

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

*Сборник материалов
VII Республиканской научно-практической конференции
с международным участием, посвященной
30-летию кафедры детской хирургии*

24–25 сентября 2015 г., Гродно, Беларусь

Гродно
ГрГМУ
2015

запоров были в 28,13%. Качество жизни детей I группы нельзя назвать удовлетворительной, поскольку в 37,5% проявлялось каломазанием, в 71,88% – болями в животе, 53,13% – метеоризмом, 21,88% – недостаточностью илеоцекального запирающего аппарата. Для сравнения: во II группе рецидив хронических запоров был только в 3,45%, каломазание – 3,45%, боли в животе – 10,34%, метеоризм – 13,79%, недостаточность илеоцекального запирающего аппарата – 3,45%. Следует отметить, что клинические проявления заболевания у детей основной группы были периодическими и легко поддавались консервативной терапии.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом оперативного вмешательства при долихосигме в сочетании с высоким положением левого изгиба ободочной кишки и расширением прямой кишки является пересечение левой диафрагмально-ободочной связки; сигмоидэктомия, низведение толстой кишки с десцендо-ректоанастомозом по Соаве-Кривченя, без расширения прямой кишки – пересечение левой диафрагмально-ободочной связки; сигмоидэктомия с колоректоанастомозом "конец в конец" с формированием дистальной ободочнокишечной связкой.

Литература:

1. Ахмедов В.А. Хронический запор и долихосигма: оптимальный подход к терапии / В. А. Ахмедов // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. 2013. № 5. – С.41–44.
2. Джавадов Э. А. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон / Э. А. Джавадов, Ф. С. Курбанов, Ю. Н. Ткаченко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. № 9. С. 56–59.
3. Лечение органических запоров у детей / А.Н. Смирнов, А.Л. Ионов, С.П. Макаров [и др.] // Детская больница. – 2011. – № 2. – С. 26 – 29
4. Полухов Р.Ш. Варианты формирования коло-ректального анастомоза при хронических запорах у детей / Р.Ш. Полухов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 88 – 90.

ПРОФИЛАКТИКА ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ СРАЩЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Боднарь Б.Н., Унгуриян А.М., Дикал М.В.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы

Введение. Проблема спайкообразования, несмотря на длительный период интенсивного изучения и большое количество публикаций по данной теме, остается актуальной. Частота возникновения спаечной кишечной

непроходимости (СКН) в послеоперационном периоде у детей, которые перенесли операции на брюшной полости, достигает, по данным разных авторов, от 25% до 80% [2, 5], летальность достигает от 7% до 15–45% [4].

Несмотря на большой прогресс и усовершенствование хирургических методов лечения и внедрения в хирургическую практику новых антибактериальных средств, летальность при распространенном гнойном перитоните остается высокой и составляет 25–30%, а при развитии полиорганной недостаточности (ПОН) – 80–90% [1].

Из этого следует, что основной причиной спаечной болезни являются гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) брюшной полости, потому профилактика СКН должна быть направлена на улучшение алгоритма лечения гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости [3].

Цель работы: улучшение эффективности профилактики спайкообразования после перенесенных гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей при комбинированном лечении с использованием озонированного физраствора 0,9% NaCl.

Материал и методы исследования. Всего обследован 91 ребёнок, прооперированных по поводу разных форм перитонита аппендикулярного генеза. 30 пациентов составляли группу сравнения (комплексное лечение традиционными методами), 61 – основную группу, которым проводилось традиционное лечение в сочетании с применением озонированного физраствора 0,9%. NaCl. Контрольную группу составляли 28 детей, оперируемых по поводу вправимой паховой грыжи.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные коагуляционного потенциала свидетельствуют, что концентрация фибриногена в плазме крови в группе сравнения составляла $4,08 \pm 0,32$ г/л ($p < 0,001$), что на 30% больше, чем в контрольной группе ($2,84 \pm 0,16$ г/л). В первой подгруппе основной группы концентрация фибриногена составляла $3,84 \pm 0,30$ г/л, во второй подгруппе почти приближалась к норме. Анализируя показатели активности XIII фактора, отмечаем повышение в группе сравнения на 16,8% $118,24 \pm 14,06\%$ ($p < 0,05$), чем в контроле ($101,20 \pm 11,62\%$), на 12,9% выше, чем в 1 подгруппе и на 4,9% выше, чем во 2-й подгруппе основной группы. Также отмечается снижение активности АТ III на 19,7% ($78,24 \pm 1,32\%$, $p < 0,001$, при контроле $97,44 \pm 1,03\%$), и на 15,7% и 10,4%, чем в 1 и 2 подгруппах основной группы, соответственно.

Принимая во внимание показатели фибринолитической системы гемостаза, обнаружено, что в группе сравнения СФА уменьшается на 42% ($1,02 \pm 0,16$ Е440/мл/час, $p < 0,001$, при контроле $1,76 \pm 0,12$ Е440/мл/час) за счет ФФА, что снижалась на 48,2% ($0,58 \pm 0,11$ Е440/мл/час, $p < 0,001$, при контроле $1,12 \pm 0,08$ Е440/мл/час), НФА уменьшается на 18% ($0,58 \pm 0,11$ Е440/мл/час, $p < 0,001$, при контроле $0,66 \pm 0,04$ Е440/мл/час). Активность пламиногена в группе сравнения составляла $16,24 \pm 1,16$ мин. ($p < 0,001$), что на 27,6% меньше по отношению к контрольным значениям

(22,46±1,28 мин.), а в первой и второй подгруппах было, соответственно, 18,32±1,18 мин. и 19,02±1,22 мин.

