

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.

Результати та обговорення. Всі пацієнти залишилися живими. У 15 (2,51%) із 597 дітей в ранньому післяопераційному періоді виникли хірургічні ускладнення: гематома міжфутлярного простору (n=2), абсцес міжфутлярного простору (n=7), неспроможність анастомозу (n=2), злукова непрохідність кишечника (n=3), інвагінація кишечника (n=1). Гематому міжфутлярного простору в обох пацієнтів скореговано консервативно. При абсцесі міжфутлярного простору та неспроможності коло–анального анастомозу необхідне було накладання правобічної захисної кишкової стоми з наступним консервативним лікуванням абсцесу та неспроможності. Закривали кишкову стому через 2–4 місяці за умови повного загоювання даних ускладнень і за відсутності вираженого стенозу анастомозу. Релапаротомія та вісцероліз виконували при злуковій непрохідності кишечника. Інвагінації кишечника була скорегована дезінвагінацією при повторній лапаротомії.

У 14 (2,36%) пацієнтів виникли хірургічні ускладнення у віддаленому періоді: залишковий агангліоз (n=9), стеноз анастомозу (n=4) та колоноптоз. В усіх дітей із залишковим агангліозом виконали сфінктероміектомію. Стеноз коло–анального анастомозу корегували бужуванням у трьох дітей. Повторна операція Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом виконана ще в одного пацієнта для ліквідації стенозу анастомозу. При колоноптозі, який був причиною рецидиву запорів та появи болю в животі виконали релапаротомію з резекцією попереочноободової кишки.

Повторна операція Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом успішно виконана у 26 (4,362%) пацієнтів після первинної корекції ХГ в інших клініках за різними методиками. Причинами повторної корекції ХГ стали: залишковий агангліоз (n=1) після операції Rehbein; залишковий агангліоз (n=2) і наявність «паруса» між куксами прямої та зведеної ободової кишок в місці коло–ректального анастомозу (n=2) після операції Duhamel; залишковий агангліоз (n=2) після класичної операції Soave; залишковий агангліоз (n=10) та стеноз коло–анального анастомозу (n=6) після операції Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом; залишковий агангліоз (n=2) після операції Lynn (сфінк-

тероміектомії); стеноз анастомозу (n=2) після операції ТЕРТ з лапароскопічною асистенцією. Технічні можливості та результати раннього і віддаленого періоду дозволили стверджувати, що методика Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом є операцією вибору при повторній хірургічній корекції ХГ будь-якими іншими способами.

Періодичні епізоди каломазання у віддаленому періоді у 45 (7,53%) дітей ліквідували консервативним лікуванням, яке проводиться у спеціалізованих центрах. Крім того, значну роль в адаптаційному періоді відігравали психологічний стан і настирливість батьків і пацієнтів. Кінцевою метою лікування ХГ була не тільки медична, але і соціальна реабілітація дітей, тобто забезпечення максимально ранньої адаптації їх у суспільстві.

Назагал, маючи досвід лікування ХГ іншими способами відкритої хірургічної корекції – Swenson (n=14), Duhamel (n=29), Rehbein (n=7) та Soave (n=59), операція Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом має значні технічні переваги над іншими. Методика Soave–Voley дозволяє краще контролювати накладання кожного шва і анатомічно з'єднувати краї зведеної ободової та прямої кишок при анастомозуванні. При цьому також зменшується травматизація слизової оболонки прямої кишки, що сприяє високій надійності формування коло–анального анастомозу. Успішність цієї методики підтверджується набагато нижчою кількістю ранніх (2,51%) та пізніх (2,36%) післяопераційних хірургічних ускладнень, в порівнянні з такими після використання інших способів відкритої хірургічної корекції – 17,52% та 16,35% відповідно.

Висновки: Операція Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом в порівнянні з іншими методами є найефективнішим способом радикальної корекції ХГ відкритим способом у дітей при одноетапних або двоетапних втручаннях. За технічними можливостями та результатами раннього і віддаленого періоду методика Soave–Voley з коло–анальним анастомозом ручним способом є операцією вибору як при первинній, так і при повторній хірургічній корекції ХГ будь-якими іншими способами. Методика Soave–Voley передбачає до 2,51% ускладнень в ранньому та до 2,36% ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді.

Результати проведення операції Делорма при випадінні прямої кишки у дітей

Притула В. П., Сільченко М. І., Сітковська С. М., Іськов А. П., Сидоров В. О.,
Петрик С. М., Стецюк О. В.

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

Вступ. Випадання прямої кишки (ВПК) – захворювання, суть якого полягає в тому, що стінки дистального відділу товстої кишки зміщуються і випадають через задній отвір.

Випадання прямої кишки у дітей спостерігається значно частіше, ніж у дорослих. Захворювання спостерігається переважно у віці від 1 до 4 років (понад 90% всіх випадків ВПК у дітей).