

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.І. ПИРОГОВА

**ПАЛАМАРЧУК ЮРІЙ ПАВЛОВИЧ**

УДК: 616-053.31-089:611.135.5:617.55-089

**ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ВІСЦЕРО-АБДОМІНАЛЬНОЇ ДИСПРОПОРЦІЇ У  
НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ ДЕФЕКТАМИ  
ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

(експериментально-клінічне дослідження)

14.01.09 – дитяча хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

**Вінниця – 2010**

Отформатировано: слева: 2 см, справа: 2 см, Расстояние от края до верхнего колонтитула: 1,25 см, Расстояние от края до нижнего колонтитула: 1,25 см

Отформатировано: Междустр.интервал: полуторный

Отформатировано: Междустр.интервал: полуторный

Удалено: ¶

Удалено: аламарчук Юрій

Удалено: Павлович

Удалено: ¶

Отформатировано: Междустр.интервал: полуторный

Удалено: ¶

Удалено: ¶

Удалено: ¶

Отформатировано: По левому краю

Отформатировано: Шрифт: полужирный

Удалено: ¶

¶

¶

¶

В

Отформатировано: Шрифт: полужирный

Отформатировано: Шрифт: полужирный

Удалено: -

Отформатировано: Междустр.интервал: полуторный

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Незважаючи на новітні діагностичні можливості сучасної медицини, різноманітні методи хірургічного лікування новонароджених дітей з патологією передньої черевної стінки (**ПЧС**), проблема вісцero-абдомінальної диспропорції (**ВАД**) та її корекція залишається актуальною, про що свідчать багаточисельні дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних науковців [Слепов О. К., 2007; Горбатюк О. М., 2008; Лосев А. А., 2009; Караваева С. А., 2008.; Москаленко В. З. и соавт., 2005; Barisic I, Clementi M., 2004, Cheatham M. L., 2008].

Наявність ускладнень та значний рівень летальності спонукає дитячих хірургів до пошуку нових шляхів хірургічного лікування цієї патології. Існуючі на сьогоднішній день способи хірургічного лікування не в змозі в повній мірі вирішити дану проблему. Для усунення вісцero-абдомінальної диспропорції одні автори [Перунський В. П. 2008] застосовують оперативні втручання з розсіченням м'язів передньої черевної стінки і етапно закривають вроджений дефект місцевими тканинами, інші – поєднують такі втручання із застосуванням різного роду трансплантатів [Кривченя Д. Ю., Даньшин Т. І., 2008]. Однак дотепер не знайдено універсального способу, який би давав змогу під час першого етапу хірургічного лікування максимально і надійно усувати вісцero-абдомінальну диспропорцію. За умови порушення анатомічної цілісності передньої черевної стінки внаслідок розсічених м'язів, повторні реконструктивні оперативні втручання є надзвичайно травматичними по відношенню до оточуючих органів та тканин, загрозливими для життя дитини [Давиденко В. Б. и соавт., 2005; Кривченя Д. Ю., 2008; Арапова А. В. и соавт., 2008; Захаров Н. Л., 2008; Robbins J. M., 2009, Rasmusen S. A. et al., 2005].

Вроджена патологія, яка обумовлена дефектом передньої черевної стінки: гастрошизис та омфалоцеле, є відносно рідкими вадами розвитку, як відомо їх частота складає від 1 : 1200 до 1 : 21000 новонароджених [Лятуринська О.В., Курочкін М.Ю., 2004; Степаненко С.М. та співавт., 2005]. За останні роки відмічено збільшення частоти виникнення вродженої арафії (розщілини) передньої черевної стінки до 1 : 4000 і навіть 1 : 2900 новонароджених [Кривченя Д. Ю. та співавт., 2003]. При цьому гастрошизис привалює у порівнянні з омфалоцеле, співвідношення складає 2:1 або 3:1. При лікуванні гастрошизису зберігається висока летальність, яка сягає від 4 % до 8 %, [Кривченя Д.Ю. та співавт., 2008, Phillips J. D., 2009] та від 9,1 % до 65 %, за даними клінік СНД [Бочков Н. П., 2008; Захаров Н. Л., 2006; Немилова Т. К., 2007].

Лікування дітей з природженими вадами **ПЧС** дотепер залишається складною і невирішеною проблемою хірургії новонароджених, яка включає в

Удалено: ¶

Удалено: ¶

**Отформатировано:**  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

**Отформатировано:**  
Шрифт: 10 пт

**Отформатировано:** Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: ,

Удалено:

Удалено: ,

Удалено: ,

**Отформатировано:**  
английский (США)

**Отформатировано:**  
английский (США)

**Отформатировано:**  
английский (США)

**Отформатировано:**  
английский (США)

**Отформатировано:**  
английский (США)

Удалено: ,

**Отформатировано:** Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: ,

**Отформатировано:**  
украинский

Удалено: ,

Удалено: ,

**Отформатировано:**  
украинский

**Отформатировано:**  
украинский

**Удалено:** передньої черевної  
стінки

себе питання пренатальної діагностики транспортування хворих, особливості передопераційної підготовки, строків втручання, хірургічної та анестезіологічної тактики у залежності від доношеності новонародженого, розмірів дефекту передньої черевної стінки та супутньої патології [Караваєва С. А. и соавт., 2008, Nakayama D. K., 2009].

Ураховуючи анатомічну особливість і складність патофізіологічних механізмів цієї вади розвитку, головним завданням при гастрошизисі та омфалоцеле є подолання наявної вісцеро-абдомінальної диспропорції й ефективне терапевтичне лікування синдрому гіперестальтики, обумовленою дефіцитом ферментів та внутрішньоутробним запаленням вісцеральної і парієтальної очеревини [Караваєва С. А., Баиров В. Г., 1998; Москаленко В. З. и соавт., 2005].

Як відомо, при вроджених дефектах **ПЧС** виникає значний рівень ускладнень, а відсутність єдиних хірургічних підходів щодо способу та об'єму оперативного втручання, корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції висувають дану проблему в розряд таких, що потребує подальшого вивчення та наукової розробки.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація являється фрагментом планової наукової роботи кафедри дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Удосконалення діагностики, лікування, реабілітації хірургічних захворювань у дітей» (держреєстрація № 0105V002712). Дисертант у комплексній темі виконував окремі фрагменти, присвячені корекції вісцеро-абдомінальній диспропорції при хірургічній патології у новонароджених дітей.

**Мета роботи:** покращення результатів хірургічного лікування новонароджених дітей з гастрошизисом та омфалоцеле шляхом усунення вісцеро-абдомінальної диспропорції багатовекторною тракцією черевної стінки.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені наступні **завдання:**

1. Провести математичне моделювання процесу корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції шляхом застосування багатовекторної тракції черевної стінки.

2. У експерименті на тваринах розробити хірургічний спосіб збільшення об'єму черевної порожнини шляхом багатовекторної тракції її стінок.

3. Дослідити морфологічні зміни в шарах передньої черевної стінки у щурів, які виникають під дією багатовекторної тракції.

4. На основі результатів експериментальних досліджень розробити, обґрунтувати та впровадити в практику власний спосіб хірургічного лікування гастрошизису та омфалоцеле у новонароджених дітей.

Удалено: ,

Отформатировано:  
украинскийОтформатировано:  
украинский

Удалено: e

Отформатировано:  
украинский

Удалено: ,

Отформатировано:  
украинскийОтформатировано:  
украинскийУдалено: передньої черевної  
стінкиОтформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

5. Вивчити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування новонароджених дітей з гастрошизисом та омфалоцеле при різних способах хірургічної корекції цієї патології.

*Об'єкт дослідження:* вісцero-абдоминальна диспропорція.

*Предмет дослідження:* передня черевна стінка, об'єм черевної порожнини.

