

Цель. Оптимизировать технически сложный этап операции Свердлова, сохранив стабилизацию сустава. Суть модификации следующая: после формирования связки из сухожилий короткой головки двухглавой и плечеклювовидной мышц, шилом изогнутым на конце, диаметром 4 мм создается канал под малым бугорком плечевой кости. Канал начинается у основания межбугорковой борозды и идет по направлению к клювовидному отростку лопатки. На месте выхода шила пересекаем сухожилие подлопаточной мышцы длиной около 1 см. Через канал проводим связку и трансоссально фиксируем у основания большого бугра. Имобилизация повязкой Смирнова-Ванштейна в течение 1 месяца.

Методы исследования. По нашей модификации на базе травматологического отделения №2 УЗ «ГК БСМП г. Гродно» прооперировано 12 пациентов. Из них 8 мужчин и 4 женщины. Возраст пациентов от 22 до 64 лет. Сроки наблюдения после операции от 1 до 2 лет.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов оперативного лечения мы пользовались индексной шкалой оценки функции плечевого сустава разработанной на базе УО «Витебский государственный медицинский университет» (Аскерко Э.А., Дейкало В.П., Цушко В.В., 2012) включающую в себя 8 показателей (индекс боли, индекс активности, индекс самообслуживания, индекс раскрытия плечелопаточного угла, индекс наружной ротации, индекс внутренней ротации, индекс элевации, индекс резкости движений). После проведенного оперативного лечения в послеоперационном периоде высчитывался средний клинический индекс. Результаты оперативного лечения пациентов по предложенной нами методике оцениваются, как хорошие (средний клинический индекс от 4 до 5). У всех прооперированных пациентов рецидивов вывиха не наблюдалось.

Выводы: операция Свердлова в нашей модификации хорошо стабилизирует плечевой сустав, сохранив его функцию. Предложенная нами модификация значительно упрощает техническое выполнение и уменьшает время операции, развитие интра и пост операционных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерко Э.А., Дейкало В.П., Цушко В.В. Индексная шкала оценки функции плечевого сустава / Э.А. Аскерко, В.П. Дейкало, В.В. Цушко // Новости хирургии - 2012. - №1.- С. 100-104.
2. Свердлов Ю.М. Травматические вывихи и их лечение. /Свердлов Ю.М.// М.: Медицина, 1978.- С. 18-87.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ **Конюх Е.А., Конюк Л.А.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Анемия и анемический синдром – одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний, с которыми ежедневно приходится сталкиваться педиатрам. Анемия – это состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина и/или количества эритро-

цитов в единице объема крови, приводящее к нарушению снабжения тканей кислородом. Среди всех анемий, в том числе и в детском возрасте, наиболее часто встречается железодефицитная ее форма. По данным ВОЗ дефицит железа имеется у 20% населения планеты. Истинная распространенность железодефицитной анемии неизвестна, т.к. по данным разных авторов частота ее составляет от 3,8% до 76%. В детской популяции распространенность дефицита железа составляет от 17,5% у школьников до 50% у детей раннего возраста [1, 2]. Большинство исследователей единодушны во мнении, что при равных прочих условиях дети раннего и пубертатного возраста, а также женщины детородного возраста наиболее подвержены риску развития анемии [3].

Цель исследования: изучить эпидемиологическую характеристику анемического синдрома у детей Гродненской области.

Объект и методы исследования. Проанализированы 195 медицинских карт стационарных пациентов, проходивших обследование и лечение в отделениях УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Изучена структура анемического синдрома, жалобы пациентов при поступлении в стационар, генеалогический анамнез, возможные причины заболевания. Возраст пациентов составил от 1 месяца до 17 лет.

Результаты исследования. При анализе медицинской документации выявлено, что 91% детей поступили в стационар по поводу анемического синдрома, у 9% пациентов снижение уровня эритроцитов и/или гемоглобина было выявлено в стационаре, как сопутствующая патология. Структура анемий была представлена следующим образом: у 47% детей диагностирована железодефицитная анемия, у 32% – анемия смешанной этиологии, у 8% – гемолитическая анемия, у 3% пациентов – наследственная анемия Минковского-Шоффара.

Анализ возрастной характеристики анемического синдрома установил следующие тенденции: дети до 1 года составляли практически половину всех пациентов с анемией. При этом отмечается рост количества анемий в этой возрастной группе: в 2008 – 44%, 2009 – 45%, 2010 – 56%. Выявлено также увеличение количества больных в возрасте 7-10 лет и 12-15 лет (16% и 14% соответственно в 2008 году, 5% и 11% - в 2010 году). Следует отметить, что в 2010 году увеличивается число детей с анемией в возрастной группе 16-18 лет (2008 год – 5%, 2009 – 5%, 2010 – 11%). Обращает на себя внимание, что от 10% до 20% детей поступают в стационар повторно.

Учитывая, что клиничко-лабораторные проявления дефицита железа занимают ведущее место в структуре анемического синдрома в детском возрасте, представленные ниже данные характеризуют железодефицитные анемии. Был проведен анализ жалоб детей при поступлении в стационар. 23% детей поступают в стационар без жалоб, четверть пациентов отмечают бледность кожных покровов, около 22% – слабость, снижение аппетита, 11% – повышение температуры тела, 3% больных - рвоту с примесью крови. В качестве причин, которые приве-

ли к развитию анемического синдрома, более 40% пациентов указывают на перенесенную накануне острую респираторную инфекцию, около 12% – на хроническую гастродуоденальную патологию. Ни один из детей или их родителей не считает провоцирующими факторами развития анемического синдрома нарушение рациона и сбалансированности питания.

При анализе наследственной отягощенности выявлено, что у 10% пациентов родители имеют патологию желудочно-кишечного тракта и/или анемию, у 6% – отягощен аллергологический анамнез. Изучение течения интранатального периода указывает на то, что 47% детей с анемией родились от первой беременности, 28% – от второй, 16% – от третьей, 10% – от четвертой беременности. Около половины женщин во время беременности имели клинико-лабораторные проявления анемического синдрома.

При анализе терапевтических мероприятий выявлено, что около 12% пациентов получали препараты железа в стационаре (ферронал, мальтофер, феррум лек), некоторым пациентам потребовалось введение препаратов крови. Практически все дети принимали фолиевую кислоту или витамины группы В.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

В 10% случаев анемический синдром диагностируется в стационаре при поступлении ребенка по поводу соматической патологии.

Около половины анемий являются железодефицитными.

У четверти пациентов отсутствуют жалобы при поступлении. Анемия диагностируется на основании лабораторных методов исследования.

В возрастной структуре железодефицитных анемий 50% занимают дети до 1 года.

Алиментарные факторы, по мнению детей и их родителей, не являются провоцирующими в развитии анемии.

У пациентов, родившихся от первой беременности, чаще диагностируется анемия, чем у детей от второй и последующих беременностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасевич, Л.А. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста / Л.А.Анастасевич, А.В.Малкоч // Лечащий врач. – 2006. – № 7. – С. 31–36.
2. Анемии у детей / под ред. В.И.Калиничей. – Л.: Медицина, 1983. – 360 с.
3. Вахрамеева, С.Н. Латентная форма железодефицитной анемии беременных женщин и состояние здоровья их детей / С.Н.Вахрамеева, С.Н.Денисова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1996. – № 3. – С. 26–29.