

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ
АДМІНІСТРАЦІЇ
МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ

У Р Г Е Н Т Н А
П Е Д І А Т Р И Ч Н А
Х І Р У Р Г І Я Т А
У Р О Л О Г І Я

*За матеріалами науково-практичної конференції
присвяченої 55 річчю організації
дитячої хірургічної служби
Миколаївської області*

26 грудня 2014 року

м. Миколаїв

Безпечність застосування напівцукру перед оперативними втручаннями у дітей.	92
Н.В.Киселева, А.В.Беляев, И.В.Потебня	
Особливості клініки рахіту у недоношених дітей з бронхолегеневою дисплазією	94
Яблонов О.С., Русак Н.П.	
Місцеве лікування гемангіом поверхневої локалізації у дітей з використанням тріамценолону	95
Коноплицький Д.В.	
Підходи до лікування гемангіом у дітей молодшого віку	97
А.В.Чернов, С.М.Рибась, О.В.Ніколенко, Е.Д.Нелепенко	
Сучасні підходи до діагностики та лікування сепсису у новонароджених	98
Палагнюк Н.А.	
Хірургія	100
Сучасні аспекти діагностики та лікування непрохідності кишечника у дітей	100
Рибальченко В.Ф.	
Генітальна патологія у дівчаток в ургентній дитячій хірургії	103
Недавній Г.В., Антоненко А.І., Захарова С.А.	
Діагностика та лікування закритих травм органів черевної порожнини у дітей	104
Рибальченко В.Ф., Русак П.С., Доманский О.Б., Неверковець А.А.	
Лапароскопія в лікуванні абсцесів черевної порожнини апендикулярного походження в післяопераційному періоді у дітей	106
Русак П.С.	
Інструментальна діагностика некротичного ентероколіту у новонароджених	108
Недавній Г.В., Тернавський М.С., Чебанов Д.Ю., Малюженко Л.С.	
Оптимізація діагностики і лікування маститів у дітей	109
Антоненко А.І., Недавній Г.В., Черненко С.Г.	
Профілактика, діагностика, лікування абсцесів та інфільтратів черевної порожнини у дітей	110
Демиденко Ю.Г., Рибальченко В.Ф.	
Лікування парапроктиту у дітей	111
Недавній Г.В., Тернавський М.С., Шевельова А.В., Мрачко Д.С.	

До питання дренування черевної порожнини при перитонітах у дітей	112
Рибальченко В.Ф., Русак П.С., Доманский О.Б.	
Досвід лікування закритих пошкоджень паренхіматозних органів	113
Малишук В.Д.	
Хірургічні аспекти лікування токсичного мегаколону у дітей	114
Рибальченко В.Ф., Русак П.С., Заремба В.Р., Белей Р.П., Колташ Б.В.	
Досвід лапароскопічних холецистектомій у дітей з жовчнокам'яною хворобою	116
Чебанов Д.Ю., Тернавський М.С., Антоненко А.І.	
Хірургічне лікування закритих як обтураційної непрохідності кишечника у дітей	117
Рибальченко В.Ф., Толстанов О.К., Русак П.С., Заремба В.Р., Белей Р.П., Вишнінський І.М., Колташ Б.В., Неверковець А.А.	
Роль дренажу у невідкладній абдомінальній хірургії дітей.	119
Тернавський М.С., Голубяк Д.В., Чебанов Д.Ю., Малишук О.В.	
Хірургічне лікування інвагінації кишечника у дітей	120
Стахов В.В.	
Діагностика та лікування гнійного лімфаденіту у дітей	121
Станчев О.Г., Кізіон Г.Д., Черненко С.Г.	
Стан кишкової стінки після дезінвагінації у дітей	122
Рибальченко В.Ф., Стахов В.В., Дем'янчук О.С.	
Визначення рівня холієстерази сироватки крові у дітей з органічними закріпами	123
Коноплицький В.С., Якименко О.Г., Лукіянець О.А.	
Лікування спонтанного пневмотораксу у дітей	125
Заремба В.Р., Рибальченко В.Ф., Русак П.С., Шульга Д.І., Доценко М.О., Курочкін О.С.	
Лікування вроджених діафрагмальних гриж у новонароджених	127
Кукуруза Ю.П., Лойко Є.С., Паламарчук Ю.П., Гончарук В.Б., Берцун К.Т., Сасюк А.І.	
Експериментальне доплерометричне дослідження мезентеріальних судин	128
Якименко О.Г., Коноплицький В.С., Ларін О.О., Смірнова Н.М., Сафанюк Л.В.	

у 4 із них (18,2%) впродовж 1-2 річного спостереження наступали 2 (у трьох випадках) і 3(один випадок) рецидиви. Тривале катамнестичне спостереження не проводилось, оскільки пацієнти виходили із дитячого віку. Нами із 2009 року впроваджено операцію торакаоскопічного електрозварювання бул парієтальної і вісцеральної плеври із використанням електрозварювальних комплексів ЕК 300 М1 та ЕКВЗ 300 ПАТОНМЕД із додатково розробленими ендозварювальними маніпуляторами типу «лопатка» та «затискач» діаметром 5 мм та ендовідеохірургічним педіатричним обладнанням STORZ та OLYMPUS при лікуванні спонтанного пневмотораксу у дітей. Сутність операції полягає у створенні на диспластичних вісцеральній та парієтальній плеврі тонкого шару фібринової плівки, яка утворюється під дією електрозварювального імпульсу і замінює функцію здорової плеври. Також, як і при традиційних операціях, її метою є облітерація плевральної порожнини.

