



ХІРУРГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

PAEDIATRIC SURGERY 3-4 (52-53)
2016



**Організація хірургічної
допомоги** стор. 13

Зарубіжний досвід стор. 16

Сучасні технології стор. 25

Колопроктологія стор. 58

**Урологія
та гінекологія** стор. 81

До уваги лікарів

**Вперше в Україні!
Запрошуємо на цикл
семінарів «Рациональне
використання
антибіотиків
у сучасному світі».
Графік
проведення** стор. 57

До уваги авторів

**Алгоритм реєстрації
індексу вченого
ORCID** стор. 9

**Оновлені правила
оформлення
статей** стор. 110

ДЕКАСАН®

АНТИСЕПТИК для зовнішнього та внутрішньо- порожнинного застосування



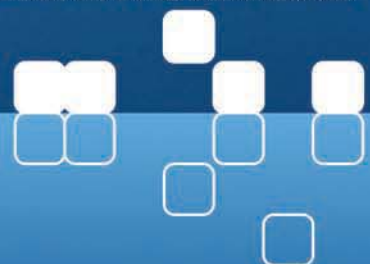
Висока ефективність при лікуванні:

- перитонітів;
- плевритів;
- гнійно-запальних захворювань м'яких тканин та черевної порожнини;
- інфекцій сечостатевої системи;
- бактеріальних та грибкових захворювань шкіри.

Інформація про лікарський препарат ДЕКАСАН®. Загальна характеристика. Хімічна назва: 1,10-Діока метилен-біс (N,N-диметил-ментоксикарбонилметил)-амоній дихлорид; основні фізико-хімічні властивості: безбарвна, прозора рідина; склад: 1мл розчину містить 0,2 мг декаметоксиму, допоміжні речовини: натрію хлорид, вода для ін'єкцій. Форма випуску, Розчин. Фармакотерапевтична група. Антисептичні та дезінфікуючі засоби. Код АТС D08A. Показання до застосування. Лікування гнійничкових бактеріальних і грибкових захворювань шкіри, мікробної екзєми, гнійно-запальних уражень м'яких тканин (абсцеси, карбункули, флегмони, фурункули, гнійні рани, панариції); стоматологічні захворювання (стоматити, виразково-некротичний гінгівіт, дистрофічно-запальна форма пародонтозу I-II ступеня в стадії загострення). Показаний при абсцесі легень, бронхоекстатичній хворобі, кістковій гіпоплазії легень, ускладненні нагноюванням, хронічному бронхіті у фазі загострення, хронічному тонзиліті, ангіні, носійстві стафілококів і дифтерійних паличок, виразковому коліті, парaproктиті. Угінекологічній практиці — для лікування кандидозу слизової оболонки піхви, запальних захворювань геніталій мікробного походження, передпологової саніції родових шляхів, лікування післиродового ендометриту. Тітанина дезінфекція шкіри рук. Медіація на гумових рукавичках під час обстеження хворих, проведення медичних маніпуляцій і манія хірургічних втручань, дезінфекції та передстерилізації медичних інструментів і дізнюючого обладнання з металів, гуми, полімерних матеріалів і скла. Спосіб застосування та дози. При гнійних і грибкових ураженнях шкіри, гнійних ранах розчин застосовують у вигляді промивань і примочок. Для лікування проктиту і виразкової коліти теплий розчин вводять у вигляді клізм по 50-100 мл 2 рази на добу до повного стихання ознак гострого запалення. Нориці при хронічному парaproктиті промивають ДЕКАСАНом щодня впродовж 3-4 днів. Для промивання сечового міхура у дорослих розчин декаметоксиму застосовують після попереднього розведення 1:7 очищеною водою в дозі 500-600 мл (на курс лікування 7-20 промивань). Ураження слизової оболонки порожнини рота лікують шляхом аплікації по 25-50 мл впродовж 10-15 хвилин, або полоскання (100-150 мл). Дистрофічно-запальну форму пародонтозу I-II ступеня у стадії загострення лікують шляхом іригації патологічних карманів всес теплим розчином (50-70 мл) або аплікації на ясна до затухання запальних явищ. Хворим із кандидозним ураженням слизової оболонки рота, виразково-некротичним гінгівітом призначають полоскання порожнини рота (100-150 мл) 4 рази на добу впродовж 5-10 днів. Лікування кандидозу мигдали, хронічного тонзиліту проводять промиванням лунки піднебінних мигдаликів (50-75 мл на промивання). Слизисто-носові стафілококу, дифтерійної палички проводять шляхом полоскання злву, промивання лавжу, зрошування носоглотки, мигдаликів. Лікучи промивають 3-5 разів через день. При абсцесі легень, бронхоекстатичній хворобі, кістковій гіпоплазії легень, ускладненні нагноюванням, хронічному бронхіті у фазі загострення ДЕКАСАН® вводять ендобронхіально: - через мікродражестому по 25-50 мл 1-2 рази на день; - через трансанальний катетер по 5-10 мл 1 раз на день; - методом ультразвукових інгаляцій по 5-10 мл 1-2 рази на день; - за допомогою лаважу трахеобронхіального дерева в об'ємі 100 мл. Тривалість лікування — 2-4 тижні. Для лікування мікробних, грибкових і трихомонадних уражень слизової оболонки піхви ДЕКАСАН® використовують у вигляді спринцювань (50-100 мл підігрітого до 38°С препарату 3 рази на день). У такий же спосіб проводять передпологову санацію родових шляхів одноразово. Лікування післиродового ендометриту здійснюють шляхом промивання теплим препаратом порожнини матки (150-200 мл) 2 рази на добу. Знезараження шкіри рук і гумових рукавичок проводять шляхом нанесення 2-10 мл препарату на заздалегідь вимиту поверхню, рівномірного його розподілу по всій поверхні, яка підлягає дезінфекції, впродовж 5 хвилин. Очищені медичні інструменти, зазубники, трубки і обладнання дезінfectують шляхом занурення у розчин на 30 хвилин. Подібна дія. У поодиноких випадках можлива індивідуальна гіперчутливість до компонентів препарату. У таких осіб можлива поява висипань на шкірі після застосування препарату; при ендобронхіальному введенні відчуття жару за грудниною, яке минає самостійно через 20-30 хв. після закінчення процедури. Протипоказання. Індивідуальна гіперчутливість до компонентів препарату. Умови випуску. Без рецепту. Дані матеріали призначені для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. РП МОЗ України ІПЧА/5364/01/01 від 03.01.12. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями. Розробка макету: ТОВ «Бі-Фарм Медіа». Фото: Shutterstock.com

ЮРІЯ·ФАРМ

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42
www.uf.ua



НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ
ТОВ «ГРУПА КОМПАНІЙ «МЕД ЕКСПЕРТ»

ХІРУРГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

науково-практичний спеціалізований журнал

ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

научно-практический специализированный журнал

ШЕФ-РЕДАКТОР – **Толстанов О.К.**, доктор мед. наук, професор,
проректор з навчально-педагогічної роботи
НМАПО імені П.Л. Шупика

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – **Русак П.С.**, доктор мед. наук,
професор кафедри дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика,
завідувач хірургічним відділенням №1 Житомирської обласної
дитячої клінічної лікарні

