

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія KB №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного
університету
протокол № 15 від 29.08.2016 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Івано-Франківський національний
медичний університет
Телефон: (0342) 53-79-84
факс (03422) 2-42-95
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 30.08.2016 р.
Формат 60/88 1/2 Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої
продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

ISSN 2306-4285 (Ukrainian ed. Print)
ISSN 2414-1518 (English ed. Online)

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Журнал включений до міжнародної
наукометричної бази INDEX COPERNICUS

Індексується в: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Відомості про журнал розміщені в **Electronic Journals Library**

Том 23 - число 3 - 2016
частина 1

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Попадинець О.Г. (відповідальний секретар)
Вишиванюк В.Ю. (секретар), Боцюрко В.І., Вірстюк Н.Г.,
Волосянко А.Б., Воронич-Семченко Н.М., Геращенко С.Б.,
Гудз І.М., Ерстенюк А.М., Ємельяненко І.В., Заяць Л.М.,
Ковальчук Л.Є., Мізюк М.І., Міщук В.Г., Ожоган З.Р.,
Середюк Н.М., Яцишин Р.І.

Редакційна рада

Бальцер К. (ФРН), Вагнер Р. (США), Волков В.І. (Україна),
Волошин О.І. (Україна), Генік С.М. (Україна), Енк П. (ФРН),
Ковальчук І.П. (Канада), Ковальчук О.В. (Канада),
Луценко Н.С. (Україна), Мальцев Е.В. (Україна),
Пенішкевич Я.І. (Україна), Поворознюк В.В. (Україна),
Погрібний І.П. (США), Сергієнко А.М. (Україна),
Сергієнко М.М. (Україна), Скальний А.В. (Росія),
Скрипник Р.Л. (Україна), Усов В.Я. (Україна), Швед М.І. (Україна)

Робота редакційної колегії орієнтована на норми та принципи International Committee of Medical Journal Editors

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Наказ МОН України №241 від 09.03.2016 року)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2016
© Галицький лікарський вісник, 2016

The Ministry
of Health Care of Ukraine
Ivano-Frankivsk
National Medical University

Founder and publisher
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Certificate of state registration
series KB № 7296 of 14.05.2003

Approved for publication by
the Scientific Council of
the Ivano-Frankivsk
National Medical University
Minutes № 15 of 29.08.2016

Address of the editorial office:
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Halytska Street, 2
Ivano-Frankivsk 76018
Ukraine
Tel: (0342) 53-79-84
Fax (03422) 2-42-95
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Typesetting services
and layout by the editorial staff
of *Galician Medical Journal*.
Passed for printing 30.08.2016
Format 60/88 1/2 Volume – 16 quires.
Offset printing. Circulation 200.
Printed in the publishing house
of the Ivano-Frankivsk National
Medical University.

Certificate of introduction of the publishing
entity into the State Register of Publishers,
manufacturers and distributors
of publishing products.
ДК №2361 of 05.12.2005.
Halytska Street 2,
Ivano-Frankivsk 76018.

GALIC'KIJ LIKARS'KIJ VISNIK GALICIAN MEDICAL JOURNAL

Quarterly scientific and practical journal
Established in 1994

The journal is included in the International Scientometrics Database
INDEX COPERNICUS

Indexed in: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Information about the journal is available at **Electronic Journals Library**

Volume 23 - number 3 – 2016
part 1

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief – M. M. Rozhko

Vakaliuk I.P. (Deputy Editor)
Popadynets O.H. (Executive Associate Editor)
Vyshyvaniuk V.Yu. (Associate Editor), Botsiurko V.I.,
Virstiuk N.G., Volosianko A.B., Voronych-Semchenko N.M.,
Herashchenko S.B., Hudz I.M., Ersteniuk G.M.,
Yemelianenko I.V., Zaiats L.M., Kovalchuk L.Ye.,
Miziuk M.I., Mishchuk V.G., Ozhohan Z.R., Serediuk N.M.,
Yatsyshyn R.I.

