

ки в стравоході можлива розгерметизація її корпусу з витіканням електроліту та аспірацією його внаслідок регургітації.

В усіх випадках лікування включало інфузійну, дезінтоксикаційну терапію, антибіотикотерапію препаратами широкого спектру дії, харчування через назо-гастральний зонд, антациди. У разі масивних уражень стравоходу з ознаками деструкції його стінки, розвитку медіастиніту, плевриту, пневмонії до терапії включали інгібітори протеолізу. Враховуючи необхідність продовженого харчування з виключенням стравоходу та можливість закидання шлункового вмісту до враженого стравоходу доцільно накладання гастростоми за Кадером і фундоплексією за Ніссеном з проведенням зонду в тонку кишку, що мало позитивний ефект в 7 випадках. При ускладненні перебігу гнійним медіастинітом виконували дренажування середостіння за Разумовським в 4 випадках. При виявленні плевриту у 3-х дітей проведено дренажування плевральної порожнини за Бюлау.

При утворенні ТСФ тактика лікування складалася в тривалому лікуванні запальних ускладнень з налагодженням повноцінного харчування через тонкокишковий зонд, а в подальшому - через гастростому. Критерієм можливості виконання операції ліквідації ТСФ було формування фістули з мінімальними запальними явищами. Такі операції були виконані у 4 дітей в строки після опіку 4-5 місяців. В 3 випадках проведено роз'єднання ТСФ з ушиванням трахеї та стравоходу, в 1 випадку проведено зашивання трахеї та сегментарна резекція стравоходу з анастомозом кінцець в кінцець у зв'язку з рубцевим стенозом.

В разі ускладнення перебігу захворювання рубцевим стенозом стравоходу - проводились курси бужування або дилатацій у 9 випадках.

У результаті проведеного лікування в строках спостереження від 6 місяців до 8 років у 10 дітей отримано відмінний

результат, у 3 - проводяться курси бужування та дилатацій, у 1 дитини утворився дивертикул стравоходу, у 1 – трахеомаліяція І ст., які не впливають на задовільний стан їх здоров'я. Доля двох інших дітей невідома.

Висновки

При заковтуванні електричних батарейок, внаслідок одночасної дії на тканини стравоходу електричного струму, термічного фактору, хімічної речовини та компресії, розвиваються небезпечні для життя ускладнення, що вимагає видалення цих сторонніх тіл в терміновому порядку. Основною причиною таких ускладнень є затримка у видаленні батарейки та неадекватне лікування. Лікування ускладнень стороннього тіла стравоходу – електричної батарейки полягає в проведенні загальної протизапальної терапії з виключенням стравоходу з харчування та при необхідності - ліквідації таких ускладнень хірургічним шляхом. Проведення своєчасного патогенетично зумовленого лікування дозволяє отримати позитивні результати.

Література

1. Кравчук Б.О., Дамарацький В.А., Сергієнко А.В., Джежеря Ю.І., Котовський В.І. Електрохімічний опік стравоходу у дітей // Хірургія дитячого віку. - 2009, - №2. – С.66-70.
2. Mohammed A.J., Al Wahabi S., Lall S.B. Management of accidental ingestion of disc battery in children. Poison Control Centre Newsletter. 2005; Vol. 3, No1-2, P.1-8.
3. Litovitz T., Whitaker N., Clark L., White N.C., Marsolek M. Emerging Battery-Ingestion Hazard: Clinical Implications. Pediatrics. 2010; Vol. 125, No 6, P.1168-1177.
4. Litovitz T., Whitaker N., Clark L. Preventing Battery Ingestions: An Analysis of 8648 Cases. Pediatrics. 2010; Vol. 125, No 6, P.1178-1183.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.149-008.341.1-053.2-07-089

СПЛЕНОРЕНАЛЬНЕ ШУНТУВАННЯ В ЛІКУВАННІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

Р.В. Жежера

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

СПЛЕНОРЕНАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Р.В. Жежера

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

SPLENORENAL SHUNTING IN TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN

R.V. Zhezhera

O.O. Bohomolets National Medical University

Резюме. Проведено аналіз ефективності лікування 174 дітей з портальною гіпертензією, яким виконано спленоренального шунтування. Рецидив кровотечі відзначено у $n=16(9,2\%)$ дітей за рахунок порушення функції анастомозу. Встановлено зменшення портопечінкової перфузії на 38,2-57,4% через рік у всіх хворих. Спленоренальне шунтування є методом вибору профілактики та зупинки кровотечі при портальній гіпертензії в дитячому віці зі збереженням портопечінкової перфузії в термін до 1 року, за винятком проксимального спленоренального шунтування, при якому відбувається критичне зменшення портопечінкової перфузії терміном до 1 року.

