Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

УДК 616.38-007-089-053.34

С.В. Веселий, Р.П. Кліманський

Сучасні підходи до лікування та реабілітації дітей із гастрошизисом

Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.2017.2(55):32-37; doi 10.15574/PS.2017.55.32

Мета – оптимізація лікувальних і реабілітаційних заходів у дітей із гастрошизисом.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати комплексного лікування та реабілітації 76 дітей із гастрошизисом. Сукупні вади розвитку та каліцтва виявлені у 43 (56,6%) пацієнтів. Усі пацієнти були прооперовані. У новонароджених з вісцеро-абдомінальною диспропорцією I ступеня черевна порожнина пошарово ушивалася наглухо. У випадку вісцеро-абдомінальної диспропорції II–III ступеня оперативне лікування хворих було розподілено на два етапи. Перший етап включав модифіковану авторами операцію Гросса або Z-пластику передньої черевної стінки аутодермальними клаптями. Другий етап полягав у ліквідації вентральної грижі та пластиці передньої черевної стінки.

Результати. Ускладнення в післяопераційному періоді мали переважно септичний характер (перитоніт, деструктивна пневмонія, гнійний менінгіт, гострий гематогенний остеомієліт) і виникли у 46 (60,5%) дітей. У 2 (2,6%) хворих на тлі розлитого гнійного перитоніту та нагноєння операційної рани в ранньому післяопераційному періоді відзначалася евентерація. Загальна летальність склала 53,9%. Високі цифри летальності у новонароджених із гастрошизисом пояснюються септичними ускладненнями та наявністю сполучених і комбінованих вад розвитку, які були діагностовані майже у всіх померлих. Із 35 виписаних у 10 (28,6%) пацієнтів сформувалася ятрогенна вентральна грижа. Усі пацієнти з вентральною грижею в терміни від 6 до 9 місяців з моменту операції (народження) перенесли пластику передньої черевної стінки за Сапежко з гарним результатом.

Висновки. Якість життя хворих на гастрошизис, які пройшли повний курс лікування і реабілітації та не мають вад розвитку інших органів і систем, досить висока. Більшість таких дітей мають соціально повноцінне життя.

Ключові слова: гастрошизис, новонароджені діти, пластика черевної стінки, вісцеро-абдомінальна диспропорція.

Modern approaches to treatment and rehabilitation of children with gastroschisis

S.V. Veselyy, R.P. Klimanskyi

Donetsk National Medical University, Liman, Ukraine

Objective – to optimize the treatment and rehabilitative measures in children with gastroschisis.

Material and methods. The results of complex treatment and rehabilitation of 76 children with gastroschisis were analyzed. Combined malformations were detected in 43 patients (56,6%). All patients underwent sugery. In newborns with a viscero-abdominal disproportion, grade I, the tight layered closure of abdominal cavity was provided. In the case of visceral-abdominal disproportion, grade II-III, the surgical management of patients was divided into two stages. The first stage included a modified Gross or Z-plastic repair surgery of the anterior abdominal wall with the autodermal patches. The second stage comprised the elimination of the ventral hernia and the plastic reconstruction of the anterior abdominal wall.

Results and discussion. Complications in the postoperative period were mainly septic (peritonitis, destructive pneumonia, purulent meningitis, acute hematogenous osteomyelitis) and occurred in 46 children (60.5%). In 2 patients (2.6%) against the background of the diffuse purulent peritonitis and suppuration of the operating wound in the early postoperative period, there was an event of eventration. The overall mortality rate made up 53.9%. The high mortality rates in newborns with gastroschisis are observed due to septic complications and the presence of combined birth defects that were diagnosed in almost all the deceased. In 10 (28,6%) cases of 35 discharged patients iatrogenic ventral hernia was formed. All patients with ventral hernia during the period of 6 to 9 months from the time of primary surgery (or birth) underwent the Sapezhko plastic reconstraction of the anterior abdominal wall with a good surgical outcomes.

Conclusions. The quality of life of patients with gastroschisis who completed a full course of treatment and rehabilitation and did not have the other birth defects is quite high. Most of these children are fully functioning people of society.