Editorial Council

Balzer K. (Germany), Wagner R. (USA), Volkov V.I. (Ukraine),
Voloshyn O.I. (Ukraine), Henyk S.M. (Ukraine),
Enck P. (Germany), Kovalchuk I.P. (Canada),
Kovalchuk O.V. (Canada), Lutsenko N.S. (Ukraine),
Maltsev E.V. (Ukraine), Penishkevych Ya.I. (Ukraine),
Povorozniuk V.V. (Ukraine), Pohribnyi I.P. (USA),
Serhienko A.M. (Ukraine), Serhienko M.M. (Ukraine),
Skalniy A.V. (Russia), Skrypnyk R.L. (Ukraine),
Usov V.Ya. (Ukraine), Shved M.I. (Ukraine)

The work of the Editorial Board is focused on the norms and principles of the International Committee of Medical Journal Editors

The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of theses are allowed to be published (The Order of Ministry of Education and Science of Ukraine of 09.03.2016, No 241)

2. Діагностику та урахування типу психофізіологічної адикції при застосуванні визначених ЛРК можна розглядати у якості додаткових критеріїв індивідуалізації комплексного лікування, що дозволяє враховувати психофізіологічний стан пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів інших психофізіологічних детермінант.

Література

1. Аболмасов Н.Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н.Н. Аболмасов // *Стоматология*. 2003. - № 4. - С. 34-39.
2. Гавенко В.Л. Наркология: підручник для студ. мед. вузів III-IV рівнів акредитації, лікарів інтернів і лікарів загальної практики / В.Л. Гавенко // Харківський держ. медичний ун-т. - Харків: Регіон-інформ, 2003. - 244 с.
3. Григорова А.О. Доопераційна стратифікація ризику патології пародонту серед пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки / А.О. Григорова // *Проблеми екологічної та мед. генетики і клінічної імунології*: 36. наук. праць, 2014.-№4(124).- Київ-Луганськ. - С.209-217.
4. Григорова А.О. Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення / А.О. Григорова // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології*: Збірник наукових праць, 2014.-№2(122).- Київ-Луганськ. - С.186-193.
5. Григорова А.О. Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення / А.О. Григорова // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології*: Збірник наукових праць, 2014.-№1(121).- Київ-Луганськ. - С.186-193.
6. Григорова А.О. Психофізіологічні передумови удосконалення лікувально-реабілітаційних програм при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки: частота та характер когнітивної дисфункції / А.О. Григорова // *Актуальні проблеми сучасної медицини*, 2015.-Том 15.-Вип. 3(51).-Частина 2.-С.15-22.
7. Напрєєнко О.К. Наркология. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами / О. К.

Напрєєнко та інші; за ред. засл. діяча науки і техніки України, д-ра мед. наук, проф. О.К. Напрєєнко. - Київ: Здоров'я, 2011. - 207 с.

8. Основы профессиональной гигиены полости рта: методические рекомендации / Л.Ю. Орехова, Е.Д. Кучумова, Я.В. Стюф, А.В. Киселёв. - СПб.: ПолиМедиаПресс, 2004. - 56 с.

9. Попруженко Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т.В. Попруженко, Т.Н. Терехова // Москва: МЕДпресс-информ. - 2009. - 464 с.

10. Сосін І.К. Наркологія: нац. підруч. для лікарів-наркологів закл. післядиплом. освіти IV рівня акредитації / Сосін І. К. та інші; за ред. І.К. Сосіна, Ю.Ф. Чуєва. - Харків: Колегіум, 2014. - 1499 с.

11. Физическая реабилитация. Руководство // Под ред. С.Н. Попова. - Ростов-на-Дону, 2005. - 359 с.

12. Цепов Л.М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева.-Москва: Медпресс-информ, 2008.-272 с.

