

*Курташ О.О.***Аноректальные пороки развития у детей**

Резюме. Аноректальные пороки развития (АРВР) являются одними из наиболее распространенных врожденных аномалий. Это исследование было проведено нами для изучения частоты АРВР, частоты различных типов этой аномалии, их распределение по полу, частоты сочетанных пороков развития для определения их влияния на ход этого заболевания и результат лечения. В наше исследование были включены 185 детей, которые были обследованы и пролечены в отделениях хирургии. Изучено подробный анамнез течения беременности, начала заболевания, первичных признаков этой аномалии, времени установления диагноза, данных объективного осмотра и значение дополнительных методов обследования в диагностическом алгоритме.

Ключевые слова: аноректальные пороки развития, диа-

гностика, объединенные аномалии, дети.

*Kurtash O.O.***Anorectal Malformations in Children**

Summary. Anorectal malformations (ARM) is one of the most common congenital anomalies. This study was conducted by us to study the frequency of ARM, the frequency of various types of anomalies and their distribution by gender, and frequency of associated defects to determine their influence on the course of the disease and results of treatment. In our study we included 185 children who were examined and treated at departments of surgery. We studied the detailed history of pregnancy, onset of initial symptoms of this anomaly, at the time of diagnosis, data review and objective value of additional methods diagnostic.

Key words: anorectal malformation, diagnosis, associated abnormalities, children.

Надійшла 23.04.2012 року.

УДК 617.53/616-002.36

*Сніжко С.С.***Хірургічне лікування хворих із флегмонами шиї**

Кафедра хірургії №2, (зав. каф. - проф. І.М.Шевчук) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 117 хворих із флегмонами шиї впродовж 2000-2010 рр. Запропоновано діагностичний алгоритм для комплексної діагностики флегмон шиї. Проаналізовано види операцій, що проводилися залежно від локалізації та поширеності процесу та результатів хірургічних втручань, проведено порівняльну оцінку ефективності застосування різних хірургічних методів. Доведено, що застосування раннього хірургічного втручання із застосуванням анатомічних доступів до міжфасціальних проміжків шиї із адекватним повноцінним дрениванням у хворих із флегмонами шиї є операцією вибору, супроводжується найменшою кількістю ускладнень та створює найкращі умови для швидкої ліквідації гнійного процесу і виздоровлення хворих.

Ключові слова: флегмона шиї, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гнійно-некротичне запалення міжфасціальних клітковинних просторів шиї - це захворювання, яке зустрічається в практичній діяльності загальних, торакальних хірургів, стоматологів, отоларингологів, ендокринологів та лікарів інших спеціальностей [2, 5, 7]. Флегмона шиї (ФШ) супроводжується швидким розвитком місцевого набряку м'яких тканин, поширенням його у клітковину середостіння з розвитком медіастиніту, призводить до виникнення синдрому системної запальної відповіді і сепсису, може супроводжуватися численними ускладненнями та створювати пряму загрозу життю хворого [1, 3, 4]. В останні роки кількість хворих із ФШ має тенденцію до зростання. Летальність становить 1,9-8,4% [2, 5, 8]. Питання діагностики і комплексного лікування хворих на ФШ залишаються актуальними і на сьогоднішній день.

Мета дослідження. Проаналізувати результати лікування хворих із ФШ, визначити критерії ранньої діагностики, алгоритм хірургічної тактики із прогнозуванням можливих шляхів поширення гною та ускладнень, розробити види оперативних втручань у кожному окремому випадку та методи дренивання міжфасціальних проміжків шиї.

Матеріал і методи дослідження

Впродовж 2000-2010 рр. на лікуванні в торакальному відділенні обласної клінічної лікарні знаходилося 117 хворих з діагнозом ФШ. Серед них 95 (81,3%) чоловіків, 22 (18,7%) жінки віком від 17 до 82 років, в середньому 38,2±4,1 роки. Лівобічну локалізацію ФШ відзначали у 50 (42,7%) хворих, правобічну - у 39 (33,3%), двобічне ураження мало місце у 28 (24%) пацієнтів.