Key words: gastroschisis, newborn children, abdominal wall plastics, visceral-abdominal disproportion.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

Современные подходы к лечению и реабилитации детей с гастрошизисом

С.В. Веселый, Р.П. Климанский

Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина

Цель – оптимизация лечебных и реабилитационных мероприятий у детей с гастрошизисом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения и реабилитации 76 детей с гастрошизисом. Сочетанные пороки развития и уродства выявлены у 43 (56,6%) пациентов. Все пациенты были прооперированы. У новорожденных с висцеро-абдоминальной диспропорцией I ст. брюшная полость послойно ушивалась наглухо. В случае висцеро-абдоминальной диспропорции II–III ст. оперативное лечение больных было разделено на два этапа. Первый этап включал модифицированную нами операцию Гросса или Z-пластику передней брюшной стенки аутодермальными лоскутами. Второй этап заключался в ликвидации вентральной грыжи и пластике передней брюшной стенки.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде носили, в основном, септический характер (перитонит, деструктивная пневмония, гнойный менингит, острый гематогенный остеомиелит) и возникли у 46 (60,5%) детей. У 2 (2,6%) больных на фоне разлитого гнойного перитонита и нагноения операционной раны в раннем послеоперационном периоде отмечалась эвентерация. Общая летальность составила 53,9%. Высокие цифры летальности у новорожденных с гастрошизисом объясняются септическими осложнениями и наличием соединенных и комбинированных пороков развития, которые были диагностированы практически у всех умерших. Из 35 выписанных у 10 (28,6%) пациентов сформировалась ятрогенная вентральная грыжа. Все пациенты с вентральной грыжей в сроки от 6 до 9 месяцев с момента операции (рождения) перенесли пластику передней брюшной стенки по Сапежко с хорошим результатом.

Выводы. Качество жизни больных с гастрошизисом, которые прошли полный курс лечения и реабилитации и не имеют пороков развития других органов и систем, достаточно высокое. Большинство таких детей имеют социально полноценную жизнь.

Ключевые слова: гастрошизис, новорожденные дети, пластика брюшной стенки, висцеро-абдоминальная диспропорция.

Вступ

Протягом останніх років запропоновано багато нових методів хірургічної корекції гастрошизису, але повністю вирішити проблему його лікування не вдається. Складність лікування вроджених дефектів черевної стінки зумовлена серйозними змінами евентерованих органів та вісцеро-абдомінальною диспропорцією (ВАД), яка часто супроводжує ці вади [2–7]. Серед новонароджених з ембріональними і фетальними дефектами розвитку значну групу складають діти з вродженими арафіями передньої черевної стінки, до яких відносять і гастрошизис. За даними різноманітних авторів, частота цієї природженої вади розвитку коливається від 1:6000 до 1:21000 новонароджених. [1,6,11,13]. Зараз прийнято вважати, що причиною розвитку вроджених дефектів передньої черевної стінки є внутрішньоутробна судинна катастрофа, що втягує омфаломезентеріальну артерію з наступним розірванням пупкового кільця та виникненням евісцерації абдомінального вмісту. Аномальне прикріплення брижі тонкої і товстої кишки зустрічається у всіх пацієнтів з гастрошизисом. Цей факт можна пояснити вадою розвитку мезентеріального судинного кровопостачання та порушеннями процесу ембріонального повороту кишечника [4,6,7].

Незважаючи на те, що результати лікування дітей із гастрошизисом постійно покращуються, летальність при цьому захворюванні залишається досить високою та коливається, за даними різних дослідників, від 40,0% до 87,5%. Високі цифри летальності пояснюються не тільки важкістю каліцтва, але й наявністю сполучених вад розвитку, незрілістю плоду, вродженою ВАД, недосконалою тактикою на різноманітних етапах лікування цієї категорії хворих. Результати хірургічного лікування гастрошизису значно погіршуються при поєднанні з кишковою атрезією, некрозом та перфорацією кишок. Крім того, у всіх дітей із гастрошизисом спостерігається синдром вродженої короткої кишки, що ускладнюється розвитком ентераргії та поліорганної недостатності. Недостатньо втішні результати вимагають удосконалення методик на різноманітних етапах лікування та реабілітації хворих із гастрошизисом [10,13–15].

Метою дослідження була оптимізація лікувальних і реабілітаційних заходів у дітей із гастрошизисом.

