

При УЗ- діагностиці кіст селезінки позитивний результат був виявлений у 71.2% випадків, 28.8 відсотків дітей з об'ємними утвореннями селезінки були віднесені до групи дітей з справжніми кістами селезінки, які потребували спостереження.

#### Висновки

1. УЗ діагностика вад розвитку та утворень селезінки у дітей є найбільш інформативним та доступним методом.
2. Стандартизація метрологічних підходів до діагностики вад розвитку та об'ємних утворень селезінки дасть змогу в передопераційному періоді визначити тактику та інвазивність оперативного лікування.

#### Література

1. Борсуков А.В. Ультразвуковая томография печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы / Борсуков А.В. – Смоленск, 1995.- 160 с.
2. Дадвани С.А. Малоинвазивные вмешательства при кистах селезенки / С.А. Дадвани // Анналы хирургической гепатологии. – МаиК-Наука, 2000. – Т.5. - № 2. – С. 273-275.
3. Кубышкин В.А. Опухоли и кисты селезенки / Кубышкин В.А. – Москва: Медпрактика-М, 2007. – 287 с.
4. Тимербулатов М.В. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / Тимербулатов М.В. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2004. - 218 с.
5. Hiatt J.R. Surgical diseases of the spleen.// Heidelberg: Springer. - 1997. – P. 285-290.
6. Mesothelial splenic cyst –a case report Reddi / V.R. Reddi, M.K. Srinivas, [et al.] // Ann.Acad. Med.Singapore. – 1998, Nov; 27(6). - P. 525-529.

#### Резюме

### ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Ксёنز И.В.

Проанализирована УЗ- диагностика объемных образований селезенки у 87 детей, проведена стандартизация УЗ признаков патологического процесса в селезенки у детей, определены критерии, которые указывают на происхождения кист селезенки у детей.

**Ключевые слова:** дети, селезенка, УЗ-диагностика.

Стаття надійшла 7.07.2011 р.

### DIAGNOSIS OF MALFORMATIONS OF THE SPLEEN IN CHILDREN

Ksonz I.V.

Analyzed ultrasound diagnosis volumetric formations spleen in 87 children, held signs U.S. standardization of the pathological process in the spleen in children, identified criteria that indicate the origin of spleen cysts in children.

**Key words:** children, spleen, ultrasound diagnosis.

УДК: 616.14-083-003.92

В.І. Дяховський, Д.Г. Дем'янюк, О.М. Бєзжоробаний, А.І. Борсуков, А.В. Дяховська  
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", Полтавська обласна клінічна лікарня  
ім. М.В. Сєвєрогородського, м. Полтава

### ФОРМУВАННЯ ЕСТЕТИЧНОГО РУБЦЯ ПІСЛЯ ФЛЕБЕКТОМІЇ

У клініці протягом 2008-2010 років, з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок оперували 537 осіб. У віці до 50 років у хворих, поряд з усуненням хвороби, гостро стояло питання досягнення естетичного ефекту. Усім госпіталізованим виконували ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок. Під час операції використовували запропонований нами хірургічний інструментарій. Дотримувалися прецизійної техніки. Тканини рани ушивали за запронованим нами методом, який дещо змінений від методики Холстеда-Золтана. Віддалені відмінні естетичні наслідки лікування отримали у 96,1% хворих.

**Ключові слова:** пластична хірургія, естетичний рубець, флєбектомія.

Незмінне бажання кожної людини бути здоровою. У цивілізованому суспільстві до цього приєднається ще одне, не менш вагоме: бути красивою (красенем, красунею, кралею). Здоров'я кожного члена спільноти на 80-85% визначається суспільно-економічним укладом, 10-15% його залежить від спадковості. У 5-10% зберегти і укріпити його допомагає медицина. Інше бажання реалізується виключно спрямованим впливом на організм людини, у тому числі пластичною, естетичною, реконструктивною хірургією. Естетична хірургія займається зміною зовнішнього вигляду, форми і взаємозв'язку анатомічних структур окремих ділянок тіла. Реконструктивній хірургії належить роль відновлення форми і функції тканин утрачених внаслідок травми або вродженої патології. Пластична хірургія займається відновленням або відтворенням форм і функцій частин тіла з найкращими передбачуваними естетичними наслідками [8]. Завдяки впровадженню нових технологій,

останнім часом пластична хірургія зробила велетенський крок на шляху досягнення естетичних наслідків і стала надійним засобом покращення якості життя.

