

**Міністерство охорони здоров'я України  
Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л.Шупика**

**ЗБІРНИК  
НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

**За матеріалами  
науково-практичної конференції**

**ІННОВАЦІЙНІ  
ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ  
ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ І  
ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ  
ДИТЯЧОГО ВІКУ**

**18-19 жовтня 2019 року**

**м.Київ**

**УДК .616.053.002**

**Збірник наукових праць** за матеріалами науково-практичної конференції 18-19 жовтня 2019 року «Інноваційні технології в хірургії та анестезіології і інтенсивній терапії дитячого віку». м.Київ. 2019. 202 стор.

**Організаторами науково-практичної конференції є:  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шупика  
Кафедра дитячої хірургії,  
Кафедра дитячої анестезіології та інтенсивної терапії.**

**Данилов Олександр Андрійович** – завідувач кафедри дитячої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор,

**Біляєв Андрій Вікторович** – завідувач кафедри дитячої анестезіології та інтенсивної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор

**Рибальченко Василь Федорович** – професор кафедри дитячої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор

**Горбатюк Ольга Михайлівна** – професор кафедри дитячої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор

**Русак Петро Степанович** – професор кафедри дитячої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор

=====  
**Примітка:**

***Матеріали тез викладено згідно оригіналу поданих робіт.  
Авторська правка поданих тез.  
Відповідальність за їх зміст несуть автори та керівники підрозділів.***

## Зміст розділів

1	<b>Анестезіологія та інтенсивна терапія</b>	4
2	<b>Загальні питання дитячої хірургії</b>	22
3	<b>Ургентна хірургія</b>	28
4	<b>Абдомінальна хірургія</b>	42
5	<b>Гнійно-септична хірургія</b>	56
6	<b>Торакальна хірургія</b>	67
7	<b>Хірургія новонароджених та дітей раннього віку</b>	75
8	<b>Проктологія дитячого віку</b>	88
9	<b>Урологія дитячого віку</b>	104
10	<b>Пухлини та судинні мальформації у дітей</b>	113
11	<b>Мініінвазивна та ендоскопічна хірургія</b>	126
12	<b>Травматологія та ортопедія</b>	148
	<b>Зміст всіх тез</b>	182

спайкового процесу черевної порожнини у 111 (7.65%), мобілізація та резекція товстої кишки у 54 (3.72%), резекція тонкої кишки з накладенням анастомозу у 45 (3.10%), резекція тонкої кишки та ілеостомія у 23 (1.58%), зупинка кровотечі з рани печінки у 9 (0.62%), зупинка кровотечі з рани селезінки 18 (1.24%), люмботомію у 34 (2.34%), операції на промежині у 20 (1.38%), нефректомія у 5 (0.34%), торакотомія з декортикація легкі у 9 (0.62%), операції при деформації грудної клітки у 36 (2.48%), гемороїдектомія 16 (1.10%), обрізання крайньої припутні – 114 (7.86%), оваріцистектомія у 23 (1.58%), зупинка кровотечі при апоплексії яєчника у 23 (1.58%), видалення підшкірних гемангіо-каверном, пухлин м'яких тканин у 146 (10.07%), видалення середньої кістки шиї у 43 (2.96%), видалення бічних кіст шиї у 13 (0.89%), видалення аневризми зовнішньої яремної вени у 3 (0.20%), спленектомія у 9 (0.62%), ліквідація діафрагмальної грижі у 14 (0.96%), накладення кишкового зварювального шва у 6 (0.41%), електрозварювання гемангіом проблемних анатомічних локалізацій у 10 (0.69%), стернотомія у 24 (1.65%), інші операції у 23 (1.59%). Дослідженнями встановлено, що у дітей раннього віку потрібні делікатні параметри - застосовувати значно меншу силу імпульсу і його час впливу на тканину, а для дітей старшого віку - режими зварювання більші і більш велику (у порівнянні з дітьми раннього віку) тривалість імпульсу. Ускладнень під час проведення операцій не встановлено.

**Висновки:** В педіатричній хірургії метод електрозварювання м'яких живих тканин є новітньої хірургічної технологією яка перш за все має переваги це: скорочення часу оперативного втручання, безкровність, відсутність крововтрати і некрозів, бездимність, відсутність загального впливу на організм дитини не залежно від віку.



## НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ВАЖКОЗАГОЮОВАНИХ РАН У ДІТЕЙ

М. Г. Мельниченко<sup>1</sup>, І. Р. Діланян<sup>2</sup>, Л. П. Матвійчук<sup>2</sup>,  
А. М. Клименко<sup>3</sup>, Р. Р. Чумак<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

<sup>2</sup>КУ «Одеська обласна дитяча клінічна лікарня», Одеса, Україна

<sup>3</sup>Медичний центр «Медиво», Одеса, Україна

**Актуальність.** У дітей на процес загоєння ран впливає наявність різноманітних денерваційних змін нижніх кінцівок. Важкі трофічні порушення у вигляді трофічних виразок промежини і нижніх кінцівок, що тривало не гояться, спостерігаються у 32,9 % хворих. Незважаючи

на наявність розроблених протоколів, лікування трофічних ран у дітей – це тривалий, трудомісткий, високовитратний процес. Тому існує потреба в створенні інноваційних медичних технологій, які доповнять базові підходи до лікування трофічних ран у дітей, значно скоротять терміни загоєння ран, знизять частоту ускладнень. В сучасних публікаціях ми не знайшли даних щодо використання біоактивного боратного скла при лікуванні важкозагоєваних ран у дітей.

