

туп Робертсона-Кафки. Оглядаючи дітей у віддалені терміни виявлено, що у 8 (21,6%) післяопераційні рубці перетворились у дугоподібні, а у 3 (8,1%) перейшли на праву реброву дугу та спричиняють косметичні незручності. Враховуючи зазначене, було вирішено перейти на поперечний доступ за Davis, який дозволяє уникнути наведених недоліків. За останні роки поперечний доступ використано в 27 (34,6%) дітей. Огляд 15 (55,5%) дітей через 2-4 роки після операції підтвердив доцільність даного оперативного доступу.

При спілкуванні з батьками та дітьми зверталась увага на такі скарги: поганий апетит, біль в епігастральній ділянці, нудота, блювота, печія, схильність до проносів. На нудоту, блювоту, печію, біль в епігастрії ніхто з оглянутих дітей не скаржився. У 3 (5,2%) дітей періодично турбують проноси, які пов'язані з порушенням ферментативної функції шлунково-кишкового тракту. Поганий апетит відмічено у 12 дітей, що призводить до схуднення і розвитку по гіпотрофічному конституційному типу. Із обстежених дітей тільки у одного хлопчика П. 8 років під час ендоскопії знайдено деформацію на великій кривизні шлунка, яка не призводить до порушення його функції. У інших дітей патологічних змін не виявлено, прохідність воротаря не порушена. Оглянуті діти в розвитку не відрізняються від своїх ровесників.

Висновки: Поперечний доступ за Davis для проведення пілороміотомії за Фреде-Рамштедтом дозволяє покращати косметичні результати післяопераційного рубця. Обстежені у віддалені терміни діти розвиваються нормально, не відрізняються від своїх ровесників.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРИЙ ГЕМАТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ

*О.Г. Якименко, В.С. Коноплицький, Д.С. Солейко, Н.Б. Мінакова
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Ціль: дослідження рівня захворюваності дітей Вінницького регіону на гострий гематогенний остеомієліт (ГГО), визначення особливостей клінічних форм та тривалості лікування.

Методи: клінічні, лабораторні, статистичні.

Результати: За 13 років у хірургічну клініку було госпіталізовано 644 дитини з ГГО різної локалізації, з них 57 дітей були

новонароджені. Кількість дитячого населення по Вінницькому регіону складає $339264,3 \pm 2126,6$, на ГГО протягом року хворіло $49,5 \pm 3,52$ дітей. Рівень захворюваності склав $1,48 \pm 0,9$ на 10 000 дітей віком до 15 років. Кількість дітей першого року життя склала $16934,2 \pm 252,82$, кількість новонароджених, хворих на ГГО на протязі року - $4,38 \pm 0,49$. В перерахунку на 10 000 новонароджених захворюваність склала $2,58 \pm 0,33$. Не дивлячись на зменшення кількості дитячого населення у області з 370940 у 1992 році до 281914 у 2004 році, та дітей до 1-го року життя з 20755 до 15092, середній рівень захворюваності на протязі цих років залишається тим ж, а показники захворюваності новонароджених на ГГО у порівнянні з дітьми всіх вікових груп, співвідносяться як 1:1,74.

У відповідності з класифікацією І.С. Венгеровського, 1964, місцеву форму діагностовано в 69,25%, септикопиемічну – у 26,12%, септикотоксичну – у 2,02% хворих. Незалежно від клінічної форми захворювання лікування ГГО у всіх дітей містило три основні компоненти: дію на макроорганізм, дію на мікроорганізм і лікування місцевого процесу. При місцевих формах захворювання антибактеріальна терапія містила 3-4 курси, а при септичних формах 6-7. Тривалість лікування дітей з ГГО склала: $27,4 \pm 2,13$ ліжко-дні при місцевій формі захворювання та відповідно - $38,45 \pm 2,42$ і $47,9 \pm 9,34$ ліжко-днів при септикопиемічній та септикотоксичній формах.