СЕКРЕТАРІАТ

Шевчук Д.В. (Житомир, Україна) - відповідальний секретар	Пономаренко О.П. (Київ, Україна)
Горелік В.В. (Київ, Україна)	Рибальченко В.Ф. (Київ, Україна)
Доманський О.Б. (Київ, Україна)	Талько М.О. (Київ, Україна)
Мельниченко М.Г. (Одеса, Україна)	Чаварга М.І. (Ужгород, Україна)
	Чеканов Д.Ю. (Миколаїв, Україна)

НАУКОВІ КОНСУЛЬТАНТИ

Боднар Б.М. (Чернівці, Україна)	Момотов А.О. (Київ, Україна) – координатор групи
Давиденко В.Б. (Харків, Україна)	Ніколаєва Н.Г. (Одеса, Україна)
Кукуруза Ю.П. (Вінниця, Україна)	Сушко В.І. (Дніпро, Україна)
Макаров А.В. (Київ, Україна)	

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Аверін В.І. (Мінськ, Білорусь)	Куценко Я.Б. (Київ, Україна)
Боднар О.Б. (Чернівці, Україна)	Левицький А.Ф. (Київ, Україна)
Вдовиченко Ю.П. (Київ, Україна)	Лопез М. (Сент-Етьєн, Франція)
Веселий С.В. (Лиман, Україна)	Лосев О.О. (Одеса, Україна)
Вороненко Ю.В. (Київ, Україна)	Наконечний А.Й. (Львів, Україна)
Гончар В.В. (Київ, Україна)	Патковський Д. (Вроцлав, Польща)
Горбатюк О.М. (Київ, Україна)	Пашенко Ю.В. (Харків, Україна)
Гудумак Є.М. (Кишинів, Молдова)	Переяслов А.А. (Львів, Україна)
Гук Ю.М. (Київ, Україна)	Петербурзький В.Ф. (Київ, Україна)
Данилов О.А. (Київ, Україна)	Петерсонс А. (Рига, Латвія)
Дігтяр В.А. (Дніпро, Україна)	Погорілий В.В. (Вінниця, Україна)
Дмитряков В.О. (Запоріжжя, Україна)	Притула В.П. (Київ, Україна)
Дубровін О.Г. (Київ, Україна)	Руденко Н.М. (Київ, Україна)
Ємець І.М. (Київ, Україна)	Слепов О.К. (Київ, Україна)
Запорожан С.Й. (Тернопіль, Україна)	Сокур П.П. (Київ, Україна)
Калічінський П. (Варшава, Польща)	Спахі О.В. (Запоріжжя, Україна)
Ковальчук В.І. (Гродно, Білорусь)	Текгюл С. (Анкара, Туреччина)
Козинець Г.П. (Київ, Україна)	Усенко О.Ю. (Київ, Україна)
Коноплицький В.С. (Вінниця, Україна)	Фофанов О.Д. (Івано-Франківськ, Україна)
Капуллер В. (Єрусалим, Ізраїль)	Храпач В.В. (Київ, Україна)
Котенко О.Г. (Київ, Україна)	Чаудерна П. (Гданськ, Польща)
Кравчук Б.О. (Київ, Україна)	Ченг В. (Пекін, Китай)
Кривченя Д.Ю. (Київ, Україна)	Черіан А. (Лондон, Великобританія)
Ксьонз І.В. (Полтава, Україна)	Юркевич Б. (Варшава, Польща)

Видавець ТОВ «Група компаній «Мед Експерт»
Свідоцтво про державну реєстрацію ЗМІ
КВ № 22500-12400ПР від 13.01.2017 р.
Видається з 2003 р.
Періодичність виходу — 4 рази на рік

У виданні можуть публікуватися основні
результати дисертаційних робіт

Затверджено Вченою радою Національної
медичної академії післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика Протокол № 12 від 14.12.2016 р.
Підписано до друку 27.12.2016 р.

Журнал «Хірургія дитячого віку» реферується
Інститутом проблем реєстрації інформації
НАН України

Адреса для листування:
ТОВ «Група компаній Мед Експерт»,
«Хірургія дитячого віку»,
а/с 80, м. Київ-211, Україна, 04211
Тел./факс: +38 044 498-08-80
E-mail: pediatric.surgery.ukraine@gmail.com;
pediatr@med-expert.com.ua
<http://med-expert.com.ua/>

Формат 60x90/8. Папір офсетний.
Ум. друк. арк. 16. Обл.-вид. арк. 13,95.
Загальний наклад 1 000 прим.
Зам. № 27.12/01 від 27.12.2016 р.
Надруковано з готових фотоформ у типографії
«Аврора-принт»,
м. Київ, вул. Причальна, 5, тел. +38 (044) 550-52-44
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:
A00 № 777897 від 06.07.2009 р.

Всі статті рецензовані. Повний або частковий
передрук або тиражування у будь-який спосіб
матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише за письмовим дозволом
редакції. Відповідальність за зміст рекламних
матеріалів несе рекламодавець.
Журнал «Хірургія дитячого віку» включений у
наукометричні, реферативні та пошукові бази
даних: **РІНЦ, Science index (eLIBRARY.RU),
Google Scholar, CrossRef, Джерело.** Статтям
журналу присвоюється DOI.

© Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 2016
© Всеукраїнська асоціація дитячих хірургів, 2016
© ТОВ «Група компаній «Мед Експерт», 2016

Київ 2016

SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION
UKRAINIAN ASSOCIATION PAEDIATRICS SURGERY
GROUP OF COMPANIES MED EXPERT, LLC

PAEDIATRIC SURGERY

Scientific and Practical Journal

SHEAF-EDITOR – Tolstanov O.K., Doctor of Medical Sciences,
Professor, First Deputy Rector, of the Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education

HEAD EDITOR – Rusak P.S., Doctor of Medical Sciences,
Professor of Pediatric Surgery Department Shupyk National Medical
Academy of Postgraduate Education; Head of Department pediatric surgery
of Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital

SECRETARIAT

Shevchuk D.V. (Zhytomyr, Ukraine) -
Executive Secretary
Gorelyk V.V. (Kyiv, Ukraine)
Domanskiy O.B. (Kyiv, Ukraine)
Melnichenko M.G. (Odesa, Ukraine)

Ponomorenko O.P. (Kyiv, Ukraine)
Ribalchenko V.F. (Kyiv, Ukraine)
Tal'ko M.O. (Kyiv, Ukraine)
Chavarga M.I. (Uzhgorod, Ukraine)
Chekanov D.Yu. (Mikolauiv, Ukraine)

SCIENTIFIC ADVISERS

Bodnar B.M. (Chernyvtcy, Ukraine)
Davidenko V.B. (Kharkiv, Ukraine)
Kukuruza Yu.P. (Vinnitca, Ukraine)
Makarov A.V. (Kyiv, Ukraine)

Momotov A.O. (Kyiv, Ukraine) –
coordinator
Nikolaeva N.G. (Odesa, Ukraine)
Sushko B.I. (Dnipro, Ukraine)

