

## ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ ТА ПРОКТОЛОГІЯ

## Порівняльний аналіз лікування рецидивних пілонідальних кіст у дітей

Боднар О. Б., Рошка А. І., Рандюк Р. Ю., Унгурян А. М., Бочаров А. В.

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету, Чернівці, Україна

**Актуальність.** Пілонідальний синус (ПС) – досить поширене проктологічне захворювання, що зустрічається у 56 випадків на 100 000 населення, переважно у дітей та в осіб молодого віку. Єдиним способом ефективного лікування даного захворювання є оперативний. В даний час поліпшення радикального хірургічного лікування ПС є однією з актуальних проблем дитячої хірургії і, зокрема, колопроктології. Незважаючи на розвиток в останні роки медичних технологій та інструментарію, відсоток рецидивів і серйозних ускладнень після операцій з приводу ПС залишається стабільним, не має тенденції до значущого зниження. Таким чином, проблема результатів оперативного лікування ПС актуальна і вимагає нових підходів та рішень.

**Мета дослідження.** Покращити результати хірургічного лікування пілонідального синусу шляхом порівняльного аналізу різних методів оперативного лікування та впровадження ефективного хірургічного способу, що включає заходи по профілактиці рецидивних захворювань.

**Матеріали і методи.** Було проведений порівняльний аналіз 50 випадків ПС з абсцесом у дітей, віком від 15 до 18 років, з них: 15 дітей були оперовані з приводу рецидиву ПС. Діти були розподілені на дві групи: I – використання традиційного способу – висічення ПС та підшивання країв рани до крижової фасції (n=30); II – висічення ПС та використання шкірно–фасціальної пластики (n=20).

Після виписки, протягом року спостерігали за дітьми обох груп, реєструючи рецидиви. В післяопераційному періоді реєстрували наступні ускладнення: некроз країв рани, кровотечі, гнійно–запальний процес, неспроможність рани.

**Результати дослідження та їх аналіз.** Тривалість операції в обох групах дітей була практично однаковою та становила до 70 хвилин.

У групи шкірно–фасціальної пластики не було зареєстровано жодного рецидиву, незалежно від того, чи це була первинна операція, чи операція з приводу рецидиву, однак у групи I протягом року після року спостереження було зареєстровано 5 рецидивів (16,6%), з яких 3 випадки уже були оперовані з приводу рецидиву, що вказує на ефективність застосування шкірно–фасціальної пластики стосовно цього показника.

Отже, в групі дітей, оперованих класичним способом спостерігали ускладнення післяопераційного періоду більше ніж в половині випадків (51,8%). Тоді, як в II групі ускладнення зареєстрували лише в 1 дитини (5%), що вказує на ефективність застосування шкірно–фасціальної пластики відносно ускладнень.

**Висновки.**

1. Для уникнення рецидивів пілонідального синусу методом вибору є шкірно–фасціальна пластика.
2. Шкірно–фасціальна пластика дозволяє зменшувати відсоток післяопераційних ускладнень до 5%.

## Поліпи товстого кишківника у дітей

Вороняк Д. І., Коломоець І. В., Трембач Л. О., Кравченко Я. М., Герасимчук К. А.

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

**Актуальність.** Поліпи товстого кишківника є однією з найбільш поширених причин кровотеч з нижніх відділів шлунково–кишкового тракту у дітей. Більшість поліпів у дітей є спорадичними і доброякісними.

Поодинокі ювенільні поліпи – найпоширеніший тип поліпів у дітей, що складає більше 90% випадків поліпів, часто є причиною ректальної кровотечі в ранньому дитинстві. Поодинокі поліпи найчастіше локалізуються в лівій частині товстої кишки, але приблизно одна третина

розташована проксимальніше кута селезінки, тому є необхідність проведення повної колоноскопії для виявлення множинних поліпів. Пацієнти з такими поліпами можуть мати більше одного ювенільного поліпа (але не більше 5 поліпів) під час первинної колоноскопії, або згодом під час спостереження.

Зустрічаються також спадково обумовлені поліпозні синдроми у дітей: синдром Пейц–Єгерца, сімейний аденоматозний поліпоз та ювенільний поліпозний синдром.

Ювенільний поліпозний синдром – рідкісний ауто-сомно–домінантний поліпоз з частотою поширення від 1 до 100 000 та 1 до 160 000 дітей та має підвищений ризик малігнізації.

Синдром Пейц–Єгерца є успадкованим синдромом поліпозу, для якого характерні множинні поліпи в будь-якому відділі шлунково–кишкового тракту та слизово–шкірна пігментація. Поліпи також можуть бути також позакишкової локалізації, таких, як жовчний міхур, бронхи, сечовий міхур і сечовід. Він успадковується за ауто-сомно–домінантним типом і викликається мутацією лінії в гені STK11 (LKB1) і зустрічається з частотою в 1 до 200 000 живонароджених дітей.

