6 поліпшили їх після проведення 2-3 курсів реабілітації та санаторно-курортного лікування. У 5 – проводились повторні втручання, які дали позитивний результат у 3 пацієнтів.

Висновки

Своєчасна діагностика та рання корекція надлеваторних форм АРВР у дітей із застосуванням заднього сагітального доступу дозволяє досягти добрих результатів хірургічної корекції. В цій групі пацієнтів важливою є тривала реабілітація, що дає можливість покращити функціональні результати лікування.

Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем у лікуванні дітей з АРВР. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів хірургічного лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

Література

1. Congenital abnormalities in the offspring of pregnant women with type 1, type 2 and gestational diabetes mellitus: a population-based case-control study / F.Bбnhidy, N.Acs, E.H.Puhy, A.E.Czeizel // Congenit Anom (Kyoto). – 2010. – Vol. 50. – P.115-121.

2. Low-lying spinal cord and tethered cord syndrome in children with anorectal malformations / A.T.K.Teo, B.K.Gan, J.S.Z.Tung et al. // Singapore Med. J. 2012. – Vol.53, No 9. – P.570.

3. Robotic-assisted anorectal pull-through for anorectal malformations / A.Al Bassam, A.Gado, M.S.Mallick et al. // J. Pediatr. Surg. – 2011. - Vol.46, №9. – P.1794–1797.

4. Tethered cord in patients with anorectal malformation: preliminary results / A. Suppiej, L. Dal Zotto, A. Cappellari et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2009. – Vol. 25. – P. 851-855.

5. Urological anomalies in anorectal malformations in the Netherlands: effects of screening all patients on long-term outcome / W.J.H.Goossens, I. de Blaauw, M.H. Wijnen et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2011. – Vol. 27. – P.1091–1097.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.26-007.43-053.2-071.-078

ПІЗНО ВИЯВЛЕНІ ХИБНІ ПРИРОДЖЕНІ ДІАФРАГМАЛЬНІ ГРИЖІ: КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ТА ДІАГНОСТИКА

О.К. Слєпов, В.П. Сорока, Є.О. Слєпов, О.П. Пономаренко

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України"

ПОЗДНО ОБНАРУЖЕННЫЕ ЛОЖНЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА

А.К. Слепов, В.П. Сорока, Е.А. Слепов, А.П. Пономаренко

ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

LATE-REVEALED FALSE CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA: CLINICAL SYMPTOMS AND DIAGNOSIS

O.K. Slepov, V.P. Soroka, E.O. Slepov, O.P. Ponomarenko

SI Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine

Резюме. Статтю присвячено надзвичайно рідкісній патології у дітей старших періоду новонародженості - пізно виявленій природженій хибній діафрагмальній грижі. З 1987 по 2013 роки у відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку ДУ «ІПАГ НАМН України» проліковано 16 дітей у віці від 1 місяця до 15 років. Проаналізовано клінічні прояви та визначено час їх появи. Запропоновано діагностичний алгоритм при хибних пізно діагностованих природжених діафрагмальних грижах у дітей різного віку.

Ключові слова: природжена хибна діафрагмальна грижа, пізнє виявлення, клінічні прояви, діагностика, діти.

Резюме. Статья посвящена чрезвычайно редкой патологии у детей старше периода новорожденности - поздно обнаруженной врожденной ложной диафрагмальной грыже. С 1987 по 2013 год в отделении хирургической коррекции врожденных пороков развития ГУ «ИПАГ НАМН Украины» пролечено 16 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Проанализированы клинические проявления и определено время их появления. Предложен диагностический алгоритм при ложных поздно диагностированных врожденных диафрагмальных грыжах у детей разного возраста.

Ключевые слова: врожденная ложная диафрагмальная грыжа, позднее обнаружение, клинические проявления, диагностика, дети.

Abstract. The article is dedicated to an extremely rare disease in children older than the neonatal period - late-revealed false congenital diaphragmatic hernia. From 1987 to 2013 in the department of surgical correction of congenital malformations SI "IPOG NAMS of Ukraine" were treated 16 children from 1 month to 15 years old. There were analyzed the clinical manifestations and was determined the time of their occurrence. A diagnostic algorithm with late-presenting false congenital diaphragmatic hernia in children of all ages was proposed.

