

УДК 616-007.253:611.955]-053.3

**Б.М.Боднар, Є.М.Микитинський<sup>1</sup>, В.С.Білокопитий<sup>1</sup>, А.В.Іринчин<sup>1</sup>, А.М.Унгурян,  
О.В.Беседінська<sup>2</sup>, В.Є.Мажар<sup>2</sup>**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинського державного медичного університету, 1Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня, 2Чернівецьке обласне патологоанатомічне бюро*

## **ПОВНА НОРИЦЯ ПУПКА, УСКЛАДНЕНА ФЛЕГМОНОЗНИМ ОМФАЛІТОМ, У ДИТИНИ 8 МІСЯЦІВ**

**Резюме.** У статті наведений випадок пізньої діагностики повної нориці пупка через атиповий перебіг даного захворювання, ускладненого флегмонозним омфалітом.

**Ключові слова:** повна нориця пупка, омфаліт, незарощення жовткової протоки, дитина.

Гнійно-запальні захворювання (ГЗЗ) у новонароджених становлять серйозну медичну, економічну та соціальну проблему. Їх частота останніми десятиліттями практично не знижується, незважаючи на розширення спектру антибактеріальних препаратів, поліпшення методів виходжування новонароджених і впровадження низки організаційних та лікувально-профілактичних заходів [1]. У доношених новонароджених інфекція посідає друге місце у структурі неонатальної смертності після природжених вад, випередивши за останні п'ять років внутрішньоутробну асфіксію та гіпоксію в пологах. У структурі ГЗЗ у новонароджених дітей 18-25% становлять локальні форми гнійної інфекції (шкіри, підшкірної клітковини, пупкової ранки), яка може стати джерелом генералізації гнійного процесу з летальністю від 30 до 40% [2].

У перші тижні внутрішньоутробного розвитку функціонують дві ембріональні протоки – жовткова і сечова, які входять до складу пупкового канатика. Перша служить для живлення ембріона, сполучаючи кишечник із жовтковим мішком, по другій здійснюється відтік сечі в навколоплодові води. На 3-5 місяцях внутрішньоутробного життя спостерігається зворотний розвиток проток. У разі порушення нормального процесу ембріогенезу облітерація проток може бути неповною або зовсім не настати [3]. При незарощенні тільки кишкового відділу жовткової протоки (дивертикул Меккеля) пупок не змінений, але може бути з'єднаний з дивертикулом фіброзним тяжем. Незарощення жовткової протоки нерідко спостерігається у недоношених дітей, поєднуючись з іншими природженими вадами. Повна природжена пупково-кишкова нориця проявляється у дитини відразу ж або незабаром після відпадання пуповини. Проте трапляється і

пізніший її прояв. Виникнення природженої кишкової нориці в пізніші терміни викликається запальними змінами в дистальному відділі з'єднаної з пупком закритої протоки, подальшою деструкцією і формуванням сполучення з просвітом кишки [4].

У перші дні після народження непрямою ознакою, що вказує на можливу наявність жовткової протоки, є наявність соковитого пуповинного залишку, що повільно муміфікується. Зазвичай із зовнішнього отвору нориці випинається яскраво-червона слизова оболонка у вигляді невеликої, від декількох міліметрів до 1 см в діаметрі, розетки з фестончастими краями [5]. При значних розмірах нориці разом з кишковим вмістом можуть втрачатися білки, електроліти, ферменти. Порушується процес травлення і засвоєння вітаміну В<sub>12</sub>, що спричиняє анемію та сповільнений розвиток дитини. Повна жовткова нориця з широким просвітом протоки може ускладнюватися випаданням і виворотом його стінок, а іноді й евагінацією клубової кишки [6].

*Хлопчик В., 8 місяців, 10.02.12 госпіталізований у відділення дитячої хірургії з центральної районної лікарні зі скаргами матері на підвищення температури тіла до 38,2° С, почервоніння та припухлість у ділянці пупка. Дитина від другої вагітності, другі пологи були фізіологічні, сидничне передлежання. Дитина родилася доношеною (2400 г). Росте і розвивається відповідно до віку. Пупок муміфікувався і відпав на 21-шу добу, але процес супроводжувався неприємним запахом. Алергологічний та спадковий анамнез не обтяжений. Туберкульоз, венеричні захворювання та ВІЛ-інфекція в сім'ї не реєструвалися. У 3-місячному віці дитина лікувалася в хірургічному відділенні Чернівецької міської дитячої лікарні з клінікою флегмонозного омфаліту. Виконано ро-*

зтин та дренування гнояка з призначенням антибактеріальної терапії. Повторно дитина госпіталізована через 5 місяців з такими ж скаргами.

Загальний стан дитини тяжкий. Шкіра бліда, тургор тканин знижений. Частота серцевих скорочень – 130 в 1 хв, частота дихання – 30 в 1 хв, температура тіла – 38,2° С, маса – 6,5 кг. Серцеві тони чисті, ритмічні. У легенях дихання везикулярне. При огляді живота відмічається гіперемія та набряк пупка, різко болючий при пальпації, флюктуація, дитина неспокійна.

