

стопа та гомілки. При даній тактиці лікування ГНУС вдалось зберегти 14 кінцівок (82 %), ампутація на рівні стегна виконана у 3 хворих (18 %).

Поєднання сучасних методів лікування гнійно-некротичних процесів з паравертебральною десимпатизацією на тлі СДС дозволяє розширити межі курабельності пацієнтів високого ступеня ризику, зменшити відсоток високих ампутацій нижніх кінцівок і покращити якість їхнього життя.

ЛІКУВАННЯ КІСТ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

Кузик А. С.^{1,3}, Притула В. П.², Лукавецький І. В.³, Могиляк О. І.³, Романишин Б. С.³, Синюта А. В.³, Халак С. М.³, Лешневський О. Б.³

¹м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

³Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр

Первинні кісти селезінки (КС) зустрічаються у дітей рідко та реєструються з частотою від 0,07 % до 1,0 % від усіх хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Залежно від розмірів і локалізації цих утворень в селезінці можлива хірургічна корекція або консервативне ведення. Результатом лікування КС має бути повна ліквідація порожнини кісти.

Мета: оцінити результати хірургічної корекції або консервативного ведення КС у дітей за даними віддалених моніторингових змін.

Матеріали та методи. У роботі проведено дослідження 265 дітей віком 0–17 років (середній вік $(11,25 \pm 4,21)$ років), які проходили обстеження та лікування з приводу КС. Прооперовано 175 $[(66,04 \pm 2,91) \%$] дітей, а 90 $[(33,96 \pm 2,91) \%$] пацієнтів велися консервативно.

Результати та обговорення. Найбільш поширеними локалізаціями кіст були верхній або середній сегменти селезінки: $(33,21 \pm 2,89) \%$ і $(29,81 \pm 2,81) \%$, відповідно. Було проведено 119 $(68,00 \%)$ відкритих і 56 $(32,00 \%)$ мініінвазивних операцій у дітей з різною посегментною локалізацією. Решткова кіста була виявлена у $(46,42 \pm 3,06) \%$ пацієнтів, яка протягом 1–3 років зазнала повної регресії. Залишкова кіста малих розмірів (яка зберігалася після хірургічної корекції) значно швидше регресувала після хірургічного втручання порівняно з тим, як відбувався регрес кістозного утворення малих розмірів в селезінці при консервативному веденні ($p < 0,05$).

Висновки. Лікувальна тактика при КС у дітей передбачає різні варіанти індивідуальної хірургічної корекції або консервативного ведення, що залежить від локалізації, розмірів, співвідношення до архітекτονіки магістральних судин і варіанта ураження паренхіми селезінки. Результат лікування дітей з КС залежить від об'єму, локалізації, етіології ураження, методу корекції та дотримання всіх рекомендації в післяопераційному періоді на тлі супутніх захворювань.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

Мельник І. В., Чурпій І. К., Мельник Р. І.

м. Івано-Франківськ. Івано-Франківський національний медичний університет, Центральна міська клінічна лікарня

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) у 18–21,6 % випадків виникають, як ускладнення після перенесених лапаротомій. Вони становлять 22,4 % від загальної частоти гриж живота. Частота рецидивів після пластики ПВГ становить 30–35 %, летальність – 1–7 %. В основі проблем закладений неадекватний вибір способу герніопластики, натяг тканин, зменшення об'єму черевної порожнини, недостатнє перекриття сіткою опорних тканин черевної стінки тощо. Основні причини ПВГ полягають в розвитку морфофункціональної слабкості м'язово-апоневротичної тканини в результаті інфекційних ускладнень з боку рани (нагноєння, нориці) у 45–50 %, дефекти хірургічної техніки – 3–4 %, евентрація в післяопераційному періоді – 1,5–2 %, дисбаланс колагену III типу – 40–45 % – прогресуюча морфофункціональна недостатність тканин. Продукуючий чинник виникнення інцизійної грижі – підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ).

Для формулювання діагнозу ПВГ у хворих ми застосовували міжнародну класифікацію (Chevrel, Rath, 1999) SWR clas.: S-локалізація грижі (M1–4 – серединна, L1–4 – бокова); W-ширина дефекту; R-наявність рецидиву; W1 – менше 5 см; W2 – від 5 до 10 см; W3 – від 10 до 15 см; W4 – більше 15 см – класифікація EHS (2008) – включає крім ширини й довжину дефекту.