

Л'ОГО

Σ

МИСТЕЦТВО НАУКОВОЇ ДУМКИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

ЗА МАТЕРІАЛАМИ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

НОВИНИ НАУКИ ТА ПРИКЛАДНІ НАУКОВІ РОЗРОБКИ

28 ЖОВТНЯ 2018 РІК • ЛЬВІВ, УКРАЇНА

ТОМ 4



ISBN 978-617-7171-80-4



ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ЄВРОПЕЙСЬКА НАУКОВА ПЛАТФОРМА»
ОО «ЕВРОПЕЙСКАЯ НАУЧНАЯ ПЛАТФОРМА» • NGO «EUROPEAN SCIENTIFIC PLATFORM»

ЛОГОΣ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

ЗА МАТЕРІАЛАМИ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
**«НОВИНИ НАУКИ ТА ПРИКЛАДНІ
НАУКОВІ РОЗРОБКИ»**

28 ЖОВТНЯ 2018 РІК

ТОМ 4

Львів • Україна

УДК 001(08)
Н 72

Н 72 **Новини науки та прикладні наукові розробки** [текст]: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції 28 жовтня 2018 року у м. Львів: зб. наук. праць «ΛΟΓΟΣ» / відп. за випуск Голденблат М.А. // ГО «Європейська наукова платформа». – Обухів: Друкарня ФОП Гуляєва В.М., 2018. – Т.4. – с. 108.

ISBN 978-617-7171-80-4

Викладено тези доповідей та статті учасників міжнародної науково-практичної конференції «Новини науки та прикладні наукові розробки», яка відбулася у місті Львів, 28 жовтня 2018 року.

Збірник присвячено для студентів, аспірантів, докторантів, здобувачів, молодих фахівців, викладачів, науковців та інших зацікавлених осіб, а також для широкого кола читачів.

Бібліографічний опис матеріалів конференції зареєстровано в міжнародній наукометричній базі «Google Scholar».



УДК 001 (08)

© Колектив авторів конференції, 2018
© Збірник наукових праць «ΛΟΓΟΣ», 2018
ISBN 978-617-7171-80-4 © ГО «Європейська наукова платформа», 2018

СЕКЦІЯ 9. МЕДИЧНІ НАУКИ

TREATMENT OF POSTOPERATIVE PNEUMOEMPYEMA WITH BRONCHIAL BLOCKAGE OF THE FISTULA

I. Kryvoruchko, D. Lopatenko

*Department of surgery №2
Kharkov National Medical University
Ukraine*

Postoperative incompetence of the bronchial stump is one of the most formidable complications of lung resection. It occurs in the postoperative period in 10 - 15% of patients with lung resection. Patients with such pathology are extremely severe and die without repeated surgical treatment. Repeated surgical intervention is aimed at the elimination of the failure of the bronchial stump and characterized by high traumaticity, high frequency of postoperative complications and frequent recanalization of bronchopleural fistula. According to various clinicians, the mortality after rethoracotomy ranges from 10 - 50%.

One of the main reasons is the leakage of the pulmonary tissue, the incongruence of the affected lung and pleural cavity, leads to the development of emphysema cavity with chronic inflammation. The presence of a bronchial fistula prevents effective sanitation of the pneumoempiema cavity.

Successful elimination of the bronchopleural fistula without surgical intervention makes surgical treatment more reliable and less traumatic, in some cases allows avoiding the operation.

Clinical Case (History of Illness No. 31691). Patient N., 19 years old, was taken into the clinic on 5.11.16 at 23:10 in an unconscious state. Anamnesis of illness: by an ambulance car was taken to a clinic from an accident place (a driver of a car).

Objectively: the state was extremely difficult. The patient was unconscious. Skin was pale, subcutaneous hematomas were on the neck, face, front of the chest. Pulse 120 beats per minute, arrhythmic. AP 90/60 mm.rt.st. Auscultatory: hard breathing, abruptly weakened in all area of both sides, the dry and wet rales, percussion: tympanis on both sides (in the position of lying), expressed subcutaneous emphysema on both sides. Abdominal palpation is moderately painful. Abdomen is soft, peritoneal symptoms are positive throughout, but are more expressed at the right side, peritoneal symptoms is negative, urine has normal color.

Blood Test (5.11.16): Hb - 156 g/l, Er - 5,1 t/l, L - 9,1 g/l, Protein -72 g/l.

Consultation of neurosurgeon: Closed craniocerebral trauma, concussion of the brain.