Keywords: congenital false diaphragmatic hernia, late-presenting, clinical manifestations, diagnosis, children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ) зазвичай виявляється у дітей в періоді новонародженості [1]. При цій ваді виникають тяжкі респіраторні та гемодинамічні розлади, клінічна картина яскраво виражена в 79-95 % випадків, здебільшого відразу після народження [2]. Все частіше ПДГ діагностується пренатально [3], проте дотепер у 25-30 % випадків виявляється у дітей старших 28 діб життя [4]. Причому, клінічні ознаки захворювання можуть виникнути як в періоді грудного віку, так і в пубертатному віці, а в окремих випадках, навіть у дорослих людей [4, 5]. Ці групи хворих представляють важке діагностичне завдання через надзвичайну різноманітність клінічних проявів, що можуть з'явитися гостро або протікати хронічно, під виглядом різних за-

хворювань [5, 6]. Тому нерідко виникає низка як діагностичних, так і лікувальних помилок, які можуть призводити до негативних наслідків, в тому числі летальних [7-9]. Основною причиною цього є відсутність загальноприйнятого алгоритму діагностики ПДГ у дітей різних вікових груп.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічних проявів та розробити алгоритм діагностики природжених хибних діафрагмально-плевральних гриж у дітей старших періоду новонародженості.

Матеріали і методи

Проведено аналіз історій хвороб 96 дітей у віці від 1 місяця до 15 років з різними варіантами природжених діафрагмальних гриж за період з 1987 по 2013 роки у відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку ДУ «ІПАГ НАМН України». Несправжню діафрагмально-плевральну грижу виявлено у 16 (16,7 %) дітей. Розділення пацієнтів за віком було наступним: від 1 міс. до 1 року – 25,0 % (n=4), від 1 до 3 років – 43,7 % (n=7), від 4 до 6 років – 6,2 % (n=1), від 7 до 15 років – 25,0% (n=4). Для діагностики несправжніх діафрагмально-плевральних гриж використовували наступні методи дослідження: оглядову рентгенографію і рентгеноскопію органів грудної клітки (ОГК) та черевної порожнини; рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (графія, скопія): стравоходу, шлунку, пасаж по ШКТ, іригографія; ультразвукове дослідження: органів грудної, черевної порожнини та заочеревинного простору; нейросонографія (НСГ); ехо-кардіографія (Ехо-КГ); ендоскопію: фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС); консультацію спеціалістів: педіатра, невролога, окуліста та інших, при необхідності. У діагностично важких випадках або з метою диференційної діагностики використовували комп'ютерну томографію (КТ), трахеобронхоскопію, ректороманоскопію, екскреторну урографію, пневмоперитонеографію.

Результати та їх обговорення

При несправжніх діафрагмально-плевральних грижах у 3 пацієнтів (18,8 %) клінічний перебіг був безсимптомний, у 13 (81,2 %) – симптоматичний. У дітей із симптоматичним перебігом захворювання клінічні ознаки в більшості випадків з'явились в терміни від 1 місяця до 1 року від народження – 50,0 %, (n=8) або з моменту народження – 25,0 %, (n=4) і, значно рідше, після 1 року життя – 6,2 %, (n=1). Основними клінічними ознаками несправжніх діафрагмально-плевральних гриж були: задишка – 43,7 % (n=7), відставання у фізичному розвитку з незадовільною прибавкою у масі тіла – 37,5 % (n=6), кашель – 18,7 % (n=3), блювота – 18,7 % (n=3), закрепи – 18,7 % (n=3), відмова від прийому їжі – 18,7 % (n=3), рецидивуючі запальні бронхо-легеневі захворювання – 12,5 % (n=2), зригування – 12,5 %, (n=2), болі в животі – 12,5% (n=2). Причому, задишка у 6 (37,5 %) пацієнтів виникала при фізичних навантаженнях і лише у 1 (6,2 %) – в стані спокою.

Стартовим і основним методом діагностики хибних діафрагмально-плевральних гриж (ДПГ) у дітей різних вікових груп є оглядова рентгенографія ОГК і черевної порожнини в прямій та боковій проекціях у вертикальному положенні, яка проведена в усіх 100 % (n=16) пацієнтів з цією вадою розвитку. Цей метод дослідження дає можливість виявити сторону ураження, наявність в грудній клітці органів черевної порожнини, особливо порожнистих, у вигляді кільцеподібних утворень різного розміру, заповнених повітрям, які змінюють свою форму, величину, локалізацію в динаміці. Також можна виявити наявність контурів діафрагми або їх відсутність на стороні грижі, і таким чином, опосередковано судити про розмір наскрізного дефекту. Як правило, при хибних ДПГ у дітей різного віку можна виявити зміщення серця й інших органів межистіння в протилежну від грижі сторону. Легеня на стороні ураження не диференціюється або візуалізуються тільки у верхніх відділах грудної клітки, контрлатерльна легеня, як правило, зменшена в об'ємі за рахунок її колапсу.

