

Сукупність позитивних ефектів малоінвазивних оперативних втручань при перфоративних виразках шлунку і ДПК дозволила більш, ніж в 1,5 рази скоротити тривалість післяопераційного періоду у хворих I групи.

Висновки

1. Перфоративні виразки шлунку і ДПК у дітей виникають раптово, характеризуються відсутністю «виразкового анамнезу» і маніфестною клінікою гострого перитоніту.

2. Використання малоінвазивних операцій на основі лапароскопічної техніки для хірургічного лікування перфоративних виразок шлунку і ДПК у дітей, окрім відмінного косметичного ефекту, значно полегшує перебіг раннього післяопераційного періоду за рахунок зменшення операційної травми, адекватнішої санації черевної порожнини і дозволяє істотно скоротити терміни ранньої реабілітації хворих.

Література

1. Башлыков Д.В. Эпидемиологические аспекты хирургии перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. //

Матер. научно-практ. Конф.: «Эпидемиология неинфекционных заболеваний». – Иркутск. – 2008. – С.4-7.

2. Запороженко А.Г., Бондарюк Л.Н., Журило И.П. и др. Оценка эффективности различных методов лечения аппендикулярного перитонита у детей. // Украинский журнал хирургии. – 2010. – №2. С.127-130.

3. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и др. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия, 2000. — № 3. — С. 5-7.

4. Marilitta J. O. E. Bertleff and Johan F. Lange Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. // Surg Endosc. – 2010. – № 24(6). – P.1231–1239.

5. Vaidya BB, Garg CP, Shah JB. Laparoscopic Repair of Perforated Peptic Ulcer with Delayed Presentation. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2009;19(2):153–156.

6. Chambers C. T., Giesbrecht K., Craig K. D. et al. // Pain (Netherlands). — 1999. — V. 83 (1). — P. 25–35.

7. Gracely R.H. // Acta Anaesthesiol. Scand. (Denmark). — 1999. — V. 43 (9). — P. 897–908.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.61+616-08+613.955

ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ НИРОК У ДІТЕЙ

М.В. Зеляк, Б.М. Зіняк, Б.Д. Баб'як

Івано-Франківський національний медичний університет
Івано-Франківська обласна клінічна дитяча лікарня

ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Н.В. Зеляк, Б.М. Зиняк, Б.Д. Бабьяк

Івано-Франковський національний медичний університет
Івано-Франковська обласна клінічна дитяча лікарня

TREATMENT OF CLOSED RENAL DAMAGES IN CHILDREN

N.V. Zeliak, B.M. Ziniak, B.D. Babiak

Ivano-Frankivsk National Medical University
Ivano-Frankivsk Oblast Clinical Children's Hospital

Резюме. Метою дослідження була оцінка власних результатів лікування хворих із закритою травмою нирки. Переглянули і проаналізували історії хвороб 42 послідовних пацієнтів віком 6 місяців - 18 років (в середньому 9,3 років), які мали закриту травму нирки в 2000 -2014 р.р. р. Діагностику пошкодження нирки у гемодинамічно стабільного пацієнта проводили за допомогою видільної урографії, КТ з внутрішньовенним контрастуванням, МРТ, УЗД. У 13 (30,95%) хворих травма була I ступеня, у 12 (28,57%) - II ступеня, в 10 (23,80%) – III ступеня, в 5 (11,90%) – IV ступеня, ще в 2 (4,76%) пацієнтів – V ступеня. У 18 хворих травма нирки була ізольованою, в 3 інших вона поєднувалась з черепно-мозковою травмою, розривом селезінки - в одному випадку. Всі пацієнти, крім одного, були гемодинамічно стабільними. 21 хворого лікували консервативно, 10 пацієнтам зробили пункційне дренирування біляниркової уриноми, одному провели операцію лапаротомію, спленорафію, стентування сечоводу зробили одному хворому. Незворотньо пошкодженою в результаті травми нирка була в трьох пацієнтів - їм зробили нефректомію. Незворотньо пошкодженою в результаті травми полюс нирки був у двох пацієнтів - їм провели резекцію полюса. У всіх хворих через 6-12 місяців після травми нирка функціонувала цілком задовільно, артеріальну гіпертензію не спостерігали в жодного пацієнта.

