

тальне і постнатальне УЗД, загальноклінічний, рентгенологічний, дані інтраопераційної ревізії, морфологічний, гістологічний (при аутопсії у померлих дітей), статистичний.

Результати та їх обговорення

В усіх 27 дітей з ГШ, народжених шляхом кесарського розтину, локалізація наскрізного дефекту ПЧС була типовою: справа від розщепленого пупкового кільця і з незміненою пуповиною. Величина дефекту варіювала від 2,5 до 5 см, в середньому $3,24 \pm 0,14$ см. Через дефект ПЧС були евентровані наступні органи: тонка і товста кишка – $n=27$ (100%), шлунок – $n=18$ (66,7%), підшлункова залоза – $n=8$ (29,6%) дванадцятипала кишка – $n=8$ (29,6%), матка з придатками у дівчаток ($n=6$) або яєчко у хлопчиків ($n=1$) – $n=7$ (25,9%), печінка ($n=1$) або жовчний міхур ($n=2$) – $n=3$ (11,1%). Колір евентрованих органів був наступний: рожевий – $n=11$ (40,7%), багряний – $n=14$ (51,9%), ціанотичний – $n=2$ (7,4%). Нальоти фібрину спостерігали у 6 (22,2%) дітей, у 22 (81,5%) – стінка кишечника була ущільнена, а у 5 (18,5%) – еластичною. В усіх випадках кишечник був укорочений із загальною брижею, у 2 (7,4%) – у вигляді конгломерату, у 4 (14,8%) – відмічено некроз стінки, у 2 (7,4%) – її перфорацію. Ізольований ГШ діагностовано у 16 (59,3%) пацієнтів, ускладнений – у 11 (40,7%). У 10 (37,0%) дітей виявлено асоційовані інтестинальні ($n=12$) та інші ($n=7$) вади розвитку: атрезія тонкої кишки – $n=2$ (7,4%), дивертикул Меккеля – $n=2$ (7,4%), наскрізний дефект брижі – $n=4$ (14,8%), ангіодисплазію стінки кишки – $n=2$ (7,4%), інтестинальну дисплазію – $n=2$ (7,4%), крипторхізм $n=4$ (14,8%), пахову грижу – $n=1$ (3,7%), подвоєння нирки – $n=1$ (3,7%), артрогрипоз – $n=1$ (3,7%). Причому, у 5 (18,5%) новонароджених виявлено МПВР.

Висновки

1. В усіх 100% досліджуваних новонароджених з ГШ дефект ПЧС мав типову локалізацію: справа від розщепленого пупкового кільця (з нормальною пуповиною) і розмірами від 2,5 до 5 см, в середньому $3,24 \pm 0,14$ см.
2. Найбільш часто, через наскрізний дефект ПЧС, була евентрація тонкої і товстої кишок (100%) та шлунка (66,7%) і, менш часто, - підшлункової залози (29,6%), дванадцяти-

палої кишки (29,6%), матки з придатками у дівчаток і яєчка у хлопчиків (25,9%), печінки або жовчного міхура (11,1%).

3. Змінений колір евентрованих органів спостерігали у 59,3% випадків (багряний або ціанотичний). Ущільнення стінки кишечника у 81,5%, нальоти фібрину – у 22,2%, некроз стінки – у 14,8% і її перфорацію – у 7,4%. В усіх випадках кишечник був укороченим із загальною брижею і, у 7,4% спостережень – у вигляді конгломерату.

4. Асоційовані вади розвитку виявлено у 37,0% випадків, причому, у 18,3% – множинні.