Критеріями клінічного одужання являлись: покращення загального стану, стійке затухання місцевого процесу, нормалізація температури та деяких показників загального аналізу крові, а також відновлення функції органу де локалізувався остеомієлітичний процес. Аналіз рівня лейкоцитозу та ШОЕ у 30 хворих з різними формами ГГО на момент поступлення та виписки показав, що незважаючи на клінічне одужання, повної нормалізації цих показників у хворих з ГГО на час виписки не відбулось: ШОЕ була підвищена у 91,1% хворих, лейкоцитоз у 72,24%. Для з'ясування причин цього явища у цих ж хворих визначено рівень ендогенної інтоксикації за допомогою лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) та гематологічного показника інтоксикації (ГПІ). Виявлено, що незважаючи на підвищені показники ШОЕ та лейкоцитозу ці показники були нижчі норми у 84,3% хворих.

Обговорення: ГГО як проблема дитячої хірургії на сьо-

годнішній день багато в чому вирішена: зменшилась кількість септичних форм захворювання та летальність при них, покращилась діагностика та реабілітація хворих. Ці успіхи насамперед пов'язані з покращенням ранньої діагностики та сучасної антибактеріальної терапії. Поряд з цим, зниження показників рівня ЛП та ГП нижче норми у хворих з ГГО ймовірно є проявом імунодепресантної дії антибактеріальних препаратів, що можливо є однією з причин переходу гострих форм захворювання у хронічні.

Висновки: Незважаючи на зменшення кількості дитячого населення рівень захворюваності на ГГО у дітей по Вінницькому регіону залишається високим. Застосування сучасних діагностичних та лікувальних заходів дають змогу зменшити летальність до 0,93%, В той ж час виявлений дисонанс між рівнями ШОЕ і лейкоцитозу та показниками рівня ендогенної інтоксикації у хворих з ГГО на момент виписки вказують на необхідність пошуку нових підходів та напрямків у лікуванні даної патології.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭХИНОКОКОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

С.Н.Ярославская, С.М.Сиваш, Е.В.Стецюк

Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца, Украинская детская специализированная больница "Охматдет", Киев

Цель: Разработать алгоритм анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии у пациентов с эхинококковыми кистами печени (ЭКП).

Методы: В Украинской детской специализированной больнице "Охматдет" под эндотрахеальным наркозом проведено 56 оперативных вмешательств у детей в возрасте от 3 до 15 лет по поводу ЭКП. Для обеспечения безопасности наркоза и оперативного вмешательства проводилась тщательное предоперационное обследование и подготовка. Выяснялся анамнез жизни и развития ребенка, наличие сопутствующей соматической патологии и аллергических реакций на пищевые продукты и медикаменты. Клиническое обследование больного включало осмотр педиатра, ЛОР, при наличии патологии со стороны центральной нервной системы – невропатолога. Обязательными лабораторно-диагностическими исследованиями являлись определение груп-

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ СТРАВХОДУ У ДІТЕЙ	166
<i>Сокур П.П.І, Багіров М.М., Соколов В.В.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ	167
<i>Соловьев А.Е., Запороженко А.Г., Спихи О.В.</i>	
ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ	169
<i>А.Е. Соловьев, О.В. Лятуринская, М.А.Скалозубов, М.А. Макарова</i>	
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ	170
<i>Соловьев А.Е., Спихи О.В., Лятуринская О.В., Запороженко А.Г.</i>	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ	171
<i>Сочиенкова Л.С., Арутюнян М.В., Щирый О.В., Савин И.В.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	172
<i>В.И.Сушко, Б.Г.Ашкінази, А.М.Барсук, А.Е.Носарь, Л.Н.Бондарюк, В.М.Байбаков, И.В.Щербина, Д.Н.Лукьяненко</i>	
АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЯ ЛІЕНОТКАНИНИ В ВЕЛИКИЙ ЧЕПЕЦЬ У ДІТЕЙ, ПРИ РОЗРИВІ СЕЛЕЗІНКИ	174
<i>Унеурян А.М., Сторожук С.М.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ И СВЕРХКРИТИЧЕСКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ	175
<i>Э.Я.Фисталь, Г.Е.Самойленко</i>	
ВРОДЖЕНА ДУОДЕНАЛЬНА НЕПРОХІДНІСТЬ У ДІТЕЙ	177
<i>Фофанов О.Д., Матіяш Я.В.</i>	
ПРОГНОЗ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ОКЛЮЗІЇ ВЕН ЯЄЧКА ПРИ ІДІОПАТИЧНОМУ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ	179
<i>Шевчук Д.В., Русак П.С., Волошин П.І.</i>	
ВІДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ У ДІТЕЙ	180
<i>С.В. Шестобуз, В.Л.Брожик</i>	
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРИЙ ГЕМАТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ	181
<i>О.Г. Якименко, В.С. Коноплицький, Д.С. Солейко, Н.Б. Мінакова</i>	
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭХИНОКОКОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	183
<i>С.Н.Ярославская, С.М.Сиваш, Е.В.Стецюк</i>	
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛИТРАВМЫ У ДЕТЕЙ	185
<i>С.Н. Ярославская, Ю.И.Гладуш, В.С.Поворознюк, Л.Н.Кузьминский, А.В.Бебешко, А.Ф.Левецкий, А.А.Гришин, Л.В.Литвинова, Н.С.Коляденко</i>	

