МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

Пацкань Б.М., Росул М.В.

# ПРИНЦИПИ ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

**Методичні рекомендації**

УЖГОРОД 2013

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

Пацкань Б.М., Росул М.В.

# ПРИНЦИПИ ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

**Методичні рекомендації**

УЖГОРОД 2013

**Установа-розробник:** Державний вищий навчальний заклад „Ужгородський національний університет" Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

**Укладачі:**
**Пацкань Б.М. к.м.н., професор, завідувач кафедри хірургічних дисциплін,**
**Росул М.В., к.м.н. .асистент кафедри хірургічних дисциплін**

**Рецензенти:**
Шеремет П.Ф., д.м.н., професор кафедри хірургічних хвороб медичного факультету УжНУ
Чаварга М.І. к.м.н., доцент, зав.курсом дитячої хірургії кафедри хірургічних хвороб медичного факультету УжНУ

**Рекомендовано Вченою радою інституту післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, протокол № 5 від 19 грудня 2013 року**

**Голова Вченої ради** – завідувач кафедри громадського здоров'я інституту післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, доктор медичних наук, професор Рогач І.М.

Методичні рекомендації призначені для лікарів всіх спеціальностей, передусім хірургів різних профілів, анестезіологів, сімейних лікарів, лікарів-інтернів, а також студентів старших курсів медичних вузів.

**Методичні рекомендації передбачають виділення таких етапів:**

- **дитяче соматичне відділення (ДСВ),**
- **загальнохірургічне відділення центральної районної лікарні (ХВ ЦРЛ),**
- **дитячі хірургічні відділення районні або міжрайонні (ДХВ М\Р),**
- **дитячі хірургічні відділення міських дитячих лікарень (ДХВ МДЛ),**
- **обласних лікарень (ДХВ обл.),**
- **республіканські центри дитячої хірургії (РЦ ДХ).**

При складанні методичних рекомендацій враховувалось те, що в кожній ЦРЛ, з відповідними наказами МОЗ України, є хірург, відповідальний за надання хірургічної допомоги дітям, який пройшов спеціальну підготовку, або дитячий хірург.

Забороняється виконання будь-яких операцій дітям в умовах дільничних лікарень за виключенням операцій за життєвими показаннями.

Всі операції новонародженим з приводу вроджених вад розвитку повинні виконуватися в республіканських і обласних відділеннях дитячої хірургії або в хірургічних відділеннях великих багатопрофільних лікарень.

Всі повторні операції (релапаротомії, реторакотомії і т.п.) повинні виконуватися при обов'язковій участі дитячого хірурга республіканського, обласного, міського або міжрайонного відділення дитячої хірургії і, при можливості, в умовах спеціалізованого дитячого хірургічного відділення.

Усі діти в віці до 3-х років з болем у череві повинні бути екстрено госпіталізовані і оглянуті дитячим хірургом (хірургом) для виключення гострої хірургічної патології. Необхідно широко використовувати динамічне спостереження з залученням необхідних спеціалістів в ургентному порядку. Зняття діагнозу гострої хірургічної патології у дітей до 3-х років можливе лише після спостереження його в стаціонарі і ретельного обстеження.

Питання про переведення дитини в ДХВ М\Р, МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ або виклик спеціаліста на себе в кожному випадку вирішується консілярно з залученням представника адміністрації лікарні, завідуючого відділенням, досвідченого педіатра. Вони повинні визначити показання до переводу дитини і необхідність його транспортування, стан дитини, "транспортабельність" дитини - при цьому слід враховувати, що транспортування завжди дещо погіршує стан дитини, забезпечити безпечність транспортування (вибір транспорту, досвідченого супроводжуючого, оптимальних умов транспортування). Кінцеве рішення приймається після узгодження по телефону з спеціалізованим ДХВ.

