**Христенко Владислав Валерійович. Хірургічна тактика лікування посттравматичного перитоніту у дітей (клініко-експериментальне дослідження). : Дис... канд. наук: 14.01.09 – 2009**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Христенко В.В. Хірургічна тактика лікування посттравматичного перитоніту у дітей (клініко-експериментальне дослідження). - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2009.Проведено аналіз результатів діагностики і лікування 147 дітей з різними видами пошкоджень внутрішніх органів, що стали причиною посттравматичного перитоніту. Вивчаючи дані комплексного обстеження удосконалена діагностика посттравматичного перитоніту у дітей в залежності від виду травми. Поглиблено уявлення про функціональні та анатомо-морфологічні зміни у дітей при посттравматичному перитоніті різного походження. Обґрунтовано та запропоновано диференційний підхід до вибору показань та методу лікування цієї патології в залежності від причини, функціональних та анатомо-морфологічних змін в черевній порожнині. Розроблено, запропоновано та впроваджено новий спосіб консервативного лікування дітей з посттравматичним перитонітом шляхом медикаментозного впливу на інтенсивність портального кровообігу. Розроблено, запропоновано та впроваджено новий спосіб лікування дітей з цією патологією, який сприяє елімінації патологічних сполук з черевної порожнини без її дренування. Проведено паралелі між групами експериментальних моделей та клінічними групами пролікованих дітей з посттравматичним перитонітом, які дають можливість прогнозувати перебіг цієї патології в залежності від характеру отриманої травми та об’єму проведеного лікування. Розроблено клінічні та морфологічні характеристики оцінки динаміки перебігу та наслідків посттравматичного перитоніту. Доведено ефективність консервативних, органозберігаючих та органозаміщуючих принципів хірургічних втручань при абдомінальній травмі у дітей. Оцінена клінічна ефективність запропонованих методів лікування. Завдяки розробленій програмі виключено необґрунтовані хірургічні втручання у 42,86% потерпілих дітей, забезпечено мінімізацію летальності до 1,36% та знижено кількість післяопераційних ускладнень до 17,0% - в ранньому, та до 7,58% - у віддаленому періодах. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертаційному дослідженні вирішено актуальне хірургічне завдання – покращення результатів лікування дітей з посттравматичним перитонітом шляхом вдосконалення діагностики та методів лікування1. Клінічна картина посттравматичного перитоніту у дітей в значній мірі приховується симптоматикою пошкодження абдомінальних органів на перших етапах і залежить від віку дитини, її загального стану та характеру травми. Протягом 6 годин після травми поступово розвиваються ознаки тяжкого перитоніту, основними проявами якого є біль в ділянці пошкодженого органу (97,84%), вимушене положення (54,78%), ригідність м’язів передньої черевної стінки (66,09%) та позитивні симптоми подразнення очеревини (96,6%).
2. Верифікація причини посттравматичного перитоніту у дітей досягається за допомогою комплексу, виконаних в певній послідовності, клінічних інструментальних методів обстеження. Скринінг-методом діагностики травм паренхіматозних органів є ультрасонографія черевної порожнини з доплерографією, а порожнистих - оглядова рентгенографія органів грудної клітки та черевної порожнини, які при потребі можна доповнити комп’ютерною томографією, лапароцентезом і лапароскопією з комплексною оцінкою отриманих результатів.
3. При ізольованих пошкодженнях паренхіматозних органів на 15 добу з моменту травми наступає повна редукція вільної крові в черевній порожнині без патологічних наслідків, а при контакті її з оточуючим повітрям - виникає злуковий процес. При пошкодженнях порожнистого органу та інших поєднаних видах абдомінальної травми розвиваються глибокі зміни гомеостазу та тяжкі локальні морфологічні процеси в черевній порожнині.
4. Показаннями до консервативного лікування посттравматичного перитоніту є пошкодження паренхіматозного органу за умов досягнення надійного гемостазу зі стабілізацією вітальних функцій. При наявності травми порожнистого органу чи проникаючого поранення черевної порожнини необхідне хірургічне лікування цієї патології.
5. Медикаментозне зниження інтенсивності портального кровообігу з використанням вазоконстрикторів в комплексі з інфузійною терапією дозволяє зупинити кровотечу, обмежити патологічний вплив на гомеостаз і очеревину продуктів розпаду елементів крові.
6. Спосіб пролонгованої фракційної санації черевної порожнини 5000-30000 мл 0,9% розчину NaCl, як інтраопераційний перитонеальний діаліз, дозволяє звільнити її від патологічних сполук та покращити подальший перебіг перитоніту без дренування черевної порожнини.
7. Раціональна програма комплексного лікування дітей з посттравматичним перитонітом забезпечує виключення необґрунтованих хірургічних втручань у 42,86% потерпілих дітей, мінімізацію летальності до 1,36% та зниження кількості післяопераційних ускладнень до 17,0% в ранньому та до 7,58% у віддаленому періодах.
 |

 |