

### Література

1. Возіанов О. Ф., Сеймівський Д. А., Бліхар В. С. Вроджені вади сечових шляхів у дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 51-93.
2. Макарова М.А. Диагностика и хирургическое лечение мегауретера у новорожденных и детей раннего возраста. // автореферат дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. – М: Москва, 2006.
3. Игнатова М.С. Прогрессирование нефропатий и возможные пути ренопротекции //III Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» - Москва. – 2004. – С. 213-218.
4. Хворостов И.Н. Патологические основы формирования и принципы лечения обструктивной уропатии у детей //автореферат дис. на соиск. уч. ст. доктора мед. наук. – М: Москва, 2006.
5. John P. Gearhart, Richard C. Rink, Pierre D.E. Mouriquand, Pediatric Urology, 2010.
6. Hinds A.C. Obstructive uropathy: considerations for the nephrology nurse//Nephrol Nurs J. – 2004. – vol. 31, №2. – p. 166-174.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.348 – 007.61 – 053.2 - 089

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

**О.Б. Доманський**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

**О.Б. Доманский**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика  
Киевская городская детская клиническая больница № 2

## RESULTS OF TREATMENT OF SPLEEN TRAUMATIC DAMAGES IN CHILDREN

**O.B. Domanskyi**

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education  
Kyiv City Children's Clinical Hospital No.2

**Резюме.** Проаналізовано результати лікування 115 дітей з травматичним пошкодженням селезінки, із яких причинами були транспортні аварії (n=62, 53,91%), падіння з висоти (n=25, 21,74%), побутові травми (n=14, 12,17%), спортивні травми (n=12, 10,44%), колоті і різані рани (n=2, 1,74%). Консервативно проліковано 58 (50,43%) дітей. У 57 (49,57%) дітей виконані різні методи хірургічного лікування: спленектомія - у 9 пацієнтів, спленектомія з доповненням аутотрансплантації тканини селезінки у великий сальник - у 43, атипична резекція селезінки - у 3, і спленорафія - у 2 дітей. У віддаленому післяопераційному періоді померло 2 (1,74%) дітей, яким була виконана спленектомія. У віддаленому посттравматичному періоді у 45 (39,13%) дітей отримані відмінні результати лікування, у 39 (33,91%) - добрі, у 28 (24,35%) - відзначені задовільні результати, у 3 (2,61%) - незадовільні. У віддаленому періоді позитивні результати були у 97,39% дітей.

**Ключові слова:** травма, селезінка, діти, результати лікування.

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 115 детей с травматическим повреждением селезенки, из которых причинами были транспортные аварии (n=62, 53,91%), падения с высоты (n=25, 21,74%), бытовые травмы (n=14, 12,17%), спортивные игры (n=12, 10,44%), колотые и резаные раны (n=2, 1,74%). Консервативно пролечено 58 (50,43%) детей. У 57 (49,57%) детей выполнены различные методики хирургического лечения: спленэктомия – у 9 пациентов, спленэктомия с дополнением аутотрансплантации ткани селезенки в большой сальник – у 43, атипичная резекция селезенки – у 3, и спленорафия – у 2 детей. В отдаленном послеоперационном периоде умерло 2 (1,74%) детей, которым была выполнена спленэктомия. В отдаленном посттравматическом периоде у 45 (39,13%) детей получены отличные результаты лечения, у 39 (33,91%) хорошие, у 28 (24,35%) – удовлетворительные результаты, у 3 (2,61%) – неудовлетворительные. В отдаленном периоде, положительный результат был у 97,39% детей.

**Ключевые слова:** травма, селезенка, дети, результаты лечения.

**Abstract.** The results of treatment of 115 children with spleen trauma are presented. Causes of spleen trauma were the following: traffic accidents (n=62, 53.91%), fall from a height (n=25, 21.74%), domestic trauma (n=14, 12.17%), sport trauma (n=12, 10.44%) and stab incision wounds (n=2, 1.74%). 58 (50.43%) children were conservatively treated. To 57 (49.57%) children there were applied different methods of surgical treatment: splenectomy in 9 patients, splenectomy with the addition of own splenic tissue in the omentum in 43 patients, atypical resection of the spleen in 3 patients and sewing of spleen rupture in 2 children. In the late postoperative period died 2 (1.74%) children, who underwent splenectomy. In the late posttraumatic period 45 (39.13%) children had excellent treatment results, 39 (33.91%) – good, in 28 (24.35%) patients were marked satisfactory results, in 3 (2.61%) unsatisfactory ones. In the long term the positive results were marked in 97.39% of the treated children.