ФШ є ускладненням багатьох захворювань і патологічних станів. Серед причин, які викликали ФШ, найбільш часто зустрічалася одонтогенна флегмона - у 43 (36,7%) хворих, нагноєний лімфаденіт - у 30 (25,6%), тонзилітогенна - у 25 (21,3%) хворих. Серед інших причин гнійний тиреоїдит був у 4 (3,4%) хворих, нагноєна бічна кіста шиї - у 2 (1,7%), перфорація стравоходу (2), травма шиї (2), ін'єкційна наркоманія (2), а також розрив трахеї, тромбоз яремної вени, меланосаркома, рак гортані, неходжкінська лімфома, нагноєння гематоми шиї, карбункул шиї - по одному хворому. У 57 (48,7%) із 117 хворих із ФШ встановлені супутні захворювання, зокрема, ішемічна хвороба серця - у 28 (23,9%), цукровий діабет II-го типу - у 18 (15,4%), хронічний алкоголізм - у 8 (6,8%), ішемічний інсульт - у 5 (4,2%), опіатна ін'єкційна наркоманія - у 2 хворих.

Глибокі ФШ діагностовані у 96 (83,1%) хворих, поверхневі у 21 (17,9%) хворого хворого, Серед хворих з глибокими ФШ скупчення гною у spatium m.sternocleidomastoideus спостерігалися

лися - у (9,3%) хворих, в spatium previsceralae - 17 (17,7%), spatium postvisceralae - 61 (63,5%), флегмона в просторі позаду стравоходу - 7 (7,3%), у просторі судинно-нервового пучка - у 2 (2%) хворих.

Серед методів інструментальної діагностики при ФШ застосовували оглядову рентгенографію органів грудної клітки (ОГК), ультразвукову діагностику (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ), за показаннями проводили фібробронхоскопію (ФБС) та фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС). Рентгенографію ОГК проводили для встановлення поширення гнійного процесу на клітковину середостіння. УЗД була визначальною для встановлення розташування, поширеності та розмірів гнійників на шії. КТ застосували у 49 (41,8%) хворих. При КТ виявляли наявність рідинних утворень на шії, встановлювали їх локалізацію та поширення. ФЕГДС застосували у 9 (7,7%) хворих при підозрі на перфорацію стравоходу, при травмі та пухлинних процесах шії. ФБС проведена у 12 (10,2%) хворих при підозрі на пошкодження трахеї. У 43 (36,7%) хворих ФБС застосували після операції для санації трахеобронхіального дерева.

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх хворих на ФШ рівень лейкоцитів у периферичній крові був підвищеним і в першу добу складав у середньому $12,2 \pm 1,3 \times 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли перевищували 10%, лімфоцити - 16%. На другу добу після операції відзначали достовірне зменшення кількості лейкоцитів у периферичній крові в середньому до $9,2 \pm 1,1 \times 10^9$ /л, паличкоядерних нейтрофілів до 4%, лімфоцитів до 19%. Вказане свідчить про ефективність санації гнійного вогнища та зниження інтенсивності синдрому системної запальної відповіді.

Серед біохімічних показників у хворих із ГФШ рівень загального білку становив у середньому $61,4 \pm 5,9$ г/л, збільшення рівня сечовини було у 27 (23%) хворих, креатиніну у 25 (21,7%), АсТ - у 20 (17%), АлТ - у 21 (17,9%) пацієнтів. Токсичні зміни в нирках підтверджені даними аналізу сечі та УЗД спостерігали у 54 (46,1%) хворих. Так, рівень білку у сечі становив: $0,033$ г/л - 21 (17,9%) хворого, $0,066$ г/л - у 17 (14,5%), $0,099$ г/л - у 8 (6,8%), $0,135$ г/л - у 8 (6,8%).

