

## СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ XXI З'ЇЗДУ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ, 2005)

*Б.М.Боднар, В.В.Горячев, А.М.Унгурян*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

За два дні роботи секції "Дитяча хірургія" на XXI з'їзді хірургів України (Запоріжжя, 2005) зроблено 42 доповіді з таких актуальних питань: політравма, травма органів черевної порожнини та заочеревинного простору (6 доповідей), патологія стравоходу (4), лапароскопічні втручання у дітей (4), лікування ехінококових кіст (3), природжена кишкова непрохідність та пілоростеноз (8), патологія підшлункової залози та печінки (5), ускладнення в хірургії травного каналу у дітей (6), діагностика та лікування нейрогенних пухлин середостіння (1), профілактика спайкоутворення в черевній порожнині (2), аутотрансплантація лієнотканини у дітей (1), інші (4).

Мультидисциплінарний підхід до лікування політравм у дітей розроблений в Національному медичному університеті ім. О.О.Богомольця на базі Української дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ". С.М.Ярославська та ін. (Київ) пропонують алгоритм надання допомоги дітям з травмою та політравмою. Розроблені алгоритми передбачають застосування педіатричної шкали Глазго, пульсоксиметрії, як "золотий стандарт" моніторингу на всіх етапах лікування.

Досвідом лікування 87 дітей із травмою нирок, 12 – з травмою сечового міхура та 5 – з розривом уретри поділилися вчені Донецького державного медуніверситету ім. Горького. В.З.Москаленко та ін. запропонували при лікуванні закритої травми нирок дотримуватися переважно консервативної тактики під контролем УЗД та екскреторної урографії в динаміці. Основним показанням до невідкладного оперативного лікування вважають загрозливу життю ниркову кровотечу. У всіх випадках розриву сечового міхура та уретри показано негайне оперативне втручання.

Результати лікування закритої травми селезінки у 33 дітей висвітлені у доповіді дослідників Буковинського державного медуніверситету (Б.М.Боднар та ін.). Наголошено, що клінічна діагностика закритої травми селезінки у дітей в 57,6% випадків утруднена. Частота несправжніх двомоментних розривів селезінки у дітей становить 87,9%. Органозберігальні методи лікування травми селезінки у дітей є оптимальними.

Діагностиці та лікуванню ушкоджень стравоходу присвячена доповідь учених Київської медичної академії післядипломної освіти ім. Шупика та Київської міської клінічної лікарні № 17 (П.П.Сокур та ін.). Ними представлені результати лікування 32 дітей з трансмуральними перфораціями стравоходу в гострій стадії захворювання. Використовували шийну медіастинотомію за методом Розумовського, правобічну і лівобічну торакотомії, задню позаплевральну медіастинотомію за методом Насилова. У всіх випадках у середостіння встановлювали подвійні дренажні трубки для цілодобової іригації за методом Каншина. Померла одна дитина внаслідок аортально-стравохідної норичі з кровотечею.

Досвідом лікування післяопераційного перитоніту та спайкової кишкової непрохідності поділилися науковці Житомирської обласної дитячої лікарні та філії кафедри дитячої хірургії КМАПО ім. Шупика П.С.Русак і О.К.Толстанов. Ними виконано 72 апендектомії та 36 втручань з приводу спайкової непрохідності. З метою усунення ендогенної інтоксикації та профілактики спайкової непрохідності рекомендовано релапароскопію.

Лікувальній тактиці з приводу ехінококових кіст печінки у 79 дітей присвячена доповідь учених Національного медичного університету

ім. О.О.Богомольця, Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Української спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ" (Д.Ю.Кривченя та ін.). Авторами запропонована власна методика капітонажу залишкової порожнини при глибоких та плоских кістах, що дозволило добитися поступового заповнення порожнини кісти. Вибір хірургічного доступу залежить від посегментарного розташування кіст. Глибокі інтрапаренхіматозні кісти підлягають пролонгованому транскутантному або транслапаратомному дренажу з її ретельною санацією. Специфічне медикаментозне лікування як самостійний метод використовувати недоцільно.

Проблемі гострих панкреатитів у дітей присвячений виступ О.М.Горбатюк (Київська медична академія післядипломної освіти ім. Шупика). Констатовано зростання частоти гострих панкреатитів у дітей. Клінічно у дітей переважає біль у животі, багаторазове блювання, вимушене положення в ліжку, біль при пальпації в точці Мейо-Робсона та ділянці Шоффара, позитивний симптом Керте. Найціннішим лабораторним методом діагностики гострого панкреатиту є визначення ниркового кліренсу амілази, що являє собою співвідношення кліренсу амілази та кліренсу креатиніну:  $(\text{амілаза сечі}/\text{амілаза крові}) \times (\text{креатинін крові}/\text{креатинін сечі}) \times 100$ . У нормі це співвідношення нижче 5%, а при

панкреатиті досягає 7-14% і вище. Методом вибору в лікуванні гострого панкреатиту є консервативна терапія із застосуванням повного обсягу терапевтичних заходів.

Результатам лікування біліарної атрезії у 166 дітей була присвячена доповідь Д.Ю.Кривченя та ін. (Київ). Гепатоportoєюностомію за методом Косаї виконано у 142 випадках, portoхолецистостомію – 4, операцію Суругі – 1, холецистостомію – 1, операцію Вальдшміда – 6. Операція Косаї доповнена накладанням антирефлюксних клапанів за методом Шмідта-Ганга у 94 випадках. У ранньому післяопераційному періоді померло 7 (4,2%) дітей. Два пацієнти живуть після операції 19 та 12 років. Понад 5 років живуть 14 дітей, більше 3 років – 29 дітей. Решта дітей померли в середньому через 9-15 місяців після операції внаслідок печінкової недостатності та портальної гіпертензії. Операція Косаї при некорегованій формі біліарної атрезії дає змогу збільшити час для пошуку донора з метою трансплантації печінки.

XXI з'їзд хірургів України продемонстрував прагнення дитячих хірургів й надалі розробляти нові організаційні форми роботи, впроваджувати сучасні технічні, діагностичні та лікувальні засоби, що сприятиме оптимізації результатів лікування дітей з хірургічною патологією та подальшому розвитку галузі.