними препаратами. Загальний стан дітей нормалізувався на 3–5-у добу, зменшувався інтоксикаційний синдром, зменшувалася дихальна недостатність. Легеня розправлялась. Плевральний дренаж видаляється на 5–7 добу. Це скорочувалася перебування пацієнтів в хірургічному відділенні.

Висновок:

1. Для визначення лікувальної тактики при легенево-плевральних формах гострої деструктивної пневмонії необхідно проведення спеціального обстеження з застосуванням ультразвукового сканування плевральної порожнини і комп'ютерної томографії грудної клітки, що дозволяють об'єктивно оцінити стан плевральної порожнини.

2. Відеоторакокопічна санація плевральної порожнини є методом вибору в лікуванні тривалих легенево-плевральних форм гострої гнійно-деструктивної пневмонії при неефективності дренажних методів лікування.

Використання малоінвазивних методів лікування інвагінації кишечника у дітей

**В. А. Дігтяр, О. М. Барсук, М. В. Савенко, М. О. Камінська, С. В. Коваль,
О. П. Гладкий, Д. М. Лук'яненко, В. Е. Денисенко**

**Дніпропетровська медична академія,
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня**

Вступ. У структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини інвагінація кишечника у дітей займає друге місце, поступаючись лише гострому апендициту, та займає перше місце серед усіх видів придбанної кишкової непрохідності, складаючи з них 70–80%. Захворюваність коливається в межах від 1,5 до 4,0 випадків на 1000 новонароджених. Найбільш часто захворювання виникає у дітей грудного віку і переважно у хлопчиків.