Оперативне втручання проводили під загальним знеболюванням. У більшості хворих застосовували передньо-бокову цервікотомію за Разумовським. При проведенні оперативного втручання враховували дані інструментальних досліджень. Грунтуючись на певному власному досвіді оперативних втручань розсічення шкіри, подшкірної клітковини і власної фасції проводили гострим шляхом, у більш глибокі шари тканин проникали тільки тупим шляхом. Гнійник розкривали по найкоротшому шляху, м'язи не розсікали, а розводили їх орієнтуючись на фасціальні проміжки. Після проникнення у гнійник і евакуації гною видаляли некротизовані тканини, розкривали сліпі кишени, гнійну порожнину широко дренивали поліхлорвініловими трубками широкого діаметру (до 1,0 см), які вводили у найглибші гнійні кишени міжфасціальних проміжків шії з боковим отворами. Дані трубки забезпечували постійний відтік гнійного вмісту з рани, а також через дренажні трубки проводили постійне промивання гнійних порожнин розчинами антисептиків, інколи для цього застосовували накладання контрапертур.

У 95 (81,2%) хворих було проведено одне оперативне втручання. У 22 (25,7%) хворих виникла необхідність у повторних втручаннях. По два втручання було проведено у 10 (8,5%) хворих, по три - у 6 (5,1%), по 4 - у 5 (4,3%), по 5 - у одного хворого. Серед показань до проведення повторних оперативних втручань були необхідність накладання трахеостоми при значному гнійному процесі з вираженим набряком тканин та зміщенням трахеї, при тривалій інтубації і штучній вентиляції легень, розкриття флегмони підщелепної ділянки, розвиток ФШ на протилежній стороні шії, накладання вторинних швів.

Слід зазначити, що 31 (26,5%) хворого було переведено із районних лікарень. Всі хворі знаходилися від 1 до 5 діб в районі без консультації торакального хірурга і у 24 (77,4%) із 31 хворого при поступленні були виражені клінічні прояви ФШ в пізніх стадіях захворювання. Із відділення щелепно-лицевої хірургії переведено 24 (20,5%) хворих, яким проводилося розкриття підборідочної та підщелепної ділянок. Поширення флегмони на шию було внаслідок недостатнього розкриття та поганого дренивання гнійника. Із ЛОР відділення було переведено 13 (11,1%) хворих, яким розкриття паратонзиллярних абсцесів не дало ефекту і гнійний процес поширився на глибокі міжфасціальні проміжки шії.

Всім хворим з ФШ під час оперативного втручання проводили посів гною для визначення характеру патогенної мікрофлори та її чутливості до антибактеріальних препаратів. Результати бактеріологічного дослідження гною були від'ємними у 27 (23%) із 117 хворих. У 36 (30,7%) хворих виявлено *St. epidermidis* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 , у 8 (6,3%) хворих - *St. aureus* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 , у 7 (5,9%) хворих - *St. pyogenes* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 , у 3 (2,5%) хворих - *E. coli* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 , у 3 (2,5%) хворих - гриби роду *Candida* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 , у 2 (1,7%) хворих - *Ps. aeruginosa* ції 5×10^5 мікробних тіл в 1 см^3 .

Під час операції та в післяопераційному періоді всім хворим призначали антибактеріальні препарати згідно з антибіограмою. До визначення чутливості в якості стартової антибактеріальної терапії застосовували цефалоспорини III-IV покоління, а саме цефепім, цефтріаксон в дозі 1-2 грами 2 рази на добу та фторхінолони, а саме левофлоксацин в дозі 500 мг внутрішньовенно двічі на добу.

Слід відзначити, що у 43 (36,7%) хворих було діагностовано сепсис. Тому в комплексному лікуванні ФШ важливе місце займає дезінтоксикаційна терапія з першої доби від поступлення хворого, яка полягала у внутрішньовенному введенні 0,9% хлориду натрію, розчинів Рінгера, реосорбілакт, неогемодез. Об'єм інфузії становив від 1,0 до 2,7 літрів. При виражених явищах гнійної інтоксикації застосовували форсований діурез із введення розчину фуросеміду після внутрішньовенної терапії.

Серед ускладнень ФШ мали місце арозивна кровотеча з внутрішньої сонної артерії (1), ексудативний плеврит (2), тромбоз яремної вени (1).

