

Таким образом, острые поражения гидатид могут нарушать развитие половой железы (яичка) и приводить к её атрофии и другим осложнениям.

**Клиника.** Заболевание характеризуется острым началом. Пациент жалуется на боль в области мошонки, которая иррадирует в паховую область, низ живота, поясничную область, внутреннюю поверхность бедра. Яичко в первые часы подтянуто к корню мошонки. При осмотре больного определяется отёк, гиперемия соответствующей половины мошонки, а иногда и острая напряженная водянка яичка.

**Лечение.** Наличие перечисленных симптомов, которые характерны также для орхоэпидидимита, перекрута яичка, травмы органов мошонки, является абсолютным показанием к оперативному лечению: ревизии органов соответствующей половины мошонки, удалению гидатиды. Оперативное лечение является «золотым стандартом» лечения данной патологии.

*Перекрут яичка* — одно из самых тяжелых заболеваний органов мошонки у детей. Основной причиной перекрута яичка служит внезапное сильное сокращение мышцы, поднимающей яичко, которое может возникать во время занятий спортом, при травме паховой области и мошонки, мастурбации. Значительно реже *musculus cremaster* может сильно сокращаться во время отдыха или сна.

В большинстве случаев перекрут яичка возникает в возрасте 10 – 14 лет. Такой возрастной профиль обусловлен особенностями возрастной анатомии мошонки и эндокринными сдвигами организма.

При перекруте яичка нарушается крово- и лимфообращение. Если в первые часы после перекрута кровообращение яичка не восстанавливается, в яичке развиваются необратимые изменения. Некроз яичка наступает через 6 – 10 часов после начала заболевания.

**Клиника.** Проявляется нарушением общего состояния в первые 6 – 12 часов. У ребенка появляется головокружение, бледность кожных покровов, холодный пот, тошнота, боли в области яичка. Дети грудного возраста становятся резко беспокойными, отказываются от кормления, может появляться гипертермия. Местные изменения при перекруте яичка проявляются отёком и асимметрией мошонки. Яичко «фиксировано» и подтянуто ко входу в паховый канал. В некоторых случаях поражённое яичко «просвечивает» через кожу, имея вид образования тёмного цвета. При пальпации определяется инфильтрация, ограничение подвижности и резкая болезненность перекрученного яичка. Через 9 – 12 дней выраженность симптомов уменьшается. Яичко при пальпации очень плотное, мало болезненное. В отдельных случаях может наступить гнойное расплавление яичка, которое приводит к ухудшению общего состояния, повышению температуры тела, недомоганию, прогрессированию местных симптомов воспаления.

**Лечение.** Единственным методом лечения является оперативный метод лечения, цель которого – устранения торсии семенного канатика. Подготовка к операции должна быть начата сразу после установления диагноза. Во время оперативного лечения обязательным является введение в семенной канатик раствора новокаина с антибиотиком, гепарином и тренталом. В случаях, когда жизнеспособность яичка сомнительна, в полость мошонки ставится дренаж, а на третьи сутки после операции выполняется повторное оперативное вмешательство, целью которого является удаление яичка, если оно некротизировано. Некроз яичка, констатированный во время первой операции, служит абсолютным показанием к орхидэктомии.

### **Выводы**

1. Наличие у ребёнка синдрома отёчной гиперемированной мошонки является абсолютным показанием к срочному оперативному вмешательству.
2. Несвоевременный поставленный диагноз ведёт к нарушению и потере репродуктивной функции яичка в дальнейшем.
3. Консервативная тактика лечения при синдроме отёчной гиперемированной мошонки у детей приводит к некрозу поражённого органа.
4. Своевременная постановка диагноза и активная хирургическая тактика сокращают срок пребывания пациента в стационаре и позволяют сохранить яичко функционально-полноценным.

Солейко Н.П., Солейко Д.С., Моравська О.А., Мартинова Ю.Ю., Герасименко В.В.

### **Результати лікування серпентінуючих флегмон, які ускладнили вітряну віспу у дітей**

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Флегмона підшкірної клітковини є одним з ускладнень вітряної віспи у дітей в період розпалу.

Відсутній єдиний термін (назва), що відображає суть та етіопатогенез процесу. В літературі та клінічній практиці приходиться зустрічатись з такими діагнозами, як «вітряночна флегмона», «некротична флегмона», «субфасціальна» «епіфасціальна» та «серпентінуюча флегмона». Іноземні автори користуються терміном «некротизуючий фасцит».

