

acquired cytomegalovirus infection / L. Marseglia, S. Mantì, G. D'Angero [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2015. – Vol. 110, № 2. – P. 175 – 178.

Мартынюк Т.В., Горбатиук О.М., Мартынюк В.Ф., Селюк В.С.

Кишечная непроходимость как осложнение некротического энтероколита у детей

Резюме. Лечение детей с кишечной непроходимостью впоследствии НЭК остается актуальным предметом дискуссии многих специалистов. Однако ранняя диагностики осложненного течения НЭК с признаками кишечной непроходимости и своевременное лечение первоначально зависит от знания врачей в этих вопросах.

Цель. Изучить и проанализировать случаи кишечной непроходимости вследствие НЭК у новорожденных и грудничков, а также преподнести собственный опыт диагностики и лечения осложненных форм протекания данной патологии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 11 новорожденных с НЭК, у которых протекания заболевания осложнилось клиническими признаками кишечной непроходимости и 7 грудничков с поздними осложнениями НЭК под видом кишечных стенозов и спаечной кишечной непроходимости. Изучение клинико-лабораторных особенностей патологии проводилось с использованием комплекса диагностических методик.

Результаты. Преобладающее большинство обследованных новорожденных были недоношенными (81,82%). Основной причиной развития обтурационной кишечной непроходимости были гипомоторика стабильной кишечной петли и некротические участки с формированием внутрибрюшных инфильтратов вокруг кишечных перфораций и доперфорационных поражений кишечной стенки. Поздние осложнения НЭК были диагностированы у 7 грудничков со стенозами кишки и поздней спаечной кишечной непроходимостью. Все дети были прооперированы, умерло 3 новорожденных от неонатального сепсиса с полиорганной недостаточностью.

Выводы.

1. В группе новорожденных детей с перфорационной и доперфорационной стадиями НЭК, а также при наличии стабильной кишечной петли и массивных некротических поражениях кишечника, существует большая возможность возникновения обтурационной кишечной непроходимости как осложненного течения НЭК. В преобладающем большинстве случаев осложненное протекание НЭК имели недоношенные новорожденные – 81,82% клинических случаев.

2. У грудничков, которые перенесли НЭК в период новорожденности и были прооперированы в связи с приобретенной кишечной непроходимостью, во время операции были обнаружены кишечные стенозы и спаечная кишечная непроходимость, как специфические поздние осложнения НЭК.

Ключевые слова: новорожденные, некротический энтероколит,

внутрибрюшинный инфильтрат, стеноз, спаечная кишечная непроходимость.

T.H. Martyniuk, O.M. Gorbatiuk, V.F. Martyniuk, V.S. Seliuk

Intestinal Obstruction as a Complication of Necrotizing Enterocolitis in Children

Volyn Regional Children's Territorial Medical Association, Lutsk, Ukraine

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Abstract. Treatment of children with ileus as a result of necrotizing enterocolitis is an urgent subject of discussion of many specialists. However, early diagnosis of complicated course of necrotizing enterocolitis with co-existent ileus and timely treatment depend first of all on doctors' awareness of these issues.

The objective of the research was to investigate and analyze cases of ileus as a result of necrotizing enterocolitis in newborns and infants as well as to share personal experience of diagnosis and treatment of complicated course of this pathology.

Materials and methods. Under our observation there were 11 newborns with necrotizing enterocolitis, whose course of the disease was complicated with the symptoms of intestinal obstruction and 7 infants with late complications of necrotizing enterocolitis in the form of intestinal strictures and ileus. The investigation of clinical and laboratory features of the pathology was held with the use of the complex of diagnostic methods.

Results. Most investigated newborns were prematurely born (81.82%). The main reasons for the development of ileus were hypermotility of fixed intestinal loop and necrotizing area as well as formation of intestinal infiltrates around intestinal perforations and pre-perforated lesions of the intestine wall. Late complications of necrotizing enterocolitis were diagnosed in 7 newborns with intestinal obstruction and late ileus. All children were operated on. 3 newborns died due to neonatal sepsis with multiple organ failure.

Conclusions. 1. In the group of newborn children with perforated and pre-perforated stage of necrotizing enterocolitis as well as with fixed intestinal loop and solid necrotic bowel lesions there is a strong possibility of appearing intestinal obstruction as a complicated course of necrotizing enterocolitis. In the vast majority of cases the complicated course of necrotizing enterocolitis was diagnosed in prematurely born children - 81.82% of clinical cases. 2. During surgical interventions, intestinal strictures and ileus were detected as specific late complications of necrotizing enterocolitis in newborns having necrotizing enterocolitis in the neonatal period and being operated on for acquired intestinal obstruction.

Keywords: newborns; necrotizing enterocolitis; intraabdominal infiltrate; stenosis; adhesive intestinal obstruction.

