

**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

народження, що дозволяє усунути або значно зменшити наявні деформації кінцівок, а у подальшому виконувати хірургічні втручання у меншому обсязі і запобігає розвитку і прогресуванню вторинних змін в опорно-руховій системі, що значно підвищує соціальну адаптацію даної категорії хворих.



ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ РАННІХ СТУПЕНІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ

В.М. Аплевич, К.В.Павленко, О.О. Лосєв

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Поширеність порушень постави і сколіозу серед дітей становить від 5,0 до 46,9 %. При цьому саме ідіопатичний сколіоз (ІС) сягає близько 80,0–85,0 % від виявлених випадків сколіозу, а загальна кількість випадків деформацій хребта понад 10° за Коббом у популяції знаходиться в межах від 1,5 до 3,0 %. Дана патологія за рахунок значного поширення та швидкого прогресування з розвитком тяжких деформацій, порушень з боку інших органів і систем становить 10–12 % у загальній структурі дитячої інвалідності.

Основним показником, який визначає тяжкість ураження при ІС, вважають порушення обміну сполучної тканини. Остеопенія також розглядається в контексті ІС як фактор ризику виникнення і прогресування деформацій постави.

Мета роботи - вивчити ефективність відновлювального лікування дітей старшого шкільного віку, хворих на ідіопатичний сколіоз початкових стадій, при додатковому залученні кінезіотейпування та з урахуванням обтяження захворювання остеопенією.

Матеріалом роботи були дані, отримані при обстеженні 134 дітей старшого шкільного віку з діагнозом ІС І–ІІ ступеня. Протягом року діти знаходилися під динамічним спостереженням і отримували відновлювальне лікування в амбулаторних умовах. Залежно від методів відновлювального лікування пацієнти були розподілені на групи: група І (основна) – пацієнти, у яких застосовувався стандартний протокол лікування та кінезіотейпування – 68 дітей; група ІІ (порівняння) – хворі, у яких застосовувався стандартний (базовий) протокол лікування – 66 дітей. З метою зіставлення результатів залежно від наявності або відсутності остеопенії також виділяли у групі І підгрупи з наявністю остеопенії (n=37) та за її відсутності

($n=31$); у групі II – діти з вихідною наявністю остеопенії ($n=34$) і відсутністю остеопенії ($n=32$).

За наявності остеопенії активність у крові ЛФ і КФ, вміст у крові глікопротеїдів і хондроїтинсульфатів, вміст у сечі оксипроліну і кальцію значно переважали порівняно з дітьми, у яких остеопенія була відсутня ($p<0,001$). Про вплив остеопенії на клініко-функціональний стан дітей можна судити також за взаємозв'язками між показниками дослідження. Нами вивчені взаємозв'язки віку дітей, тривалості хвороби, кута викривлення хребта за рентгенограмою, Т-критерію денситометрії та оцінки болю за ВАШ з іншими показниками. Зокрема, за наявності остеопенії м'язова сила ($-0,31$; $p=0,0083$) і вміст УК в сечі ($-0,35$; $p=0,0030$) середньою силою обернено пов'язані з Т-критерієм, що вказує на таке: що менше значення Т-критерію (більша вираженість остеопенії), то більш виражені порушення м'язової сили і вмісту УК (більші ушкодження сполучної тканини). Активність ЛФ та КФ у крові дітей групи I становила ($438,73\pm190,12$) та ($4,14\pm0,80$) МО/л відповідно і була меншою, ніж у групі II – ($4,47\pm0,87$) МО/л ($p<0,0172$). У крові у групі I активність КФК становила ($185,73\pm31,62$) МО/л і була більшою, ніж у групі II – ($1406,87\pm158,08$) та ($22,16\pm25,31$) МО/л ($p<0,0001$). Також у сечі хворих групи I вміст оксипроліну – ($31,06\pm7,02$) мг/добу та кальцію – ($210,74\pm42,33$) мг/добу був суттєво меншим, ніж у групі II: відповідно ($36,64\pm9,10$) мг/добу ($p<0,0003$) і ($235,95\pm62,31$) мг/добу ($p<0,0121$). Про досягнутий функціональний стан хворих під впливом відновлювального лікування, зокрема, свідчать зв'язки між показниками дослідження. У кожній групі визначали зв'язок з однаковою кількістю показників, для аналізу відбирались тільки показники зі статистично значущими зв'язками. Одним з етапів виконаної роботи було вивчення результатів відновлювального лікування дітей з урахуванням наявності або відсутності остеопенії. Для розв'язання цього завдання були зіставлені результати стандартного відновлювального лікування дітей з наявністю вихідної остеопенії (група IIa) і за відсутності остеопенії (група IIб), а також результати лікування із застосуванням кінезіотейпування з наявністю остеопенії (група Ia) і за її відсутності (група Ib).

Таким чином, отримані результати зазначають, що в крові дітей групи Ia виявлено меншу активність ферментів ЛФ і КФ, менший вміст глікопротеїнів і холестерину, підвищення рівня КФК, а в сечі – менший вміст оксипроліну і кальцію порівняно з групою IIa. Це вказувало на оптимізацію досягнутого стану м'язів, сполучної тканини та кісток за біохімічними показниками при застосуванні кінезіотейпування у хворих дітей за наявності у них вихідної остеопенії.