Ключові слова: портальна гіпертензія, спленоренальне шунтування, варикозне розширення вен стравоходу, кровотеча.

Резюме. Проведено анализ эффективности лечения 174 детей с портальной гипертензией, которым выполнено спленоренальное шунтирование. Рецидив кровотечения отмечен у $n=16(9,2\%)$ детей за счет нарушения функции анастомоза. Установлено уменьшение портопеченочной перфузии на 38,2-57,4% через год у всех детей. Спленоренальное шунтирование является методом выбора профилактики и остановки кровотечений при портальной гипертензии в детском возрасте с сохранением портопеченочной перфузии

в срок до 1 года, за исключением проксимального спленоренального шунтирования, при котором происходит критическое уменьшение портальной перфузии в срок до 1 года.

Ключевые слова: портальная гипертензия, спленоренальное шунтирование, варикозно расширенные вены пищевода, кровотечение.

Abstract. An analysis was made according to 174 children with portal hypertension who underwent splenorenal shunting. Recurrence of bleeding was seen in 9.2% as a result of anastomosis dysfunction. Portohepatic perfusion decreased by 38.2-57.4% in all children after 1 year after operation. Splenorenal shunting is a method of choice in liquidation and profixis for variceal bleeding with portal hypertension in children, with saving portohepatic perfusion after 1 year, except for proximal splenorenal shunting in which portohepatic perfusion critically decreases after 1 year.

Keywords: portal hypertention, splenorenal shunt, variceal veins of esophagus, bleeding.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Портальна гіпертензія (ПГ) є однією з найчастіших причин кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в дитячому віці. [1, 4]

Метою лікування допечінкової та печінкової форм ПГ є попередження та зупинка кровотечі. [1,2,3,4,6]

Підходи до лікування ПГ в дитячому віці за останнє десятиліття змінилися та набули нової тенденції. З'явився метод мезопортального шунтування, що відновлює портальну перфузію (ППП). [4,8] Але даний метод можливо виконати лише в 25-30% дітей з допечінковою формою портальної гіпертензії (ДФПГ). [4] Тому широко використовуються інші методи портосистемного шунтування (ПСШ), серед яких найбільш поширеним є метод спленоренального шунтування (СРШ). [6,7,8]

Мета: Вивчити ефективність методу спленоренального шунтування для попередження та зупинки кровотечі при портальній гіпертензії у дітей.

Матеріали і методи

На базі кафедри дитячої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця НДСЛ “ОХМАТДИТ” з 2000 року по 2014 рік знаходилося на лікуванні 317 дітей з ПГ. З метою попередження та зупинки кровотечі з варикозно розширених вен (ВРВ) у 247 проведено ПСШ.

СРШ виконано у 174 дітей операції. Хлопчиків було 98, дівчаток 76. Середній вік дітей становив 10,8 років. Допечінкова форма ПГ була виявлена у 157 (90,8%) дітей, печінкова форма ПГ 16 (8,2%). Причиною ДФПГ були кавернозна трансформація ворітної вени у 102 дітей та її тромбоз у 56.

У 41 (23%) дитини в анамнезі був один епізод кровотечі, в 77 (44,2%) випадках від 2 до 3 епізодів, у 47 (27%) хворих більше 3-х з ВРВ. У 9 дітей в анамнезі епізодів кровотечі не було.

Діагностика ПГ включала: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з доплерографією, фіброгастроудоденоскопію (ФЕГДС), спіральну комп'ютерну томографію із внутрішньовенним контрастуванням, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові, коагулограма).

За результатами фіброгастроудоденоскопії 2ст. ВРВ виявлена у 30 (17,2%) дітей, у 123 (70,6%) - 3ст., та в 21 випадку (12%) 4ст. Явища гіперспленізму діагностовані у 153 (87,9%) дітей. У 19 (12,1%) хворих явища гіперспленізму були відсутні.

Операція СРШ методом бік в бік виконана у 88 дітей. Первинно операцію виконували у 77 дітей, у 5 дітей після попередньо проведеної операції азігопортального роз'єднання. У 1 дитини операція була доповнена прошиванням шлунково-стравохідного переходу (ПШСП). На фоні кровотечі в ургентному порядку СРШ проведено у 7 дітей.

Дистальне спленоренальне шунтування (ДСРШ) проведено у 43 дітей. В 29 випадках операція виконана первинно і в 13 з них була доповнена ПШСП.

Проксимальне спленоренальне шунтування (ПСРШ) виконано у 12 дітей. В 2 випадках ПСРШ доповнена ПШСП. У 4 дітей операція проведена після попередніх оперативних втручань: у 2 після ПШСП та 2 після попередніх шунтуючих операцій.

