

стінки за Кренлейном. При повній втраті зору операцію закінчують видаленням ураженого очного яблука.

Висновки

1. Відсутність росту мікрофлори при першому висіві вмісту серпенгінуючої флегмони може бути викликана присутністю анаеробної мікрофлори.
2. В складі антибактеріальної терапії при лікуванні серпенгінуючої флегмони обов'язково повинні застосовуватись препарати імідазольного кільця (метронідазол).
3. При обстеженні та хірургічному лікуванні хворих з серпенгінуючими флегмонами повинні враховуватись можливі шляхи розповсюдження інфекції – лімфогенний, гематогенний, периваскулярний, м'язево-фасціальний.
4. Результат лікування пацієнтів з серпенгінуючими флегмонами залежить від своєчасного оперативного лікування.
5. Кількість розрізів при розкритті флегмони повинна бути достатньою.

Список використаних джерел

1. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей. – Ленинград: Медицина. – 1991. – 272 с.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. – Санкт-Петербург, Москва, Симферополь: «Бином» – 2000. – 704 с.
3. А.И. Кузьмин, М.А. Барская. Хирургические осложнения при ветряной оспе, менингококковой инфекции и скарлатине у детей. Материалы конференции, посвященной 80-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН Г.А. Баирова. Санкт-Петербург. – 2002.
4. Харрисон. Справочник по внутренним болезням. Глава 52.
5. Зубик Т. М. и др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. - Л., 1991.
6. Юнусова Х. А., Шамсиев Ф. С. Ветряная оспа. - М., 1999.
7. Беренбейн Б. А. и др. Дифференциальная диагностика кожных болезней. - М., 1989.
8. Соринсон С. Н. Неотложные состояния у инфекционных больных. - Л.: Медицина, 1990.
9. Centers for Disease Control and Prevention Evaluation of Varicella Reporting to the National Notifiable Disease Surveillance System
10. Anzahl der Gestorbenen für ICD 052 Varizellen nach IDGJ
11. Guess HA, Broughton DD, Melton LJD, Kurland LT Population-based studies of varicella complications. Pediatrics 1986.
12. Maharshak N, Somekh E Hospitalization for varicella in central Israel. Acta Paediatr 1999; 88:1279-1283.

13. Bullowa JGM, Wishik SM Complications of varicella: I. Their occurrence among 2534 patients. Am J Dis Child 1935; 49:923-926.
14. Jackson MA, Burry VF, Olson LC Complications of varicella requiring hospitalisation in previously healthy children. Pediatr Infect Dis J 1992; 11:441-445.
15. Rianza Gomez M, de la Torre Espi M, Mencia Bartolome S, et al Complications of varicella in children. An Esp Pediatr 1999; 50:259-262.

Солейко Д.С., Гончарук В.Г., Моравська О.А., Мартынова Ю.Ю.

Скользящие грыжи у детей (обзор литературы)

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Скользящие грыжи у детей встречаются довольно редко. Среди прочих видов грыж скользящие грыжи составляют 0.6 – 3.89% (Кахидзе П.С., 1957; Лотоцкий М.И., 1964). По данным С.Я. Долецкого, скользящие грыжи у детей составляют 2.9 – 4.5%. Скользящие грыжи в основном локализируются справа. При данном виде грыж в образовании грыжевого мешка кроме париетальной брюшины, принимает участие и висцеральная брюшина, покрывающая на небольшом протяжении соскальзывающий орган.

Наибольшее практическое значение имеют скользящие паховые грыжи мочевого пузыря, слепой кишки, яичников, труб, матки. Более редко наблюдается соскальзывание восходящей и нисходящей ободочной, сигмовидной кишки, мочеточников, почек.

Скользящие грыжи мочевого пузыря в большинстве случаев являются приобретёнными. Предрасполагающие факторы разделяют на местные и общие.

Местные факторы:

- слабость задней стенки пахового канала,
- широкие грыжевые ворота,
- наличие прямой или кривой грыжи.

У лиц молодого и среднего возраста предрасполагающим фактором является накопление значительной массы паравезикальной клетчатки, которая, оттесняя брюшину, увеличивает подвижность мочевого пузыря, облегчая его выход к грыжевым воротам.

