

Наши данные показывают, что костный панариций чаще встречается на правой кисти. в подавляющем большинстве поражаются ногтевые фаланги I, II, III пальцев.

Лечение костного панариция комплексное. Под общим обезболиванием производится вскрытие гнойника по боковой поверхности пальца по ходу кожных линий. Хороший эффект даст применение разрезов с двух боковых сторон пальца и установление сквозного резинового дренажа на первые 2-3 дня. После вскрытия гнойника уточняют диагноз остеомиелита с помощью пуговчатого зонда. Кость при остеомиелите оголена, шероховата. Удаляют секвестрированный участок, стремясь к максимальному сохранению небольших здоровых участков фаланги вместе с надкостницей, что является залогом выздоровления без деформации пальца. Полость гнойника промывают раствором перекиси водорода. Накладывают повязку с гипертоническим раствором, в дальнейшем - с йодопирином, бетедином. Назначают обезболивающие средства, десенсибилизацию, антибиотикотерапию, УВЧ до 5-7 процедур на пораженную фалангу.

В лечении больных с костными панарициями успешно применяем ультразвуковую кавитацию в ванночке с антибиотиком в растворе с ДМСО, повязки с «озвученным» раствором. В терапии необходимы препараты, улучшающие периферическое кровообращение (трентал, пентиллин и т.п.), назначаем витаминотерапию. Средний койко-день при костном панариции - 11. Ни одному ребенку не произведено органосушающих вмешательств.

Комплексное лечение позволяет сохранить пораженную тяжелым деструктивным процессом ногтевую фалангу и добиться в отдаленном периоде ее анатомического и функционального восстановления.

## **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВАРИКОЗНЫМ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

**Цап Н.А., Чукреев В.И., Макаров П.А., Рычков П.Б.**

Чаще всего первым проявлением портальной гипертензии, независимо от ее причины, является желудочно-кишечное кровотечение. Наиболее важным в клиническом отношении обходным путем для портальной крови являются коллатерали между короткими и нижней венечной венами желудка и подслизистым венечным сплетением нижней трети пищевода и дна желудка и далее с системной непарной веной.

За анализируемый пятилетний период 1995-2000 гг. в неотложную хирургию поступили 7 детей с желудочно-пищеводным варикозным кровотечением (ЖПВК) в возрасте от 2 до 9 лет. У 4 детей выявлена внепеченочная форма портальной гипертензии, у 3 - внутрипеченочная. 5 детей (71%) поступили с первыми в жизни кровотечениями. Двое детей имели достаточно

длительный анамнез, наблюдались у педиатра и хирурга по поводу синдрома портальной гипертензии (СПГ).

Важными моментами в клинической картине ЖПВК являются ухудшение состояния за 1-2 дня до явных признаков кровотечения, слабость, недомогание, боли в эпигастрии, повышение  $t^{\circ}$  до  $39^{\circ}$ - $40^{\circ}$ C. Затем наступает резкое ухудшение, что выражается в резкой слабости, бледности кожи и слизистых оболочек, жажде; нарастает тахикардия, падает АД, пульс слабого наполнения. Развертывается картина геморрагического шока. Яркий симптом портального кровотечения – рвота неизменной кровью или «кофейной гущей». Содержание в рвотных массах алой неизменной крови, сгустков крови говорит о массивности кровотечения и чаще из варикозных вен кардиального отдела желудка через несколько часов от начала кровотечения селезенка сокращается, но практически всегда сохраняется умеренная спленомегалия. В 89,9% наблюдений диагностика источника кровотечения не вызывала затруднений при оценке клинико-anamnestических данных. У одного ребенка дважды требовалось провести эзофагогастроскопию.

Выбор метода лечения зависит от продолжительности и массивности кровотечения. Начинаем лечение во всех случаях с интенсивной консервативной терапии, целью которой является временный или окончательный гемостаз. Исключается питание через рот, проводится инфузионная терапия (коррекция гиповолемии, переливание свежезамороженной плазмы, гемотрансфузии, введение ингибиторов фибринолиза, гемостатических средств), поддержание гемодинамики, очищение толстой кишки для предупреждения интоксикации. У 3 (42,8%) больных консервативная гемостатическая терапия была эффективна. Признаки остановки кровотечения зафиксированы в сроки от 12 до 36 часов от начала интенсивной терапии: стабилизация АД, частоты и качества пульса, гемоглобина, гематокрита, диуреза.

При неэффективности консервативной терапии показано хирургическое лечение:

1) невозможно добиться стабилизации гемодинамики на протяжении 8 часов продолжающегося кровотечения;

2) периоды стабилизации состояния чередуются с возобновлением интенсивного кровотечения в течение более 24-48 часов.

В экстренном порядке 4 (57,2%) детям выполнена операция срединная лапаротомия; при увеличенной селезенке и проявлениях гиперспленизаа – спленэктомия, затем гастротомия с прошиванием кровоточащих и варикозно-расширенных вен кардиального отдела желудка и пищевода; и последний этап операции – оментогепатопексия после очаговой поверхностной электрокоагуляции передне-диафрагмальной поверхности правой доли печени. Двое детей были оперированы повторно, у одного развилась подкожная экзантра. Ни одного пациента с варикозным кровотечением мы не потеряли. Все дети находятся под наблюдением в клинике. Один ребенок в связи с прогрессированием в динамике степени варикозного расширения пищеводных вен

для предупреждения повторного кровотечения оперирован в плановом порядке по вышеописанной методике. Двоим детям, у которых кровотечение остановлено консервативно, планируется эндоскопирование вен пищевода тромбованием.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ**

**Цан Н.А., Чукресв В.И., Потапенко Ю.В., Карлов А.А., Жуков В.А.**

Медицина критических состояний у детей является важнейшей междисциплинарной областью современного здравоохранения. Во всем мире неуклонно и повсеместно растет число больных с травмами различных локализаций. Особенностью травм последних десятилетий является их множественный и сочетанный характер. Интерес исследователей к проблеме закрытой травмы живота заметно возрастает. Накапливается опыт оказания хирургической помощи детям, пострадавшим в результате несчастных случаев, травм, в том числе во время катастроф, стихийных бедствий, вооруженных конфликтов и терактов. Возросло число травм, связанных с автомобильным транспортом. Большую роль в возникновении тяжелых сочетанных травм играет падение с высоты, определенное значение имеет увеличение количества детей, погуляющих в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Используемые методы общеклинического исследования, результаты лабораторного, R-логического и ультразвуковых методов исследований позволяют при поступлении или исключить повреждение органов брюшной полости, или установить этот диагноз при наличии сочетанной травмы. В сомнительных случаях требуется динамическое наблюдение с постоянным контролем лабораторных показателей, гемодинамики, применение методов инвазивной диагностики. Для сокращения времени диагностики и выбора тактики лечения пострадавших с закрытыми повреждениями органов брюшной полости, забрюшинного пространства имеет лапароскопия.

Диагностика закрытой травмы живота, особенно при сочетанных повреждениях, представляет значительные трудности. Зачастую при политравме признаки «острого живота» маскируются симптомами повреждения черепа, головного мозга, позвоночника, костей таза. С 1990 г. в клинику детской хирургии УГМА поступило 340 детей с закрытой травмой живота (ЗТЖ), при которой чаще повреждались паренхиматозные органы брюшной полости и забрюшинного пространства – 82,4% (279 детей); разрывы полых органов возникали в 13% (45 детей); разрывы диафрагмы, сальника, брыжейки, нижней полой вены, забрюшинные гематомы составили 4,6% (16 детей).