*Методи дослідження:* Клінічний метод (розроблялись індивідуальні карти хворого на гастрошизис та омфалоцеле, урахувались строки гестації, оцінка дитини за шкалою Апгар, визначення показники вимірів об'єму черевної порожнини, маса тіла, тривалість передопераційної підготовки, вид оперативного втручання, анестезіологічне забезпечення, терміни відновлення перистальтики кишківника, враховувалися показники SaO<sub>2</sub> на верхніх та нижніх кінцівках). Лабораторний метод (динамічне визначення загального аналізу крові та сечі, цукру крові, білірубіну, загального білку, трансаміназ, сечовини, креатиніну, електролітів, амілази крові, коагулограми, діастази сечі). Патоморфологічний метод (досліджувалися усі шари передньої черевної стінки на котрі впливала сила розтягнення). Ультрасонографічні методи (пренатальна ультразвукова діагностика вроджених вад розвитку передньої черевної стінки, виявлення супутньої патології у новонароджених з гастрошизисом та омфалоцеле). Рентгенологічний метод (для визначення супутньої інтестинальної патології та вад розвитку дихальної системи). Метод математичного моделювання корекції вісцero-абдоминальної диспропорції (алгоритм поступового розтягнення черевної стінки. Вимірювався внутрішньочеревний тиск за методикою Ktop I, як один із показників для визначення можливості радикального закриття дефекту передньої черевної стінки). Статистичний метод (оцінка вірогідності отриманих результатів).

**Наукова новизна дослідження.** В роботі вперше запропонована математична модель процесу корекції вісцero-абдоминальної диспропорції шляхом багатовекторної тракції ПЧС при хірургічних втручаннях у новонароджених дітей з гастрошизисом та омфалоцеле.

Вперше визначені за допомогою математичного аналізу параметри моделі дозволили отримати діаграми силового навантаження на черевну стінку при хірургічній корекції вісцero-абдоминальної диспропорції у немовлят з гастрошизисом та омфалоцеле.

Запропонований коефіцієнт диспропорції з нових наукових позицій дає можливість класифікувати ВАД за ступенями, її виразності та в кожному окремому випадку формувати алгоритм подальшого лікування.

Принципово по-новому в експерименті і в клініці обґрунтовані та розроблені шляхи покращення лікування новонароджених з дефектами передньої черевної стінки, які супроводжується вісцero-абдоминальною

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт, Узор: Нет

Удалено: i

Удалено: ;

Удалено: ;

Удалено: ;

Удалено: ;

Отформатировано: украинский

Отформатировано: украинский

Отформатировано: По ширине, Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Удалено: черевної стінки

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Удалено: e

диспропорцією, що слугувало основою для створення нового способу хірургічного лікування гастрошизису та омфалоцеле за рахунок збільшення об'єму черевної порожнини багатовекторною тракцією її стінок.

Удалено: o

Вперше розроблено та запроваджено в практику лікування немовлят з гастрошизисом та омфалоцеле новий спосіб хірургічної корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції, який у безпосередній та віддаленій термін спостережень (від 1 місяця до 3 років) створює значні позитивні умови збільшення об'єму черевної порожнини без формування вентральних гриж та забезпечує добру якість життя.

Удалено:

Удалено: c

**Практичне значення одержаних результатів.** Отримані дані дозволяють обґрунтовано використовувати при хірургічній корекції гастрошизису та омфалоцеле спосіб усунення вісцеро-абдомінальної диспропорції шляхом багатовекторної тракції черевної стінки без формування вентральних гриж власними тканинами у спеціалізованих відділеннях для новонароджених дітей. Класифікувати ВАД в кожному окремому випадку та формувати алгоритм хірургічного лікування в залежності від її ступеня.

Результати дослідження впроваджено в навчальний процес та практичну діяльність клініки дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова і рекомендуються для застосування у спеціалізованих медичних установах України.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація представляє собою власне дослідження автора, який виконав пошук літератури за темою дослідження, особисто розробив основні теоретичні та практичні напрямки роботи, визначив мету та завдання дослідження. Дисертантом особисто проведені експериментальні та клінічні дослідження, відпрацьовані методики обстеження до – , під час та після операції. Самостійно прооперовано 13 дітей (7 – з гастрошизисом та 6 – з омфалоцеле), яким в процесі лікування була скорегована вісцеро-абдомінальна диспропорція методом багатовекторної тракції передньої черевної стінки.

Удалено: i

Проаналізовані, узагальнені та статистично оброблені отримані результати досліджень, вивчені безпосередні та віддалені результати лікування дітей з гастрошизисом та омфалоцеле. Особисто сформульовані висновки та практичні рекомендації. В публікаціях основні ідеї та матеріали належать автору.

Удалено: e

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення наукового дослідження доповідались і обговорені на: Всеукраїнській конференції з міжнародною участю “Торако-абдомінальна хірургія у дітей” (Київ, 2008); науково-практичному симпозіумі “Хірургічні аспекти захворювань кишечника у дітей” (Чернівці, 2008); VI Міжнародному хірургічно-неонатологічному симпозіумі “Оптимізація діагностики та лікування вроджених хірургічних вад у

новонароджених” (Варшава, 2008); науково-практичній конференції молодих вчених “Сьогодення та майбутнє медицини” (Вінниця, 2008); науково-практичній конференції молодих вчених “Теоретичні та практичні аспекти сучасної медицини” (Симферопіль, 2009); V Російському конгресі „Педіатрична анестезіологія та інтенсивна терапія” (Москва, 2009).

**Публікації.** Матеріали дисертації відображені у 10 наукових працях: 5 статтях, із них – 3 у виданнях, рекомендованих ВАК України, 5 – у матеріалах конференцій, а також у 3-х Деклараційних патентах України на винахід.

**Структура і обсяг дисертації.** Дисертація викладена українською мовою на 135 сторінках машинопису. Дисертаційна робота містить вступ, огляд літератури, розділ “Виклад загальної методики й основних методів досліджень”, 3 розділи власних досліджень, висновки, список використаних джерел, який нараховує 163 літературних джерел (в тому числі 111 – викладене латиницею). Робота ілюстрована 56 рисунками та 15 таблицями.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Матеріали й методи дослідження.** Принциповою особливістю наукового пошуку при виконанні даної дисертаційної роботи є поєднання експерименту та клінічної частини. Відповідно до поставленої мети та задач проведено математичне моделювання процесу хірургічної корекції ВАД у новонароджених дітей, розроблена математична модель розрахунку мінімального об’єму черевної порожнини у новонароджених при корекції ВАД шляхом багатотракційного силового навантаження на передню черевну стінку, а також виконано серію експериментальних досліджень на щурах, у яких був змодельований дефект ПЧС з евентерацією внутрішніх органів. Проводилась корекція даного патологічного стану шляхом застосування поступової багатовекторної тракції передньо-бокових відділів черевної стінки.

Ураховуючи об’єктивність та переконливість морфологічних досліджень в експериментальних моделях досліджувались усі шари передньої черевної стінки, які піддавалась розтягненню. Особливу увагу приділяли змінам у черевній стінці, їх зворотності та термінам їх виникнення.

Була виконана експериментальна частина дослідження на базі науково-експериментальної клініки Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова у період з 2007 по 2008 рік. Експериментальні тварини були репрезентовані 50 щурами обох статей з масою тіла  $250 \pm 60$  грамів.

Клінічна оцінка ефективності запропонованого методу корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції при хірургічній патології новонароджених вивчалась у 57 новонароджених з патологією передньої черевної стінки, яка супроводжувалась вісцеро-абдомінальною диспропорцією за період з 1993 –

2009 рр. Серед них дітей з гастрошизисом було – 42, з омфалоцеле – 15. Усі клінічні спостереження були розподілені на три групи.

