

**Висновки.** 1. Методика корекції екстрофії мочевого пузьря местними тканями являється найбільш фізіологічною. 2. Операції по створенню штучного мочевого пузьря відносяться до групи реконструктивно-пластических. 3. Среди предложенных операций по созданию искусственного мочевого пузьря разработанная в клинике методика имеет наилучшие результаты.

**Література**

1. Мельников А.В. К вопросу об образовании искусственного мочевого пузьря / А.В. Мельников // Новый хирургический архив. – 1924. – Т.6, кн. 2–3. – С. 259–264.
2. Н.Б. Ситковский, Т.И. Даньшин, В. М. Каплан, В. Д. Письменный, В.П. Пинчук. Способ лечения экстрофії мочевого пузьря. Авторское свидетельство СССР № 1466721. Бюллетень №21 – 23.03.1989 г.
3. Казачков С.А. Хирургическое лечение недержания мочи при экстрофії мочевого пузьря у детей: автореф. дис.... д-ра мед. наук / С.А. Казачков. — Москва, 1990.
4. Возианов О.Ф. Урологія / О.Ф. Возианов, О.В. Люлько. – Київ: Вища школа, 1993. – С.254–260.
5. Brock III J.W. Bladder extrophy / III J.W. Brock, O'Neil, J.A. Jr // Pediatric Surgery. – Vol.2. – Boston Mosby Yaer Book, Inc., 1998. – P.1709–1759.
6. Somatic function, mental health and psychosocial functioning in 22 adolescents with bladder exstrophy and epispadias / Diseth T.H., Bjordal R., Schultz A. [et al.] // J. Urol. – 1998. – Vol.159. – P.1684–1690.
7. Hyperammonemic encephalopathy in a patient with ureterosigmoidostomy and acute hepatitis: a specific case of fulminant hepatic failure / Ohnishi S., Yoshida T., Makiyama H. [et al.] // Dig Dis Sci. – 2003. – Vol.48. – P.821–823.
8. Gender-associated differences in the psychosocial and developmental outcome in patients affected with the bladder exstrophy-epispadias complex / Lee C., Reutter H.M., Grässer M.F. [et al.] // BJU Int. – 2006. – Vol.97. – P.349–353.
9. Спосіб лікування екстрофії сечового міхура. Патент на корисну модель № 30906. Бюллетень 11.03.2008 р.

УДК 616.5-006.31:035.1

*Н.А. Дементьева<sup>1</sup>, В.А. Дігтяр<sup>2</sup>, О.П. Гладкий<sup>1</sup>, О.Л. Хитрик<sup>1</sup>, Я.І. Білицька<sup>1</sup>*

**Ефективність β-адреноблокатора у лікуванні гемангіом у дітей.  
7 років застосування**

*<sup>1</sup>КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна*

*<sup>2</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро*

**Мета:** вивчення ефективності β-адреноблокатора пропранололу у лікуванні гемангіом у дітей різного віку як самостійного методу, а також у комбінації із діодним лазером 940 нм.

**Матеріали і методи.** Робота ґрунтується на аналізі власних спостережень 2010–2017 років. Показаннями до проведення пропранолол-терапії були «проблемні», в силу локалізації, розмірів, функціональних і косметичних ризиків, гемангіоми, а також ускладнені гемангіоми.

Усього проліковані 183 дитини, 16 з яких мали 16 судинних мальформацій, а 167 (47 хлопчиків і 120 дівчаток) – 251 гемангіому. 162 гемангіоми (64,5%) локалізувалися у ділянці голови та шиї. Групи спостереження: 1 – діти з мальформаціями (n=16); 2 – діти з гемангіомами (n=167), розподілені на підгрупи за віком на старті лікування: 1–5 міс. (фаза проліферації, n=188), 6–8 міс. (фаза стабілізації, n=36), 9–24 міс. (фаза інволюції, n=21), 4–16 років (фаза закінченої інволюції, n=6).

Першим етапом виконувалася системна пропранолол-терапія в авторській модифікації після попереднього обстеження, метою якого було виявлення протипоказань. Лікування розпочиналося в умовах стаціонару (обов'язкова вимога). Добова доза пропранололу становила 2–2,5 мг/кг маси тіла внутрішньо в три прийоми. Тривалість лікування – 6–8 місяців і більше (до припинення позитивного ефекту).