ЕНДОКРИННА ХІРУРГІЯ

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	187
<i>С.М.Антонюк, Н.В.Свиридов, П.Ф.Головня, И.Б.Андрієнко, В.Б.Ахрамеев</i>	

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ЗОНДОВОГО ПИТАНИЯ ПРЕПАРАТАМИ КОМПАНИИ NESTLE НА ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С КРОВОТОЧАЩИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ И РАКОМ ЖЕЛУДКА	538
<i>Фомин П.Д., Шепетько Е.Н., Гармаш Д.А., Маркулин А.В., Шепетько А.Е., Смерека А.В.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕГО РАКА ЖЕЛУДКА	540
<i>Фомин П.Д., Шепетько Е.Н., Бельский А.Б., Заплавский А.В., Гуменюк С.А., Гармаш Д.А.</i>	
ПОДГОТОВКА К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ АБСЦЕССЕ МАГОЧНЫХ ТРУБ И ЯИЧНИКА	541
<i>Чурилов А.В., Кушнир С.В., Филонов П.Д., Третьякова Л.А.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ШАХТЕРОВ ДОНБАССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА СУРГИТРОН	543
<i>Шаламов В.И., Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Пушкарева Е.Е.</i>	
ФОРСОВАНИЙ ЛАВАЖ ЯК МЕТОД НЕПРЯМОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ	544
<i>Шапринський В.О., Сандер С.В.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ПОЛ-АОС У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ	545
<i>Шаповал С.Д., Савон И.Л., Якунич А.Н., Максимова О.О., Сазанов М.В.</i>	
ХИРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПОСТБУЛЬБАРНИХ ТА ЮКСТАПАПІЛЯРНИХ ВИРАЗОК	547
<i>Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Заплавський О.В., Шепетько О.Є., Смерека Г.В., Щербина М.В., Сфремов В.В.</i>	
ГАСТРЕКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕНОГАСТРОПЛАСТИКОЙ - ПУТЬ К УЛУЧШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРО КРОВОТОЧАЩЕГО РАКА ЖЕЛУДКА	549
<i>Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Бельский А.Б., Гуменюк С.А., Гармаш Д.А.</i>	
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАСЕТЧАТЫХ ДРЕНАЖЕЙ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ	551
<i>Ю.А.Шкиренко, А.Ю.Шкиренко</i>	
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ЖОВЧНОВИДНИХ ШЛЯХІВ	554
<i>Шостак В.М., Мітюк І.І., Покидько М.І.</i>	
ТРАНСДУОДЕНАЛЬНА ПАПЛОСФІНКТЕРОТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ХОЛЕДОХОЛІТАЗУ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА	556
<i>Шостак В.М., Мітюк І.І., Покидько М.І.</i>	
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРИЙ ГЕМАТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ	558
<i>О.Г. Якименко, В.С. Коноплицький, Д.С. Солейко, Н.Б. Мінакова</i>	

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
НАУКОВА АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

**МАТЕРІАЛИ
XXI З'ЇЗДУ ХІРУРГІВ
УКРАЇНИ**

**Україна, Запоріжжя
5 – 7 жовтня 2005 року**

ТОМ 2

**ЗАПОРІЖЖЯ
2005**

МАТЕРІАЛИ

XXI З'ЇЗДУ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

XXI З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ



ЗАПОРІЖЖЯ 2005

ТОМ II