Загальний аналіз крові (13.10.12): ер. – 3,6 Г/л; гемоглобін – 118 г/л; КП – 0,97; тромбоцити – 187 тис.; лейкоцити – 12,0 Т/л; еоз. – 0 %, пал. – 4 %; сегм. – 68 %; лімф. – 27%; мон. – 1 %. ШЗЕ – 2 мм/год. Згортання крові: початок – 4', кінець 5'.

Загальний аналіз крові (22.10.12): ер. – 3,9 Г/л; гемоглобін – 126 г/л; КП – 0,95; тромбоцити – 226 тис.; лейкоцити – 5,1 Т/л; еоз. – 4 %, пал. – 2 %; сегм. – 28 %; лімф. – 60 %; мон. – 6 %. ШЗЕ – 6 мм/год. Згортання крові: початок – 3', кінець 4'.

Біохімічний аналіз крові (22.20.12): глюкоза – 4,9 ммоль/л, сечовина – 4,7 ммоль/л, креатинін – 45,7 мкмоль/л, загальний білірубін – 11,0 мкмоль/л, загальний білок – 66,4 г/л.

Проведено розтин і дренування гнояка, призначено антибактеріальну терапію. Після санації вогнища проведено фістулографію. На знімку відмічається заповнення контрастною речовиною петлі тонкої кишки (рисунок), що є ознакою повної норичі пупка як показання до хірургічного втручання після санації гнійного вогнища. Парентеральне харчування та передопераційну підготовку проводили за допомогою інфезолу та глюкозо-сольових розчинів.

23.10.12 під ендотрахеальним наркозом дитині виконана операція: поперечна лапаротомія, клиноподібна резекція тонкої кишки, видалення норичі пупка. Після обробки операційного поля над пупком поперечним розтином виконана лапаротомія. У рану виведено петлі тонкої кишки, проведено її ревізію, виявлено тяж розміром до 4 см довжини та 1 см в діаметрі, що з'єднував пупок та клубову кишку. Виконано клиноподібну резекцію кишки. Норичю виділено до основи пупка, пересічено, основу пупка прошито і занурено



Рис. Фістулографія хлопчика В.  
(пояснення в тексті).

в кисетний шов. Контроль гемостазу – сухо.

Пошарово накладено шви на рану. Асептична пов'язка. Післяопераційний діагноз: Повна пупкова норичя. Незарощення жовткової протоки. Флегмонозний омфаліт.

Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Проводили інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами, парентеральне харчування (інфезол), антибактеріальну терапію (фортум), лактобактерин відповідно до маси та віку дитини. У задовільному стані 31.10.12 хлопчик виписаний.

Отже, наведений клінічний випадок свідчить про те, що флегмонозний омфаліт у дітей пізнього грудного віку не виключає природженої патології пупка (незарощення жовткової та сечової проток), а рецидивні гнійно-запальні захворювання пупка є показаннями для проведення рентгеноконтрастних методів дослідження. Операцією вибору при даній патології варто вважати поперечну лапаротомію та клиноподібну резекцію тонкої кишки.

### Список використаної літератури

1. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит: хирургическое лечение / Каншин Н.Н. – 2-е изд., пер. – М.: Профиль, 2007. – 160 с.
2. Роль энтеростомы при резекции кишки в условиях перитонита у детей / В.В.Иванов [и др.] // Дет. хирургия. – 2007. – № 4. – С. 21-24.
3. Попов Ф.Б. Энтеростомия в неотложной абдоминальной хирургии новорожденных / Ф.Б.Попов, Т.К.Немилова, С.А.Караева // Дет. хирургия. – 2004. – № 5. – С. 20-23.
4. Side-to-end anastomosis in a colostomy for acute malignant large-bowel obstruction side-to-end anastomosis with a colostomy (STEC procedure) / Y.Fukami [et. al.] // Surg. Today. – 2009. – Vol. 39, № 3. – P. 265-268.
5. Williams N.S. Stoma

*reversal: limitations and pitfalls / N.S.Williams // Lancet Oncol. – 2007. – Vol. 8, № 4. – P. 278-279. 6. Health-related quality of life in patients treated for enterocutaneous fistula / R.G.Visschers [et. al.] // Br. J. Surg. – 2008. – Vol. 95, № 10. – P. 1280-1286.*

**ПОЛНЫЙ СВИЩ ПУПКА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫМ ОМФАЛИТОМ, У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ**

**Резюме.** В статье приведен случай поздней диагностики полного свища пупка за счет атипичного течения данного заболевания, осложненного флегмонозным омфалитом.

**Ключевые слова:** полный свищ пупка, омфалит, несращение желточного протока, ребёнок.

**COMPLETE FISTULA OF THE UMBILICUS COMPLICATED BY PHLEGMONOUS OMPHALITIS IN A CHILD AGED 8 MONTHS**

**Abstract.** A case of late diagnostics of complete fistula of the umbilicus at the expense of an atypical course of this particular disease complicated by phlegmonous omphalitis is adduced in the paper.

**Key words:** Umbilical complete fistula, omphalitis, nonunion of vitelline duct, child.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)  
Municipal Children`s Clinical Hospital (Chernivtsi)  
Regional Pathoanatomical Bureau (Chernivtsi)

Надійшла 06.03.2013 р.