

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

чання так і після не спостерігалось. В трьох випадках проводилось одночасне видалення метастазів з обох сторін. В 2-х випадках проводилось повторне оперативне втручання з приводу рецидиву захворювання з метастазами легені. Максимальна кількість видалених метастазів у одного хвора склала 26 утворень з правої легені та 24 з лівої.

Висновок: Застосування методу високочастотного електрозварювання живих тканин при повторних оперативних втручаннях дозволило зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати, скоротити час оперативного втручання, ускладнень, поліпшити функціональну спроможність легеневої тканини.

Оцінка лікування гнійних ран у дітей з урахуванням здатності мікроорганізмів до формування біоплівки

О. В. Слахи, О. П. Пахольчук, О. Д. Кокоркін

Запобігання хронізації ранових процесів, пошук ефективних методів емпіричної терапії гнійних та інфікованих ран залишаються актуальною проблемою дитячої хірургії. Проблеми місцевого лікування гнійно-септичних процесів в даний час залишаються одними з пріоритетних і актуальних, незважаючи на досягнуті успіхи чисельних досліджень і широке впровадження високих технологій в сучасній хірургії. На сьогоднішній час велику увагу у виборі лікувальної тактики при гнійних ранах приділяють здатності мікроорганізмів до утворення біоплівки.

Метою нашої роботи було – вивчити результати лікування гнійних ран у дітей з урахуванням здатності мікроорганізмів до формування біоплівки.

Матеріали та методи. В період з 2012 по 2017 рр. в клініці дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету МОЗ України проведено лікування 214 дітей з гнійними ранами. Хлопчиків було 128 (59,8%), дівчаток 86 (40,2%). Середній вік дітей становив $7,1 \pm 4,3$ років. В клінічне спостереження були включені гнійні рани після розтину абсцесів, флегмон та лімфаденітів. В залежності від проведеного лікування пацієнти були розподілені на дві групи, які були статистично однорідними за локалізацією патологічного вогнища, статтю та тривалістю захворювання.

Пацієнти II групи (n=92) отримували загальноприйнятну терапію при гнійних ранах, яка була направлена на корекцію порушень гемостазу, елімінацію збудника інфекції, стимулювання репаративних процесів регенерації. Хворим I групи (n=122) в лікуванні застосовували комплексний вплив змінного магнітного поля та ліпосомально – антибактеріального розчину.

Задля оцінки ефективності лікування враховували динаміку раневого процесу (терміни очищення рани, поява грануляцій, початок краєвої епітелізації) та результати мікробіологічного дослідження, яке проводили на початку лікування та на п'яту добу лікування. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використання пакета прикладних програм «Statistica 7.0».

Результати та їх обговорення. Аналіз результатів дослідження визначив, що очищення рани у 84 (68,8%) пацієнтів I групи визначалось з третьої доби лікування, а у II групі лише у 19 (20,6%) пацієнтів. На п'яту добу лікування запальні зміни в I групі при гнійних ранах виявлялись рідше ніж в групі контролю 21 (17,2%) дітей і у 45 (48,9%) пацієнтів, відповідно ($p < 0,05$). У хворих II групи поява грануляційної тканини відмічалась через $6,5 \pm 2,1$ діб, тоді як в I групі з третьої доби. Початок кураєвої епітелізація

при застосуванні стандартної терапії визначався на дев'яту добу, а в І групі – з 5 доби лікування ($p < 0,05$).

При бактеріологічному дослідженні протягом лікування визначено достовірну різницю ступеню мікробного забруднення гнійних ран в І групі ніж в дітей ІІ групи ($p < 0,05$).

Середня тривалість лікування в досліджуваних групах статистично відрізнялась: в другій групі $11,3 \pm 2,3$ діб, а в першій групі – $7,6 \pm 1,0$ діб ($p < 0,05$).

Таким чином, застосування комплексного лікування з урахуванням впливу на біоплівку прискорює процеси очищення рани та скорочує терміни лікування.

Висновки.

1. Здатність лікування впливати на біоплівку мікроорганізмів є одним з напрямків комплексної терапії гнійних ран у дітей.

2. Застосування комплексного методу лікування з впливом на біоплівку дозволяє поліпшити ефективність лікування гнійних ран.

Оцінка результатів лікування вродженої гідронефротичної трансформації нирок у дітей раннього віку

О. В. Спахі, В. Я. Барухович, О. Д. Кокоркін, О. П. Пахольчук

Діагностика та лікування вродженої патології сечової системи у дітей залишається однією з актуальних проблем дитячої хірургії та урології. Вроджена обструкція сечового тракту часто супроводжується пієлонефритом та призводить до необоротних функціональних і деструктивних змін з боку паренхіми нирок, а інколи до інвалідизації та летальності. У зв'язку з цим, задля верифікації вроджених вад сечовивідної системи використовують пренатальну ультразвукову діагностику та магнітно-резонансну томографію плоду. Існуюча практика, щодо корекції вродженої гідронефротичної трансформації нирок за допомогою відкритого хірургічного втручання є оптимальним при III–IV ступені захворювання, лікування I–II ступеня вади як правило проводиться консервативно.

Мета дослідження – оцінити результати лікування вродженої гідронефротичної трансформації нирок у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. На лікування в клініці дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету знаходилося 44 пацієнта з вродженим гідронефрозом. Хлопчиків було 24 (54,5%), дівчаток – 20 (45,5%). Середній вік пацієнтів склав $6,5 \pm 0,5$ місяців.

Всі діти були розділені на дві групи. Першу групу склали 26 (59,1%) дітей, яким верифікація вродженої вади нирки була проведена у пренатальному періоді, з використанням ультразвукового дослідження і МРТ плоду. З яких у 12 (27,3%) дітей був встановлений вроджений гідронефроз I–II ступеня – лікувалися консервативно, у 14 (27,2%) дітей діагностовано аномалія III–IV ступеня цим пацієнтам проведена хірургічна корекція вади. До другої групи увійшли 18 (40,9%) дітей, яким вроджений гідронефроз було діагностовано при проведенні ультразвукового дослідження в постнатальному періоді. З них у 6 (13,6%) дітей верифіковано вроджений гідронефроз I – II ступеня – отримували консервативне лікування, у 12 (27,3%) дітей діагностовано ваду III–IV ступеня – проведена оперативна корекція. З метою оцінки проведеного лікування використовували загальноклінічні, біохімічні, ультразвукові та рентгенологічні методи дослідження сечовивідної системи.