Література

1. Sekabira J. Gastroschisis: a third world perspective / J. Sekabira, G.P. Hadley // *Pediatr. Surg. Int.* – 2009. vol. 25. – P. 327–329.
2. Bernstein P. Gastroschisis, rare teratological condition in the newborn / P. Bernstein // *Arch. Pediatr.* – 1940. vol. 57. – P. 505–513.
3. Holland A.J.A. Gastroschisis: an update / A. J. A. Holland, K. Walker, N. Badawi // *Pediatr. Surg. Int.* – 2010. – vol. 26. – P. 871–878.
4. Left-sided gastroschisis: higher incidence of extraintestinal congenital anomalies / D. Suver, S.L. Lee, S. Shekherdian, [et al.] // *Am. J. Surg.* – 2008. vol. 195. – P. 633–666.
5. Gastroschisis: a plea for risk categorization / K.A. Molik, C.A. Giangalewski, J.L. Grosfeld, [et al.] // *J. Pediatr. Surg.* – 2001. – vol. 36. – P. 51–55.
6. Оптимизация лечения врожденных расщелин передней брюшной стенки у детей / Грона В.Н., Перунский В.П., Весёлый С.В., [та ін.] // *Український журнал хірургії* – 2008. – №1. – с. 105–112.
7. Фофанов О.Д. Лікування новонароджених та дітей раннього віку з вродженою обструктивною патологією травного тракту // *Автореф. докт. дис.* – Вінниця. – 2011. – 36 с.
8. The contemporary outcome of gastroschisis / C.P. Driver, J. Bruce, A. Bianchi, [et al.] // *J. Pediatr. Surg.* – 2000. – vol. 35. – P. 1719–1723.
9. Плохих Д.А. Хирургическое лечение гастрошизиса с висцероабдоминальной диспропорцией // *Автореферат канд. дис.* – Кемерово. – 2007. – 22 с.
10. Prenatally diagnosed gastroschisis—a preliminary report advocating the use of elective caesarean section / S. Hagberg, K.H. Hukegerd, A. Rubenson, [et al.] // *Z. Kinderchir.* – 1988. – vol. 43. – P. 419–421.
11. Meconium staining of amniotic fluid correlates with intestinal peel formation in gastroschisis / P.F. Nichol, A. Hayman, P.G. Pryde, [et al.] // *Pediatr. Surg. Int.* – 2004. – vol. 20, №3. – P. 211–214.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.381-053.5-089-08

ЗАПРОГРАМОВАНІ РЕЛАПАРОТОМІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ

Є.М. Гриценко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

ЗАПРОГРАММИРОВАННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Е.Н. Гриценко

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

PROGRAMMED RELAPAROTOMY IN COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH DIFFUSE PERITONITIS

Ye.M. Hrytsenko

State Higher Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”

Резюме. Проаналізовано досвід проведення запрограмованих релапаротомій у 18 дітей з розповсюдженим перитонітом. З метою санації черевної порожнини виконувалося від 1 до 6 запрограмованих релапаротомій. Під час оперативних втручань визначався індекс черевної порожнини. Показанням до припинення санаційних релапаротомій та остаточного закриття черевної порожнини був

індекс черевної порожнини в межах 7-11 балів.

Ключові слова: розповсюджений перитоніт, запрограмовані релапаротомії, діти.

Резюме. Проанализирован опыт проведения запрограммированных релапаротомий у 18 детей с распространенным перитонитом. С целью санации брюшной полости выполнялось от 1 до 6 запрограммированных релапаротомий. Во время оперативных вмешательств определялся индекс брюшной полости. Показанием к прекращению санационных релапаротомий и окончательного закрытия брюшной полости был индекс брюшной полости в пределах 7-11 баллов.

Ключевые слова: распространенный перитонит, запрограммированные релапаротомии, дети.

Abstract. The experience of using programmed relaparotomy in 18 children with diffuse peritonitis has been analyzed. From 1 to 6 programmed relaparotomies have been performed with the aim of the abdominal cavity sanitation. During surgery the abdominal cavity index was calculated. The index of the abdominal cavity within the range from 7-11 points was the indication to stop the sanitation relaparotomy and finally close the abdominal cavity.

Key words: diffuse peritonitis, programmed relaparotomy, children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Незважаючи на впровадження новітніх методів лікування розповсюдженого перитоніту, першочерговим продовжує залишатися радикальне усунення причини перитоніту з повноцінною санацією черевної порожнини. Без цього „ні інфузійна терапія, ні новітні антибіотики, ні гіпербарична оксигенація, ні лімфосорбція, ні навіть гемосорбція не в змозі врятувати хворого” [2]. Адже саме недостатня чи неадекватна первинна санація черевної порожнини в подальшому приводить до прогресування перитоніту, утворенню відмежованих гнійників, що вимагає виконання релапаротомій і значно погіршує прогноз. Але не завжди під час первинного оперативного втручання можливе виконання радикальної санації, особливо при різких запальних змінах вісцеральної очеревини, масивних гнійно-фібринозних нашаруваннях, вираженому злуковому процесі, вкрай важкому стані хворого. В таких випадках обгрунтованим є проведення запланованих (програмованих) релапаротомій, коли первинне оперативне втручання завершують накладанням провізорних швів, а повторні санації виконують через 24–48 години [4].

