

мову, зниження пам'яті, зниження ваги, загальну слабкість. З анамнезу: хворіє близько місяця. За два дні до госпіталізації відмітила підсилення вищеперерахованих скарг.

У неврологічному статусі: пацієнтка зниженого живлення. Виражений парез VI пари OS, помірний – OD. Вертикальним ністагм із ротаторним компонентом з двох сторін. Диплопія. Дизартрія. Лівобічний центральний помірний геміпарез. Симптом Марінеску-Радовічі (+) з двох сторін. Елементи насильницького плачу. Координаторні проби виконує з дисметрією та інтенцією з двох сторін, вираженою в лівих кінцівках. У позі Ромберга – виражена хиткість, що посилюється при закриванні очей. Хвора астенозована, тривожна, не критична до власного стану. MMSE – 27 балів.

У біохімічному аналізі крові – гіпоальбумінемія. Сіто тест на наявність антитіла до ВІЛ (взято тричі) – позитивний. За даними МРТ головного мозку: понтинний мієліноліз у ділянці моста мозку. К. інфекціоніста – ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія.

Враховуючи дані анамнезу, клініко-неврологічного та параклінічного досліджень встановлено діагноз: ЦПМ з помірним спастичним геміпарезом, окоруховими розладами з диплопією, легким псевдобульбарним синдромом, вираженим вестибуло-мозочково-атактичним синдромом, легкими когнітивними розладами. Призначено лікування: пульс-терапія солу-медролом, мільгама, фармаліпон, акріптега, ЛФК. Хворій рекомендовано подальше лікування в обласному центрі профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД.

Висновки. Гіпотетично гіпоальбумінемічний стан сприяє розвитку ЦПМ. Однак, це може бути перш за все маркером тяжкого захворювання, ніж причинним фактором. Клінічний випадок розширює знання про клінічні прояви ЦПМ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та спонукає обстежувати пацієнтів на наявність ВІЛ-інфекції для призначення антиретровірусного лікування та попередження ускладнень.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ АПЕНДЕКТОМІЇ У ДІТЕЙ

Соколенко Д.

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.М.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема гострого апендициту в педіатричній практиці залишається надзвичайно актуальною, що пов'язано з

високою частотою патології, великою кількістю оперативних втручань у порівнянні з іншими нозологіями. Метод лікування – лапароскопічна чи відкрита апендектомія – залишається питанням вибору, хоча міжнародні рекомендації зазначають що обидва методи є обґрунтованими в хірургічному лікуванні гострого апендициту.

Мета дослідження. Проаналізувати результати лікування при використанні різних способів видалення апендикса.

Методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 127 дітей з різними формами гострого апендициту віком від 2 до 18 років. У 75 дітей апендектомія виконана лапароскопічно за допомогою лапароскопічного обладнання «Richard Wolf», призначеного для дитячого віку. У 52 дітей проведено відкриту апендектомію.

Основні результати. Апендектомія ендоскопічно традиційно виконувалася лігатурним способом. На основу апендикса накладалася петля Редера, занурення куки не проводилося. Ускладнень пов'язаних з таким способом обробки куки апендикса в ранньому та пізньому післяопераційному періоді не спостерігалось. Це дозволило відмовитися від кисетного способу апендектомії та при відкритому методі оперативного втручання. У 20 дітей виконано відкриту апендектомію лігатурним способом, у 27 – кисетним способом. Кількість гнійно-септичних ускладнень в обох групах достовірно не відрізнялась. Також використання лігатурного способу усуває небезпеку деформації баугінієвої заслінки, яка у дітей знаходиться близько до основи апендикса. У 5 дітей при незначних змінах в апендиксі була виконана інвагінаційна апендектомія, перевагою якої є асептичність. Лапароскопічна апендектомія забезпечила значні переваги порівняно з відкритою, включаючи коротшу тривалість перебування в стаціонарі, менший післяопераційний біль, більш раннє післяопераційне відновлення та нижчий рівень ускладнень.

Висновок. Лапароскопічна апендектомія є пріоритетним методом в лікуванні гострого апендициту у дітей. При виконанні відкритої апендектомії кисетний спосіб не має переваг перед лігатурним за частотою виникнення гнійно-септичних ускладнень.