

Матеріали конференції

У зв'язку з тим, що близько 85% гемангіом майже повністю втратили об'єм, але зберігали досить помітне рожеве забарвлення шкіри за рахунок судинних залишків у поверхневих шарах шкіри, 63 дітям залишкови телеангіектазії видалені за допомогою діодного лазера 940 нм із судинною приставкою та насадками діаметром 0,5 мм, 1,0 мм, 1,5 мм. Щільність енергії 300–450 Дж/см², тривалість імпульсу 50–100 мс, інтервал між імпульсами до 500 мс, між сеансами 5–6 тижнів. Загальна тривалість лікування – від 8 до 18 місяців.

У результаті застосування комбінованого методу частка субтотальної редукції об'єму збільшилася на 10% (до 94,9%), а забарвлення – на 36,4% (з 30,3% до 66,7%) з повною нормалізацією рельєфу шкіри у 88,0% пацієнтів.

Висновки. Системна пропранолол-терапія є методом вибору в лікуванні проблемних гемангіом у дітей молодшого віку. Ефективність залежить від віку дитини та фази розвитку гемангіоми: найбільша ефективність – у наймолодшій віковій підгрупі, тобто по відношенню до гемангіом у проліферативній фазі розвитку. Ефекти відсутні щодо мальформацій і гемангіом у фазі закінченої інволюції. Метод доступний, комфортний, зручний і для дитини, і для батьків.

Ключові слова: гемангіоми, інволюція, β-блокатор, діодний лазер, діти.

УДК 616.728.2-007.17-073.432.19-053.2

В.А. Дігтяр, О.Г. Садовенко, М.О. Камінська, І.І. Андрейченко, О.І. Мохов

Ультразвукова діагностика дисплазії кульшових суглобів у дітей

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна

Вступ. Дисплазія кульшових суглобів (ДКС) – актуальна проблема ортопедії дитячого віку. Частота цієї патології, за даними різних авторів, становить від 3 до 20%. Важливим завданням сучасної ортопедії є раннє виявлення немовлят з патологією кульшових суглобів. Початок лікування ДКС до 3-х місяців сприяє одужанню у 97% немовлят. Для діагностики ДКС ортопедами все ширше використовується ультразвукове дослідження (УЗД).

Мета – аналіз результатів застосування УЗД патологій кульшових суглобів у дітей.

Матеріали і методи. За останній рік у кабінеті УЗД Дніпропетровської ОДКЛ було оглянуто 2365 дітей. Понад 85% дітей вперше скеровані на УЗД у віці 1–6 місяців, у 2013 р. цей показник становив лише 56%. Протягом перших місяців життя на УЗД скеровані 39% дітей групи ризику порівняно з 2013 р. (22%).

Результати. Велике значення ортопедами надається ранній діагностиці ДКС, передусім складним її формам – вивиху і підвивиху. Однією з переваг УЗД є можливість візуалізувати хрящові компоненти суглоба, визначити місце розташування голівки стегнової кістки по відношенню до кульшової западини, визначити патологічні зміни.

Оптимальним терміном проведення УЗД у дітей групи ризику є перший місяць життя. За наявності клінічної симптоматики або ознак фізіологічної незрілості суглоба дослідження повторюють через 3–4 тижні. Також необхідне динамічне спостереження в процесі лікування. Скринінгове дослідження у дітей може бути проведене на 2–3 місяці життя.

За даними УЗД нормальний розвиток кульшових суглобів (тип суглоба I) було виявлено у 610 дітей, що становить 25,8%.

Затримка формування кульшових суглобів (тип суглоба II-A, II-B) спостерігалася у 1514 (64%) дітей. Дисплазія тазостегнових суглобів, підвивихи і вивихи (тип суглоба III-A, III-B, IV, V) виявлені у 241 (10,2%) дитини. Великий відсоток патології кульшових суглобів пояснюється тим, що на УЗД направлялися діти з клінічною симптоматикою та з групи ризику.

Привертає увагу велика частка супутньої патології та вад розвитку інших систем у дітей з ДКС. Частіше у немовлят діагностуються захворювання центральної нервової системи.

Висновки. УЗД може застосовуватися ортопедами для раннього виявлення патології у новонароджених і є методом вибору діагностики та скринінгу у дітей першого року.

УЗД необхідно проводити у клінічно здорових дітей у 2–3 місяці, а у немовлят з групи ризику та клінічними симптомами дисплазії і вродженого вивиху, захворюваннями і вадами розвитку опорно-рухового апарату – протягом першого місяця життя. Обов'язково проводити ультразвуковий скринінг патології кульшових суглобів у дітей із захворюваннями центральної нервової системи і проявами рахіту.

Анатомічні особливості кульшових суглобів у немовлят роблять цей метод пріоритетним у віці до 3 місяців і кращим – у дітей 4–9 місяців.

Ключові слова: ультразвукова діагностика, дисплазія кульшових суглобів, діти.

