

ступеню фіброзу ПЗ (рис. 4).

На гістологічному дослідженні було виявлено тотальну атрофію ацинарної тканини та інсулярних острівців Лангерганса, без ознак запалення. В щільній сполучній тканині зустрічалися залишки часточок у вигляді зруйнованих проток, у той час, як рихла сполучна тканина містила осередки ліпоматозу та розсіяні жирові клітини.

Таким чином, у даному випадку має місце IV ступінь фіброзу ПЗ і дані імунологічного та морфологічного дослідження збігаються.

Отже, результати проведеної роботи дозволяють до операції отримати інформацію про особливості фіброзної трансформації ПЗ при ХП на підставі вивчення значень та числових діапазонів відповідних імунологічних показників, тим самим, підвищити діагностичне значення результатів дослідження, прогнозувати об'єм оперативного втручання та попередити при цьому розвиток післяопераційних ускладнень.

#### Висновки

1. Діагностичними критеріями імунологічної оцінки ступеню фіброзної трансформації ПЗ при ХП є співвідношення  $\kappa\text{TNF-}\alpha/\kappa\text{TGF-}\beta 1$ .

2. В порівнянні співвідношення  $\kappa\text{TNF-}\alpha/\kappa\text{TGF-}\beta 1$  з даними комп'ютерної морфометрії (об'ємна доля фіброзної тканини ПЗ за класифікацією M.Stolte) встановлено, що дані імунологічного та морфологічного досліджень збігаються.

3. Визначення ступеню фіброзу ПЗ неінвазивними імунологічними маркерами до операції дозволяє встановити терміни та об'єм оперативного втручання.

#### Література

1. Степанов Ю.М. Динаміка захворюваності та поширеності основних хвороб органів травлення в Україні за 5 останніх років /

Ю.М. Степанов, Н.Г. Гравіровська // Гастроентерологія: Міжвідомчий збірник – Дніпропетровськ, 2012. – Вип. 46. – С. 3-12.

2. Вторичный аутоиммунный синдром и иммуномодулирующая лимфотропная терапия при остром панкреатите / [О.В. Зайратьянц, С.В. Колобов, И.В. Ярема, В.П. Шевченко] // Архив патологии. – 2002. – № 6. – Т. 64. – С. 51-56.

3. Коротько Г.Ф. Секрета поджелудочной железы / Г.Ф. Коротько // Краснодар: Б. И., 2005. – 312 с.

4. Колобин С.В. Основы регионарной иммунотерапии / С.В. Колобин, И.В. Ярема // М.: Москва, 2001. – 146 с.

5. Фрейдлин И.С. Паракринные и аутокринные механизмы цитокиновой иммунорегуляции / И.С. Фрейдлин // Иммунология. – 2001. – №5. – С. 4-7.

6. Симбирцев А.С. Цитокины: классификация и биологические функции / А.С. Симбирцев // Цитокины и воспаления. – 2004. – № 2. – С. 16-22.

7. Пасиешвили Л.М. Состояние и роль цитокинового звена иммунитета в становлении и прогрессировании заболеваний пищеварительного канала / Л.М. Пасиешвили, М.В. Моргулис / Сучасна гастроентерологія. – 2004. – №3. – С. 8-11.

8. Царегородцева Т. М. Цитокины в гастроэнтерологии. / Т.М. Царегородцева, Т.И. Серова // М.: «Анахарсис». – 2003. – 96 с.

9. Camostate mesilate attenuates pancreatic fibrosis via inhibition of monocytes and pancreatic stellate cells activity / F. Gibo, T. Ito, K. Kawabe [et al.] // Lab. Investigation. – 2005. – Vol. 85, №1. – P. 75-89.

10. Derynck R. TGF-I signalling in tumor suppression and cancer progression / R. Derynck, R.J Akhurst, A. Balmain // Nature Genet. – 2007. – Vol. 29. – P. 117-126.

11. Pancreatic stellate cells respond to inflammatory cytokines: potential role in chronic pancreatitis / P. Mews, P. Phillips, R. Fahmy [et al.] // Gut. – 2002. – Vol. 50, №4. – P. 535-541.

12. Morgenroth K. Pancreatitis / K. Morgenroth, W. Kozushek // Walter de Gruyter. – Berlin-New York, 1991. – 88 p.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.914

### ПРОБЛЕМА ВІТРЯНОЇ ВІСПИ В ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ

Л.П. Шевченко<sup>1</sup>, О.М. Кулик<sup>2</sup>, І.С. Гоменюк<sup>1</sup>, М.С. Шевченко<sup>2</sup>, А.І. Карпів<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня.

