

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

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 інвалідазації 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.

Результати та обговорення. Аналіз катамнезу виявив, що діти І групи, які одержували консервативне лікування мали прояви пієлонефриту в два рази рідше, ніж пацієнти ІІ групи. У хворих І групи, яким проводилося хірургічне лікування в 1,3 рази рідше відзначалися явища запальних процесів сечової системи. У ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів обох груп негативної динаміки з боку морфометрії чашково-мискової системи не виявлено. Пацієнтам І групи оперативна корекція вади проводилася в більш ранньому терміні ($3,6 \pm 0,8$ місяців), ніж дітям ІІ групи ($8,4 \pm 0,5$ місяців).

За даними ультразвукового дослідження нирок і сечових шляхів у дітей І групи зменшення розмірів чашково-мискової системи і відновлення паренхіми нирок до показників вікової норми зазначалося через 10–12 місяців після хірургічної корекції вади, а у дітей ІІ групи дана динаміка фіксувалася в середньому через 18–24 місяці.

При оцінці віддалених результатів лікування вродженої гідронефротичної трансформації нирок отримано достовірне зниження кількості запальних ускладнень у дітей з пренатально діагностованою патологією.

Висновки.

1. Найбільш оптимальним методом діагностики гідронефротичної трансформації нирок є пренатальна верифікація вади за допомогою УЗД та МРТ.

2. Рання діагностика вродженої гідронефротичної трансформації нирок дозволяє своєчасно встановити оптимальну тактику лікування і істотно зменшити кількість ускладнень.

Прогнозування результатів та оптимізація тактики лікування гострого неспецифічного мезаденіту у дітей

О. І. Юдін, С. В. Веселий

Донецький національний медичний університет, м Лиман

Мета дослідження. Оцінити ефективність прогнозування результату та лікування дітей, що хворіють на гострий неспецифічний мезаденіт.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням знаходилися 316 дітей з приводу гострого неспецифічного мезаденіту (ГНМ). Пацієнтів жіночої статі було 170 (53,8%), чоловічої статі – 146 (46,2%). Із загальної кількості хворих 22 пацієнти (6,97%) були у віці від 0 до 3 років, 67 хворих дітей (21,20%) від 4 до 7 років, 98 пацієнтів (31,01%) були у віці від 8 до 11 років і 129 пацієнтів (40,82%) були у віці від 12 до 18 років. Серед дослідної групи хворих було 86 дітей (27,2%), яким були проведені оперативні втручання з приводу неускладнених форм ГНМ.

Результати та їх обговорення. На підставі аналізу 205 факторів ризику було відібрано 29 найбільш значущих для прогнозування результату ГНМ. Більшість отриманих показників цінності клінічної інформації узгоджується з даними літератури і відрізняється від них лише тим, що кількісно характеризує тяжкість захворювання. В даному дослідженні були представлені чинники тільки з позитивними значеннями, тобто вони можуть мати тільки негативне значення для прогнозу.

Ряд ознак зустрічався нечасто, проте їх клінічна важливість не викликала сумнівів; значимість цих ознак в балах визначали шляхом евристичної оцінки. Надалі підсумовували прогностичні важливості симптомів, які були виявлені у хворого. Спочатку кількість факторів ризику було трохи більшою. З огляду на небезпеку негативного