



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,

присвячена 150-річчю

з дня народження

В. В. ВОРОНІНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

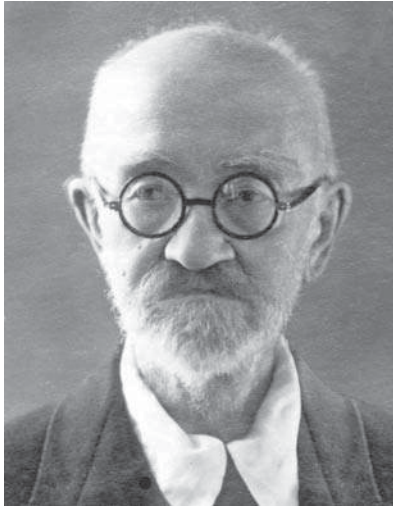
(для студентів та молодих вчених)

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 150-річчю з дня народження
В. В. ВОРОНИНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

Матеріали та методи. У роботі представлено результат лікування важкозагоєваних ран у 10 хворих дітей віком від 3 місяців до 14 років з порушенням трофіки із застосуванням біоактивного боратного скла “Mirragen”.

Результати дослідження. Первинний досвід показав ефективність застосування біоактивного боратного скла при лікуванні трофічних ран у дітей з мієлодисплазією, повне загоєння глибоких ран спостерігалось протягом 8 тижнів без ускладнень, а поверхневої рани-пролежня — протягом 5 тижнів. Після очищення рани скловолокно не щільно наносили в рану під асептичну пов'язку раз на тиждень. Так, площа ран щотижня зменшувалась на 15–20 %, закриття ран відбувалося як з дна рани, так і з периферії до центру. За весь період спостереження інфікування або інших ускладнень ран не було. Морфометричний аналіз з периферії ран підтвердив відновлення васкуляризації в зоні регенерації, активне проростання сполучної тканини та біосумісність застосованого матеріалу. Макро- і мікроскопічної негативної реакції на біоактивне боратне скло у наших спостереженнях не визначено.

Висновки. Тимчасовий біоматеріальний каркас із боратного скла забезпечує необхідну форму для утворення нових тканин і, таким чином, сприяє швидкому та ефективному загоєнню трофічних ран у дітей з мієлодисплазією.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОУТВОРЕННЯ У ДІТЕЙ З АПЕНДИКУЛЯРНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Квашніна А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Оцінити ефективність та безпечність використання гелю на основі гіалуронату натрію (ГГН) для первинної профілактики післяопераційних перитонеальних спайок у дітей.

Матеріали та методи. Проспективне контрольоване дослідження включає 62 дитини віком від 3 до 17 років, які були прооперовані у Одеській обласній дитячій клінічній лікарні з приводу апендикулярного перитоніту. Пацієнти першої групи (31 дитина) отримували традиційне хірургічне лікування, у другій групі (31 хворий) додатково інтраопераційно після санації черевної порожнини застосовували ГГН із концентрацією діючої речовини 10 мг/мл. Досліджено короткотермінові (1 місяць) та довгострокові (1–2 роки) ефекти застосування ГГН для оцінки впливу на профілактику надмірного інтраабдомінального спайкоутворення. Середній період післяопераційного спостереження становив $(14,0 \pm 2,4)$ місяця.

Результати дослідження. Перебіг післяопераційного періоду у дітей груп порівняння статистично суттєво не відрізнявся за основними показниками (тривалість післяопераційного парезу кишечника, час перебування у відділенні інтенсивної терапії та загальном у стаціонарі, частота післяопераційних ускладнень та потреба у релапаротомії), але спайкова кишкова непрохідність протягом періоду спостереження у першій групі (16,1 %) була

значно вищою, ніж у другій групі (3,23 %), де застосовували антиадгезивний гель ГГН ($\chi^2=4,026$; $p=0,045$).

Висновки. Інтраопераційне використання ГГН ефективне та безпечне для первинної профілактики післяопераційних перитонеальних спайок у дітей з апендикулярним перитонітом.

УВЕАЛЬНА МЕЛАНОМА: МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Бошкова Я. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Увеальна меланома (УМ) — надзвичайно злоякісна рідкісна пухлина (до 1 % всіх типів раку, 12 % від меланом шкіри і судинної оболонки ока, 80–87 % від внутрішньоочних пухлин). Середній вік хворих в Україні — $(52,4 \pm 12,8)$ року, тому рання діагностика УМ дуже важлива. За локалізацією виділяють меланому хоріоїдеї (85–88 %), райдужки і циліарного тіла (7–10 %), райдужки (5–7 %). В останні десятиліття інтенсивно розробляється проблема органозберігаючого лікування хворих на УМ, значущість якого полягає в збереженні органа зору, його функцій у 41–52 % випадків, суттєвого покращення прогнозу життя хворих.

Мета роботи — висвітлити основні методи діагностики та лікування увеальної меланоми (зокрема меланоми хоріоїдеї).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз літератури науково-дослідних робіт ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» за 2010–2018 роки, розглянуто 2 клінічних випадки меланоми хоріоїдеї.

Результати. Серед усього переліку методів діагностики УМ насамперед проводять: офтальмоскопію очного дна, А- і В-методи УЗД, діафаноскопію, флуоресцентну ангіографію (ФАГ). Згідно з критеріями вибору методу лікування, показано органозберігаюче або ліквідаційне лікування. Види органозберігаючого лікування (при прозорих оптичних середовищах ока, відсутності вторинної глаукоми, інфільтрації диска зорового нерва (ДЗН) та екстрабульбарного росту): ксенонова фотокоагуляція — 90–120 А, D плями — 6 мм, транспупілярна термотерапія (ТТТ) — 532–577 нм, діодний лазер при D плями 1,5–3 мм, фотодинамічна терапія (ФДТ), комбіноване органозберігаюче лікування — світлова коагуляція, ТТТ/ФДГ, через 3–5 днів брахітерапія, транссклеральна брахітерапія (Sr 90 або Rt 106, СОД=800–1200 Гр офтальмоаплікаторами II гр). Також проводять ендовітреальну (в післяекваторіальній зоні пухлина до 9 мм висотою і 12–13 мм довжиною, за 3 мм від ДЗН) і транссклеральну резекцію пухлини (в доекваторіальній зоні пухлина висотою 12–13 мм, і завтовшки 8–10 мм). Ліквідаційне лікування представлено енуклеацією ока (при меланомі хоріоїдеї > 10 мм, вторинній більшій глаукомі, екстрабульбарному росту) з формуванням опорно-рухової культі, ексцентерацією орбіти (телегамматерапія СОД=40–60 Гр, 2–3 млн МО лаферобіона).