Показаннями до застосування запрограмованих санаційних лапаротомій вважаються неможливість радикально видалити причину перитоніту, множинні внутрішньо-черевні абсцеси, масивні фібринозні нашарування, зони некрозу очеревини та внутрішніх органів, що не можуть бути видалені, ознаки анаеробного інфікування, важкість стану, обумовлена вираженим ендотоксикозом та поліорганною недостатністю. Використання запрограмованих санаційних лапаротомій дозволяє провести повноцінну санацію черевної порожнини та активне дренування черевної порожнини, своєчасно діагностувати та коректувати внутрішньо-черевні ускладнення. Але метод має і ряд недоліків, до яких відносять негативні системні наслідки повторних оперативних втручань (в тому числі повторний розвиток синдрому ”медіаторної бурі” та токсичного шоку), повторну операційну травму передньої черевної стінки та органів черевної порожнини, необхідність тривалої ШВЛ, тривалої катетеризації судин та інтубації трахеї і сечового міхура з високим ризиком інфікування [1].

Мета дослідження. Проаналізувати досвід використання запрограмованих релапаротомій при розповсюдженому перитоніті у дітей. Визначити критерії припинення санаційних релапаротомій та остаточного закриття черевної порожнини.

Матеріали та методи

В період з 2003 по 2003 р. у відділенні дитячої хірургії запрограмовані релапаротомії в комплексі лікування розповсюджених форм перитоніту виконувалися у 18 дітей. Вік хворих від 10 місяців до 15 років, в тому числі дітей до 3-х років - 8, з них 2 віком до 1 року. За статтю хворі розподілилися рівномірно: хлопчиків 9, дівчаток 9. В більшості випадків причиною виникнення розповсюдженого перитоніту був деструктивний апендицит – 13 (72%) випадків. 5 з цих дітей оперовані з приводу тотального абсцедуючого перитоніту («сільського» за Л. М. Рошалем) [3] з терміном захворювання до 18 днів та утворенням множинних внутрішньо-

черевних абсцесів. В 3 (17%) спостереженнях причиною перитоніту була закрыта травма живота з пошкодженням тонкої кишки, 2(11%) дітей оперовані з приводу прогресуючого перитоніту.

Результати та їх обговорення

Під час оперативних втручань проводилась ревізія черевної порожнини, оцінка характеру та кількості ексудату, його локалізація, наявність та характер фібринових нашарувань, злукового процесу, вигляд парієтальної і вісцеральної очеревини, формування міжпетельних абсцесів, наявність крововиливів. Досліджувався стан кишечника: діаметр кишкових петель, їх колір, товщина кишкової стінки, збереженість або відновлення перистальтики. У випадку неможливості повноцінної санації черевної порожнини під час оперативного втручання приймалося рішення про виконання запрограмованої релапаротомії.

Під час повторних операцій звертали увагу на динаміку змін органів черевної порожнини, наявність ускладнень (неспроможність кишкових швів, формування внутрішньо-черевних абсцесів, вираженість парезу кишечника, розвиток злукової кишкової непрохідності). На основі інтегральної оцінки ступеня та характеру ураження органів черевної порожнини під час першого та повторних оперативних втручань визначався модифікований індекс черевної порожнини (ІЧП) за В. С. Савельєвим і соавт. (1998) [4]. Критерії інтраопераційної оцінки характеру ураження органів черевної порожнини (у балах) наведені в таблиці 1.

У 17 дітей під час оперативного втручання була проведена інтубація кишечника. У 7 хворих виконано трансанальну інтубацію, інтубацію через апендикостому у 6, через сигмостому в 1, назоінтестинальну інтубацію в 1 випадку. У 2 хворих виконано зустрічну назоінтестинальну та ретроградну інтубацію таким чином, що частина тонкої кишки

Таблиця 1. Критерії оцінки характеру ураження органів черевної порожнини

Ознака	Бали
Поширеність запального процесу очеревини:	
- місцевий (абсцес)	1
- розповсюджений	3
Характер ексудату:	
-серозний	1
-гнійний	3
-геморагічний	4
-каловий	4
Фібринові нашарування:	
- у вигляді рихлих мас	1
- у вигляді панцирю	4
Стан кишечника:	
- дилатація кишечника	3
-інфільтрація кишкової стінки	3
- відсутність спонтанної чи стимульованої перистальтики	3
-кишкова норія чи неспроможність анастомозу	4
Невидалені девіталізовані тканини	3
Сумарна кількість балів – ІЧП	

була заінтубована одночасно двома зондами.

У всіх дітей під час первинного оперативного втручання визначалися значні запальні зміни вісцеральної очеревини, масивні гнійно-фібринозні нашарування, виражений злукотий процес, у дітей з тотальним абсцедуючим перитонітом - формування множинних абсцесів. ІЧП, що визначався під час первинного оперативного втручання, коливав від 13 до 26 балів і в середньому дорівнював 18,7 балів.

