

інфекція сечових шляхів, у 4 – гнійні процеси шкіри та м'яких тканин, у 2 – перенесений кір, та у 2 – переохолодження. В гемограмі при поступленні спостерігали лейкоцитоз (середній показник  $11,5 \pm 1,8$  Г/л), зсув лейкоцитарної формули вліво (середній рівень паличкоядерних нейтрофілів  $13,8\%$ ); підвищена ШОЕ (середній показник  $22,2 \pm 3,5$  мм/год.). Натомість лейкоцитурію виявлено тільки у 4 дітей. За результатами посівів сечі тільки у однієї дитини виділено *E. coli*, в інших випадках росту мікрофлори не було. Середній діаметр абсцесу нирки на час поступлення становив  $38,7 \pm 6,8$  мм. Консервативне лікування було ефективним у 8 дітей, у 10 дітей проведено відкрите хірургічне втручання, а у 4 пацієнтів проведено черезшкірне дренивання абсцесу під контролем ультразвукового дослідження. При бактеріологічному дослідженні гною у 7 випадках виділено культуру *Staphylococcus aureus*, у 2 – *Streptococcus epidermidis*, та у 1 – *E. coli*. Середня тривалість лікування склала  $15,9 \pm 3,3$  днів. Усі хворі одужали, ускладнень не було.

### Обговорення

Проведений аналіз показав, що абсцес нирки однаково часто зустрічається у хлопчиків і дівчаток, частіше у дітей шкільного віку. У обстежених дітей абсцес нирки виникав як при гематогенному, так і висхідному шляху поширення інфекції (*St. aureus*, *Str. epidermidis*, *E. coli*). Інтенсивна стартова антибактеріальна та дезінтоксикаційна терапія майже в третині випадків була ефективною та дозволила уникнути оперативного втручання. Такий результат досягнуто при абсцесах із середнім діаметром  $30,2 \pm 3,5$  мм та абсцесах на інфільтративній стадії. Натомість відкрите та малоінвазивне втручання проводились при неефективності медикаментозного лікування, при сформованих абсцесах із середнім діаметром  $42,0 \pm 3,8$  та  $43,2 \pm 4,6$  мм відповідно. Найтриваліше знаходились на лікуванні діти після проведення пункції та

дренивання гнійника – в середньому  $19,8 \pm 4,2$  днів; тоді як при консервативному веденні та відкритій операції –  $15,8 \pm 3,3$  та  $14,5 \pm 2,9$  ліжкоднів відповідно. У хворих, яким проведено черезшкірне дренивання абсцесу, був кращий косметичний ефект і спостерігали більш сприятливий післяопераційний перебіг, зокрема скоротились терміни післяопераційного знеболення (у половині випадків знеболення хворі не вимагали), більш швидко відновлювалась фізична активність. Віддалені результати лікування були сприятливі в усіх хворих. Функція нирок збережена, рецидивів не спостерігалось.

### Висновки

1. За останнє десятиріччя зростає частота виникнення абсцесів нирок у дітей, що пов'язано із покращенням діагностики.
2. При вчасному початку та адекватній терапії сучасними антибіотиками є можливість обмежитись лише консервативним лікуванням.
3. Серед хірургічних методів лікування кращим за косметичним ефектом та післяопераційним перебігом є малоінвазивне втручання - черезшкірне дренивання абсцесу під контролем ультразвукового дослідження.

### Література

1. Cancelinha C., Santos L., Ferreira C., Gomes C. Renal abscesses in childhood. *BMJ*. 2014; 10: 1-4.
2. Laufer J., Grisaru-Soen G., Portnoy O., Mor Y. Bilateral renal abscesses in a healthy child. *IMAJ*. 2002; 4: 1150-1151.
3. Lee S.H., Jung H.J., Mah S.Y., Chung B.H. Renal abscesses measuring 5 cm or less. *Yonsei Med J*. 2010; 51(4): 569-573.
4. Saito K., Fuchigami T., Hasegawa M., Kawamura Y. Clinical features of acute focal bacterial nephritis in children. *Int J Clin Pediatr*. 2013; 2: 68-73.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.34-007.253-089.86-053.2