EDITORIAL BOARD

Averin B.I. (Minsk, Belarus)
Bodnar O.B. (Chernyvtcy, Ukraine)
Vdovichenko Yu.P. (Kyiv, Ukraine)
Veseliy S.V. (Liman, Ukraine)
Voronenko Yu.V. (Kyiv, Ukraine)
Gonchar V.V. (Kyiv, Ukraine)
Gorbatyuk O.M. (Kyiv, Ukraine)
Gudumak E.M. (Chisinau, Moldova)
Guk Yu.M. (Kyiv, Ukraine)
Danylov O.A. (Kyiv, Ukraine)
Digtyar B.A. (Dnipro, Ukraine)
Dmitryakov V.O. (Zaporizhzhia,
Ukraine)
Dubrovyn O.G. (Kyiv, Ukraine)
Emetc I.M. (Kyiv, Ukraine)
Zaporozhan S.Y. (Ternopil, Ukraine)
Kaliciński P. (Warsaw, Poland)
Kovalchuk B.I. (Grodno, Belarus)
Kozinetc G.P. (Kyiv, Ukraine)
Konoplijskiy B.S. (Vinnitca, Ukraine)
Kapuller V. (Jerusalem, Israel)
Kotenko O.G. (Kyiv, Ukraine)
Kravchuk B.O. (Kyiv, Ukraine)
Krivchenya D.Yu. (Kyiv, Ukraine)
Ksyonz I.V. (Poltava, Ukraine)

Kutcenok Ya.B. (Kyiv, Ukraine)
Levitckiy A.F. (Kyiv, Ukraine)
Lopez M. (Saint-Etienne, France)
Losev O.O. (Odesa, Ukraine)
Nakonechniy A.Y. (Lviv, Ukraine)
Patkowski D. (Wroclaw, Poland)
Paschenko Yu.V. (Kharkiv, Ukraine)
Pereyaslov A.A. (Lviv, Ukraine)
Peterburgskiy V.F. (Kyiv, Ukraine)
Petersons A. (Riga, Latvia)
Pogoriliy V.V. (Vinnitca, Ukraine)
Pritula V.P. (Kyiv, Ukraine)
Rudenko N.M. (Kyiv, Ukraine)
Sliepov O.K. (Kyiv, Ukraine)
Sokur P.P. (Kyiv, Ukraine)
Spahy O.V. (Zaporizhzhia, Ukraine)
Tekgül S. (Ankara, Turkey)
Usenko O.Yu. (Kyiv, Ukraine)
Fofanov O.D. (Ivano-Frankivsk,
Ukraine)
Hrapach V.V. (Kyiv, Ukraine)
Czauderna P. (Gdansk, Poland)
Cheng W. (Beijing, China)
Cherian A. (London, Gray Britain)
Jurkiewicz B. (Warsaw, Poland)

Publisher - Group of companies MedExpert, LLC

Certificate of registration of KB № 22500-12400PIP
of 13.01.2017

Published since 2003 p.
Periodicity - 4 times a year

The very edition can published the main results
of the dissertation works

Recommended by the Shupyk National Medical Acad-
emy of Postgraduate Education, Protocol №12 from
14.12.2016 y.

Signed for publication 27.12.2016 y.
The journal «Paediatrics Surgery» abstracted by the
Institute of Information Recording Problems
of Ukraine

Mailing address:

Group of Companies Med Expert, LLC,
«Paediatrics Surgery»,
p/b 80, Kyiv, 04211, Ukraine,
Tel./fax: +38 044 498-08-80
E-mail: peditric.surgery.ukraine@gmail.com;
pediatr@med-expert.com.ua;
<http://med-expert.com.ua>

Format 60x90/8. Offset paper.
Conventional printed sheet. 13,95.
Total circulation is 1 000 copies.
Ord. №28.12/01 from 28.12.2016
Printed in the «Aurora-print» printing house,
5, Prichalnaya Str., Kyiv, tel. (044) 550-52-44
Certificate A00 № 777897 from 06.07.2009 y.

All articles reviewed. Total or partial copy of materials
published in this publication at any way is available
only by the letter of permission of the journal staff.
Advertiser is responsible for the content of advertising
materials.

Journal «Paediatric Surgery» is included in the
scientometric, abstract and search databases: **RICR**,
Science index (eLIBRARY.RU), **Google Scholar**,
CrossRef, **Djerele**.

© Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, 2016

© Ukrainian Association Paediatric Surgery, 2016

© Group of Companies MedExpert, LLC

Kyiv 2016

Зміст

5 КОЛОНКА ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА ПАМ'ЯТАЄМО

- 7 *Россихин В.В., Бухмин А.В.*
Памяти профессора Ф.А. Клепикова –
организатора первого детского
урологического отделения в Украине
(к 100-летию со дня рождения)

ПОДІЇ

- 10 *Фофанов О.Д., Притула В.П., Русак П.С.*
Науково-практична конференція
«III Прикарпатський хірургічний форум»

ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

- 13 *Андрейцев О.М.*
Інтегроване ведення хірургічних хворих
дитячого віку на первинному рівні надання
медичної допомоги

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

- 16 *Столяр А.В., Аксельров М.А., Сахаров С.П.*
Новый вектор в грыжесечении у детей
- 20 *Сахаров С.П., Аксельров М.А.*
Анализ летальности у детей
с термической травмой

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ

- 25 *Заремба В.Р.*
Метод електрозварювання живих м'яких
тканин у дитячій хірургії
- 34 *Переяслов А.А., Дворакевич А.О.*
Ускладнення хірургічного лікування
пахвинних гриж у дітей із використанням
відкритих і малоінвазійних методів
- 38 *Коваленко О.Н., Смирный С.В., Герман В.Н.,
Мороз В.И., Недавий Г.В., Чеканов Д.Ю.,
Тернавський М.С.*
Возможности применения компрессионной
терапии в консервативном лечении обширных
гемангиом у детей раннего возраста
- 42 *Стахов В.В.*
Критерії діагностики та особливості
лікувальної тактики при інвагінації
кишечника у дітей

Content

5 HEAD EDITOR COLUMN IN MEMORY

- 7 *Rossihin V.V., Buhmin A.V.*
In memory of Professor F.A. Klepikov -
organizer of the first Children Urological
Department in Ukraine (on the occasion
of centenary of the birth)

EVENTS

- 10 *Fofanov O.D., Prytula V.P., Rusak P.S.*
Scientific and practical conference
«III Ciscarpathian Surgical Forum»

THE ORGANIZATION OF SURGICAL CARE

- 13 *Andriytssev O.M.*
Integrated Management of surgical infant
patients at the primary care level

FOREIGN EXPERIENCE

- 16 *Stolyar A.V., Akselrov M.A., Saharov S.P.*
New vector herniotomy children
- 20 *Sacharov S.P., Akselrov M.A.*
Analysis of mortality in children
with thermal injuries

MODERN TECHNOLOGY

- 25 *Zaremba V.R.*
Electric welding of soft lives tissues
in pediatric surgery
- 34 *Pereyaslov A.A., Dvorakevych A.O.*
Complications of the surgical treatment in
children with inguinal hernia with the applying
of the open and mini-invasive methods
- 38 *Kovalenko A.N., Smirniy S.V., German V.N.,
Moroz V.I., Nedavniy G.V., Chekanov D.Yu.,
Ternavskiy M.S.*
Advantages of compression therapy
in the conservative treatment of extensive
complex hemangiomas in children
- 42 *Stakhov V.V.*
Criteria for the diagnosis
and treatment policy features
with intussusception in children

- 51 *Скиба В.В., Рибальченко В.Ф., Іванько О.В., Демиденко Ю.Г., Бадах В.М., Бочаров В.П.*
Хірургічне лікування спайкової непрохідності кишечника у підлітків з використанням струменевого гідроскальпеля