У першу групу увійшли 18 новонароджених дітей з аномалією передньої черевної стінки: гастрошизис та омфалоцеле, у період з 1993 – 1999 рр. Друга група була представлена дітьми, які народились в 2000 – 2005 рр. У її склад увійшло 26 новонароджених. Третю групу склали 13 дітей, які народились у період з 2006 – 2009 рр. Перша та друга групи становили групу контролю, третя – дослідну групу.

Розподіл новонароджених з гастрошизисом та омфалоцеле в залежності від перинатальних показників відображено у табл. 1 та 2.

В період 1993 по 2009 роки у клініці перебувало 15 дітей з омфалоцеле. Із них грижі великих розмірів мали місце у 8 немовлят (53.4 %).

Таблиця 1

### Перинатальні показники новонароджених з вродженим дефектом передньої черевної стінки у період 1993-2005 рр (M±m)

Характер патології	Оцінка стану за шкалою Апгар (5 хв.)	Термін гестації (M±m)	Маса тіла при народженні (M±m)	Вік матері (M±m)
Гастрошизис	7,31±0,17	35,54±0,29	2744±46,5	19,34±0,5
Омфалоцеле	7,11±0,26	34,56±0,78	2655,56±274,76	20,11±2,18

Таблиця 2

### Перинатальні показники новонароджених з вродженим дефектом передньої черевної стінки у період 2006-2009 рр (M±m)

Характер патології	Оцінка стану за шкалою Апгар (5 хв.)	Термін гестації (M±m)	Маса тіла при народженні (M±m)	Вік матері (M±m)
Гастрошизис	7,86±0,40	34,86±0,86	2490±43,15	18,43±0,97
Омфалоцеле	7,67±0,42	35,17±0,31	2441,67±37,45	21,83±1,22

Удалено: ¶

Отформатировано:  
украинскийОтформатировано:  
украинскийОтформатировано:  
украинский

Удалено: явсЯ

Отформатировано:  
украинский

Удалено:

Примечание [AG1]: Необхідно вказати: які групи відносяться до контрольних, а яка до дослідної. Також необхідно вказати критерії репрезентативності груп

Удалено: .

Отформатировано:  
украинскийОтформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 птОтформатировано: русский  
(Россия)Отформатировано:  
Шрифт: 8 птОтформатировано:  
Шрифт: 8 птОтформатировано:  
Шрифт: 8 пт

Удалено: ¶

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 птОтформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 птОтформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 птОтформатировано: русский  
(Россия)Отформатировано:  
Шрифт: 8 птОтформатировано:  
Шрифт: 8 пт

Отформатировано ... [1]

Отформатировано ... [2]

Удалено: ¶

Удалено: ¶

Отформатировано ... [3]

Отформатировано ... [4]

Отформатировано ... [5]

Отформатировано ... [6]

Отформатировано ... [7]

Отформатировано ... [8]

Грижі середніх розмірів виявлені у 6 випадках (40,0 %). Грижу малих розмірів діагностовано у 1 дитини (6,6 %). Ускладнення пуповинних гриж були обумовлені порушенням цілісності оболонок та розвитком інфікування черевної порожнини, що спостерігалось у 3 випадках – 20,0 %.

У 42 дітей з гастршизисом евентеровані органи були представлені петлями тонкої та товстої кишки, які були покриті фібринозним футляром. Окрім петель кишечника евентерованими були: шлунок (19 випадків – 45,2 %), частина печінки (12 дітей – 28,6 %), сечовий міхур (5 спостережень – 11,9 %), матка з придатками (6 немовлят – 14,2 %).

Мали місце супутні вади розвитку та генетичні захворювання у дітей з омфалоцеле – 8 випадків (53,3 %), з гастрошизисом – 11 пацієнтів (26,2 %). Ознаки гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи визначали у 49 дітей (85,9 %).

Розподіл хворих з вродженою патологією передньої черевної стінки у залежності від способів оперативних втручань та періодів їх виконання наведений у табл. 3 та 4.

Таблиця 3

### Розподіл хворих з гастрошизисом у залежності від способів та періодів оперативних втручань

Спосіб оперативного втручання	Контрольна група				Дослідна група	
	1993-1999		2000-2005		2006-2009	
	абс	%	абс	%	абс	%
Одномоментна пластика	-	-	-	-	-	-
Пластика за Гроссом	13	100,0	13	59,1	-	-
Комбінована пластика за Шустером та Гроссом	-	-	7	31,8	-	-
Пластика з використанням біоімплантату (тутопласт-перикард)	-	-	2	9,1	-	-
Пластика черевної стінки за власним способом	-	-	-	-	7	100,0
<b>ВСЬОГО:</b>	13	100,0	22	100,0	7	100,0

Пренатальна ультрасонографічна діагностика аномалії розвитку передньої черевної стінки проведена 5 пацієнтам: із них гастрошизис виявлено у 3 дітей, пуповинну грижу – у 2 дітей. Виявлення даних вад розвитку було у другому триместрі вагітності. Усі діти (за виключенням однієї пацієнтки з

Удалено: ¶

Отформатировано ... [9]

Отформатировано ... [10]

Удалено: В период 199... [11]

Удалено: з

Удалено: патологією, ... [12]

Удалено: відзначені

Удалено: :

Удалено: у

Удалено: ¶ ... [13]

Отформатировано ... [14]

Отформатировано ... [15]

Отформатировано ... [16]

Отформатированная  
таблица ... [17]

Отформатировано ... [18]

Отформатировано ... [19]

Отформатировано ... [20]

Отформатировано ... [21]

Отформатировано ... [22]

Отформатировано ... [23]

Отформатировано ... [24]

Отформатировано ... [25]

Отформатировано ... [26]

Отформатировано ... [27]

Отформатировано ... [28]

Отформатировано ... [29]

Отформатировано ... [30]

Отформатировано ... [31]

Отформатировано ... [32]

Отформатировано ... [33]

Отформатировано ... [34]

Отформатировано ... [35]

Отформатировано ... [36]

Отформатировано ... [37]

Отформатировано ... [38]

Отформатировано ... [39]

Отформатировано ... [40]

Отформатировано ... [41]

Отформатировано ... [42]

Отформатировано ... [43]

Отформатировано ... [44]

Удалено: 4

Удалено: l

Удалено: и

Удалено: и

Удалено: ни



омфалоцеле) були народжені природнім шляхом. Остання розроджена способом Цицарського розтину. Переважна більшість вагітних (84,7 %) мала токсикоз першої половини вагітності.

В третій групі (2006 – 2009рр.) кількість прооперованих хворих з природженим дефектом передньої черевної стінки становила 13 новонароджених. Із них з приводу гастрошизису прооперовано 7 дітей (53,9 %), з приводу омфалоцеле – 6 дітей (46,1 %).

Усім дітям з гастрошизисом та 5-м з омфалоцеле проводилась сілопластика передньої черевної стінки у поєднанні з поступовою багатовекторною тракцією черевної стінки, яка тривала до моменту усунення вісцero-абдомінальної диспропорції (4 – 6 діб) з подальшим ушиванням дефекту передньої черевної стінки повношаровим клаптом без формування вентральної грижі.

Таблиця 4\*

### Розподіл хворих з омфалоцеле у залежності від способу та періодів оперативних втручань

Спосіб оперативного лікування	Контрольна група				Дослідна група	
	1993-1999		2000-2005		2006-2009	
	абс	%	абс	%	абс	%
Одномоментна пластика	1	20,0	4	100,0	1	16,7
Пластика за Гроссом	4	80,0	-	-	-	-
Комбінована пластика за Шустером та Гроссом	-	-	-	-	-	-
Пластика з використанням біоімплантату (тутопласт-перикард)	-	-	-	-	-	-
Пластика черевної стінки за власним способом	-	-	-	-	5	83,3
<b>ВСЬОГО:</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Для визначення ефективності запропонованого методу корекції вісцero-абдомінальної диспропорції пацієнтам третьої групи проводили вимірювання параметрів вказаних у табл. 5.