## УСКЛАДНЕННЯ КИШКОВИХ СТОМ У ДІТЕЙ

**О.Д. Фофанов, В.О. Фофанов, М.В. Глагович, Р.І. Никифорок**  
Івано-Франківський національний медичний університет

## ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ

**А.Д. Фофанов, В.А. Фофанов, М.В. Глагович, Р.И. Никифорок**  
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

## COMPLICATIONS INTESTINAL STOMAS IN CHILDREN

**O.D. Fofanov, V.A. Fofanov, M.V. Hlahovych, R.I. Nykyforuk**  
Ivano-Frankivsk National Medical University

**Резюме.** У статті наведено аналіз результатів лікування 126 дітей, яким накладалася кишкова стома у зв'язку із вродженою та набутою патологією кишечника і черевної порожнини. У більшості дітей стоми накладали при вродженій патології кишечника (61,9%), у решти 38,1% хворих – при набутій патології. Хворих розділено на 2 групи. У першу групу увійшли 85 хворих, які оперовані у перший період дослідження (2002-2008 рр.), у другу групу – 41 хворий, які оперовані після 2008 року. Післяопераційні ускладнення, пов'язані зі стомою, спостерігали в 11 (12,9%) дітей першої групи, і у 3 хворих дітей другої групи (7,3%). Частота ускладнень, пов'язаних з накладанням стом, корелювала з рівнем їх накладання та характером патології, яка викликала необхідність стомування дітей. У дітей другої групи змінено тактику і техніку накладання кишкових стом, удосконалено догляд за стомами, оптимізовано терміни і способи закриття стом. У дітей першої групи переважали ускладнення, пов'язані з тактикою і технікою накладання стом, у хворих другої групи – ускладнення, пов'язані з основною патологією. Частота ускладнень у дітей другої групи зменшилася.

**Ключові слова:** кишкові стоми, ускладнення, лікування, діти.

**Резюме.** В статье представлен анализ результатов лечения 126 детей, которым накладывали кишечные стомы в связи с врожденной и приобретенной патологией кишечника и брюшной полости. У большинства детей стоми накладывали при врожденной патологии кишечника (61,9%), у остальных 38,1% больных – при приобретенной патологии. Больные разделены на 2 группы. В первую

групу вошли 85 больных, прооперированных в первый период исследования (2002-2008 гг.), во вторую группу – 41 больной, прооперированных после 2008 года. Послеоперационные осложнения, связанные со стомой, наблюдали у 11 (12,9%) детей первой группы и у 3 больных (7,3%) второй группы. Частота осложнений, связанных с наложением стом, коррелировала с уровнем их наложения и характером патологии, вызвавшей необходимость стомирования детей. У детей второй группы мы изменили тактику и технику наложения кишечных стом, усовершенствовали уход за стомами, оптимизировали сроки и способы закрытия стом. У детей первой группы преобладали осложнения, связанные с тактикой и техникой наложения стом, у больных второй группы – осложнения, связанные с основной патологией. Частота осложнений у детей второй группы уменьшилась.

**Ключевые слова:** *кишечные стомы, осложнения, лечение, дети.*

**Abstract.** In the article the results of treatment 126 children who have intestinal stoma, caused by congenital and acquired pathology of the intestines and abdominal cavity, are analyzed. In most children stoma imposed in congenital intestinal pathology (61.9%), the remaining 38.1% of patients - with acquired pathology. Patients were divided into 2 groups. The first group included 85 patients who were operated in the first study period (2002-2008), the second group - 41 patients operated after 2008.

Postoperative complications related to the stoma were observed in 11 (12.9%) children of the first group and in 3 patients (7.3%) of the second group.

The frequency of complications, associated with the imposition of stoma, correlated with the level of overlapping and the nature of the pathology, that caused necessity of stoma. In children of the second group tactics and techniques imposition of intestinal stomach changed, stoma care improved, timing and methods of closure of stomas optimized. In the first group children dominated complications, associated with the tactics and technique of imposition stoma, in patients of the second group - the complications, associated with the primary disease. The frequency of complications in children of the second group decreased.

