



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра дитячої хірургії

ОБ'ЄДНАННЯ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

*До 85-річного ювілею
кафедри дитячої хірургії*

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

18–19 травня 2023 р.

Тези доповідей



Одеса ОНМедУ 2023



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра дитячої хірургії

ОБ'ЄДНАННЯ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

*До 85-річного ювілею
кафедри дитячої хірургії*

Науково-практична конференція
з міжнародною участю
18–19 травня 2023 р.

Тези доповідей



Одеса ОНМедУ 2023

УДК 617-053.2(043.2)
О-13

Редакційна колегія

О. О. Лосєв, М. Г. Мельниченко,
В. М. Аплевич, Л. Б. Елій

Відповідальна за випуск

д. мед. н., професор М. Г. Мельниченко

*Рекомендовано до друку
Вченою радою Одеського національного
медичного університету МОЗ України
Протокол № 5 від 30.03.2023 р.*

Об'єднання науки та практики: до 85-річного
О-13 ювілею кафедри дитячої хірургії : наук.-практ.
конф. з міжнар. участю. Одеса, 18–19 травня 2023 р. :
тези доп. [Електронне видання] — Одеса :
ОНМедУ, 2023. — 356 с.
ISBN 978-966-443-124-5

Збірка містить тези доповідей учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю, які об'єднані за тематичними напрямками, а саме: питання історії розвитку дитячої хірургії на Одещині та в Україні, сучасні досягнення дитячої хірургії та педіатричної науки в Україні, сучасні особливості викладання клінічних дисциплін у медичному вищому закладі освіти.

УДК 617-053.2(043.2)

ISBN 978-966-443-124-5

© Одеський національний
медичний університет, 2023

гії, талановитого організатора, чудового педагога. Її учні відзначені професіоналізмом, відданістю обраної спеціальності, науковими досягненнями.

Звичайно, довге та насичене життя, плідну трудову діяльність неможливо вмістити у стислу доповідь. Але навіть сухі відомості про життєвий шлях професорки Прокопової дають зрозуміти, якою талановитою та працьовитою людиною вона була, а також той факт, що пам'ять про неї продовжує жити у її рідних, учнів і пацієнтів.

Створена професором Л. В. Прокоповою наукова школа продовжує об'єднувати дитячих фахівців з різних регіонів країни. Традиції науково-педагогічної школи ретельно зберігаються і продовжуються її учнями та послідовниками.

Артюх А. О. — лікар-інтерн дитячий хірург, кафедра дитячої хірургії, Одеський національний медичний університет

**КОМБІНОВАНА КІСТКОВА ПЛАСТИКА
ПРИ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОСУГЛОБІВ І ДЕФЕКТІВ
ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ
(ДОКТОРСЬКА ДИСЕРТАЦІЯ ПРОФЕСОРА
ПРОКОПОВОЇ ЛЮДМИЛИ ВАСИЛІВНИ)**

Прокопова Людмила Василівна — доктор медичних наук, професор, завідувала кафедрою хірургії дитячого віку з 1974 по 1991 рік.

Людмила Василівна розробила новий напрям використання фізичних факторів в лікуванні хірургічної, ортопедичної та травматологічної патології. Запропонувала методіку комбінованої кісткової пластики, а також нові варіанти втручань на грудній клітці при остеомієліті та пухлинах. У стінах рідного університету вона пройшла шлях від старшого лаборанта до професора кафедри хірургії та декана педіатричного факультету. У 1959 році захистила кандидатську дисертацію на тему «Гострий апендицит у дітей». А вже в 1969 році їй було присвоєно ступінь доктора медич-

них наук після захисту дисертації на тему «Комбінована кісткова пластика при лікуванні псевдосуглобів і дефектів довгих трубчастих кісток у дітей». Через рік Людмила Василівна була затверджена на посаду професора кафедри хірургії та ортопедії дитячого віку.