Дітям з розповсюдженими формами перитоніту було виконано від 1 до 6 запрограмованих релапаротомій (у 8 випадках виконувалася 1 релапаротомія, в 6 випадках – 2, в 2-3 релапаротомії, в 1 випадку виконано 4, в 1 – 6).

У 1 хворого закриття черевної порожнини навіть провізорними швами було неможливим у зв'язку з вираженою абдомінальною гіпертензією, у зв'язку з чим було використано методику лапаростомії.

Під час першої санаційної релапаротомії ІЧП дорівнював від 7 до 20 балів, в середньому - 12,4 балів. Під час другої санаційної релапаротомії ІЧП дорівнював від 7 до 17 балів, в середньому - 10,3 балів. У дітей, яким виконували більше 2 релапаротомій, зниження ІЧП було незначним, що підтверджує ефективність перших санаційних релапаротомій зі зниження ефективності кожної наступної. При вирішенні питання про остаточне закриття черевної порожнини ІЧП був у межах від 7 до 11 балів, в середньому - 9,2 бали.

Померла одна дитина з пізно діагностованим розповсюдженим перитонітом на фоні тяжкої форми цукрового діабету. Летальність склала 5,6%.

Висновки

1. Запрограмовані релапаротомії при розповсюдженному перитоніті у дітей дозволяють контролювати розвиток патологічного процесу в черевній порожнині, дають змогу своєчасно усунути внутрішньочеревні ускладнення, що виникають.

2. Визначення ІЧП дозволяє об'єктивізувати характер ураження та динаміку змін в черевній порожнині.

3. Показанням до припинення санаційних релапаротомій та остаточного закриття черевної порожнини є ІЧП в межах 7-11 балів.

Література

1. Абдоминальний сепсис: современный взгляд на остающуюся проблему, стратегия и тактика лечения: Ч.П / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гологорский, С. З. Бурневич [и др.] // Вестник интенсивной терапии. – 1997. – №1-2. – С. 73-79.

2. Красовская В. П. Перитониты у детей: Учеб. пособие / В. П. Красовская, А. Н. Дарьина. – Красноярск: Издательство Красноярского университета, 1983. – 160 с.

3. Лапаростомия в лечении тотального абсцедирующего перитонита у детей / О. В. Карасева, А. В. Брянцев, Т. А. Чернышева [и др.] // Детская хирургия. – 2006. – №2. – С.36-38.

4. Перитонит: Практическое руководство : [под ред В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова]. – М.:Литтерра, 2006. – 208 с.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.24-002-08-053.2/.7

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

В.М. Грона, Є.О. Можась, Н.В. Терещенко

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

В.Н. Грона, Е.А. Можаяев, Н.В. Терещенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE PNEUMONIA IN CHILDREN

V.N. Hrona, Ye.O. Mozhaiev, N.V. Tereshchenko

M.Gorky Donetsk National Medical University

SI Luhansk State Medical University

Резюме. Розроблена комплексна терапія, яка включає: диференційовані підходи до вибору методів санації гнійно-запального вогнища з використанням у поєднанні медикаментозних препаратів і малоінвазивних технологій (бронхоскопічна санація, дренажування абсцесів і плевральної порожнини, пошукова оклюзія бронхіальних норичь) та застосування імунокорекції і сурфактантної замісної терапії.

Ключові слова: гостра деструктивна пневмонія, імунокорекція, сурфактант-BL, імунофан, циклоферон.

Резюме. Применение разработанной комплексной терапии, которая включает: дифференцированные подходы к выбору методов санации гнойно-воспалительного очага с использованием сочетания медикаментозных препаратов и малоинвазивных технологий (бронхоскопическая санация, дренирование абсцессов и плевральной полости, поисковая окклюзия бронхиальных свищей) с использованием иммунокоррекции и сурфактантной заместительной терапии.

Ключевые слова: острая деструктивная пневмония, иммунокоррекция, сурфактант-BL, иммунофан, циклоферон.

Abstract. There was developed a comprehensive treatment including differentiated approach to the choice of methods of rehabilitation of inflammatory foci in combination with the use of drugs and minimally-invasive technologies (bronchoscopic sanitation, drainage of abscesses and pleural cavity, search occlusion of bronchial fistula), and using immune and surfactant replacement therapy.

Keywords: acute destructive pneumonia, immunotherapy, surfactant-BL, immunofan, cycloferon.