Надійшла 28.07.2016 року.

УДК 616-089+616-007.43+617.55+008.331.1

Мельник І.В.

Особливості комплексного лікування хворих із защемленими грижами та ознаками метаболічного синдрому

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Івано-Франківськ, Україна

Резюме. Обстежено 57 хворих із защемленими грижами живота і діагностованим метаболічним синдромом, яким ургентно виконана пластика грижевого дефекту поліпропіленовою сіткою Лінтекс-Есфіл (Санкт-Петербург). Хворі поділені на 2 клінічні групи: 1 клінічна група (20) - хворі в післяопераційному періоді отримували традиційне комплексне консервативне лікування, 2 клінічна група (37) – окрім традиційного, вищезгаданого лікування хворі отримували 2,5% розчин тіотріазоліну по 2 мл дом'язево та метформін по 500 мг/добу для корекції метаболічного синдрому. У 59,2% хворих 2 клінічної групи покращувалися показ-

ники ліпідного обміну на 7 добу, у хворих 1 клінічної групи тільки у 15%. Ускладнення з боку післяопераційної рани у вигляді сером, інфільтратів розвинулися у 6,3% пацієнтів, які усунені за допомогою консервативних методів лікування. Пацієнти 2 клінічної групи краще переносили післяопераційний період, середній термін перебування в стаціонарі скоротився на 2,03±0,2 л/д. Отже лікування пацієнтів із защемленими грижами передньої черевної стінки та метаболічним синдром повинно бути комплексне з пластикою грижевого дефекту поліпропіленовою сіткою і медикаментозною корекцією порушень обміну.

Ключові слова: защемлені грижі, оперативне лікування, метаболічний синдром, алопластика черевної стінки.

Вступ. В Україні щорічно виконується 90000 гриже-сечень, з них 13000 операцій з приводу защемлених гриж черевної стінки Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30% населення, надмірну масу тіла має кожен четвертий житель. Тому, кількість оперативних втручань у зазначеній категорії хворих, прогнозовано зростає [1,2].

А наявність гриж разом із супутнім ожирінням призводить до зростання кількості рецидивів за свідченням різних авторів до 64%. Технічне виконання оперативного втручання також викликає труднощі [3].

Ожиріння найчастіше є ініціуючим фактором розвитку метаболічного синдрому, що призводить до розвитку артеріальної гіпертензії і викликає зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну з подальшим збільшенням надлишкової маси тіла [4]. В літературі зустрічаються повідомлення про примінення поліпропіленової сітки при защемлених грижах у хворих на ожиріння [5]. Але не вивчено результати комплексного лікування хворих із метаболічним синдромом та виконаною алопластикой при защемлених грижах передньої черевної стінки.

Мета. Для покращення результатів алопластики защемлених гриж передньої черевної стінки у хворих із метаболічним синдромом вивчали ефективність примінення медикаментозної корекції порушень ліпідного, вуглеводного обмінів.

Матеріали та методи

Проведений аналіз результатів комплексного хірургічного лікування 57 хворих із защемленими грижами живота, яким виконана пластика грижевого дефекту поліпропіленовою сіткою Лінтекс-Есфіл і діагностовано метаболічний синдром. Чоловіків було 18, жінок - 39. Вік хворих коливався від 36 до 89 років. Защемлені інцизійні грижі спостерігалися у 25 хворих, пупочні - у 14, пахові - у 15, стегові - у 3. До 12 годин від моменту захворювання поступило 38 хворих (66,7%), до 24 годин - 12 хворих (21%), через добу і більше - 7 хворих (12,3%). Хворим проводили стандартне обстеження до операції, а також УЗД грижевого дефекту та вмісту грижі поверхневим датчиком. Для діагностики ознак метаболічного синдрому визначали індекс маси тіла (ІМТ) або індекс Кетле, який розраховують, як відношення маси тіла до зросту та округність талії:

$$\text{ІМТ} = \text{Маса тіла (кг)} / \text{Зріст (м}^2\text{)}$$

Порушення ліпідного обміну виявляли за допомогою лабораторного визначення рівня загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ), аналізували показники глюкози крові у оперованих пацієнтів та ознаки гіпертензії. За критерії метаболічного синдрому ми брали «Рекомендації Національного Інституту здоров'я США (2001) і Української асоціації кардіологів (2004)»: а) надлишкова маса тіла або ожиріння: об'єм талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок; б) артеріальна гіпертензія: АТ≥130/85 мм рт.ст.; в) дисліпідемія: рівень ТГ≥1,7 ммоль/л; рівні ХС ЛПВЩ <1,04 ммоль/л для чоловіків і 1,29 ммоль/л для жінок.

