

(G.Panozzo, A.Mercanti, 2004; M.Johnson, 2012; T.Lai, 2014). Результаты: В 16,3% случаев, когда МТМ связана исключительно со стафиломой, эффективен пилинг внутренней пограничной мембраны (ВПМ) непосредственно по краям стафиломы. В 83,7% случаях синдром связан с действием внутренней тракции (витреомакулярные спайки и эпиретинальные мембраны), часто в сочетании со стафиломой, что определяет сложность прогнозирования результатов пилинга ВПМ, витрэктомии, тампонады силиконовым маслом, пневморетинопексии. Методы витреоретинальной хирургии успешны в случаях выявления основных тракционных механизмов и комплексного подхода с удалением всех клеточных и стекловидных компонентов текущих или будущих тракционных сил. Однако возможны рецидивы осложнений в связи с потерей хориоретинальной ткани, атрофией пигментного эпителия сетчатки и невозможностью устранения аномальной конфигурации глаза в связи с развитием задней стафиломы. Выводы: Методы витреоретинальной хирургии считаются успешными в лечении МТМ. Существует сложность прогнозирования результатов в связи с малоизученным патогенезом и необратимыми изменениями конфигурации глаза при МТМ. Для снижения риска рецидивов необходима тщательная диагностика и комплексное лечение с прогнозированием возможных будущих тракционных механизмов.

ТОТАЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Руденко Д.И.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лятуринская О.В.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии и анестезиологии

Болезнь Гиршпрунга – врождённый аганглиоз толстого кишечника. Частота встречаемости среди новорождённых – 1:5000, из них до 10% тотальная форма. Нарушения эмбриогенеза на 7-й неделе внутриутробной жизни ведут к аганглиозу всей толстой кишки и части подвздошной кишки. Отсутствие способности аганглионарной зоны к перистальтике приводит к хроническим запорам и вторичному мегаколон. Тотальная форма болезни Гиршпрунга характеризуется поздней выявляемостью (до 3-6 месяцев), картиной тяжёлой тонкокишечной непроходимости, частыми осложнениями и в подавляющем большинстве случаев синдромом короткой кишки. Цель исследования: изучить признаки ранней диагностики и особенности течения тотальной формы болезни Гиршпрунга, проведения лечения и его эффективность. При анализе случаев болезни Гиршпрунга за последние 10 лет, тотальная форма присутствовала в 2-х случаях: в первом случае мама оперировалась в детском возрасте с ректосигмоидной формой болезни Гиршпрунга, во втором – условия работы матери неблагоприятные (работа с лакокрасочными материалами). Дети родились доношенными с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложены в родзале. Меконий отошел на 2-е сутки. Склонность к запорам, в последующем рвота желчью и вздутие верхних отделов. На 7-9-е сутки жизни при ирригографии диаметр тонкого кишечника на всем протяжении равномерный в обоих исследованиях. В 12- и 25-дневном возрасте произведены оперативные вмешательства - удаление участка стеноза с наложением илеоасцендоанастомоза конец в бок. На операциях визуально отмечалось уменьшение в диаметре дистальной части подвздошной кишки. Расценено как стеноз подвздошной кишки. При гистологическом исследовании участка подвздошной кишки подозрение на аганглиоз кишечной стенки. На фоне нарастающей клиники кишечной непроходимости в течении месяца выведены концевые илеостомы и проведена полноценная биопсия участка толстого кишечника. Гистологическое и гистохимическое исследования показали повышение активности тканевой ацетилхолинэстеразы и выявлена нейрон-специфическая энлаза. Детям длительно проводилось частичное парентеральное питание ввиду послеоперационного синдрома короткой кишки. Оперативное вмешательство- операция Дюамеля-Мартина с операцией по Болею произведена в возрасте 1 года у одного ребенка. В послеоперационном периоде в течение 2 недель проводилась инфузионная терапия, антибиотикотерапия (цефалоспорины третьего поколения, современный аминогликозид и метрогил), адекватное обезболивание, клинико-лабораторный мониторинг. В последующем в течении 1 года частичное парентеральное питание. На данный момент ребёнку 3 года, растёт и развивается соответственно возрасту. Второй ребёнок готовится к радикальной операции. Выводы: Тотальная форма болезни Гиршпрунга – крайне редкое и тяжело протекающее заболевание. На этапах новорождённости диагноз клинически удаётся поставить в единичных случаях. Обязательно гистологическое и гистохимическое исследования. Оперативные вмешательства проводятся в несколько этапов. Требуется длительные и тяжелые этапы выхаживания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛИДОКАИНА ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОМ И ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Савельев Н.А.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Бойко К.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии

Целью работы было сравнить один из эффектов лидокаина – противовоспалительный – у пациентов с острым панкреатитом при перидуральном и в/в введении. Материалы и методы. Проведено исследование 27 пациентов (возраст – 35-55 лет, женщины – 8, мужчины – 17), 1-я - группа контроля,