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

### ПРОБЛЕМА ВЕТРЯНОЇ ОСПИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Л.П. Шевченко<sup>1</sup>, Е.Н. Кулик<sup>2</sup>, И.С. Гоменюк<sup>1</sup>, М.С. Шевченко<sup>2</sup>, А.И. Карпив<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львовская коммунальная городская детская клиническая больница.

<sup>2</sup>Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого.

### PROBLEMS OF CHICKENPOX IN PEDIATRIC SURGERY

L.P. Shevchenko<sup>1</sup>, O.M. Kulyk<sup>2</sup>, I.S. Homeniuk<sup>1</sup>, M.S. Shevchenko<sup>2</sup>, A.I. Karpiv<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lviv City Children's Clinical Hospital

<sup>2</sup>Danylo Halytsky Lviv National Medical University

**Резюме.** Вітряна віспа – поширене захворювання в дитячому віці. У нашій роботі ми наводимо клінічний випадок вітряної віспи, яка ускладнилася флегмоною лівої щоки та ший, шийним лімфаденітом. Наведена інформація свідчить, що при лікуванні вітряної віспи належна увага має приділятися профілактиці бактерійних ускладнень. При підозрі на інфікування елементів, появу запалення навколо них, хворі повинні бути оглянуті хірургом.

**Ключові слова:** вітряна віспа, ускладнення, флегмона, лімфаденіт.

**Резюме.** Ветряная оспа – распространенное заболевание в детском возрасте. В нашей работе мы приводим клинический случай ветряной оспы, которая осложнилась флегмоной левой щеки и шеи, шейным лимфаденитом. Приведенная информация свидетельствует, что при лечении ветряной оспы надлежащее внимание необходимо уделять профилактике бактериальных осложнений. При подозрении на инфицирование элементов, появление воспаления около них, больных необходимо консультировать детским хирургом.

**Ключевые слова:** ветряная оспа, осложнения, флегмона, лимфаденит.

**Abstract.** Chickenpox is a common disease of childhood. In this article we presented the clinical case of chickenpox, which was complicated by phlegmon of the left cheek and neck, cervical lymphadenitis. This information indicates that in the treatment of chickenpox due attention should be paid to the prevention of bacterial complications. If you suspect a transmission elements, the appearance of inflammation around them, patients should be examined by a surgeon.

**Keywords:** Chickenpox, complications, abscess, lymphadenitis.

Вітряна віспа є поширеною інфекційною хворобою у дитячому віці. Найчастіше захворювання має доброякісний перебіг, але приблизно у 5% хворих виникають ускладнення, частина з яких викликана вторинною інфекцією.

Знову звернутися до питання гнійних хірургічних ускладнень вітряної віспи нас спонукала важкість перебігу флегмони на тлі вітряної віспи при локалізації процесу на обличчі та шиї. На жаль, пізнє звертання або пізнє встановлення показів до операції призводять до значного збільшення площі раневої поверхні, великих втрат з раневим вмістом, тривалого больового синдрому, а в подальшому – косметичних дефектів, які можуть мати вплив на якість життя хворого.

Як показує наш досвід, діагностика флегмони як ускладнення вітряної віспи затруднена через деякі особливості, а саме: на початку запальний процес може проявлятися тільки локальним ущільненням та набряком без гіперемії, що наводить на думку про алергічну реакцію, лимфаденіт тощо. Флегмона дуже швидко поширюється, так само швидко погіршується загальний стан хворого, що вимагає швидкої корекції призначеного лікування.

Як приклад ускладненого перебігу вітряної віспи наводимо витяг з історії хвороби дитини К. віком 3 роки 6 місяців, яка перебувала на лікуванні у відділенні ургентної хірургії МДКЛ з 09.06.14 р. до 25.06.14 р. З анамнезу відомо, що дитина від I вагітності, термінових пологів, знаходилася на грудному вигодовуванні, росла і розвивалася відповідно до віку. Поступила в обласну інфекційну лікарню на 4 день від початку вітряної віспи зі скаргами на підвищення температури, набряк шиї зліва, млявість, везикулопустульозні висипання. З підозрою на флегмону лівої щоки та шиї, шийний лимфаденіт зліва скерована у ЛКМДКЛ. Госпіталізована у діагностичне відділення з метою ізоляції. На момент госпіталізації 09.06.14 р. температура тіла 38°C, у дитини є густа поліморфна висипка на голові, шиї, тулубі, поодинокі висипання на кінцівках. Відзначається набряк у привушній ділянці зліва з переходом на шию, збільшення підщелепних лімфовузлів справа і зліва.