Ключові слова: *закрита травма нирки, лікування.*

Резюме. Целью исследования была оценка собственных результатов лечения больных с закрытой травмой почки. Просмотрели и проанализировали истории болезней 42 последовательных пациентов в возрасте 6 месяцев - 18 лет (в среднем 9,3 года), которые имели закрытую травму почки в 2000 -2014 г.г. Диагностику повреждения почки у гемодинамически стабильного пациента проводили с помощью выделительной урографии, КТ с внутривенным контрастированием, МРТ, УЗИ. У 13 (30,95%) больных травма была I степени, у 12 (28,57%) - II степени, в 10 (23,80%) - III степени, в 5 (11,90%) - IV степени, еще в 2 (4,76%) пациентов - V степени. У 18 больных травма почки была изолированной, в 3 других она сочеталась с черепно-мозговой травмой, разрывом селезенки - в одном случае. Все пациенты, кроме одного, были гемодинамически стабильными. 21 больного лечили консервативно, 10 пациентам сделали пункционное дренирование околопочечной уриномы, одному произвели операцию лапаротомии, спленорафию, стентирование мочеточника сделали одному больному. Необратимо поврежденной в результате травмы почка была у трех пациентов - им сделали нефректомии. Необратимо поврежденным в результате травмы полюс почки был в двух пациентов - им произвели резекцию полюса. У всех больных через 6-12 месяцев после травмы почка функционировала вполне удовлетворительно, артериальную

гіпертензію не наблюдали ни у одного пациента.

Ключевые слова: закрытая травма почки, лечение.

Abstract. The aim of the study was to assess the results of own treatment of closed injury of the kidney. There were reviewed and analyzed the medical history 42 consecutive patients from 6 months-18 years old (the average 9.3 years) who had closed kidney injury in 2000-2014 years. The diagnosis of kidney damage in hemodynamically stable patients was performed using excretory urography, CT with intravenous contrast, MRI, ultrasound. 13 (30.95%) patients had an injury of first degree, in 12 (28.57%) - second degree, 10 (23.80%) - third degree, 5 (11.90%) - the fourth degree, and 2 (4.76%) patients had V degree injury. In 18 patients with kidney injury was isolated, in 3 others it was combined with traumatic brain injury and a ruptured spleen in one case. All patients, except one, were hemodynamically stable. 21 patients were treated conservatively, 10 patients had puncture drainage retroperitoneal urinomas, one patient had laparotomy, splenectomy, and ureteral stenting was performed to one patient. There were 3 patients irreversibly damaged by trauma kidney - they underwent nephrectomy. Two patients were irreversibly damaged by trauma of the kidney pole - they underwent resection of the pole. In all patients in 6-12 months after trauma kidney was functioning satisfactorily, hypertension was diagnosed in a no single patient.

Keywords: closed injury of the kidney, treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Урогенітальна травма складає біля 10 % випадків звертань у приймальне відділення. Закриті пошкодження нирок бувають досить часто. В дітей нирки більш схильні до пошкодження, ніж в дорослих, і при травмі є одними з найбільш вразливих органів живота. Після тривалого періоду первинного хірургічного відновлення закритих ниркових пошкоджень обґрунтовано можливість ефективного малоінвазивного лікування цього пошкодження.

Метою дослідження була оцінка власних результатів лікування хворих із закритою травмою нирки.

Матеріали і методи

Пролікували, переглянули та проаналізували історії хвороб 42 послідовних пацієнтів віком 6 місяців - 18 років (в середньому 9,3 років), які мали закрити травму нирки в 2000 - 2014 р.р. Тяжкість травми визначали за 5-бальною шкалою Американської асоціації хірургії травми. Оцінку лікування проводили за наступними критеріями: гемодинамічна стабільність при поступленні, травма ізольована чи поєднана, лікування консервативне чи оперативне, вид хірургічної операції, втрата нирки під час травми чи операції, функція нирки та частота артеріальної гіпертензії після лікування.

Результати та їх обговорення

Діагностику пошкодження нирки у гемодинамічно стабільного пацієнта проводили за допомогою видільної урографії, КТ з внутрішньовенним контрастуванням, МРТ, УЗД. У 13 (30,95%) хворих травма була I ступеня, у 12 (28,57%) - II ступеня, в 10 (23,80%) - III ступеня, в 5 (11,90%) - IV ступеня (Рис. 1, 2), ще в 2 (4,76%) пацієнтів - V ступеня. У 18 хворих травма нирки була ізольованою, в 3 інших вона поєднувалась з черепно-мозковою травмою, розривом селезінки - в одному випадку. Всі пацієнти, крім одного, були гемодинамічно стабільними. 21 хворого лікували консервативно, 10 пацієнтам зробили пункційне дренирування біляниркової уриноми, одному провели операцію лапаротомію, спленорафію, стентування сечоводу зробили одному хворому.