Удалено: ¶

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: 1

Отформатировано ... [45]

Отформатировано ... [46]

Отформатировано ... [47]

Отформатировано ... [48]

Отформатировано ... [49]

Отформатировано ... [50]

Отформатировано ... [51]

Отформатировано ... [52]

Отформатированная  
таблица ... [53]

Отформатировано ... [54]

Отформатировано ... [55]

Отформатировано ... [56]

Отформатировано ... [57]

Отформатировано ... [58]

Отформатировано ... [59]

Отформатировано ... [60]

Отформатировано ... [61]

Отформатировано ... [62]

Отформатировано ... [63]

Отформатировано ... [64]

Отформатировано ... [65]

Отформатировано ... [66]

Отформатировано ... [67]

Отформатировано ... [68]

Отформатировано ... [69]

Отформатировано ... [70]

Отформатировано ... [71]

Отформатировано ... [72]

Отформатировано ... [73]

Отформатировано ... [74]

Отформатировано ... [75]

Удалено: 50

Отформатировано ... [76]

Отформатировано ... [77]

Отформатировано ... [78]

Отформатировано ... [79]

Удалено: В третій групі ... [80]

Отформатировано ... [81]

Удалено: ¶

Отформатировано ... [82]

Удалено: ¶

Таблиця 5

**Критерії оцінки корекції вісцero-абдомінальної диспропорції у хворих з гастрозизисом та омфолоцеле у період 2006 – 2009 рр (M±m)**

Параметри	Терміни	Характер патології		
		Гастрозизис n=7	Омфолоцеле n=6	
Показники внутрішньо- черевного тиску, мм рт. ст.	До операції	8,71±0,29	8,50±0,22	
	Під час операції	9,71±0,18	9,67±0,21	
	24 год п/о	11,00±0,31	10,83±0,31	
	48 год п/о	10,14±0,40 *	10,33±0,33 *	
	72 год п/о	8,57±0,20 *	8,33±0,21 *	
Показники SaO <sub>2</sub> , %	До операції	V <sub>к</sub>	95,00±0,53	95,17±0,60
		H <sub>к</sub>	94,71±0,52	93,33±0,33
	Під час операції	V <sub>к</sub>	95,14±0,46	95,33±0,71
		H <sub>к</sub>	95,00±0,49	95,17±0,48
	24 год п/о	V <sub>к</sub>	96,71±0,36	96,5±0,43
		H <sub>к</sub>	96,43±0,20	96,67±0,33
	48 год п/о	V <sub>к</sub>	97,00±0,31	97,17±0,65
		H <sub>к</sub>	96,86±0,34	96,83±0,40
	72 год п/о	V <sub>к</sub>	97,71±0,42 *	97,83±0,54 *
		H <sub>к</sub>	97,43±0,37 *	98,00±0,26 *

Примітка. Знаком \* – позначено достовірні відмінності щодо параметрів внутрішньо-черевного тиску та SaO<sub>2</sub> у доопераційному періоді (p < 0,05).

Удалено: ¶

Удалено: ¶

¶

¶

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: ¶

Отформатировано:  
Шрифт: 14 пт

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Вимірювання внутрішньочеревного тиску виконано 50 доношеним та 50 недоношеним новонародженим без патології черевної порожнини. Показники ВЧТ у даної групи пацієнтів були прийняті за норму (табл. 6).

Таблиця 6\*

### Показники внутрішньочеревного тиску у новонароджених ( $M \pm m$ ; $p$ )

Контрольна група новонароджених (n=100)	Показники внутрішньочеревного тиску, (мм рт. ст.)	Достовірність відмінностей (p)
Доношені (n=50)	8,92±0,18	p < 0,05
Недоношені (n=50)	7,84±0,12	

Удалено: ¶  
Вимірювання внутрішньочеревного тиску виконано 50 доношеним та 50 недоношеним новонародженим без патології черевної порожнини. Показники ВЧТ у даної групи пацієнтів були прийняті за норму (табл. 6).¶

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Шрифт: полужирный

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Отступ: Первая строка: 0 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Удалено: передньої черевної стінки

При формуванні алгоритму лікування новонародженого з патологією ПЧС було важливим визначити ступінь невідповідності об'єму черевної порожнини до об'єму евітерованих органів. Проведено емпіричне антропометричне вимірювання параметрів черевної порожнини: периметр, діаметр(висота) довжина у контрольній групі новонароджених без патології передньої черевної стінки, яка нараховувала 50 доношених, 50 недоношених 1 – 2 ступеня (табл. 7).

Таблиця 7\*

### Вимір параметрів черевної порожнини у новонароджених без патології передньої черевної стінки ( $M \pm m$ ; $p$ )

Характер доношеності	Периметр (P) ЧП, см	Діаметр (d) ЧП, см	Довжина (с) ЧП, см	Достовірність відмінностей p
Доношені (n=50)	31,08±0,18	11,00±0,16	8,58±0,15	p < 0,05
Недоношені (n=50)	27,18±0,15	8,92±0,15	6,58±0,10	

Удалено: ю

Отформатовано: украинский

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Удалено: )

Удалено: ,

Удалено: (

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатовано: Отступ: Первая строка: 0 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Наведені параметри виміру черевної порожнини у новонароджених без патології її органів та стінок слугували для порівняння з визначеними у пацієнтів з вродженою патологією передньої черевної стінки (гастрошизис, омфалоцеле), що давало змогу вираховувати ступінь вісцero-абдомінальної

диспропорції по показникам коефіцієнту диспропорції в кожному окремому випадку:

$$K_d = V_A / V_H$$

$V_A$  – об'єм черевної порожнини при аномалії;

$V_H$  – об'єм нормальної черевної порожнини.

(1)

Отформатовано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено:

Розрахунок об'єму черевної порожнини проводився за формулою:

$$V = 1/4 P \times d \times c$$

(2)

$P$  – периметр черевної порожнини;

$d$  – діаметр черевної порожнини;

$c$  – довжина черевної порожнини.

Враховуючи показники виміру параметрів черевної порожнини у новонароджених без патології передньої черевної стінки формула розрахунку коефіцієнту диспропорції набуває вигляд:

$$\text{для доношених } K_d = (V_{\min} \div V_{\max})^{-1} \times V_A$$

(3)

$$V_{\min} = 705,91 \text{ см}^3$$

$$V_{\max} = 761,39 \text{ см}^3$$

$$\text{для недоношених } K_d = (V_{\min} \div V_{\max})^{-1} \times V_A$$

(4)

$$V_{\min} = 384,02 \text{ см}^3$$

$$V_{\max} = 413,96 \text{ см}^3$$

Таким чином показники коефіцієнту  $K_d = 1-1,5$  відповідали I ступеню вісцеро-абдомінальної диспропорції,  $K_d = 1,5-2$  – II ступеню,  $K_d > 2$  – III ступеню.

Новонароджених дітей прооперованих з приводу гастрошизису, які мали I ступінь ВАД не було, II-III ступінь ВАД спостерігалась у 7 випадках (100 %), в групі хворих на омфалоцеле визначено в одному випадку вісцеро-абдомінальну диспропорцію I ступеня (16,6 %), решта дітей – 5 мала ВАД II-III ступенів.

Отформатовано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

### Результати дослідження та їх обговорення.

Удалено:

Першим етапом наукової роботи стало проведення математичного моделювання розрахунку визначення необхідного мінімального об'єму черевної порожнини при погашенні відшарування та розрахована траєкторія сил витягання відносно передньої черевної стінки. Визначені за допомогою математичного аналізу параметри моделі дозволили отримати діаграми силового навантаження на передню черевну стінку для хірургічної корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції у немовлят. Вперше розрахований коефіцієнт диспропорції, який може слугувати для класифікації вад розвитку передньої черевної стінки та для вибору оптимального методу хірургічного лікування в кожному окремому випадку.