Всі операції дітям в ХВ ЦРЛ повинні виконуватися хірургом, відповідальним за надання хірургічної допомоги дітям або дитячим хірургом при обов'язковому контролі (участі) провідного хірурга.

Порожнинні операції дітям проводяться під загальним знеболенням, операції з приводу перитоніту, інвагінації, гострої кишкової непрохідності і реоперації - під інтубаційним наркозом.

Некротична флегмона новонароджених, гострий гематогенний остеомієліт, бактеріальні деструкції легень, перитоніти, медіастініти, флегмони шиї та обличчя слід розглядати як гнійно-септичні захворювання, які вимагають комплексної інтенсивної терапії в повному обсязі.

***<u>Проведення цілеспрямованого лікування таким дітям вимагає обов'язкового дотримання наступних загальних правил:</u>***

1. Інтенсивна терапія повинна бути розпочата відразу після госпіталізації дитини в стаціонар і проведена в повному обсязі з урахуванням загального стану дитини.
2. У процесі уточнення топічного діагнозу інтенсивна терапія повинна з симптоматичної і посиндромної переходити в більш спеціалізовану та патогенетичну.
3. У лікуванні дітей з гнійно-септичними захворюваннями повинні ,брати участь дитячий хірург, педіатр, анестезіолог- реаніматолог.



4. Інтенсивна терапія повинна бути комплексною і проводитися одночасно в трьох напрямках:

а) Вплив на мікроорганізми (антибактеріальна терапія). Включає застосування антибактеріальних препаратів різних груп (антибіотики широкого спектру дії, - внутрішньом'язево і внутрішньовенно). Внутрішньоартеріальне введення антибактеріальних препаратів у поєднані з максимальним підведенням їх до вогнища ураження, - бажано проводити тільки в умовах обласного, міського і республіканського центрів дитячої хірургії. Антибактеріальна терапія повинна бути масивною, з застосуванням максимальних допустимих вікових доз препаратів і повинна опиратися на результати дослідження мікрофлори та її чутливість до антибіотиків у динаміці. Обов'язковим є призначення протигрибкових препаратів.

При хірургічній інфекції з важким перебігом, особливо у дітей молодшого віку, доцільно застосовувати препарати, які не пригнічують колонізаційну резистентність кишечнику, і в поєднанні системної антибактеріальної терапії з селективною деконтамінацією шлунково-кишкового тракту.

б) Вплив на організм дитини передбачає такі завдання: корекція порушень гомеостазу (КЛС, електролітний баланс, рівень білків і т.п.), нормалізацію температури тіла, виповнення дефіциту рідини, детоксикаційна терапія, підтримання адекватної серцевої діяльності, забезпечення адекватного дихання, профілактика і терапія порушень мікроциркуляції, корекція імунної недостатності, комплексна вітамінотерапія.

в) Вплив на вогнище інфекції повинно забезпечити ранню і повноцінну санацію основного та метастатичних вогнищ інфекції.

Новонароджені з вродженими вадами розвитку шлунково- кишкового тракту, діти з ускладненими формами апендициту і інвагінацією, перитонітами, гострою кишковою непрохідністю повинні оперуватися після обов'язкової інтенсивної передопераційної підготовки, яка включає декомпресію шлунково-кишкового тракту, забезпечення адекватного дихання, інфузійну терапію,

антибактеріальну терапію, підтримку серцево-судинної діяльності, боротьбу з гіпертермією і т.п. В післяопераційному періоді необхідно продовжити розпочату інтенсивну терапію за вищевказаними принципами.

Госпіталізація або перебування в ХВ ЦРЛ дитини в важкому стані, "винятковий" перебіг післяопераційного періоду диктують необхідність негайної консультації по телефону з ДХВ М\Р, МДЛ, ДВ обл., РЦ ДХ для вирішення питання про подальшу програму лікування, виклик консультанта або переведення дитини.