Для підтвердження діагнозу і визначення характеру порожнистих органів, які знаходяться в грудній клітці, використовували рентгенконтрастне дослідження ШКТ: шлунка, тонкої і товстої кишки – пасаж контрасту. Це дослідження виконано у 12 (75 %) пацієнтів з хибною ДПГ. Шлунок в грудній клітці виявлено у 2 пацієнтів, у 10 – тонку і (або) товсту кишку.

Рентгеноскопію ОГК і черевної порожнини виконано у 5 (31,2 %) дітей з хибною ДПГ. На наш погляд, це дослідження важливе з диференційної точки зору між хибною і справжньою ДПГ. При хибній ДПГ, в усіх досліджуваних дітей (n=5), був відсутній парадоксальний рух діафрагми під час дихання дитини. Тоді як у пацієнтів зі справжньою ПДГ спостерігається парадоксальний рух діафрагми.

УЗД при хибній ДПГ, на нашу думку, має надзвичайно важливе значення, яке полягає в уточненні діагнозу: візуалізації в грудній клітці не тільки порожнистих органів, а й паренхіматозних органів черевної (печінка, селезінка) порожнини та заочеревинного простору (нирки); виявлення супутньої набутої або природженої патології ЦНС, серця, нирок, тощо. УЗД виконано у 14 (93,7 %) дітей з хибною ДПГ у вигляді НСГ – у 2 дітей (12,5 %), ЕхоКГ – у 14 дітей (87,5 %), УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору – у 14 дітей (93,7 %).

У важких діагностичних випадках та з метою виявлення супутньої набутої або природженої патології використовували допоміжні методи дослідження: ендоскопію – у 5 дітей (31,2 %) (ФЕГДС – у 3 дітей (18,7 %), ректороманоскопію – у 1 дитини (6,2 %), трахеобронхоскопію (ТБС) – у 1 дитини (6,2 %)); КТ – у 1 дитини (6,2 %), пневмоперитонеографію – у 1 дитини (6,2 %), екскреторну урографію – у 1 дитини (6,2 %). Консультація вузьких спеціалістів була необхідною перед операцією і/або після неї у 16 (100 %) дітей. Зокрема: педіатра – у 10 дітей (62,5 %), невролога – у 4 дітей (25 %), окуліста та уролога – по 1 консультації (6,2 %).

Висновки

1. Симптоматичний перебіг природженої несправжньої діафрагмально-плевральної грижі у дітей різного віку був у 81,2 % випадків. Найчастіше клінічні ознаки проявлялись у віці від 1 міс до 1 року після народження – (50,0 %) або з моменту народження дитини – (25,0 %).

2. Основними клінічними ознаками несправжньої діафрагмально-плевральної грижі у дітей різного віку є: задишка – 43,7 %, відставання у фізичному розвитку з незадовільною прибавкою у масі тіла – 37,5 %, кашель – 18,7 %, блювота – 18,7 %, закрепи – 18,7 %, відмова від прийому їжі – 18,7 %.

3. Розроблений діагностичний алгоритм при несправжніх ПДГ у дітей старших періоду новонародженості включає: оглядову рентгенографію ОГК і черевної порожнини; рентгенконтрастне дослідження шлунку, тонкої і товстої кишок (пасаж); УЗД; НСГ; ЕхоКГ; органів черевної порожнини та заочеревинного простору; консультація спеціалістів: педіатра, невролога та інших (при необхідності).

Література

1. Robinson P.D. Congenital diaphragmatic hernia / P.D. Robinson, D.A. Fitzgerald // Paediatr. Respirat. Rev. – 2007. – Vol.8. – P. 323–335.

2. Prediction of outcome in isolated congenital diaphragmatic hernia and its consequences for fetal therapy / Gucciardo L., Deprest J., Done E., [et al.] // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. –2008. – Vol. 22. – P. 123-138.

3. Another dimension to survival: predicting outcomes with fetal MRI versus prenatal ultrasound in patients with congenital diaphragmatic hernia / A.L. Madenci, A.R. Sjogren, M.C. Treadwell, [et al.]// J. Pediatr Surg. – 2013. – Vol. 48. – P.1190-1197.

4. Bagiaj M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review / M. Bagiaj, U. Dorobisz // Pediatric Radiology. – 2005. – Vol. 35. – P. 478-488.

5. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in childhood / Chao P.H., Chuang J.H., Lee S.Y., [et al.] //Acta Paediatr. – 2011. – Vol. 100. – P. 425–428.

6. Congenital Diaphragmatic Hernia study group: Late-presenting congenital diaphragmatic hernia / Kitano Y., Lally K.P., Lally P.A. // J. Pediatr. Surg. – 2005. – vol. 40. – P. 1839–1843.