Прокопова Людмила Василівна є автором близько 150 наукових праць, співавтором 3 монографій, володарем 12 свідоцтв про винаходи.

Під її керівництвом виконано 2 докторські та 12 кандидатських дисертацій. Вона нагороджена орденом «Знак пошани».

Метою наукового дослідження в докторській дисертації було, враховуючи анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму, накопичений в літературі досвід та власні напрацювання, розробити новий варіант комбінованого методу кісткової пластики для оперативного лікування несправжніх суглобів і дефектів довгих трубчастих кісток у дітей.

В основі цього методу — використання біологічно підготовленої губчастої кістки (підготовлена спонгіоза) у комбінації з трансплантами кортикальної структури.

Підготовлену спонгіозу, запропоновану М. Л. Дмитрієвим, обрано з двох міркувань. По-перше, тому що з усіх пластичних матеріалів, вона найбільш активна, а, отже, й ефективна. По-друге, тому що взяття її для кістковопластичних цілей (порівняно з іншим пластичним аутоматеріалом) пов'язане з дуже незначною додатковою травмою.

Робота виконувалась двома етапами в 2 етапи — експериментальні та клінічні дослідження.

Експериментальні дослідження проводилися на молодих кроликах у віці 35 місяців. Моделлю обрана променева кістка, протягом якої створювався періостальний дефект, що дорівнює 1/3 її довжини. Контроль і досвід здійснювались однієї і тій же тварині, права лапка служила контролем, ліва досвідом. Усього в експерименті використано 212 тварин. У розробку матеріалів дисертації включено 262 спостереження, проведені на 131 кролі. Інші тварини були використані для консервації гомокістки, проведення пробних дослідів тощо.

Аналіз результатів експериментальних досліджень проводився на основі макроскопічного, рентгенологічного та мікроскопі-

чного вивчення отриманих даних. Усього вивчено 262 макропрепарати, стільки ж рентгенівських знімків і більше 1800 гістологічних препаратів (з кожного шматочка робили 8–10 зрізів).

Біологічна підготовка губчастої кістки проводилася за методикою, запропонованою професором Модестом Львовичем Дмитрієвим. Основне оперативне втручання виконувалось через 7–8 днів після цього. При використанні циліндричних і напівциліндричних трансплантатів підготовлену спонгіозу укладали в кістковомозковий канал.

Як гомотрансплантанти застосовувалися променеві кістки, рідше ліктьові. Консервацію та зберігання їх проводили при температурі — 35 °С. Трансплантати використовувалися не раніше одного місяця і не пізніше 6 місяців від початку консервації. Перед операцією проводилося розморожування їх у теплому фізіологічному розчині з антибіотиками.

Отримані в експерименті дані свідчать про те, що в контролі всіх серій формування молодих регенерантів відбувається за рахунок джерел кісткоутворення материнського ложа. Певна роль у цьому процесі належить окістю ліктьової кістки.

До кінця експерименту (120 днів) у контролі всіх серій отримано відновлення безперервності променевої кістки, проте ступені зрілості новоутвореної ділянки виявилися різними.

Найбільш сприятливі результати отримані при використанні циліндричних та напівциліндричних дірчастих ауто трансплантатів у комбінації з підготовленою спонгіозою. Добрий результат також відзначений при застосуванні гомотрансплантантів.

Дослідження підтвердили доцільність розміщення підготовленої спонгіози протягом дефекту і в кінці материнських уламків і трансплантаті. У жодної тварини всіх серій та термінів спостережень не було зазначено будь-яких проявів реакції тканинної не сумісності.

Таким чином, встановивши в експерименті високу ефективність запропонованого методу кісткової пластики, розпочали використання цього методу у клініці.

Кісткову пластику з використанням підготовленої спонгіози почали застосовувати з 1960 до 1964 рік в комбінації тільки з ауто трансплантатами кортикальної структури. Починаючи з 1964

року вона використовувалася переважно в поєднанні з кортикальними гомотрансплантатами.