У пожилых больных основная патогенетическая роль принадлежит возрастным инволютивно-дегенеративным процессам, вследствие которых стенки мочевого пузыря теряют свою эластичность и тонус. Хронические запоры и копростаз оказывают давление на мочевой пузырь, гипертрофия предстательной железы и стриктуры уретры способствуют увеличению мочевого пузыря в размерах за счёт растяжения. У больных пожилого

возраста развитию скользящих грыж мочевого пузыря способствует длительное существование грыжевого выпячивания: грыжевой мешок постепенно увеличивается и увлекает в грыжевые ворота покрытую брюшиной стенку органа.

Скользящие грыжи мочевого пузыря могут быть экстраперитонеальными и параперитонеальными.

Экстраперитонеальные (первичные) – соскальзывание не покрытой брюшиной части передней стенки мочевого пузыря. Встречаются очень редко.

Параперитонеальные (вторичные) – первично возникает и опускается в паховый канал грыжевой мешок, вторично соскальзывает часть боковой стенки мочевого пузыря, покрытая висцеральной брюшиной. При данном виде грыжи грыжевой мешок всегда располагается кнаружи и сзади, а мочевой пузырь кнаружи и спереди.

Основным этиологическим фактором образования скользящей грыжи слепой кишки у детей является врождённое низкое расположение слепой и восходящей ободочной кишки. У взрослых – низкое, тазовое расположение слепой кишки, что чаще связано с приобретённой слабостью связочного аппарата, а также бывает при *saecum mobile*.

Местными предрасполагающими факторами являются слабость поперечной фасции и широкие грыжевые ворота.

Данный вид скользящих грыж также делится на экстраперитонеальные и параперитонеальные. В первом случае грыжевого мешка нет, а грыжевое выпячивание образовано задним сегментом слепой кишки, свободным от брюшинного покрова. Во втором случае наружная и задняя часть грыжевого мешка образована стенкой кишки, покрытой висцеральной брюшиной, а поверхность кишки, лишённая брюшины, лежит вне грыжевого мешка. В образовании скользящей паховой грыжи также может принимать участие терминальный отдел подвздошной кишки или червеобразный отросток (рис.1).

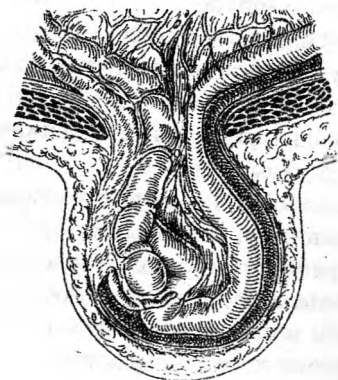


Рис.1. Скользящая грыжа.

Скользящие паховые грыжи женских половых органов могут быть врождёнными и приобретёнными.

В детском возрасте они нередко сочетаются с:

- незаращением нуккова дивертикула,
- укорочением круглой связки матки,
- удлинением яичниковой связки,
- высоким расположением яичников, труб, матки,
- длинным влагалищем или атрезией влагалища,
- недоразвитием или двурогостью матки.

Наиболее часто в паховых грыжах встречается яичник, реже – маточные трубы, ещё реже – матка. Может наблюдаться и сочетание этих органов. Во взрослой практике описан случай, когда беременная матка являлась грыжевым содержимым (Крымов А.П., 1950).

Диагностика.

Мочевой пузырь, попадая в грыжу, может не давать никаких симптомов. При наличии у больного расстройств мочеиспускания необходимо сделать больному микционную цистографию, на которой можно увидеть деформацию стенки мочевого пузыря по типу дивертикулярной.

Симптомами, свидетельствующими о наличии в грыжевом мешке петли кишки, являются:

- наличие её при пальпации,
- быстрое выхождение грыжевого образования после вправления грыжи,
- урчание,
- тимпанический звук при перкуссии,
- в больших грыжах – видимая перистальтика.

Так как одна из стенок грыжевого мешка скользящей грыжи образована расположенным забрюшинно прилежащим органом – существует опасность возникновения осложнений при оперативном вмешательстве – повреждение прилежащего органа. Наиболее часто – вскрытие просвета кишки или мочевого пузыря.

При подозрении на наличие в грыжевом мешке петли толстой кишки существенно облегчает диагностику введение в толстый кишечник per recti жидкости или воздуха, а также ирригография. Однако данные методы у детей не применяются.

Если стенка грыжевого мешка образована мочевым пузырём – в послеоперационном периоде целесообразно назначить общий анализ мочи.

Оперативное лечение.