Найрізноманітніші способи впливу на тканини й органи людини пластична хірургія успішно вирішує перш за все через ефективне загоювання рани. Авторі єдині у поглядах на умови успішного естетичного загоювання рани [1-7, 10-12]. Наголошується, що формування рубця (шрама) без помітного дефекта відбувається при суворому дотриманні умов розтину та з'єднання тканин. Поряд з іншим підкреслюється важливість визначення лінії розтину шкіри. Неблагоприємні умови для загоювання рани створюються там, де розтин шкіри виконується паралельно напрямку скорочення м'язів. І, навпаки, розтин шкіри виконаний перпендикулярно – має достатні умови заживання [2, 6, 11, 12]. З метою визначення лінії розтину пропонується утворювати штучні шкірні складки [6, 11, 12]. Утворені складки, що нагадують природні, дозволяють передбачити добрі умови для зростання роз'єднаної тканини при розтині шкіри паралельно складкам. Велика увага приділяється техніці розтину та з'єднання тканин. Наголошується на необхідності використання для цього спеціальних інструментів та прецизійної техніки втручань [2, 3, 5, 6, 11, 12].

Сьогодні вимоги пацієнтів до естетичного формування післяопераційного рубця надійно перемістилися з спеціалізованих лікарень пластичної хірургії у звичайні відділення хірургічного нахилу. Особливе хвилювання пацієнти проявляють при плануванні оперативних втручань на відкритих ділянках тіла – обличчі, кінцівках. Нехтувати цими вимогами зараз неможливо.

**Метою** роботи було добитися естетичного загоювання післяопераційних ран на відкритих ділянках ніг у хворих, оперованих з приводу варикозної хвороби шляхом визначення лінії розтину, використання запропонованих нами спеціальних хірургічних інструментів при накладанні швів на підшкірну жирову клітковину та дермального шва.

**Матеріал та методи дослідження.** За 2008-2010 роки у спеціалізованому судинному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з приводу варикозної хвороби оперували 537 осіб. Чоловіків було 171 (31, 8%), жінок – 366 (78, 2%). Вік хворих становив 16-69 років. У віці до 40 років було 152 (28, 3%) особи, 41-50 років – 96 (17,8%) госпіталізованих. Усі 248 (46, 18%) осіб згаданого віку перед втручанням вказували переконливе бажання естетичного формування післяопераційного рубця. У 143 (26, 6%) хворих таке бажання було однією з умов згоди на втручання, а у 105 (19, 5%) – вимога позбавитися видимих вен у ділянці гомілки і стегна була вирішальною умовою згоди на оперативне втручання. Хворих обстежували амбулаторно. Усім виконували ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) вен нижніх кінцівок [2, 4]. Визначали наявність сафено-стегнового, сафено-поплітеального рефлюксів та неспроможність перфорантних вен. З урахуванням скарг хворих, даних об'єктивного, інструментального обстеження, згідно класифікації прийнятою нарадою експертів (2000 р.) хворих розподілили за групами згідно таких форм варикозної хвороби [2]:

I група – 29 (11,7%) осіб. Це хворі віком переважно до 30 років. Головна мета втручання – позбавитися косметичних дефектів на ногах у вигляді варикозних вен.

II група – 65 (26,2%) осіб. Хворі з сегментарним варикозом з рефлюксом крові по поверхневих та перфорантних венах.

III група – 154 (62,1%) осіб. Хворі з поширеним варикозом з рефлюксом крові по поверхневих та перфорантних венах.

Оперативні втручання з приводу варикозної хвороби з акцентом на естетичне формування післяопераційного рубця з самого початку і до завершення мають свої особливості. Вибір лінії розтину тканини визначили напрямком ходу варикозної вени. В усіх хворих перед втручанням створювали штучні складки шкіри. Їх формували паралельно та перпендикулярно лінії скорочення м'язів. Утворені штучні складки шкіри, що нагадували природні, служили орієнтиром для розтину шкіри паралельно утвореним складкам.

