

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, баріатричної 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**

ренесений НЕК в період новонародженості. Діагностика патології базувалась на даних анамнезу, клінічних проявів патології, фізикального обстеження і інструментальних методів дослідження (УЗД, рентгенологічні методи) та гістологічного дослідження видалених ділянок товстої кишки.

**Результати і обговорення.** Перші симптоми низької кишкової непрохідності з'являлися у дітей на 2 – 3 місяці життя. З часом патологічна інтестинальна симптоматика наростала, консервативні заходи були неефективними і у віці 3міс. (1 дитина), 4 – 6 міс. (3 дітей), 1 рік (1 дитина) і 1рік 3міс. (1 дитина) пацієнти були госпіталізовані до хірургічного відділення з симптоматикою низької кишкової непрохідності. Діагнози при направленні: дисбактеріоз, хронічний запор, спастичний коліт. Із 6 досліджуваних дітей 5 (83,3%) були недоношеними. 4 дітей з приводу НЕК лікувались консервативно, 2 перенесли хірургічні втручання. При УЗД та рентгенологічному обстеженні (оглядова рентгенографія і іригографія) були виявлені ділянки стенозування товстої кишки : стеноз нисхідної кишки – у 2 дітей, стеноз висхідної кишки – у 1 дитини, стеноз поперечно-ободової кишки – у 2 дітей і у 1 дитини були 2 ділянки стенозу – в поперечно-ободовій і сигмовидній кишках. Всі 6 пацієнтів були прооперовані – хірургічне лікування включало резекцію стенозованих ділянок товстої кишки з формуванням прямого анастомозу «кінець в кінець». Післяопераційний період перебігав без ускладнень, всі діти видужали. При гістологічному дослідженні видалених патологічних ділянок кишки отримані дані про наявність запальних змін, кальцинозу і рубцювання стінки товстої кишки.

#### **Висновки**

1. Некротичний ентероколіт новонародженого може ускладнитися розвитком постнекротичного стенозу товстої кишки.
2. В переважній більшості випадків стеноз товстої кишки розвивається у недоношених дітей ( у 5 дітей із 6 досліджуваних, що склало 83,3%).
3. Постнекротичний стеноз товстої кишки зустрічається як після консервативного, так і після хірургічного лікування НЕК.
4. Лікування даного контингенту хворих хірургічне, прогноз сприятливий.
5. Діти, що перенесли НЕК, мають знаходитись під диспансерним спостереженням, як загрозливі щодо можливих віддалених хірургічних ускладнень.

## **Щодо питання зменшення периопераційного болю**

**В. В Данилова, Ю. В. Пащенко О. В. Борисов**

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

**Вступ.** У зв'язку із впровадженням в клінічну практику ендохірургії, перед анестезіологами виник цілий ряд специфічних проблем, пов'язаних з особливостями анестезіологічного забезпечення. Проведення загальної анестезії при лапароскопічних операціях пов'язано з накладанням карбоксиперитонеуму, що впливає на кровообіг і механіку дихання. Проблема карбоксиперитонеуму у дітей займає одне з перших місць при розробці нових методик загальної анестезії. Саме карбоксиперитонеум приносить найбільше занепокоєння пацієнтам як на початковій стадії втручання, так і в ранньому післяопераційному періоді, Тому для пом'якшення периопераційного дискомфорту застосовуються анальгетичні дози наркотичних засобів.

**Мета.** В наявних роботах проблеми значущості комбінованої загальної анестезії висвітлені недостатньо. Це змусило нас використати мультимодальну комбіновану анестезію каудальну анестезію в поєднанні з інфільтраційною анестезією навколопупкової області.

**Об'єкт і методи.** Групи склали хлопчики з варикоцеле ( $n = 16$ ) і дівчатка з двосторонніми паховими грижами ( $n = 7$ ). Середній вік пацієнтів – 10 років  $\pm$  2 роки, вага  $30 \pm 5$  кг. Всі діти ставилися до I класу по ASA. Анестезіологічний ризик по Ракітцкому II ст. Премедикація у всіх дітей проводилася у відділенні в присутності батьків і включала внутрішньовенне введення атропіну (0,1 мг/кг), сибазону (0,3 мг/кг), і 50% анальгін (10 мг/кг). Індукцію проводили пропофолом 3 мг/кг болюсно, підтримання анестезії – пропофолом інфузійно 0,7 мг/кг/хв (2 мг/кг). На тлі загальної анестезії і міорелаксації проводили інтубацію трахеї і ШВЛ.

Після цього виконували пункцію каудального простору з болюсним введенням 0,25% ропівакаїну (наропіну) із розрахунку 1,0 мл/кг маси тіла. Перед накладенням карбоксиперитонеуму проводили інфільтраційну анестезію навколопупкової області 1% ультракаїном. Інтраопераційно наркотичні анальгетики не вводилися. Тривалість оперативного втручання склала в середньому  $35 \pm 10$  хвилин. Інтраопераційно і в післяопераційному періоді монітувати ЧСС, АТ (систоличний, середнє, діастолічний),  $\text{SaO}_2$ , показники газообміну і рівень глікемії. Крім того застосовували BIS-монітор для контролю глибини анестезії. Після пробудження оцінювали больовий синдром за візуально-аналоговою, вербальною і мімічною шкалами оцінки інтенсивності болю. Ускладнень при виконанні каудального блоку не зафіксовано.

**Результати.** Отримані результати свідчать про те, що анестезіологічне забезпечення при лапароскопічних операціях у дітей пропофолом в поєднанні з каудальною анестезією і інфільтраційною анестезією навколопупкової зони 1% ультракаїном не викликає змін гемодинаміки, негативно не впливає на транспорт кисню, зменшує дискомфорт при накладенні карбоксиперитонеуму, забезпечує гладкий вихід з наркозу і хороше знеболення на протязі до 6 годин.

**Висновки.** Застосування каудальної анестезії в поєднанні з інфільтраційною анестезією навколопупкової області – ефективний та безпечний метод анестезіологічної допомоги при оперативних втручаннях у дітей, дозволяє скоротити потребу в гіпнотиках і центральних анальгетиках. Комбінована регіонарна анестезія менш затратна та зменшує витрати як на операцію, так і в післяопераційному періоді.

## Современные аспекты лечения аппендикулярного абсцесса у детей

В. А. Дегтярь, А. М. Барсук, С. В. Коваль, Л. Н. Бондарюк

Днепропетровская медицинская академия,  
Днепропетровская областная детская клиническая больница

**Актуальность.** В последние годы внедрение малоинвазивных технологий при аппендикулярном перитоните у детей значительно улучшило как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения. Предлагаются разные способы оперативного лечения и санации в случаях сформированного аппендикулярного абсцесса. Сохраняется достаточно высокий процент интраабдоминальных послеоперационных осложнений, независимо от способа лечения.

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