7. Delayed presentations of congenital diaphragmatic hernia / Singh S., Bhende M.S., Kinnane J.M. [et al.] // Pediatr. Emerg. Care. – 2001. – Vol. 17. – P. 269–271.

8. Late presentation of a diaphragmatic hernia / Lee H.M., Addavide K.E., Prince N.J. // Arch. Dis. Child. – 2011. – Vol. 96. – P. 837.

9. Magnetic resonance imaging of the fetal lung: a pictorial essay / M. Cannie, J. Jani, F. De Keyzer [et al] // Eur Radiol. – 2008. – Vol. 18. – P. 1364-1374.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.2-003.6-089-878-036.11-06-053.2

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ

П.П. Сокур, В.Г. Гетьман, Б.О. Кравчук, Б.Б. Серденко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

П.П. Сокур, В.Г. Гетьман, Б.О. Кравчук, Б.Б. Серденко

НМАПО имени П.Л. Шупика

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE BLUNT THORACIC TRAUMA IN CHILDREN

P.P. Sokur, V.H. Hetman, B.O. Kravchuk, B.B. Serdenko

P.L. Shupyk National Medical Academy of Post Graduate Education

Резюме. У роботі проведено аналіз результатів лікування 176 дітей із закритою травмою грудної клітки, ізольованою та поєднаною. Авторами доведено доцільність застосування органозберігаючих операцій при ушкодженнях дихальних шляхів, що дозволяє уникнути інвалідизації пацієнтів та летальних наслідків. Визначено головні причини помилок у діагностиці та лікуванні.

Ключові слова: закрита торакальна травма, діти.

Резюме. В работе проведен анализ результатов лечения 176 детей с закрытой травмой грудной клетки, изолированной и сочетанной. Определены основные причины ошибок в диагностике и лечении. Авторами доказана целесообразность применения органосохраняющих операций при повреждениях дыхательных путей, что позволяет избежать инвалидизации пациентов и летальных исходов.

Ключевые слова: закрытая торакальная травма, дети.

Abstract. In the article the authors analyzed treatment results of 176 children with blunt thoracic trauma and its complications. Because delay of diagnosis, there were mistakes with treatment tactics, made at other clinics. Authors carried out an algorithm of treatment of the thoracic trauma in children.

Keywords: blunt thoracic trauma, children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Травма – провідна причина смерті дітей старше 1-го року, а серед підлітків цей показник досягає 80% [1, 2, 3]. Торакальні ушкодження у дітей належать до важких травм. Серед травм грудної клітки (ГК) закрита травма грудної клітки (ЗТГК) досягає 90%. Від загальної кількості дитячого травматизму, ушкодження грудної клітки у дітей в середньому складають 4-5 %, серед них у 70-82 % дітей супроводжуються поєднаними або множинними ушкодженнями [2, 4, 5]. Травми ГК у дітей відрізняються від такої у дорослих, як за механізмом так і за типом пошкоджень. Падіння – найчастіший механізм травми у дітей раннього віку. Діти шкільного та старшого віку найбільш потерпають від дорожньо-транспортного та побутового травматизму [2].

При обстеженні дитини із ЗТГК потрібно враховувати те, що у 80% випадків цей вид травми є компонентом політравми [1, 3, 4]. Контузійні ушкодження легені – найбільш поширена травма у дітей, котра потребує стаціонарного лікування. Завдяки високій еластичності кістково-хрящових структур ГК у дітей, ушкодження легень та органів середостіння можливе за збереження цілісності ребер. Особливо небезпечними з точки зору можливості діагностичних та лікувальних помилок вважаються пошкодження трахеобронхіального дерева (ТБД), легень та діафрагми [2, 4, 5].

Мета роботи. Опрацювати результати хірургічного лікування пацієнтів із закритою травмою органів ГК, визначити особливості діагностичної тактики.

Матеріали і методи

Авторами було проаналізовано результати лікування 176 дітей, які перенесли ЗТГК за період з 1975 по 2009 роки. Більшість пацієнтів склали хлопчики – 109 (61,93%), дівчата – 67 (38,07%). Серед них 12,75% склали пацієнти молодше 7-ми років, 46,07% - група від 8-ми до 15 років та 41,18% - група від 16 до 18 років. До I групи віднесли 89 дітей (58,57%), яким проведено консервативне лікування та/або мініінвазивні хірургічні втручання. Важкість стану серед цієї групи хворих за клінічним перебігом розцінювалась як легкого та середнього ступеню важкості. В II групу дітей - 87 хворих (48,3%) включили постраждалих, які потребували радикального хірургічного втручання, як на органах ГК, так і при ураженнях інших анатомо-функціональних утво-