Усього за зазначений період у клініці комбінований метод кісткової пластики використовувався при оперативному лікуванні 93 хворих. З них з приводу хибних суглобів та дефектів довгих трубчастих кісток оперовано 66 дітей (36 хлопчиків і 30 дівчаток), яким зроблено 73 кістково-пластичні операції.

Зауважимо, що більшість хворих перебували у клініці з приводу тяжких патологічних процесів, лікування яких становить великі труднощі й сьогодні.

Для зручності аналізу клінічних спостережень хворих розділили на дві групи. У першу групу включені хворі з вродженими та набутими хибними суглобами, вродженими вадами кінцівок, а також дефектами довгих трубчастих кісток, що виникли на ґрунті перенесеного остеомієліту.

Другу групу утворили хворі, госпіталізовані до клініки з приводу доброякісних пухлин, остеобластокластом та атипового остеомієліту. Перша група представлена 24 хворими, друга 42.

У ході освоєння комбінованого методу кісткової пластики при заміщенні дефектів після видалення доброякісних пухлин визначено деякі положення, які істотно впливають на результат кістковопластичного втручання. До них належать точна відповідність довжини трансплантата та дефекту, діаметр кістково-мозкового каналу трансплантата і материнських фрагментів, масивність їхніх кортикальних стінок та ін. При відсутності зазначеної вище відповідності терміни відновлення дефекту подовжуються.

Надаємо такі приклади:

Перша хвора (14 років) оперована з приводу дефекту верхнього кінця стегнової кістки та повної облітерації вертлюжної западини після перенесеного остеомієліту. У цьому випадку вдалося підібрати стегнову кістку відповідного розміру (головка і шийка стегна дорослого донора), з якої і був утворений фігурний трансплантат.

У другій дівчинки (3 роки) при вродженому недорозвиненні верхнього кінця стегнової кістки і вертлюжної западини як пластичний матеріал використаний проксимальний кінець промене-

вої кістки дорослого донора в комбінації з підготовленою спонгіозою.

У першої дівчинки другий етап операції виконано через 7 місяців, у другій — через 4. Найближчий результат в обох випадках добрий. Знов сформовані кульшові суглоби майже не відрізняються від нормальних.

Наступний приклад:

Хворий з великим дефектом ліктьової кістки, рентгенограма до операції, через 3 місяці та через рік після операції — відновлення структури та функції кінцівки.

Схема операції з приводу хибного суглоба верхньої третини ліктьової кістки — знімок до операції через 3 місяці та через 1,5 року.

Хворий з остеобластокластомою верхньої третини лівого плеча: до операції, через 2 роки після кісткової пластики.

За результатами лікування 66 оперованих хворих ліквідацію патологічного процесу досягнуто у 63 дітей.

Результати лікування трьох дітей зарахували до групи незадовільних, оскільки у двох із них не було ліквідовано вроджені хибні суглоби. Причиною рецидиву в одного хлопчика стала травма, в результаті якої настав перелом великогомілкової кістки через 17 місяців після кісткової пластики нижче лінії хибного суглоба.

У другій дитини через три місяці після кісткової пластики стало майже повне розсмоктування трансплантатів, що й визначило рецидив хибного суглоба. У третьої дівчинки не ліквідовано дефект ліктьової кістки. Причиною рецидиву була похибка у техніці виконання оперативного втручання.

У решти 63 хворих отримано повну консолідацію, патологічний процес ліквідований, відновлено безперервність кістки. Віддалені результати простежені у строки від 6 місяців до 9 років у 63 хворих.

Дані клінічних спостережень підтвердили доцільність використання циліндричних і напівциліндричних трансплантатів, раціональність розміщення підготовленої спонгіози в кістковомозковому каналі їх, застосування дірчастих трансплантатів та ін.