Удалено: слоне

Удалено: e

Удалено: , а шляхом  
математичного моделювання  
процесу корекції вісцеро-  
абдомінальної диспропорції –

Удалено: в

В основі нового способу хірургічної корекції природжених вад розвитку дефектів черевної стінки лежить усунення вісцero-абдомінальної диспропорції. Саме збільшення об'єму черевної порожнини є фундаментальним у вирішенні цієї проблеми, яку можна вирішити за рахунок поступової багатовекторної тракції передньо-бокових відділів черевної стінки. Для цього нами був розроблений та виготовлений спеціальний пристрій, який дозволив виконувати відповідну тракцію черевної стінки. Нами проводилось моделювання дефекту передньої черевної стінки у шурів з послідуною корекцією вісцero-абдомінальної диспропорції шляхом багатовекторної тракції передньо-бокових відділів черевної стінки.

В ході експериментального дослідження на лабораторних тваринах нами вперше були патоморфологічно визначені зміни в шарах черевної стінки та терміни їх виникнення. Слід зазначити надзвичайно важливий гістологічний факт, який свідчить про те, що при поступовому розтягненні передньої черевної стінки ушкодження м'язової тканини носить локальний характер та супроводжується незначною реактивною (макрофагальною) лейкоцитарною інфільтрацією, відсутні тромбози, крововиливи. В мікропрепаратах не зафіксовано явищ витончення (атрофії) м'язових волокон, що свідчить про зворотність зазначених явищ. Ураховуючи те, що виникнення гнійно-запальних процесів на місцях розташування тракційних конструкцій розпочинає виникати на 7-му добу застосування багатовекторної тракції – даний термін тракції із силою 8 Н є оптимальним для корекції ВАД та запобігання ускладненням, оскільки ділянки некрозу та запалення в подальшому можуть слугувати джерелом сепсису до – та під час оперативного втручання.

На першому етапі хірургічного лікування новонароджених з природженими дефектами передньої черевної стінки, паралельно з виконаною подвійною сілопластикою, проводити поступове розтягнення (тракцію) усіх шарів передньо-бокових відділів черевної стінки (рис. 1).

Розтягнення черевної стінки відбувається у різних напрямках. Кути напрямків діючих сил, розраховані шляхом математичного моделювання, можуть змінюватись в процесі лікування. Сила тракції експериментально визначена, вона постійна, залежить від кількості гумово-капронових тяг і є їх сумою, також може змінюватися в процесі лікування, в кожному окремому випадку. Оптимальний термін можливого застосування розтягнення черевної стінки складає 5±1 доба. За цей термін нам вдається скорегувати наявну вісцero-абдомінальну диспропорцію.

Удалено: ¶

Удалено: в

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: Для лабораторних тварин були виготовлені спеціальні пристрої для корекції вісцero-абдомінальної диспропорції.

Удалено: .

Удалено: Розтягнення тканин не супроводжується значними порушеннями кровообігу (

Удалено: сть

Удалено: ів

Удалено: ів)

Удалено: ння

Удалено: ь

Удалено: ¶  
В ході проведеного експериментального дослідження нами патогенетично підтверджена можливість застосування способу багатовекторної тракції передньої черевної стінки для збільшення об'єму черевної порожнини та корекції вісцero-абдомінальної диспропорції (рис. 1).¶

Удалено: Ураховуючи позитивні результати проведеного експериментального

Удалено: н

Удалено: вро

Удалено: черевної стінки

Отформатировано ... [85]



Рис. 1. Фотографія хворої П. Медична карта № 8919. Діагноз: гастрошизис, ВАД III ступеня. 1 доба післяопераційного періоду. Сілопластика та багатовекторна тракція передньої черевної стінки.

Запропонований нами спосіб лікування новонароджених з природженими дефектами передньої черевної стінки зменшує терміни перебування дитини на штучній вентиляції легень до 4 – 6 діб, запобігає виникненню абдомінального компартмент синдрому, дає можливість більш ранньому пасажу по кишечнику до 8 – 10 діб, відповідно більш ранньому ентеральному вигодовуванню дитини, зменшенню термінів лікування з 21 – 28 днів до 7 – 14 днів.

Критеріями оцінки результатів лікування новонароджених з дефектами передньої черевної стінки було: урахування фізичного, психічного розвитку дитини, наявність злукової кишкової непрохідності, вентральної грижі, відсутність соматичних захворювань. Таким чином структурна оцінка результатів лікування дітей з гастрошизисом та омфалоцеле була поділена на 3 складові:

1. Добрий результат лікування – прооперовані діти у фізичному розвитку не відставали від однолітків (на підставі перцентильних таблиць), психічний розвиток відповідав віку (неврологічний статус, успішність у школі), відсутність необхідності повторних оперативних втручань на черевній стінці;

2. Задовільний – діти дещо відстають у фізичному та психічному розвитку від однолітків, соматично здорові, не потребують повторних оперативних втручань;

Удалено: ¶

Отформатировано:  
Шрифт: 14 пт, украинский

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт



Удалено:

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт, Поз.табуляции: 1,27  
см, по левому краю

Отформатировано: русский  
(Россия)

Отформатировано:  
Шрифт: 8 пт, английский

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: Розтягнення  
черевної стінки відбувається у  
різних напрямках. Кути  
напряжків діючих сил,  
розраховані шляхом  
математичного моделювання,  
можуть змінюватись в процесі  
лікування. Сила тракції [... [86]

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: o

Удалено: в

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,27 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано [... [87]

3. Незадовільний – діти часто поступають у стаціонар з приводу часткової злукової кишкової непрохідності, функціонального розладу травлення, наявність вентральної грижі великих розмірів, що в більш старшому віці негативно впливає на психіку дитини, утворюючи комплекс неповноцінності, діти відстають у фізичному розвитку від однолітків, потребують повторних реконструктивних оперативних втручань.

Незадовільний результат лікування відмічено у групі пацієнтів, котрі були оперовані з приводу гастрошизису та омфалоцеле за методикою Гросса, Шустера в періоді з 1993 по 2005 роки. У групі дітей періоду 2006 – 2009 років, котрим виконувалась методика багатовекторної тракції передньої черевної стінки по збільшенню об'єму черевної порожнини відмічений добрий та задовільний результат лікування.

Удалено: в періоді новонародженості

Порівнюючи результати лікування хірургічної патології у новонароджених, яка супроводжується ВАД, з 1993 до 2005 року та з 2006 по 2009 роки, можна незаперечно констатувати зменшення відсотків летальності та можливих ускладнень. Відзначено значне зниження кількості ускладнень: у дітей з гастрошизисом з 67,6 % до 8,8 % ( $p < 0,05$ ), з омфалоцеле – з 32,3 % до 2,9 % ( $p < 0,05$ ). Летальність у новонароджених з природженою вадою передньої черевної стінки: гастрошизисом у групі дітей 1993-1999 років склала 84,6 % (11 немовлят), у дітей з омфалоцеле – 80 % (4 пацієнтів). Післяопераційна летальність у групі дітей 2000-2005pp склала при гастрошизисі 63,6 % (14 випадків), при омфалоцеле – 0 %. Летальність у пацієнтів 2006-2009 років склала: у хворих з гастрошизисом – 14,3 % (1 випадок), діти з пуповинною грижею не помирали.

Удалено: і

Удалено: в

## ВИСНОВКИ

В дисертаційному дослідженні вирішено актуальне завдання покращення результатів лікування новонароджених дітей з гастрошизисом та омфалоцеле шляхом усунення вісцero-абдомінальної диспропорції багатовекторною тракцією черевної стінки.

