



МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,
присвячена 115-річчю
з дня народження
М. О. ЯСИНОВСЬКОГО



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

24–25 квітня 2014 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,
присвячена 115-річчю з дня народження
М. О. ЯСИНОВСЬКОГО



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

24–25 квітня 2014 року

Тезидоповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИКОРИСТАННЯ ОДНО- Й ДВОРЯДНОГО ШВІВ АНАСТОМОЗУ В НЕМОВЛЯТ

Рукоманов М. В., Середовська П. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Враховуючи те, що виживаність немовлят із хірургічною патологією кишкової трубки зростає, більш актуальною стала проблема віддалених наслідків і ускладнень даної патології. Актуальним є питання формування первинних кишкових анастомозів в умовах дискредитованої черевної порожнини та їх інтраопераційний захист у патологічних умовах загоєння. Була вивчена ефективність накладання однорядного анастомозу безперервним швом атравматичною ниткою та зміцнення анастомозу смужкою гемостатичного матеріалу «Серджисел». Для цього була створена експериментальна модель із вивчення можливості використання однорядного шва анастомозу й «Серджиселу» для зміцнення кишкового анастомозу на 60 лабораторних щурах лінії Вістар масою 300–350 г відповідно до принципів Гельсінської декларації про гуманне поводження із тваринами. В основній і контрольній групі було по 30 щурів.

Після вступного наркозу щура розміщували на операційному столі в положенні лежачи на спині, кінцівки фіксували. Тканини передньої черевної стінки інфільтрували 0,25 % розчином новокаїну й проводили серединну лапаротомію. В операційне поле виводили ділянку тонкої кишки. Виконували поперечне перетинання тонкої кишки по всьому діаметру без попереднього перев'язування судин. Анастомоз накладався однорядним безперервним швом атравматичною ниткою «Викрил-Плюс» 5/0 методом «кінець-у-кінець», лінія анастомозу огорталася смужкою матеріалу «Серджисел». У контрольній групі (n=30) накладали анастомоз із використанням дворядного шва Альберта.

Макро- й мікроскопічні дослідження проводилися на 1-шу, 2-гу, 5-ту, 7-му і 10-ту добу після накладання анастомозу. На кожний термін використовувалося по 6 тварин. Їм здійснювалася макроскопічна оцінка стану черевної порожнини: наявність і виразність перитоніту, спайкового процесу; макроскопічна оцінка зони анастомозу: спроможність анастомозу, наявність спайкового процесу в зоні анастомозу й ступінь його виразності, наявність абсцесів, фібринозних нашарувань у зоні анастомозу, його прохідність; гістологічна оцінка тканин у зоні анастомозу: ступінь і тип інфільтрації тканин, тип запального процесу, характер і швидкість загоєння у двох групах.

В основній групі неспроможність анастомозу не виникала в жодному випадку, у контрольній групі спостерігалася в 6,7 %, такий же відсоток (6,7 %) становила непрохідність анастомозу в контрольній групі, в основній — у 3,3 %. Розлитий фібринозно-гнійний перитоніт в основній групі був відсутній, а в контрольній зареєстрований у 10 % випадків, тотальний спайковий процес виник в 53,3 % тварин контрольної групи, тимчасом як в основній —

у 3,3 % щурів. В основній групі відзначалося значно більш виражене стовщення серозного покриву кишечника в зоні анастомозу. Процеси загоєння у вигляді утворення грануляційної тканини починалися раніше й виражені сильніше в основній групі.

ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНЬ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ

Осадчий О. В., Квашніна А. А.,
Антонюк В. В., Ткаченко Л. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Ускладнення гострого апендициту у дітей зумовлені морфофункціональними особливостями органів черевної порожнини, порушенням загального гомеостазу, перебігом запальних й адаптаційних реакцій, ступенем ендогенної інтоксикації та ймовірністю надмірного інтраабдомінального спайкоутворення.

Мета роботи: вивчення ускладнень апендикулярного перитоніту (АП) у дітей.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 324 дитини віком від 2 до 17 років з АП, які знаходились у відділенні гнійно-септичної хірургії обласної дитячої клінічної лікарні Одеси. Переважну більшість становили діти з місцевим перитонітом — 240 (74,1 %), розповсюджене запалення черевної порожнини спостерігалось у 67 (20,7 %) хворих, апендикулярний інфільтрат констатовано в 17 (5,2 %) хворих випадках.

Результати дослідження та їх обговорення. При АП у дітей вивчали ускладнення, що виникали протягом 1 міс. після операції на стаціонарному етапі. У дітей із розповсюдженим АП ускладнення були відсутні більш ніж у половині (56,7 %) випадків, при місцевому перитоніті ускладнень на стаціонарному етапі не виникало у 81,3 % хворих. Але найбільша кількість ускладнень серед усіх дітей з АП виникала при більш тяжкій формі інтраабдомінального запалення — розповсюдженому перитоніті — 43,3 % випадків.

Серед ускладнень у дітей із АП визначені такі три групи: з боку післяопераційної рани — нагноєння післяопераційної рани; з боку черевної порожнини — абсцедування у черевній порожнині або тривалий перебіг перитоніту, рання спайкова непрохідність кишечника (РСНК), інфільтрат черевної порожнини, формування кишкової нориці; ускладнення з боку інших органів — бронхіт, пневмонія і т. ін.

