

лікування гострого гематогенного остеомиєліту у дітей. //Хірургія дитячого віку. – 2010. – № 1 (26). – С. 38 – 40.

7. Кукуруза Ю. П., Русак П. С. Комплексне лікування гострого гематогенного остеомиєліту у дітей. – Житомир: Косенко, 2004. – 140 с.

8. Матеріали Всеросійського симпозиума дитячих хірургів «Хірургія новонароджених: досягнення і перспективи», матеріали 50 – й «Всесоюзної» (17 – й Всеросійської) наукової студентської конференції «Актуальні питання хірургії, анестезіології та реаніматології дитячого віку», 20 – 23 квітня 2010 г., спеціальний випуск № 3, Москва, 2010. – С. 33, 70, 91, 126, 129, 139, 142 – 143.

9. Павлишин Г. А. Клініко-патогенетичні та морфологічні паралелі перинатальної інфекційної патології у новонароджених та оптимізація лікування. Автореферат д. мед. наук. – К.: 2007.

10. Русак П. С. Захворюваність дітей Житомирської області на гострий гематогенний остеомиєліт. //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика, випуск 10, кн. 1, К., 2001. – С. 414 – 419.

11. Ситковский Н. Б., Топузов В. С., Каплан В. М. Гнойная хирургия новорожденных. – К., «Здоров'я», 1982. – С. 112 – 128.

12. Сотникова К. А., Барашнев Ю. И. Дифференциальная диагностика заболеваний новорожденных. – Л., Медицина, 1982. – С. 213.

13. Суліма О. Г. Сучасні аспекти профілактики, діагностики, лікування гіпоксії плода і асфіксії новонароджених. //Нова медицина. — № 1. — С. 21-26.

14. Якименко О. Г. Особливості гострого гематогенного остеомиєліту кісток кульшового суглобу у новонароджених: Автореферат канд. мед. наук. – К.: Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова, 2003. — 143 с.

15. Проблема інфекцій в сучасній неонатології з позицій доказової медицини [Електронний ресурс]: «Львівські реферати». – 2009. – Режим доступу до джерела: http://referaty.lviv.ua/medicine/7412-problema_infektsiy_v_suchasniy_neonatologii_z_pozitsiy_dokazovoi_meditisini.html – Назва з екрана.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.438-007.61-053.3-008.6-07

ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

П.С. Русак

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

П.С. Русак

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика
Житомирская областная детская клиническая больница

TREATMENT OF ABDOMINAL ABSCESSSES IN PEDIATRIC SURGICAL PRACTICE

P.S. Rusak

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Zhytomyr Oblast Children's Hospital

Резюме. Дана робота присвячена досвіду застосування малоінвазивних технологій в дитячій хірургічній практиці. Зокрема висвітлена проблема лікування внутрішньочеревних абсцесів за допомогою лапароскопії. Наведено переваги застосування даного методу над традиційними методами оперативного лікування даної патології.

Ключові слова. *Внутрішньочеревні абсцеси, лапароскопія, діти.*

Резюме. Даная работа посвящена опыту использования малоинвазивных технологий в детской хирургической практике. В частности освещена проблема лечения внутрибрюшных абсцессов с помощью лапароскопии. Приведены преимущества применения данного метода над традиционными методами оперативного лечения данной патологии.

Ключевые слова. *Внутрибрюшные абсцессы, лапароскопия, дети.*

Abstract. This work is dedicated to the experience in the use noninvasive technology in pediatric surgical practical person. In particular show problem of the treatment intraabdominal abscess by use of laparoscopy. The advantages of the using given method on traditional methods of the operative treatment this pathology are shown.

Keywords: *intraabdominal abscesses, laparoscopy, children.*

Згідно з літературними даними, внутрішньочеревні абсцеси зустрічаються у 6-7 % хворих з ургентною абдомінальною патологією. Така ситуація спонукає до встановлення чітких показів до проведення повторних операцій у дітей, хворих на внутрішньочеревні абсцеси. Однак, важкість основного захворювання та перенесена операція маскують початок важкого післяопераційного ускладнення, котре не має патогномонічних симптомів [2, 3, 5, 6].