Значна кількість ускладнень, пов'язаних з катетеризацією магістральних вен у дітей, вимагає сурового дотримання таких правил:

1. Показання до катетеризації магістральних вен у дітей визначає завідуючий відділенням або (у нічний час) відповідальний черговий.
2. Катетеризація магістральних вен дітям може здійснюватися лише в ДХВ М\Р, МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ суворо обмеженим колом підготовлених лікарів.
3. Необхідно суворо дотримуватись правил асептики та антисептики як під час виконання, так і при догляді за катетером (підготовка і обробка рук за загальними правилами підготовки до операції, виконання маніпуляції в чистій маніпуляційній або спеціальному приміщенні, пов'язка, що прикриває катетер, повинна бути стерильною і т.п.).
4. В медичній карті стаціонарного хворого необхідно записати показання до катетеризації і особливості її проведення (з якої спроби вона здійснена, чи були ускладнення, на яку глибину введено катетер).
5. Катетер повинен бути ретельно зафіксованим до поверхні шкіри, щоб запобігти його міграції.
6. Катетеризація магістральних вен у дітей повинна виконуватися тільки за абсолютними показаннями у випадку, коли інші методи тривалої внутрішньовенної інфузії не можуть забезпечити необхідний ефект.



**Принципи етапного лікування хірургічних захворювань у дітей.**

**1. Невідкладна хірургія органів черевної та грудної порожнини.**

**Гострий апендицит** (неускладнений): ДСВ - негайне переведення в найближче ХВ або ДХВ і проведення екстреної апендектомії під загальним знеболенням. Перевагу слід надати лапароскопічним методикам.

**Гострий апендицит** (ускладнений перитонітом): негайне переведення в найближче ХВ або ДХВ, в яких проводиться передопераційна підготовка в повному об'ємі з урахуванням часу з моменту захворювання і стану дитини. Екстрена апендектомія під інтубаційним наркозом, санація черевної порожнини. За показаннями введення в черевну порожнину мікроіригаторів, дренажів, інтубація тонкого кишківника перфорованим зондом, перидуральна анестезія. В післяопераційному періоді проводиться повний комплекс інтенсивної терапії гнійно-септичного захворювання.

**Інвагінація кишки:** ДСВ - негайне переведення до найближчого ХВ або ДХВ, ХВ ЦРЛ, ДХВ М/Р - при тривалості захворювання не більше 18 годин у дітей до 1 року; при відсутності симптомів перитоніту показана спроба консервативної дезінвагінації методом закритого дозованого нагнітання повітря через пряму кишку балоном Річардсона під рентгеноскопічним контролем. При ефективності консервативного розправлення необхідна госпіталізація дитини з наступним обов'язковим рентгенологічним контролем пасажу барієвої суміші по шлунково-кишковому тракту При неефективності консервативного розправлення, а також в усіх інших випадках, коли консервативна дезінвагінація протипоказана (тривалість захворювання більше 18 годин), проводиться радикальна операція під інтубаційним знеболенням (після відповідної передопераційної підготовки) - дезінвагінація, при нежиттєздатності сегмента кишки – резекція лапаротомним чи лапароскопічним доступом.

При резекції некротизованої кишки в межах здорових тканин і при відсутності перитоніту можливе формування анастомозу. При перитонітах

анастомоз не накладається, проводиться резекція, термінальна ілеостомія або операція Мікуліча.

ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ - строк для консервативного розправлення може бути продовженим до 24 годин від початку захворювання. В іншому хірургічна тактика така як і в ХВ ЦРЛ.

**Дивертикул Меккеля** (гострий дивертикул, кровоточива виразка дивертикулу): ХВ ЦРЛ - при можливості - переведення до ДХВ М\Р, ДХВ обл., РЦ ДХ. При виявленні дивертикулу на операції - резекція (при тонкій основі - перев'язка і занурення кукси, при широкому - клиновидна резекція або резекція кишки).