Лише в окремих роботах висвітлюються епідемічні аспекти рідкісних ускладнень такого поширеного інфекційного захворювання дитячого віку,

як вітряна віспа. Німецькі вчені Christine Ziebold, Rudiger von Kries, Robert Lang, Josef Weigl, Heinz J. Schmitt з Мюнхенського університету зазначають, що на 100 000 імунокомпетентного дитячого населення ускладнення виникають у 8.5 випадках. Досліджено 119 повідомлень з 485 дитячих лікарень Німеччини протягом 1997 року. Виявилось, що інфекційні ускладнення були у 38.6% пацієнтів (46 чоловік), віком переважно до 4 років: суперінфекція – у 31 дитини (26%), гнійний артрит – у 5 (4.2%), остеомієліт – у 4 (3.3%), некротизуючий фасциїт – у 3 (2.5%), очний целюліт – у 2 (1.6%), пневмонія – у 1 (0.8%).

Нами проведений аналіз історій хвороб дітей, які лікувались з гнійно-запальними захворюваннями шкіри та підшкірної жирової клітковини в стаціонарних відділеннях Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в період з 1995 по по 2004 рік включно. Загальна кількість таких хворих за вище зазначений період склала 3800, з них 8 (0.21%) лікувались з приводу серпенгінуючої, або «вітряночної» флегмони. Всім дітям виконувалось оперативне лікування.

Не зважаючи на невелику питому вагу хворих з серпенгінуючою флегмоною, питання їх лікування є проблемними і мають велику актуальність. Швидкість розповсюдження флегмони, наявність токсикозу, важкість стану, який швидко погіршується, нерідко змушує хірургів та реаніматологів вживати невідкладні заходи.

Вік хворих – від 3.5 місяців до 12 років. Середній вік – 3.5 роки. Дівчаток було 3 (37.5%), хлопчиків – 5 (62.5%). 7 дітей (87.5%) захворіли в період зима – весна. Середній термін стаціонарного лікування склав 15 діб.

Перші ознаки флегмони з'являлись на 3 – 9 добу з моменту початку захворювання (середній термін – 5.2 доби). В обласну лікарню до дитячого хірурга пацієнти були направлені або звертались в термін від 45 хвилин до 4 діб (середній термін – 30 годин). У 7 дітей (87.5%) загальний стан при зверненні був важким: відмічались ознаки токсикозу,  $t^{\circ}\text{C}$  тіла сягала 38 – 40 $^{\circ}\text{C}$ , у 4 (50%) мала місце анемія II – III ступеню. Встановлення діагнозу при поступленні мало місце в 75% випадків (у 6 пацієнтів), в 25% (у 2 пацієнтів) в зв'язку з труднощами в диференційній діагностиці – на II добу з моменту госпіталізації. В одному випадку доводилось виключити бешиху ділянки обличчя, в другому – остеомієліт тім'яної та скроневої кісток. Одна дитина була направлена в ВОДКЛ з флегмоною всієї передньої черевної стінки після спостереження в ЦРЛ протягом доби, що призвело до обширного некрозу шкіри зазначеної ділянки.

У 4 дітей серпенгінуюча флегмона була розташована в ділянці голови, з них лише в одному випадку процес локалізувався в ділянці носо-губного трикутника і був обмежений розмірами 3x3 см. У 2 пацієнтів флегмона знаходилась в ділянці тулуба, у 2 констатоване поширене враження тулуба та нижніх кінцівок.

Першими ознаками флегмони були набряк та гіперемія шкіри з чіткими межами, болючість при пальпації, яка швидко розповсюджувалась протягом від 1 до 5 годин. Шкіра в епіцентрі запального вогнища була сірого кольору або мала ціанотичний відтінок, в епіцентрі визначалось втягнення шкіряного покрову або флюктуація.

При поступленні у 2 дітей був лейкоцитоз в межах  $9 - 12 \times 10^9 / \mu\text{л}$ , у 4 -  $20 \times 10^9 / \mu\text{л}$ , у 1 - лейкопенія, у 1 хворого кількість лейкоцитів була в межах норми.