Особенностью при выполнении грыжесечения по поводу скользящей грыжи является наложение внутреннего киста на шейку грыжевого мешка во избежание повреждения полого органа, который является стенкой

грыжевого мешка. Подобное осложнение встречается в 0.06% случаев.

При участии в образовании грыжи стенки мочевого пузыря латеральная стенка грыжевого мешка выделяется максимально, медиальная стенка - до выше указанного анатомического образования. У края стенки мочевого пузыря накладывается внутренний кисет (рис.2).

Ранение мочевого пузыря может возникать при рассечении грыжевого мешка, при высокой его перевязке, когда стенка пузыря попадает в культю. У взрослых - во время пластики пахового канала, когда мочевой пузырь прошивают вместе с мышцами верхней стенки пахового канала.

Признаки, по которым можно распознать мочевой пузырь во время операции:

- близость околопузырной клетчатки,
- мясистость стенки,
- трабекулярное строение мышечной оболочки,
- диффузная кровоточивость при её надсечении.

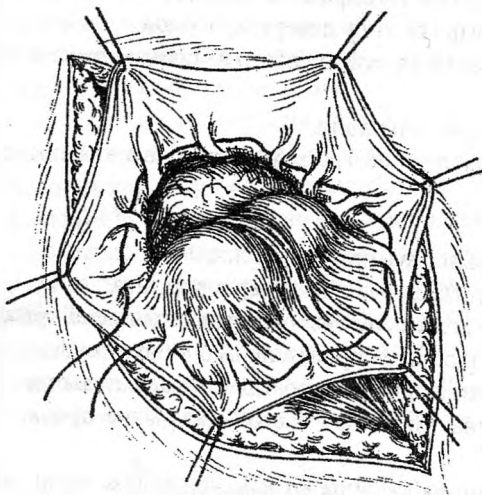


Рис.2. Наложение внутреннего кисета.

При подозрении на повреждение мочевого пузыря необходимо поставить катетер. Если избежать ранения не удалось - необходимо тщательно отграничить окружающие ткани влажными салфетками и ушить отверстие двухрядным швом, не захватывая в шов слизистую оболочку. В послеоперационном периоде назначаются антибиотики.

Если стенкой является слепая кишка - максимально выделяется медиальная стенка, латеральная - до слепой кишки. Кишка погружается в брюшную полость, накладывается внутренний кисет. Избежать повреждения стенки кишки позволяет пальпация стенок грыжевого мешка, при которой

определяется их утолщение, а иногда и урчание.

Если содержимым грыжевого мешка является аппендикулярный отросток – аппендэктомия не производится (даже при наличии в его стенке кровоизлияний) во избежание возникновения осложнений со стороны заживления послеоперационной раны. Исключением является наличие в отростке некротических изменений при ущемлённой грыже.

У девочек грыжевой мешок выделяется до шейки, вскрывается, содержимое (яичник, маточная труба, матка) погружается в брюшную полость, накладывается внутренний кисет, дистальная часть грыжевого мешка отсекается.

Кисетный шов затягивается постепенно, под контролем глаза.

Биезинь считает необходимым при выполнении грыжесечения укрепление задней стенки пахового канала по методу Бассини. Пулатов и Мусаев предлагают до 3 лет проводить операцию по Ру-Краснобаеву, после 3 лет – по Мартынову. Исаков, Степанов, Красовская считают укрепление передней и задней стенки пахового канала нецелесообразным даже при некотором расширении пахового кольца, поскольку пересечение вагинального отростка приводит к ликвидации грыжевого выпячивания и нормализации анатомических соотношений этой области. Такая тактика широко используется нами при оперативном лечении данного вида грыж и дает хорошие результаты.

Способ Бассини. Бассини – падуанский хирург, впервые провёл одноимённую операцию 24 декабря 1884 года. Операция по Бассини – основной метод грыжесечения у взрослых. Все применяющиеся методики – ничто иное, как видоизменённая операция по Бассини.

Под семенным канатиком накладывают глубокие швы:

- 1-2 шва между краем прямой мышцы и её влагалищем и надкостницей лонного бугорка;
- 5-6 швов между внутренней косой и поперечной мышцами, а также поперечной фасцией с одной стороны и паховой связкой с другой (эти швы полностью ликвидируют паховый промежуток).

Таким образом, заднюю стенку пахового канала укрепляют поперечной фасцией и мышцами. Укладывают семенной канатик и поверх него сшивают края апоневроза наружной косой мышцы.