УДК 616.329:616.149-0051-007.64-072.1-089-053.2

В.А. Дігтяр, О.Г. Садовенко, С.О. Щудро, М.О. Камінська, Б.Г. Ашкіназі, М.В. Савенко, А.А. Галаган

Лікування варикозно розширених вен стравоходу у дітей

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна

Вступ. Портальна гіпертензія (ПГ) – це синдром підвищеного тиску в системі ворітної вени, викликаного порушенням кровотоку в портальних судинах, печінкових венах і нижній порожнистій вені. Основними симптомами ПГ є: спленомегалія, варикозне розширення вен (варікси) стравоходу, асцит і печінкова енцефалопатія.

Кількість дітей із синдромом ПГ щороку зростає, а з огляду на те, що у 80% з них відзначається кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу, ця проблема є дуже актуальною.

Метою дослідження є аналіз та диференційована систематизація методів лігування ускладнень кровотечею у хворих на ПГ.

Матеріали і методи. Основними методами лікування ПГ є: консервативне лікування (сандостатин, анаприлін, нітроглицерин, вазопресин), оперативне (трансплантація, деваскуляризуючі, портосистемне шунтування, TIPS-операції), інструментальні методи (склерозування і лігування варикозно розширених вен стравоходу і шлунка).

Головною метою останніх методів лікування є невідкладна зупинка або профілактика кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка.

З 2016 по 2017 р. в ОДКЛ м. Дніпро було проведено 12 лігувань варикозно розширених вен стравоходу.

Співвідношення хлопчиків та дівчаток серед хворих склало 2:1.

Результати. Раніше в нашій клініці використовувався метод склерозування варикозно розширених вен стравоходу. Але з огляду на інвазивність (наявність проколу в місці введення препарату), неможливість селективної облітерації вен стравоходу в підслизовому шарі і порушення параезофагальних колатералів, а також фармакологічний вплив на печінку, ми відмовилися від цієї маніпуляції на користь лігування.

Можливість виконання і кількість лігування залежали від важкості ПГ та ступеня варикозу. Варікси I–II ступеня погано аспіруються відсосом і не надійно лігуються. При варикозі III ступеня ПГ варикозних вен – це був метод вибору.

Після проведення лігування пацієнти відзначали поліпшення стану і самопочуття.

Висновки. Ендоскопічне лігування варикозно розширених вен стравоходу при синдромі ПГ можна вважати паліативною операцією вибору. При правильно проведеній операції відзначаються позитивні результати, і вірогідність ускладнень значно зменшується. Можливість проведення операції в будь-якому дитячому ендоскопічному відділенні за наявності обладнання та досвіду виконання лігування. Недоліком методу вважаємо неможливість його застосування в ранньому дитячому віці через відсутність ендоскопічних насадок відповідних розмірів.

Ключові слова: лігування, оперативне лікування, варикозно розширені вени, стравохід, діти.

М.Б. Дмитриева, И.С. Максакова, Л.В. Никонова, Г.С. Ханес

Нозокомиальный сепсис как основная причина летальности у новорожденных с врожденными пороками развития в послеоперационном периоде

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ» г. Киев, Украина*

Реализация внутрибольничной инфекции с развитием нозокомиального сепсиса во всем мире является сложной, актуальной проблемой, что обусловлено увеличением количества сепсиса и роста летальности от него.

Особенно тяжело нозокомиальный сепсис протекает у пациентов, которые лечатся в отделениях интенсивной терапии (ОИТ-зависимый сепсис). По данным ВОЗ, процент случаев госпитального сепсиса в разных странах вырос с 24 до 47, а летальность от него колеблется от 7% до 85%, в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний и характера оперативных вмешательств.

Прогноз и летальность зависят от течения сепсиса и развития полиорганной недостаточности (по данным литературы, поражение двух органов сопровождается летальностью 50%, трех органов – 85–90%). Эти же положения касаются детского возраста и, особенно, новорожденных, находящихся в отделении интенсивной терапии в послеоперационном периоде. Особой группой риска являются новорожденные первых семи дней жизни.

Среди оперированных нами новорожденных с 1995 г. по 2004 г. ОИТ-зависимый сепсис перенесли 39% (118 новорожденных), а в структуре летальности он вышел на первое место. Летальность в послеоперационном периоде составляла 55,9%, при этом количество хирургических осложнений было минимальным и не выходило за рамки 1–3%.

За последние 11 лет (2005–2016 гг.), после изменения протоколов лечения, процент новорожденных, которые переносят нозокомиальный сепсис, снизился, что существенно повлияло на результаты лечения оперированных новорожденных.

Сниженный иммунитет, усиленные обменные процессы при патологической контаминации госпитальной флоры создают идеальные условия для реализации септического процесса; а охлаждение, гипоксия, операционный стресс, пролонгированная интубация, катетеризация вен и полостей, вынужденное отсроченное энтеральное поступление грудного молока создают идеальные условия для прорыва биологических барьеров и развития синдрома системного воспалительного ответа, сочетающегося с коагуляционными нарушениями.

Новорожденные, у которых диагноз сепсиса в послеоперационном периоде поставлен в первые 48–72 часа с коррекцией терапии, выжили. Из новорожденных, у которых была регулируемая гемодинамика и они сформировали метастатические очаги, выжило 50%. У новорожденных с синдромом полиорганной недостаточности и тяжелой коагулопатией летальность составила 60–72%. После изменения схемы ведения новорожденных в послеоперационном периоде (2005–2016 гг.) удалось снизить летальность в 7–8 раз. В последние годы она составляет 8–10%.