

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. Нікульников

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.



**Олександр Олексійович
ШАЛІМОВ
1918 – 2006**

Гострий апендицит: рівень надання допомоги?

Ю. В. Пащенко, В. Б. Давиденко, К. Ю. Пащенко, Є. В. Стрілець, О. С. Губар

Харківський національний медичний університет
Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, м. Харков

Вступ. Незважаючи на зниження кількості дітей з гострим апендицитом (ГА), це захворювання як і раніше є найбільш частою причиною ургентних операцій. Сучасні підходи до ведення хворих з цією патологією засновані на наступних принципах:

- апендикс – філогенетично важливий орган, що має низку функцій в організмі.
- простий, флегменозний і гангренозний ГА – це не стадії запального процесу апендиксу, а його різні форми.
- Оперативне видалення апендиксу має бути обґрунтованим і виконується за показаннями після достовірної верифікації діагнозу.

Рекомендації Європейської асоціації дитячих хірургів за 2017 рік містять відомості про можливість консервативного лікування дітей з ГА.

У зв'язку з вищевказаним виникає ряд питань для обговорення:

1. Які допустимі терміни та об'єм необхідного обстеження при спостереженні дитини з синдромом «болю в животі»?
2. Які критерії дозволяють проводити консервативне лікування?

Від вирішення цих питань залежить визначення – який рівень надання спеціалізованої допомоги при ГА. Вторинний чи третинний (тобто в дитячому хірургічному стаціонарі).

Мета. Проаналізувати досвід лікування дітей ГА нашого регіону.

Об'єкт і методи. В роботі наведений аналіз лікування дітей ГА в Харківській області на підставі звітів районних ЛПЗ і даних клініки дитячої хірургії ХНМУ на базі КЗОЗ ОДКЛ №1 м Харкова.

За 2017 рік у групу аналізу не увійшли діти з перитонітом. У 43 дітей з верифікованим апендицитом використано консервативне лікування. Об'єм обстеження – термометрія, аналіз крові, УЗД, КТ (за показаннями), динаміка СРП.

Результати та їх обговорення. Згідно даних районних звітів за рік було виконано 128 апендектомій. З них з приводу простого ГА 76 (60%)! В ОДКЛ №1 кількість оперативних втручань склала 616. З них з приводу простих форм у 8 випадках (1%). Операції виконувалися як відкритим способом, так і з використанням лапароскопії. Лапароскопію починали завжди використовуючи 2 трансумбілікальних порти, які при технічних складнощах доповнювали ще одним лівобічним. Ускладнень не спостерігали.

У 43 дітей з відсутністю перитоніта та підтвердженими УЗД проявами ГА проводилося консервативне лікування під контролем клініки, лабораторних даних (динаміка периферичної крові та СРП), УЗД.

Проведення протимікробної, протизапальної терапії в поєднанні з місцевою гіпотермією дозволило в 39 випадках вилікувати дитину. У 4-х дітей, стан яких в динаміці не мав тенденції до покращення, використовували лапароскопічну апендектомію (ЛА). При цьому незважаючи на деструктивні зміни, явища місцевої перитоніальної реакції були незначними.

Показниками позитивної динаміки консервативного ведення вважали зниження запальної реакції крові, стихання місцевих симптомів, відсутність температури та підвищення рівня СРП.

Висновки. Консервативне лікування ГА під об'єктивним контролем може бути з успіхом використано у дітей.

Потребує перегляду доктрина щодо обмеження часу спостереження дитини з підозрою на ГА.

Надання допомоги дітям з ГА найбільш ефективно в спеціалізованому дитячому хірургічному стаціонарі. З урахуванням можливостей ЛА очевидно, що ця установа – III рівня.

Термометрична панель передньої черевної стінки у дітей з інфільтратами, абсцесами апендикулярного походження та прогностичний аксилярно–абдомінальний коефіцієнт

В. Ф. Рибальченко¹, Ю. Г. Демиденко², С. Я. Ярмач²

¹НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ,

²Чернігівська обласна дитяча лікарня, м. Чернігів

Вступ. Деструктивні форми гострого апендициту виявляються у 76% випадків, із яких у 43% хворих – перфорація апендикулярного відростка, що призводить до розвитку інфільтратів та абсцесів черевної порожнини. Апендикулярний інфільтрат діагностується від 0,2% до 14,6% випадків. Периапендикулярний абсцес фіксують у хворих від 1,5% до 12,6%. На післяопераційні інфільтрати та абсцеси черевної порожнини припадає від 1,1% до 10,5% пацієнтів від загальної кількості з обмеженими формами перитоніту та до 40,3% хворих із загальним перитонітом, як ускладнення післяопераційний інфільтративний оментит виникає у пацієнтів від 0,02% до 4,52%.

Мета: покращити результати комплексного лікування дітей з гострою хірургічною патологією, що призводить до розвитку інфільтратів та абсцесів черевної порожнини, за рахунок удосконалення діагностичних технологій.

Об'єкт і методи дослідження. В основу роботи покладено аналіз результатів термометрії передньої черевної стінки 33 пацієнтів з інфільтратами та абсцесами черевної порожнини, в яких застосовувалась дистанційна інфрачервона термометрія, з метою діагностики вогнища запалення та для прогнозування перебігу післяопераційного періоду. До групи порівняння увійшло 70 дітей, які були шпиталізовані в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит. Вік пацієнтів складав від 5 до 17 років (10,21±0,37 років). За статевими характеристиками, будовою тіла групи були рівнозначні.

Результати, їх обговорення. Локальну температуру вимірювали в 26 точках, розташованих на площині, утворюючи панель передньої черевної стінки в місцях перетину під прямим кутом 5 вертикальних та 6 горизонтальних ліній, починаючи з верхніх відділів справа наліво. Середня температура передньої черевної стінки у дітей без хірургічної патології, згідно з даними вимірювання в точках термометричної панелі, становила 34,25±0,05°C. Середня аксилярна температура складала 36,65±0,01°C. Аксилярно–абдомінальний коефіцієнт у даній групі пацієнтів був на рівні 2,43±0,07°C.

Встановлено, що у дітей без патології органів черевної порожнини різниця між аксилярною та температурою передньої черевної стінки мала значення 2±0,02°C, вказуючи на відсутність запалення. За розвитку інфільтрату чи абсцесу черевної порожнини апендикулярного генезу аксилярна температура коливалась в межах від 36,6°C до 40,0°C (38±0,14°C). Встановлено, що при ПЧП температура передньої черевної стінки була 37,46±0,41°C, а при ПАЧП температура передньої черевної стінки доходила до 37,71±0,1°C. Встановлено, що при ВЧП температура передньої черевної стінки була 36,4°C, а при ВАЧП температура передньої черевної стінки – 38,09±0,05°C. Середня температура

Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог (до 100-річчя з дня народження)	4
Розділ 1. Бойові ушкодження та травми мирного часу.....	7
Розділ 2. Хірургічне лікування захворювань стравоходу та шлунка	36
Розділ 3. Хірургія кишечника	79
Розділ 4. Гепатобіліарна хірургія	125
Розділ 5. Хірургія підшлункової залози	173
Розділ 6. Проблеми перитоніту, сепсису та інфекцій, пов'язаних з лікуванням	229
Розділ 7. Ургентна хірургія	273
Розділ 8. Хірургія магістральних судин та серця	318
Розділ 9. Мікросудинна та пластична хірургія, комбустіологія	411
Розділ 10. Дитяча хірургія	448
Розділ 11. Хірургія ендокринних органів	486
Розділ 12. Трансплантація	542
Розділ 13. Герніологія, експериментальна хірургія та різне	554