**Keywords:** trauma, spleen, children, the results of treatment.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Травми органів черевної порожнини у дітей складають від 3% до 20,2% серед усіх травматичних пошкоджень, із яких пошкодження селезінки у 30-50% випадків. Летальність сягає близько 19% без тенденції до зниження, післяопераційні ускладнення складають до 15-20%, а гнійно-септичні до 50% [1, 2, 3].

**Мета дослідження:** вивчити результати лікування

травматичних пошкоджень селезінки у дітей.

### Матеріали і методи

У дослідження включено 115 дітей з травматичним пошкодженням селезінки, які знаходилися на лікуванні в клініці дитячої хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика. Серед досліджуваних пацієнтів було 77 хлопчиків і 38 дівчаток. Причинами травматичного пошкодження селезінки у дітей були транс-

портні аварії у 62 (53,91%) дітей, падіння з висоти у 25 (21,74%) хворих, побутові травми у 14 (12,17%), спортивні ігри у 12 (10,44%), колоті та різані рани у 2 (1,74%) пацієнтів.

### Результати та їх обговорення

У 15 із 115 пролікованих нами пацієнтів у ранньому посттравматичному періоді виникли ускладнення. У дітей з ізольованими пошкодженнями селезінки ускладнення зустрічались набагато рідше – у 2-х, проти 13 – з поєднаною травмою. Після консервативного ведення пацієнтів, частота посттравматичних ускладнень була значно меншою, ніж після хірургічного втручання. Це була одна дитина із тяжкою поєднаною торако-абдомінальною травмою, у якій після консервативної зупинки кровотечі із травмованої селезінки розвинулись пневмонія та посттравматичний панкреатит. В ранньому післяопераційному періоді рівень ускладнень у дітей після спленектомії був значно вищим, ніж у пацієнтів після органозберігаючих і органозаміщуючих операцій. У дітей, яким проведено спленектомії, превалювали плевролегеневі та гнійно-септичні ускладнення. У 2 із 57 оперованих дітей були комбінації двох ускладнень – пневмонія та нагноєння післяопераційної рани. Це були діти, яким була виконана спленектомія. В інших пацієнтів було по одному ускладненню. Серед цих ускладнень у 3 дітей діагностовано пневмонію, в 1 – інфільтрат черевної порожнини, і ще в 1 пацієнта – посттравматичний панкреатит. У 2 із 9 дітей після спленектомії ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не було.

Після спленектомії з аутоотрансплантацією тканини селезінки частота післяопераційних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді була набагато меншою. Так, серед 43 пацієнтів, яким було виконано дану операцію, у 4 виникла пневмонія, у 2 – рання злукова кишкова непрохідність і в 1 дитини – нагноєння післяопераційної рани. Не було ускладнень у ранньому післяопераційному періоді після спленорафії та атипової резекції селезінки. Пневмонію та інфільтрат черевної порожнини в ранньому післяопераційному періоді було виліковано консервативно. Релапаротомію з ліквідацією непрохідності було виконано у двох дітей із ранньою злуковою непрохідністю кишечника на 7 та 11 добу відповідно. Нагноєння післяопераційної рани ліквідовано місцевим лікуванням.

Віддалені результати лікування були вивчені в різні терміни після отримання травми (від 6 місяців до 15 років). Обстеження 97 дітей (84,35%) не виявило у них жодних клінічних проявів, пов'язаних з перенесеною травмою або операцією. Це були 55 із 58 пацієнтів, яким проводилось консервативне лікування травматичних пошкоджень селезінки, та 42 із 57 пацієнтів, яким після отримання травми селезінки були виконані різні оперативні втручання. У 18 дітей (15,65%) відзначено різного ступеня патологічні стани, які можна пов'язати з перенесеною травмою або операцією. Це були 3 із 58 пацієнтів, яким проводилось консервативне лікування травматичних пошкоджень селезінки, та 15 із 57 пацієнтів, яким після отримання травми селезінки, були виконані різні оперативні втручання. У 15 дітей у віддаленому післяопераційному періоді були виявлені ускладнення, більшість з яких було у тих дітей, яким виконувалась спленектомія. Менше ускладнень розвивалось у пацієнтів після спленектомії з аутоотрансплантацією тканини селезінки. Після органозберігаючих операцій ускладнень не було. Так, серед 9 дітей, яким було виконано спленектомію, у 4 – виявлено пізню злукову кишкову непрохідність, яку було ліквідовано лапаротомією з роз'єднанням злук.