Відповідь оцінювалася шляхом порівняння об'ємів новоутворень на етапах лікування по відношенню до початкового об'єму, який приймався за 100%, а також через фотодокументування з обчисленням цифрових параметрів кольору в динаміці.

Другим етапом виконувалася лазерний фототермоліз залишкових елементів з використанням діодного лазера з довжиною хвилі 940 нм із судинною приставкою в імпульсному режимі роботи.

**Результати.** У дітей із гемангіомами в стані закінченої інволюції і з мальформаціями позитивних змін не було.

У дітей раннього віку відбувалася дуже швидка регресія в перші два місяці лікування (на 50% через два тижні) з наступним уповільненням її темпу. Однак, незважаючи на, здавалося б, незначні відмінності кінцевого результату, зафіксована достовірна різниця залишкових об'ємів гемангіом (p<0,05) у різних вікових підгрупах цієї групи через 7, 14 днів, 1 міс. і 9–12 міс. терапії (найбільш виразна – у підгрупі 0–6 міс., тобто у фазі проліферації, найменша – у підгрупі 12–36 міс., у фазі інволюції).

Кінцевий ефект лікування дітей раннього віку за об'ємом оцінений у 251 гемангіомі, за кольором – у 66 після закінчення повного курсу пропранолол-терапії.

Випадків відсутності або слабого ефекту (регресії менше ніж на 60% від вихідного об'єму) не зафіксовано. Після закінчення лікування об'єм у межах 25–38% зберігся у 4-х гемангіомах (2,4%). Регресія об'єму гемангіом за певні проміжки часу відбувалася швидше та в більшій мірі, ніж кольору. У той час як зменшення 84,2% гемангіом під впливом системної пропранолол-терапії відбулося настільки, що на момент її закінчення вони не піднімалися над поверхнею шкіри (залишковий об'єм – до 5% від вихідного), у багатьох випадках до цього часу зберігалися досить помітні рештки у вигляді телеангіектазій у товщі шкіри на площі ураження (зменшення кліренсу кольору до 5% від вихідного відбулося лише у 30,3% гемангіом, в той час як у 21,2% випадків зберігалося від 20 до 40%, а в 6,1% – навіть від 40 до 52,5% кліренсу кольору від вихідного). Функціональних загроз ці телеангіектатичні рештки не несли, але в окремих випадках мали певний косметичний дефект.

## Матеріали конференції

У зв'язку з тим, що близько 85% гемангіом майже повністю втратили об'єм, але зберігали досить помітне рожеве забарвлення шкіри за рахунок судинних залишків у поверхневих шарах шкіри, 63 дітям залишкови телеангіектазії видалені за допомогою діодного лазера 940 нм із судинною приставкою та насадками діаметром 0,5 мм, 1,0 мм, 1,5 мм. Щільність енергії 300–450 Дж/см<sup>2</sup>, тривалість імпульсу 50–100 мс, інтервал між імпульсами до 500 мс, між сеансами 5–6 тижнів. Загальна тривалість лікування – від 8 до 18 місяців.

У результаті застосування комбінованого методу частка субтотальної редукції об'єму збільшилася на 10% (до 94,9%), а забарвлення – на 36,4% (з 30,3% до 66,7%) з повною нормалізацією рельєфу шкіри у 88,0% пацієнтів.

**Висновки.** Системна пропранолол-терапія є методом вибору в лікуванні проблемних гемангіом у дітей молодшого віку. Ефективність залежить від віку дитини та фази розвитку гемангіоми: найбільша ефективність – у наймолодшій віковій підгрупі, тобто по відношенню до гемангіом у проліферативній фазі розвитку. Ефекти відсутні щодо мальформацій і гемангіом у фазі закінченої інволюції. Метод доступний, комфортний, зручний і для дитини, і для батьків.