**Защемлена грижа:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М\Р, МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ - екстрена операція, оцінка життєздатності защемленої петлі кишки, при некрозі - резекція. При перитоніті проводиться лапаротомія, резекцію кишки доцільно завершити ілеостомією.

**Злукова кишкова непрохідність:** ХВ ЦРЛ - консервативна терапія, виклик дитячого хірурга, переведення до ДХВ М\Р, МДЛ, ОДХВ обл., РЦ ДХ. Релапаротомія може виконуватися тільки з участю дитячого хірурга ДХВ М\Р, МДЛ, ДХВ обл., бажано в ДХВ.

**Гостра кишкова непрохідність:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М\Р, МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ - після відповідної передопераційної підготовки - лапаротомія під інтубаційним наркозом, ліквідація непрохідності, при вираженому парезі інтубація кишки з метою декомпресії, при некрозі кишки - резекція з формуванням анастомозу, за умов перитоніту - ілеостомія, колостомія.

**Відкриті та закриті пошкодження органів черевної порожнини:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М\Р, МКЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ після встановлення діагнозу - лапаротомія під інтубаційним наркозом, ревізія, ліквідація нанесених пошкоджень.



**Діафрагмальна грижа:** невідкладність оперативного втручання визначається вираженістю симптомів дихальної недостатності. Вік не являється протипоказанням до операції. Остання виконується в умовах ДХВ МДЛ, ДХВ обл., або РЦ ДХ.

У новонароджених перших днів життя з діафрагмальною грижею, як правило, розвивається декомпенсована форма дихальної недостатності, тому після встановлення діагнозу показана інтубація дитини і негайне переведення до ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ для проведення радикальної операції - лапаротомії, відновлення нормальної топографії органів черевної та грудної порожнини, зашивання дефекту діафрагми. В післяоперційному періоді - раціональна пролонгована штучна вентиляція легень. У дітей більш старшого віку з виявленою діафрагмальною грижею при наявності гострих явищ з боку черева необхідно негайно приступити до екстреного оперативного втручання в умовах ДХВ МДЛ, ДХВ обл. або РЦ ДХ.

**Вроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту у новонароджених** (атрезії стравоходу, атрезії пілоричного відділу шлунку, висока і низька вроджена кишкова непрохідність, грижа пупкового канатика, атрезія прямої кишки): безпосередньо з пологового будинку такі діти повинні невідкладно направлятися в ДХВ МДЛ, ДХВ обл. або РЦ ДХ. В період підготовки до транспортування і під час його необхідно проводити передопераційну підготовку (виключити годування через рот, проводити постійну аспірацію слини з ротоглотки, поставити назогастральний зонд, проводити антибіотикотерапію, введення вікасолу, зігрівання дитини).

В ДХВ МКЛ, ДХВ обл. або РЦ ДХ - після передопераційної підготовки протягом 24 годин спеціально підготовлена бригада хірургів та анестезіологів здійснює необхідне консервативне та операційне лікування.

**Шлунково-стравохідні та кишкові кровотечі:** ДСВ - гемостатична терапія, згодом при стабілізації стану - переведення до ДХВ М/Р, ДХВ МД7І, ДХВ обл., РЦ ДХ, в яких встановлюється джерело кровотечі - (рентгенографічні та ендоскопічні методи), продовжується консервативна

терапія, визначаються показання до радикальної операції.

**Закриті пошкодження легень з гемотораксом:** ХВ ЦРЛ - плевральна пункція, видалення крові, контрольна рентгенографія легень, гемостатична терапія. При продовженні кровотечі - екстрений виклик торакального хірурга, широка торакотомія, зупинка кровотечі (ушивання ран, резекція легені) і перевід хворого в ДХВ.

В ДХВ М\Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ - те ж саме, що і в ХВ ЦРЛ. За показаннями - торакотомія.