Повне выздоровлення спостерігали у 115 (98,3%) із 117 хворих. Померли 5 (4,2%) хворих. Серед причин смерті сепсис, наростаюча поліорганна недостатність (3 хворих), рефрактерний септичний шок (один хворий). Одна хвора померла внаслідок арозивної кровотечі з внутрішньої сонної артерії з розвитком масивного ішемічного інсульту після її перев'язки.

Висновки

Ефективність лікування хворих на флегмону шії залежить від своєчасної діагностики і застосування адекватної хірургічної тактики. Результати лікування можна покращити за рахунок своєчасної діагностики захворювання на початкових стадіях розвитку, скерування до лікарів спеціалістів, використання всього доступного арсеналу інструментальної діагностики, дотримання правил розкриття і дренивання гнійних вогнищ, раціональної антибактеріальної терапії.

Перспективи подальших досліджень

Перспективою наших подальших досліджень є оптимі-

зачія методів діагностики ФШ, вдосконалення хірургічних методів лікування та розробка нових більш ефективних методів, покращення результатів лікування шляхом зниження явищ ендогенної інтоксикації.

Література

1. Пятаков С.Н., Славинский В.Г., Триандафиллов К.В. Особенности формирования хирургических доступов в сочетании с трахеостомией у больных собирными флегмонами шеи // Кубанский научный медицинский вестник 2005 - №5-6 - С. 92-93.
2. Робустова Т.Г. Лимфангит, лимфаденит, аденофлегмона лица и шеи // Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой М.: Медицина, 2000.-С. 291 -301.
3. Робустова Т.Г. Современная клиника диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний // Российский стомат. журнал. – 2003. - № 4. – С.11–16.
4. Фомичёв Е.В., Робустова Т.Г. Диагностика и лечение атипично-текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Российский стомат. журнал. – 2003. - № 4.– С.28–31.
5. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / Н.Н. Бажанов, М.А. Губин, Е.А. Зорян и др.: Под ред. А.Г. Шаргородского. – М., 2002. - С.448 – 469.
6. Cardenas-Malta K.R., Cortes-Flores A.O., Fuentes-Orozco C., Del Carmen Martinez-Oropeza L., Lopez-Ramirez M.K., Gonzalez-Ojeda A. Necrotizing mediastinitis in deep neck infection. // Cir Cir- 2005- №4 — P.263-267.
7. Jovic R., Vlaski L., Komazec Z., Canji K. Results of treatment of deep neck abscesses and phlegmons // Med. Pregl.- 1999 №9-10 - P. 402-408.
8. Parhiscar A., Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol 2001.-№11.- P. 1051-1054.

Снижко С.С.

Хирургическое лечение больных из флегмонами шеи

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 117 больных с флегмонами шеи на протяжении 2000-2010 гг. Предложен диагностический алгоритм для комплексной диагностики флегмон шеи. Проанализированы виды операций, которые применялись в зависимости от локализации и распространенности процесса и результаты хирургических вмешательств, проведена сравнительная оценка эффективности применения разных хирургических методов. Доказано, что применение раннего хирургического вмешательства с применением анатомических доступов к межфасциальным промежуткам шеи с адекватным полноценным дренированием у больных с флегмонами шеи является операцией выбора, сопровождается наименьшим количеством осложнений и создает наилучшие условия для быстрой ликвидации гнойного процесса и выздоровления больных.

Ключевые слова: *флегмоны шеи, хирургическое лечение флегмон шеи.*

Snizhko S.S.

Surgical Treatment of Patients with Neck Phlegmons

Summary. The analysis of results of treatment is conducted 117 patients with the phlegmons of neck during 2000-2010. A diagnostic algorithm is offered for complex diagnostics of phlegmons of neck. The types of operations which was used depending on localization and prevalence of process and results of surgical interferences are analysed, the comparative estimation of efficiency of application of different surgical methods is conducted. It is well-proven that application of early surgical interference with the use of anatomic accesses to the interfascial intervals of neck with the adequate valuable draining for patients with the phlegmons of neck is the operation of choice, accompanied the least amount of complications and creates the best terms for rapid liquidation of festering process and convalescences of patients.

Key words: *phlegmons of neck, surgical treatment of phlegmons of neck.*

Надійшла 13.02.2012 року.