Дедалі ширшого застосування в дитячій хірургічній практиці набувають малоінвазивні методи оперативних втручань. Доведено, що кількість післяопераційних ускладнень при використанні лапароскопії менша у 4,5 рази, ніж

при використанні традиційних (тобто, релaparотомії) втручань. Відсутність великого розтину на передній черевній стінці майже виключає ускладнення з боку операційної рани. Нагноєння рани при лапароскопії зустрічається у 20 разів менше. Кількість внутрішньочеревних ускладнень менша у 2,5 рази [1, 4].

За період 2003-2012 рр. ми володіємо досвідом програнованого повторного оперативного лікування 30 дітей з внутрішньочеревними абсцесами. Із них хлопчиків 14 (46,68%), дівчаток – 16 (53,4%). Вік хворих коливався від 4 до 17 років. Відповідно до анамнезу всім дітям проводили оперативні втручання з приводу гострого деструктивного апен-

Таблиця 1. Порівняльна характеристика результатів лікування дітей з абсцесами черевної порожнини, які були прооперовані "відкритим" способом та лапароскопічно із застосуванням ЛП

	I-A (n=10)			I-B (n=10)			II-A (n=10)			II-B (n=10)		
	1 доба	3 доба	7 доба	1 доба	3 доба	7 доба	1 доба	3 доба	7 доба	1 доба	3 доба	7 доба
Післяопераційного періоду												
Середня тривалість лікування в стаціонарі (доба)	6,3±0,5, p<0,05			6,8±0,6			8,4±0,84			9,1±0,79		
Середня кількість оперативних втручань (абс.ч.)	1,6±0,1			1,9±0,1			1,4±0,12			1,6±0,15		
Ранні ускладнення* (%)	0 (0%)			1 (4%)			2 (8%)			4 (16%)		
Лейкоцитарний індекс інтоксикації (од.)	8,7±0,5	3,1±0,2	0,9±0,1	8,1±0,6	3,4±0,2	1,0±0,1	8,3±0,92	3,9±0,52	1,5±0,17	8,2±0,84	5,2±0,55	2,9±0,38
Оцінка самопочуття (в балах)**	2,1±0,1	3,8±0,3	5,0±0,3	2,0±0,1	3,6±0,3	4,9±0,3	2,0±0,14	3,1±0,29	4,1±0,46	1,8±0,06	2,9±0,16	3,8±0,18

Примітка: * – до ранніх ускладнень ми відносили: ранню злукову непрхідність, нагноєння післяопераційної рани, виражений больовий синдром, що потребував застосування наркотичних препаратів; ** – по 5-бальній шкалі (5-відмінно, 4-добре, 3-задовільно, 2-погано, 1-дуже погано). Результати статистичної обробки

дициту. З них мали: гангренозний апендицит з місцевим гнійним перитонітом – 12 (40,0%) осіб, гангренозно-перфоративний апендицит з місцевим каловим перитонітом – 6 (20,0%), гангренозний апендицит з розлитим гнійно-фібринозним перитонітом – 7 (23,3%), гангренозно-перфоративний апендицит з міжпетельними абсцесами – 5 (16,7%).

Встановлено, що у випадках, коли хворий потребує повторного втручання на черевній порожнині, у зв'язку із наявністю внутрішньочеревних ускладнень, найбільш шадним та малотравматичним втручанням є лапароскопія, яка не лише дозволяє оглянути всі (в тому числі й малодоступні) відділи черевної порожнини, і, тим самим, оцінити ступінь поширеності патологічного процесу, але і повністю провести санацію черевної порожнини. Проте, якщо при діагностичній лапароскопії у черевній порожнині виявлені мутний серозний та/або гнійний випіт, відкладення фібрину, рихлі злуки, абсцеси, необхідно переходити на лікувальну лапароскопію.

У 20 (66,6%) дітей із внутрішньочеревними абсцесами (таблиця 1) лікування проводилось із застосуванням лапароскопічного обладнання (група I). Хлопчиків - 12 (60,0%) осіб, дівчаток – 8 (40,0%) осіб. Вік хворих становив від 4 до 17 років.

Для порівняльної характеристики з метою визначення переваг того чи іншого методу, ми взяли контрольну групу (група II) хворих дітей із внутрішньочеревними абсцесами у кількості 10 дітей, які прооперовані «відкритим» способом. Обидві групи тотожні за віком, статевую та клінічною структурами. Окрім того, кожна група розбита на підгрупи (по застосуванню ЛП) – I-A (лапароскопія+ЛП) – 10 хворих, I-B (лапароскопія) – 10 хворих та II-A (відкрита операція+ЛП) – 5 хворих, II-B (відкрита операція) – 5 хворих.