7 пацієнтів оперовані в I добу. Флегмону було розкрито множинними насічками шкіри довжиною 1.5 - 2 см на відстані 2 - 3 см одна від одної з наступним розведенням поверхневої фасції затискачем типу «москіт». Перв'язки виконувались з інтервалом 4 - 14 годин в першу добу, в наступні дні - в залежності від регресу запальних явищ та розповсюдженості процесу: 1 - 2 рази на добу. Оперативне втручання та перші перев'язки виконувались під загальним знеболенням в зв'язку з необхідністю повторного розведення поверхневої фасції. Застосовувались пов'язки з 25%-ним розчином сульфата магнезії, після зменшення набряку - пов'язки димексиду, фурациліну та антибіотику з групи аміноглікозидів. Співвідношення димексиду та фурациліну було 1 : 10.

В період з 1995 по 1999 рік в якості першого курсу антибактеріальної терапії використовувались комбінації ампіциліну з гентаміцином або цефатоксиму з гентаміцином. В 2000 році - цефатоксим або цефтріаксон з метрогілом. 6 хворим проводилась інфузійна терапія від 5 до 7 діб. В якості фізіотерапевтичного лікування всі пацієнти отримували іонофорез з антибіотиком, при необхідності в поєднанні з УВЧ.

При першому висіві вмісту серпентінуючої флегмони під час оперативного втручання в 2 випадках виділено епідермальний стафілокок, який був високо чутливим до лінкоміцину, еритроміцину, оксациліну, цефазоліну, цефалексину, цефатоксиму, офлоксацину та чутливим до гентаміцину, в 1 - сапрофітний стафілокок, в 5 висівах ріст мікробної флори був відсутнім. На нашу думку, великий відсоток висівів, в яких був відсутній ріст мікрофлори, обумовлений наявністю анаеробної мікрофлори та пригніченням нею росту факультативних анаеробних мікроорганізмів. В однієї дитини в II висіві виділено золотистий стафілокок, який був високо чутливим до лінкоміцину, еритроміцину, оксациліну, тетрацикліну, рифампіцину та чутливим до гентаміцину. На відміну від літературних даних, стрептокок групи А не був виділений в жодному висіві.

7 дітей виписано з одужанням, 1 дитина для подальшого лікування переведена в офтальмологічну клініку м. Києва в зв'язку з критичним зниженням зору лівого ока. В одному випадку некроз шкіри передньої червоної стінки розмірами 3x4 см завершився спонтанним загоєнням.

Летальність в досліджуваній групі пацієнтів була відсутня. На момент завершення стаціонарного лікування всі хворі мали виражені ознаки астенізації.

У двох пацієнтів під час лікування діагностовано орбітальній целлюліт (orbital cellulitis). Це ускладнення потребує більш детального розгляду.

Зі всіх стінок очної ямки внутрішня стінка є найтоншою. Вона відокремлює вміст очної ямки від гратчастої пазухи носа — обставина, яка має велике значення в клінічній практиці, оскільки ця додаткова пазуха носа нерідко є джерелом різних патологічних процесів (головним чином гострих і хронічних інфекційних запалень), що можуть дати зміни і з боку тканин очної ямки: колатеральний запальний набряк очної ямки — целюліт (cellulitis orbitae), флегмону очної ямки (phlegmone orbitae), тромбофлебіт вен очної ямки (trombophlebitis orbitalis), токсичні неврити зорового нерва (neuritis n. optici) та інш. (рис.1).

Слід мати на увазі, що внутрішня стінка очної ямки не тільки взагалі дуже тонка, але іноді в області laminae parrugaseae вона редукується до ступеня сполучно-тканинної перетинки, яка складається з двох шарів окістя. Окрім того, треба враховувати, що стінка ця і в звичайних нормальних умовах має цілий ряд отворів, призначених для проходження судин і нервів (рис.1). Все це легко пояснює можливість розповсюдження патологічних процесів з гратчастих пазух в очну ямку.

При орбітальному целюліті інфекційний процес може починатись в етмоїдальному синусі і поширюватись в субперіостальний простір орбіти крізь етмоїдальну кістку (рис.2).

Інша загроза флегмони зіниці – перехід флегмони повік через septum orbitale на зіничну клітковину; можливий некроз шкіри повік. Флегмона зіниці також може бути метастатичним вогнищем (В.Ф. Войно-Ясенецький, 2000).