Матеріали і методи

Були проаналізовані результати комплексного лікування і реабілітації 76 дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні у клініці дитячої хірургії Донецького національного медичного університету. Осіб чоловічої статі було 48 (63,2%), жіночої – 28 (36,8%). Протягом першої доби після народження в клініку було доставлено 70 (92,1%) новонароджених, через добу та пізніше – 6 (7,9%). Сукупні вади розвитку та каліцтва виявлені у 43 (56,6%) пацієнтів. У хворих, що знаходилися під спостереженням, сполучені дефекти розвитку були представлені здебільшого аномаліями та вадами розвитку кишкової трубки (58,1%), сечової системи (41,9%), дихальної та серцево-судинної системи (22,6%). Генетичні захворювання (синдроми Дауна та Беквітта–Відеманна) були у трьох новонароджених (6,9% від загальної кількості вад розвитку). Вади розвитку центральної нервової та опорно-рухової систем, а також дизонтогенетичні захворювання і пухлини спостерігалися у поодиноких випадках. Наведені нами відносні цифри сполучених вад і каліцтв не збігаються з абсолютними, тому що у декількох пацієнтів спостерігалося дублювання або множинні прояви вроджених дефектів розвитку.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

Передопераційна підготовка включала декомпресію шлунка, інфузійну терапію, обігрів, інсуфляцію зволоженим та збагаченим киснем повітрям, антибіотикотерапію, симптоматичну терапію. У середньому час проведення передопераційної підготовки після госпіталізації пацієнта в спеціалізований стаціонар становив 6–24 години. У найбільш важких випадках передопераційна підготовка тривала кілька діб, іноді – 2–4 доби. При цьому навіть ургентна хірургічна патологія не була обмежуючим фактором для проведення передопераційної підготовки необхідної тривалості.

Передусім виконували декомпресію шлунково-кишкового тракту. З цією метою проводили пасивну або активну аспірацію вмісту шлунка і дванадцятипалої кишки через назогастральний або оральний зонд. У пряму кишку ставили газовідвідну трубку. Це сприяло зниженню внутрішньочеревного тиску і тим самим полегшувало проведення оперативного втручання.

Обов'язковим етапом передопераційної підготовки було знеболювання, при цьому перевагу надавали таким препаратам, як промедол, фентаніл, трамал, дексалгін.

Евентеровані органи обробляли дезінфікуючими розчинами, після чого їх закривали багатошаровим марлевим компресом, рясно змоченим дезінфікуючим розчином або спеціальною стерильною пластиковою плівкою, поверх якої накладали велику суху стерильну пов'язку.

Критерієм адекватності передопераційної підготовки було відновлення діурезу і поліпшення показників кислотно-лужного стану. Стандартна передопераційна підготовка передбачала використання колоїдних плазмозамінних розчинів, фізіологічного розчину з додаванням препаратів калію. Колоїдні плазмозамінні розчини вводили з розрахунку 20 мл/кг.

Протягом усього передопераційного періоду особливу увагу приділяли дотриманню оптимального температурного режиму. Зазвичай проводили інгаляції підігрітого, зволоженого кисню. У найбільш важких випадках, коли дитина була не в змозі забезпечити нормальний газообмін, або мав місце високий ризик розвитку дихальної недостатності, проводили штучну вентиляцію легень (ШВЛ). Найчастіше ШВЛ проводили в режимі помірної гіпервентиляції.

Основним методом лікування гастрошизису залишається оперативне втручання. При хірургічному лікуванні гастрошизису використовують, як правило, три основні способи: а) проведення одномоментної аутопластики; б) проведення двохмоментної аутопластики; в) проведення пластики передньої черевної стінки з використанням синтетичних матеріалів. Оптимальним втручанням при даній патології більшість дитячих хірургів вважають одномоментну радикальну операцію, у результаті якої відразу вдається занурити евентеровані органи в черевну порожнину. Однак цей метод оперативного лікування можна застосовувати тільки в тих випадках, коли явища ВАД виражені мінімально, інакше значне підвищення внутрішньочеревного тиску призводить до розвитку дихальної, а надалі – і серцево-судинної недостатності.