**Ключові слова:** гемангіоми, інволюція, β-блокатор, діодний лазер, діти.

УДК 616.728.2-007.17-073.432.19-053.2

*В.А. Дігтяр, О.Г. Садовенко, М.О. Камінська, І.І. Андрейченко, О.І. Мохов*

### Ультразвукова діагностика дисплазії кульшових суглобів у дітей

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро*

*КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна*

**Вступ.** Дисплазія кульшових суглобів (ДКС) – актуальна проблема ортопедії дитячого віку. Частота цієї патології, за даними різних авторів, становить від 3 до 20%. Важливим завданням сучасної ортопедії є раннє виявлення немовлят з патологією кульшових суглобів. Початок лікування ДКС до 3-х місяців сприяє одужанню у 97% немовлят. Для діагностики ДКС ортопедами все ширше використовується ультразвукове дослідження (УЗД).

**Мета** – аналіз результатів застосування УЗД патологій кульшових суглобів у дітей.

**Матеріали і методи.** За останній рік у кабінеті УЗД Дніпропетровської ОДКЛ було оглянуто 2365 дітей. Понад 85% дітей вперше скеровані на УЗД у віці 1–6 місяців, у 2013 р. цей показник становив лише 56%. Протягом перших місяців життя на УЗД скеровані 39% дітей групи ризику порівняно з 2013 р. (22%).

**Результати.** Велике значення ортопедами надається ранній діагностиці ДКС, передусім складним її формам – вивиху і підвивиху. Однією з переваг УЗД є можливість візуалізувати хрящові компоненти суглоба, визначити місце розташування голівки стегнової кістки по відношенню до кульшової западини, визначити патологічні зміни.

Оптимальним терміном проведення УЗД у дітей групи ризику є перший місяць життя. За наявності клінічної симптоматики або ознак фізіологічної незрілості суглоба дослідження повторюють через 3–4 тижні. Також необхідне динамічне спостереження в процесі лікування. Скринінгове дослідження у дітей може бути проведене на 2–3 місяці життя.

За даними УЗД нормальний розвиток кульшових суглобів (тип суглоба I) було виявлено у 610 дітей, що становить 25,8%.

Затримка формування кульшових суглобів (тип суглоба II-A, II-B) спостерігалася у 1514 (64%) дітей. Дисплазія тазостегнових суглобів, підвивихи і вивихи (тип суглоба III-A, III-B, IV, V) виявлені у 241 (10,2%) дитини. Великий відсоток патології кульшових суглобів пояснюється тим, що на УЗД направлялися діти з клінічною симптоматикою та з групи ризику.

Привертає увагу велика частка супутньої патології та вад розвитку інших систем у дітей з ДКС. Частіше у немовлят діагностуються захворювання центральної нервової системи.

**Висновки.** УЗД може застосовуватися ортопедами для раннього виявлення патології у новонароджених і є методом вибору діагностики та скринінгу у дітей першого року.

УЗД необхідно проводити у клінічно здорових дітей у 2–3 місяці, а у немовлят з групи ризику та клінічними симптомами дисплазії і вродженого вивиху, захворюваннями і вадами розвитку опорно-рухового апарату – протягом першого місяця життя. Обов'язково проводити ультразвуковий скринінг патології кульшових суглобів у дітей із захворюваннями центральної нервової системи і проявами рахіту.

Анатомічні особливості кульшових суглобів у немовлят роблять цей метод пріоритетним у віці до 3 місяців і кращим – у дітей 4–9 місяців.

**Ключові слова:** ультразвукова діагностика, дисплазія кульшових суглобів, діти.

УДК 616.329:616.149-0051-007.64-072.1-089-053.2

*В.А. Дігтяр, О.Г. Садовенко, С.О. Щудро, М.О. Камінська, Б.Г. Ашкіназі, М.В. Савенко, А.А. Галаган*

### Лікування варикозно розширених вен стравоходу у дітей

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро*

*КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпро, Україна*

**Вступ.** Портальна гіпертензія (ПГ) – це синдром підвищеного тиску в системі ворітної вени, викликаного порушенням кровотоку в портальних судинах, печінкових венах і нижній порожнистій вені. Основними симптомами ПГ є: спленомегалія, варикозне розширення вен (варікси) стравоходу, асцит і печінкова енцефалопатія.