

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

даної патології, контрольне обстеження проводили через 10-12 місяців. На основі даних проведеного обстеження було визначено частоту ускладнень -рецидив МСР та обструкція сечоводу.

При ретроспективному аналізі результатів ендоскопічного методу лікування різного ступеня МСР (I-IV ст.) встановлено, що в перші роки застосування даного методу, рецидив мав місце у 38,5% випадків. В більшості пацієнтів рецидив МСР діагностовано при високих ступенях (III-IV ст) - 76,2%. З набуттям досвіду, частота рецидивів зменшилася до 24,3% незалежно від ступеня МСР та до 48,4% в групі пацієнтів з МСР (III-IV ст), що в подальшому потребували повторного введення імплантанту.

Обструкція сечоводу після ендоскопічної корекції МСР діагностована у 202 пацієнтів (6,4%). З них, 34 пацієнтам (1,1%) виконана операція – уретероцистонеостомія за різними методиками. У решти пацієнтів обструкція сечоводу ліквідована проведенням консервативного лікування або встановленням уретерального стенту. В переважній більшості випадків, обструкція сечоводу діагностована в перші роки впровадження малоінвазивного методу корекції МСР.

Висновки: При ретроспективному аналізі результатів застосування ендоскопічного методу лікування різних ступенів МСР у дітей, з набуттям досвіду, простежується чітка тенденція до зменшення рецидивів МСР та розвитку обструктивного процесу в післяопераційному періоді.



МІНІІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ АБСЦЕСУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

¹Мельниченко М. Г., ²Матвійчук Л. П., ²Глазов Є. О.,
²Антонюк В. В.

¹Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

²КУ «Одеська обласна дитяча клінічна лікарня», Одеса, Україна

Актуальність. Абсцес печінки є рідкісним, але потенційно небезпечним для життя захворюванням та низкою серйозних ускладнень. У більшості хворих інфікування печінки відбувається гематогенним шляхом по системі воротної вени (портальний шлях) на тлі гострого деструктивного апендициту, неспецифічного виразкового коліту, ускладнень дивертикуліту, розповсюдженого перитоніту різної етіології та ін. Посттравматичні абсцеси розвиваються після закритої травми живота при інфікуванні і нагноєнні підкапсульних або інтрапаренхіматозних гематом. Крім того, абсцеси бувають криптогенними, особливо у дітей з ослабленим імунітетом. Абсцеси

печінки у дітей посідають чільне місце у структурі гнійно-деструктивних ускладнень, переважно, патології органів черевної порожнини, що вимагає подальшого поглибленого вивчення та оптимізації методів діагностики і лікування хворих.

Мета: оцінити можливості мініінвазивних технологій в лікуванні абсцесу печінки у дітей.

Матеріал та методи: наведено результати лікування чотирьох хворих на абсцес печінки за останній рік. Діти віком від 5 до 17 років, 2 хлопчика та 2 дівчинки. У всіх хворих найбільш поширеним проявом була тріада симптомів: лихоманка, біль та гепатомегалія. Діагностичне обстеження включало загальну гемограму, функціональні проби печінки, профіль коагуляції і результати апаратних обстежень (УСГ, КТ). Метод лікування включали внутрішньовенне введення антибіотиків (метронідазол та карбапенеми) і мініінвазивне втручання: перкутанну аспірацію голкою (ПАГ) вмісту абсцесу або перкутанне дренирування катетером (ПДК) типу *PIGTAIL* під ультразвуковим контролем. ПАГ повторювали кожен третій день, якщо розмір порожнини не зменшувався на половину від початкового до трьох разів. Тривалість ПДК залежала від санаційної необхідності за контролем УСГ. Ефективність лікування оцінювали за тривалістю досягнення клінічного покращення та перебування в лікарні, виникнення ускладнень.

Результати досліджень та їх обговорення. У всіх хворих при госпіталізації була лихоманка більш 39-40°C, біль у животі, гепатомегалія, системні прояви, ознаки перитоніту та сепсису. Лабораторно виявлявся високий лейкоцитоз та реактивний білок, анемія; ферментативні зміни незначні. Застосовані мініінвазивні технології ПАГ і ПДК були ефективними у всіх дітей з абсцесом печінки, хірургічної інтервенції не було. ПАГ застосовували у дітей при діаметрі абсцесу до 5-6 см³ за даними УСГ та КТ. Наявність утворення більш 5-6 см³ було показанням до ПДК. Ультразвукове перкутанне дренирування гнійних абсцесів печінки було безпечним і ефективним методом лікування. Моніторинг перебігу абсцесу здійснювали УСГ. Всі пацієнти були виписані у задовільному стані під спостереження.

Висновки. Візуальні дослідження (УСГ, КТ) відіграють вирішальну роль в діагностиці абсцесу печінки. Ефективним є обраний для лікування мультимодальний підхід, що поєднує собою антибіотики широкого спектру дії і мініінвазивні втручання – аспірацію або дренаж великих порожнин абсцесу. Перкутанне дренирування є найкращим варіантом лікування, ніж пункція, для лікування великих абсцесів печінки розміром > 5 см³ з точки зору тривалості досягнення клінічного результату. Результат дітей з абсцесом печінки залежить від своєчасного діагнозу і втручання.