У наших хворих вибір оперативного втручання при гастрошизисі залежав від ступеня ВАД. У новонароджених з ВАД I ступеня черевну порожнину пошарово ушивали наглухо. З ВАД I ступеня прооперовано 25 (32,9%) дітей. У випадку ВАД II ступеня оперативне лікування хворих було поділено на два етапи. Перший етап включав операцію Гросса у модифікації клініки. Останню виконували наступним чином. Проводили серединну лапаротомію і ревізію органів черевної порожнини. В обов'язковому порядку проводилося відокремлення шлунка і петель кишечника з фібринозно-сполучнотканинного футляра, оцінювалася їхня прохідність і життєздатність. Після цього формували вентральну грижу шляхом широкого сепарування бокових шкірних клаптів. Відповідно до лапаротомного доступу розтинали прямі м'язи живота в поперечному напрямку, що сприяло інтимному приляганню м'язово-апоневротичних клаптів до шкірних клаптів і виключало формування «подвійної черевної порожнини» у післяопераційному періоді. Без натягу ушивали шкірні клапті над петлями кишечника двома рядами синтетичних швів – окремими вертикальними П-подібними (перший ряд) і безперервним кушнірним швом [8]. Другий етап оперативного лікування виконували дітям у віці 6–12 місяців. Він полягав у ліквідації вентральної грижі та пластиці передньої черевної стінки (перевага віддавалася методиці Сапежко). Даний спосіб оперативного лікування застосовувався у 39 (51,3%) новонароджених. При ВАД III ступеня проводили Z-пластику передньої черевної стінки аутодермальними клаптями. Цей спосіб оперативного втручання був виконаний у 12 (15,8%) пацієнтів. Пластику передньої черевної стінки переміщеними шкірними клаптями здійснювали таким чином. Після виділення шлунка і петель кишечника з фібринозно-сполучнотканинного футляра, оцінки їх прохідності та життєздатності, відсепаровували шкіру навколо дефекту вгору до мечоподібного відростка, вниз до межі із сечовим міхуром,

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

по сторонам до проекції задніх пахвових ліній. Після цього поперечно перетинали прямі м'язи живота до межі зі шкірою. Потім з верхнього і нижнього кутів операційної рани проводили два розрізи однакової довжини (до передніх пахвових ліній), але протилежного напрямку, під кутом 45° до лапаротомного розрізу. Внаслідок цього утворювалися два трикутні клапті, які шляхом переміщення міняли місцями та ушивали над внутрішніми органами дворядними, окремими вертикальним П-подібним і безперервним обвивним, швами [9].

У ранньому післяопераційному періоді стабілізували терморегуляцію, забезпечували декомпресію шлунка і кишечника шляхом постановки постійного назогастрального зонда. Протягом усього періоду, доки зберігалося відведення застійного вмісту, який виділявся із шлунка, проводили адекватне парентеральне харчування.

За перебігом першої доби післяопераційного періоду проводилася примусова вентиляція в режимі IMV (примусова переміжна вентиляція) із встановленням параметрів ШВЛ (PIP, PEEP, i:E, швидкість газового потоку відповідала 2 л/хв.×кг). У переважної більшості пацієнтів через добу примусова переміжна вентиляція замінювалася постійним примусовим диханням (PEEP) через інтубаційну трубку з тиском на видиху 4–6 см H_2O з концентрацією O_2 FiO_2) 40–50%. Якщо протягом 8–10 годин стан не погіршувався, хворих переводили на дихання через назальні канюлі (P – 5 см H_2O). Надалі поступово зменшували тиск у дихальних шляхах на 2 см H_2O кожні 8–12 годин і переводили на зволожену оксигенацію 30–40% O_2 через дихальну маску. З метою профілактики септичних ускладнень усі хворі отримали 2–3 курси антибактеріальної терапії (цефалоспорини, аміноглікозиди, іміпенеми, захищені пеніциліни).

Результати дослідження та їх обговорення

У наших пацієнтів ускладнення в післяопераційному періоді переважно мали септичний характер (перитоніт, деструктивна пневмонія, гнійний менінгіт, гострий гематогенний остеомієліт) і виникли у 46 (60,5%) дітей. У 2 (2,6%) хворих на тлі розлитого гнійного перитоніту та нагноєння операційної рани в ранньому післяопераційному періоді відзначалася евентерація. Після повторного ушивання шкірних клаптів рецидивів евентерації не спостерігали.