Хворі поділені на 2 клінічні групи. Хворі 1 клінічної групи (20) після оперативного лікування отримували традиційне комплексне консервативне лікування, а 2 клінічної групи (37) - отримували 2,5% розчин тіотриазоліну по 2 мл дом'язево та метформін по 500 мг/добу для корекції метаболічного синдрому.

Результати та їх обговорення

Всім хворим після ліквідації защемленої грижі виконана алопластика грижевого дефекту. У 54,3% пацієнтів під час операції виявлений випіт у грижевому мішку, спостерігалися запальні явища, що проявлялося набряком, інфільтрацією стінок грижевого мішка.

У 3,5% випадках імплантацію поліпропіленової сітки

проведено після санації серозно-фібринозного перитоніту. Вмістом грижевого мішка у 61,4% хворих було пасмо великого сальника, у 33,4% - петля тонкого кишечника, у 5,2% - товстого кишечника. Пластику пахових і стегових гриж у пацієнтів проводили за методом Ліхтенштейна, пупкових, інцизійних, гриж білої лінії - за методами "onlay" - в 8,7%, "sublay" - в 87,8%, "inlay" - в 3,5%. Рани активно дренивали вакуумною системою типу "Redon". Середня вага тіла хворих становила від 87 до 138 кг. ІМТ складав 33,63 ± 3,55 кг/м² для жінок і 35,47 ± 4,25 кг/м² для чоловіків. В 97,5% хворих виявлено лабораторні порушення ліпідного спектру крові. Зокрема, під час оперативного втручання у 18 (31,5%) хворих обох клінічних груп виявлено ознаки абдомінального ожиріння, що створювало труднощі при закритті черевної порожнини. Враховуючи наявність абдомінального ожиріння, з метою профілактики розвитку компартмент-синдрому у післяопераційному періоді була вибрана методика «inlay» для алопластики грижевого дефекту.

У 9 (15,7%) хворих 2 групи діагностовано цукровий діабет. Отже в комплекс консервативного лікування призначали препарати для корекції артеріальної гіпертензії, показників цукру крові, ліпідного обміну. Для корекції згаданих відхилень обов'язково призначалася спеціальна дієта, рання активність пацієнтів. У 16 (59,2%) хворих 2 клінічної групи знизилися показники холестерину, ХЛПНЩ і ЛПВЩ, в 1 клінічній групі - тільки у 15%. Середня тривалість дренивання рани становив 5,8 дня. У 7 хворих через інтенсивні серозні виділення з рани дренаж використовували протягом 8 днів. Ускладнення з боку післяопераційної рани у вигляді сером, інфільтратів розвинулися у 6,3% пацієнтів, які усунені за допомогою консервативних методів лікування. Пацієнти 2 клінічної групи краще переносили післяопераційний період, швидше відновлювали працездатність. Середній термін перебування в стаціонарі пацієнтів 2 клінічної групи становив 8,6 дня. Наші результати співпадають із попередніми дослідженнями, де було доказано, що сітка із поліпропілену найбільш стійка до інфікування і може застосовуватися в ургентній хірургії гриж живота [6], а медикаментозна корекція ознак метаболічного синдрому покращує перебіг післяопераційного періоду.

Вплив порушень ліпідного, вуглеводного обмінів, зокрема абдомінального ожиріння на покращення результатів алопластики защемлених гриж потребує подальшого вивчення.

Висновки

1. Використання поліпропіленової сітки при защемлених грижах в умовах інфікування показує високу ефективність методу і його доцільно приміняти в ургентній хірургії гриж.
2. Лікування таких пацієнтів повинно бути комплексне із обов'язковою діагностикою метаболічного синдрому та медикаментозною корекцією.

Література

1. Жебровський ВВ, Джемилеева ЭР, Торотадзе НМ, Резанов ПА. Ущемленные послеоперационные грыжи // Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 14-15 квітня 2006 р.: тези доповідей.- Київ, 2006.-С.35-36.
2. Лаврик А. С., О. С. Тивончук, О. А. Лаврик Хірургічне лікування ожиріння [Текст] // Здоров'я України. - 2013. - № 1. - С. 10-11.
3. Яшков Ю.И. Хирургическое лечение ожирения и метаболических нарушений [Текст] / Ю. И. Яшков, М. С. Синеокая // Матеріали П'ятого русского симпозиума с международным участием. - 2009. - С. 90.
4. Diehl A.M. Nonalcoholic steatosis and steatohepatitis IV. Non-alcoholic fatty liver disease abnormalities in macrophage function and cytokines // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. - 2002. - Vol. 282, N 1. - P. G1-G5.
5. Наш досвід лікування післяопераційних вентральних гриж черевної стінки у хворих на ожиріння / О.В. Стороженко, О.В. Лігоненко, А.Б. Зубаха [і співав] // Ж. Хірургія України. - 2011. -

№3(39).-С.103-104

6. Тутченко М.І., Лисенко В.М., Бабій В.П., Бишовець С.М. Використання поліпропіленової сітки, як методу вибору герніопластики при великих защемлених грижах передньої черевної стінки // Мат.ІІІ Всеукраїнської наук.-практ.конф. з міжнародною участю «Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота». -Київ, 14-15 квітня.—2006.-С.118-119.