Спленосупраренальне шунтування (СсРШ) проведено

у 31 дитини: у 25 хворих як первинна операція.

Під час оперативного втручання ефективність роботи анастомозу оцінювалась методом портоманометрії, шляхом пункції аркадної вени мезентеріального басейну до та після накладання анастомозу. Різниця між показниками тиску до шунтування та після в середньому склала $95,8 \pm 15$ мм.вод.ст.

Ефективність СРШ в післяопераційному періоді оцінювалась за даними результатів УЗД органів черевної порожнини на 7 добу та ФЕГДС на 10-12 добу. Контрольне обстеження в динаміці виконувалося через 1 - 3 - 6 - 12 місяців після оперативного втручання. Період спостереження склав від 1 до 14 років.

Результати та їх обговорення

Серед 88 дітей з СРШ методом бік в бік у 1 дитини в ранньому післяопераційному періоді виникла аррозивна кровотеча, з анастомозу на фоні післяопераційного панкреатиту, що потребувало ушивання дефекту анастомозу. Одна дитина померла в післяопераційному періоді ускладненому сепсисом. Друга дитина померла через рік після шунтування на фоні печінкової та хронічної ниркової недостатності. Протягом 1-3 років у 5 дітей діагностовано дисфункцію анастомозу, що спровокувало рецидив кровотечі. Регрес ВРВ до 1-2 ступеня відбувався у 82 (93,1%) дітей протягом 1 року. У 53 (60,3%) явища гіперспленізму були повністю куповані. До операції показники рівня ППП були 348 ± 34 мл/хв., в післяопераційному періоді - 324 ± 27 мл/хв, через рік знижувались до 124 ± 18 мл/хв., що складало 38,2% від доопераційного значення.

В групі 43 дітей, яким було виконано ДСРШ у 8 дітей діагностовано рецидив кровотечі протягом 1-3 років внаслідок дисфункції анастомозу. У цих дітей проведено ПШСП, у 3 з них зі спленектомією. Регрес ВРВ до 1-2 ступеня протягом першого року відзначено у 35 дітей. Одна дитина померла в ранньому післяопераційному періоді на фоні сепсису та поліорганної недостатності. До операції рівень показників ППП був 379 ± 27 мл/хв., на 7 післяопераційну добу - 374 ± 27 мл/хв., через рік - 215 ± 24 мл/хв, тобто на 57,4% менше, ніж до операції.

У 12 дітей, яким виконано ПСРШ, рецидиву кровотечі не відзначено. Регрес ВРВ до 1-2 ступеня протягом 1-2 років зафіксовано у всіх дітей. До операції рівень показників ППП був 246 ± 12 мл/хв., в післяопераційному періоді 147 ± 18 мл/хв., що складало 59,7% від доопераційного значення. Через рік у дітей в цій групі ППП не визначалась.

Серед 31 пацієнта, яким виконано СсРШ, у 3 дітей діагностовано тромбоз анастомозу та рецидиву кровотечі протягом 2-4 років. У 28 (90,4%) дітей відзначено регрес ВРВ до 1-2 ступеня. Летальних випадків не було. До операції рівень показників ППП був 342 ± 35 мл/хв., на 7 добу після операції 317 ± 28 мл/хв., через рік 153 ± 27 мл/хв, що складало 48,2% від доопераційних показників. Дисфункція шунта відбувалась у випадках, коли анастомозування виконували методом кінець наднирничкової вени в бік селезінкової.

Таким чином використання методів СРШ є ефективним методом боротьби та попередження кровотечі в 90,8% пацієнтів. Рецидиву кровотечі внаслідок дисфункції анастомозу складає 9,2%, що потребує повторного оперативного втручання. Використання СРШ бік в бік, ДСРШ, СсРШ дозволяє

зберігати ППП в ранньому післяопераційному періоді з її зменшенням на 38,2-57,4% в термін до 1 року. ПСРШ призводить до повної депорталізації в термін від 3 до 12 місяців. Вибір методу СРШ залежить від анатомічних особливостей судин портальної системи та форми ПП.

Література

1. Александров А.Е., Шавров А.А., Сенякович В.М., Леонтьев А.Ф., Клініка, діагностика та хірургічне лікування дітей з портальною гіпертензією // Педіатрія. 1999. № 2. С. 19-21.
2. Алієв М.М., Адилова Г.С., Садиков М. Та ін. Доплерографія у дітей з внутрішньопечінковою портальною гіпертензією // Детская хірургія. 2010. № 2. С. 27-29.
3. Єрмашинцев А.К., Кіщенко Е.А., Нечасенко А.М., Грігорян Р.С. Тактика ведення хворих з непечінковою формою портальної гіпертензії після прошивання варикозно розширених вен стравоходу та шлунку // Анналі хірургічної гепатології. 2005. № 10 (1). С. 27-32.