У хворих зі сприятливим перебігом гастрошизису парез кишечника зникав до 12–21 доби післяопераційного періоду. Показанням до вилучення назогастрального зонду та початку ентерального харчування вважали зменшення об'єму застійного кишкового вмісту, що евакуювався за добу, до 20 $см^3$. На тлі стабілізації загального стану, формування тривкого післяопераційного рубця та позитивної динаміки набору маси тіла, хворі виписувалися зі стаціонару під спостереження педіатра за місцем проживання.

Із 35 виписаних пацієнтів у 10 (28,6%) сформувалася ятрогенна вентральна грижа. Усім їм амбулаторно проводилося туге змінне бинтування живота еластичним бинтом з метою стабілізації внутрішньочеревного тиску та зменшення ступеня ВАД. Звичайно в терміни від 6 до 9 місяців з моменту операції (народження) ВАД регресувала до I ст., що відповідало відсутності дихальної та серцево-судинної недостатності після повного вправлення вмісту грижового мішка у черевну порожнину і мануального зіставлення бокових м'язово-апоневротичних клаптів. Усі пацієнти з вентральною грижею в означені терміни перенесли пластику передньої черевної стінки за Сапежко з гарним результатом.

Загальна летальність при гастрошизисі склала 53,9% (41 пацієнт). Високі цифри летальності у новонароджених із гастрошизисом пояснюються гнійно-септичними ускладненнями та наявністю сукупних і комбінованих вад розвитку, які були діагностовані майже у всіх померлих.

За сучасними даними, результати лікування хворих із гастрошизисом постійно покращуються. До 5-річного віку діти, що були прооперовані з приводу даної патології, як правило, відстають у фізичному розвитку від своїх однолітків, надалі відставання у фізичному розвитку не відзначається [2,15].

Якщо стандартизація та діагностика гастрошизису особливих дискусій не викликає, то методологічні підходи до лікування і реабілітації цих пацієнтів залишаються предметом суперечок. З нашої точки зору, лікування новонароджених із гастрошизисом повинно починатися з моменту народження. У пологовому будинку доцільно термоізолювати евентеровані органи, знеболити дитину, провести антибіотикопрофілактику. Ще у кінці минулого сторіччя вважалося, що транспортування дітей з природженими щілинами передньої черевної стінки у дитячий хірургічний стаціонар, як і хірургічна допомога, повинні здійснюватися в максимально короткі терміни. Сьогодні більшість фахівців вважають, що і транспортування, і оперативне лікування повинні проводитися тільки після стабілізації гомеостазу, інакше кажучи – в умовах стійкої післяпологової адаптації [4,5,11,12]. У зв'язку з тим, що у дітей з даними хірургічними захворюваннями ризик гіпотермії дуже високий, для транспортування повинні ви-

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

користовуватися спеціалізовані машини швидкої допомоги, які оснащені транспортними кювезами.

Первинна пластика передньої черевної стінки при ВАД II–III ст., що виконана без формування вентральної грижі, призводить до розвитку у переважної більшості хворих дихальної та серцевої недостатності у ранньому післяопераційному періоді. У результаті цього виникає дестабілізація гомеостазу, що призводить до пролонгації післяпологового адаптаційного періоду, поліорганної недостатності, зниження імунітету і розвитку септичного стану. Тому оперативне лікування дітей із гастрошизисом та ВАД II–III ст. раціонально розподілити на два етапи. Перший етап полягає у формуванні вентральної грижі за описаними нами методиками. Винятком є пацієнти з ВАД I ступеня. У хворих на гастрошизис обов'язковим моментом першого етапу оперативного лікування є ентероліз, що дозволяє не тільки оцінити прохідність шлунка та кишечника, але й сприяє прискоренню відновлення нормального пасажу харчового клубка по шлунково-кишковому тракту. Після формування вентральної грижі шкірні клапті доцільно ушити двома рядами синтетичних швів або провести Z-пластику передньої черевної стінки переміщеними шкірними клаптями. У ранньому післяопераційному періоді доцільні пролонгована ШВЛ, підтримання нормативної терморегуляції, пролонгована декомпресія шлунка і забезпечення адекватного парентерального харчування. Враховуючи небезпеку розвитку генералізованної гнійної інфекції і сепсису, пацієнтам із гастрошизисом показана комплексна протизапальна терапія, яка включає застосування антибіотиків, переливання крові та її білкових препаратів, імунобіологічних стимуляторів, ультрафіолетове опромінення аутокрові тощо. При гладкому перебігу післяопераційного періоду, зазвичай на 14–21 добу, відбувається відторгнення струпа разом із лігатурами і формується гіпертрофований післяопераційний рубець. Цей рубець висікається під час другого етапу оперативного лікування – ліквідації вентральної грижі і пластики передньої черевної стінки, яку слід проводити у віці 6–10 місяців. Пролонгація другого етапу оперативного лікування супроводжується технічними труднощами, зважаючи на збільшення вентральної грижі з віком пацієнта.