Таким способом нами прооперовано 16 пацієнтів. Строки післяопераційного стаціонарного лікування – 3 - 6 діб. Потреба у дренаванні плевральної порожнини - 2 - 3 доби (середня – 2,66 %). Наркотичне знеболення проводилось одну добу після операції в усіх випадках, після чого пацієнти 2-3 доби (в середньому 2,3) отримували з метою знеболення нестероїдні протизапальні препарати. Рецидив пневмотораксу відзначено в 1 випадку (6,25 %) - відбувся на етапі освоєння методики, - пацієнту була проведена повторна торакаоскопічна операція за даною методикою. Гнійно – септичні ускладнення не відзначались. В одному випадку відмічався обмежений гідроторакс, що потребувало однократної плевральної пункції. Антибіотикотерапія не проводилась. Строк спостереження за пацієнтами – 0,5-3 роки.

Висновки

1. Рецидив спонтанного пневмотораксу у дітей виникає значно частіше, ніж у дорослих, сягає 77,3 %. Така висока частота рецидиву пневмотораксу у дітей пов'язана, на нашу думку із тим, що найважчі форми сполучнотканинної дисплазії проявляються у дитячому віці.
2. Висока частота рецидиву вимушує змінювати тактику лікування – відмовлятися від дренавання плевральної порожнини та проводити усім дітям за відсутності абсолютних протипоказів протирецидивне оперативне лікування
3. Методом вибору оперативного лікування спонтанного пневмотораксу у дітей може бути відеоторакаоскопічна електрозварювальна плевробразія із використанням відео ендоскопічної камери та електрозварювальних маніпуляторів діаметром 5 мм

Література.

1. Лінчевський О. В. Діагностика та лікування спонтанного пневмотораксу автореферат...к.мед.н., - К., - 2009, -19 с.
2. M. Henry B. T. S guidelines for the management of spontaneous pneumothorax Thorax 2003; 58

=====☼=====

ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

¹Кукуруза Ю. П., ¹Лойко Є. Є., ²Паламарчук Ю. П.,

²Гончарук В. Б., ²Берцун К. Т., ¹Сасюк А. І.

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

²Вінниця обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця, Україна

Актуальність. Складність лікування вроджених діафрагмальних гриж (ВДГ) обумовлена генезом та поширеністю захворювання (від 1:200 до 1:400 новонароджених), важкістю клінічного перебігу та глибиною морфологічних змін, що ускладнюється недостатнім досвідом пренатальної діагностики залишається актуальною проблемою періоду новонародженості [1]. ВДГ у більшості випадків поєднується з хромосомно-генетичними аберраціями, аномаліями розвитку дихальної, серцево - судинної, центральної нервової, видільної та інших систем (25 % - 50% випадків) [1;3]. Впровадження нових підходів діагностики, методів стабілізації стану і оперативної техніки при ВДГ х прогнозованим перебігом захворювання призвело в останній час до покращення результатів лікування [2].

Мета. Покращення результатів лікування ВДГ в періоді новонародженості.

Матеріали і методи. В 2006 - 2014 роках у відділеннях реанімації та патології новонароджених вінницької обласної дитячої лікарні проліковано 17 дітей з ВДГ. Троє з них були недоношеними. У 14 дітей (82,35 %) мала місце лівобічна хибна, а у трьох хворих – правобічна справжня ВДГ.

Результати та обговорення. Двоє дітей з високою легеневою гіпертензією та двобічною гіпоплазією легень померли протягом перших двох діб життя без оперативної корекції. Одна дитина з релаксацією діафрагми та вилікованою двобічною гострою пневмонією виписана додому без оперативного лікування. Всього прооперовано 14 дітей протягом 2-15 діб від народження, з них померло 5 дітей. Двохетапні операції проведені 5 дітям з вісцеро-абдомінальною диспропорцією. Другий етап: ушивання передньої черевної стінки проводився на 4-10 добу. Трьом дітям виконаний торакоцентез з приводу спонтанного пневмотораксу. Одна дитина

переведена для корекції прогресуючої гідроцефалії до нейрохірургічного відділення. Безпосередньою причиною смерті була прогресуюча дихальна недостатність на фоні гіпоплазії легень та двобічної деструктивної пневмонії.

Висновки.

1. Відстрочене оперативне лікування ВДГ у новонароджених доцільно проводити в перші 24-48 годин життя або після зниження тиску в легеневій артерії до рівня не вище 40% від системного.
2. Загальна летальність при ВДГ в періоді новонародженості за останні 10 років становить 35,29%. Післяопераційна летальність становить 29,41%.

Література.

