

О.Б. Боднар, В.С. Хашук, Б.М. Боднар, Л.І. Ватаманеску, М.В. Хома*

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. О.Б. Боднар) Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

**Комунальної медичної установи «Міська дитяча клінічна лікарня»*

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АНТИАДГЕЗИВНИХ ЗАСОБІВ ТА МЕТОДІВ ПРИ СПАЙКОВІЙ ХВОРОБІ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ТЯЖКІЙ ПОЛІТРАВМІ У ДІТЕЙ

Резюме. Наведено клінічний випадок тяжкої полтравми, що ускладнений спайковою хворобою у дитини з діагнозом: проникаюче поранення органів черевної порожнини. Пошкодження тонкого та товстого кишків. Відрив бокової поверхні таза та стегна зліва, травматична ампутація лівої клубової кістки та лівої стегнової кістки. Перелом лобкової та сідничної кісток справа. Перелом тіл S₅-L₁ хребців. Геморрагічний шок III ступеня. Гіповолемічний шок III ступеня. Травматичний шок. Післяопераційний період ускладнився: гнійно-некротичною раною бокової поверхні черевної стінки та сформованої культи; некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; раневим сепсисом; септикопемією; порушенням всмоктування та синдромом короткої петлі. Обґрунтовані основні принципи хірургічного лікування пацієнта. Виявлена трьохетапність надання допомоги: I етап – збереження життя; II – корекція ускладнень політравми та спайкової хвороби; III – відновлення функції ушкоджених органів.

Ключові слова: спайкова хвороба; політравма; хірургічне лікування; діти.

Травма є головною причиною летальності серед дітей та підлітків до 18 років та займає третє місце після патології новонароджених та хвороб органів дихання. Серед усіх травматичних ушкоджень у дитячому віці окреме місце посідає політравма, на частку якої в структурі дитячого травматизму припадає до 18-23 % [1]. Спайкова хвороба черевної порожнини є основною причиною розвитку кишкової непрохідності і становить 60 % від кількості її видів [2, 3]. При цьому частота кишкової непрохідності становить від 4 до 20 випадків на 10 тис. населення [4]. Але загальноновизнаних і надійних методик профілактики спайкової хвороби на сьогоднішній день немає [5].

До прикладу наводимо випадок лікування хлопчика М., 16 років з використанням антиадгезивних засобів. Поступав в хірургічне відділення з діагнозом: проникаюче поранення органів черевної порожнини. Пошкодження тонкої та товстої кишків. Відрив бокової поверхні таза та стегна зліва, травматична ампутація лівої клубової кістки та лівої стегнової кістки. Перелом лобкової та сідничної кісток справа. Перелом тіл S₅-L₁ хребців. Геморрагічний шок III ступеня. Гіповолемічний шок III ступеня. Травматичний шок.

З анамнезу відомо, що травму отримав при польових роботах. Хлопчика переїхав комбайн (combine harvester) під час збору урожаю. Дитина була доставлена в лікарню через 2 години після отримання травми. При об'єктивному огляді дитини: стан важкий. Шкірні покриви бліді, вкриті

холодним потом. Дитина без свідомості. АТ – верхня межа – 60 мм.рт.ст. (нижня межа не визначається), пульс на променевих артеріях не визначається, на сонних артеріях – 140 в 1 хвилину. В лівій латеральній ділянці живота наявна рвана рана з відірваними та розчавленими поперековим, внутрішнім та зовнішнім косим м'язами живота. Крізь рану черевної стінки вивалені петлі тонкої кишки та ліві відділи товстої кишки із залишками землі та переробленої рослинної суміші. Бокова поверхня таза відірвана, ліва стегнова кістка розчавлена, ліва гомілка знаходиться на шкіряному клапті. При виконанні рентгенографії кісток таза: травматична ампутація тіла лівої клубової кістки та стегнової кістки. Лікування дитини здійснювали згідно Європейських рекомендацій лікування кровотеч при травмах. Проведено оперативне втручання: серединна лапаротомія, резекція тонкої кишки з анастомозом кінець-в-кінець; резекція товстої кишки; асцендостомія; ампутація лівої ноги; формування бокової черевної стінки залишками стегна. Виконано ампутацію лівої ноги із пластикою дефекту лівої бокової ділянки живота місцевими тканинами та залишками тканин стегна із залишенням значної ділянки м'язів бокової ділянки живота без підшкірної клітковини та шкіри. Сформована кукса тазової кістки. На ліву бокову ділянку черевної стінки накладені пов'язки із маззю на йодній основі. Пошарово шви на лапаротомну рану. Післяопераційний період перебігав тяжко, ускладнився гнійно-некро-