A.O. Hryhorova

Periodontal Tissues State and Psychophysiological Addiction: the Effectiveness of Treatment and Rehabilitation Complexes in Patients with Maxillofacial Area Injuries and Diseases

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Communal Health Protection Institution "Kharkiv Regional Clinical Hospital – Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine", Kharkiv, Ukraine

Abstract. The results of the clinical monitoring of patients with injuries and inflammatory diseases of maxillofacial area proved that the presence of nicotine psychophysiological addiction is a significant factor for the effective treatment of patients with maxillofacial area injuries, and in the case of extended treatment and rehabilitation complex greater efficiency is possible due to the reduction of periodontium treatment need by 27.6% in post-mobilization period. In patients with nicotine physiological addiction on the background of inflammatory diseases, in case of its use it is possible to achieve greater efficiency due to the reduction of the periodontium treatment need by 21.8%. Thus, diagnostics and consideration of the type of psychophysiological addiction can be considered as additional criteria of complex treatment individualization taking into account the psychophysiological state of patients in the course of prescribed treatment and rehabilitation complex application.

Keywords: *Surgical Dentistry; psychophysiological addiction state; periodontium.*

Надійшла 21.07.2016 року.

УДК 616-089.168.1-06-037:616.381-07-089

Гринчук А. Ф., Гринчук Ф. В., Полянський І. Ю.

Прогнозування післяопераційних ускладнень при гострому перитоніті

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна, andriygrinchuk1991@gmail.com

Резюме. Вступ. Прогнозування післяопераційних ускладнень (ПУ) є важливим компонентом лікування гострого перитоніту. Жоден з відомих методів не знайшов достатнього визнання.

Мета дослідження. Розробка ефективного методу прогнозування ПУ.

Матеріал і методи. Ретроспективний аналіз результатів лікування 169 хворих на різні форми перитоніту, у 79 з яких були ПУ. Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання. Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), класу коморбідності (КК), вік за допомогою дисперсійного аналізу.

Результати дослідження. Прогнозування ускладнень проводиться у два етапи. До операції оцінюється попередній ризик з урахуванням характеру основного захворювання, клінічних проявів перитоніту, КК. Під час операції проводиться остаточна оцінка з урахуванням характеру основного захворювання, МПІ, КК, кількості паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів, застосування запрограмованих повторних санацій очеревинної порожнини. Названим показникам надана визначена кількість

пунктів. За їх сумою хворих відносять до груп звичайного (менше 18), збільшеного (18-25), середнього (26-34) і високого (більше 35) ризику розвитку ускладнень.

Висновки. 1. Запропонований метод дозволяє виділяти групи звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень при гострому перитоніті.

2. Двоетапне прогнозування дозволяє диференційовано застосовувати профілактичні заходи упродовж всього періоду лікування.

Ключові слова. Гострий перитоніт, післяопераційні ускладнення, прогнозування.

Вступ. Прогнозування післяопераційних ускладнень (ПУ) є важливим компонентом лікування гострого перитоніту [1,5]. Численні методи, які базуються на урахуванні різних показників [2,6,7] не знайшли визнання внаслідок значної кількості показників, що зумовлює складність застосування, низької інформативності методів, заснованих

на малій кількості критеріїв тощо. За допомогою Мангаймського перитонітного індексу (МПІ) [3], визначають тяжкість перитоніту, у міру зростання якої ймовірність розвитку ПУ збільшується, проте диференціювати ризик виникнення окремих ПУ це не дозволяє.

Мета дослідження. Розробка ефективного методу прогнозування ПУ.

Матеріал і методи дослідження

Ретроспективний аналіз наслідків лікування 169 хворих на різні форми перитоніту, віком від 17 до 84 років. Чоловіків було 98, жінок - 71. Місцевий перитоніт був у 45 хворих, дифузний - у 53, розлитий - у 57, загальний - у 13 хворих. У 79 пацієнтів були ПУ: запалення і нагноєння рани (24), евітерациї (5), інтраабдомінальні інфільтрати і абсцеси (14), неспроможність кишкових швів (18), триваючий перитоніт (18). Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання.

Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри МПІ, КК [4], вік, вплив яких визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Результати дослідження і обговорення

Нами розроблена шкала, згідно з якою прогнозування ПУ проводиться у два етапи. На першому етапі, до операції, у шкалу включені показники, представлені в таблиці 1. Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично істотну залежність показників ПУ від обраних для прогнозування. За сумою пунктів, визначеною згідно з шкалою, хворі попередньо поділяються на групи звичайного (2-4 пункти), збільшеного (5-7 пунктів), середнього (8-9 пунктів) і високого (10 і більше пунктів) ризику виникнення ПУ. Таке виділення груп ризику дозволяє застосовувати необхідні заходи з профілактики ПУ вже на етапі передопераційної підготовки хворих.

Остаточне визначення ризику проводиться з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень. Аналіз клінічних і лабораторних показників засвідчив, що дисперсія параметрів ПУ статистично істотно пояснюється внеском показників, представлених у таблиці 2. Розмежування груп ризику проводиться так: менше 18 пунктів - звичайний, 18-25 пунктів - збільшений (переважно ранові ускладнення), 26-34 пункти - середній (абсцеси, інфільтрати, дифузний перитоніт, неспроможність швів), більше 35 пунктів - високий ризик (тяжкий перитоніт, сепсис), що підтверджено результатами однофакторного дисперсійного аналізу. Віднесення конкретного хворого до певної групи дозволяє обґрунтовано використовувати необхідні профілактичні заходи під час операції та в післяопераційний період.

Висновки

1. Запропонований метод дозволяє виділяти групи звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень при гострому перитоніті.

2. Двоетапне прогнозування дозволяє диференційовано застосовувати профілактичні заходи впродовж всього періоду лікування.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Широка клінічна апробація розробленого методу і його оцінка.

Література

1. Прогнозування розвитку гнійно-запальних ускладнень при гострій інтраабдомінальній патології / Р. А. Прихидько // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. - 2015. - Том 15, № 2. - С. 127-129.

2. Хірургічне лікування хворих на абдомінальний сепсис з використанням скорингових систем оцінки тяжкості хворих / І. А. Криворучко, Ю. В. Іванова, М. С. Повеличенко, С. А. Андрещев // Арх. клініч. медицини. - 2014. - № 2(ч.2). - С. 68-71.

Таблиця 1. Шкала для передопераційного прогнозування виникнення ускладнень

Критерії	Пункти
Гострий апендицит, гострий простий холецистит, гінекологічна патологія, кишкова обструкція (не пухлинна) без некрозу.	1
Кишкова обструкція (не пухлинна) з некрозом, гострий деструктивний холецистит, перфорація гастродуоденальних виразок, тонкої кишки, пухлин шлунка, гостра виразкова кровотеча, акушерська патологія.	2
Травма живота, пухлина ободової кишки з непрохідністю, хвороба Крона, гострий панкреатит, мезентеріальний тромбоз, післяопераційний перитоніт.	3
Місцевий перитоніт	2
Дифузний перитоніт	4
Розлитий перитоніт	6
Відсутня	0
Клас коморбідності 0	0
Клас коморбідності 1	1
Клас коморбідності 2	2
Клас коморбідності 3	3

3. Der Mannheimer Peritonitis - Index / M.M. Linder, H. Washa, U. Feldmann [et al.] // Chirurg.- 1987.- Vol. 58, № 2.- P. 84-92.

4. Grynchuk F.V. A new scoring system for comorbidity assessment in urgent abdominal surgery / F.V. Grynchuk, I.Yu. Polianskiy // Arta medica.- 2015.- № 3 (56).- P. 52-53.

5. New scoring system for predicting postsurgical complications in abdominal surgery / F.V. Grynchuk, I.Yu. Polianskiy, V.V. Preutse, A.F. Grynchuk // Arta medica.- 2015.- № 3 (56).- P. 53-54.