Тривалість стаціонарного лікування, при інших рівних умовах, може бути розглянута як показник якості лікувального процесу. В нашому дослідженні середня тривалість лікування в стаціонарі у групі дітей, які оперовані лапароскопічно із застосування ліпосомальних препаратів для санації черевної порожнини, становила 6,3±0,5, тоді як «відкритим» способом – 9,1±0,79, p<0,05. Лейкоцитарний індекс інтоксикації був застосований у якості сумарного показника стану опірності організму хворого – він склав при лапароскопічній методиці на першу добу 8,7±0,5 одиниць, на сьому добу – 0,9±0,1 (p<0,05), при лапаротомній методиці – 8,3±0,92 та 2,9±0,38 відповідно.

Статистична оцінка самопочуття пацієнтів переконаливо свідчить про відсутність статистично значимих відмінностей на першу та третю добу у пацієнтів, прооперованих лапароскопічно із застосуванням ліпосомальних препаратів у

порівнянні з дітьми, прооперованими лапаротомно ($F_{\text{факт.}}=2,73-4,04 < F_{0,95}=4,84; p=0,07-0,13$). Проте, на 7 добу спостерігалася суттєво краща оцінка самопочуття пацієнтів, прооперованих лапароскопічно із застосуванням ліпосомальних препаратів, у порівнянні з лапаротомією ($F_{\text{факт.}}=5,56 > F_{0,95}=4,84; p=0,03$).

У 10 хворих із 30 (33,3%) проведено розкриття абсцесів до 10 доби після апендектомії, середній ліжкодень становив 10,3.

У 18 (60,0%) випадках діти були прооперовані через 2-3 тижні після апендектомії і кількість санацій черевної порожнини становила 2,1 на 1 хворого; у двох випадках (6,7%) виконано розкриття абсцесу через 3 тижні після апендектомії, середній ліжкодень становив 7,1 і було виконано 1 втручання на 1 хворого.

Висновки

1. Застосування ліпосомальних препаратів з насадженнями антибіотиками дає можливість більш тривало концентрувати антибіотики у парієтальній та вісцеральній очеревині, що неможливо при звичайній санації (у зв'язку із наявністю вираженого запального процесу).

2. До вибору методу санації черевної порожнини (релапаротомія чи релапароскопія) ми підходили індивідуально та диференційовано, враховуючи дані попередніх операцій та клінічної характеристики пацієнта (ступінь поширеності процесу, парезу кишківника, наявність злукового процесу, тощо) та кваліфікації хірурга і досвіду у роботі із лапароскопічним обладнанням, що має неабияке значення. При наявності лапароскопічного обладнання та відповідних навичок практичних хірургів, застосування лапароскопії в лікуванні внутрішньочеревних абсцесів є альтернативним методом до «відкритої» абдомінальної хірургії в дитячій хірургічній практиці.

Література

1. Давиденко В.Б. Новий метод детоксикаційної терапії в комплексному лікуванні розлитих перитонітів у дітей / В.Б. Давиденко, С.Ю. Штикер, Н.М. Межирова, (и др.)// Хірургія дитячого віку. – 2004. – Том-І. №4 (5) – С. 36-40.
2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей// М. - 2002.
3. Сушко В. І., Кривченя Д. Ю., Данилов О. А., Дігтяр В. А. та ін., Хірургія дитячого віку: підручник. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Медицина, 2009. – 800 с. + 16 с. кольор. вкл.
4. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия// М.: ГЭОТАР-МЕД (серия „Высокие технологии в медицине”). - изд 2-е. - 2001. – 352 с.
5. Meier H. special aspects of abdominal adhesions in children /

УДК 616-089+616-007.271+616.352+616-084

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ ПРИ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ**І.Я. Садовий**

Івано-Франківський національний медичний університет

ПРОФИЛАКТИКА СТРИКТУР АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ**И.Я. Садовий**