КОЛОПРОКТОЛОГІЯ

- 58 *Момотов А.А.*
Этиопатогенетические механизмы возникновения и развития хронических колостазов у детей
- 62 *Коноплицький В.С., Лукіянець О.О.*
Вплив внутрішньочеревного тиску на перебіг хронічних колостазів у дітей
- 68 *Горбатюк О.М.*
Стомальні ускладнення у дітей
- 74 *Боднар О.Б., Слободян О.М., Ватаманеску Л.І., Хащук В.С., Боднар Г.Б., Бочаров А.В.*
Запори повільного транзиту при доліхосигмі у дітей – можливості хірургічного лікування

УРОЛОГІЯ ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

- 81 *Шевчук Д.В., Білоченко А.М., Шевчук Л.В.*
Оварикоцеле у дитячій хірургічній практиці: сучасний стан проблеми
- 87 *Shevchuk D.V., Bilochenko A.M., Shevchuk L.V.*
Pelvic varices in paediatric surgical practice: current state of the problem

АНАСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ

- 90 *Ткаченко І.С., Чадаєв Ю.М.*
Возможности спинальной анестезии у детей

ПЕДАГОГІКА

- 96 *Толстанов О.К., Данилов О.А., Рибальченко В.Ф.*
Сучасні аспекти підготовки лікарів в інтернатурі за спеціальністю «Дитяча хірургія» в умовах реформування охорони здоров'я

- 98 **ВИНАХОДИ**

- 51 *Skiba V.V., Rybalchenko V.F., Ivanko O.V., Demidenk Yu.G., Badakh V.M., Bocharov V.P.*
Surgical treatment the commissural intestinal obstruction in adolescents with using the jet hydro scalpel

COLOPROCTOLOGY

- 58 *Momotov A.A.*
Etiopathogenic mechanisms of occurrence and development of chronic colostasis in children
- 62 *Konoplytsky V.S., Lukiyanets O.O.*
Influence of intra-abdominal pressure on the flow of chronic colostasis for children
- 68 *Gorbatyuk O.M.*
Stomal complications in children
- 74 *Bodnar O.B., Slobodian O.M., Vatamanesku L.I., Haschuk V.S., Bodnar G.B., Bocharov A.V.*
Slow transit constipation with dolichosigmoid in children – possibilities of surgical treatment

UROLOGY AND GYNECOLOGY

- 81 *Shevchuk D.V., Bilochenko A.M., Shevchuk L.V.*
Pelvic varices in paediatric surgical practice: current state of the problem
- 87 *Шевчук Д.В., Білоченко А.М., Шевчук Л.В.*
Оварикоцеле у дитячій хірургічній практиці: сучасний стан проблеми

ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

- 90 *Tkachenko I.S., Chadaev Y.M.*
Features of spinal anesthesia in children

PEDAGOGY

- 96 *Tolstanov A.K., Danilov AA, Ribalchenko VF*
Modern aspects of training doctors internship specialty – pediatric surgery under the reform of health

- 98 **INVENTION**

вать дистрофические (73,9%) и атрофические изменения (21,7%). Атрофия, как признак тяжелого необратимого, состояния толстой кишки, наблюдалась у детей с тяжелыми формами запоров (2 и 3 группы).

Выводы

1. Анализ данных клинико-анамнестического исследования позволил убедиться в полиэтиологичности хронических колостазов у детей и выявить факторы риска их развития.

2. Оценка половых особенностей течения хронических колостазов у детей выявила превалирование мальчиков над девочками в 1,4 раза (58,7% и 41,3% соответственно), а также более тяжелое, осложненное течение заболевания у мальчиков.

Литература

1. Думова Н.Б. Функциональные заболевания органов пищеварения у детей / Н.Б. Думова // Детская гастроэнтероло-

гия: руководство для врачей / Под ред. Н.П. Шабалова. – М. – 2011. – С. 199–250.

- Захарова И.Н. Российские и международные рекомендации по ведению детей с запорами / И.Н. Захарова, Н.Г. Сутяг, И.К. Москвич // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т.13, № 1. – С. 74–83.
- Функциональные нарушения органов пищеварения у детей / Бельмер С.В., Гасилова Т.В., Хавкин А.И. и др. – М. – 2005. – 36 с.
- Хавкин А.И. Запоры у детей: проблемы и решения / А.И. Хавкин // Вопросы детской диетологии. – 2013. – Т. 11, №2. – С. 48–53.
- Mugie S.M. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review // S.M. Mugie, M.A. Benninga, L.C. Di // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2011. – Vol. 25(1). – P. 3–18.
- Rowan-Legg A. Managing functional constipation in children / A. Rowan-Legg; Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee // Paediatr Child Health. – 2011. – Vol. 16(10). – P. 661–70.
- The care of constipated children in primary care in different countries / Burgers R., Bonanno E., Madarena E. et al. // Acta Paediatr. – 2012. – Vol. 101(6). – P. 677–80.

Етіопатогенетичні механізми виникнення та розвитку хронічних колостазів у дітей

А.А. Момотов

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета – удосконалення методів діагностики хронічних колостазів у дітей на основі комплексної оцінки клінічної картини захворювання.

Пацієнти та методи. Проведений аналіз 150 історій хвороби дітей із запорами у віці від 3-х місяців до 15 років, які знаходилися на лікуванні у ДКЛ №1 міста Києва. Хворі обирались за принципом випадкової вибірки у міру прийому їх у відділення. При прийомі у стаціонар всім хворим проводилось стандартне клініко-анамнестичне обстеження, а також опитування за спеціально розробленою анкетой з метою більш глибокого вивчення проблеми.

Результати. Серед хворих із запорами спостерігалось превалювання хлопчиків перед дівчатками у 1,4 разу (58,7% та 41,3% відповідно); для хлопчиків був характерним більш тяжкий, ускладнений перебіг захворювання. Найбільш вірогідними причинами виникнення хронічних колостазів є перенесені гострі кишкові інфекції та інші захворювання, які супроводжувалися масивною антибіотикотерапією, аноректальними порушеннями, похибками в дієті, несприятливим преморбідним фоном.

Висновки. Аналіз даних клініко-анамнестичного дослідження дозволив переконатися у поліетіологічності хронічних колостазів у дітей та виявити чинники ризику їхнього розвитку.

Ключові слова: хронічний колостаз, діти, клініко-анамнестичне дослідження.

Etiopathogenic mechanisms of occurrence and development of chronic colostasis in children

Momotov A.A.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Objective. To improve the methods of diagnosis of chronic colostasis in children based on a comprehensive evaluation of the clinical picture of the disease.

Patients and methods. The analysis of 150 case histories of children with constipation in the age from 3 months to 15 years who were under the treatment at the Children's Clinical Hospital No1, Kyiv city is conducted. Patients were selected on the basis of a random sample upon the admission to the department. At admission all patients underwent a standard clinical and anamnestic examination, as well as a survey by a specially designed questionnaire with a view to more in-depth study of the problem.

Results. Among patients with constipation was observed prevalence of boys over girls by 1.4 times (58.7% and 41.3%, respectively); for boys was more characterized, complicated course of the disease. The most likely causes of chronic colostasis are transferred acute intestinal infections and other diseases accompanied by massive antibiotic therapy, anorectal disorders, errors in diet and unfavorable premorbid background.

Conclusions. Analysis of clinical and anamnestic data allowed to ensure in polyetiology of chronic colostasis in children and to identify risk factors for their development.