В наших спостереженнях флегмона поширювалась майже на все обличчя за винятком нижньої щелепи. Це змушувало хірургів в першу добу утримуватись

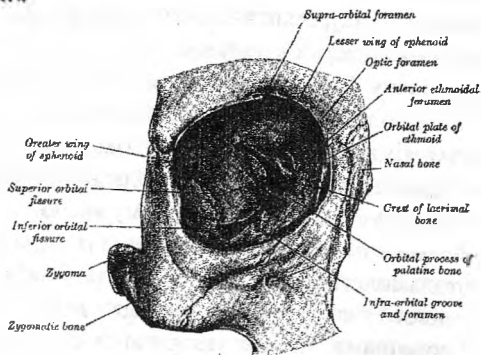


Рис. 1. Будова внутрішньої стінки очної ямки.

радикалізму при оперативному лікуванні. Для уникнення косметичного дефекту кількість розрізів-насічок була мінімальною: на шкірі волосистої частини голови. Лише через добу нанесені поодинокі насічки в ділянці повік, скроневій та скуловій ділянках (місцях максимальної інфільтрації з ознаками флюктуації). Характерною ознакою серпентинуючих флегмон є відсутність гною. Це обумовлювало малоактивну тактику офтальмологів. Поступово збільшувались набряк та гіперемія повік ураженої ділянки, наростали інфільтрація та болочість повік, з'явився виражений екзофтальм (рис.2).

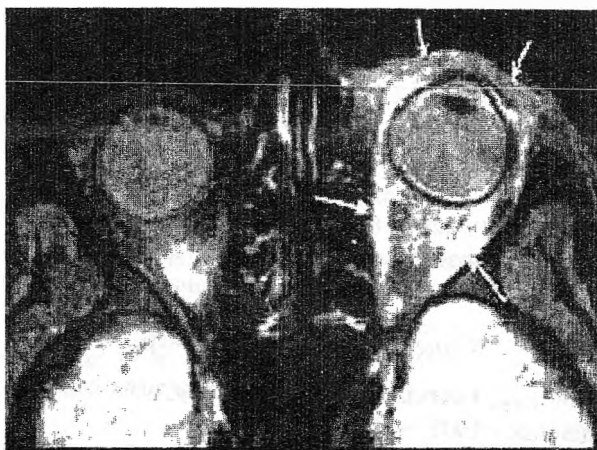


Рис.2 Комп'ютерна томографія знімки ураженої орбітальною целюлітом.

При ревізії орбіти виявлено набряк бокових очних м'язів, постсептальної клітковини, гнійний вміст відсутній. В подальшому прогресували екзофтальм, з'являлась диплопія, гострота зору та рухомість ураженого очного яблука зменшувались.

Описана нами клінічна картина є типовою для орбітального целюліту і за В.Ф. Войно-Ясенецьким має назву флегмона орбіти.

При «вітряночній флегмоні» вочевидь аналогія між даним ускладненням та станом жирової клітковини інших анатомічних ділянок, де швидше відбуваються некротичні зміни внаслідок набряку та ішемії тканин, ніж утворення гною. Наслідок – зниження або повна втрата зору.

Для уникнення таких важких наслідків В.Ф. Войно-Ясенецький пропонує при перших ознаках орбітального целюліту робити термінове оперативне втручання, яке полягає в виконанні широких дугоподібних розрізів вздовж верхньо-медіального або нижньо-латерального кута знічки з подальшим відшаруванням окістя. При розлитій флегмоні знічної клітковини знічка широко розкривається шляхом резекції її латеральної

стілки за Кренлейном. При повній втраті зору операцію закінчують видаленням ураженого очного яблука.

### Висновки

1. Відсутність росту мікрофлори при першому висіві вмісту серпенгінуючої флегмони може бути викликана присутністю анаеробної мікрофлори.
2. В складі антибактеріальної терапії при лікуванні серпенгінуючої флегмони обов'язково повинні застосовуватись препарати імідазольного кільця (метронідазол).
3. При обстеженні та хірургічному лікуванні хворих з серпенгінуючими флегмонами повинні враховуватись можливі шляхи розповсюдження інфекції – лімфогенний, гематогенний, периваскулярний, м'язево-фасціальний.
4. Результат лікування пацієнтів з серпенгінуючими флегмонами залежить від своєчасного оперативного лікування.
5. Кількість розрізів при розкритті флегмони повинна бути достатньою.