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

PREVENTION OF STRICTURE OF ANAL CANAL DURING HEMORRHOIDECTOMY**I.Ya. Sadovyi**

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 51 хворого з хронічним гемороем III-IV ступеня, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2012 по 2014 рр. До дослідної групи включені 25 (49,01 %) хворих, яким оперативне втручання при хронічному гемороеді III-IV ступеня проводили за методикою, розробленою в клініці, що передбачала застосування технічних прийомів профілактики розвитку стриктури анального каналу. До групи порівняння включено 26 (50,99 %) хворих, проперованих за класичною методикою гемороедектомії за Міліганом-Морганом. Серед обстежених хворих 32 (62,74 %) чоловіків, 19 (37,26 %) жінок, віком від 28 до 76 років. Усім хворим до операції, перед випискою із стаціонару, через 2 місяці та 1 рік після проведеного хірургічного лікування проводили проктологічне обстеження та ізольоване рентгеноконтратне дослідження анального каналу із використанням спеціальних рентгеноконтрастних свічок. У 2 (7,7 %) із 26 хворих групи порівняння виникла компенсована післяопераційна стриктура анального каналу, яка була підтверджена ізольованою рентгенографією і ліквідована консервативними заходами. У дослідній групі хворих через 2 місяці та 1 рік після проведеного оперативного втручання за розробленою методикою при проктологічному обстеженні та за результатами ізольованого рентгеноконтратного дослідження анального каналу даних про післяопераційну стриктуру не встановлено.

Ключові слова: гемороедектомія, профілактика стриктури анального каналу.

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 51 больного хроническим геморроем III-IV степени, которые находились на лечении в проктологическом отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы с 2012 по 2014 гг. В исследуемую группу включено 25 (49,01 %) больных, которым оперативное вмешательство проводили по методике разработанной в клинике с применением технических приемов профилактики развития стриктуры анального канала. В группу сравнения включено 26 (50,99 %) больных проперированных по классической методике геморроедектомии по Миллигану-Моргану. Среди больных было 32 (62,74 %) мужчин, 19 (37,26 %) женщин, в возрасте от 28 до 76 лет. Всем больным до операции, перед выпиской из стационара, через 2 месяца и 1 год проводили проктологическое исследование и изолированное рентгеноконтрастное исследование анального канала при помощи специальных рентгеноконтрастных свечей. У 2 (7,7 %) из 26 больных группы сравнения возникла компенсированная послеоперационная стриктура анального канала, подтвержденная изолированной рентгенографией анального канала и ликвидирована консервативными мероприятиями. В исследуемой группе больных через 2 месяца и 1 год после проведенного оперативного вмешательства, по разработанной методике, при проктологическом обследовании и по результатам изолированного рентгеноконтрастного исследования анального канала данных за послеоперационную стриктуру не выявлено.

Ключевые слова: геморроедектомия, профилактика стриктуры анального канала.

Abstract. We analyzed the results of surgical treatment of 51 patients with chronic hemorrhoids III-IV stages who were hospitalized in proctology department of Ivano-Frankivsk Regional Hospital from 2012 to 2014. Experimental group included 25 (49.01%) patients who were operated with the invented method in the clinic, which involved the application of techniques for the prevention of anal stricture. Comparison group included 26 (50.99%) patients who were operated with classical Milihanom Morgan hemorrhoidectomy technique. Among the examined patients there were 32 (62.74%) males, and 19 (37.26%) women from 28 to 76 years old. All patients were conducted proctological and isolated X-ray study of the anal canal before surgery, after discharge from the hospital, 2 months and 1 year after surgery. In 2 (7.7%) of 26 patients of comparison group were postoperative stricture of the anal canal, which was confirmed by isolated X-ray and eliminated by conservative measures. In the patients of experimental group postoperative anal stricture was not found after 2 months and 1 year after the surgery by the invented method.

Keywords: hemorrhoidectomy, prevention stricture of anal canal.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Стриктура анального каналу (САК) залишається одним із найбільш складних колопроктологічних захворювань. У 90% хворих розвиток САК пов'язують з перенесеними раніше оперативними втручаннями, виконаними з приводу геморою, хронічної кальозної анальної тріщини, гострокірпцевих конділом, параректальної норичі, гострого парапроктиту, випадіння прямої кишки [1, 2, 6]. Частка САК серед добро-

якісних захворювань прямої кишки не має тенденції до зниження і залишається в межах 0,9-1,7 %, що змушує дослідників шукати нові підходи до лікування та профілактики даної патології [4, 5].

Після гемороедектомії САК діагностують у 1,5 - 3,8 % хворих. За даними ряду авторів традиційні методи хірургічного лікування геморою ускладнюються розвитком САК у 15 % спостережень [1, 2].