тичною раною бокової поверхні черевної стінки та сформованої кукси (сідничної, поперекової, латеральної та середньої ділянки тулуба зліва); некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; раневим сепсисом; септикопемією. Відмічалися синдром порушення всмоктування та синдром короткої петлі. В зв'язку із нагноєнням післяопераційної рани бокової стінки живота проводили щоденні промивання антисептичними розчинами, розчином полівідон йоду. Застосовано вторинну хірургічну обробку рани з видаленням некротично-змінених та гнійних тканин, накладені вторинні шви. Після чого рана загоїлась. Через 2 місяці після аутодермопластики та остаточного загоєння рани дитині було виконано реконструктивну операцію: середньо-серединна лапаротомія; адгезіоліз, закриття колостоми, асцендо-сигмоанастомоз кінець-в-кінець. Лаваж черевної порожнини.

Хід операції. Релапаротомія з висіченням старого післяопераційного рубця. При ревізії органів черевної порожнини виявлено різко виражений спайковий процес між петлями тонкої кишки, товстою кишкою та чепцем із множинними площинними та швартоподібними злуками, що тягнулися до пристінкового листка очеревини та між петлями. Виконано роз'єднання спайок шляхом їх пересічення. Ділянки десерозації ушиті вузловими швами PDS 5/0 та перитонізовані. Проведено висічення асцендостоми з боку передньої черевної стінки та переміщено в черевну порожнину. Мобілізували сліпу та висхідну ободову кишки шляхом розсічення пристінкової очеревини біля її бічного краю та відділення від дотичної клітковини. Водночас мобілізували дистальну ділянку клубової кишки шляхом розсічення пристінкової очеревини біля кореня її брижі до кута, що утворений низхідним та горизонтальним колінами кореня брижі тонкої кишки. Накладено ас-

цендо-сигмоанастомоз кінець-в-кінець 2-рядним швом PDS 4/0. З метою профілактики розвитку післяопераційних спайок виконано лаваж черевної порожнини з наступним використанням гелю на основі гіалуронової кислоти, що вводився в черевну порожнину через катетер Нелатона № 10 на останньому вузлі очеревини Vicryl 2/0 в об'ємі 250 мл. Пошарово шви на лапаротомну рану.

Післяопераційний період перебігав гладко. Відновлення перистальтики відмічали на 3 добу. Шви зняті на 8 добу. На 10 добу пацієнт виписаний. Періодично пацієнт протягом року звертався у відділення дитячої хірургії із скаргами на тимчасовий біль спастичного характеру без ознак термінового хірургічного втручання. Консервативного лікування, що було спрямоване на вирішення гострої кишкової непрохідності було достатньо. При огляді пацієнта через 3 роки після проведеного оперативного втручання: стан задовільний, випорожнення 3 рази на добу, виконано протезування лівої ноги, що дає йому змогу обслуговуватися самостійно.

Висновок. Наведена політравма потребувала видалення 2/3 товстої та 2,5 метрів тонкої кишок поєднано з пластикою лівої бокової ділянки живота місцевими тканинами та залишками тканин стегна, що було обгрунтовано першим етапом оперативного втручання, спрямованого на збереження життя пацієнта. Другий етап операції спрямований на корекцію ускладнень політравми першого етапу: гнійно-некротичною раною бокової поверхні черевної стінки та сформованої кукси; некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; раневим сепсисом; септикопемією; вираженими абдомінальними спайками, порушенням всмоктування та синдромом короткої петлі, закриттям асцендостоми. Третій етап спрямований на відновлення функції ушкоджених органів.

Список використаної літератури

1. Бензар ІМ, Бліхар ВС, Боднар БМ. Політравма у дітей: навч.-метод. посібник; за ред. А.Ф. Левицького, В.П. Притули, І.М. Бензар. Тернопіль: ТДМУ, 2014. 189-200.
2. Радзиховский АП, Колесников НА. Лапароскопическая диагностика и лечение острой тонкокишечной непроходимости. Хирургия Украины. 2010;2:89.
3. Cartanese C, Lattarulo G, Barile I. Role of laparoscopy in acute obstruction of the small bowel: personal experience and analysis of the literature. Chir Ital. 2009;61(1):39-46.
4. Багненко СФ, Синенченко ГИ, Чуприс ВГ. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости. 2009;1:27-30.
5. Zhang Q, Ma S, Xi D. Administration of a novel penicillamine-bound membrane: a preventive and therapeutic treatment for abdominal adhesions BMS. Surgery. 2011;11:52-8.

References

1. Benzar IM, Blikhar VY, Bodnar BM. Politravma u ditey [Multiple injuries in children]. Ternopil: TDMU; 2014. p. 189-200. (in Ukrainian).
2. Radzichovskiy AP, Kolesnikov EB, Mendel NA. Laparoskopicheskaya diagnostika i lecheniye ostroy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Laparoscopic diagnosis and treatment of acute small bowel obstruction].