Отже, результати клінічних спостережень свідчать про те, що рекомендований метод кісткової пластики виявився дуже ефективним як при лікуванні хибних суглобів, вроджених аномалій розвитку, так і при заміщенні дефектів довгих трубчастих кісток у дітей. Особливо слід зазначити значне скорочення термінів лікування під час використання даного методу, порівняно із застосуванням інших методів.

Відзначаючи ефективність запропонованого методу кісткової пластики, скорочення термінів лікування та низку інших його переваг, підкреслюється, що результати лікування при використанні комбінованого методу кісткової пластики перебувають у прямій залежності від належної передопераційної підготовки хворого, ретельного виконання всіх деталей техніки оперативного втручання, правильного післяопераційного періоду.

Таким чином, експериментальні та клінічні спостереження показують таке: при заміщенні дефектів великих та менших трубчастих кісток підготовлену спонгіозу доцільніше застосовувати у поєднанні з циліндричними дірчастими гомотрансплантатами; підготовлену спонгіозу слід розміщувати в просвіті кістково-мозкового каналу; для поліпшення кровопостачання підготовленої спонгіози у трансплантанті повинні бути просвердлені отвори.

Рекомендований комбінований метод кісткової пластики значно знижує травматичність оперативних втручань, що скорочує терміни лікування дітей, прискорює процеси резорбції та заміщення гомотрансплантатів, у зв'язку з чим він вигідно відрізняється від інших методів кісткової пластики.

Висока ефективність даного методу, перевірена віддаленими результатами, дає нам право рекомендувати його як метод вибору при оперативному лікуванні хибних суглобів та дефектів довгих трубчастих кісток у дітей.

Також хочу додати, що на основі даної дисертації у 1974 році було видано монографію «Кістковопластичні операції у дітей» за редакцією М. Л. Дмитрієва, Г. А. Баїрова, К. С. Тернового та Л. В. Прокопової.

Розділ 1. СЛАВЕТНИЙ ШЛЯХ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ОДЕЩИНИ	20
<i>Лосев О. О.</i> Спогади завідуювача кафедри	20
<i>Мельниченко М. Г.</i> Вибрані сторінки історії дитячої хірургії Одещини	24
<i>Мельниченко М. Г.</i> Пам'яті професора	46
<i>Васильченко Л. В.</i> Професор Л. В. Прокопова — видатний дитячий хірург, вчений, педагог	50
<i>Капліна Л. Є.</i> Світла пам'ять	51
<i>Кияшко Е. Ф.</i> Пам'ятаємо завжди	53
<i>Рибальченко В. Ф.</i> Спомини про вчителя	55
<i>Сіволан Н. В.</i> Пам'яті Людмили Василівни Прокопової	56
<i>Ситнікова В. О.</i> Феномен жінки в хірургії	57
<i>Квашніна А. А.</i> До ювілею професора Л. В. Прокопової	59
<i>Артюх А. О.</i> Комбінована кісткова пластика при лікуванні псевдосуглобів і дефектів довгих трубчастих кісток у дітей (докторська дисертація професора Прокопової Людмили Василівни)	62
<i>Гона О. О.</i> Гострий апендицит у дітей (за кандидатською дисертацією професора Прокопової Людмили Василівни)	68
<i>Арахамія Т. Р., Гаращенко Р. Г.</i> Історія розвитку дитячої хірургії в Україні	71
Розділ 2. СУЧАСНІ ДОСЯГЕННЯ АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ	77
<i>Годік О. С., Недбала В. В., Дегтярєва Д. С., Водяницький С. Л.</i> Досвід хірургічного лікування кіст холедоха у дітей в НДСЛ «Охматдит» МОЗ України	77
<i>Гончар В. В.</i> Результати оперативного лікування порушень симетричності іннервації промежини	82
<i>Гончар К. В.</i> Дисфункція тазового дна у дівчаток 14–18 років, актуальність проблеми та сучасний підхід до лікування	85
<i>Капитальян М. А., Квасневський Є. А., Квасневський О. А.</i> Використання роботичної хірургічної системи “Senhance” при холецистектомії	88