Данная методика оперативного лечения скользящих грыж приемлема во взрослой практике. У детей при ликвидации грыжевого мешка (пересечении прошитого вагинального отростка) происходит нормализация анатомических соотношений пахового канала.

Частота рецидивов обуславливается погрешностями оперативного лечения – оставлением грыжевого мешка и не зависит от выбранной методики укрепления пахового канала. Однако на следует забывать, что такие осложнения, как высокое стояние и атрофия яичка обусловлены

травматизацией семенного канатика и его сдавлением в паховом канале швами или рубцами. Чем проще методика оперативного вмешательства — тем меньше поводов для технических погрешностей.

Послеоперационная летальность при скользящих грыжах колеблется от 1 до 8.3%.

Литература

1. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Краткое руководство для врачей и студентов. - Киев, 1950. — 190 с.
2. Литтман И. Оперативная хирургия. — Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1982. — 1176 с.
3. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. — М.: Медицина, 1988. — 416 с.

В.А.Глока, Я.И.Берган, В.Т.Савицкий, И.А.Крат

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

За 1980-1985 гг. мы наблюдали 5 детей, оперированных по поводу острого аппендицита, у которых после операции была выявлена патология позвоночника. У 4 из них был компрессионный перелом тела позвонка, а у 1 причина рентгенологически обнаруженных изменений в позвонке не установлена. Приводим наблюдения.

1. Больной С., 14 лет, заболел 03.03.83. Появились боль в животе, тошнота, рвота. Повысилась температура тела до 38,6°C.

При осмотре отмечены напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины в правой паховой области. Анализ крови: содержание нейтрофильных гранулоцитов $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

04.03.83 произведена аппендэктомия, хотя червеобразный отросток внешне был не изменен.

Состояние после операции не улучшалось. 09.03.83 выполнена релапатория по поводу предлагаемого ограниченного перитонита. Патологии в брюшной полости не обнаружено. Самочувствие больного продолжало ухудшаться. 19.03.83 произведена ревизия операционной раны, гноя не оказалось, назначена обзорная рентгенография, при которой выявлена деструкция и клиновидная деформация тела T_{xii}. Заподозрен туберкулезный спондилит. Уточнен анамнез: в 1982 г. больной перенес абсцесс Броди левой

большеберцовой кости, в январе 1983 г. во время прыжка с трамплина на лыжах почувствовал резкую боль в спине, которая вскоре прошла. Окончательный диагноз не уточнен, хотя специфический процесс фтизиоортопедом исключен. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо.

2. Больной К., 3 лет 6 мес., оперирован в октябре 1984 г. После разреза по Волковичу – Дьяконову обнаружена забрюшинная гематома. Червеобразный отросток не удален. Произведена рентгенография позвоночника, показавшая компрессионный перелом Lv (накануне мальчик упал с беседки).

Таким образом, заболевания и повреждения позвоночника у детей могут имитировать картину острого аппендицита. Тщательно собранный анамнез, полнота обследования, включая рентгенографию, могут способствовать уменьшению числа ошибок в диагностике указанных заболеваний.

Стемпен Ю.Л.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ОТОПЛАСТИК ПО МЕТОДУ J. MUSTARDE С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСТОНЧЕНИЯ ХРЯЩА УШНОЙ РАКОВИНЫ

Винницкая областная детская клиническая больница

Коррекция ушных раковин относится к наиболее часто выполняемым операциям в любом возрасте, и особенно у детей, готовящихся пойти в школу. Оттопыренность ушных раковин рассматривается как легкая врожденная деформация с наследственной компонентой. Первая операция по коррекции оттопыренных ушей произведена американским хирургом Лайли (Lyley) в 1881 году.

В настоящее время существуют многочисленные методики исправления лопухости. Однако наиболее приемлемый эстетический результат с наименьшим количеством осложнений нами получен при применении методик (1967), D.Furnas (1968) и M.Spira (1999).

При этом в каждом случае применения фрезевого истончения хряща при формировании наружной ножки противозавитка давало наилучшие результаты.

Материалы и методы. Нами произведено 136 операций по коррекции лопухости. Все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу входили пациенты (32) которым с целью коррекции глубины чаши

УКРАЇНА

ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І.ПИРОГОВА

МЕДИЦИНА ДИТИНСТВА ВІННИЧЧИНИ 1980 - 2005 р.



Збірник наукових робіт вчених та лікарів Вінниччини –
підсумок 25-річної діяльності Вінницької обласної дитячої клінічної
лікарні

Вінниця – 2005