Найчастішим ускладненням у дітей було абсцедування у черевній порожнині або тривалий перебіг перитоніту при розповсюдженому перитоніті. Рання спайкова непрохідність кишечника виникала протягом лікування у стаціонарі, найчастіше це була спайково-паретична непрохідність. У дітей з розповсюдженим АП РСНК відмічена у 17,9 % випадків, що майже утричі частіше, ніж у дітей з місцевими формами перитоніту — 5,8 % випадків.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз ускладнень при АП у дітей виявив кореляцію між наявністю й тяжкістю ускладнень та характером запального процесу у черевній порожнині. Ускладнення при розповсюдженому перитоніті у порівнянні з відмежованими формами інтраабдомінального запалення виникали вдвічі частіше (43,3; 18,7 %). Найтяжчі ускладнення (абсцедування та рання спайкова непрохідність кишечника) виникали при розповсюдженому запаленні черевної порожнини. У дітей з розповсюдженим перитонітом РСНК виникала втричі частіше, ніж у дітей із місцевими формами перитоніту.

ПРОФІЛАКТИКА ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНІЙ ДЕСТРУКЦІЇ ЛЕГЕНІВ

Самофалов Д. О., Діланян І. Р., Коссей О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За даними V щорічного конгресу пульмонологів, який відбувся в Аргентині, кількість випадків плевральних ускладнень деструктивної пневмонії в дітей щороку збільшується у 3–4 рази. Важливим завданням залишається прогнозування й профілактика ускладнень при бактеріальній деструкції легень (БДЛ).

Мета роботи — запропонувати комплекс заходів, спрямованих на профілактику розвитку плевральних ускладнень, переддеструктивної форми БДЛ.

З 2005 по 2013 рр. у клініці перебувало 134 дитини із переддеструктивними формами БДЛ. Аналіз клінічного матеріалу дозволив розробити й апробувати алгоритм діагностики, спрямований на оптимальний вибір плану лікування пацієнтів. Дослідження починалося із рентгенографії грудної клітки, потім виконувалося ультразвукове дослідження органів грудної клітки. У складних діагностичних випадках у комплексі з рентгенологічним дослідженням і УЗД використовували КТ, яка давала можливість виявити елементи вогнищевої деструкції. Крім того, для спостереження за динамікою процесу в плевральній порожнині використовували вивчення цитологічного складу ексудату. Усі пацієнти були розділені на дві групи. У контрольній групі (n=42) діти одержували тільки стандартне консервативне лікування. В основній групі (n=92) проводили терапію, яка, крім стандартного лікування, включала відновлення прохідності бронхів, ліквідацію або зниження явищ ендобронхіту, для чого використовували санаційні бронхоскопії, інгаляції, вібраційний масаж; мікродренування плевральної порожнини із застосуванням внутрішньоорганного електрофорезу; зрошення плевральної порожнини через два мікроіригатори з поетапною зміною розчинів: гіпертонічний розчин NaCl 10 %, потім антисептичні розчини (актинисепт, діоксидин), після чого проводилося механічне відмивання плевральної порожнини. Ефективність лікування оцінювалася за термінами ліквідації інфільтрату на

рентгенограмах і УЗД, нормалізацією температури, виникненням внутрішньолегеневих і плевральних ускладнень, терміном перебування в стаціонарі. У групі, де застосовувалося тільки консервативне лікування (n=42) виникло 13 (29 %) ускладнень. В інших випадках час ліквідації інфільтрату становив $(22,25 \pm 0,83)$ дня, середній термін перебування хворих у клініці — $(36,89 \pm 1,02)$ дня.

В основній групі, що утворена з 92 хворих, яким застосовувалося інтраплевральне введення антибіотиків з підведенням їх у легені полем електричного струму, ускладнення спостерігалися тільки в 3 (3,3 %) випадках. У хворих основної групи інфільтрат на рентгенограмах ліквідувався на 6 днів раніше ($(15,67 \pm 0,22)$ дня), а середній термін перебування хворих у стаціонарі був меншим на 7 днів і становив $(28,34 \pm 1,10)$ дня.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ГЕМАТОГЕННИМ ОСТЕОМІЄЛИТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ДЕСТРУКТИВНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Волошина Н. В., Кліменко О. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність проблеми визначається високою тенденцією до розвитку септичних станів (5,7–11,5 %) при гострому гематогенному остеомієліті (ГГО) і можливою летальністю.

Матеріали та методи: 647 хворих із ГГО лікувалися у відділенні гнійно-септичної хірургії Обласної дитячої клінічної лікарні з 2005 по 2013 рр. Найбільш тяжким ускладненням ГГО була метастатична пневмонія, яку діагностували в 148 (22,8 %) хворих, що супроводжувалася плевральними ускладненнями (піоторакс — 31, піопневмоторакс — 19, реактивний плеврит — 65 випадків). Найбільш інформативним методом діагностики остеомієліту на ранніх термінах була пункція кістки. На рентгені візуалізувалося двостороннє ураження легенів аж до масивних запальних інфільтратів легеневої тканини, часто із плевральним компонентом, що підтверджувалося даними УЗД органів грудної клітки. Лікувальна стратегія при ГГО, ускладненому септичною пневмонією, залежала від виразності септичних проявів і складалася із трьох основних блоків: вплив на мікроорганізм, на макроорганізм і на осередок. Вплив на мікроорганізм включав антибіотикотерапію на основі бактеріологічного дослідження кісткового вмісту й плеврального ексудату. Усі хворі одержали по 2 або 3 курси антибактеріальної терапії, а також за необхідності метронідазол і специфічні бактеріофаги. Обов'язково проводилася корекція імунної системи великими дозами імуномодулюючих препаратів. Хворим із ГГО проводилася декомпресія вогнища шляхом дренування кістки голками Алєксюка. При метастатичній пневмонії з плевритом передбачено проведення пункції та дренування внутрішньосередкового електрофорезу з антибіотиком. У 3 (0,46 %) дітей відзначалася токсична