Key words: chronic colostasis, children clinical and anamnestic study.

Відомості про авторів

Момотов Андрій Олександрович – к.мед.н., доц. каф. дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Стаття надійшла до редакції 21.10.2016 р.

В.С. Коноплицький, О.О. Лукіянець

Вплив внутрішньочеревного тиску на перебіг хронічних колостазів у дітей

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.2016.3-4(52-53):62-67; doi 10.15574/PS.2016.52-53.62

Мета – вибір тактики лікування підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) при хронічних колостазах (ХК) у дітей.

Пацієнти і методи. Основну групу склали 25 дітей з ХК віком від 7 до 17 років, які знаходились на лікуванні впродовж 2012–2016 рр.; у 9 пацієнтів була доліхосигма, у 16 – доліхоколон. Хлопчиків було 13, дівчаток – 12. Контрольну групу склали 24 здорові волонтери.

Результати. Хронічні колостазі супроводжуються значним, у 2,2 разу, перевищенням величин ВЧТ та формуванням абдомінальної ішемії. Проведений комплекс консервативних заходів, які були спрямовані на нормалізацію випорожнень, на момент виписки дозволили знизити ВЧТ та покращити показники кровообігу в черевній порожнині за рахунок зменшення компресії судинної стінки.

Висновки. Чим вищий ВЧТ та більше ослаблений організм дитини, тим вища вірогідність розвитку небажаних ускладнень. Доповнення комплексного консервативного лікування ХК у дітей препаратом «Куплатон®», який має виразний ефект піногасіння, сприяє зниженню ВЧТ та нормалізації показників кровотоку в черевній порожнині.

Ключові слова: хронічний колостаз, внутрішньочеревний тиск, діти.

Вступ

Хронічний колостаз (ХК) – одна з актуальних проблем сучасної дитячої хірургії та гастроентерології. Скарги на хронічні запори висувають до 3% дітей, які звертаються до педіатра, та 25% пацієнтів гастроентеролога. Частота ХК у дітей досягає 5–10%. Найчастіше ХК виникають у дітей із вродженими вадами товстої кишки, з яких тільки доліхосигма (ДС) зустрічається у 25–40% хворих дітей [1]. У переважній більшості дітей з ХК спостерігається затримка відходження газів через тривалі періоди затримки випорожнень на тлі зниження перистальтичної активності та бокового метеоризму (динамічного та циркуляторного), яке за певних умов може сприяти підвищенню внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Негативний вплив підвищеного ВЧТ дослідив ще в 1876 р. E. Wendt, вказавши на те, що в його основі лежить порушення кровообігу, гіпоксії та ішемії органів та тканин, які розташовані в обмеженому просторі, сприяючи при цьому виразному зниженню їх функціональної активності [9,12]. У сучасній спеціальній літературі недостатньо висвітлені питання визначення величини ВЧТ та методи його

корекції у дітей із ХК органічного походження, що робить цей розділ наукових досліджень актуальним та практично значущим.

Матеріали даного дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри дитячої хірургії «Удосконалення діагностики, лікування і реабілітації хірургічних захворювань у дітей», № держреєстрації 0105V002712.

Мета дослідження – визначення впливу підвищеного внутрішньочеревного тиску на перебіг хронічних колостазів у дітей.

Матеріал і методи дослідження

Основну групу склали 25 дітей з ХК віком від 7 до 17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова в період з 2012 р. по 2016 рік. Причиною ХК у 9 пацієнтів була ДС, а у 16 – доліхоколон (ДК). Хлопчиків в основній групі було 13, дівчат – 12. Хворі були розподілені відповідно до класифікації ХК за А.І. Ленюшкиним (1999) на три групи: компенсована (10 дітей), субкомпенсована (12 дітей) та некомпенсована (3 дитини) стадії [2]. Контрольну групу склали 24 здорові волонтери

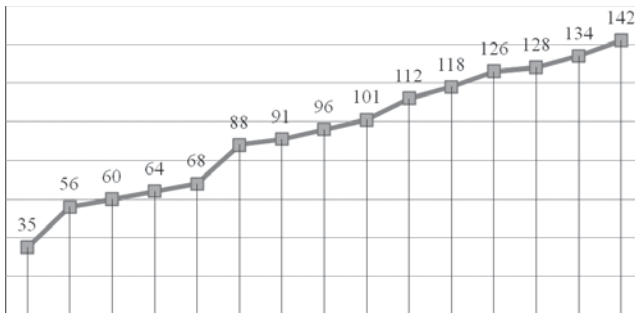


Рис. 1. Частота ХК органічного походження за даними ВОДКЛ

аналогічного віку, у яких в анамнезі протягом усього життя не спостерігались запори. Усі дослідження проведені з урахуванням основних положень Гельсінської декларації з біомедичних досліджень, в яких людина виступає їх об'єктом, що передбачало дотримання концепції інформованої згоди, урахування переваг користі над ризиком шкоди, принципу конфіденційності та поваги до особистості дитини як особи, що нездатна до самозахисту, та інших етичних принципів стосовно дітей, які виступають об'єктом дослідження. Обстеження хворих проводили після попередньої письмової згоди батьків та за умови, що вказані дослідження не викликали ризику погіршення стану хворих. Усім хворим при госпіталізації у дитячий стаціонар, згідно з протоколом лікування, виконували загальноприйнятні лабораторні та біохімічні дослідження: загальні аналізи крові та сечі, аналіз крові на цукор, групу крові та резус-фактор, загальний білок та білкові фракції, електроліти крові. З урахуванням специфіки патології у комплекс діагностичних досліджень включали: аналіз калу на дисбіоз, копрограму, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і заочеревинного простору з доплерографією, контрастне рентгенологічне обстеження товстої кишки (ТК) (ретро- та антеградне), ендоскопічне дослідження ТК, дослідження показників ендотоксикозу. Оцінку порушень кровообігу в басейні верхньої брижової артерії (ВБА), як одного з провідних чинників ішемії кишкової стінки, виконували на УЗ-апараті PHILIPS HD 11XE (США) у режимі кольорового доплерівського картування з частотою конвексного датчика 4,0 МГц у режимі реального часу. УЗД басейну ВБА проводили на висоті больового синдрому та після його стійкого усунення, безпосередньо перед випискою пацієнта зі стаціонару. За даними імпульсно-хвильової доплерометрії у 26 пацієнтів з ХК визначали на висоті больового синдрому: V_{ps} – пікову систолічну швидкість кровотоку; V_{ed} – кінцеву діастолічну швидкість кровотоку; IR – індекс резистентності. Вимір ВЧТ виконували за методом І. Крон та співавт. (1984), який полягав у наступному: катетер Фолея вводили в порожнину се-

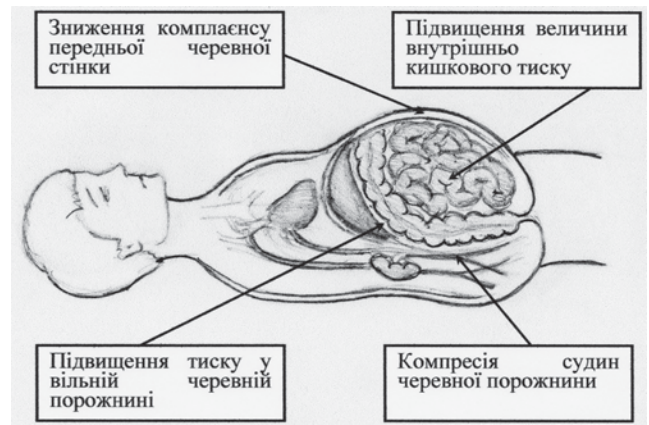


Рис. 2. Фактори розвитку внутрішньочеревної гіпертензії при ХК

чового міхура, до якого під'єднували рухомий градуїований (шаг виміру 1 мм) прозорий скляний капіляр. Перед з'єднанням катетера та капіляра в порожнину сечового міхура вводили фізіологічний розчин. Показник ВЧТ визначали наприкінці видиху, а за нульову точку приймали рівень середньої пахвової лінії, на якому встановлювали нульову точку капіляра [8].