Принципово реабілітація дітей, які були прооперовані з приводу гастрошизису, здійснюється протягом усього життя, однак максимальну увагу цьому процесу слід приділяти протягом перших 2–3 років. Найважливішим є формування власне черевної порожнини. Для цього використовують бандажні пов'язки, які накладають на передню черевну стінку, що сприяє формуванню та зміцненню м'язів передньої черевної стінки і збільшенню об'єму черевної порожнини. Масаж м'язів передньої черевної стінки проводять один раз на 1,5–2 місяці, курсом по 12–14 сеансів. Проведення масажу вимагає особливої обережності і спеціальної підготовки, оскільки існує загроза травмування кишечника. Особливе значення мають заходи, спрямовані на відновлення нормативного «мікробного дзеркала», оскільки внаслідок аномалада кишкової трубки (синдром «короткої кишки», гіпоплазія і незавершений поворот кишечника), асептичного та септичного перитоніту і пролонгованої антибактеріальної терапії у таких дітей має місце виразний дисбактеріоз.

За даними наших спостережень, основними проблемами, що виникали у прооперованих дітей з приводу гастрошизису у віддаленому періоді, були кишкова непрохідність, синдром мальабсорбції, різні прояви кишкового дискомфорту. Такі діти потребували диспансерного спостереження дитячого хірурга і педіатра.

Катамнестичне спостереження показало, що якість життя хворих на гастрошизис, які пройшли повний курс лікування і реабілітації та не мають вад розвитку інших органів і систем, досить висока. Більшість таких дітей не відносяться до категорії інвалідів дитинства.

Висновки

Хворим на гастрошизис та ВАД II–III ст. оперативне лікування раціонально проводити в два етапи. Перший етап повинен включати формування вентральної грижі, а другий етап – пластику передньої черевний стінки у віці 6–10 місяців. Результати лікування дітей із гастрошизисом залежать як від ступеня вісцеро-абдомінальної диспропорції та наявності сполучених вад розвитку, так і від вибору раціональної тактики на різних етапах надання медичної допомоги. Якість життя хворих на гастрошизис, які пройшли повний курс лікування і реабілітації та не мають вад розвитку інших органів і систем, досить висока. Більшість таких дітей у майбутньому мають соціально повноцінне життя.

Література

1. Берцун К.Т. Тактика та періоди лікування новонароджених з гастрошизісом / К.Т. Берцун, К.Т. Борцун // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2007. – Т.11, №1/1. – С.21–23.
2. Гастрошизіс, 10-річний досвід лікування / О.Є. Борова, М.Б. Захарусь, О.М. Никифорук [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2009. – Т.6, №2. – С.30–34.
3. Грасюкова Н.І. Анатомічні особливості та стан евентрованих органів при гастрошизисі у дітей, народжених шляхом