Великого значення надавали технології розтину. Перш за все на початку і в кінці розтину шкіра розсікалася перпендикулярно на всю товщу. Розширені магістральні вени на стегні та гомілки видаляли за Бебкокком [9]. Видалення горизонтальних притоків, усунення неспроможності комунікантних вен кожен раз вимагало індивідуального підходу. Довжина розтину не перевищувала 1,5-2,5 см. Якщо з цього розтину не вдавалося видалити розширену вену то її обережно тунелеподібно звільняли на 2,0-3,0 см в обидві сторони від розтину. Відступивши від кута рани на 4-5 см по ходу вени виконували іншій розтин. Така методика ґрунтується на наших спостереженнях: видалені тунелеподібним методом вени без розтину шкіри на віддалі 8-10 см залишають після себе втягнуті заглиблення шкіри. При зміні напрямку світлового потоку вони окреслюються, створюючи негативний ефект у формі синдрому “місяцевого кратера”. Розріз формуємо рухом скальпеля тільки “на себе”. Початок розтину шкіри здійснюємо шляхом енергійного натискання на скальпель. При цьому утворюється прокол м'яких тканин, перпендикулярний поверхні шкіри. Розтин формується без виступів – “щабелів”, що значно полегшує зшивання тканин та формуванню естетичного рубця. До запропонованих способів виведення вени у рану шляхом використання зігнутих інструментів відносимося виважено. До цього вдаємося не часто і лише за умов відсутності міцного зростання стінки вени з підшкірною жировою тканиною внаслідок перенесених раніше запалень. В таких випадках виведенню вени до поверхні шкіри передує ретельне звільнення стінки вени від сполучно-тканинних з'єднань гострим шляхом. Підшкірно-жирову клітковину розсікаємо на необхідну глибину, уникаючи роз'єднання шляхом розтягнення. Це значно спрощує у подальшому зашивання рани та формування рубця.

Нами запропоновані гачки для розведення та утримання країв рани. Вони без гострих виступів, що запобігає травматизації тканин, робоча поверхня їх зміщена у бік. Це спрощує накладання швів на шкіру і підшкірну клітковину. В окремих випадках робоча поверхня гачка служить “дозатором” при накладанні швів. У розширювача робочі поверхні змінні, різної ширини. Робочою поверхнею шириною в 1,5 см користуємося одночасно для визначення стібка при накладенні швів на підшкірну жирову клітковину та шкіру. Передбачуваний естетичний рубець після втручання можна чекати після загоювання рани лише за умов ощадливого відношення до тканин у процесі формування свіжого рубця. Рану ушиваємо без залишення найменшого простору за запропонованим нами методом, яка дещо відмінна від методики Холстеда-Золтана. Накладений таким способом двухрядний шов надійно адаптує края шкіри не впливаючи суттєво на процеси регенерації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після операції хворі дотримувалися активного режиму. Першу перев’язку здійснювали на наступну добу після операції. У ранньому післяопераційному періоді 9 (3,9%) хворих відмітили гіперестезію, 79 (31,8%) – скаржилися на біль у ділянці розтину. Пацієнтів виписували з стаціонару на 2-3 добу. Шви підшкірної клітковини і шкіри знімали на 6-7 добу. Вирішальною умовою естетичного формування рубця вважаємо відсутність найменшого натягнення у ділянці адаптації країв шкіри і повного співставлення епідермального шару. Крайового некрозу шкіри ми не відмітили. Хворі спостерігалися оперуючим хірургом протягом 7-10 днів. Хворі перебували під наглядом у хірурга за місцем проживання протягом 1-6 місяців. Через 6-12 місяців-203 (81,8%) пацієнтів повторно оглянуті оперуючим хірургом. Естетичні наслідки лікування оцінені на “відмінно” у 195 (96,1%), “добре” – у 8 (3,9%) осіб.

#### **Висновок**

1. У хворих з перебігом варикозної хвороби 1-3 групи для досягнення естетичного ефекту після операції варто користуватися спеціальними інструментами. Для ушивання раз’єднаних тканин необхідно оволодіти прецизійною технікою.
2. Використання запропонованого хірургічного інструментарію при накладанні швів дозволило добитися відмінних віддалених естетичних наслідків лікування у 96,1% хворих.

