

твердити за допомогою МРТ плоду. Важливим та першочерговим етапом діагностики постнатально, є огляд неонатолога в родзалі. Від фаховості та досвіду неонатолога та рівня підготовки, залежить своєчасність виявлення промежинних форм аноректальної атрезії, а також атрезій прямої кишки при нормально сформованому анусі, а відтак – і раннього початку хірургічного лікування вади, адже сучасна стратегія хірургічної корекції АРМ прагне завершення до 3–6 місячного віку.

Після виявлення аноректальної мальформації у новонародженого, необхідно визначити клінічний варіант вади, що впливатиме на подальшу діагностику та хірургічну тактику.

Принципово важливим на першому етапі діагностики є розділ пацієнтів на три групи: АРМ з можливістю дефекації в період новонародженості; АРМ, що потребує невідкладного хірургічного втручання на промежині; АРМ що потребує колостомії.

Клінічна діагностика можлива лише в першій групі пацієнтів, тобто при промежинних та вестибулярних норичах. Дві інші групи потребують додаткових методів обстеження.

Матеріали та методи. Ми проаналізували досвід діагностики та хірургічного лікування 256 з АРМ. При діагностиці АРМ в першу чергу виключали поєднані вади розвитку, VATER-асоціацію. Наявність супутніх вад розвитку передбачала окрему програму лікування, з визначенням першочергових хірургічних втручань. Додатковими методами дообстеження були: УЗД органів малого тазу та промежини, рентгенографія поперекового та крижово–куприкового відділу хребта, фістулографія, МРТ органів черевної порожнини і малого тазу. Інвертографія за Вангестіном, яка широко застосовувалась раніше, наразі замінена «cross-table» рентгенографією. Дану рентгенографію виконували не раніше, ніж через 18–24 години після народження.

Результати. Превентивну кишкову стому виконували за принципом роздільної колостомії, для відведення та попередження потрапляння калових мас в дистальні відділи товстої кишки. Надважливим при формуванні превентивної колостоми, є вибір відділу товстої кишки на яку буде накладене стому. Занадто низько накладена колостома не дає можливості для проведення успішного зведення та потребує реколостомії.

Вибір лікувальної тактики на початковому етапі напряму впливає на подальші хірургічні втручання та на резуль-

тат в цілому. Тому особливо важливим є досвід та оснащеність лікувального закладу, глибоке знання анатомії аноректальної ділянки. Виконання хірургічних втручань на промежині, безумовно потребує використання електроміостимулятора для ідентифікації та моніторингу зовнішнього сфінктеру та м'язів леваторів. Основні принципи сучасного хірургічного лікування АРМ розділені на наступні радикальні оперативні втручання: промежинні операції переднім сагітальним доступом; промежинні операції заднім сагітальним доступом (PSARP – posterior sagittal anorectoplasty); черевно–промежинні операції заднім сагітальним доступом; лапароскопічно асистовані зведення.

Дотримувались певних термінів між проведенням оперативних втручань: колостомія в період новонародженості; радикальна анопроктопластика у віці 2–4 місяців (при клоаці 4–8 місяців); закриття колостоми може бути проведено через 1,5–2 місяці після радикальної операції.

Післяопераційне лікування обов'язково включало антибіотикотерапію, знеболення та ретельний догляд за післяопераційною ранюю. Принципово важливим було підсушування рани для профілактики неспроможності післяопераційних швів промежини та неануса. Також, в післяопераційному періоді, важливим та необхідним є встановлення катетера Фолея, який прибирають на 10 післяопераційну добу. Первинне, калібровочне бужування виконували бужами Гегара спершу лікарем, далі навчали батьків. Бужування проводили 2 рази на день, розмір збільшували на 0,5 розміру раз на тиждень. Бужування проводили до вільного проходження вікового бужа. Згідно рекомендацій Міжнародного колоректального центру, Цинциннаті, максимальні вікові розміри бужів: 1–4 міс. – №12, 4–8 міс. – № 13; 8–12 міс. – №14; 1–3 роки – №15; 3–12 років – №16, 12 років і старше – №17.

Задовільними результатами хірургічного лікування вважали щоденне одно або двократне самостійне випорожнення, відсутність каломазання, наявність стійких позивів до дефекації, утримання сечі та адекватне сечовипускання.

Висновки. Результати лікування АРМ напряму залежать від ранньої діагностики, правильно встановленого діагнозу та вибраної хірургічної тактики. Для досягнення доброї якості життя після перенесених хірургічних втручань у пацієнтів з АРМ необхідно ретельний післяопераційний догляд, диспансеризація та реабілітація.