At X-ray examination (№ 92512): bilateral hydropneumothorax was revealed, fracture of 5th, 6th, 7th, 8th ribs on the right, 6th, 7th ribs to the left side. Blood, air with pleural puncture were received.

Blood from the abdominal cavity was obtained by laparocentesis.

Diagnosis is established: Combined trauma, Closed cranial-cerebral trauma, concussion of the brain, thoracic trauma, fracture of 5th, 6th, 7th, 8th ribs on the right, 6th, 7th ribs on the left side, injury of both lungs, heart, pneumomediastinum. Subcutaneous hematomas of the face, neck, chest. Bilateral hemopneumothorax. Closed abdominal trauma, rupture of the liver in 6th, 7th, 8th segments, rupture of the liver in the 3th segment of the left lobe fraction. Hemoperitoneum 2 - 3 gr. Fracture of the lumbar bone is on the right side. Traumatological shock 4 gr.

5.11.2016 - operation: closed drainage of the pleural cavity on both sides, anterior mediastinotomy.

5.11.2016 - operation: suturing livers wounds, drainage of the abdominal cavity.

In the postoperative period, the temperature was not raised higher than 37.3°C, the shock signs disappeared, but on the right side of the pleural drainage was excess air release persists, the lung did not spread out.

In the X-ray examination from 6.11.16 there was an insignificant positive dynamic on the left side, and damage of the lower bronchial fraction on the right.

The complete separation of the lower bronchial fraction on the right side was bronchoscopically diagnosed.

7.11.2016 - operation: thoracotomy on the right side, lower right bilobectomy, drainage of the right pleural cavity.

In the postoperative period, the patient's condition stabilized, although it remained heavy, patient in consciousness, temperature did not rise more than 38, 2°C, the discharge of the air in pleural drainage was stopped, the lungs were spread out.

Blood Test (8.11.16): Hb - 102 g/l, Er - 3,42 t/l, L - 15,1 g/l, Protein -49 g/l.

At X-ray examination (№ 92643): right-side pouched hydrothorax, bilateral pneumonia.

28.11.2016 - the discharge of the air in pleural drainage on the right side was resumed.

Failure of the intermediate bronchial stump was bronchoscopically diagnosed.

Considering the extremely serious condition of the patient, it was decided to perform bronchoscopical bronchial blocking without any reoperation.

In our case, we used a reverse endobronchial valve, which was made of a rubber compound of medical purpose, so it is indifferent to the human body.

The valve allows air, sputum, bronchial contents to leave the area of injury, while exhalation and cough, nevertheless preventing their reverse movement.

29.11.16 – bronchial valve number 9 was through the tracheotomy endoscopically installed and located in the intermediate bronchus. Air discharge was stopped in 2 minutes and not renewed.

2.12.16 - The drainage on the right has resumed, during the respiratory exercises.

The valve in the bronchial tree is absent; the fistula of the intermediate bronchial stump is open right on the right side.

Valve migration into the pleural cavity was caused by increased pressure in the bronchial tree by apparatus of artificial breathing during breathing exercises.

4.12.16 - Conducted Consilium: repeated surgical treatment is considered dangerous for the patient's life. The condition of the patient became worse. Conservative therapy is ineffective.

9.12.16 - the patient has a re-installed bronchial valve. The discharge of the air stopped again. The condition of the patient was stabilized in 3 days.

In X-ray examination: right-side pouched hydrothorax, right-side pneumonia.

Blood Test (8.11.16): Hb - 106 g/l, Er - 3,42 t/l, L - 11,2 g/l, Protein - 64 g/l.

Temperature indicators normalized, 16.01.17 - antibiotic therapy was stopped.

19.02.08 - drainages from the pleural cavity were removed.

The patient is discharged with a clinical recovery on 20.01.2017 for outpatient treatment at a surgeon at the place of residence.

Wounds in the area of the pleural drainage were without signs of inflammation. X-ray results can be seen in Figure 1

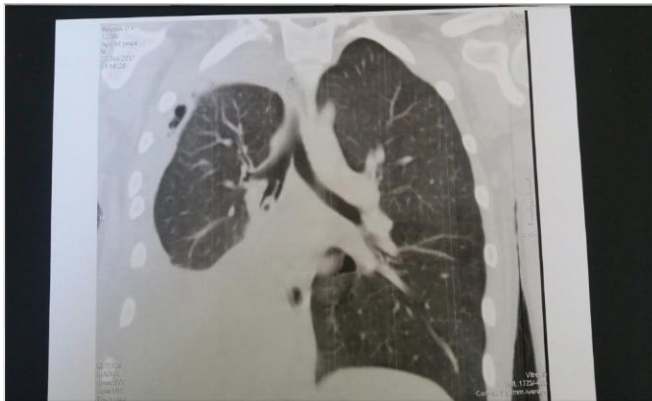


Fig. 1. The duration of treatment was 76 days.