Мельник І.В.

Особенности комплексного лечения больных с ущемленными грыжами и признаками метаболического синдрома

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии стоматологического факультета, г. Ивано-Франковск, Украина

Резюме. Обследовано 57 больных с ущемленными грыжами живота и диагностированным метаболическим синдромом, которым в ургентном порядке сделана пластика грыжевого дефекта полипропиленовой сеткой Линтекс-Эсфил (Санкт-Петербург). Больные разделены на 2 клинические группы: 1 клиническая группа (20)-больные, которые в послеоперационном периоде лечились по традиционной схеме; 2 клиническая группа (37)-больные, которым вместе с традиционным лечением назначено тиаприазолин 2,5% раствор по 2 мл внутримышечно и метформин по 500 мг/сутки для коррекции метаболического синдрома. На 7 сутки улучшились показатели липидного обмена в 59,2% больных 2 клинической группы и в 15% больных 1 клинической группы. Осложнения со стороны послеоперационной раны: серомы, инфильтраты возникли у 6,3% больных, которые прошли после консервативных методов лечения. Пациенты 2 клинической группы легче и активнее восстанавливались в послеоперационном периоде, среднее пребывание больных в стационаре сократилось на 2,03±0,2 дня. В итоге, лечение пациентов из ущемленными грижами передней брюшной стенки и диагностированным метаболическим синдромом должно быть комплексным и включать пластику грыжевого дефекта сетчатым трансплантатом,

и медикаментозную коррекцию нарушений обмен веществ.

Ключевые слова: ущемленные грыжи, операция, метаболический синдром, аллопластика грыжи.

I.V. Melnyk

Comprehensive Treatment of Patients with Constricted Hernias and Metabolic Syndrome Signs

Department of Surgery of Faculty of Dentistry
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. 57 patients with constricted abdominal hernia and diagnosed metabolic syndrome were examined. They were performed the urgent hernia defect plastics with polypropylene mesh Linteks-Esfil (St. Petersburg). Patients were divided into two clinical groups: clinical group I (20) included patients in the postoperative period treated with conventional comprehensive conservative treatment. Clinical group II (37) consisted of patients treated with 2.5% solution of 2 ml thiazopirazine in muscle and metformin in a dose of 500 mg / day for metabolic syndrome correction in addition to above mentioned conventional treatment. Lipid metabolism indices improved on the 7th day in 59.2% of patients in clinical group II and only in 15% of patients in clinical group I.

Postoperative wound complications such as seromas and infiltrations developed in 6.3% of patients and were eliminated by conservative methods of treatment. Patients of group II tolerated postoperative period better. Average duration of hospital stay decreased by 2.03±0.2 bed days. Thus, the treatment of patients with constricted hernia of anterior abdominal wall and metabolic syndrome should be in complex with hernia defect plastics by propylene mesh and medicamentous correction of metabolism disorders.

Keywords: constricted hernia; surgical treatment; metabolic syndrome; abdominal wall alloplasty.

Надійшла 28.07.2016 року.

УДК 616-089-618.1-612.62-053.2

Мельниченко М. Г., Елій Л. Б., Антонюк В. В.

Рівні запальної реакції при хірургічних захворюваннях у дітей

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна, marina_gm@i.ua

Резюме. Вивчено можливість методу автоматичного групування в оцінці важкості запального процесу в дітей з апендикулярним перитонітом, деструктивною пневмонією, гострим гематогенним остеомієлітом. Було виділено 2 ступені, які статистично вірогідно розрізнялися за 5 показниками гемограми (еритроцити, гемоглобін, паличкоядерні і сегментоядерні нейтрофіли, інтоксикаційний індекс зсуву). Виділені ступені характеризують два рівні запальної реакції й статистично вірогідно пов'язані з розповсюдженням процесу та клінічною оцінкою важкості стану дітей з хірургічною інфекцією. Розроблена на основі показників гемограми класифікація об'єктивно віддзеркалює рівень запальної

реакції організму й може бути рекомендована для оцінки важкості інтоксикації при гнійних процесах у дітей.

Ключові слова: метод автоматичного групування, запальна реакція, гнійні хірургічні захворювання, діти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Гнійно-запальні хірургічні захворювання у дітей частіш за все протікають із системною запальною реакцією організму, морфологічною основою якої є ендотеліальна дисфункція, пошкодження субклітинних, клітинних та тканинних струк-