6. Ott K. Are There Gender-Specific Differences in Complications Following Abdominal Surgery? / K. Ott, U. Heger // Zentralbl. Chir.- 2015.- V. 140, № 3.- P. 273-278.

7. The influence of the risk factor on the abdominal complications in colon injury management / M. Torba, A. Gjata, S. Buci [et al.] // G. Chir.- 2015.- Vol. 36, № 2.- P. 57-62.

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В., Полянський І.Ю.

Прогнозирование послеоперационных осложнений при остром перитоните

ВГУЗУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Резюме. Введение. Прогнозирование послеоперационных осложнений (ПО) является важным компонентом лечения острого перитонита. Ни один из известных методов не нашел достаточного признания.

Цель исследования. Разработка эффективного метода прогнозирования ПО.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов лечения 169 больных с разными формами перитонита, у 79 из которых были ПО. Умерли 39 больных. У 123 больных диагностированы сопутствующие заболевания. Анализировали клинические данные, результаты лабораторных методов, параметры Мангаймского перитонитного индекса (МПІ), класса коморбидности (КК), возраст с помощью дисперсионного анализа.

Результаты исследования. Разработан метод, при котором прогнозирования осложнений проводится в два этапа. До операции оценивается предварительный риск с учетом характера основного заболевания, клинических проявлений перитонита, КК.

Таблиця 2. Шкала для передопераційного прогнозування виникнення ускладнень

Критерії	Пункти
Характеристики хірургічної патології	Згідно з таблицею 1
Характеристики перитоніту	показник МПІ
Характеристики супутньої патології	Згідно з таблицею 1
Вміст паличкоядерних лейкоцитів (%):	
менше 3, або більше 37	3
26 - 36	2
4 - 25	0
Застосування запрограмованої санації	2

Во время операции проводится окончательная оценка с учетом характера основного заболевания, МПИ, КК, количества палочкоядерных нейтрофильных лейкоцитов, применения запрограммированных повторных санаций брюшной полости. Этим показателем присвоено определенное количество пунктов. По их сумме больных относят к группам обычного (менее 18), увеличенного (18-25), среднего (26-34) и высокого (более 35) риска развития осложнений. Такое разграничение позволяет применять необходимые профилактические мероприятия на всех этапах лечения больных, начиная с предоперационной подготовки.

Выводы. 1. Предложенный метод позволяет выделять группы обычного, увеличенного, среднего и высокого риска возникновения послеоперационных осложнений при остром перитоните.

2. Двухэтапное проведение прогнозирования позволяет дифференцированно применять профилактические меры в процессе всего периода лечения.

Ключевые слова. Острый перитонит, послеоперационные осложнения, прогнозирование.

A.F. Grynchuk, F.V. Grynchuk, I.Yu. Polianskiy

Prediction of Postoperative Complications in Acute Peritonitis
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
E-mail: andriygrinchuk1991@gmail.com

Abstract. The ability to predict the possibility of postoperative complications is an important component of treatment of acute peritonitis. None of the known methods is fully accepted worldwide.

The objective of the research was to develop an informative method for predicting postoperative complications.

Materials and methods. A retrospective analysis of the results of treating 169 patients with peritonitis was made. 79 patients developed postoperative complications. 39 patients died. 123 patients were diagnosed with comorbidities. Clinical and laboratory data, parameters of the Mannheim peritonitis index, comorbidity class, and the patients' age were analyzed using the variance analysis.

Results and discussion. The prediction of postoperative complications may be carried out in two stages. Prior to surgery, preceding risk is estimated considering the nature of the underlying disease, clinical signs of acute peritonitis and comorbidity class. During surgery the final risk estimation is made taking into consideration the nature of the underlying disease, the Mannheim peritonitis index, comorbidity class, the number of band forms, use of the programmed peritoneal sanitation. For each aforementioned indicator different number of points was determined. Patients were divided into several groups by the sum of these points: normal (2-4 points), increased (5.7 points), medium (8-9 points) and high (more than 10 points) risk of postoperative complications.