**Keywords:** *intestinal stoma, complications, treatment, children.*

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** У невідкладній хірургії травного тракту у дітей нерідко виникає необхідність накладання кишкової стоми. В певних ситуаціях стома є єдиним можливим варіантом закінчення хірургічного втручання і дозволяє врятувати життя дитини. Кишкові стоми мають позитивний вплив як на сам кишковий тракт, так і на організм дитини в цілому. В той же час кишкова стома може бути причиною низки післяопераційних ускладнень (білково-енергетична недостатність, некроз стоми, її ретракція, стеноз, евагінація, ерозія шкіри навколо стоми), стає причиною зниження якості життя дитини. В останні роки в дитячій абдомінальній хірургії спостерігається тенденція до звуження показів до накладання стом, що зумовлено широким впровадженням малоінвазивних технологій. Дискутабельними є питання доцільності накладання анастомозу чи кишкової стоми на тлі перитоніту. Терміни і способи закриття кишкових стом також залишаються предметом дискусії та чітко не визначені [1, 2, 3, 4].

**Метою дослідження** було вивчення впливу різних видів стом на перебіг хірургічної патології, визначення частоти ускладнень у стомованих дітей, їх причин та шляхів профілактики.

### Матеріали і методи

Проведено аналіз медичної документації та обстеження 126 дітей віком від 1 доби до 15 років, які були оперовані з приводу вродженої та набутої патології кишечника і черевної порожнини в Івано-Франківській обласній дитячій клінічній лікарні з накладанням різноманітних кишкових стом за останні 12 років. Серед обстежених дітей було 85 хлопчиків і 41 дівчинка (співвідношення 2,1 : 1). Більшість стомованих дітей були оперовані у період новонародженості (72 хворих), 28 – у віці від 1 місяця до 3 років і 26 – старші 3 років. 110 дітей прооперовані в ургентному порядку (87,3%) і 16 дітей – в плановому порядку (стома накладалася як І етап хірургічної корекції норичних форм аноректальної атрезії та гострої форми хвороби Гіршпрунга).

У більшості дітей стоми накладали при вродженій патології кишечника (61,9%), у решті 38,1% хворих – при набутій патології. Патологія, яка послужила причиною накладання стом, була досить різноманітною: некрози і перфорації кишків – 32 дитини, вроджена кишкова непрохідність – 18 хворих, аноректальна атрезія – 29, набута кишкова непрохідність – 17, хвороба Гіршпрунга – 14, розповсюджений перитоніт – 10, неспроможність міжкишкового анастомозу – 6.

У 65,8% хворих були накладені товстокишкові стоми, серед них у 27 дітей – на висхідній, поперечній і низхідній кишках, у 25 – на рівні сліпої кишки і у 31 – на сигмовидній кишці. У 34,2% дітей були тонкокишкові стоми: у 32 хворих – ілеостомі і у 11 – єюностомі. За видом стоми переважали

кінцеві (63 хворих), у 22 дітей була роздільна стома, у 15 – подвійна, у 11 – апендикостома, у 12 – підвісна (присіночна) і у 3 хворих – У-подібний анастомоз.

Оскільки протягом дослідження підхід до накладання та закриття кишкових стом, ведення стомованих хворих змінювався, нами розділено усіх хворих на 2 групи. У першу групу увійшли 85 хворих, які оперовані у перший період дослідження (2002-2008 рр.), у другу групу – 41 хворий, які оперовані після 2008 року. Суттєвих відмінностей за віковим складом та характером патології між групами хворих не було.

### Результати та їх обговорення

Післяопераційні ускладнення, пов'язані зі стомою, спостерігали у 11 (12,9%) дітей першої групи, у них спостерігали 16 ускладнень: стеноз (5 дітей), частковий некроз стоми (3), нагноєння рани (2), виснаження дитини (3), евагінація (2), неспроможність швів і ретракція стоми (1). В другій групі ускладнення, пов'язані зі стомами, були виявлені у 3 хворих (7,3%). Серед них у двох дітей – стеноз, у однієї дитини – евагінація стоми, у двох – виснаження. Серед усіх дітей померло 18 (14,3%), одужали – 108. При цьому летальність у першій групі склала 14,1%, у другій групі – 14,6%.

