

ного з'єднання пацієнтів операція виконано в плановому порядку; 4 з них (33%) мали норицеві ходи між тонкою та товстою кишкою; 2 дітей з них (13%) були міжплетельні абсцеси. У 5 (33%) пацієнтів операція проведена в період часткової ремісії у зв'язку з наявністю часткової кишкової непрохідності.

Період спостереження – 2 роки. Всім хворим проведена контрольна ендоскопія через 3 та 6 місяців та контроль рівня калового кальпротектину, підвищення якого у 100% випадків корелювало з рецидивом хвороби Крона.

У 14 пацієнтів (93%) досягнуто тривалої ремісії. У 1 (6,7%) хворого прогресування хвороби Крона та вторинний агангліоз товстої кишки, що призвело до динамічної кишкової непрохідності та формування кінцевої ілеостоми.

Висновок/ Хвороба Крона є прогресуючим хронічним захворюванням із рецидивуючим перебігом. Основною метою терапії є досягнення тривалої та стійкої ремісії. Хірургічне втручання є одним із багатьох можливих методів лікування хвороби Крона, що дозволяє усунути ускладнення та в комплексі з консервативною терапією забезпечити стійку та тривалу ремісію.

Хірургічне лікування пілонідальної кісти. Можливі ускладнення, рецидиви. Ретроспектива 10 річного періоду

Кисіль Н. П., Пупченко М. В., Кисіль Д. О., Ярославська С. М.

НДСЛ «Охматдит» МОЗ України, м. Київ

Вступ. Пілонідальна кіста складає 2% від усієї хірургічної патології, знаходиться на 4 місці серед колопроктологічної патології після парапроктиту, анальної тріщини та геморою. Кожна пілонідальна кіста потребує радикального хірургічного лікування. Описані в літературі малоінвазивні методики лікування в переважній більшості не дають бажаного результату для пацієнта та хірурга. Більшість радикальних хірургічних методів характеризується довготривалими строками загоєння рани. Частота рецидивів при радикальних хірургічних методиках по даним відчизняних та зарубіжних дослідженнях складає до 42%, частота ускладнень складає 20 – 40%.

Матеріали та методи. Проведений аналіз лікування пілонідальної кісти у відділенні гнійної хірургії НДСЛ «ОХМАТДИТ» за 10 річний період. В досліджувану групу увійшло 221 хворий які отримали хірургічне лікування. 93 (42,1%) пацієнтам виконували розкриття нагноєної кісти куприка, 128 (42,1%) хворим в «холодний» період проводилось радикальне хірургічне втручання з широким висічення пілонідальної кісти та дрениванням через контрапертуру. Віковий діапазон пацієнтів 13–18 років.

Результати. Ускладнення радикального хірургічного лікування були зафіксовані у 15 (6,8%) випадках у вигляді нагноєння післяопераційної рани, які потребували дов-

готривалої санації, перев'язок, антибактеріальної терапії, 2 (1,6%) у вигляді лігатурної нориці, які потребували хірургічної обробки та перев'язок, 1 (0,8%) ускладнення у вигляді черезсфінктерної періанальної нориці.

Кількість рецидивів склала 6 (4,7%), які потребували повторного радикального хірургічного лікування. 2 (1,6%) рецидиви було прооперовано пацієнтам, які звернулись після лікування з інших медичних закладів. Загальна кількість рецидивів та ускладнень від загальної кількості радикально пролікованих пацієнтів склала 22 (18,2%). Загальна ефективність лікування склала 82,8%.

Висновки. Радикальне хірургічне лікування є важливим та ефективним лікуванням хворих з пілонідальною кістою. Широке висічення пілонідальної кісти в межах здорових тканин з дрениванням через контрапертуру в «холодний» період є достатньо ефективним методом лікування. Представлений метод лікування вкорочує строки післяопераційного періоду та загоєння рани, антибіотикотерапії, використання ліжка, відновлення працездатності пацієнта, значно зменшення кількості рецидивів. За проаналізований 10 річний період визначається відносно нижчий відсоток ускладнень та рецидивів ніж представлений в літературі.

