

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Наукова асоціація хірургів України
Інститут хірургії та трансплантології АМН України
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
Тернопільська обласна державна адміністрація

МАТЕРІАЛИ

XX з'їзду хірургів України

Том 2

Тернопіль
"Укрмедкнига"
2002

тоз кишкової стінки у 45 % дітей. Ультразвукове дослідження давало змогу виявити вільну рідину у черевній порожнині (25 %), набряк стінки кишки (45 %), накопичення газу за ходом портальної вени (5 %). Ультразвукове обстеження виконували перед парацентезом із метою виявлення найкращої зони для пункції та зниження ризику ятрогенного ушкодження стінки кишки. Показниками поліорганної недостатності вважали: з боку серцево-судинної системи – зниження ЧСС нижче 100/хв, або збільшення понад 180/хв, яке спостерігалось більше ніж 6 годин; з боку дихальної системи – вентиляційну залежність з $FiO_2 > 0,40$ та $PO_2 > 50$ mmHg, а також печінкові, мікросудинні, ниркові та коагуляційні порушення. Про тяжкий стан дітей свідчило те, що тільки у 9-х (10 %) відмічено ізольоване ушкодження шлунково-кишкового тракту. Ушкодження 3-х органів – у 45 %, 4-х органів та більше – у 45 % дітей.

Інтраопераційно виявлено: ушкодження тонкої кишки (5 %), товстої (55 %), тонкої та товстої (40 %). Локальне запалення кишкової стінки відмічено у 5 %, дифузне – 65 %, тотальне – 30 %. Хірургічна тактика при НЕК за останні роки значно змінилася з радикальної до мінімально травматичної. У новонароджених із вагою меншою 1000 г виконували перитонеальне дренування черевної порожнини без лапаротомії. Під час оперативного втручання виконували резекцію безумовно некротизованої тканини, намагаючись зберегти якомога більше кишки, особливо ілеоцекальний клапан. У випадках сумнівного некрозу операцію закінчували створенням проксимальної стоми. Загальна післяопераційна летальність становила 40,5 %.

Таким чином, НЕК залишається важкокоригованим захворюванням з високим рівнем летальності. Застосування комплексу дій ранньої діагностики та мінімальної хірургічної травми дасть змогу покращити результати лікування цієї групи хворих.

УДК 615.281-616-08-616.346.2-002-613.22

Н.Г. Ніколаєва, К.П. Алексюк, М.Г. Мельниченко, Н. Вісах
ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АПЕНДИКУЛЯРНОГО
ІНФІЛЬТРАТУ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Вступ. Серед способів лікування апендикулярного інфільтрату пріоритетним є консервативне лікування, яке базується на загальній антибіотикотерапії (Константинова І.Н. с соавт., 1998; Horntrich J., 1990, Puri P., 1981). Разом з тим деякі автори пропонують гірудотерапію (Лятуринська О.В.,

лення давало змогу
брак стінки кишки
(%). Ультразвукове
явлення найкращої
ження стінки киш-
оку серцево-судин-
ння понад 180/хв,
системи – вентиля-
ж печінкові, мікро-
стан дітей свідчило
ження шлунково-
органів та більше –

ки (5 %), товстої
кишкової стінки
ргічна тактика при
імально травматич-
али перитонеальне
оперативного втру-
тканини, намагаю-
альний клапан. У
енням проксималь-
та 40,5 %.

захворюванням з
ранньої діагности-
ащити результати

616.346.2-002-613.22

нко, Н. Вісах

Антибіотикотерапія апендикулярного

інфільтрату пріори-
тній антибіотико-
90, Puri P., 1981).
ятуринська О.В.,

1994), рентгенотерапію (Огоновський В.К., 1985), ранні оперативні втручан-
ня (Земсков В.С. с соавт., 1985; Garg P., 1997). Перші – неприйнятні або
малоефективні для дітей, останні – загрожують різноманітними ускладнен-
нями (Aschraft K.W., 1997; Gahukamble D., 1993). Що ж до загальної анти-
біотикотерапії, то ефективність такого методу не завжди задовільна – абс-
цедування спостерігається у 14,4 % випадків, а значний спайковий процес у
11,5 % (Oliak D., 2000; Negrei V., 1987).

Матеріали і методи. Об'єктом експериментального дослідження були
щури лінії Вістар, у яких проводилось моделювання інфільтрату черевної
порожнини та вивчення накопичення антибіотика у тканинах інфільтрату
відповідно до шляху його введення. Об'єктом клінічного дослідження були
57 дітей віком від 7 до 14 років з апендикулярним інфільтратом з давністю
захворювання 4-7 діб.

