

рювання з ураженням декількох ділянок кишки і тотальне ураження кишки (паннекрроз). Перфорації ШКТ у новонароджених були інтра- і постнатальні. Серед досліджуваної групи новонароджених інтранатальні перфорації мали місце у 2 дітей (13,33%), постнатальні – у 13 хворих (86,66%). Постнатальні перфорації завжди супроводжувались розлитими фібринозно-гнійними і каловими перитонітами. При цих загрозливих станах мають місце дуже важкі зміни на великих ділянках усієї товщі кишки з наявністю запалення і некрозу, кишка потовщена, набрякла, з фібринозно-гнійними нашаруваннями. Вміст кишки – серозно-гнійна рідина з гемолізованою кров'ю або зловонна рідина зі слизом. Вивчення біоптатів перфорацій кишок показало, що при перфоративних НЕК основною морфологічною відмінністю є виражений запальний процес перифокальних тканин з залученням у патологічний процес великих площ кишкової стінки, некрозом її шарів і руйнуванням слизової оболонки. Хірургічна тактика відрізнялась у залежності від загального стану новонародженого, рівня перфорації, її виду та розповсюдженості патологічного процесу. Нами були здійснені: накла-

дання роздільної ілеостоми – 4; накладання кінцевої колостоми – 3; накладання підвісної колостоми – 2; накладання роздільної колостоми – 6. Реконструктивні операції проводили через 3 тижні після першої операції у хворих з ентеростомою та через 3 місяців – у хворих з колостомою. Післяопераційна летальність склала 26,66% (померло 4 новонароджених). Основною причиною смерті був тяжкий неонатальний сепсис з поліорганною недостатністю та тяжка супутня патологія.

Висновки. Хірургічна тактика при перфоративних НЕК відрізняється у залежності від загального стану дитини, рівня перфорації та її виду і розповсюдженості патологічного процесу.

Накладання стоми дозволяє подолати перитоніт та швидше відновити ентеральне харчування.

Роздільне стомування як здухвинної так і товстої кишки з послідуєчим гідростатичним тренуванням дистального сегменту дає можливість провести успішну радикальну операцію.

Прогноз лікування дітей із перфоративним НЕК з накладанням стоми є сприятливим.

Особливості клініки та діагностики хвороби крона у дітей

Мельниченко М. Г., Матвійчук Л. П., Антонюк В. В., Квашніна А. А.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса,
КУ «Одеська обласна дитяча клінічна лікарня»

Актуальність проблеми. Серед дитячого населення поширеність хвороби Крона (ХК) у різних країнах значно коливається. Наприклад, у Великобританії становить 10 випадків на 100 тис., а в Німеччині – 20 випадків на 100 тис., у Росії й Україні – 5–10 випадків ХК на 100 тис. дитячого населення. Автори однозначно вказують на тенденцію росту захворюваності ХК у дітей, більшість (75%) становлять підлітки (12–18 років), набагато рідше захворювання зустрічається в дітей до 7 років.

Мета роботи: вивчити особливості перебігу хвороби Крона у дітей.

Матеріал і методи. За період з 2003 по 2017 рр. у клініці дитячої хірургії перебували на лікуванні 5 пацієнтів із ХК, вік дітей коливався в межах 7–17 років. Найчастіше ХК спостерігалася у віці 14–17 років (76%). До звернення в клініку діагноз ХК не був установлений у жодному випадку. Усі хворі госпіталізовані з діагнозом «гострий апендицит». Двоє дітей після обстеження лікувалися із приводу хронічного коліту, дисбактеріозу. 3 дітей прооперовані, виконана апендектомія. Двом хворим під час операції був установлений діагноз «запальна псевдопухлина ілеоцекального кута».

Результати. Клінічні прояви ХК у наших дітей відрізнялися поліморфізмом, що обумовлено загальними віковими особливостями, локалізацією процесу, його довжиною, стадією захворювання та ускладненнями. Провідними симптомами гострої форми ХК були симптоми гострого живота – біль, блювота, порушення стільця. Найчастішими

загальними симптомами при ХК у дітей був дискомфорт у череві, зниження маси тіла, анемія, лихоманка, вторинна аменорея у дівчат та ін. При ілеоцекальній локалізації ураження перші симптоми захворювання проявлялися клінікою «гострого живота» (гострого апендициту, апендикулярного інфільтрату), що й привело до госпіталізації цих хворих у хірургічний стаціонар.

Діагноз ХК у дітей встановлювався на підставі анамнестичних і клінічних даних, результатів спеціальних методів дослідження, що включали ендоскопічне, рентгенологічне, УЗД, КТ, обов'язкове гістологічне дослідження біопсійного матеріалу, а також імунологічні й генетичні маркери. При колоноскопії були наявні запальні зміни слизової (гіперемія, набряк, зернистий вигляд), іригографія виявила дефект наповнення. Лікування ХК у спостережуваних дітей потребувало специфічної терапії під сумісним наглядом гастроентерологів та хірургів.

Вашій увазі представляємо клінічний приклад.

