

Література. 1. Бердишев Г.Д., Бариляк І.Р. Захисна дія продуктів бджільництва при нормальному і прискореному старінні // II Національний конгрес геронтологів і геріатрів України: Тез. доп.-Київ, 1994. - Ч. 1. - С.66. 2. Волошин О.І., Пишак О.В., Мецишен І.Ф. Пилок квітковий (бджолина обліжка) – в клінічній та експериментальній медицині. - Чернівці: Прут, 1998. - С.12-34. 3. Левашиов М.І., Березовський В.А., Носар В.І. Пилок в реабілітації та профілактиці захворювань, спричинених забрудненням довкілля: Матер. І з'їзду апітерапевтів України // Пасіка. -1996. - №10. - С.7. 4. Леонавичус Р. Лечение пергой гипохромной анемии // Продукты пчеловодства - пища, здоровье, красота. - Бухарест: Алимония, 1988. - С.86-89. 5. Нефрологія / Л.А.Пиріг, О.І.Дядик, Ж.Д.Семідоцька та ін.; За ред. Л.А.Пирога. – К.: Здоров'я, 1995. – 280 с. 6. Пишак О.В. Особливості порушень гастроуденальної, гепатобіліарної системи і нирок при ревматоїдному артриті і патогенетичні способи їх корекції: Автореф. дис...к. мед. н. - Івано-Франківськ, 1995. - 29с.

BEE POLLEN USAGE IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

T.O.Bezruk

Abstract. The efficacy of using bee pollen in a course of multimodality treatment of patients with chronic pyelonephritis has been analyzed. This treatment favours the regression of clinico-laboratory manifestations of disease, reduces the patients' anemization degree and possesses a slight immunotropic action.

Key words: chronic pyelonephritis, bee pollen.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 9.04.2002 року

УДК 616.381–089–053.2:616–007.274–084–08

О.Б.Боднар, С.О.Сокольник

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА СПАЙКОВА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У роботі представлений аналіз особливостей виникнення, розвитку, клінічної картини та хірургічних методів лікування післяопераційної спайкової кишкової непрохідності у дітей віком від одного місяця до 14 років.

Ключові слова: спайкова кишкова непрохідність, діти.

Вступ. Спайкова кишкова непрохідність (СКН) у дітей – тяжке і досить розповсюджене захворювання, що потребує негайного оперативного втручання. В останні роки значно зросла кількість дітей із СКН, яка пов'язана із збільшенням кількості та обсягів оперативних втручань, зростанням числа помилкових діагнозів і часто необґрунтованих операцій [1,4,6]. Проте спайковий процес в очеревинній порожнині в 7–10% спостережень набуває прогресуючого характеру, зумовлюючи клінічну картину СКН. Незважаючи на постійне удосконалення хірургічних методів лікування, зберігається досить висока летальність – до 5-7% [4].

Мета дослідження. Провести аналіз особливостей виникнення та розвитку клінічної картини й оперативних методів лікування післяопераційної СКН у дітей.

Матеріал і методи. У клініці дитячої хірургії Буковинської державної медичної академії за період з 1992 по 2000 роки лікувалося 224 дитини із СКН. З них 22,8% – з приводу ранньої СКН (РСКН), 77,2% – пізньої СКН (ПСКН). Рецидивна СКН становила 14,7% від загальної кількості дітей зі СКН.

Хлопчиків було 56,3%, дівчаток – 43,7%. Частіше СКН спостерігалася у дітей старшого віку. Так, у віці до 3 років було 12 (5,4%) дітей, 4–7 років - 43 (19,2%) дитини, 8–10 років - 47 (21,0%) дітей, 11–12 років - 49 (21,9%) дітей, 12–14 років – 73 (32,6%) дитини. У випадку рецидивної СКН 62,5% дітей були віком від 12 до 14 років. У перші 6 год від початку захворювання госпіталізовано 91 (40,8%) дитину, на 7–12 год - 8 (12,6%), на 13–24 год – 39 (17,2%), пізніше 24 год – 66 (29,3%) дітей.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з одержаними результатами, у 77,4% випадків СКН у дітей виникає після операцій з приводу гострого апендициту, в 9,7% – травматичних ушкоджень органів черевної порожнини, в 6,0% – кишкової непрохідності, в 4,2% випадках – через вади розвитку органів черевної порожнини, після гінекологічних операцій - в 1,4%, після урологічних лапаротомних операцій - в 1,4% випадків.