Сімейний аденоматозний поліпоз – ауто-сомно–домінантне спадкове захворювання, спричинене мутацією в гені APC, локалізованому в хромосомі 5q21. Зустрічається з частотою 3:10000 живонароджених дітей. До 30% випадків мутації виникають спонтанно, без будь-якого сімейного анамнезу. Характеризується розвитком від сотень до тисяч аденом товстої кишки і позакишковими проявами (гепатобластоми печінки, остеоми верхньої та нижньої щелеп, вроджена ретинопатія пігменту епітелію сітківки, карциноми щитоподібної залози та наднирників, аденоми шлунку, ДПК, тонкої кишки тощо). Має високий ризик малігнізації. Не діагностований в дитинстві, в дорослому віці трансформується в колоректальний рак.

Золотим стандартом діагностики, лікування та спостереження при поліпах та поліпозах товстої кишки є колоноскопія.

**Мета.** Аналіз та оцінка досвіду лікування поліпів товстої кишки у дітей.

**Матеріали і методи.** Ретроспективне когортне дослідження 539 пацієнтів, які лікувались в НДСЛ «Охматдит» з січня 1987 по червень 2022 року. Середній вік пацієнтів становив  $6,4 \pm 3,4$  років (від 1 до 18 років). За статтю переважали жінки – 59%. Співвідношення чоловіків до жінок становило 1:1,4.

Домінуючим першим симптомом була кровотеча з нижніх відділів шлунково–кишкового тракту – 94%, у 6% пацієнтів спостерігалось випадіння поліпа під час акту дефекації.

Всім пацієнтам було виконано колоноскопію під наркозом.

**Результати та обговорення.** В НДСЛ «Охматдит» вперше дитячий фіброколоноскоп з'явився у 1987 році, відтоді почали паралельно з жорстким ректороманоскопом використовувати гнучкий фіброколоноскоп для огляду всіх відділів товстої кишки. З появою ендострументів для видалення поліпів діагностичні дослідження почали замінюватись на ендотерапевтичні.

Всього за цей період часу у 299 пацієнтів поліпи були видалені ендоскопічно. У 277 (92,7%) пацієнтів поліпи були поодинокі (до 5 шт). За даними гістологічного дослідження у 252 (91%) випадків поліпи були ювенільні, 25 (9%) – аденоматозні. У 22 (7,3%) пацієнтів траплялися поліпозні синдроми, причому з 1987 по 2018 рік загальна кількість пацієнтів складала 12 (4%), з 2019 року по червень 2022 року – 10 (7,3%). 45,4% (n=10) становили пацієнти з сімейним аденоматозним поліпозом, 31,9% (n=7) – з синдромом Пейц–Єгерца, 22,7% (n=5) – з ювенільним поліпозом. Всім пацієнтам з діагностованим сімейним аденоматозним поліпозом було виконано тотальну колектомію. Пацієнтам з іншими поліпозами поліпи видалялись ендоскопічно етапно.

**Висновки.** Поліпи товстої кишки у дітей часто викликають кровотечі з нижніх відділів шлунково – кишкового тракту. Поодинокі поліпи товстої кишки у дітей зустрічаються переважно у молодшій віковій категорії переважно доброякісні і не мають предракового потенціалу. У випадках множинних поліпів, ювенільних поліпів у підлітків, множинних чи поодиноких аденоматозних поліпів, поліпів шлунку, поліпів тонкої кишки необхідно виключати поліпозні синдроми.

На основі сучасних рекомендацій, залежно від виду поліпозу, рекомендовано ендоскопічне видалення, колектомія та додатковий скринінг на злоякісні новоутворення

## Аномалії розвитку статевої системи у дівчат з аноректальною атрезією

Гаврилова І. В., Бачинська І. В., Притула В. П., Сільченко М. І., Бабійчук Г. Г.,  
Пономаренко М. В., Русин А. Г., Тимошенко Т. І.

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

**Актуальність.** Аномалії розвитку статевих органів у дівчат – найбільш складна патологія, з якою стикаються гінекологи дитячого та підліткового віку. Вроджені вади розвитку жіночих статевих органів складають 4% всіх вроджених аномалій, у дівчат з гінекологічною патологією – 6,5%. У відділенні дитячої та підліткової гінекології НДСЛ «Охматдит» концентруються дівчата з цією патологією з усієї України. Найбільш складними для діагностики

і лікування випадки аномалій у пацієнок з множинними вадами розвитку та аноректальною атрезією завдяки вартібільності патологічних змін.

**Мета роботи.** Покращити діагностику аномалій розвитку статевих органів у дівчат з аноректальною атрезією, що забезпечить своєчасне та адекватне лікування цієї групи пацієнок.

**Матеріали і методи.** Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит» – багатопрофільна лікарня в