Критерії включення пацієнтів у дослідження:

1. Хворі, які висували скарги на порушення дефекації у вигляді сильних напружень, відчуття неповного випорожнення, за наявності щільного або у вигляді грудок калу.
2. Тривалість закрепи не менше трьох діб поспіль.
3. Необхідність ручної допомоги або клізми для евакуації кишкового вмісту.
4. Тривалість захворювання впродовж не менше трьох місяців.

Критерії виключення пацієнтів із дослідження:

1. Хворі з поліпами та випадінням прямої кишки.
2. Пацієнти із запальними захворюваннями товстої кишки.
3. Хворі, які були раніше оперовані з приводу хвороби Гіршпрунга.

Результати дослідження та їх обговорення

Увесь вміст черевної порожнини можливо розглядати у вигляді простору, що відносно не стискається та підпорядковується відповідним законам гідростатики, згідно з яким збільшення тиску в обмеженому просторі спричиняє рівномірну дію в усіх напрямках, найбільш суттєвим з яких є тиск на задню черевну стінку, тобто на аорту та нижню порожнисту вену. Крім того, сумарна величина ВЧТ залежить від стану м'язів черевного пресу, стану тонкої та товстої кишки, особливо через переповнення останньої щільним вмістом та за рахунок надмірного газоутворення [3]. За порушення співвідношення між газоутворенням і їх абсорбці-

Колопроктологія

Таблиця 1

Показники внутрішньочеревного тиску у дітей із хронічними колостазами

Показник ВЧТ, мм вод. ст.	Група дослідження Контрольна група (n=24)	Основна група (n=25)			
		на момент госпіталізації	p	на момент виписки	p*
	3,34±0,83	7,41±0,38	<0,05	3,28±0,17	<0,05

Примітка: *p – достовірність різниці показників порівняно з контрольною групою.

Таблиця 2

Показники кровотоку в басейні ВБА у дітей із хронічними колостазами

Показник кровотоку	Група дослідження Контрольна група (n=14)	Основна група (n=12)			
		на момент госпіталізації	p*	на момент виписки	p*
Vps (см/с)	54,7±1,5	81,1±1,7	<0,05	61,2±1,6	<0,05
Ved (см/с)	12,9±0,6	21,2±0,8	<0,05	15,2±0,07	<0,05
IR	0,69±0,05	0,88±0,03	<0,05	0,78±0,04	>0,05

Примітка: *p – достовірність різниці показників порівняно з контрольною групою.

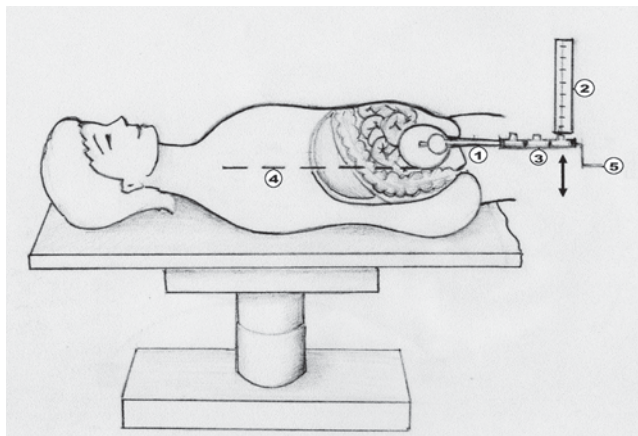


Рис. 3. Схема трансуретрального методу вимірювання ВЧТ: 1 - катетер Фолея; 2 – рухомий капіляр; 3 - триходовий клапан; 4 – рівень середньої пахвової лінії; 5 – дренажна трубка

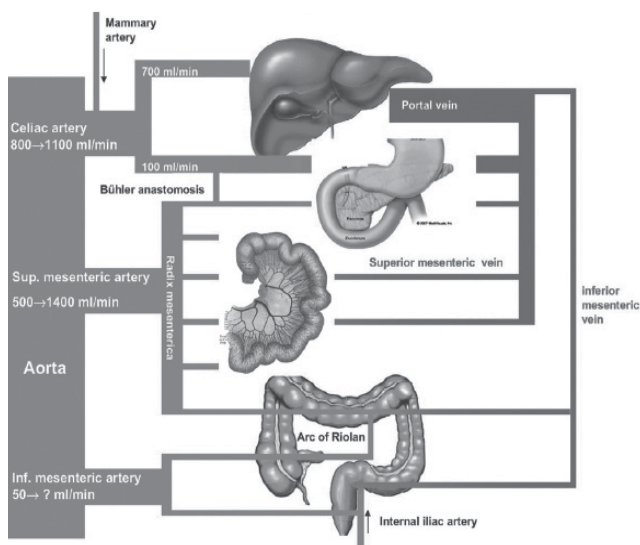


Рис. 4. Схема вісцерального кровопостачання за P.V.Mensink et al. (Gut doi: 10.1136/gut.2009.199695)

єю та евакуацією виникають умови для надмірного накопичення газів у порожнині кишки у вигляді газової піни, яка вкриває тонким шаром поверхню слизової оболонки товстої кишки, при цьому утруднюючи пристінкове травлення, знижуючи активність ферментів та порушуючи засвоєння харчових речовин та резорбцію газів.

Проведені дослідження були продиктовані фактом щорічного зростання останнім часом кількості дітей із ХК за даними ВОДКЛ (рис. 1).

Усі діти основної групи отримували консервативне лікування ХК за існуючою в клініці схемою, яка передбачала періодичне, 3–4 рази на рік, проведення курсів фізіотерапевтичної стимулюючої терапії та медикаментозного лікування. З метою піногасіння в програму медикаментозного лікування вводили кремнійорганічну сполуку диметикон. Препаратом вибору нами був обраний «Куплатон®», який належить до поверхнево активних речовин, що зменшують поверхневий натяг пухирців газу в хімісі та слизу кишкового просвіту, що призводить до їх руйнування (так званий процес коалесценції – злиття газових пухирців та руйнування піни, внаслідок чого вільний газ отримує

Таблиця 3

Характеристика болювого синдрому у дітей з хронічним колостазом

Характер болю	Кількість спостережень	
	абс.	%
Постійний ниючий біль	4	16,0%
Спастичний (ішемічний) біль	14	56,0%
Переймоподібний біль	7	28,0%
Усього	25	100

Таблиця 4

Показники ендотоксикозу у дітей із хронічними колостазами

Показник ендотоксикозу	Група дослідження Контрольна група (n=24)	Основна група (n=25)			
		на момент госпіталізації	p*	на момент виписки	p*
ЛПІ (у. о.)	0,6±0,07	1,1±0,03	<0,01	0,9±0,08	<0,05
ГПІ (у. о.)	0,52±0,04	0,92±0,01	<0,01	0,63±0,02	<0,05
МСМ (од. екстинції)	0,205±0,002	0,286±0,009	<0,01	0,228±0,04	<0,01

Примітка: p – достовірність різниці показників порівняно з контрольною групою.