Conclusions. Thus, the use of the blocking of the bronchial stump, allowed eliminating postoperative pneumoempiema and contributing to the patient's recovery.

List of references:

1. Гнойные заболевания лёгких и плевры: Монография / [Авдосьев В.В., Григорян Г.О., Зайцева С.И. и др.]; под ред. проф. В.В. Бойко и проф. А.К. Флорикяна. - Х.: Прапор, 2007 – 576с.
2. Левин А.В. Щадящая коллапсохирургия /А.В. Левин, Г.М. Кагаловский. – Барнаул: Издательство Алтайского гос. мед. ун-та, 2010. – 193с.
3. Малоинвазивная хирургия эмпиемы плевры /В.Н. Перепилицин, А.С. Нагаев, Н.А. Огородников [и др.]// Эндоскопическая хирургия. – 2011. - №3. – С. 63 – 66.
4. Неоперационный метод закрытия бронхиальных свищей: тез. Доклады по болезням органов дыхания /научн. редактор О.Н. Ананко. – М.: Медгиз, 2012. – 436с.
5. Торакальная хирургия: Монография /[Зимонин П.Е., Левин А.В., Ясногородский О.О. и др.]; под ред. проф. Л.Н. Бисенкова. – С.-Пт.: Медгиз, 2014. – 1920 [5] с.
6. Хирургия поздних осложнений и последствий травмы груди /Черкасов В.А., Копытов В.Ф., Брунс В.А. - М.: Медгиз, 2014. – 288с.

7. Эмпиема плевры. Консервативная терапия, экстракорпоральные методы детоксикации, эндоскопические методы. / [Цеймах Е.А., Левин А.В., Зимонин П.Е., Самуйленков А.М.]. - М.: Медгиз, 2009. – 311 [2] с.
8. Эндоскопические методы лечения эмпиемы плевры и пиопневмоторакса. / М.А. Потапенко, П.П. Шипулин, С.В. Заремба [и др.] // Грудная и сердечнососудистая хирургия. - 2015. - № 1. - С. 56–60.

АУТОІМУННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Латанська Наталія Сергіївна

Науковий керівник: к.мед.н., доц.Залюбовська О.І.
Харківський національний медичний університет
Україна

Аутоімунні захворювання – це клас різномірних по клінічним проявам захворювань, які розвиваються внаслідок патологічного вироблення аутоімунних антитіл або розмноження аутоагресивних клонів кілерних клітин проти здорових, нормальних тканин організму, які призводять до пошкодження та руйнування нормальних тканин та до розвитку аутоімунного запалення.

До найбільш поширених аутоімунних захворювань відносять склеродермію, системний червоний вовчок, аутоімунний тиреоїдит Хашимото, дифузний токсичний зоб та інші. Причини аутоімунних захворювань вивчені недостатньо, але існують відомості які дозволяють розділити їх на зовнішні та внутрішні. Зовнішні причини – це в основному збудники інфекційних захворювань або фізичний вплив, наприклад, ультрафіолетове опромінення або радіація. При ураженні певної тканини людського організму, вони змінюють власні молекули таким чином, що імунна система сприймає їх як чужі. Після «нападу» на уражений орган імунна система викликає хронічне запалення та відповідно подальше пошкодження власних тканин. Другою зовнішньою причиною є розвиток перехресного імунітету. Таке відбувається, коли збудник інфекції виявляється схожим на власні клітини – в результаті, імунна система одночасно вражає як мікроб, так і клітину (одне із проявів синдрому Рейтера при хламідіозі). Внутрішні причини — це, в першу чергу, генні мутації, які передаються у спадок. Одні мутації можуть змінювати антигенну структуру певного органа чи тканини, перешкоджаючи лімфоцитам розпізнавати їх як «свої» — такі аутоімунні захворювання називаються органоспецифічними. Тоді у спадок буде передаватися сама хвороба (у різних поколіннях будуть вражатися одні й ті ж органи). Інші мутації можуть порушувати баланс імунної системи, порушуючи контроль за аутоагресивними лімфоцитами. Тоді людина, при дії стимулюючих факторів, може захворіти органоспецифічними аутоімунними захворюваннями, які вражають системи та органи [2. ст. 45].

Механізм розвитку аутоімунних захворювань Механізм розвитку аутоімунних захворювань повністю не вивчений. В очевидь захворювання