

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

**Затверджено та рекомендовано до друку  
Президією Правління ВГО «Асоціація хірургів України»  
27 квітня 2015 р., протокол № 4**

**Редакційна колегія:**

О. Ю. Усенко, М. В. Костилев, Р. В. Салютін, С. А. Андреєщев, П. О. Шкарбан

**Рецензенти:**

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Зограб'ян, А. Є. Коваленко,  
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя, А. С. Лаврик,  
М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

**Відповідальний за випуск**

**О. Ю. Усенко**

XXIV з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: Зб. наук робіт. Електрон.  
текст. дані. Київ, Клін. хірургія, 2018. 1 електрон. опт. диск (CD-R).

**Видано в авторській редакції.**

**Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах, несе автор**

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології. та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

хірурга та ортопеда протягом 2–х років (реабілітація); відновлення структури і функцій ураженого сегменту кінцівки протягом росту пацієнта (диспансерне спостереження і корекція у ортопеда); корекція наслідків перенесеного МЕО, котра внаслідок тяжких вад пов'язана насамперед з корекцією психологічного стану, що дозволить адаптуватися хворим в суспільстві (протягом життя у ортопеда та психолога).

## Малоінвазивна корекція кілеподібної деформації грудної клітки у дітей

В. А. Дігтяр, Д. І. Шульга, М. О. Камінська, О. І. Мохов

Дніпропетровська медична академія,  
Криворізька міська клінічна лікарня № 8,  
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

**Вступ.** Кілеподібна деформація грудної клітки (КДГК) – це важка вада розвитку, що характеризується вираженими косметичним дефектом. У вітчизняній і зарубіжній літературі відзначається великий відсоток добрих результатів корекції цієї патології відкритим способом, проте усі види операцій дуже травматичні, припускають широкий операційний доступ, включають маніпуляції на кістково–хрящовій і м'язових тканинах грудної клітки, при цьому є високий ризик розвитку ускладнень в інтра- і післяопераційному періодах. У зв'язку з цим залишається актуальною необхідність розробки нових малоінвазивних методів оперативної корекції цієї вади розвитку грудної клітини, коли при мінімальній травмі шкірного покриву і грудинно–реберного комплексу усувається деформація з урахуванням естетичних вимог пацієнта.

**Мета роботи** – провести аналіз результатів хірургічного лікування КДГК у дітей з використанням малоінвазивної передньої торакопластики.

**Об'єкт и методи дослідження.** На базі КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» проведено оперативне лікування 35 дітей з КДГК II та III ступеню в стадії компенсації та субкомпенсації. Хлопчиків було 32 (91,4%), дівчаток 3 (8,6%). За класифікацією В.Б. Шаміка (2003) грудинно–реберний I тип трапляється у 15 дітей (42,85%), реберно–грудинний II тип у 20 дітей (57,15%). За формою деформації частіше зустрічалась еліпсова та кругла. Признаки дисплазії сполученої тканини виявлені у всіх пацієнтів. Це проявлялось у вигляді деформації хребта (сколіоз або кіфоз), плоскостопість, малих аномалій розвитку серця, гіпоплазії легеневої тканини. Більшість дітей прооперовано у віці від 11 до 18 років, коли деформація грудної клітки мала найбільш виражені прояви. Прогресування деформації грудної клітки припадало на пубертатний період. Усім дітям виконувалось комплексне обстеження за загально прийнятною методикою. Оперативне за способом малоінвазивної передньої торакопластики з використанням титанової пластини. Спосіб полягає в усуненні КДГК шляхом компресії титанової пластини в ділянках деформації передньої стінки грудної клітки, пластину проводять субфасціалью нагрудинно–реберно через попередньо сформований тунель із двох розрізів в передне–аксілярних ділянках з обох боків.

**Результати, їх обговорення.** У пацієнтів, оперованих за даною методикою, переливання еритроцитарної маси і препаратів крові не виконувалося. Середня тривалість оперативного втручання складала від 60 до 100 хв. Знеболювання наркотичними анальгетиками не проводилося. Застосували епідуральну анестезію, що дало можливість пе-

реводити пацієнтів у вертикальне положення та дозволяти ходити на другу добу після операції. Ранні післяопераційні ускладнення (консервативне лікування пневмотораксу) мали місце у одного хворого (2,85%). У відстроченому післяопераційному періоді виявлено розрив металевої ниті кріплення стабілізаторів у двох хворих (5,7%), серома у одному випадку (2,85%).

Результати лікування простежені у всіх пацієнтів після операції. Добрі результати отримані у 32 (91,4%) випадках, задовільні у 3 (8,6%) , незадовільних результатів не визначено.

**Висновки.** Використання малоінвазивної передньої торакопластики за допомогою титанової пластини має переваги в порівнянні з резекційними методиками, а саме: відсутність резекції ребер та грудини, мобілізації загрудинного простору, скорочення терміну операції, менш виражений больовий синдром, відсутність міграції пластини, можливість росту та розвитку грудної клітини, ліквідується деформація з вдалим функціональним та косметичним результатом.

## Мініінвазивне ендоскопічне лікування дітей з частковою непрохідністю вихідних відділів шлунку

О.Г. Дубровін<sup>1</sup>, І.В. Коломоєць<sup>2</sup>, Д.І. Вороняк<sup>2</sup>, Л.О. Трембач<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,

<sup>2</sup>Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит»

**Вступ.** У дітей часткова непрохідність вихідних відділів шлунку, як ускладнення виразкової хвороби, є рідкісним захворюванням. Порушення прохідності вихідних відділів шлунку при виразковій хворобі зазвичай обумовлено поєднанням набряку, спазму, рубцевого стенозу й атонії шлунку. В літературі є багато інформації щодо методів лікування часткової непрохідності вихідних відділів шлунку у дорослих. Відносно дітей даних недостатньо. Є лише декілька повідомлень, які демонструють досвід застосування ендоскопічної балонної дилатації у дітей зі стенозами вихідних відділів шлунку.

**Мета.** Оцінити ефективність застосування ендоскопічної балонної дилатації у дітей з частковою непрохідністю вихідних відділів шлунку, спричиною післявиразковими стенозами.

**Об'єкт і методи дослідження.** У період з 2013 по 2018 рр. включно в нашу клініку поступило десятеро дітей віком від 2 р 5 міс до 13 р (середній вік 6 р 7міс). Хлопчиків та дівчат порівну. Четверо дітей поступили з діагнозом «пілоростеноз» на оперативне лікування. При проведенні з діагностичною метою ендоскопічного обстеження у нас в клініці звернуло на себе увагу значне укорочення антрального відділу шлунку та звуження його просвіту по центру за рахунок циркулярного рубця, що дозволило встановити діагноз «стеноз антрального відділу шлунку». Одна дитина поступила з виразкою антрального відділу шлунку, виразкою цибулини дванадцятипалої кишки та стенозом пілородуоденальної зони в стані субкомпенсації. Одна дитина поступила зі стенозом пілоруса та цибулини ДПК внаслідок курсу лазерних абляцій виразки ДПК. Четверо дітей поступили з кровотечею з виразки антрального відділу шлунку, яка виникла на фоні прийому нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Був проведений ендоскопічний гемостаз. В подальшому у двох дітей протягом місяця сформувався стеноз антрального відділу шлунку, у двох – груба рубцева деформація антрального відділу