**Травматичний пневмоторакс, гемопневмоторакс:** ХВ ЦРЛ - плевральна пункція, видалення крові і повітря. При безперервному надходженні - дренування плевральної порожнини (торакоцентез), підводний дренаж за Б'юлау, після стабілізації стану (через 1-2 доби) - переведення до ДХВ М\Р, ДХВ МКД ДХВ обл. або РЦ ДХ. При масивній кровотечі, безперервному надходженні повітря через дренаж - виклик торакального хірурга, широка торакотомія.

ДХВ М\Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ - те ж саме, що і в ХВ ЦРЛ. За показаннями - широка торакотомія. При синдромі бронхіального скидування можлива спроба тимчасової бронхіальної оклюзії.

**Проникаюче поранення грудної клітки:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М\Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл. - в залежності від інтенсивності кровотечі, ступеня пошкодження легені (оглядова рентгенограма) і ступеня колапсу легені лікування починають з плевральної пункції і гемостатичної терапії або відразу переходять до широкої торакотомії.

**Сторонні тіла дихальних шляхів:** ДСВ, ХВ ЦРЛ - негайний перевід в ДХВ М\Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл., або найближче ЛОР- відділення, в якому володіють бронхоскопією. З метою попередження можливої міграції чужеродного тіла при транспортуванні, найкращим варіантом є виклик спеціаліста на себе. Оглядова рентгеноскопія грудної клітки, екстрена бронхоскопія, видалення стороннього тіла, госпіталізація, лікування бронхіту. При неможливості видалити вклинені тіла - переведення до ДХВ обл. або РЦ



ДХ, при повторній невдалій спробі бронхоскопічного видалення - торакотомія, бронхотомія, видалення стороннього тіла. При обтурації трахеї стороннім тілом - невідкладна трахеотомія.

**Гостра вроджена лобарна емфізема:** ДСВ, ХВ ЦРЛ, ДХВ М\Р - негайне переведення в ДХВ МДЛ, ДХВ обл, або РЦ ДХ. При неможливості - виклик дитячого торакального хірурга з ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ - невідкладна торакотомія. Операцією вибору є секторальна резекція частки.

**Гостре збільшення розмірів легеневої кісти:** ДСВ, ХВ ЦРЛ - при загрозливому для життя збільшенні вродженої кісти легені (після уточнення діагнозу оглядовою рентгенографією легенів) - пункція порожнини кісти, зняття напруження, перевід в ДХВ М\Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ в яких проводиться дренування напруженої кісти за Мональді. У подальшому, за показаннями, можлива радикальна операція або лікування кісти закритим методом за М.Р.Рокицьким- П.Н.Гребньовим (дренування кісти за Мональді поєднують з оклюзією привідного бронха, санацією порожнини кісти, введенням в неї склерозуючих речовин і активною аспірацією).

**Бактеріальні деструкції легень.** Переддеструкції. (зливні бактеріальні пневмонії, гострий лобіт).

ДСВ - комплексна інтенсивна терапія з динамічним рентгенологічним контролем. При неможливості її проведення або при появі вогнищ деструкції - негайне переведення в ДХВ М/Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ, в яких здійснюється комплексна інтенсивна терапія в повному об'ємі, бронхоскопічна санація, за показаннями внутрішньолегеневе або внутрішньоартеріальне введення антибіотиків.

**Легеневі форми деструкції легень** (дрібновогнищева множинна або внутрішньодольова пневмонія, велетенський кортикальний абсцес).

ДСВ - негайне переведення дитини в ДХВ М/Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ в яких проводиться повний комплекс інтенсивної терапії. Місцево-бронхоскопічна санація, повторні пункції периферичних порожнин.