Найбільш серйозним ускладненням ентеростоми були втрати хімусу, що призводило до ексікозу, білково-енергетичної недостатності, порушень резорбтивної функції кишки і метаболізму та розладів гомеостазу.

Критичний аналіз результатів лікування та ускладнень кишкових стом у дітей першої групи спонукав нас до перегляду показів до накладання стом і тактики лікування стомованих дітей. Беручи до уваги, що накладання стоми, крім усіх вище зазначених проблем, вимагає повторних хірургічних втручань на кишечнику, ми дещо звузили покази до накладання стом. У дітей другої групи відмовились від накладання розвантажувальної стоми при розповсюдженому перитоніті, замість цього проводимо назоінтестинальну або трансанальну інтубацію кишечника. Також зменшили частоту накладання колостом при гострій формі хвороби Гіршпрунга за рахунок більш ранньої радикальної корекції даної патології. В даний час серед усіх видів стом надаємо перевагу кінцевій та роздільній стомі. Звели до мінімуму використання підвісної та подвійної стоми. Відмовились також від використання У-подібного анастомозу при атрезіях голодної кишки через значні втрати хімусу. Замість цього використовуємо розроблений нами адаптуючий анастомоз.

У дітей другої групи, в зв'язку з новим підходом до хірургічної тактики, вдалося уникнути накладання «високих» стом. При норичних формах аноректальних атрезій накладали кінцеву колостому, використовуючи власну малоінвазивну техніку, що дозволило скоротити час операції, по-

кращити післяопераційний перебіг та має добрий косметичний результат.

У дітей другої групи більш ретельно підходили до вибору місця та до техніки накладання стоми. При лікуванні стомованих хворих застосовували сучасні калоприймачі, клеї та предмети догляду за стомою фірми «Coloplast». Змінили підхід і до тактики закриття кишкових стом.

Частота ускладнень, пов'язаних з накладанням стом, корелювала з рівнем їх накладання та характером патології, яка викликала необхідність стомування дітей. Лише одне ускладнення спостерігали у дітей, яким накладали колостоми у плановому порядку (евагінація кишки). Максимальна частота ускладнень спостерігалася при накладанні етеростом, особливо на рівні голодної кишки, при ургентній патології (перитоніт, некроз кишки). Причинами даних ускладнень були як об'єктивні, так і суб'єктивні фактори: перитоніт, що прогресує, ішемічні ураження кишок, неправильно обраний рівень чи вид стоми, технічні погрішності при накладанні стоми. У дітей першої групи переважали ускладнення, пов'язані з тактикою і технікою накладання стом, у хворих другої групи – ускладнення, пов'язані з основною патологією. Частота ускладнень у дітей другої групи зменшилася.

#### Висновки

1. Найбільш часто кишкові стоми накладали при вродженій кишковій непрохідності та некротичному ентероколіті

у новонароджених дітей (57% хворих).

2. Частота ускладнень, пов'язаних з накладанням стом, корелювала з рівнем їх накладання та характером патології, яка викликала необхідність стомування дітей: ускладнення були у 4,8% дітей з колостомами і у 23,3% - з етеростомами, 78,6% усіх ускладнень спостерігали після ургентних операцій у дітей з перитонітом та ішемічними ураженнями кишок.

3. Причинами ускладнень у стомованих дітей були як об'єктивні, так і суб'єктивні фактори: тяжкість та особливості патології, при якій накладали стоми, неправильно обраний рівень чи вид стоми, технічні погрішності при її накладанні.