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

кесарського розтину / Н.І. Грасюкова // Архів клін. медицини. – 2014. – №2. – С.24–25.
4. Крицький І.О. Лікувальна тактика та інтенсивна терапія в доопераційному та ранньому післяопераційному періодах у новонароджених дітей з гастрошизисом / І.О. Крицький, П.В. Гощинський, В.О. Чепесюк // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2014. – №2. – С.54–56.
5. Лікувальна тактика в доопераційному та ранньому післяопераційному періоді у дітей з гастрошизисом / І.О. Крицький, П.В. Гощинський, Т.О. Воронова [та ін.] // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – №2. – С.58–60.
6. Лікування та реабілітація дітей з природженими дефектами передньої черевної стінки / В.З. Москаленко, С.В. Веселий, Г.О. Сопов, В.П. Перунський // Львівський мед. часоп. – 2003. – Т.9, №4. – С.77–81.
7. Методы диагностики и лечения гастрошизиса и омфалоцеле у детей / С.В. Весёлый, В.Н. Грона, В.П. Перунский [и др.] // Перинатология и педиатрия. – 2006. – №3(27). – С.137–143.
8. Москаленко В.З., Веселий С.В., Сопов Г.О., Перунський В.П. Спосіб вибору хірургічного лікування уроджених дефектів передньої черевної стінки. Деклараційний патент України на корисну модель № 8668. Завка № u200501022 від 04.02.2005. Опубл. 15.08.2005, бюл. № 8.
9. Москаленко В.З., Веселий С.В., Сопов Г.О., Перунський В.П. Спосіб шкірно-м'язової пластики у дітей з уродженими дефектами передньої черевної стінки. Деклараційний патент України на винахід № 69770 А. Заявка №20031210921 від 02.12.2003, опубл. 15.09.2004, бюл. № 9.
10. Перинатальна діагностика гастрошизису у плодів та новонароджених дітей / О.К. Слєпов, І.Ю. Гордієнко, В.Л. Весельський [та ін.] // Перинатология и педиатрия. – 2016. – №1. – С.73–80.
11. Слєпов О.К. Результати «хірургії перших хвилин» при лікуванні гастрошизису / О.К. Слєпов, Н.І. Грасюкова, В.Л. Весельський // Перинатология и педиатрия. – 2014. – №4. – С.18–22.
12. Слєпов О.К. Частота і причини смертності новонароджених дітей із гастрошизисом / О.К. Слєпов, В.Л. Весельський, Н.І. Грасюкова // Хірургія дитячого віку. – 2014. – №3–4. – С.81–87.
13. Сучасні проблеми діагностики та лікування гастрошизису (огляд літератури) / О.К. Слєпов, Н.І. Грасюкова, В.Л. Весельський [та ін.] // Перинатология и педиатрия. – 2014. – №1. – С.26–32.
14. Частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода та її вплив на перебіг і прогноз при гастрошизисі / О.К. Слєпов, Н.І. Грасюкова, В.Л. Весельський [та ін.] // Перинатология и педиатрия. – 2014. – №2. – С.16–20.
15. Шляхи покращення результатів хірургічного лікування гастрошизису у новонароджених / О.Д. Фофанов, М.В. Глагович, В.О. Фофанов [та ін.] // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т.1, №2. – С.66–71.

Відомості про авторів

Веселий Сергій Володимирович *– д.мед.н., проф., в.о. зав. каф. хірургії та дитячої хірургії Донецького національного медичного університету. Адреса: м. Краматорськ, б-р. Машинобудівників, 39.*

Кліманський Руслан Петрович *– к.мед.н., асистент каф. хірургії та дитячої хірургії Донецького національного медичного університету. Адреса: м. Краматорськ, б-р. Машинобудівників, 39.*

Стаття надійшла до редакції 17.02.2017 р.

Шановний головний редакторе журналу «Хірургія дитячого віку», шановна редакційна колегія!

Щиро дякую за привітання з ювілеєм. Я був надзвичайно зворушений увагою та добрими словами.

Я, як і мої колеги, радіємо з приводу відновлення журналу «Хірургія дитячого віку», який в цьому році виходить не лише з новим сучасним дуже стильним обличчям, але, що головніше, отримав нове актуальне наповнення.

В журналі з'явились нові рубрики, до роботи залучуються як вітчизняні, так і світові провідні фахівці, які можуть на сторінках видання поділитись своїм досвідом, надбаннями. І я радий бути серед авторів матеріалів в оновленому журналі «Хірургія дитячого віку».

Бажаю творчому колективу науково-практичного спеціалізованого журналу «Хірургія дитячого віку» подальшого процвітання та розвитку, нових актуальних тем та розширення кола однодумців, партнерів та друзів.

З повагою,
професор кафедри дитячої хірургії
та отоларингології БДМУ,
д. мед. наук, професор,
заслужений лікар України
Бондар Б.М.