#### **Література**

1. Аничков В.В. Способ фиксации внутрикожного шва / В.В. Аничков, Ю.Б. Мартов // Здоровоохранение Белоруссии. – 1981. – №1. – С. 61.
2. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Ю.В. Белов [2-е издание]. – М.: 000 «Медицинское информационное агентство». – 2011. – 464 с.
3. Герасимов В.В. Результаты прецизионной хирургии варикозной болезни нижних конечностей / В.В. Герасимов, В.Г. Герасимов, С.В. Герасимова // Клінічна флебологія. – 2010. – №3. – С.44-46.
4. Гошинский В.Б. Сучасні підходи до діагностики варикозного синдрому / В.Б. Гошинский, І.К. Венгер, О.Б. Луговний // Клінічна флебологія. – 2009. – №1 (2). – С.137-139.
5. Демянюк Д.Г. Инструментарий для операции по поводу гнойных заболеваний пальцев и кисти / Д.Г. Демянюк. // Клиническая хирургия. – 1973. – №3. – С. 66-67.
6. Золтан Я. Оперативная техника и условия оптимального заживления ран. / Я. Золтан [Третье издание на русском языке]. – Издательство академии наук Венгрии. – 1983. – 175 с.
7. Лодяна І.М. Малоінвазивні втручання при усуненні горизонтального рефлюксу у комплексному лікуванні хворих на декомпенсовану варикозну хворобу нижніх кінцівок / І.М. Лодяна, С.Н. Зюзько, О.Ю. Лодяна // Клінічна флебологія. – 2009. – №1 (2). – С. 124-126.
8. Мішалов В.Г. Пластична, естетична, реконструктивна хірургія: місце в медичному світі та історії / В.Г. Мішалов, В.В. Храпач, Д.В. Унукович // Мистецтво лікування. – 2002. – №2 (38). – С. 38-40.
9. Русин В.І. Діагностика та критерії відбору хворих для комбінованої флебектомії / В.І. Русин, В.В. Корсак, В.В. Русин [та ін.] // Клінічна флебологія. – 2009. – № 1. – С. 126-128.
10. Савинов С.Г. Опыт хирургического лечения варикозной болезни методом СНІВА / С.Г. Савинов, В.А. Томин, С.Г. Грищенко [та ін.] // Клінічна флебологія. – 2009. – № 1 (2). – С. 129-131.
11. Семенов Г.М. Хирургический шов / Г.М. Семенов, В.Л. Петришин, М.В. Кошкова. – С-Пб.: Питер. – 2001. – 256 с.
12. Турак Й.А. Адекватний шов рани з погляду хірурга-практика / Й.А. Турак. – Ужгород: ВАТ “Патент”. – 2005. – 176 с.

#### **Удєржагу**

#### **ФОРМИРОВАНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКОГО РУБЦА ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ**

**Ляховский В.И., Демянюк Д.Г., Безкоровайнй А.М., Боркунов А.Л., Ляховская А.В.**

В клинике на протяжении 2008-2010 годов по поводу варикозной болезни ног оперировали 537 лиц. В возрасте до 50 лет наряду с устранением болезни, остро стоял вопрос достижения эстетического эффекта. Всем госпитализирован-

#### **THE FORMATION OF AESTHETIC SCAR AFTER PHLEBECTOMY**

**Liakhovs`kyi V.I., Demianiuik D.G., Bezkorovainyi O.M., Borkunov A.L., Liakhovs`ka A.V.**

537 people were operated about varicose leg in the clinic during 2008-2010. At the age of 50 years, close to eliminating the disease, acute issue was to achieve an aesthetic effect. All hospitalized were

ним выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Во время операции использовали предложенный нами хирургический инструментарий. Придерживались прецизионной техники. Ткани ран ушивали по предложенному нами методу, которые несколько изменен от методики Холстеда-Золтана. Отдаленные отличные эстетические последствия получены в 96,1% больных.

**Ключевые слова:** пластическая хирургия, эстетический рубец, флебэктомия.

Стаття надійшла 26.07.2011 р.

performed ultrasound duplex scanning of leg veins. We used proposed surgical instruments during the operations. We adhered to precision engineering. Tissue wounds were sutured by the proposed method, which we slightly modified from the technique Halstead, Zoltan. Long-term aesthetic effects were obtained in 96.1% of patients.