РСКН у 78,6% розвинулася на 20–30 добу після першої операції, в 10,7% - на 12–20 добу та в 10,7% - на 7–12 добу після першої операції. ПСКН розвинулася протягом перших 3 міс. після операції в 30,9% хворих, через 3–6 міс – 11,8%, 6–12 міс – 20,6%, 1–2 роки – 11,0%, 2–4 роки – 14,0%, 4–6 років - 6,6% та через 6–10 років після операції - у 5,2% дітей. З РСКН оперовано 45,1% дітей, з ПСКН – 22,5% хворих дітей.

В останні роки збільшується кількість операцій на органах черевної порожнини, а тому зростає питома вага спайкової хвороби. Спайки, що утворюються в 90–95% випадків при операціях на органах черевної порожнини, можуть існувати роками, не завдаючи клопотів людині, можуть бути випадковою знахідкою хірурга або патологоанатома [6]. Спайкова хвороба виникає в 2–3 % випадків від загальної кількості оперативних втручань [5].

Висока частота спайкової хвороби після операцій з приводу гострого апендициту пояснюється перевагою цієї патології серед інших захворювань органів черевної порожнини, особливостями техніки операції. Частота спайкової хвороби після таких операцій, за нашими даними, становить 5,0% (від загальної кількості апендектомій).

Однак ми згодні з думкою [3], що спайкова хвороба після апендектомії клінічно проявляється в десять разів рідше на 1000 спостережень, ніж після втручань у зв'язку з непрохідністю кишечника, гінекологічними операціями та проникними пораненнями живота.

Переважа дітей старшого віку (12–14 років) серед хворих на СКН пояснюється інтенсивнішим ростом органів травного тракту з розтягуванням спайок та подальшим залученням в “кишково–спайкове” вікно петель кишечника, а також гормональною перебудовою організму дитини.

Клінічна картина спайкової післяопераційної кишкової непрохідності залежить від її форми. При спайково-паретичній формі, коли абдомінальний дискомфорт наростає на фоні післяопераційного періоду, нашаровуючись на наслідки операційної травми та важкого парезу кишечника, симптоматика спочатку недостатньо виражена. Дитину турбують періодичні болі у животі, що мало чим відрізняються від болю при парезі кишечника. Діагностика базується на погіршенні загального стану хворого в динаміці спостереження: посилення болю, більш часте блювання та наростання парезу кишечника, зростання частоти пульсу та підвищення лейкоцитозу. Типове для парезу здуття живота змінює свій характер – з'являється асиметрія живота. Інколи з'являються перистальтичні шуми. Самостійне випорожнення відсутнє, після клізми можна отримати незначну кількість слизу, калу і газів. Рентгенологічне дослідження в перші години захворювання не завжди дає змогу впевнено поставити діагноз, “чаші” Клойбера з'являються лише на 2–3-тю добу після прояву перших ознак спайкової непрохідності.

Діагностика первинних та первинно-відстрочених форм РСКН трохи полегшується тим, що вони характеризуються досить вираженою симптоматикою, яка з'являється після відносно сприятливого проміжку впродовж 5–7 діб після операції або на 3–4-й тиждень післяопераційного періоду. У дитини раптово з'являються болі в животі, блювота спочатку жовцю, пізніше з домішками кишкового вмісту. Живіт здувається, можуть візуалізуватися роздуті петлі кишечника, з'являється асиметрія живота. Періодично виникає підсилення перистальтики, через декілька годин стан дитини погіршується, підсилюється блювота. У хворого спостерігається зневоднення, язик стає сухим, частить пульс, знижується артеріальний тиск. Рентгенологічно спостерігаються типові “чаші” Клойбера.