**Піоторакс (гнійний плеврит).** ДСВ, ХВ ЦРЛ - плевральна пункція, видалення гною, переведення до ДХВ, де проводиться комплексна інтенсивна терапія, місцево-повторні плевральні пункції з видаленням гною і промиванням плевральної порожнини розчинами антисептиків та антибіотиків, при неефективності проведеного лікування (при тотальних піотораксах) - дренування плевральної порожнини, підводний дренаж за Б'юлау. Лікування проводять з динамічним рентгенологічним контролем, доповнюючи терапію в залежності від виявленої додаткової патології (внутрішньолегеневі порожнини і т.п.).

**Піопневмоторакс.** ДСВ, ХВ ЦРЛ - при пневмотораксі - невідкладна плевральна пункція, зняття плеврального напруження і переведення дитини в найближче ДХВ. Транспортування дитини з піопневмотораксом (пнемотораксом) на великі віддалі недопустиме!

ХВ ЦРЛ - невідкладне дренування плевральної порожнини (міжреберна торакотомія або торакоцентез), підводний дренаж за Б'юлау, контрольна рентгенографія, після стабілізації стану (через 24-48 годин) - переведення до ДХВ з функціонуючим дренажем, в якому здійснюється, при необхідності, повторне дренування, пасивна або активна аспірація. При продовженні надходження повітря через дренаж і колапсі легені через 24-48 годин після дренування - бронхоскопія, при можливості, - тимчасова оклюзія відповідного бронха за Рафінським-Гераськіним або переведення на активну аспірацію. З першого дня - комплексна інтенсивна терапія в повному обсязі.

**Легенева кровотеча, як ускладнення бактеріальної деструкції.** ДСВ, ХВ ЦРЛ - екстрене переведення в ДХВ (на фоні проводимої інтенсивної гемостатичної терапії), в якому продовжується гемостатична терапія в повному обсязі. При неефективності - бронхоскопія, санація трахео-бронхіального дерева, уточнення локалізації джерела кровотечі, проведення спроби тимчасової зупинки кровотечі шляхом оклюзії відповідного бронха, інфузійна терапія, гемотрансфузія. При профузних кровотечах після встановлення локалізації джерела кровотечі - радикальна операція - видалення ураженої долі.



**Прогресуюча медіастінальна емфізема, як ускладнення деструкції легень.** ДСВ - негайне переведення до найближчої ХВ ЦРЛ або ДХВ, де проводиться невідкладна супраюгулярна медіастіногомія під місцевою анестезією.

***Усі діти, які перенесли бактеріальні деструкції легень, аспірацію сторонніх тіл, операції на легенях або травму легень, потребують диспансерного спостереження протягом 2-х років.***

При необхідності - проведення лікування супутнього бронхіту. При виявленні проявів хроніфікації бронхо-легеневого процесу - госпіталізація та бронхологічне обстеження в ДХВ обл., або РЦ ДХ.

## 2. Гнійна хірургія.

**Гнійні процеси м'яких тканин** (абсцеси, флегмони, фурункули, інфіковані рани). ХВ ЦРЛ - у дітей старше 3-х років можливе розкриття, дренування, антибактеріальна терапія. Діти до 3-х років з гнійними захворюваннями в залежності від поширеності запального процесу і інтоксикації повинні направлятися до ДХВ, де проводиться розкриття, дренування, антибактеріальна та інфузійна терапія в повному обсязі.

Гострі гнійні процеси на обличчі та шиї (незалежно від віку дитини) повинні лікуватися в ДХВ або в спеціалізованих відділеннях щелепно-лицевої хірургії.

**Гострий гематогенний остеомієліт** (всі форми, включаючи епіфізарний остеомієліт): діти з гострим гематогенним остеомієлітом повинні лікуватися в ДХВ. Показана комплексна інтенсивна терапія в повному обсязі, остеоперфорація, місцева антибактеріальна терапія. При виникненні проявів генералізації інфекції показане переведення дитини до РЦ ДХ.

**Гострий парапроктит:** Діти з гострим парапроктитом повинні лікуватися в ДХВ. Розкриття, дренування, антибактеріальна терапія.