можливість всмоктуватись через слизову оболонку кишки або евакуюватися разом з кишковим вмістом). Завдяки виразному ефекту піногасіння Куплатон® зменшує обсяг кишкового газу, що сприяє зниженню величини внутрішньокишкового тиску як чинника ВЧТ (рис. 2). Препарат призначався в дозі 4–5 крапель 4 рази на добу протягом 10–14 днів.

Внутрішньочеревний тиск можна виміряти в будь-якому відділі живота – безпосередньо в його порожнині, матці, нижній порожнистій вені, шлунку, прямій кишці або сечовому міхурі. Трансуретральний метод вимірювання вважають «золотим стандартом» визначення ВЧТ, який поєднує простоту, дешевизну та доволі високу точність. Даний метод вимірювання ВЧТ передбачає той факт, що стін-

ка сечового міхура еластична та нагадує пасивну мембрану, завдяки чому точно передає тиск у черевній порожнині. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо вивчення синдрому інтраабдомінальної гіпертензії (WSACS), у сечовий міхур вводили до 25,0 мл теплового стерильного фізіологічного розчину, а за нульову відмітку шкали виміру скляного капіляра приймали рівень середньої пахвової лінії (рис. 3) [4,10].

Отримані в процесі дослідження показники ВЧТ обох груп дітей наведені в таблиці 1.

Згідно із сучасними рекомендаціями, внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ) I ст. діагностується при досягненні рівня ВЧТ 10–14 мм вод. ст. [3,8]. Однак середні величини ВЧТ у дітей основної гру-

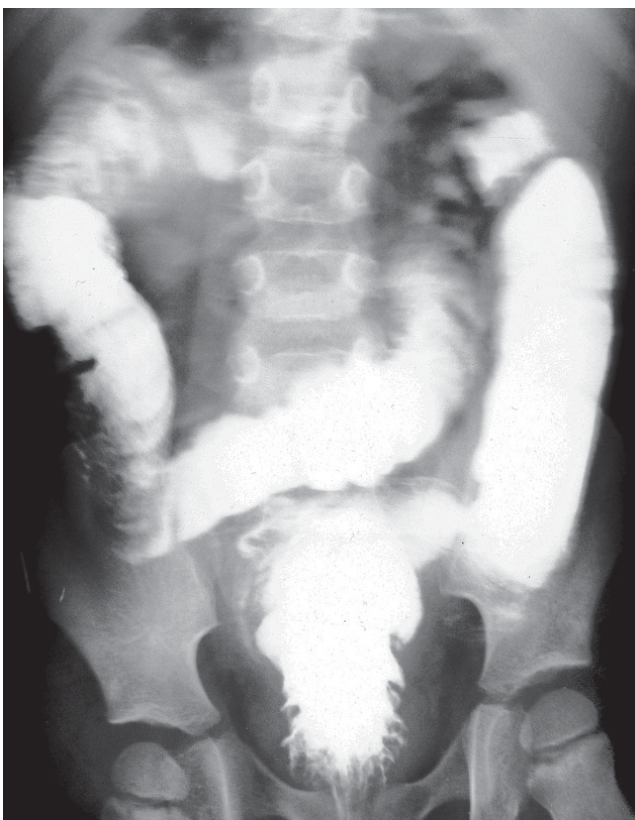


Рис. 5. Хворий І., 3 роки, МКСХ № 577 Доліхосігма. Спазм сфінктера О'Берна–Пирогова–Мут'є



Рис. 6. Хворий Г., 1,5 року, МКСХ № 13745. Мегадоліхосігма. Спазм сфінктера Михайлова

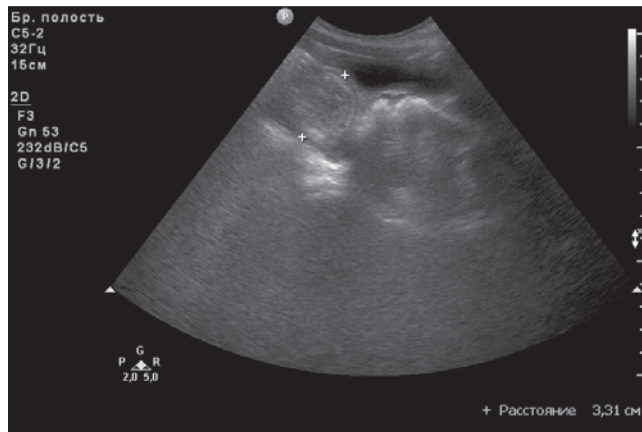


Рис. 7. Хворий І., 3 роки, МКСХ№ 577. Доліхосігма. Спазм сфінктера О'Берна–Пирогова– Мутьє. Сонограма пи не досягали порогу ВЧТ, але значно перевищували середній рівень у контрольній групі. На наш погляд, цей факт свідчить на користь того, що ХК супроводжується значним, у 2,2 разу, перевищенням величин ВЧТ. Якщо врахувати той факт, що в нормі ВЧТ незначно перевищує нульовий рівень, то його підвищення при ХК до визначених нами цифр не може не супроводжуватись патологічними змінами з боку різних органів та систем. Важливо, що після лікування, основним завданням якого було зменшення величини ВЧТ, його показник мав чітку тенденцію до нормалізації.

У нормі величина внутрішньосудинного тиску в мезентеріальних судинах, за даними Р.В. Mensink та співавт. (2009), у нижній брижовій артерії значно нижча, ніж у верхній брижовій артерії, тому умови розвитку ішемізації кишкової стінки дистальних відділів травного каналу мають тенденцію до більш швидкої своєї реалізації (рис. 4).

Враховуючи той факт, що підвищення ВЧТ сповільнює кровотік по нижній порожнистій вені та зменшує венозний зворот, зниження органного кровотоку не пропорційне зменшенню серцевого викиду та розвивається раніше [7]. Дослідження з'ясували, що кровообіг у черевній порожнині починає безпосередньо залежати від різниці між середнім артеріальним та ВЧТ, так званого «перфузійного тиску черевної порожнини», величина якого визначає ішемію внутрішніх органів, яка, в свою чергу, найбільш яскраво проявляється з боку кишкової стінки. Таким чином, виникає хибне коло – зниження мезентеріального кровотоку в умовах дихального ацидозу викликає та поглиблює ішемію кишкової стінки, на тлі якої знижується її перистальтична активність та тонус сфінктерів [11]. При цьому ацидоз та набряк слизової оболонки кишки при підвищеному ВЧТ виникає значно раніше, ніж клінічно проявляються чинники синдрому абдомінальної компресії [5,6].

Враховуючи такий патогенез формування абдомінальної ішемії, нами проведено вивчення показників кровотоку в басейні ВБА у пацієнтів основної групи на етапах лікування. Під час дослідження показників кровотоку в басейні ВБА у пацієнтів з ХК нами визначені суттєві порушення кровообігу в черевній порожнині (табл. 2).

Проведений комплекс консервативних заходів, які були спрямовані на нормалізацію випорожнень, на момент виписки дозволили констатувати значне покращання кровообігу в черевній порожнині за рахунок зменшення компресії судинної стінки.

