



**Ватаманеску Л.І.**  
**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАЙРА У ДІТЕЙ**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Під хворобою Пайра розуміють природжену аномалію, яка виникає в період ембріогенезу внаслідок фіксації селезінкового кута товстої кишки короткою і високо розташованою лівою поперечно-ободово-діафрагмальною зв'язкою, створюючи різкий перегин та формуючи “колодцестволку”.

Метою нашої роботи було покращити результати хірургічного лікування хвороби Пайра у дітей.

В роботі узагальнено досвід хірургічного лікування 24 дітей з хворобою Пайра, що складало 12% від загальної кількості обстежених (200 пацієнтів) за період з 2005 по 2016 роки. Діагностування хвороби проводили шляхом іригоскопії з барієвою сумішшю, при виконанні знімків у вертикальному та горизонтальному положеннях дитини. Показаннями до хірургічного лікування були: прогресування захворювання (збільшення терміну тривалості запорів, посилення больового синдрому) та відсутність ефекту від консервативної терапії на протязі 1 року. Всі діти були з декомпенсованою формою захворювання та у віці після 13 років.

Пацієнти були поділені на дві групи: I (11 дітей) - проведений аналіз хірургічного лікування традиційним способом. Виконували пересічення лівої ободово-діафрагмальної зв'язки, резекцію провисаючої поперечно-ободової кишки з накладанням анастомозу “кінець у кінець”, лінію анастомозу підшивали до задньої поверхні великого чепця на 1,5-2 см від дна шлунку (11 дітей); II (13 дітей) – всі оперативні втручання проведені за використання апарату для електрозварювання тканин у режимі “перекриття” (ЕК-300M1). Виконували серединну лапаротомію, довжиною 5-7 см. Розділяли спайки в ділянці лівого вигину ободової кишки та розсічення лівої діафрагмально-ободової зв'язки. Мобілізували надлишкову провисаючу частину поперечно-ободової кишки та ділянку, що містила сфінктер Пайра-Штрауса (лівий вигин ободової кишки). Виконували резекцію поперечно-ободової кишки з видаленням лівого вигину ободової кишки та відновлення прохідності шляхом накладання трансверзо-десцендо- (а у 3-ох випадках II групи: трансверзо-сигмо-) анастомозу “кінець у кінець” вузловими однорядними інвертованими швами (PDS 40). Сформований лівий вигин ободової кишки фіксували до задньої-бокової черевної стінки у фізіологічному положенні. Ефективність проведеного оперативного втручання оцінювали в строки від 1 до 10 років післяопераційного періоду, згідно наявності чи відсутності клінічних проявів: хронічні запори, біль в животі, метеоризм.

В обох групах основним клінічним проявом хвороби Пайра були хронічні запори, появу яких відмічали у різні вікові періоди: 6 дітей – до 1 року, 11 – від 1 до 3 років, 4 – від 4 до 6 років, 2 – від 7 до 9 років, 1 – після 9 років. Прогресування запорів супроводжувалося збільшенням їх терміну від 3 до 9 діб, частим використанням клізм та проносних засобів. Всі діти неодноразово звертались по допомогу в дитячі хірургічні відділення, 4 пацієнтів раніше були оперовані з приводу гострого апендициту.

Хвороба Пайра супроводжувалася больовим синдромом в 83,34% (20 дітей). Больовий синдром найбільшої інтенсивності спостерігався на “висоті” запору, купувався після дефекації за допомогою очисних клізм, масажу передньої черевної стінки. Наявність метеоризму в 10 дітей (41,67%), була пов'язана з тривалим знаходженням калових мас в товстій кишці, посиленням процесів бродіння та розвитком дисбактеріозу. Недостатність ілеоцекального замикального апарату III ступеня була в 23,08% (3 дітей) II групи та 27,27% (3 дітей) I групи.

У післяопераційному періоді рецидив хронічних запорів у дітей I групи був в 45,45%, в II групі лише у 1 дитини (7,69%). Відновлення болю в животі після операції було у 50% пацієнтів I групи та 9,09% - II групи. В післяопераційному періоді, метеоризм та “неприємні відчуття в животі” виникали у 33,33% I групи та не було в II групі. Високе положення лівого вигину ободової кишки з “утворенням гострого кута”, без трансверзодоліколон, відбувалося в 27,27% I групи та не було в II групі. Недостатність ілеоцекального замикального апарату прогресувала в 100% пацієнтів I групи та зникала в II групі. Слід зазначити, що клінічні прояви захворювання у дітей основної групи були періодичними та легко піддавалися консервативній терапії.

Вищезазначене свідчить про ефективність запропонованого способу хірургічного лікування хвороби Пайра у дітей.

**Власова О.В., Колобакіна Л.В.**

**КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ КРИТЕРІЙ ВЕРИФІКАЦІЇ РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Виявлення системної генералізованої інфекції у новонароджених залишається важливою, але до кінця ще не вирішеною задачею в неонатології, не дивлячись на застосування сучасних перинатальних технологій під час пологів високого ризику, досягнень в сфері підтримки життя новонароджених та швидкого розпізнавання перинатальних факторів ризику інфекцій. Задача «виключи сепсис» все ще залишається основною в неонатології, особливо стосовно хворих, які лікуються у відділенні інтенсивної терапії новонароджених. Водночас, попри значну кількість новонароджених, яким необгрунтовано здійснюється антибіотикотерапія, все ще не є винятком випадки, коли діагноз сепсису виставляється запізно. Це пояснюється тим, що як у