4. Разумовській А.Ю., Рачков В.Е. Хірургічне лікування портальної гіпертензії у дітей. // в-во МІА Москва – 2012 – с.
5. Botha J.F., Campos B.D., Grant W.J. et al. Portosystemic shunts in children: a 15-year experience // J. Am. Coll. Surg. 2004. Vol. 199 (2). P. 179-185.
6. Orloff M.J., Orloff M.S., Girard B., Orloff S.L. Bleeding esophagogastric varices from extrahepatic portal hypertension: 40 years' experience with portal-systemic shunt // J. Am. Coll. Surg. 2002. Vol. 194 (6). P. 717-728.
7. Rao K.L., Goyal A., Menon P. et al. Extrahepatic portal hypertension in children observations on three surgical procedures // Pediatr. Surg. Int. 2004. Vol. 20 (9). P. 679-684.
8. Wu J., Li Z., Wang Z., Han X., Ji F., Zhang W.W. Surgical and endovascular treatment of severe complications secondary to noncirrhotic portal hypertension: experience of 56 cases. Ann. Vasc. Surg. 2013 May; 27(4): 441-6.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616-001.45-053.2"362"

ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ В МИРНИЙ ЧАС У ДІТЕЙ

І.П. Журило, В.К. Літовка, К.В. Латишов, С.В. Веселий, Г.О. Сопов, О.В. Черкун, О.І. Буслаєв
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Донецьк

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ В МИРНОЕ ВРЕМЯ У ДЕТЕЙ

И.П. Журило, В.К. Литовка, К.В. Латышов, С.В. Весельи, Г.А. Сопов, А.В. Черкун, А.И. Буслаев

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

GUNSHOT WOUNDS IN CHILDREN AT PEACETIME

I.P. Zhurylo, V.K. Litovka, K.V. Latyшов, S.V. Veselyi, H.O. Sopov, O.V. Cherkun, O.I. Buslaiev
M. Gorky Donetsk National Medical University
Oblast Children's Clinical Hospital, Donetsk

Резюме. Вогнепальні поранення у дітей в мирний час зустрічаються порівняно рідко. За останні 38 років у клініці дитячої хірургії перебувало на лікуванні 82 дитини у віці від 3 до 18 років. Проникаючі поранення спостерігалися в 54 дітей, непроникаючі – в 28. Для діагностики використовували рентгенологічне обстеження, ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію й лапароскопію. Вогнепальні поранення мирного часу у дітей представляють собою особливу групу механічних ушкоджень. Найважче протікають проникаючі поєднані поранення з ушкодженням органів грудної та черевної порожнин. У всіх випадках вогнепальних поранень у дітей показана рання топічна діагностика із застосуванням необхідних заходів аж до діагностичної торакотомії або лапаротомії. Лікування дітей з вогнепальними пораненнями повинне бути активним, радикальним і комплексним.

Ключові слова: вогнепальні поранення, діти.

Резюме. Огнестрельные ранения мирного времени у детей встречаются сравнительно редко. За последние 38 лет в клинике детской хирургии находилось на лечении 82 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет. Проникающие ранения наблюдались у 54 детей, непроникающие – у 28. Для диагностики использовали рентгенологическое обследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и лапароскопию. Огнестрельные ранения мирного времени у детей представляют собой особую группу механических повреждений. Наиболее тяжело протекают проникающие сочетанные ранения с повреждением органов грудной и брюшной полостей. Во всех случаях огнестрельных ранений у детей показана ранняя топическая диагностика с применением необходимых мероприятий вплоть до диагностической торакотомии или лапаротомии. Лечение детей с огнестрельными ранениями должно быть активным, радикальным и комплексным.

Ключевые слова: огнестрельные ранения, дети.

Abstract. Gunshot wounds in children are relatively rare in peacetime. 82 children aged from 3 to 18 years were treated in our pediatric surgery clinic over the past 38 years. Penetrating injuries were observed in 54 children, non-penetrating - in 28. X-ray examination, ultrasonography, computed tomography and laparoscopy were used for diagnostics. Gunshot wounds in peacetime in children are a special group of mechanical damage. Combined penetrating wounds to the chest and abdominal cavities are the most severe. In all cases of gunshot wounds in children early topical diagnostics using the necessary measures until diagnostic thoracotomy or laparotomy are indicated. Treatment of children with gunshot wounds must be active, radical and comprehensive.

Keywords: gunshot wounds, children.