1. При гастрошизисі та омфалоцеле відмічається високий рівень летальності (84,6 %), ускладнень (67,6 %) та відсутність єдиних хірургічних підходів щодо способу та об'єму оперативного втручання.

2. Математичне моделювання процесу корекції вісцero-абдомінальної диспропорції шляхом багатовекторної тракції черевної стінки та визначення коефіцієнту вісцero-абдомінальної диспропорції дає можливість визначити її ступінь ( $K_{\text{д}} = 1-1,5$  відповідає I ступеню, показники  $K_{\text{д}} = 1,5-2$  – II ступеню, відповідно показники коефіцієнту диспропорції більше 2 – відповідають III ступеню) та формувати подальшу хірургічну тактику лікування новонароджених з гастрошизисом та омфалоцеле.

Удалено: ¶

Отформатировано:  
Шрифт: 8 птОтформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 птОтформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,27 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: -

Удалено: с

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: к

Удалено: к

Удалено: і

3. При виконанні в експерименті розтягіння передньої черевної стінки у її шарах відмічаються зміни локального характеру, які супроводжуються незначною реактивною (макрофагальною) лейкоцитарною інфільтрацією. Розтягіння тканин не сприяє порушенню кровообігу (відсутність тромбозів, крововиливів), витонченню (атрофії) м'язових волокон, що свідчить про зворотність зазначених явищ.

4. Впроваджений в практику лікування новонароджених з гастрошизисом та омфалоцеле спосіб багатовекторної тракції передньої черевної стінки, дозволяє усунути природжений дефект передньої черевної стінки без формування вентральної грижі, у порівнянні з іншими способами лікування патології знижує кількість ускладнень у дітей з гастрошизисом з 67,6 % до 8,8 % ( $p < 0,05$ ), з омфалоцеле – з 32,3 % до 2,9 % ( $p < 0,05$ ), зменшує летальність у групі пацієнтів з гастрошизисом з 84,6 % до 14,3 % ( $p < 0,05$ ), з омфалоцеле – з 80 % до 0 % , загальну – з 83,3 % до 7,7 % ( $p < 0,05$ ).

5. У віддалений термін спостережень за дітьми спосіб багатовекторної тракції передньої черевної стінки при лікуванні новонароджених з гастрошизисом та омфалоцеле запобігає повторним реконструктивним оперативним втручанням з приводу вентральних гриж, сприяє хорошему фізичному розвитку дітей відповідно до своїх одноліток та створює умови для задовільної якості життя.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Транспортування новонароджених з вродженими вадами передньої черевної стінки (гастрошизис, омфалоцеле) у відповідні медичні заклади має здійснюватись лише спеціалізованими неонатологічними бригадами, оснащеними транспортними кюветами з проведенням знеболюючої, протишокової, антибактеріальної, інфузійної терапії.

2. Своєчасна пренатальна діагностика вроджених вад передньої черевної стінки дозволить зосереджувати вагітних в спеціалізованих клініках обласних центрів, де будуть проводитись пологи лише Цесарським розтином. Обов'язкова присутність під час пологів дитячих хірургів для надання хірургічної допомоги новонародженим з гастрошизисом та омфалоцеле в перші хвилини життя.

3. Оперативні втручання новонародженим з дефектом передньої черевної стінки, що потребує усунення вісцero-абдомінальної диспропорції слід виконувати після передопераційної підготовки з моменту стабілізації загального стану, діурезу 1 – 2 мл/кг/год, показників  $\text{SaO}_2$  не  $< 90\%$ , нормальних показників  $\text{Ht}$ , електролітів шляхом багатовекторної тракції черевної стінки в умовах спеціалізованих відділень для новонароджених дітей.



4. Перед проведенням оперативного втручання вимірювати об'єм черевної порожнини та евентерованих органів для визначення ступеня вісцеро-абдомінальної диспропорції, що вирішить подальшу хірургічну тактику.

5. Для корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції слід застосовувати багатовекторну тракцію передньо-бокових відділів черевної стінки, яка має проводитись із силою 8 Н, тривалістю до 7 діб.

6. Радикальне оперативне втручання у дітей з гастрошизісом та омфалоцеле бажано виконувати на 5±1 добу після початку застосування багатовекторної тракції передньої черевної стінки.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Лікування вісцеро-абдомінальної диспропорції при гастрошизісі у дітей / В. В. Погорілий, Ю. П. Паламарчук, О. О. Фомін [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2008. – Т.5, № 3. – С. 69-71. *(Здобувачем особисто проведені дослідження з наступною статистичною обробкою)*

2. Математичне моделювання процесу хірургічної корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції у немовлят / Ю. П. Паламарчук, В. В. Погорілий, І. П. П. \*Паламарчук [та ін.] // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. – Т. 8, Випуск 1–2. – С. 349–354. *(Здобувачем особисто проведено обробку та аналіз результатів дослідження, здобувач є співавтором ідеї)*

3. Паламарчук Ю.П. Метод корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції у новонароджених з дефектом передньої черевної стінки / Ю.П. Паламарчук // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2009. – Т.8, № 1. – С. 79–81.

4. Пат. 20827 Україна, МПК<sup>51</sup> А 61 В 17/00. Спосіб комбінованої силопластики при гастрошизісі / Паламарчук Ю.П., Фомін О.О., Погорілий В.В., Коноплицький В.С., Якименко О.Г., Берцун К.Т., Бойко Г.А., Гончарук В.Б., Ольхомяк І.А., Назаров Д.О.; заявник і патентовласник Вінницький нац. мед. ун-тет. - № u 200608986 ; заявл.11.08.2006 ; опубл. 15.02.2007, Бюл. № 2. *(Здобувач є співавтором ідеї, підготував патент до друку)*

5. Пат. 28487 Україна МПК<sup>51</sup> А 61 В 17/00. Спосіб корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції при гастрошизісі та омфалоцеле / Паламарчук Ю.П., Погорілий В.В., Коноплицький В.С., Якименко О.Г., Фомін О.О., Гончарук В.Б., Берцун К.Т., Коноплицький Д.В.; заявник і патентовласник Вінницький нац. мед. ун-тет. - № u 200709126 ; заявл.09.08.2007 ; опубл. 10.12.2007, Бюл. № 20. *(Здобувач є співавтором ідеї, підготував патент до друку)*

6. Пат. 31830 Україна МПК<sup>51</sup> А 61 В 17/00. Пристрій для корекції вродженої вісцеро-абдомінальної диспропорції у немовлят / Паламарчук Ю.П., Погорілий В.В., Коноплицький В.С., Якименко О.Г., Фомін О.О., Бойко Г.А.,

Удалено: ¶

Отформатировано:  
украинскийОтформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 птОтформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: ін

Удалено:

Гончарук В.Б., Берцун К.Т., Коноплицкий Д.В.; заявник і патентовласник Вінницький нац. мед. ун-тет. - № у 200713474 ; заявл.03.12.2007 ; опубл. 25.04.2008, Бюл. № 8. (Здобувач є співавтором ідеї, підготував патент до друку)

7. Паламарчук Ю. П. Корекція вісцеро-абдомінальної диспропорції шляхом силової багатовекторної тракції передньої черевної стінки у немовлят / Ю. П. Паламарчук, В. В.Погорілий, В. С. Коноплицкий, О. Г. Якименко // Хірургічні аспекти захворювань кишечника у дітей : наук.-практ. симп. 22-24 жовт. 2008 р. : тези доп. – Ч., 2008. – С. 99. (Здобувач зробив аналіз результатів клінічного дослідження)

Удалено:

8. Паламарчук Ю. П. Метод лікування новонароджених з вісцеро-абдомінальною диспропорцією / Ю. П. Паламарчук, В. В. Погорілий, О. О. Фомін, В. С. Коноплицкий, О. Г. Якименко, В. В. Паненко, О. А. Моравська, В. Б. Гончарук // Оптимізація діагностики та лікування вроджених хірургічних вад у новонароджених : VI між нар. хір.-неонат. симп., 15-16 груд. 2008 р. : тези доп. – W., 2008. – С. 255. (Здобувачем особисто проведено обробку та аналіз результатів дослідження, здобувач є співавтором ідеї)

9. Паламарчук Ю. П. Моделювання багатовекторної тракції черевної стінки в експерименті / Ю. П. Паламарчук, Д. В. Коноплицкий // Сьогодення та майбутнє медицини : VI Міжнар. наук. конф. студ. та молод. вчен., 9-10 квіт. 2009 р. : тези доп. – В., 2009. – С. 242. (Здобувачем особисто проведено дослідження з наступною статистичною обробкою)

10. Паламарчук Ю.П. Изменения механических свойств легких при искусственной вентиляции легких у новорожденных с висцеро-абдоминальной диспропорцией / Ю. П. Паламарчук, Д. В. Дмитрієв // V Рос. конгр., пед. анест. та інтен. тер. ,М., 2009. – С. 172. (Здобувачем особисто проведено обробку та аналіз результатів дослідження, здобувач є співавтором ідеї)

## АНОТАЦІЯ

**Паламарчук Ю.П. Хірургічна корекція вісцеро-абдомінальної диспропорції у новонароджених дітей з природженими дефектами передньої черевної стінки. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2009.

Дисертаційна робота присвячена надзвичайно актуальній проблемі неонатології і дитячої хірургії – хірургічному лікуванню природжених вад розвитку передньої черевної стінки у новонароджених та корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції, яка супроводжується цією патологією. В основу роботи покладено експериментальне дослідження, розроблено математичну

Отформатировано:  
Шрифт: 10 пт

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: ¶  
¶

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт, Узор: Нет,  
Поз.табуляции: нет в 1,9 см

Удалено: в

Удалено: клініко-

Удалено: . В

Удалено: роботи

модель корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції методом багатовекторної тракції черевної стінки на підставі чого доведена доцільність використання запропонованого методу для корекції ВАД у новонароджених із гастрошизисом та омфалоцеле. Це дозволило покращити результати лікування дітей з природженими дефектами передньої черевної стінки, знизивши кількість ускладнень та летальність: у дітей з гастрошизисом з 67,6 % до 8,8 % та з 84,6 % до 14,3 %, з омфалоцеле – з 32,3 % до 2,9 % та з 80 % до 0.

**Ключові слова:** гастрошизис, омфалоцеле, вісцеро-абдомінальна диспропорція, багатовекторна тракція передньої черевної стінки.

## АННОТАЦІЯ

**Паламарчук Ю.П. Хирургическая коррекция висцеро-абдоминальной диспропорции у новорожденных детей с врожденными дефектами передней брюшной стенки. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.09 – детская хирургия. Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, 2009.

Диссертационная работа посвящена весьма актуальной проблеме неонатологии и детской хирургии – хирургическому лечению врожденных пороков развития передней брюшной стенки у новорожденных и коррекции висцеро-абдоминальной диспропорции, которая сопровождается этой патологией. В основу работы положено клиничко-экспериментальное исследование. В работе разработана математическая модель коррекции висцеро-абдоминальной диспропорции методом многовекторной тракции передней брюшной стенки у новорожденных с гастрошизисом и омфалоцеле. Предложено количественное измерение величины висцеро-абдоминальной диспропорции с помощью коэффициента диспропорции, что дало возможность классифицировать эту диспропорцию по степеням. В эксперименте на беспородных крысах убедительно доказано возможность применения в клинике способа многовекторной тракции передней брюшной стенки для коррекции висцеро-абдоминальной диспропорции у новорожденных с гастрошизисом и омфалоцеле, используя оригинальный аппарат собственной конструкции. Это дало возможность улучшить результаты хирургического лечения этой патологии. Клиническая эффективность предложенного метода коррекции висцеро-абдоминальной диспропорции при хирургической патологии новорожденных нами проведена у 13 больных (7 – новорожденных с гастрошизисом, 6 – с пуповинной грыжей). Было проанализировано 44 историй болезней новорожденных детей с хирургической патологией, сопровождающейся висцеро-абдоминальной диспропорцией в период 1993-2005гг. С 1993 по 1999 года все дети с гастрошизисом были оперированы по

Удалено: ¶

Удалено: у новонароджених із гастрошизисом та омфалоцеле

Удалено: Запропоновано кількісне вимірювання величини вісцеро-абдомінальної диспропорції за допомогою коефіцієнта, що дало можливість класифікувати цю диспропорцію за ступенями. В експерименті на беспородних шурах переконав доведено можливість застосування в клініці способу багатовекторної тракції передньої черевної стінки для корекції вісцеро-абдомінальної диспропорції у новонароджених з гастрошизисом та омфалоцеле, з використанням оригінального пристрою власної конструкції. Це дало можливість покращити результати хірургічного лікування цієї патології.

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатировано: Междустр.интервал: точно 18 пт

Отформатировано: Отступ: Первая строка: 0 см, Междустр.интервал: точно 18 пт, Поз.табуляции: 1,27 см, по левому краю + нет в 1,9 см

Отформатировано: Междустр.интервал: точно 18 пт

методу Гросса. При этом формировали вентральные грыжи больших размеров, которые устраняли через 6-12 месяцев. Также использовали модифицированную операцию Гросса. Начиная с 2000 по 2005 гг. в клинике внедрялась методика лечения врожденной хирургической патологии, которая сопровождается висцеро-абдоминальной диспропорцией по Шустеру с использованием синтетических материалов с целью увеличения объема брюшной полости. С 2006 года на базе Винницкой областной детской клинической больницы для коррекции висцеро-абдоминальной диспропорции у новорожденных с гастрошизисом и омфалоцеле применяется метод многовекторной тракции. Сравнивая результаты лечения хирургической патологии у новорожденных, которая сопровождается висцеро-абдоминальной диспропорцией, с 1993 до 2005 года и с 2006 по 2009 год, можно неоспоримо констатировать уменьшение процентов летальности и возможных осложнений. Отмечено значительное снижение количества осложнений: у детей с гастрошизисом с 67,6 % до 8,8 % ( $p < 0,05$ ), с омфалоцеле – с 32,3 % до 2,9 % ( $p < 0,05$ ). Летальность у новорожденных с врожденным пороком передней брюшной стенки: гастрошизисом в группе детей 1993-1999 годов составила 84,6 % (11 новорожденных), у детей с омфалоцеле – 80,0 % (4 пациентов). Послеоперационная летальность в группе детей 2000-2005гг составила при гастрошизисе 63,6 % (14 случаев), при омфалоцеле – 0 %. Летальность у пациентов 2006-2009 годов составила: у больных с гастрошизисом – 14,3 % (1 случай), дети с пуповинной грыжей не умирали.

**Ключевые слова:** гастрошизис, омфалоцеле, висцеро-абдоминальная диспропорция, многовекторная тракция передней брюшной стенки.

## SUMMARY

**Palamarchuk J.P. Surgical correction viscerо-abdominal disproportion with congenital defects anterior abdominal wall in the newborn.** – The manuscript.

Thesis for degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.09 – pediatric surgery. – Vinnitsa National Medical University. M.I. Pirogov Vinnitsa, 2009.