**Мета:** оцінити можливість використання боратного скломатеріалу при лікуванні трофічних ран у дітей з мієлодисплазіями.

**Матеріал і методи.** У роботі представлено результат лікування важкозагоєваних ран у сьоми хворих дітей віком від 3-х місяців до 14 років з порушенням трофіки за рахунок мієлодисплазії із застосуванням біоактивного боратного скла «Mittagen» виробництва США, що було запропоноване медичним центром «Медиво».

**Результати досліджень та їх обговорення.** Первинний досвід показав ефективність застосування біоактивного боратного скла при лікуванні трофічних ран у дітей з мієлодисплазією, повне загоєння глибоких ран спостерігалось протягом 8 тижнів без ускладнень, а поверхневої рани-пролежня – протягом 5 тижнів.

Процес загоєння трофічних ран у дітей з мієлодисплазією порушено внаслідок нейропатій, що потребує застосування новітніх біоактивних матеріалів для їх лікування. З цієї метою нами було застосовано біоактивне боратне скло у сьоми дітей: у дитини 3-х місяців рана потиличної області, у 6-и дітей – трофічні рани нижніх кінцівок. Після очищення рани скловолокно не щільно наносили в рану під асептичну пов'язку раз на тиждень. За ранами спостерігали до повного загоєння, що задокументовано фотографічно. Аналіз спостереження показав тенденцію до прискорення загоєння трофічних ран. Так, площа ран щотижня зменшувалась на 15-20 %, закриття ран відбувалося як з дна рани, так і з периферії до центру. За весь період спостереження інфікування або інших ускладнень ран не було. Морфометричний аналіз з периферії ран підтвердив відновлення васкуляризації в зоні регенерації, активне проростання сполучної тканини та біосумісність застосованого матеріалу. Макро- і мікроскопічної негативної реакції на біоактивне боратне скло у наших спостереженнях не визначено. Крім того, вважаємо необхідним підкреслити ощадливість процесу лікування, що є дуже важливим в педіатричній хірургії. Вищевикладене дає можливість рекомендувати використання біоактивного боратного скла при лікуванні трофічних ран у дітей з мієлодисплазією.

**Висновки:** Трофічні порушення у дітей з мієлодисплазією вимагають біоактивних методів лікування, які значно скоротять терміни загоєння ран, знизять частоту ускладнень. Тимчасовий біоматеріальний каркас із боратного скла забезпечує необхідну форму

для утворення нових тканин і, таким чином, сприяє швидкому загоєнню ран. Застосування біоактивного боратного скла є ощадливим та ефективним лікуванням трофічних ран у дітей з мієлодисплазією. Отриманий позитивний первинний досвід заслуговує на продовження вивчення можливостей застосування біоактивного скловолокна при лікуванні ран другого походження.



## **ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІО ТЕЙПУВАННЯ У РАНЬОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ДІТЕЙ З ПОЄДНАНИМИ ТРАВМАМИ**

**Плохін В.В., Аніщенко С.С., Ксьонз І.В.**

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава, Україна

Актуальність теми. Поєднана травма є найпоширенішою причиною загибелі серед дітей у віці від одного до вісімнадцяти років. Проблема лікування постраждалих з поєднаною травмою до теперішнього часу є актуальною. Це пов'язане з стрімкою урбанізацією суспільства і як наслідок ростом числа техногенних катастроф. Ушкодження грудної клітки зустрічаються у 3,4% від усіх травм дитячого віку. Закриті ушкодження паренхіматозних органів черевної порожнини, за даними різних авторів спостерігаються від 1 до 16%, закриті черепно-мозкові травми до 33%.

Мета - провести аналіз використання кінезіо тейпування у ранньому реабілітаційному періоді дітей з поєднаною травмою.

Матеріали та методи дослідження. На базі хірургічного відділення КП «Дитяча міська клінічна лікарня ПМР» м. Полтави, в період з 2017 по 2019 років було проліковано 78 дітей з поєднаною травмою. Серед них – автотравми 16 (20,5%), катотравми 7 (8,9%) та інші. У 56 (71,8%) дітей було діагностовано струс головного мозку, у 12 (15,4%), у 7 випадках (8,9%) була виконана декомпресійна трепанація черепу. Після проведених оперативних втручань та стабілізації стану хворих обстеження м'язової сили проводилось за допомогою методу мануального м'язового тестування, за шестибальною шкалою від 0 до 5. Ступінь спастичності оцінювали за модифікованою 6-ти бальною шкалою спастичності Ашфорта. Перед тестуванням спастичності, методом пальпації, визначали тонус м'язів – встановлювали їх пружність, вдавлюваність і при цьому кінцівка знаходилась в положенні максимального розслаблення. Після цього проводили тесування спастичності – способом пасивного розтягу м'язів в швидкому темпі визначаючи опір. Дана шкала є зручною у