

там при поступлении выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, признаки острого аппендицита выявлены у 14 (58,3%). После поступления операция была выполнена через: 0-2 часа – 11 детям (9,4%), 2–4 часа – 43 детям (36,8%), 4-6 часов – 25 детям (21,4%), 6-8 часов – 10 детям (8,5%), 8-10 часов – 8 детям (6,8%), 10–12 часов – 8 детям (6,8%), более 12 часов – 12 детям (10,3%). Открытая аппендэктомия выполнена 12 (7,4%) пациентам, лапароскопическая аппендэктомия 151 (92,6%) ребенку. На основание отростка наложена петля Редера – 144 пациента (88,3%), клипса – 7 больных (4,3%), погружной способ у 12 (7,4 %). Гистологическое исследование удаленного червеобразного отростка выявило флегмонозный аппендицит 139 случаев (85,3%), гангренозный аппендицит 23 случаев (14,1%), поверхностный аппендицит 1 случай (0,6%). Наиболее частыми осложнениями были: гнойный оментит – 27 пациентов, местный неотграниченный перитонит у 5, местный отграниченный перитонит у 2, разлитой перитонит у 4. В послеоперационном периоде инфильтрат в правой подвздошной области наблюдался в 4 случаях (3,4%). Средний койко-день составил 7,3 дня. Исход заболевания был следующий: выписаны с выздоровлением 92% пациентов, выписаны с улучшением 8%.

Выводы:

1. Исходя из проанализированных данных, острым аппендицитом мальчики болеют чаще девочек. Наибольшая заболеваемость приходится на возраст 12-17 лет.
2. Ультразвуковое исследование в 58,3% случаев позволяет выявить изменения в червеобразном отростке.
3. Гиперлейкоцитоз наблюдался у подавляющего большинства пациентов, вне зависимости от возраста.
4. Инфильтрат брюшной полости наблюдался у 3,4% пациентов.

Литература:

1. Исаков, Ю. Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Исаков Ю. Ф., Дронов А. Ф. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009 г. 427 с.

ПРИЧИНЫ КОНВЕРСИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Ротько Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Шейбак В.М.

Актуальность. Конверсия – это отказ от продолжения операции эндохирургически и завершение открытым способом. Показания к конверсии: осложнение, не устранимое эндохирургически, особенности топографической анатомии, выход из строя какой-либо части оборудования.

Цель: проанализировать причины конверсии при остром аппендиците у детей и результаты последующего течения послеоперационного периода.

Материалы и методы. На базе ГОДКБ за 2015 год на стационарном лечении с острым аппендицитом находились 163 ребенка. Конверсии выполнялись 10 пациентам. Из них мальчиков 8 (80%), а девочек 2 (20%). Возрастные группы выглядели следующим образом: 3-6 лет – 1 ребенок (10%), 7-11 лет – 6 детей (60%), 12-17 лет – 3 ребенка (30%).

Результаты. Время поступления в стационар было следующим: 0-6 часов – 3 ребенка (30%), 6-12 часов – 1 ребенок (10%), более 12 часов – 6 детей (60%). В общем анализе крови при поступлении умеренный лейкоцитоз наблюдался у 6 детей (60%) и гиперлейкоцитоз у 4 детей (40%). 2 пациентам при поступлении выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, признаки острого аппендицита выявлены у 2. После поступления операция была выполнена через: 0-6 часов – 5 детям (50%), 6–12 часов – 3 детям (30%), более 12 часов – 2 детям (20%). Основание червеобразного отростка обработано погружным способом у 10 детей (100%). Причины конверсии: инфильтрация купола слепой кишки – 1 ребенок (10%), червеобразный отросток спаян с подвздошной кишкой – 1 ребенок (10%), аппендикулярный абсцесс – 2 детей (20%), ретроцекальное расположение основания червеобразного

отростка – 3 пациента (30%), ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка – 3 ребёнка (30%). Гистологическое исследование удаленного червеобразного отростка выявило флегмонозный аппендицит 7 случаев (70%), гангренозный аппендицит у 3 пациентов (30%). Наиболее частыми осложнениями были: гнойный оментит - 6 пациентов, местный неотграниченный перитонит у 1, местный отграниченный перитонит у 2, разлитой перитонит у 1. В послеоперационном периоде инфильтрат в правой подвздошной области наблюдался в 2 случаях (20%). Средний койко-день составил 11,7 дня. Исход заболевания был следующий: выписано с выздоровлением 90% пациентов, выписано с улучшением 10%.

Выводы:

1. Наиболее частые причины конверсии – ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение основания червеобразного отростка.
2. Ультразвуковое исследование в 100% случаев позволяет выявить изменения в червеобразном отростке.
3. Лейкоцитоз выявлен у подавляющего количества пациентов.
4. Инфильтрат брюшной полости наблюдался у 20% пациентов.
5. Исход заболевания во всех случаях был благоприятным.

Литература:

1. Исаков, Ю.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Исаков Ю. Ф., Дронов А. Ф. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009 г. 427 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОФИБРИННОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ПОСТ-ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРФОРАЦИЯХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Рудницкая И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Алешик И.Ч.

Актуальность. Сохраняется высокое количество посттравматических перфораций барабанной перепонки. Аутофибриновая пленка – это биологический препарат, полученный из крови самого пациента, который ускоряет процессы заживления.

Цель: изучение эффективности использования аутофибриновой пленки при посттравматических перфорациях барабанной перепонки.

Материал и методы. Для приготовления аутофибриновой пленки используют методику В.Я. Гапановича [1]. Стерильным шприцем из вены берется кровь, которая выливается в стерильный флакон, куда заранее помещают 3–4 стеклянные бусины. При быстром и многократном встряхивании флакона кровь дефибринируется. После этого дефибринированная кровь из флакона сливается, а оставшаяся в нем аутофибриновая пленка тщательно отмывается дистиллированной водой. Пластика перфорации барабанной перепонки проводится под внутривенным наркозом. Во время вмешательства под контролем операционного микроскопа проводится ревизия барабанной перепонки, барабанной полости, по возможности цепи слуховых косточек, во время которой удаляются сгустки крови, инородные тела (окалина и др.), расправляются края перфорации. В случаях, когда наступает эпителизация места разрыва (при обращении пациента в сроки 10 дней и более) обязательно проводится освежение краев перфорации. Предварительно приготовленная аутофибриновая пленка плотно укладывается на перфорацию, перекрывая ее на 0.2 - 0.3 мм. Для прижатия и удержания пленки используется тампонада наружного слухового прохода тонкой стерильной полиэтиленовой пленкой и порономом по методике О.Г. Хорова. Тампоны из наружного слухового прохода удаляются на 5-7 день.

По данным ЛОР-отделения ГКБ№2 г. Гродно, за 2012-2015 годы было пролечено 135 пациентов с посттравматическими перфорациями барабанной перепонки. Возраст от 25 до 56 ($40,5 \pm 1,6$) лет, мужчины 103 (76,3%), женщины 32 (23,7%). Слух ШР – $3,1 \pm 0,8$ м, РР – $5,1 \pm 0,1$ м. Основными причинами были: удар по уху (99 (73,3%) пациентов); баротравма