Моделювання інфільтрату проводили таким чином: під загальним знебо-
люванням (каліпсол) розтинали черевну порожнину у правій здухвинній
ділянці, голкою перфорували стінку прилеглої кишки, підводили до зони
перфорації 1 мг подрібнених фекалій тварини, проводили тупу травму при-
леглого сальника затискачем та фіксували сальник у правій здухвинній ділянці
кетгуттом. На 7 добу від моделювання утворювався сипкий, на 12 – щільний
інфільтрат. Тварини одержали антибактеріальну терапію гентаміцином: 1 гру-
па – внутрішньовенне введення; 2 група – позаочеревинне введення; 3 гру-
па – позаочеревинне введення з наступною гальванізацією зони інфільтра-
ту. Через 5 діб після початку лікування тварин виводили із досліду декапіта-
цією, а утворений інфільтрат блоком виймався із черевної порожнини і про-
водилось визначення концентрації гентаміцину у ньому шляхом флюоресцентного
аналізу (апарат "Automated Fluorescence Polarisation Analyze").

Власні експериментальні дослідження виявили, що позаочеревинне вве-
дення гентаміцину призводить до суттєвого підвищення його концентрації
як у сипкому, так і у щільному інфільтраті (відповідно, у 2 та в 1,04 раза), а
використання гальванізації сприяє ще більшому накопиченню препарату (у
1,3 раза) у тканинах сипкого інфільтрату.

Виходячи з цього, була розроблена методика регіональної антибактері-
альної терапії апендикулярного інфільтрату в дітей: на зразок катетеризації
за Seldinger у праву клубову ямку позаочеревинно вводили мікроіригатор,
який фіксували до шкіри. Кожного дня через мікроіригатор одноразово
вводили добову дозу антибіотика з наступною дією полем постійного стру-
му. Площа електродів відповідала протяжності ураженої ділянки. Позитив-
ний електрод розміщували у правій поперековій ділянці, негативний – у
проекції інфільтрату на передній черевній стінці. Щільність струму колива-
лась від 0,02 мА/см² до 0,05 мА/см², тривалість процедури 15-20 хвилин.
Курс лікування становив 10-12 процедур.

Результати досліджень та їх обговорення. Контрольну групу склали
30 дітей з апендикулярним інфільтратом, яким проводилась загальна анти-

бактеріальна і симптоматична терапія, ставились лікувальні мікроклізви та ректальні свічки. У референтну групу увійшло 27 пацієнтів з апендикулярним інфільтратом, у яких в комплексне лікування включали регіональну антибактеріальну терапію за розробленою методикою.

Порівняльний аналіз показав, що у референтній групі загальна температура тіла нормалізувалася на 4-5 діб раніше, біль зникав на 2-3 доби скоріше, ніж у пацієнтів контрольної групи. Ендоректальна температура у хворих референтної групи на 7 добу від лікування не перевищувала 37,5-37,8 °С, тоді як у пацієнтів контрольної групи залишалась високою протягом 2 тижнів. У референтній групі при використанні регіональної антибактеріальної терапії абсцедування не було, тоді як в контрольній групі виникали нагноєння і проводився розтин абсцесів. Термін перебування хворих у стаціонарі скоротився на $(5,8 \pm 1,2)$ ліжко-днів.

Висновок. Використання регіональної антибактеріальної терапії за розробленою методикою у комплексному лікуванні апендикулярного інфільтрату в дітей дозволяє поліпшити результати лікування, знизити кількість абсцедувань, зменшити строки перебування хворих у стаціонарі.

УДК 616.381-002:616.346.2-002|-089.87-053.4./6-

**В.І. Сушко, О.М. Барсук, Є.І. Нагорний, О.П. Гладкий,
А.Є. Носар, В.Г. Хоїчяков, І.В. Царьова, Л.М. Харитонюк**

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ

Дніпропетровська державна медична академія

Перитоніт залишається однією з найбільш актуальних проблем дитячої хірургії. Основною причиною перитонітів у дітей є гострий апендицит, частота якого не має тенденції до зниження і складає 3,2 на 1000 населення (Ю.Ф. Ісаков зі співавт., 1998).

Проведено аналіз історій хвороб 153 дітей з апендикулярним перитонітом за період 1998-2000 рр., які знаходилися на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні м. Дніпропетровська. Всім дітям проведено хірургічне втручання під загальним знеболенням після передопераційної підготовки.

З 153 хворих на перитоніт дітей хлопчиків було 101 (67,3 %), дівчаток – у 2 рази менше – 52 (32,7 %).

Дітей до 3 років було 14 (9,2 %), від 3 до 7 років – 45 (29,4 %), 7-14 років – 94 (61,4 %).