The paper is devoted to a very pressing problems of neonatology and pediatric surgery – the surgical treatment of congenital defects of anterior abdominal wall of newborns and correction viscerо-abdominal disproportion, accompanied by this pathology. The study is based on clinical and experimental research. We developed a mathematical model correction viscerо-abdominal disproportion by multi-traction of the abdominal wall in newborns with gastroschisis and omphalocele. This made it possible to improve results of surgical treatment of children with congenital defects of anterior abdominal wall, reducing the number of complications and mortality: in

Удалено: e

Удалено: e

Удалено: e

Удалено: e

Удалено:

Отформатировано:  
украинский

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,25 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Удалено: e

Отформатировано:  
Шрифт: 10 пт

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт, Поз.табуляции: 1,27  
см, по левому краю + нет в  
1,9 см

children with gastroschisis from 67,6 % to 8,8 % and 84,6 % to 14,3 %, with omphalocele – from 32,3 % to 2,9 % and 80 % to 0.

**Key words:** gastroschisis, omphalocele, viscerο-abdominal disproportion, multi-traction of anterior abdominal wall.

### Перелік умовних скорочень

ВАД – вісцерο-абдомінальна диспропорція;

ПЧС – передня черевна стінка.

Отформатировано:  
Шрифт: 14 пт

Отформатировано: По  
центру, Междустр.интервал:  
точно 18 пт

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт, Поз.табуляции: 1,27  
см, по левому краю + нет в  
1,9 см

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 1,27 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано:  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

Отформатировано:  
Шрифт: 12 пт, не  
полужирный, украинский

Отформатировано: Отступ:  
Первая строка: 0 см,  
Междустр.интервал: точно  
18 пт

<b>Стр. 6: [1] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:54:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 6: [2] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:53:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 6: [3] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:53:00</b>
английский (США)		
<b>Стр. 6: [4] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:54:00</b>
Шрифт: 8 пт, английский (США)		
<b>Стр. 6: [5] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:54:00</b>
Шрифт: 8 пт, английский (США)		
<b>Стр. 6: [6] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 6: [7] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 6: [8] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [9] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [10] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>07.02.2010 21:14:00</b>
Шрифт: 14 пт		
<b>Стр. 7: [11] Удалено</b>	<b>Admin</b>	<b>07.02.2010 21:08:00</b>
<p>В период 1993 по 2009 роки у клініці перебувало 150 дітей з омфалоцеле. Із них грижі великих розмірів мали місце у 84 немовлят (53,4 40%).100 Грижі середніх розмірів виявлені у 6 випадках (40,0 %). Грижі малих розмірів – у 1 дитини- (6,6 10%). Ускладнення пуповинних гриж були обумовлені порушенням цілісності оболонок та розвитком інфікування черевної порожнини, що спостерігалось у 3 випадках – 20,0 20%.</p>		
<b>Стр. 7: [12] Удалено</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 19:36:00</b>
<p>патологією, що супроводжується вісцеро-абдомінальною диспропорцією. Так у пацієнтів</p>		
<b>Стр. 7: [13] Удалено</b>	<b>Admin</b>	<b>14.06.2009 22:08:00</b>
<b>Стр. 7: [14] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Отступ: Первая строка: 1,27 см, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [15] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [16] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:55:00</b>
Шрифт: 18 пт		
<b>Стр. 7: [17] Изменение</b>	<b>Admin</b>	<b>07.02.2010 21:06:00</b>
Отформатированная таблица		
<b>Стр. 7: [18] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:55:00</b>
Шрифт: 4 пт		
<b>Стр. 7: [19] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		

<b>Стр. 7: [20] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [21] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [22] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [23] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [24] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:57:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [25] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [26] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:57:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [27] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:57:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [28] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:57:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [29] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:57:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [30] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [31] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [32] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [33] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [34] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [35] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [36] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [37] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [38] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [39] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [40] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 22:58:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 7: [41] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [42] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 7: [43] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>

Междустр.интервал: точно 18 пт

<b>Стр. 7: [44] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Отступ: Первая строка: 1,25 см, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [45] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [46] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [47] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>14.06.2009 20:26:00</b>
русский (Россия)		
<b>Стр. 8: [48] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [49] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [50] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [51] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [52] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [53] Изменение</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:04:00</b>
Отформатированная таблица		
<b>Стр. 8: [54] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [55] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [56] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [57] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [58] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [59] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [60] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [61] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [62] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [63] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [64] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [65] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [66] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		



<b>Стр. 8: [67] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 16 пт		
<b>Стр. 8: [68] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [69] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [70] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [71] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [72] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:05:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [73] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [74] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [75] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 23:06:00</b>
Шрифт: 8 пт		
<b>Стр. 8: [76] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
По левому краю, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [77] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [78] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [79] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Отступ: Первая строка: 0 см, Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 8: [80] Удалено</b>	<b>Admin</b>	<b>07.02.2010 21:04:00</b>
<p>В третій групі (2006 – 2009рр.) кількість прооперованих хворих з вродженим дефектом передньої черевної стінки становила 38 новонароджених. Із них з приводу гастрошизису прооперовано 7 дітей (53,9 %), з приводу омфалоцеле – 62 дітей (46,1 25%). Усім дітям з гастрошизисом та 5-м з омфалоцеле проводилась грижопластика передньої черевної стінки у поєднанні з поступовою багатовекторною тракцією черевної стінки, яка тривала до моменту усунення вісцero-абдомінальної диспропорції (4 – 6 діб) з подальшим ушиванням дефекту передньої черевної стінки повношаровим клаптом без формування вентральної грижі.</p>		
<b>Стр. 8: [81] Отформатировано</b>	<b>Admin</b>	<b>07.02.2010 21:04:00</b>
украинский		
<b>Стр. 8: [82] Отформатировано</b>	<b>NATALIYA</b>	<b>08.02.2010 14:04:00</b>
Междустр.интервал: точно 18 пт		
<b>Стр. 12: [83] Удалено</b>	<b>Admin</b>	<b>25.01.2010 19:57:00</b>

В ході проведеного експериментального дослідження нами патогенетично підтверджена можливість застосування способу

багато  
черев



Рис. 1. Фотографія хворої В. Історія хвороби № 5666. Діагноз: омфалоцеле середніх розмірів. 5 доба післяопераційного періоду. Занурення евентерованих органів до черевної порожнини.

Стр. 12: [84] Удалено

Admin

25.01.2010 19:54:00

Ураховуючи позитивні результати проведеного експериментального дослідження спосіб корекції ВАД був запроваджений у клінічну практику.

Розроблений нами пристрій дозволяє

Стр. 12: [85] Отформатировано

NATALIYA

08.02.2010 14:06:00

Отступ: Первая строка: 1,9 см, Междустр.интервал: точно 18 пт

Стр. 13: [86] Удалено

NATALIYA

08.02.2010 14:08:00

Розтягнення черевної стінки відбувається у різних напрямках. Кути напрямків діючих сил, розраховані шляхом математичного моделювання, можуть змінюватись в процесі лікування. Сила тракції експериментально визначена, вона постійна, залежить від кількості гумово-капронових тяг і є їх сумою, також може змінюватися в процесі лікування, в кожному окремому випадку. Оптимальний термін можливого застосування розтягнення черевної стінки складає  $5 \pm 1$  доба. За цей термін нам вдається скорегувати наявну вісцero-абдомінальну диспропорцію.

Одним з критеріїв можливого радикального закриття черевної порожнини було вимірювання внутрішньочеревного тиску за методикою Крона під час другого етапу оперативного лікування. Показники ВЧТ, які не перевищували 8 – 10 мм рт. ст., дозволяли закрити дефект передньої черевної стінки повношаровим фасціальним клаптем.

Стр. 13: [87] Отформатировано

NATALIYA

08.02.2010 14:04:00

Отступ: Первая строка: 0 см, Междустр.интервал: точно 18 пт, Поз.табуляции: 1,27 см, по левому краю + нет в 1,9 см