**Гострі гнійні процеси новонароджених:** (омфаліт, некротична флегмона новонароджених, мастит, гострий гематогенний остеомієліт, нагноєна кефалогематома і т.п ). Діти з цими захворюваннями повинні лікуватися в ДХВ МДЛ, ДХВ обл, РЦ ДХ.

**Медіастініти:** найменша підозра на медіастініт є абсолютним показанням до екстреної госпіталізації дитини в ДХВ МДЛ, ДХВ обл., РЦ ДХ, де проводиться інтенсивна терапія в повному обсязі, дренування середостіння.

**Хронічний остеомієліт:** лікування в ДХВ - секвестректомія, загальне лікування.

*Найменша підозра на генералізацію інфекції вимагає негайного переведення дитини до ДХВ будь-якого рівня або (при нетранспортабельності) виклик консультанта (дитячого хірурга та анестезіолога).*

## 3. Планова хірургія.

**Грижі** (пахвинні, стегнові, білої лінії, пупкові): ДХВ - хірургічне лікування гриж у дітей всіх вікових груп.

**Грижі вентральні та післяопераційні** - операції з приводу цих гриж повинні виконуватися лише в ДХВ.

**Нориці пупа, кісти урахуса, кісти черевної порожнини, ехінокок печінки, поліпи прямої кишки, геморой, анальні тріщини:** лікування дітей з цими захворюваннями доцільне в умовах ДХВ. Пілоростеноз: діти з пілоростенозом повинні лікуватися в ДХВ - передопераційна підготовка, пілоротомія за Фреде-Рамштедом.

**Хвороба Гіршпрунга:** при гострому перебізі в ДХВ М/Р можлива колостомія з наступним переводом в ДХВ МДЛ, ДХВ обл, РЦ ДХ. Лікування дітей з хворобою Гіршпрунга повинно проводитися лише в ДХВ не нижче МДЛ.



**Нориці прямої кишки (набуті або вроджені):** ДХВ М/Р - консервативна терапія, направлена на ліквідацію або зменшення запальних явищ, нормалізацію стільця. Переведення до ДХВ вищого рівня для хірургічного лікування.

**Злукова хвороба:** хронічна, рецидивуюча кишкова непрохідність: ДХВ М/Р - консервативна терапія, перевід в ДХВ МДЛ, ДХВ обл., або РЦ ДХ, в яких проводиться операційне лікування злукової хвороби.

**Захворювання органів сечовиділення** (вторинний пієлонефрит, гідро- або піонефроз, стенози миско-сечовивідного сегмента і т.п.): ДСВ - екскреторна урографія, цистографія та лабораторне обстеження, переведення до ДХВ МДЛ. ДХВ обл. або РЦ ДХ. Лікування дітей з названою патологією необхідно лікувати в спеціалізованих дитячих урологічних відділеннях названих лікувальних закладів.

**Водянка яєчка або сім'яного канатика:** діти повинні оперуватися в ДХВ.

**Варикоцеле:** операція повинна виконуватися в ДХВ.

**Вади розвитку периферичних судин** (варикозне розширення вен, слоновість, артеріо-венозні аневризми і т.п.): діти з названою патологією повинні обстежуватися і лікуватися в ДХВ МДЛ, обл., РЦ ДХ, або в спеціалізованих судинних відділеннях.

**Гемангіоми, лімфангіоми:** операційне лікування в ДХВ М/Р - при невеликих розмірах пухлини і безпечній її локалізації (далеко від магістральних судин). При обширних пухлинах операція повинна виконуватися лише в ДХВ МДЛ, обл., РЦ ДХ.

**Дермоїдні кісти, тератоми:** операції повинні виконуватися в ДХВ МДЛ, ДХВ обл, РЦ ДХ (при необхідності після консультації онколога), а тератоми крижово-куприкової ділянки необхідно оперувати в періоді новонародженості.