Некротичний ентероколіт у новонароджених дітей

Максакова І. С., Притула В. П., Янчук Д. О., Янчук О. О., Олійник К. В., Самойлова Н. О.

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

Вступ. Некротичний ентероколіт у новонароджених дітей є однією із складних проблем в практиці дитячої хірургії. Труднощі в цієї категорії пацієнтів полягають в діагностиці, диференційованому підході до лікування та значному відсотку незадовільних результатів ліквідації цієї патології.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 227 історій хвороби новонароджених з НЕК, які потребували хірургічного лікування за період 2001 – 2021 роки. Проаналізовано власний матеріал, узагальнені особливості клінічного перебігу, причини виникнення, складності діагностики, локалізація зон ураження при некротичному ентероколіті у новонароджених. На власному матеріалі також проаналізовано: фактори, що призвели до НЕК; визначені покази до хірургічної корекції; схеми до – та післяопераційного лікування; об'єми оперативного втручання в залежності від зон ураження різних відділів шлунково–кишкового тракту. Окремо розглянуте питання щодо тактики лікування передчасно народжених дітей з екстремально низькою масою тіла. Приділена увага тактиці лікування ранніх та пізніх ускладнень, які пов'язані з перебігом НЕК.

Результати. За період 2001–2021 рр., у 93,6% новонароджених абсолютним показом до операції був пневмоперитонеум. Головна причина виникнення перфоративного НЕК: доношені діти – гіпоксія 23%; передчаснонароджені діти – бактеріальна інвазія – 77%. Перебіг НЕК пов'язаний з гіпоксією відрізняється від перебігу викликаного контамінацією бактеріями. Так, НЕК у доношених

новонароджених перебігає гостро за період від декількох годин до 2–3 днів. В той же час у передчаснонароджених – він перебігає повільно, в клінічному перебігу виражені стадії за Bell, при цьому, чим менша вага дитини, тим пізніше реєструються перші клінічні прояви захворювання. Окремо розглядається група дітей зі спонтанними перфораціями, які мають гостру клініку без продромального періоду, перебіг захворювання схожий по швидкості розвитку з НЕК гіпоксичного генезу. Найбільш поширеним ускладненням, до якого призвів НЕК II Б та III А, була кишкова непрохідність. За нашими даними 30 дітей, які в період новонародженості лікувались з приводу НЕК, в віці 1–2 місяці були оперовані за ургентними показами в зв'язку з кишковою непрохідністю, що виникла в наслідок рубцевого стенозу. Хірургічна інтраопераційна тактика залежала від: об'єму ураження; локалізації патологічного процесу; маси тіла пацієнта; терміну встановлення діагнозу.

Якщо зон ураження багато – використовувати економічні резекції, для запобігання розвитку «синдрому короткої кишки».

Висновки. НЕК – це найбільш частий невідкладний стан у новонароджених дітей, який потребує невідкладної операції, до теперішнього часу пов'язаний з високою летальністю, особливо в групі новонароджених з дуже малою масою тіла. Для покращення результатів лікування дітей з НЕК, особливу увагу слід приділити профілактиці його розвитку в тому числі бактеріологічного моніторингу відділень інтенсивної терапії.

Прогнозування та корекція ранніх і віддалених післяопераційних ускладнень при хворобі Гіршпрунга у дітей

Притула В. П., Кривченя Д. Ю., Сільченко М. І., Руденко Є. О., Хуссейні С. Ф., Курташ О. О., Петрик С. М., Бабійчук Г. Г., Міньковська О. В.

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

Вступ. Хвороба Гіршпрунга (ХГ) відноситься до групи важких вроджених вад розвитку товстої кишки, що лікується лише хірургічно. Різні способи радикальної корекції ХГ еволюційно вдосконалювались. Найбільш успішною, фізіологічною та технічно прийнятною вважається методика Soave–Boley.

Мета: оцінити ранні та віддалені результати хірургічного лікування ХГ у дітей.

Матеріали та методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 1187 дітей з різними формами ХГ у віці від народження до 18 років за період від 1980 р. до початку 2020 р. Хірургічну корекцію ХГ за методикою Soave–Boley ручним способом виконано у 597 дітей. У 156 пацієнтів перед цією операцією першим етапом було виведено захисну кишкову стому, а у 441 випадках дане втручання виконане без кишкової стоми.