



**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., Колюбакіна Л.В.**

### **КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ВЕРИФІКАЦІЇ РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ**

*Кафедра неонатрії 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 необґрунтовано здійснюється антибіотикотерапія, все ще не є винятком випадки, коли діагноз сепсису виставляється залізно. Це пояснюється тим, що як у



доношених, так і в недоношених дітей клінічні прояви інфекційної патології неспецифічні та не мають чіткої клінічної симптоматики, подібні до симптомів дуже поширених та пов'язаних як з перинатальною гіпоксією, так і іншими станами (респіраторний дистрес-синдром, природжені вади серця, внутрішньочерепний крововилив), які характеризуються системними проявами у своєму клінічному перебігу та часто мімікують генералізовані системні інфекції.

Виходячи з цього метою роботи було вивчення діагностичної цінності клінічно-параклінічних показників у верифікації раннього сепсису у новонароджених за умови наявності в них чинників схильності до розвитку інфекційно-запального процесу.

В умовах пологового будинку проведено комплексне обстеження 100 новонароджених у перші дві доби життя. Критеріями входження виступали: вік перші 1-2 доби життя; безперервність набору пацієнтів; один пологодопоміжний заклад; наявність чинників схильності до ранньої неонатальної інфекції з боку вагітної, новонародженого, з урахуванням специфічних чинників схильності; наявність клінічних проявів органної дисфункції, які могли зумовлюватися як інфекційними, так і неінфекційними причинами. Критеріями виключення у дослідженні були: наявність факторів ризику ранньої неонатальної інфекції, крім недоношеності; здійснення внутрішньоутробної профілактики інфекції, викликаной стрептококом групи В; наявність природжених вад і аномалій розвитку, а також помилки обміну; наявність у сімейному анамнезі клінічно значущих спадкових захворювань, прояви яких можуть нагадувати інфекцію. Усім дітям проведено кількісне визначення вмісту в сироватці крові гостро фазових реактантів інфекційно-запального процесу: С-реактивного білка (СРБ) в сукупності з визначенням рівня протизапальних цитокінів – інтерлейкінів 6 та 8. Отримані результати аналізувалися методами біостатистики за принципами клінічної епідеміології.

Проведений комплекс клінічних досліджень не виявив специфічних і, тим більше, патогномічних проявів інфекційно-запальної патології у першу-другу добу життя. Такі клінічні симптоми та ознаки, які зумовлюють інфекційно-запальний процес та/або стани, що його імітують: феномен «хворої дитини», респіраторні порушення, прояви порушення системи кровообігу, ЦНС та шлунково-кишкового тракту у новонароджених у період гострої адаптації (на першу-початку другої доби життя) спостерігалися майже у 82,0 % випадків.

Проведення параклінічних досліджень з визначенням рівнів прозапальних цитокінів 6 і 8 показало, що середній вміст ІЛ-6 в сироватці крові обстежених дітей становив  $(44,6 \pm 7,7)$  пг/мл, а ІЛ-8 –  $(87,5 \pm 15,3)$  пг/мл. Тобто, в обстежених новонароджених переважали низькі концентрації вказаних інтерлейкінів, які не володіють достатньою самостійною діагностичною цінністю щодо виявлення ранньої неонатальної інфекції. Проведена оцінка діагностичної цінності визначення вмісту С-реактивного білка за умови перевищення його рівня вище 10,0 мг/л у верифікації інфекційно-запальних процесів у новонароджених характеризувалася такими показниками: чутливість - 65 %, специфічність - 79 %, позитивна передбачувана цінність - 66 %, негативна передбачувана цінність - 78 %, позитивний індекс правдоподібності - 3,0 та негативний індекс правдоподібності - 2,3. Слід відмітити, що, за нашими даними, показники діагностичної цінності рівня С-реактивного білка у верифікації інфекційно-запальних процесів у новонароджених були дещо нижчими, ніж це відмічали інші дослідники. При визначенні діагностичної цінності вмісту С-реактивного білка у верифікації інфекційно-запальних процесів серед доношених новонароджених чутливість становила 80 %, специфічність - 96 %, позитивний індекс правдоподібності - 12,8 %, негативний індекс правдоподібності - 4,1. Натомість, у групі недоношених новонароджених ці показники, відповідно, становили: 43, 68, 1,4, 1,2 %. Доведено, що високі показники вмісту С-реактивного білка виявилися специфічними, проте не чутливими маркерами інфекційно-запального процесу та супроводжувалися хибнонегативними результатами в межах 59-79 %.

Проведена оцінка діагностичної цінності низьких результатів гострофазових показників запального процесу у спростуванні неонатальної інфекції супроводжувалася хибнопозитивними результатами у 42-68 % випадків. Жоден із вивчених клінічно-параклінічних показників є недостатньо інформативним та діагностично не значущим у верифікуванні системної бактеріальної інфекції у новонароджених перших двох діб життя.

**Гінгуляк М.Г., Швигар Л.В.**

## **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПОКАЗНИКА ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ВИЯВЛЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Хронічне алергічне запалення дихальних шляхів у хворих на бронхіальну астму часто проявляється наявністю прихованого бронхоспазму і обструкції бронхів після фізичного навантаження.

Було проведено дослідження по оцінці величини показника лабільності бронхів (ПЛБ) у дітей двох груп порівняння, яке дозволило припустити, що цей показник можна використовувати для виявлення (або виключення) бронхіальної астми у дітей з повторними епізодами обструкції бронхів, що являють собою групу ризику по цьому захворюванню. При цьому було встановлено, що для хворих на бронхіальну астму характерні високі показники лабільності бронхів (20 % і більше). Низькі значення ПЛБ у хворих першої групи зустрічалися відносно рідко і вони були більш характерні для дітей, у яких повторні епізоди обструкції бронхів не пов'язані з бронхіальною астмою.