

СЕПТИЧЕСКИЕ ПЕРИКАРДИТЫ У ДЕТЕЙ

Вакульчик В.Г.¹, Худовцова А.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

Введение. Экссудативный перикардит – воспаление серозного перикарда, сопровождающееся накоплением выпота в перикардальном пространстве. Популяционная частота перикардитов неизвестна. Их диагностируют приблизительно у 1% детей, а при аутопсии обнаруживают в 4-5% случаев. Согласно данным литературы, у пациентов с летальным исходом от сепсиса перикардит был диагностирован в 50% случаев; от воспалительных заболеваний легких – в 9,3%; от туберкулеза – в 15,8%; от терминальных заболеваний почек – в 18,1% и от ревматизма – в 8,9% случаев. Признаками экссудативного перикардита могут быть тяжесть и боль в груди, одышка, отечность лица, набухание шейных вен, симптомы сердечной недостаточности и тампонады сердца. Патология перикарда у детей, оживленно обсуждаемая в последние десятилетия в медицинской литературе, имеет ряд мало изученных аспектов, к которым относятся вторичные перикардиты (Troughton R.V., Asher C.R., Klein A.L., 2004), приводящие к снижению качества жизни, инвалидизации и тяжелым осложнениям. Анализ литературных источников свидетельствует об увеличении перикардальных реакций, возникающих под влиянием инфекционных и неинфекционных причин (Spondick D.N., 2001). Острое и хроническое воспаление сердечной сорочки развивается под влиянием одних и тех же этиологических факторов (Zanettini M.T., Zanettini J.O., 2004; Shabetai R., 2005). Известно, что перикардиты могут протекать под влиянием ассоциации этиологических факторов (Lichstein E., 1983; N.P.Singh, A. Pracash, A. Makhija, 2003; W. Elikowski, M. Malek, K. Ziemnika, 2004). Вместе с тем, изучение этих вопросов имеет несомненный научный и практический интерес, так как позволяет разработать рекомендации, направленные на повышение качества обследования и лечения детей со вторичными перикардитами, усовершенствовать методику диагностики и динамического наблюдения различных клиничко-морфологических вариантов заболевания с целью предупреждения развития кардиоваскулярных осложнений у данной категории больных.

Цель работы – анализ результатов диагностики и лечения септических перикардитов у детей.

Материал и методы исследования. Ретроспективное исследование. За период с 2005 по 2015 гг. наблюдалось 8 детей, у которых был диагностирован гнойный перикардит. Из них 5 детей наблюдались в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», трое детей лечились в других лечебных учреждениях РБ. Из них 6 мальчиков и две девочки. Возраст детей от 3 мес. до 6 лет (Me=33 мес., 25%=10; 75%=54). У всех боль-

ных диагностирован сепсис. Причиной сепсиса были: пневмония (7 пациентов), перитонит (1 пациент). Клинические проявления перикардита манифестировали в срок от 4 суток до 2 недель от начала заболевания. Для подтверждения диагноза применяли ЭКГ, УЗИ, ЭхоКГ, рентгенографию грудной клетки, мультиспиральную компьютерную томографию. У большинства пациентов (7), после анализа полученных неизвазивными методами данных, выполняли пункцию перикарда по методике Куршмана под обязательным контролем УЗИ. В одном случае пункция перикарда не была показана вследствие выраженного констриктивного процесса. У двух пациентов одновременно диагностирован двухсторонний гнойный плеврит.

Результаты и их обсуждение. В начальном периоде (2005–2006 гг.) сразу же за выполнением пункции перикарда проводили перикардиоцентез и промывание полости перикарда (2 пациента). Применение данной методики в течение 2-3 дней не дало положительного эффекта: состояние пациентов оставалось крайне тяжелым, сохранялось гнойное отделяемое из полости перикарда. Эти дети были оперированы по срочным показаниям. Учитывая полученный неадекватный результат, в дальнейшем при подтверждении диагноза «Гнойный перикардит» дренирование полости перикарда выполняли только с целью декомпрессии его и проводили интенсивную предоперационную подготовку. Все дети были оперированы по экстренным показаниям. Операционный доступ в большинстве случаев – правосторонняя переднебоковая торакотомия (4 пациента). При сопутствующих двухсторонних гнойных плевритах производили стернотомию (4 детей). Оперативное вмешательство заключалось в выполнении субтотальной перикардэктомии, санации полости перикарда, производилась резекция вилочковой железы, санация плевральных полостей и их дренировании. В одном случае операция была дополнена частичным удалением эпикарда. Лечение в послеоперационном периоде проводилось по принципам лечения септических пациентов. ИВЛ продолжалась в течение 5-12 суток. Дренажи удалялись на 6-10 сутки после операции. Диагноз гнойного воспаления перикарда был подтвержден при гистологическом исследовании у всех пациентов. Бактериологическое исследование содержимого перикарда не дало каких-либо существенных результатов. Все дети выздоровели.

Выводы:

1. Гнойный перикардит, как осложнение тяжелого сепсиса, диагностируется очень редко.
2. Оптимальным методом лечения является торакотомия (стернотомия), субтотальная перикардэктомия и дренирование полости перикарда, плевральных полостей.
3. Методика перикардиоцентеза и промывания полости перикарда малоэффективна и может рассматриваться только как вынужденная мера для подготовки к оперативному лечению.

Литература:

1. Вакульчик, В.Г. Гнойные перикардиты у детей / В.Г. Вакульчик, А.В. Худовцова // Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь, Брест, 16 – 17 октября 2014 г.– Брест, 2014. – С. 8–9/
2. Troughton R.W. Pericarditis / R.W. Troughton, C R. Asher, A. L. Klein // Lancet. – 2004. – V. 363, – № 9410. – P. 717–727.
3. Vakulchik, V. Constrictive pericarditis in children / V. Vakulchik, A. Khudovtsova // Slovensko–Polske Vojtekove–Rudnikove Dni Detskej Pneumoftizeologie a Imunoalergologie: abstrakty prispevkov.– Dolny Smokovec, 2014. – С. 21–22

АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Варда И.Ф.¹, Каганович М.С.²

¹БелМАПО, Минск;

²РНПЦ детской хирургии, Минск

Введение. Необходимость выполнения оперативных вмешательств на половом члене у детей диктует выбор адекватного обезболивания. Как правило, в независимости от возраста ребенка, после прекращения действия общей анестезии у ребенка часто наблюдается психомоторное возбуждение и появление выраженного болевого синдрома, который трудно купировать обычными внутримышечными инъекциями обезболивающих препаратов. Применение в практике комбинированных методов обезболивания на основе регионарной анестезии является целесообразным, особенно при амбулаторной хирургии или хирургии одного дня, где необходимо достижение максимально быстрой реабилитации ребенка в раннем послеоперационном периоде.

Цель – представить наш опыт применения регионарной анестезии при проведении оперативных вмешательств на половом члене у детей.

Материал и методы исследования. За последние 3 года на базе детского хирургического центра в составе первой клинической больницы и РНПЦ ДХ г. Минска выполнены 89 операций на половом члене у детей. Возраст детей от 1 месяца до 15 лет. Оперативные вмешательства в основном были по поводу рубцовых фимозов и ритуального обрезания. 12 детей из них были оперированы повторно по поводу рубцовой деформации крайней плоти. Им ранее была выполнена циркумцизия в разных странах и регионах. Всем детям оперативные вмешательства проводились под общей анестезией с применением регионарного обезболивания.