

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СИМПОЗИУМ "ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ" (Чернівці, 23-24 жовтня 2008 р.)

Головною метою науково-практичного симпозиуму, який відбувся на базі Буковинського державного медичного університету, був обмін досвідом щодо діагностики, профілактики та лікування природженої та набуті патології кишечника. Наукова тематика симпозиуму включала такі питання: некротичний ентероколіт у новонароджених, хвороба Гіршспрунга, природжені та набуті захворювання ілеоцекального кута. У роботі форуму взяли участь 167 науковців та дитячих хірургів з багатьох міст України, зокрема, з Києва, Харкова, Одеси, Херсона, Вінниці, Чернівців, Львова, Тернополя, Черкас, Сімферополя.

Найгостріша дискусія виникла при обговоренні доповідей, присвячених некротичному ентероколіту. У повідомленні Т.І.Даньшина та ін. (Київ) зазначено, що в дітей з екстремально низькою масою (менше 1000 г) некротичний ентероколіт розвивається у 35 % випадків, а летальність у новонароджених з масою від 500 г сягає 50 %. Автори пропонують притримуватися класифікації некротичного ентероколіту M. Walsh, R.M.Kliegman (1984).

У доповіді Ю.В.Пашенка та ін. (Харків) наголошується, що специфічних тестів діагностики некротичного ентероколіту не існує. Значимими методами автори вважають: доплерографічне дослідження мезентеріального кровотоку, рентгенобстеження в динаміці, гемограми і тромбоцитограми. Лапароцентез показаний при II ст. некротичного ентероколіту. Вважають, що дренивання черевної порожнини для гострої і підгострої форм некротичного ентероколіту може бути перспективним.

І.Р.Диланян, А.А.Лосєва (Одеса) перед-

перфораційну ділянку кишки при некротичному ентероколіті укріплювали плівками із синтетичного гемостатичного розсмоктувального матеріалу "Серджисел", дренивання черевної порожнини не проводили, оптимальним шовним матеріалом вважають "Викрил-плюс" 5.0. Ними розроблена шкала прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного періоду в новонароджених. Наголошено, що після контрастування кишечника новонароджених триобразом поліпшується евакуація хімусу.

Завідділення хірургії новонароджених Херсонської обласної дитячої лікарні А.В.Чернов підкреслив необхідність раннього лапароцентезу при некротичному ентероколіті. У новонароджених апробована тактика поєднаного застосування лапароцентезу та катетеризації вени.

Головний лікар Чернівецької міської дитячої клінічної лікарні доцент С.М.Сторожук запропонував створювати комплексну комісію для ухвалення тактики лікування новонароджених з некротичним ентероколітом.

На другому секційному засіданні обговорювалися актуальні питання хвороби Гіршспрунга. Д.Ю.Кривченя, В.П.Притула (Київ) поділилися досвідом накладання первинного колоректального механічного анастомозу, визначили показання та протипоказання до операції. Доповідь В.П.Сороки, О.К.Слепова (Київ) присвячена повторним реконструктивним операціям з приводу хвороби Гіршспрунга. Професор О.М.Горбатюк та ін. (Київ) звернули увагу учасників симпозиуму на особливості хірургічної тактики при ультракороткій формі хвороби Гіршспрунга.

Природну цікавість викликали допові-

ді, присвячені природженій і набутій патології ілеоцекального кута, зокрема, клініко-морфологічним змінам даної ділянки. О.П.Джама та ін. (Київ) стверджують, що при некротичному виразковому коліті операцією вибору у дітей може бути тотальна або субтотальна колектомія з попереднім виведенням стоми і подальшим формуванням ілеоректального анастомозу. Дискусія виникла стосовно ефективності сегментарних резекцій тонкої та товстої кишок з попереднім виведенням стоми при хворобі Крона. При хронічному колостазі пропонується виконувати резекцію ободової кишки з найбільшим порушенням її моторно-евакуаторної функції при збереженні регулюючої функції ілеоцекального клапана.

Доповідь Ю.П.Паламарчука та ін. (Вінниця) присвячена корекції вісцераабдомінальної диспропорції за допомогою багатовекторної тракції передньої черевної стінки. Результати запропонованої методики одержали схвальну оцінку, а розроблений апарат для лікування гастрошизису та ом-

фалоцеле зацікавив дитячих хірургів більшості клінік України.

Доцент О.Б.Боднар (Чернівці) виступив з доповіддю про лікування дітей з хірургічною патологією ілеоцекального кута. Широку дискусію викликали методи лікування первинної та вторинної недостатності ілеоцекального замикального апарату. Під час обговорення доповіді професори Д.Ю.Кривченя, Ю.М.Пащенко, В.В.Погорілий і Б.М.Боднар дійшли одностайного погляду, що діти, які повторно поступають у дитячі хірургічні стаціонари з підозрою на гострий апендицит, потребують всебічного обстеження, включаючи іригографію (іригоскопію) з метою виключення хвороби Крона, первинної недостатності ілеоцекального замикального апарату, коліту чи колоптозу.

Отже, тісна співпраця науковців та лікарів практичної охорони здоров'я в рамках симпозіуму дала змогу запропонувати чіткі напрямки щодо хірургічної тактики з приводу гострих гнійно-запальних захворювань та природжених вад кишечника.

**С.В.Шестобуз, С.О.Сокольник,
О.Б.Боднар, В.В.Горячев**