Активность плазминогена плазмы крови за азоколом после перенесенных ГВЗ органов брюшной полости уменьшается на 30,5% (0,70±0,10 Е440/мл/час, $p<0,001$, при контроле 1,14±0,07 Е440/мл/час). В первой подгруппе 0,82±0,10 Е440/мл/час, $p<0,001$, во второй подгруппе приближается к норме 1,04±0,10 Е440/мл/час, $p<0,001$.

Применение озонированного физраствора 0,9% NaCl для промывания брюшной полости в сочетании с традиционными методами улучшило результаты коагуляционного потенциала и фибринолитического звена гемостаза: снижение концентрации фибриногена к 3,84±0,30 г/л ($p<0,001$), снижение активности XIII фактора к 114,32±12,42% ($p<0,05$) и снижение активности АТ III к 82,13±1,32%, $p<0,001$.

В группе совместного применения промывания брюшной полости и внутривенного введения озонированного физраствора 0,9% NaCl наблюдалось повышение СФА до 1,54±0,14 Е440/мл/час, $p<0,001$ в основном за счет ФФА, что снижалась до 0,94±0,11 Е440/мл/час, $p<0,001$.

Выводы:

1. У детей, которые перенесли операции по поводу ГВЗ органов брюшной полости, отмечается снижение коагуляционного и фибринолитического звена гемостаза за счет гиперкоагуляции.
2. За счет снижения фибринолитической и коллагенолитической активности системы гемостаза в послеоперационном периоде после ГВЗ органов брюшной полости у детей достаточно высокий риск образования интраабдоминальных срастаний.
3. Комбинированное применение озонированного физраствора 0,9% NaCl в интра- и послеоперационном периоде корректирует показатели фибринолитического и коллагенолитического звеньев системы гемостаза, который приводит к улучшению послеоперационного периода и может быть использовано с лечебной и профилактической целью.

Литература:

1. Карасева О.В. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / О.В. Карасева., Л.М. Рошаль, А.В. Брянцев и др // Детская хирургия. – 2007. – № 3. – С. 23–27.
2. Миминошвили О.И. Ранняя спаечная непроходимость после выполнения операций на кишечнике / О.И. Миминошвили, О.С. Антонюк // Клінічна хірургія. – 2006. – № 1. – С. 23–25.
3. Kronberger L. Der ileus // Acta chir. Austriaca. – 2009. – Vol. 1, №1. – P. 17-22.
4. Nishimura K. Biochemical evaluation of postsurgical wound, repair prevention of intraperitoneal adhesion formation with ibuprofen / K. Nishimura, R.M Nakamura, G.S. Dizersga // J.surg. Res. – 2009. – Vol. 34, №3. – P. 219-226.

5. Holtz G. Prevention of postoperative adhesions / G. Holtz // J. Reprod. Med. – 2008. – Vol. 24, №4. – P. 141–146.

ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ

**Бондарева О.И.², Иодковский К.М.¹, Пыш В.В.³,
Полякова А.И.³**

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

²*Детская поликлиника № 1, Гродно*

³*Детская поликлиника № 2, Гродно*

Введение. В Беларуси за время обучения в школе увеличивается удельный вес детей с хронической патологией.

Профилактические осмотры в детском возрасте – это комплекс медицинских мероприятий, проводимых с целью раннего выявления заболеваний, нарушающих гармоничное развитие детского организма и направленных на устранение или нейтрализацию неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также повышение неспецифической резистентности организма [1, 2].

Цель – Изучение частоты выявляемой хирургической патологии у школьников г. Гродно и Гродненского района.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в период с 2006 г. по 2014 г. (9 лет). Массовые медицинские осмотры учащихся проводились силами врачей и фельдшеров школьных отделений, а также бригадами специалистов, включающих – хирурга, оториноларинголога, окулиста, невролога, гинеколога детских поликлиник №1 и №2 г. Гродно. Специализированному осмотру подлежали учащиеся 6, 9 и 11 классов средних и базовых школ г. Гродно и Гродненского района. Осмотры проводились по графику в течение учебного года. Осмотр учащихся остальных классов проводился врачами педиатрами и фельдшерами школ.

Результаты и их обсуждение. Всего осмотрами было охвачено 43 школы г. Гродно, 24 школы Гродненского района, также осматривались 2 средние специальные школы-интерната для слабовидящих детей и для детей с пониженным слухом и спецшкола-интернат д. Поречье. Всего за период с 2006 г. по 2014 г. было осмотрено 338 338 учащихся, из них специализированными бригадами 84 986 учащихся.

Из всех осмотренных детей патология распределилась следующим образом:

- хирургическая патология – 74 897 чел. (22,1%);
- ЛОР заболевания – 12 366 чел. (3,7%);
- болезни нервной системы – 7448 чел. (2,2%);
- патология зрения – 68973 чел. (20,4%);