У віддаленому післяопераційному періоді померло 2 (1,74%) дітей, яким було виконано спленектомію. В однієї дитини через 4 роки після операції виник тромбоз мезентеріальних судин на тлі пневмонії з дуже тяжким перебігом. Їй було проведено лапаротомію з резекцією 150 см тонкої

кишки. В подальшому у цієї дитини прогресувала септична пневмонія з розвитком поліорганної недостатності. В іншого пацієнта через 9 років з часу спленектомії розвинувся хронічний аутоімунний гепатит і пневмонія, які стали причиною смерті.

Серед 43 дітей, яким було виконано спленектомію з аутоотрансплантацією тканини селезінки, ускладнення відзначено у 9 пацієнтів: злукова кишкова непрохідність (n=2) і пневмонія (n=7). При злуковій непрохідності в 1 дитини виконано лапаротомію, роз'єднання злук з резекцією 30 см тонкої кишки та накладанням тонко-тонкокишкового анастомозу кінець-в-кінець. Ще в однієї дитини при злуковій непрохідності кишечника проведено лапаротомію з роз'єднанням злук, із субтотальною резекцією великого сальника та трансанальною інтубацією кишечника. Пневмонія була корегована консервативно. В цій групі летальних випадків не відзначено. У 3 із 23 дітей з травматичним пошкодженням селезінки, яким лікували консервативно з використанням традиційної гемостатичної терапії в терміни від 3 місяців до 4 років сформувались кісти селезінки діаметром від 1 до 3 см, які спостерігались нами в динаміці. Аналіз імунограм відобразив виражені зміни імунної системи у пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання. Спленектомія супроводжувалась зміною імунного статусу, що мала прояви зниження рівня сироваткового IgA. Зниження інших видів сироваткових імуноглобулінів було виражене в меншій мірі. Ці кількісні відхилення в показниках імунограм як ознака гострого стійкого імунодисбалансу, індукованого із системи імунітету цього органу імуногенезу та масивною внутрішньочеревною кровотечею. Результати проведеного дослідження свідчать про можливість використання комплексної ультрасонографії з доплерографією для оцінки стану ехоструктури паренхіми селезінки, спланхнічного та внутрішньоорганного кровотоку на різних етапах лікування та у віддаленому періоді. У 27 пацієнтів з глибокими розривами паренхіми, яким проводили консервативне лікування, в ділянці пошкодження селезінки формується посттравматичний рубець. В 28 дітей після консервативного лікування відзначено повне відновлення пошкодженої тканини селезінки без утворення рубця. У 3-х дітей сформувалась кіста селезінки діаметром від 10 до 30 мм. В 1-му випадку спостерігали повну самостійну редукцію цієї кісти через 2 роки. У 2-х інших пацієнтів кісти в розмірах не змінювались. В групі пацієнтів, оперованими за органозберігаючими методиками (атипова резекція селезінки та спленорафія) при ультрасонографічному обстеженні вже через 6 місяців спостерігали відновлення ехоструктури селезінки. В усіх дітей незалежно від ступеня ураження селезінки, яким проліковано консервативно, як традиційною гемостатичною терапією, так і з застосуванням методики зниження портального тиску, доплеревські показники у віддаленому періоді мали нормальні параметри спланхнічного та внутрішньоорганного кровотоку. У віддаленому періоді в 45 (39,13%) дітей отримано відмінні результати лікування, у 39 (33,91%) пацієнтів – добрі, у 28 (24,35%) – відзначено задовільні результати, а у 3 (2,61%) – незадовільні.

### Висновки

Органозберігаючий принцип і раціональне комплексне лікування дітей забезпечує зниження посттравматичних ускладнень і покращує якість життя пацієнтів у віддаленому періоді. Високу ефективність цієї програми підтверджено позитивними результатами у 97,39% пролікованих дітей.

### Література

1. Журило І.П., Грона В.Н., Лігвока В.К. та ін. Консервативна тактика при травмі селезінки в дітей // Здоров'є ребенка. - 2009. - № 2 (17). - С. 67-73.
2. Кориневська І.М., Переяслов А.А. Діагностика та лікування

## ЕНДОБРОНХІАЛЬНА САНАЦІЯ В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЛОБИТИВ У ДІТЕЙ

**В.А. Домарацький, Г.А. Черноус**

Рівненська обласна дитяча лікарня

## ENDOBROCHIAL SANATION IN THE TREATMENT OF THE ACUTE LOBITIS IN CHILDREN

**V.A. Domaratskyi, H.A. Chornous**

Rivne Oblast Children's Hospital

**Резюме.** В основі нашого дослідження лежить порівняльний аналіз лікування гострого лобіту без та із застосуванням ендоскопічного обстеження з санацією бронхів у 39 пацієнтів на прикладі двох клінічних груп.