Незворотно пошкодженою в результаті травми нирка була в трьох пацієнтів - їм зробили нефректомію. Незворотно пошкодженням у результаті травми полюс нирки був у двох пацієнтів - їм провели резекцію полюса. У всіх хворих через 6-12 місяців після травми нирка функціонувала цілком задовільно, артеріальну гіпертензію не спостерігали в жодного пацієнта.

Існує загальна згода проміж урологами, що метою лікування травми нирки є максимальне збереження ниркової тканини. Переважна більшість ниркових пошкоджень малі (I-II ступенів), які лікують консервативно. При критичних травмах (IV-V ступенів), що супроводжуються небезпечними для життя пацієнтів ускладненнями, проводять оперативне лікування, як правило, видалення нирки. Протиріччя стосуються великих пошкоджень нирки з екстравазацією сечі та нежиттездатними фрагментами ниркової паренхіми (III-IV ступенів).

Дослідження двох останніх десятиліть показали, що при точному встановленні ступеня пошкодження, консервативне лікування може зменшити частоту втрати нирок без підвищення необхідності невідкладної чи відстроченої операції з приводу ускладнень. Екстравазація сечі розривається спонтанно в більшості пацієнтів із закритою нирковою травмою. Очікувальне лікування не має негативного впливу на наслідки лікування та тривалість госпіталізації. В хворих, які поступають зі значними нирковими розривами, поєднаними з деваскуляризованими сегментами (<25%), консервативне лікування годиться для тих, які залишаються клінічно стабільними. Однак, уролог повинен бути особливо настороженим стосовно можливих ускладнень. Сечову екстравазацію та невеликі девіталізовані ниркові сегменти більше не розглядають як абсолютний показ до хірургічної операції. Віддають перевагу первинній хірургічній ревізії (з попереднім контролем ниркових судин) значних ниркових пошкоджень серед хворих, обраних для ургентної лапаротомії з приводу інших поєднаних абдомінальних пошкоджень і тих, що гемодинамічно нестабільні. Лише вперта, постійна ниркова кровотеча - абсолютний показ до оперативного лікування [1-6].

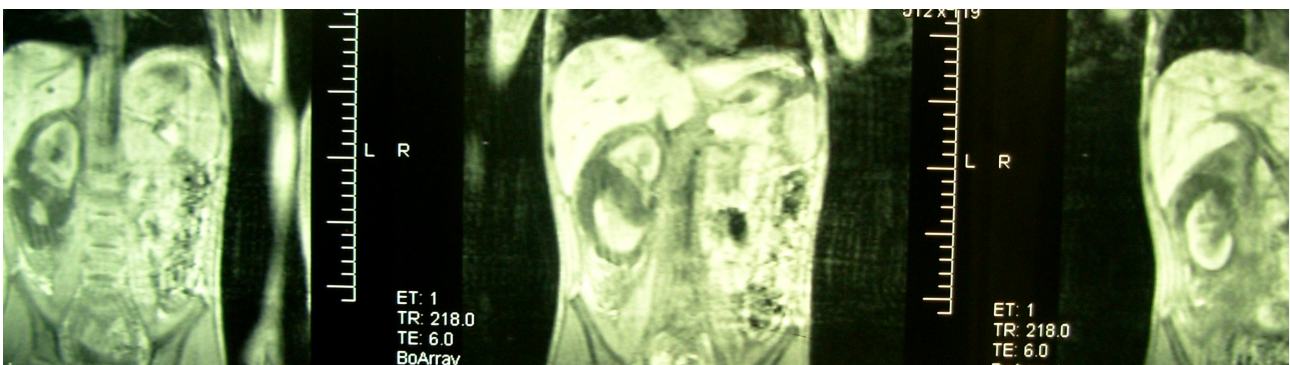


Рис. 1. МРТ дитини 5 років із закритою травмою нирки в хлопчика 5 років



Рис. 2. Екскреторна урограма дигини 5 років із закритою травмою правої нирки

Висновки

При ретельному спостереженні малоінвазивне лікування більшості хворих з ізольованими закритими пошкодженнями нирок мало добрі наслідки, не супроводжувалось

втратою нирки, відстроченою операцією, артеріальною гіпертензією.