**Key words:** plastic surgery, aesthetic scar, phlebectomy.

УДК 614

Лиховський В.І., Дем'янюк Д.І., Ожегов А., Бездорожиний О.М., Кравий М.І.,  
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", Полтавська обласна клінічна лікарня  
ім. М.В. Складовського, м. Полтава

### ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ – ОСНОВА ЖИТТЄЗДАТНОСТІ СУСПІЛЬСТВА

Проведений аналіз основних демографічних показників Полтавської області за 2001-2009 роки в порівнянні з аналогічними показниками за такий же період в Україні. Чисельність населення України за 9 років зменшилася на 3253919 осіб, а в Полтавській області - на 164 187 громадян. Це сталося за рахунок високої смертності та відсутності природного приросту населення. Захворюваність населення України у розрахунку на 100 тис. з 2001 по 2009 роки зменшилася в середньому на 4175,9. Смертність за цей час зросла на 16,4 - від 1521, 2 в 2001 до 1537, 6 - в 2009 роках. Захворюваність і смертність громадян Полтавщини за період дослідження збільшувалися дещо меншими темпами. З 2001 по 2009 року захворюваність населення зросла на 524,4 випадки на 100 тис. населення - від 58371,9 до 58896,9. Смертність зросла на 21,9 - від 1761,0 до 1782,9 осіб на 100 тис. населення. В Україні та на Полтавщині природного приросту населення за цей період не відмічалось. На сучасному етапі стан здоров'я населення України та Полтавської області недостатній. Частково винувата в цьому застаріла система охорони здоров'я.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, населення, захворювання, смертність.

Кожен раз для виробництва матеріальних благ людина мобілізує фізичні і моральні зусилля. Таке єднання видається ефективним за умов глибокого усвідомлення виробником необхідності виробництва та належного здоров'я виробників. Останнє – здоров'я – вважається вирішальним, бо різюче впливає на темпи виробництва та якість вироблених матеріальних благ. Саме через це здоров'я виробників завжди було і залишається тепер мірою могутності і процвітання нації та держави. Згуртована, організована, навчена, націлена на майбутнє, озброєна національною ідеєю, фізично здорова спільнота завжди виступала рушійною силою прогресу.

Українська нація, українська держава долають нелегкий шлях самостійного розвитку. Шлях важкий, бо йдеться про зміни економічного устрою та перелаштування свідомості кожного. У цей непростий час фундаментом успіху в досягненні наміченого виступають людські ресурси. Вони динамічні, змінюються, підкоряючись відомим законам розвитку природи і суспільства. Взаємодія їх тісно переплетена. Отож стабільність, прогнозованість розвитку суспільства, соціальна спрямованість економічних програм, постійне піклування держави про неспроможних, немічних і похилих сприяє відтворенню людських ресурсів. І навпаки, невпевненість у майбутньому, постійне психічне перевантаження суспільства необґрунтованими програмами розвитку негативно впливає на демографічні показники та головні показники здоров'я населення.

Динаміка природного руху основних показників здоров'я населення кожного соціального об'єднання красномовно говорить про рівень розвитку суспільства. І навпаки, досягнення в економічному розвитку неминуче ведуть до покращення добробуту громадян, а через нього – до розквіту нації, народу, культури, основних показників життєздатності суспільства.

При аналізі природного руху показників здоров'я населення, тепер виходять з доказаної істини: здоров'я нації, окремих громадян на 80-85% цілком залежать від соціально-економічних умов проживання. Ще на 10-15% – від спадковості, яку вони отримали від предків. Медицина в змозі вплинути на здоров'я того суспільства, яке її утримує лише в об'ємі 5-10%. Це відома істина. Вона змушує думати, аналізувати, жваво і конкретно реагувати на запити спільноти, бо в її руках майбутнє. Суспільство має оточити піклуванням усіх громадян. Особливої уваги заслуговують прошарки неспроможного населення. Проте інші категорії громадян зобов'язані перед спільнотою невпинно, кожен день піклуватися про своє здоров'я. Обов'язок суспільства створити для цього необхідні умови.