

Ми в своїй практиці використовуємо м'який пасивний трубчастий дренаж з перфоративними отворами на кінці, який встановлюємо в необхідній ділянці, але подалі від кишкової стінки, судин, кишкових швів з метою запобігання виникнення ерозії чи кровотечі. Найчастіше ми застосовуємо силіконові дренажі, до яких оточуючі тканини є інертними. Вважаємо за неможливе введення в черевну порожнину через дренаж розчинів антибіотиків та антисептичних розчинів, які сприяють розвитку злукового процесу. Для профілактики інфікування операційної рани дренаж виводимо через контрапертуру, яку накладаємо чітко над зоною запланованого дренажування для утворення найкоротшого дренажного каналу. Видалення дренажу здійснюємо зразу після того, як він перестав функціонувати ("став сухим").

Висновки

Дренування черевної порожнини при ускладнених апендицитах у дітей необхідно проводити за строгими показами, якими є: розлиті перитоніти, абсцеси черевної порожнини, необхідність формування керованої нориці. Основними заходами для профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у дітей вважаємо мало травматичне і адекватне хірургічне втручання, що забезпечує повне усунення джерела інфекції і гнійного вмісту, та раціональна до- і післяопераційна антибіотикотерапія.

НЕКРОТИЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Горбатюк О. М. , Мартинюк Т. В. , Солейко Д. С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Некротичний ентероколіт (НЕК) новонароджених є одним з актуальних питань сучасної неонатальної хірургії, що в останні роки, із-за існування багатьох невирішених та спірних аспектів, досліджується і обговорюється досить широко. До теперішнього часу існує думка про те, що НЕК є патологією недоношених новонароджених, хоча за даними літератури приблизно 10% – 11% новонароджених дітей з НЕК є доношеними. На відміну від НЕК у недоношених дітей, який вивчений досить докладно, клінічні особливості НЕК у доношених дітей та підходи до лікування даного контингенту пацієнтів відомі не достатньо широко і досить часто взагалі не обговорюються.

Мета дослідження – за даними власного клінічного досвіду надати порівняльний аналіз клінічних відмінностей і результатів лікування доношених і недоношених новонароджених з НЕК.

За період з 2000 по 2014 роки у Волинському дитячому територіальному медичному об'єднанні на обстеженні і лікуванні знаходилося 95 новонароджених з НЕК. З них 83 (87,37%) новонароджених були недоношеними, 12 (12,63%) – доношеними. Порівняння клінічних відмінностей між двома групами дітей проводилося за гестаційним віком, масою тіла при народженні, оцінкою за шкалою Апгар на 5 хвилині, наявністю інших вад розвитку чи захворювань, віком першого годування і результатами лікування.

Клініко-лабораторне обстеження і лікування доношених і недоношених новонароджених з НЕК були загально прийнятими і аналогічними в обох групах дітей. З

інструментальних методів дослідження застосовувались: рентгенологічні, УЗД з доплерографією верхньої брижової артерії, мікробіологічні і морфологічні методи дослідження.

Недоношені новонароджені мали середній гестаційний вік $31,5 \pm 0,3$ тижнів, доношені – $39,1 \pm 0,5$ тижнів ($p < 0,001$). Середня вага при народженні склала у недоношених новонароджених 1375 ± 60 г і 3140 ± 80 г – у доношених ($p < 0,001$). Оцінка за шкалою Апгар, що проводилась на 5 хвилині, була $8,5 \pm 0,8$ у доношених і $6,5 \pm 0,5$ у недоношених дітей ($p < 0,05$). Перше годування, що отримали доношені діти, було здійснено у віці дитини $1,5 \pm 0,5$ доби, недоношені діти – $5,5 \pm 0,6$ доби ($p < 0,05$). Середній вік встановлення діагнозу НЕК у доношених новонароджених склав менше 4 днів ($3,6 \pm 0,3$ днів), у недоношених новонароджених вперше діагноз був виставлений у віці $11,8 \pm 0,8$ днів ($p < 0,001$).

4(33,3%) доношених дітей і тільки 11 (13,2%) недоношених новонароджених мали серцеву патологію (атрезія легеневої артерії, AV канал, тетрада Фалло, відкрита артеріальна протока). 4(33,3%) доношених новонароджених (15,7%) і 10 (12,1%) недоношених дітей мали іншу супутню патологію (патологія ЦНС, патологія дихальної системи, внутрішньоутробне інфікування тощо). Тобто фактори ризику розвитку НЕК були виявлені у 66,67% доношених і 25,3% недоношених новонароджених.

41,67% (5) доношених дітей і 45,78% (38) недоношених новонароджених перенесли хірургічні втручання з приводу НЕК. Середній вік хірургічного втручання в обох групах дітей мав достовірну різницю – $5,9 \pm 0,9$ та $12,6 \pm 0,8$ днів ($p < 0,05$) у доношених і недоношених новонароджених відповідно. Спектр хірургічних втручань, що здійснювався у доношених і недоношених новонароджених, був різноманітний. Проте, жоден з доношених новонароджених не підлягав лікуванню за допомогою перитонеального дренивання.

Тривалість госпіталізації була коротша у доношених новонароджених в порівнянні з недоношеними – $30,1 \pm 1,8$ днів та $47,5 \pm 2,2$ днів відповідно ($p < 0,05$).

Виживання при НЕК у доношених новонароджених склала 66,67% (вижили 8 дітей з 12), у недоношених – 66,27% (вижили 55 дітей з 83).

Висновки

НЕК не являється патологією тільки недоношених дітей. Так, за даними наших досліджень 12,63% серед новонароджених з НЕК склали доношені діти.

У доношених дітей діагноз НЕК був вставлений в більш ранньому віці, найімовірніше – у зв'язку з раннім початком годування та виникненням вираженої клінічної картини захворювання.

Не простежується суттєвих відмінностей в результатах обстеження, методах лікування, показах до хірургічного втручання та оперативних методиках у доношених і недоношених новонароджених з НЕК.

Супутня патологія інших органів і систем, що є фактором ризику розвитку НЕК (патологія ЦНС, дихальної системи, ВУІ тощо), була виявлена у 66,67% доношених пацієнтів (8 випадків) і 25,3% недоношених дітей (21 випадок).

Рівень летальності не мав суттєвих відмінностей у доношених і недоношених новонароджених з НЕК – 33,33% та 33,73% відповідно. Проте, якщо основною причиною смерті у доношених новонароджених була гостра серцево-дихальна недостатність на тлі патології серцево-судинної, дихальної системи та ЦНС, то у недоношених новонароджених – неонатальний сепсис.



**Затверджено та рекомендовано до друку
Президією Правління ВГО “Асоціація хірургів України”
28 квітня 2015 р., протокол № 4**

Редакційна колегія:

О. Ю. Усенко, М. В. Костилев, О. М. Литвиненко, П. О. Шкарбан, С. А. Андреещев

Рецензенти:

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Заграб'ян, А. Є. Коваленко,
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя,
А. С. Лаврик, М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

Відповідальний за випуск

М. Ю. Ничитайло

Видано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах,
несе автор.

XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. — Електрон. дан. (80 min 700 MB). — Київ, Клініч. хірургія, 2015. — 1 електрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. вимоги: Pentium ; 2 MB RAM ; Windows XP, 7, 8, 10 ; Adobe Acrobat Reader. — Назва з контейнер.

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВГО "Асоціація хірургів України"

ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України



УЖІІІ З'їзд хірургів України

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Київ
"Клінічна хірургія"
2015