### Список використаних джерел

1. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей. – Ленинград: Медицина. – 1991. – 272 с.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. – Санкт-Петербург, Москва, Симферополь: «Бином» – 2000. – 704 с.
3. А.И. Кузьмин, М.А. Барская. Хирургические осложнения при ветряной оспе, менингококковой инфекции и скарлатине у детей. Материалы конференции, посвященной 80-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН Г.А. Баирова. Санкт-Петербург. – 2002.
4. Харрисон. Справочник по внутренним болезням. Глава 52.
5. Зубик Т. М. и др. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. - Л., 1991.
6. Юнусова Х. А., Шамсиев Ф. С. Ветряная оспа. - М., 1999.
7. Беренбейн Б. А. и др. Дифференциальная диагностика кожных болезней. - М., 1989.
8. Соринсон С. Н. Неотложные состояния у инфекционных больных. - Л.: Медицина, 1990.
9. Centers for Disease Control and Prevention Evaluation of Varicella Reporting to the National Notifiable Disease Surveillance System
10. Anzahl der Gestorbenen für ICD 052 Varizellen nach IDG[
11. Guess HA, Broughton DD, Melton LJD, Kurland LT Population-based studies of varicella complications. Pediatrics 1986.
12. Maharshak N, Somekh E Hospitalization for varicella in central Israel. Acta Paediatr 1999; 88:1279-1283.

13. Bullowa JGM, Wishik SM Complications of varicella: I. Their occurrence among 2534 patients. *Am J Dis Child* 1935; 49:923-926.
14. Jackson MA, Burry VF, Olson LC Complications of varicella requiring hospitalisation in previously healthy children. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11:441-445.
15. Rianza Gomez M, de la Torre Espi M, Mencia Bartolome S, et al Complications of varicella in children. *An Esp Pediatr* 1999; 50:259-262.

Солейко Д.С., Гончарук В.Г., Моравська О.А., Мартынова Ю.Ю.

## Скользящие грыжи у детей (обзор литературы)

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Скользящие грыжи у детей встречаются довольно редко. Среди прочих видов грыж скользящие грыжи составляют 0.6 – 3.89% (Кахидзе П.С., 1957; Лотоцкий М.И., 1964). По данным С.Я. Долецкого, скользящие грыжи у детей составляют 2.9 – 4.5%. Скользящие грыжи в основном локализируются справа. При данном виде грыж в образовании грыжевого мешка кроме париетальной брюшины, принимает участие и висцеральная брюшина, покрывающая на небольшом протяжении соскальзывающий орган.

Наибольшее практическое значение имеют скользящие паховые грыжи мочевого пузыря, слепой кишки, яичников, труб, матки. Более редко наблюдается соскальзывание восходящей и нисходящей ободочной, сигмовидной кишки, мочеточников, почек.

Скользящие грыжи мочевого пузыря в большинстве случаев являются приобретёнными. Предрасполагающие факторы разделяют на местные и общие.

Местные факторы:

- слабость задней стенки пахового канала,
- широкие грыжевые ворота,
- наличие прямой или косой грыжи.

У лиц молодого и среднего возраста предрасполагающим фактором является накопление значительной массы паравезикальной клетчатки, которая, оттесняя брюшину, увеличивает подвижность мочевого пузыря, облегчая его выход к грыжевым воротам.

У пожилых больных основная патогенетическая роль принадлежит возрастным инволютивно-дегенеративным процессам, вследствие которых стенки мочевого пузыря теряют свою эластичность и тонус. Хронические запоры и копростаз оказывают давление на мочевой пузырь, гипертрофия предстательной железы и стриктуры уретры способствуют увеличению мочевого пузыря в размерах за счёт растяжения. У больных пожилого

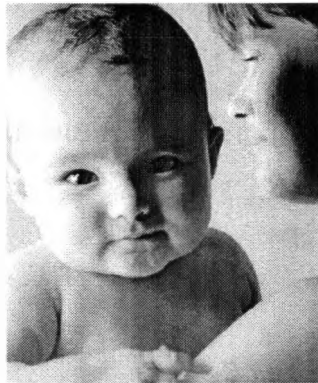


УКРАЇНА  
ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ  
ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

---

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.І.ПИРОГОВА

**МЕДИЦИНА ДИТИНСТВА  
ВІННИЧЧИНИ  
1980 - 2005 р.**



Збірник наукових робіт вчених та лікарів Вінниччини –  
підсумок 25-річної діяльності Вінницької обласної дитячої клінічної  
лікарні

Вінниця – 2005