#### Література

1. Иванов В.В., Аксельров М.А., Аксельров В.М., Чевжик В.П. Роль этеростомы при резекции кишки в условиях перитонита // Детская хирургия. - 2007. - № 4. - С. 21-24.
2. Тиммербулатов М.В. Поздние осложнения кишечных стом и их хирургическая коррекция // Казанский медицинский журнал. - 2012. - № 4. - С. 602-606.
3. Bell C.A., Asolati M., Hamilton E. comparison of complications associated with colostomy reversal versus ileostomy reversal // Am. J. Surg. - 2005. - Vol. 190, N 5. - P. 717-720.
4. Hunt J.P. Stoma complications: a multivariate analysis // Am. J. Surg. - 2002. - Vol. 68 (11). - P. 961-966.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.37-002+576.8.077.3+616-006.327

### ИМУНОЛОГИЧНА ОЦІНКА СТУПЕНЯ ФІБРОЗНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Б.Ф. Шевченко, О.М. Бабій, О.М. Татарчук, В.Є. Кудрявцева, Н.Ю. Ошмянська  
Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпропетровськ

### ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ФИБРОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Б.Ф. Шевченко, А.М. Бабий, О.М. Татарчук, В.Е. Кудрявцева, Н.Ю. Ошмянская  
ДУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», Днепропетровск

### IMMUNOLOGICAL ASSESSMENT OF PANCREAS FIBROUS TRANSFORMATION DEGREE IN CHRONIC PANCREATITIS

B.F. Shevchenko, A.M. Babii, O.M. Tararchuk, V.Ye. Kudriavtseva, N.Yu. Oshmianska  
SI "Institute of gastroenterology of NAMS of Ukraine", Dnipropetrovsk

**Резюме.** Обстежено 35 хворих на хронічний панкреатит (ХП), які були розділені на 4 групи залежно від ступеня фіброзу в підшлунковій залозі (ПЗ), встановленому при морфологічному дослідженні біопатів, згідно з класифікацією M. Stolte (1987): I група (n=6), II – (n=9), III – (n=10), IV – (n=10).

У сироватці крові визначався рівень TNF- $\alpha$  та TGF- $\beta$ 1, розраховувався коефіцієнт співвідношення  $kTNF-\alpha / kTGF-\beta 1$ . Визначені числові інтервали для характеристики ступеня фіброзу в ПЗ при ХП: у пацієнтів з I ступенем фіброзу ПЗ коефіцієнт співвідношення  $kTNF-\alpha / kTGF-\beta 1$  дорівнює  $(10,7 \pm 0,24)$  ум.од. (інтервал > 9,5); при II –  $(8,2 \pm 0,42)$  ум.од. (інтервал від 6,1 до 9,4); при III –  $(5,4 \pm 0,66)$  ум.од. (інтервал від 4,7 до 6,0); при IV –  $(3,7 \pm 0,33)$  ум.од. (інтервал від 4,6 до 2,5).

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, ступінь фіброзу підшлункової залози, імунологічні маркери фіброзу, хірургічне лікування.

**Резюме.** Обследовано 35 больных хроническим панкреатитом (ХП), которые были разделены на 4 группы в зависимости от степени фиброза поджелудочной железы (ПЖ), установленном при морфологическом исследовании биоптатов, согласно классификации M. Stolte (1987): I группа (n=6), II – (n=9), III – (n=10), IV – (n=10). В сыворотке крови определялся уровень TNF- $\alpha$  и TGF- $\beta$ 1, рассчитывался коэффициент соотношения  $kTNF-\alpha / kTGF-\beta 1$ . Определены числовые интервалы для характеристики степени фиброза в ПЖ при ХП: у пациентов с I степенью фиброза ПЗ коэффициент соотношения  $kTNF-\alpha / kTGF-\beta 1$  равен  $(10,7 \pm 0,24)$  у.ед. (интервал > 9,5); при II –  $(8,2 \pm 0,42)$  у.ед. (интервал от 6,1 до 9,4); при III –  $(5,4 \pm 0,66)$  у.ед. (интервал от 4,7 до 6,0); при IV –  $(3,7 \pm 0,33)$  у.ед. (интервал от 4,6 до 2,5).

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, степень фиброза поджелудочной железы, иммунологические маркеры фиброза, хирургическое лечение.