Дівчинка А, 15 років, занедужала, з'явилася біль в правій здухвинній області, підвищилася температура тіла до 38°C, одноразова блювота. Була госпіталізована в Кодимську ЦРЛ, оперована: проксимально від ілеоцекального кута на 15 см виявлений абсцес із гнійним вмістом до 3,0 мл, перфорація тонкої кишки біля брижового краю зі зміненими краями до 0,6 см. Отвір висічений, ушитий, проведена резекція пасми сальника, апендектомія. Виявлена солітарна киста правої труби матки, вилучена. Дистальний відділ тонкої кишки від ілеоцекального кута набряклий,

білісового кольору. Черевна порожнина дренована. На другу добу після операції по дренажу із черевної порожнини з'явився кишковий вміст, стан дитини важкий, погоджено переведення до ООДКЛ. При госпіталізації в обласну дитячу лікарню стан дитини тяжкий, є показання до повторної лапаротомії. Під час операції: петлі тонкої кишки різко набрякли, гіперемовани, інфільтровані на ділянці до 80 см від ілеоцекального кута. На відстані 7,5 см і 13 см від ілеоцекального кута виявлено два перфоративних отворів по 0,3 см, ушиті. Великий сальник інфільтрований, набряклий, гіперемований, виконана тотальна резекція сальника. Гістологія: осередки лімфо–лейкоцитарної інфільтрації, епітеліоїдних гранульомоподібних утворів з наявністю багатоядерних кліток. Лікування: інфузійна детоксикація, антибактеріальна терапія (метрогїл, амїцил, євразидим, левофлокс), церукал, прозерин, квамател; моваліс; специфічна терапія (буденофальк, пента-са, ГКС); метаболічна терапія (актовегін, трентал, ККБ, В₁, В₁₂, В₆, тіатриазолін, та ін.). Специфічну терапію одержува-

ла за схемою протягом 2 років. У цей час досягнута тривала ремісія, специфічне лікування припинене. Дівчинка почуває себе задовільно.

Висновки і заключення. Таким чином, діагноз хвороби Крона у дітей встановлюється по сукупності анамнестичних і клінічних даних, результатів обстеження, що включає ендоскопічний, рентгенологічний, УЗД, КТ і гістологічний методи, визначення імунологічних і генетичних маркерів. Провідними симптомами гострої форми ХК були симптоми гострого живота – біль, блювота, порушення стільця. ХК у дітей проявляється хірургічною патологією, але хірургічне лікування не приводить до повного видужання хворих, тому потребує сумісного нагляду гастроентерологів та хірургів. Усім дітям із тривалим кишковим синдромом в анамнезі повинне проводитися ендоскопічне обстеження травного тракту (ФГДС, РРС, колоноскопія). Рання діагностичною ознакою ХК при колоноскопії в дітей є наявність виразок на тлі незміненої слизової оболонки.

Напрямки хірургічної реабілітації дітей з колоректальними вадами та захворюваннями

Пащенко Ю. В., Пащенко К. Ю., Вівчарук В. П.

Харківський національний медичний університет,
Харківська обласна дитяча клінічна лікарня № 1

Незважаючи на прогресивні впровадження сучасних медичних технологій, проблеми зовнішніх внутрішніх кишкових нориць в дитячій колопроктології залишаються актуальними.

Етапне лікування складних вроджених вад товстої кишки і ректоанальної зони часто вимагає накладення превентивної стоми. Її анатомічні та технічні особливості накладання, тривале існування призводять до розвитку певних ускладнень, що може вимагати зміни термінів та тактики лікування. Крім того, виникнення або рецидив патологічних внутрішніх співустій між прямою кишкою та органами малого тазу значно погіршують стан дитини та його реабілітацію. У літературі, на жаль, відзначається тенденція відображення тільки позитивних результатів лікування дітей. Нам здається, що сучасний етап розвитку дитячої колопроктології більш вимагає висвітлення результатів лікування ускладнень. При цьому дані великих клінік, де накопичується досвід лікування таких випадків, має реальне практичне значення.

Клініка дитячої хірургії Харківського національного медичного університету має значний досвід лікування дітей з колоректальними вадами і захворюваннями. Протягом року до лікарні загалом (первинно або вторинно) госпіталізуються до 370 дітей з колоректальними вадами. Більшість цих дітей потребують тривалого лікування протягом декількох років, спрямованого на покращення якості життя.

В результаті аналізу більш ніж 500 коло– і ентеростом розроблена, на наш погляд, найбільш повна класифікація ускладнень кишкових стом. Вона включає:

– Ранні ускладнення: набряк стоми, кровотечі, нагноєння рани, абсцеси черевної порожнини в зоні накладен-

ня нориці, некроз виведеної кишки (з перитонітом і без нього), ретракція стоми (з перитонітом і без нього), парастомічна евентрація, ексудативна ентеропатія, кишкова непрохідність, перфорація.

– Пізні ускладнення: ретракція нориці, парастомальні нориці, внутрішні нориці в зоні накладення стоми, престомічний ілеїт, престомічний коліт, метаплазія слизової, синдром тривало відключеної кишки.

– Ускладнення загального характеру: сепсис, інфікування сечових шляхів у дітей з норицями у сечовидільну систему, дисбактеріоз, виснаження, синдром короткої кишки.

Впроваджені оригінальні методики оперативної корекції ускладнень включаючи мініінвазивні технології.

При рецидивах внутрішніх комунікацій (після виключення специфічного походження патологічного процесу) використовується авторська методика ізоляції нориці шляхом візуальної демукозації та ушивання останніх з наступною резекцією патологічної ділянки та відновленням прохідності кишкового каналу.

Надійною профілактикою неспроможності кишкових швів є застосування «муфтоподібного» тонко – або товсто кишкового анастомозу за власною методикою та системний захист останнього шляхом електроелімінації протимікробних засобів за допомогою внутрішньо органного діадинамофорезу.

Спираючись на багаторічний досвід клініки, розроблено комплексну програму етапної реабілітації дітей з колоректальними вадами та захворюваннями, що спрямована на відновлення рухливої активності функціонуючих та нефункціонуючих відділів товстої кишки та тренування утримуючих функцій. Покращення наслідків лікуван-