Conclusions. 1. The proposed prognostic scale allows us to identify groups of normal, increased, medium and high risk of postoperative complications in acute peritonitis. 2. A two-phase prediction - before and during surgery - allow us to differentially apply preventive measures in the preoperative preparation, during surgery and in the postoperative period of treatment.

Keywords: acute peritonitis; postoperative complications; prediction

Надійшла 22.06.2016 року.

УДК 616.34-007.44-053.2-089

Гриценко М.І., Гриценко Є.М.

30-річний досвід лікування інвагінації кишечника у дітей власним способом

Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. Питання об'єктивізації та вибору показань до консервативного лікування інвагінації кишечника у дітей залишаються предметом дискусії.

Матеріали і методи. Проаналізовано досвід лікування 249 (172 хлопчики та 77 дівчаток) дітей з інвагінацією кишечника віком від 2-х місяців до 13 років. Всього спостерігалось 265 випадків інвагінації кишечника, включаючи 16 випадків рецидиву у 11 дітей. Консервативне лікування виконане 178 дітям (71,5%), оперована 71 дитина (28,5%). Для проведення аналізу діти були розподілені на 3 груп відповідно до трьох десятирічних періодів.

Результати і обговорення. При статистичному аналізі відзначено зменшення кількості хворих за останнє десятиліття зі збільшенням кількості дітей віком від 1 року.

У перший період відбулося впровадження наскрізної аероінсуфляції, розробленої автором з відмовою від рентгенологічного контролю. В експерименті були розроблені способи об'єктивізації критеріїв консервативної дезінвагінації шляхом наскрізної аероінсуфляції.

У другий період розроблений алгоритм лікування інвагінації кишечника, розширені показання до консервативної дезінвагінації. У 5 (22,7%) з 22 дітей з давністю захворювання понад 24 години та у 6 (46,2%) з 13 дітей віком від 1 року дезінвагінація виконана консервативно.

У третій період розширені показання до консервативної дезінвагінації. У 11 (57,9%) з 19 дітей з давністю захворювання понад 24 години та у 20 (74,1%) з 27 дітей віком від 1 року дезінвагінація виконана консервативно.

З 14 дітей віком від 1 року, що були оперовані, анатомічна причина виявлена у 4 (28,5%).

Проаналізовано досвід лікування 11 дітей з 16-ма рецидивами

кишкової інвагінації. В 7 випадках виконано консервативну дезінвагінацію, 4 дітей оперовано. В жодному випадку при оперативних втручаннях анатомічних причин, що могли викликати інвагінацію, не виявлено.

Летальних випадків за період, що аналізувався, не було.

Висновки. Наскрізна аероінсуфляція є ефективним та об'єктивним методом консервативної дезінвагінації у дітей. Спроба консервативної дезінвагінації можлива у переважній більшості хворих при відсутності ознак перитоніту. Давність захворювання, вік хворого та наявність рецидиву не є абсолютними критеріями у виборі лікувальної тактики при інвагінації кишечника.

Ключові слова: інвагінація кишечника, діти, наскрізна аероінсуфляція, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень

Інвагінація кишечника залишається предметом пильної уваги та постійного інтересу дитячих хірургів. Питання клінічних особливостей, діагностики та лікування детально розроблені та знайшли широке відображення в різноманітних наукових публікаціях. Консервативна дезінвагінація є пріоритетним методом лікування гострої кишкової інвагінації у дітей, адже за С. Я. Долецьким «факт тимчасовості даного явища диктує принципово консервативне відношення до даного захворювання. Тому операції краще уникати, а розправлення краще добиватися найбільш безпечним та розробленим консервативним шляхом – дозованим роздуванням товстої кишки повітрям» [2]. Але існують сумніви в достовірності методів об'єктивного контролю над