Аналізуючи характер болю у пацієнтів із ХК, нами з'ясовано, що у понад половини клінічних спостережень він мав спастичне забарвлення, яке усувалось призначенням неселективного спазмолітика (Ношпа 4 рази на день №3) та антифлотуенту (Куплатон №10) (табл. 3).

У деяких випадках вісцеральний біль ішемічного походження формувался за рахунок стійкого спазму функціонально активних ділянок травного каналу, в проекціях її фізіологічних сфінктерів, особливо при спазмі сфінктерів Михайлова та О'Берна–Пирогова–Мутьє (рис. 5, 6, 7).

Розвиток будь-якої системної недостатності при ХК у зростаючому організмі негативно відбивається на загальному гомеостазі організму. Це в повній мірі стосується підвищення показників ендотоксикозу у дітей зі сформованими ХК, що було підтверджено проведеними нами дослідженнями (табл. 4). На момент госпіталізації у дітей із ХК спостерігались збільшені величини всіх показників ендотоксикозу. Так, величини ЛПІ та ГП майже в 1,8 разу перевищували нормальні показники, а рівень МСМ був більшим за норму у 1,4 разу. У результаті проведеного комплексного лікування хронічних запорів на час виписки усі показники ендотоксикозу мали виразну тенденцію до нормалізації.

Отже, зниження величини ВЧТ, яке позитивно впливає на відновлення кишкового транзиту, сприяє дезінтоксикації організму при ХК.

Висновки

1. Чим вищі показники ВЧТ у дітей з ХК та чим більше ослаблений організм дитини, тим вища вірогідність розвитку небажаних ускладнень перебігу захворювання.

2. Доповнення комплексного консервативного лікування ХК у дітей препаратом «Куплатон®», який має виразний ефект піногасіння, сприяє зниженню величини ВЧТ та нормалізації показників кровотоку в черевній порожнині.

Література

1. Акилов Х. А. Диагностика и лечение хронического колостазы при долихосигме у детей / Х. А. Акилов, Ф. Х. Саидов, Н. А. Ходжимухамедова // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94, № 6. – С. 831–838.
2. Лёнюшкин А. И. Хирургическая колопроктология детского возраста / А. И. Лёнюшкин. – Москва: Медицина, 1999. – 368 с.
3. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Научный обзор / Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, О. В. Игнатенко [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 5. – С. 5–15.
4. Фофанов О. Д. Диагностика та корекція внутрішньочеревної гіпертензії у дітей раннього віку з хірургічною патологією черевної порожнини (методичні рекомендації) / О. Д. Фофанов, О. К. Слепов, В. В. Погорілий. – Київ, 2013. – 22 с.
5. Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension / M. L. Cheatham, M. W. White, S. G. Sagraves [et al.] // J. Trauma. – 2000. – № 4. – P. 621–626.
6. Advers consequences of increased intra-abdominal pressure on bowel tissue oxygen / F. Bongard, N. Pianin, R. Dubecz [et al.] // J. Trauma. – 1995. – № 3. – P. 519–525.
7. Hunterl J. D. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome / J. D. Hunterl, Z. Damani // Anaesthesia. – 2004. – Vol. 59. – P. 899–907.
8. Kron J. L. The measurement of intraabdominal pressure as a criterion for abdominal reexploration / J. L. Kron, P. K. Harman, S. P. Nolan // Ann. Surg. – 1984. – № 1. – P. 28–30.
9. Malbrain M. L. Abdominal pressure in the critically ill / M. L. Malbrain // Curr. Opin. Crit. Care. – 2000. – Vol. 6. – P. 17–29.
10. Malbrain M. L. Abdominal pressure in the critically ill: Measurement and clinical relevance / M. L. Malbrain // Intens. Care Med. – 1999. – Vol. 25. – P. 1453–1458.
11. Wachsberg R. H. Narrowing of the upper abdominal inferior vena cava in patients with elevated intraabdominal pressure / R. H. Wachsberg, L. L. Sebastiano, C. D. Levine // Abdom. Imaging. – 1988. – № 1. – P. 99–102.
12. Wendt E. Über den einfluss des intraabdominalen druckes auf die absonderungsgeschwindigkeit des harness / E. Wendt // Arch. Physiologische Heikunde. – 1876. – Vol. 57. – P. 525–527.

Влияние внутрибрюшного давления на течение хронических колостазов у детей

В.С. Коноплицкий, О.О. Лукиянец

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Украина

Цель – выбор тактики лечения повышенного внутрибрюшного давления (ВБД) при хронических колостазах (ХК) у детей.

Пациенты и методы. Основную группу составили 25 детей с ХК в возрасте от 7 до 17 лет, лечившиеся в течение 2012–2016 гг.; у 9 пациентов диагностирована долихосигма, у 16 – долихоколон. Мальчиков было 13, девочек – 12. Контрольную группу составили 24 здоровые волонтера.

Результаты. Хронические колостазы сопровождаются значительным, в 2,2 раза, превышением величин ВБД и формированием абдоминальной ишемии. Проведенный комплекс консервативных мероприятий, направленных на нормализацию испражнений, на момент выписки позволил уменьшить ВБД и улучшить показатели кровообращения в брюшной полости за счет уменьшения компрессии сосудистой стенки.

Выводы. Чем выше ВБД и более ослаблен организм ребенка, тем выше вероятность развития нежелательных осложнений. Дополнение комплексного консервативного лечения ХК у детей препаратом «Куплатон®» с выраженным эффектом пеногашения способствует снижению ВБД и нормализации показателей кровотока в брюшной полости.

Ключевые слова: хронический колостаз, внутрибрюшное давление, дети.

Influence of intra-abdominal pressure on the flow of chronic colostasis for children

V.S. Konoplytsky, O.O. Lukiyanets

Vinnitsya national medical university named after M. I. Pyrohov, Ukraine

Introduction. Chronic colostasis as one of the actual problems in modern pediatric surgery and gastroenterology often occurs in children with congenital malformation of a large intestine; dolichosigmoid takes place here in 25–40% of sick children.

Object is to choose a tactician in treatment of increased intraperitoneal pressure in children with chronic colostasis.

Materials and methods. The basic group was consisted of 25 children with chronic colostasis at the age from 7 to 17 who were treated in 2012–2016; 9 patients of whom had dolichosigmoid and 16 had dolichocolon. There were 13 boys and 12 girls. The control group was consisted of 24 healthy volunteers.

Results of the research. Chronic colostasis is characterized with a substantial excess of sizes in intraperitoneal pressure and forming of abdominal ischemia. Given complex of conservative measures the aim of which was to normalize the defecation, improved indexes of intraperitoneal pressure and circulation of blood in the abdominal cavity at the moment of discharging, due to the reduction of compression in the vessel wall.

Conclusions. The higher intraperitoneal pressure and the more debilitated child's organism are the higher possibility of development of objectionable complication is. The addition of preparation Cuplaton® which has a significant effect of defoaming to the complex of conservative treatment of chronic colostasis in children, contributes to the reduction of intraperitoneal pressure and normalizing of bloodstream indexes in the abdominal cavity.

Key words: chronic colostasis, intraperitoneal pressure, children.

Відомості про авторів

Коноплицкий Віктор Сергійович – д.мед.н., зав. каф. дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Лукиянец Олег Александрович – аспірант каф. дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2016 р.