Surgery of Ukraine. 2010;2:89. (in Russian).

3. *Cartanese CI, Lattarulo S, Barile G, Fabiano G, Pezzolla A, Palasciano N. [Role of laparoscopy in acute obstruction of the small bowel: personal experience and analysis of the literature]. Chir Ital. 2009 Jan-Feb;61(1):39-46. (in Italian).*

4. *Bagnenko SF, Sinenchenko GI, Chupris VG. Laparoskopicheskaya diagnostika i lecheniye ostroy spayechnoy tonkokishechnoy neprokhodimosti [Laparoscopic diagnostics and treatment of acute adhesive small bowel obstruction]. Grekov's Bulletin of Surgery. 2009;1: 27-30. (in Russian).*

5. *Zhang QY1, Ma S, Xi D, Zhang WT, Li AW. Administration of a novel penicillamine-bound membrane: a preventive and therapeutic treatment for abdominal adhesions. BMC Surg. 2011 Feb 25;11:5. doi: 10.1186/1471-2482-11-5.*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИАДГЕЗИВНЫХ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Резюме. Приведен клинический случай тяжелой полтравмы, усложненный спаечной болезнью у ребенка с диагнозом: проникающее ранение органов брюшной полости. Повреждения тонкого и толстого кишечника. Отрыв боковой поверхности таза и бедра слева, травматическая ампутация левой подвздошной кости и левой бедренной кости. Перелом локтевой и седалищной костей справа. Перелом тел S5-L1 позвонков. Геморрагический шок III степени. Гиповолемический шок III степени. Травматический шок. Послеоперационный период осложнился: гнойно-некротической раной боковой поверхности брюшной стенки и сформированной культы; некротическим фасциоцеллюлитом и миозитом; раневым сепсисом; септикопиемией; нарушением всасывания и синдромом короткой петли. Обоснованы основные принципы хирургического лечения пациента. Обнаружена трехэтапность оказания помощи: I этап – сохранение жизни; II – коррекция осложнений политравмы и спаечной болезни; III – восстановление функции поврежденных органов.

Ключевые слова: спаечная болезнь; политравма; хирургическое лечение; дети.

EXPERIENCE OF THE USE OF ANTIADHESIVE METHODS AT ADHESIVE DISEASE AS A COMPLICATION AT THE HARD POLYTRAUMA AT THE CHILDRENS

Abstract. The clinical case of a serious field of injury, which is complicated by adhesive disease in a child with a diagnosis: penetrating wounds of the abdominal cavity, is presented. Damage to the small and large intestines. Separation of the lateral surface of the pelvis and thigh to the left, traumatic amputation of the left idiopathic bone and left femur. Fracture of the caudal and bronchial bones on the right. Fractures of the S5-L1 vertebrae bodies. Hemorrhagic shock of the III degree. Hypovolemic shock of the III degree. Traumatic shock. The postoperative period was complicated: purulent-necrotic wound of the lateral surface of the abdominal wall and the formed cult; necrotic fasciotocellulitis and myositis; wound by sepsis; septicemia; abnormal suction and short loop syndrome, abdominal adhesion's. The basic principles of patient's surgical treatment are substantiated. The three-stage provision of assistance has been identified: Stage I – life-saving; II – correction of complications of polytrauma and adhesion disease; III – restoration of the function of the damaged organs.

Key words: adhesion disease; polytrauma; surgical treatment; children.

Відомості про авторів:

Боднар Олег Борисович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, дитячий хірург вищої кваліфікаційної категорії;

Хашук Василь Сидорійович – асистент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, дитячий хірург II кваліфікаційної категорії;

Боднар Борис Миколайович – доктор медичних наук, професор кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, заслужений лікар України, дитячий хірург вищої кваліфікаційної категорії;

Ватаманеску Лівій Іванович – кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Хома Микола Васильович – завідувач дитячого хірургічного відділення Комунальної медичної установи «Міська дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці, дитячий хірург вищої кваліфікаційної категорії.

Information about authors:

Bodnar Oleg B. – Doctor of Medical Science, Professor, Chief of the Department of Pediatric Surgery and

Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, the pediatric surgeon of the highest qualification category;

Khashchuk Vasyl S. – Assistant of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, children surgeon of the II qualifying category;

Bodnar Boris M. – Doctor of Medical Science, a professor at the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, an honored doctor of Ukraine, a pediatric surgeon of the highest qualification category;

Vatamanesku Livy I. – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Higher State Educational Establishment of Ukraine “Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, children's surgeon;

Khoma Mykola V. – the Head of the Children’s Surgical Department Communal Medical Establishments «City Children’s Clinical Hospital», Chernivtsi, children's surgeon of the highest qualification category.

Надійшла 15.01.2019 р.