**Черепно-мозкова або спинно-мозкова грижа:** лікування таких дітей повинно здійснюватися в ДХВ МДЛ, ХХВ обл. або в спеціалізованому нейрохірургічному стаціонарі.

**Хронічні хірургічні захворювання легень:** діти з цією патологією повинні обстежуватись та лікуватися тільки в ДХВ МДЛ, ДХВ обл. або в спеціалізованих дитячих торакальних відділеннях.

**Вади розвитку та хронічні захворювання стравоходу:** діти з цією патологією повинні лікуватися тільки в ДХВ МДЛ, ДХВ обл, або РЦДХ.

**Вроджені вади серця та магістральних судин:** діти з цією патологією повинні обстежуватись та лікуватися лише в спеціалізованих регіональних центрах кардіохірургії.

## 4. Травматологія та ортопедія.

**Термічні опіки та відмороження:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М/Р - протишокова терапія, асептичні пов'язки. Після стабілізації стану дитини (виведення її із шоку) переведення в ДХВ обл., або спеціалізованого опікового відділення (в залежності від віку, площі та глибини ураження) для подальшого комплексного лікування.

**Черепно-мозкова травма:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М/Р - уточнення діагнозу, дегідратаційна та протишокова терапія, консультація нейрохірурга, невропатолога. Вирішення питання про показання до хірургічного лікування (декомпресійна трепанація і т.п.) здійснюється за участю спеціаліста.
ДХВ МДЛ, ДХВ обл. або РЦ ДХ - те саме.

**Переломи кісток:** ХВ ЦРЛ, ДХВ М/Р - уточнення діагнозу, репозиція, іммобілізація, загальне лікування. При складних переломах - тимчасова іммобілізація, протишокова терапія, виклик консультанта із ДХВ обл. Лікування дітей з складними переломами доцільно проводити в спеціалізованих міжрайонних, міських або обласних ортопедо- травматологічних відділеннях.

**Ортопедичні захворювання:** всі ортопедичні захворювання у дітей вимагають своєчасної консультації дитячого ортопеда - травматолога (дитячого хірурга) для призначення корегуючого лікування (вроджена кривошия, клишоногість, дисплазія кульшових суглобів, сколіози і т.п.) і вирішення



питання про покази та строки хірургічного лікування. Останнє може здійснюватися тільки в спеціалізованих ортопедо-травматологічних відділеннях ДХВ МДЛ, ДХВ обл. або РЦ ДХ. До і після операційної корекції необхідне диспансерне спостереження.

***Вищеназвані принципи і положення до певної міри є умовними і можуть дещо змінюватися в залежності від структурних змін організації охорони здоров»я, наявності висококваліфікованих дитячих хірургів та анестезіологів, матеріального забезпечення дитячих хірургічних відділень, умов та можливостей догляду за дітьми. Питання про розширення обсягу операційних втручань в кожному окремому випадку розглядається головним позаштатним дитячим хірургом області (або республіки) після ретельного і всебічного вивчення на місці особливостей роботи відділення. При уточненні етапності лікування основних хірургічних захворювань у дітей на місцях слід враховувати і особливості транспортних зв'язків (для районів, які безпосередньо прилягають до ДХВ М/Р, ДХВ МДЛ, ДХВ обл.). Доцільно скоротити обсяг операцій у дітей в ХВ ЦРЛ.***

Навчальне видання

**Пацкань Богдан Михайлович**
**Росул Мирослав Васильович**

**ПРИНЦИПИ ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

**Методичні рекомендації**

Підписано до друку 25.12.2013 р. Формат 60х90/16
Папір друкарський. Друк офсетний.
Умовн. друк. арк. 0,7
Наклад 100 прим.

***Розтиражовано з готових оригінал-макетів***
***ПП Данило С.І.***
***м. Ужгород, пл. Ш.Петефі, 34/1***
***Тел.: 61-23-51***

**ДЛЯ НОТАТОК**