Література

1. Goldman S.M. Upper urinary tract trauma – current concepts / S.M.Goldman, C.M.Sandler // World J. Urol.- 1998.- Vol. 16, № 1.- P. 62-68.
2. Altman A.L. Selective nonoperative management of blunt grade 5 renal injury / A.L. Altman, C.Haas, K.H.Dinchman. [et al.] // J. Urol.- 2000.- Vol. 164, № 1.- P. 27-31.
3. Danuser H. How to treat blunt kidney ruptures: primary open surgery or conservative treatment with deferred surgery when necessary?/H.Danuser, S.Wille, G.Zoscher, U.E.Studer // Eur. Urol.- 2001.- Vol. 39, № 1.- P. 9-14.
4. Moudouni S.M. A conservative approach to major blunt renal lacerations with urinary extravasation and devitalized renal segments/ Moudouni S.M., Patard J.J., Manunta A. [et al.] // BJU Int. - 2001.- Vol. 87, № 4.- P. 290-295.
5. Sanucci R.A., Doumanian. Upper urinary tract trauma / L.R.Ravoussi, A.J. Wein, A.W. Partin, A.C.Novick, C.A.Peters (Eds.) // Campbell-Walsh Urology. 10th edition.- Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. –P. 1169-1179.
6. Пасечников С.П. Травмы органов мочеполовой системы // Медицинские аспекты здоровья мужчины. -2013.- №2 (8).- С.5-17.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК УДК 616.381-002.3-031.14-079

СПОСІБ ВИМІРЮВАННЯ ВНУТРІШНОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ В ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ

П.Г.Кондратенко, Є.А.Койчев

Донецький національний медичний університет

СПОСОБ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

П.Г.Кондратенко, Е.А.Койчев

Донецкий национальный медицинский университет

METHOD OF INTRA-ABDOMINAL PRESSURE MEASUREMENT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH WIDESPREAD PURULENT PERITONITIS

P.H.Kondratenko, Ye.A.Koichev

Donetsk National Medical University

Резюме. Мета дослідження - оптимізувати методику вимірювання внутрішньочеревного тиску в оперованих хворих.

Матеріал і методи. Розроблений дренаж, який в тому числі може застосовуватися для вимірювання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Він виглядає як дренажна трубка діаметром 7 мм, виконана з поліхлорвінілу, оснащена гумовим балоном об'ємом 20 мл. Балон закріплений на дренажі на відстані 150 мм від його краю і має окремий незалежний канал.

Результати та обговорення. Вимірювання ВЧТ таким методом здійснено у 5 пацієнтів. Всім пацієнтам проводилося контрольне вимірювання внутрішньочеревного тиску до операції, в кінці операції (на операційному столі) і в післяопераційному періоді непрямим методом - усередині сечового міхура. Значення отриманих даних були порівняні. Відхилення становило +/- 2 мм рт. ст (3 см вод ст). У всіх випадках дренаж залишали і після ліквідації лапаростоми. Видалення дренажу проводили при відсутності ексудації з черевної порожнини, а ВЧТ не перевищувало 12 мм рт. ст. (16 см вод. ст.).

Висновки. Наведений спосіб вимірювання ВЧТ простий у використанні, достатньо точний, що дозволяє поліпшити моніторинг ВЧТ в оперованих хворих. Дренаж з балоном має невелику ціну, що дозволяє використовувати його в усіх лікувальних заходах. Крім того, встановлення дренажу не подовжує етапи операції.

Ключові слова: поширений гнійний перитоніт, інтраабдомінальна гіпертензія, вимірювання внутрішньочеревного тиску.

Резюме. Цель исследования – оптимизировать методику измерения ВБД у оперированных больных.

Материал и методы. Разработан дренаж, который в том числе может быть использован для измерения ВБД. Он представляет собой дренажную трубку диаметром 7 мм, выполненную из полихлорвинила, оснащенную резиновым баллоном объемом 20 мл. Баллон закреплен на дренаже на расстоянии 150 мм от его края и имеет отдельный независимый канал.

Результаты и обсуждение. Измерение ВБД с использованием дренажа с баллоном осуществлено у 5 пациентов. Всем пациентам проводилось контрольное измерение ВБД до операции, в конце операции (на операционном столе) и в послеоперационном периоде непрямым методом - внутри мочевого пузыря. Значения полученных данных были сопоставимы. Отклонение составило +/- 2 мм рт. ст.