1. Кривченя Д. Ю. Хірургічні захворювання у дітей : навчальний посібник [для студ. вищ. мед. навч. закл. IV-го рівня акредитації.] / Кривченя Д. Ю., Лисак С. В., Плотніков О. М. - Вінниця: Нова Книга, 2008. - С. 111-115.
2. Сучасний підхід до тактики і стратегії лікування природженої діафрагмальної грижі в новонароджених дітей / О. К. Слепов, В. Л. Весельський, І. Ю. Гордієнко [та ін.] // Хірургія дитячого віку. - 2012. - №4. - С. 51-57.
3. Associated malformations and chromosomal anomalies in 42 cases of prenatally diagnosed diaphragmatic hernia / J. Witters, E. Legius, P. Muerman [et al.] // Am. J. Med. Genet. - 2001. - Vol. 103. - P. 278-282.

=====☉=====

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОПЛЕРОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН

Якименко О. Г., Коноплицький В. С., Ларін О. О.,

²Смірнова Н. М., ²Сафанюк Л. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня² м. Вінниця, Україна

Актуальність. Зміни кровотоку в мезентеріальних судинах в залежності від їх виразності є причиною виникнення патологічних змін в стінці кишки та порушень її функції, які потребують хірургічного лікування. Допплерометрія (ДПМ) верхньої та нижньої брижових артерій дозволяє діагностувати зміни кровотоку в басейні цих судин і запідозрити виникнення патології на її ранніх стадіях [1]. Втім, літературні дані містять різні результати ДПМ досліджень як за умов норми так і патології, що свідчить про існування дослідницької похибки, яка в свою чергу призводить до хибної оцінки отриманих даних [1,2].

Мета. Вивчення швидкості кровотоку в мезентеріальних судинах дослідних тварин. Порівняння показників швидкості кровотоку в цих судинах під час

черезшкірного та інтраабдомінального доплерометричного дослідження відкритим способом.

Матеріали і методи. Дослідження виконано за дозволом локального комітету з біоетики в умовах науково-експериментальної клініки університету на 26 безпородних собаках віком до 1-го року, натще, на сонографі " Esaote MyLab 25", датчиком 5 МГц з застосуванням гелю, в режимі кольорового картування (КК) та імпульсно-хвильовому (ІХ) режимі ДПМ. Датчик розміщували під кутом інсоніації в 45°, застосовуючи помірну шкірну пресію. Під внутрішньовенним знеболенням: тіопентал натрію 1% - 25 мг/кг, кетамін 5% - 5мг/кг, тварину фіксували в положенні на спині, виконували дослідження шляхом проєкційного знаходження краніальної брижової артерії (КрБА) та каудальної брижової артерії (КаБА) в режимі КК, що харчують тонку та товсту кишки у тварин [3]. Потім в режимі ІХ ДПМ досліджували показники: пікову систолічну Vps (см/с), кінцеву діастолічну Ved (см/с), та середню Vm (см/с), швидкості кровотоку, індекс резистентності - RI, та пульсативний індекс - PI. В ході дослідження при дослідженні кровотоку КрБА упереджено змінювали кут інсоніації до 90° і також виконували ДПМ, ресструючи показники. Виконували лапаротомію, вивчали анатомічні особливості судин брижі та кишок, виконували ті ж ДПМ дослідження з застосуванням стерильного гелю, м'яко розміщуючи трансдусер під кутом 45° безпосередньо на судинах брижі, що харчують тонку та товсту кишки.

Результати та обговорення. Показники кровотоку в басейні КрБА при черезшкірній ДПМ за умов кута інсоніації 45° склали: Vps-21.431±0,05; Ved-11.44±0,073; Vm-14.75±0,06; RI-0.466±0,004; PI-0.0677±0,006; при зміні кута інсоніації до 90° - Vps-15.141±0,08; Ved-9.64±0,051; Vm-11.47±0,05; RI-0.362±0,008; PI-0.048±0,007 (p<0,05; t - 2,059). При інтраабдомінальній ДПМ: Vps-21.454±0,07; Ved-11.5±0,077; Vm-14.81±0,062; RI-0.462±0,003; PI-0.0669±0,007 (p>0,05; t-2,059). Показники кровотоку в басейні КаБА при черезшкірній ДПМ склали: Vps-9.012±0,122; Ved-6.04±0,06; Vm-7.03±0,062; RI-0,33±0,008; PI-0,422±0,011. При інтраабдомінальній ДПМ: Vps-9.029±0,115; Ved-6,077±0,069; Vm-7,058±0,068; RI-0,325±0,009; PI-0,417±0,015 (p>0,05; t - 2,059). Основною судиною, що харчує тонку кишку у собак є КрБА, товсту кишку – КаБА. Відповідні анатомічні аналоги у людей верхня брижова та нижня брижова артерії. Допплерографічні дослідження основних показників кровотоку в басейнах цих судин за результатами проведеного черезшкірного та інтраабдомінального дослідження відкритим способом свідчать про відсутність достовірної різниці між отриманими даними. В той ж час, недотримання стандартних умов ДПМ за рахунок