На відміну від РСКН, ПСКН характеризується більш вираженою клінічною симптоматикою, оскільки вона виникає у дітей на фоні повного здоров'я. Симптоми ПСКН не мають суттєвих відмінностей від проявів первинно-відстрочених форм СКН. Однак слід зазначити деякі особливості ПСКН залежно від її форми та висоти перешкоди. При рецидивній формі ПСКН переймоподібні болі, шлунково-кишковий дискомфорт зазвичай виникають після прийому їжі. Полегшення приносять антиспастичні засоби та клізми. При високій ПСКН болі виникають раптово, зазначається багаторазова блювота, що посилюється після прийому їжі; вико-

роження та відходження газів можуть бути не порушені. Живіт, за винятком епігастрія, запалий, малоболіючий. Пізніше блювота набуває безперервного характеру. Спостерігається повне зневоднення організму. У випадку тазового та ілеоцекального розташування спайок живіт рівномірно здутий, іноді асиметричний, видима перистальтика кишечника. Спостерігається буркотіння в боковій та пахвинній ділянках.

Проаналізовані нами дані клінічного, лабораторного та біохімічного обстежень хворих не відрізняються від наведених у літературі [2]. У хворих на СКН зазначається помірна анемія, гіперлейкоцитоз із вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія, зниження рівня загального білка, гіпоальбумінемія, значне збільшення вмісту α - та γ -глобулінів, а також гіпохлоремія, збільшення вмісту креатиніну та гіперкоагуляція крові.

Лікувальна оперативна тактика при СКН у дітей у нашій клініці носить максимально бережливий характер. Так, серед оперованих з ПСКН, релапаротомія, розсічення спайок, ліквідація СКН виконувалася у 80,0%, накладання кишкових анастомозів проведено в 12,5% випадків, накладання ілео- або єюностоми - в 7,5%.

Серед оперованих з РСКН релапаротомія, розсічення спайок, усунення СКН виконувалися в 91,3%, накладання кишкових анастомозів проведено в 4,4% випадків, накладання ілео- або єюностоми - в 4,4%.

Однією традиційні інтраопераційні заходи щодо запобігання розвитку спайок в черевній порожнині недостатньо ефективні. СКН часто рецидивує, про що свідчать наведені нами дані. Операції ентоероплікації за Ноблем у різних модифікаціях при лікуванні СКН у дітей не дають бажаних результатів, призводячи до деформації петель кишечника, що значно збільшується з ростом організму. Порушується перистальтика, атрофуються м'язові шари кишкової стінки, настають дегенеративні зміни нервових закінчень, що згодом призводить до розвитку масивного фібропластичного процесу в черевній порожнині та рецидиву СКН. Тому операції ентоероплікації за Ноблем ми вважаємо шкідливими для дитячого організму.

Висновки.

1. Післяопераційна спайкова кишкова непрохідність у дітей переважає над іншими видами кишкової непрохідності.

2. Діти старшого віку, які перенесли операції на органах черевної порожнини, потребують додаткових консервативних заходів, спрямованих на усунення спайкового процесу.

3. Пошук нових методів інтраопераційної та післяопераційної профілактики рецидивів спайкової кишкової непрохідності у дітей на сьогоднішній день досить актуальний і потребує подальшого розвитку і вдосконалення.

Література. 1. Мельниченко М.Г. Профілактика і лікування спайкової непрохідності кишечника у дітей із перитонітом // Одеський медичний журнал. – 1998. – №4. – С. 39–41. 2. Абдуллаев Э.Г., Бабьшин В.В., Гисаревский А.А., Лазарев В.В. Применение релапаротомии при лечении ранней острой спаечной непроходимости кишечника // Клин. хирургия. – 1995. – №2. – С. 20–21. 3. Брежнев В.П., Капитанов А.С. Этиология, патогенез и профилактика послеоперационной спаечной болезни органов брюшной полости // Клин. хирургия. – 1988. – №2. – С. 39–42. 4. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блишников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Хирургия. – 2001. – №2. – С. 37–42. 5. Земляной А.И. Спаечная болезнь // Вестн. хирургии. – 1989. – №6. – С. 6–12. 6. Осипов В.И., Герасимов А.А. Прогнозирование спаечной болезни после операций по поводу разлитого перитонита // Вестн. хирургии. – 1996. – Т.155, №3. – С. 19–22.

POSTOPERATIVE ADHESIVE BOWEL ILEUS IN CHILDREN

O.B.Bodnar, S.O.Sokolnyk

Abstract. An analysis of the onset, development, clinical manifestations and operative methods of treatment of postoperative adhesive bowel ileus in children aged 1 month till 14 years old is presented in our research.

Key words: adhesive bowel ileus, children.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 15.04.2002 року