

ПОЄДНАНІ ГОСТРІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ

Данилов О.А., Белебез'єв Г.І., Юрченко М.І., Рибальченко В.Ф., Чухрай Т.Г.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м.Київ

Діагностика та лікування ускладнених деструктивних пневмоній у дітей зберігає свою актуальність внаслідок як важкого непередбаченого перебігу гнійного процесу, так і розвитку ускладнень. Ускладнення з боку плевральної порожнини виникають частіше, ніж всі інші ускладнення, і діагностика їх не викликає труднощів. Найбільш складними для діагностики і подальшого лікування є гнійні метастази в інші органи і тканини [1, 2, 3].

Одним з найвразливіших органів при септичних процесах у дітей є печінка. З одного боку, ретикулоендотеліальна система печінки є одним з основних бар'єрів на шляху циркулюючих в судинному руслі збудників інфекційного процесу. З другого боку, паренхіма печінки піддається негативній дії ендотоксинів транслюкованих анаеробних мікроорганізмів з просвіту кишківника внаслідок

порушення спланхніального кровообігу в ході розвитку септичного процесу [4].

В клініках кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології і інтенсивної терапії перебувало на лікуванні 39 пацієнтів з поєднаною гнійно-септичною патологією. З них 17 хворих були віком до трьох років, 12 – від 3 до 6 років і 7- старше 7 років. Хлопчиків було 22, дівчаток – 17. Всім хворим проведено клінічне, лабораторне клініко-біохімічне, рентгенологічне та ультразвукове обстеження.

Основними клінічними проявами недуги були симптоми загальної інтоксикації, лихоманка інтермітуючого типу з середньодобовою аксиллярною температурою $38,2 \pm 0,13^{\circ}\text{C}$, ознобами та проливним потом, зниження апетиту навіть до його відсутності. У 34-х пацієнтів зареєстровано біль в правій половині

грудної порожнини, з них у 30 хворих біль мав ірадіацію в епігастральну зону.

Аналіз гемограми виявив, що зміни її в усіх хворих були однотипними і являли собою лейкоцитоз із зрушенням формули крові вліво.

Проведені біохімічні дослідження дали змогу виявити практично у всіх обстежених хворих підвищення (порівняно з нормою) аланін-амінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ) та лужної фосфатази.

В залежності від локалізації ураження, важкості порушень, компенсаторних реакцій і синдрому ендогенної інтоксикації хворі були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 34 хворих, що мали ускладнену деструктивну пневмонію. Дані клініко-лабораторного обстеження показали, що недуга мала додоброякісний перебіг, а ступінь інтоксикації знаходиться в межах компенсації. Внутрішньолегенева форма ускладненої пневмонії зареєстрована у 12, а легенево-плевральна – у 22 хворих. Лікування 11 хворих з підтвердженими рентгенологічно легеневидами було консервативним, а 1 хворому з абсцесом S3 проведено дренирування за Мональді. Хірургічне лікування 22 хворих з легенево-плевральними ускладненнями проводилось із застосуванням двохпросвітного дренажа. Всі хворі видужали.

До другої групи віднесли 6 хворих з абсцесом печінки. Клініко-лабораторні показники вказували на

декомпенсацію інтоксикаційного синдрому. Причинами виникнення абсцесів печінки були: у 1 хворого – деструктивна пневмонія, у 2-х – деструктивний апендицит, у 1 – остеомієліт, у 2 – травма. Базовим методом діагностики абсцесів печінки був ультразвуковий. Оперативне лікування проведено 5 хворим з абсцесами, які локалізувались в одній долі. В одного хворого з травмою печінки абсцеси були множинні, з невеликими розмірами і локалізувались в двох долях печінки. Основним методом терапії в останньому випадку був консервативний. Застосовувалась направлена антибактеріальна та детоксикаційна інфузійна терапія за схемою, розробленою в клініці.

Методом вибору лікування абсцесів печінки у 5 хворих був хірургічний. Абсцеси розкривались, опорожнювались та дренивались. У двох хворих застосоване інтраопераційно УЗ-дослідження дозволило встановити наявність "кишень", що потребувало подальшого їх дренирування.

Основним методом діагностики як легенево-плевральних ускладнень, так і гнійних уражень печінки в до-, інтра- та післяопераційному періоді є ультразвукове дослідження, яку дозволяє локалізувати зону ураження і об'єктивно контролювати процес хірургічної санації вогнища, а також значно зменшує променеве навантаження на організм дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия у детей. - Л., Медицина. - 1999. - 272 с.
2. Велигоцкий Н.Н., Гусейнов И.П., Власенко М.А. Ранняя ультразвуковая диагностика абсцессов печени // *Анналы хирургической гепатологии.* - 1998. - том 3. - №3. - с.286-287.
3. Гостишев В.К. Пути и возможности профилактики инфекционных осложнений в хирургии. Методич. рекомендации. - Москва. 1997. - с.2-8.
4. Шаповал С.Д. Корреляция печеночной недостаточности у больных сепсисом // *Анналы хирургической гепатологии:* М., 1998. - том 3. - №3. - с.330.

РЕЗЮМЕ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Данилов О.А., Белебезьев Г.И., Рыбальченко В.Ф., Чухрай Т.Г.

Приводятся результаты лечения 39 пациентов с комбинированной гнойно-септической патологией, наблюдавшихся в клиниках кафедры детской хирургии и детской анестезиологии и интенсивной терапии. В качестве основного метода диагностики в до- и послеоперационном периоде использовано УЗ обследование.

SUMMARY

COMBINED ACUTE PURULENT DISTURBANCES IN CHILDREN'S SURGERY

O.A. Danilov, G.I. Belebezyev, M.I. Yurchenko, V.F. Rybalchenko, T.G. Chuhray

The results of treatment of 39 patients with combined purulent-septic pathology observed in clinics of the department of children's surgery and children's anaesthesiology and intensive therapy. US-investigation was the main pre- and postoperative method of diagnostic.