Лабораторні показники. Заг. ан. крові від 09.06.14 р.: Нв 115 г/л, L4.9 Г/л, е-0, п-21, с-33, л-41, м-5, ШОЕ 5 мм/год, заг.ан.сечі: ПВ 1018, епіт.пл. 7-9 в п.з., L-20-25 в п.з., ер.н. 0-1 в п.з., слиз+, урати++. Біохім. ан. крові: заг. білок 59.8 г/л, заг. білірубін 8.2 мкм/л, сечовина 4.84 мМ/л, креатинін 0.072 мМ/л, L-амілаза 13.7 ггод/л, АсАТ 0.47 мМ/л, АлАт 0.21 мМ/л, К-3.6, Na – 122, Са -, гематокрит 30%.

Діагноз: Вітряна віспа. Лівобічний шийний лимфаденіт у



Рис. 1. Видя дитини після хірургічного втручання

стадії інфільтрації. Набряк Квінке? Оглянута педіатром, хірургом, алергологом. У зв'язку з важкістю стану консультована реаніматологом. Призначено консервативне лікування: інфузійна детоксикаційна терапія, антибактеріальна терапія (цефтріаксон), десенсибілізуючі (супрастин), дексон, жарознижуючі, проводилося динамічне спостереження черговим хірургом. На момент огляду 10.06.14 р. у хворої утримується гіпертермія, виражена загальна інтоксикація, у привушній ділянці зліва – болочий інфільтрат та гіперемія, набряк поширюється на задню та бокові поверхні шиї до рівня ключиць, обличчя - до параорбітальних ділянок, пальпація різко болюча. 10.06.14 р. під загальним знеболенням проведено розкриття флегмони шляхом нанесення множинних дрібних розрізів до глибоких шарів підшкірної клітковини із захопленням здорових ділянок шкіри (рис. 1). Отримано велику кількість мутного серозного вмісту, посів якого росту не дав. Проведено корекцію антибіотикотерапії (замінено цефтріаксон на тіenam), призначено імунотерапію (біовен-моно), продовжено детоксикаційну та посиндромну терапію. Таким чином було зупинено поширення запального процесу, з 1 доби після операційного періоду почав зменшуватися набряк та загальна інтоксикація, хоча протягом 2 днів пов'язки рясно просякали серозним вмістом.

На тлі призначеного лікування стан хворої нормалізувався, рани загоїлися. Контрольний аналіз крові від 24.06.14 р. Нв 120 г/л, L 6.4 Г/л, е-3, п-1, с-14, л-80, м-4, ШОЕ 30 мм/год. Дитина у задовільному стані виписана під спостереження дільничного педіатра.

### Висновки

Наведена інформація свідчить, що при лікуванні вітряної віспи належна увага має приділятися профілактиці бактерійних ускладнень, особливо у дітей дошкільного віку. Везикули повинні ретельно оброблятися розчинами анілінових барвників. Діти потребують часткої зміни одягу та постільної білизни. Хворі не повинні страждати від свербіжу і тим самим не створювати передумов для інфікування елементів.

При підозрі на інфікування елементів, появу запалення навколо них, хворі повинні бути оглянуті хірургом.

У разі виникнення такого ускладнення, як флегмона, операція повинна бути проведена в оптимально короткі терміни, а розрізи – на межі зі здоровими тканинами.

Призначення адекватної консервативної терапії допоможе швидкому одужанню пацієнта.

### Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 09.07.2004 № 354 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей.
2. С.О. Крамарев, Інфекційні хвороби клінічні лекції. - К.: Маріон, 2003 – 480 с.
3. Таточенко В.К., Озерецкий Н.А. Иммунопрофилактика. – М.: Остоженка инвест, 2001. – 168 с.
4. Davies E.G., Eliman D.A., Hart C.A. Manual of Childhood Infections. – Edinburgh, London, New York, Oxford, Sidney, Toronto: Saunders, 2001. – 496 p.
5. Long S.S., Pickering L.K., Prober C.G. Pediatric infectious diseases. – N.Y., London, Madrid, Melbourne, San Francisco, Tokyo: Churchill Livingstone, 1997. – 1713 p.
6. Lichenstein R. Pediatrics, Chicken Pox or Varicella // www.emedicine.com, June 13, 2006.

Надійшла 01.07.2014 року.