Хвороба Гіршпрунга – хамелеон симптомів

Коноплицький В. С., Лукіянець О. О., Сасюк А. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця, Україна

Актуальність. Хвороба Гіршпрунга (ХГ) є однією з важких вад розвитку кишкової стінки й посідає провідне місце у структурі патології травного тракту у дітей яка характеризується відсутністю гангліїв або не достатньою їх кількістю переважно в дистальних відділах товстої кишки (ТК), що призводить до функціональної обструкції. Достовірні дані щодо частоти ХГ відсутні, однак приблизно вона становить 1 на 5000 новонароджених, а захворювання виявляється в 4 рази частіше у хлопчиків. Питанням діагностики ХГ та лікування присвячені роботи провідних дитячих хірургічних шкіл в усьому світі. Незважаючи на сучасний розвиток дитячої колопроктології, проблема діагностики та лікування ХГ у дітей молодшого віку дотепер залишається актуальною і не розв'язаною повною мірою.

Мета роботи Комплексно враховувати всі можливі особливості променевої діагностики хвороби Гіршпрунга.

Матеріали і методи. В процесі діагностики даної патології, дитину потрібно ретельно готувати до обстеження, із використанням максимальної кількості доступних методів, обов'язково застосовуючи мультидисциплінарний підхід. Для підтвердження важливості даного ствер-

дження наводимо клінічний випадок роботи з хлопчиком Х, що народився в 35 тижнів гестації, якому був встановлений попередній діагноз: некротичний ентероколіт. На момент огляду гострої хірургічної патології не виявлено, незначне здуття живота, випорожнення самостійні. Через один місяць виникла клінічна картина товстокишкової непрохідності.

Результати Первинне рентген контрастне дослідження ТК, яке було проведено без відповідної патології, патології не виявило. Протягом наступного тижня наростала клініка кишкової непрохідності. Після підготовки ТК (очисні гіпертонічні клізми, постановка газовідвідної трубки тощо) виконано повторну іригографію, яка визначила ХГ, що в подальшому було підтвержено інтраопераційно (морфологічно).

Висновки. підхід до пацієнтів з підозрою на хворобу Гіршпрунга має бути комплексним та включати в себе всі доступні методи обстеження після обов'язкової відповідної підготовки. Для верифікації патології обов'язковою є біопсія товстої кишки.

Діагностичні та хірургічні паралелі в лікуванні аноректальних мальформацій у дітей

Кривченя Д. Ю., Притула В. П., Сільченко М. І., Сидоров В. О., Хуссейні С. Ф., Сітковська С. М., Іськов А. П., Петрик С. М., Бабійчук Г. Г., Ребенков С. О., Якименко А. М.

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Аноректальні мальформації (АРМ) – це вроджені вади розвитку аноректальної ділянки (лат. *Malformatio – malus* –поганий, + *formatio* – утворення, формування), які за МКХ – X – класифікуються в рубриках Q42–Q43. За даними статистики частота даної патології – 1:4000 – 5000 новонароджених. У 38–44% випадків АРМ мають супутні вади розвитку. Причини розвитку АРМ до кінця не вивчені. Найбільш вірогідними є теорії генетичних мутацій, тератогенних впливів та поліетиологічна теорія. Порушення бластогенезу в перші 4–8 тижнів з найбільшою вірогідністю є причиною розвитку АРМ. В перші тижні ембріогенезу кінцева кишка відкривається разом із каналом первинної нирки в загальну порожнину – клоаку, яка у каудального кінця закрита перетинкою. При порушенні нормального процесу ембріогенезу виникають різні за складністю вади аноректальної ділянки – при недорозвиненні клоакальної мембрани – атрезія заднього проходу. При недорозвиненні ендодермального зачатку, коли сліпий кінець кишки не доходить до ектодермальної задньопр-

хідної перетинки, яка втягнулася і не відбулося розсмоктування розділяючої їх клоакальної мембрани, розвивається атрезія прямої кишки. У випадку порушення розвитку краніальної частини клоакальної мембрани, формуються різноманітні форми урогенітальних мальформацій – клоака, урогенітальний синус.

Відповідно до загальноприйнятої Крикенбергської класифікації аноректальних вад розвитку (Німеччина, 2005) виділяють наступні клінічні групи: основні (промежинна нориця, ректоуретральна нориця, вестибулярна нориця, клоака, аноректальна мальформація без нориці, анальний стеноз) та рідкісні аномалії (атрезія або стеноз прямої кишки, ректовагінальна нориця, Н-подібна нориця та інші.). Часто дитячі хірурги використовують додаткові терміни для позначення форми АРМ – висока (надлеваторна) та низька (підлеваторна) атрезія.

При сучасному розвитку медицини АРМ можливо діагностувати або запідозрити ще на етапі внутрішньоутробного розвитку плоду за даними УЗД картини, та під-