Базуючись на даних анамнезу, клінічної картини, рентгенограм у кожному клінічному випадку визначено термін застосування ендобронхіальної санації. Особливу увагу приділено ендоскопічній оцінці функціонального стану та патологічним змінам в трахеобронхіальному дереві, диференційній діагностиці ендобронхіту.

Інтерпретацію виявлених патологічних змін під час ендобронхіального обстеження здійснювали за загальноприйнятими критеріями.

Динамічне ендоскопічне та рентгенобстеження дозволило контролювати перебіг захворювання. У представлених клінічних випадках обґрунтовано доцільність впровадження ендобронхіальної санації.

Своєчасна діагностика та застосування ендоскопічного обстеження з санацією бронхів на фоні комплексної медикаментозної терапії сприяли швидкому відновленню прохідності бронхів, попередження важких ускладнень, скорочення терміну лікування та матеріальних затрат.

Із упровадженням в клінічну практику ендобронхіальної санації оптимізовано тактику лікування, що значно покращило результати лікування гострого лобіта у дітей.

**Ключові слова:** діти, гострий лобіт, діагностика, ендобронхіальне обстеження та санація, лікування, аналіз.

**Abstract:** On the basis of our investigation there was conducted the comparative analysis of the treatment of acute lobitis without and with application of endoscopic examination of sanitization of bronchus on 39 patients on the example of 2 clinical groups.

Basing on the data of anamnesis, clinical patterns, X-ray pictures in every clinical case the term of application of endobronchial sanitization was determined.

Great attention was paid to endoscopic estimation of the functional state and pathological changes in tracheo-bronchial tree, differential diagnostics of endobronchitis.

The interpretation of expressed pathological changes during the endobronchial examination was made according to the generally accepted criteria.

The dynamic endoscopic and X-ray examinations allowed controlling of the clinical course. By the presented clinical cases reasonability of adoption the endobronchial sanitization was substantiated.

The timely diagnosis and the application of endoscopic examination of sanitization of bronchus against the background of complex medicament therapy facilitated the quick recover permeability of bronchus, warning of severe complications, reduction of term of treatment and material expenditures.

With the adoption of endobronchial sanitization into clinical practice was optimized the method of treatment which improved to a great extent the results of the treatment of acute lobitis in children.

**Keywords:** children, acute lobitis, diagnosis, endobronchial examination and sanitization, treatment, analysis.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Серед переддеструктивних форм бактеріальної деструкції легень гострий лобіт [ Г Л ] займає особливе місце, оскільки є складною, суміжною проблемою педіатрії та торакальної хірургії [1,2,5,8].

Відзначається ГЛ стрімкістю перебігу, важкістю клінічних проявів та частим розвитком внутрішньо-легеневих чи легенево-плевральних ускладнень [2,3,5,8]. За останнє десятиріччя серед легенево-плевральних ускладнень стали частіше спостерігатись випадки неповного розправлення частки легень внаслідок спайкових процесів або/чи фіброзних нашарувань. Що стосується внутрішньо-легеневих форм, то в даний час проблемою є гнійний ендобронхіт.

В патогенезі захворювання лежить порушення прохідності часткового бронху (гіперемія, набряк, інфільтрація, гіперсекреція, бронхоспазм, часткова чи повна обтурація бронху гнійним вмістом). Тривалий перебіг запалення сприяє стійкому порушенню прохідності бронху, що призводить до його блокади, розвитку емфіземи, часто гнійного плевриту та бронхо-пульмональної нориці [2,3,5,8].

Порушення прохідності бронху на фоні гнійного ендобронхіту недостатньо висвітлено в медичній літературі. До теперішнього часу все ще відсутній єдиний погляд щодо застосування ендоскопічного обстеження в клінічній педіатричній практиці, недостатньо висвітлено та оцінено значення ендобронхіальної санації [ЕБС] в лікуванні гострого лобіту у дітей.

Важливою умовою проведення адекватної ЕБС є наявність кваліфікованого медичного персоналу та відповідного технічного оснащення [7]. Все викладене вище обумовлює актуальність застосування в сучасних умовах ендоскопічного обстеження із санацією бронхів в комплексному лікуванні гострого лобіту у дітей.

**Метою роботи** було вивчити та доказати ефективність ендобронхіального обстеження та санації бронхів у лікуванні гострого лобіту у дітей.

### Матеріали і методи

У наше дослідження включено 39 пацієнтів віком від 1 до 16 років, які знаходились на обстеженні та лікуванні з приводу