

ганизма, изменению направленности иммунного ответа, развитию кандидозной суперинфекции, дисбиозу кишечника.

Цель – оценка микробного пейзажа кишечника у детей дошкольного и младшего школьного возраста, перенесших острые кишечные инфекции и находившихся на лечении в областной инфекционной больнице г. Гродно.

Материалы и методы. Изучена микрофлора кишечника 54 пациентов, из них 34 ребенка в возрасте 3–5 лет и 20 детей младшего школьного возраста. Все пациенты получали стандартное лечение по поводу острой кишечной инфекции неуточненной этиологии, и были выписаны с выздоровлением. Контрольный анализ на качественный и количественный состав микрофлоры кишечника был выполнен на 14–21 сутки от момента выписки из стационара.

Результаты. Во всех группах обследуемых выявлялся нарушенный баланс микрофлоры. У 12% детей отмечался низкий уровень бифидобактерий, у 45% – типичной кишечной палочки, у 14% пациентов в микробном пейзаже толстого кишечника преобладали гемолизирующие *E. coli*. Отмечено количественное повышение факультативных микроорганизмов: у 36,6% пациентов обнаружены грибы рода *Candida spp.*, у 8% – *St. aureus*, у 21% – патогенные энтеробактерии (*Proteus vulgaris et mirabilis*). Количество лактобактерий не выходило за референтные значения во всех возрастных группах. Наиболее выраженные нарушения (выделение клостридий, золотистого стафилококка) наблюдались у пациентов 6–8 лет. Типичные эшерихии в титре, соответствующем норме, высевались у детей более старшего возраста. Слабоферментирующие *E. coli* встречались у каждого второго ребенка (49,5%) в возрасте 3–5 лет, тогда как у пациентов младшего школьного возраста этот показатель превышал нормальные титры лишь у 23% обследованных ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, наиболее выраженные изменения микрофлоры кишечника отмечены в группе детей 3–5 лет. Обращает внимание сочетание условно-патогенных энтеробактерий, стафилококков, слабоферментирующих *E. coli*, что создает дополнительные факторы риска по развитию синдромов мальдигестии и мальабсорбции.

## **ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

***Бондарева П.В., Шейбак Л.В., Полягошко А.Ю.***

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

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

Задачи: проанализировать эпидемиологию повреждений грудной клетки у детей и особенности лечебной тактики при данной патологии.

Материал и методы. В клинике детской хирургии ГрГМУ за период с 1991 г. по 2014 г. на стационарном лечении находились 120 детей с различными повреждениями грудной клетки. Из них мальчиков было 87, а девочек 33. Возрастные группы выглядели следующим образом: до 3-х лет - 4, от 3 до 6 лет - 15, от 6 до 10 лет - 39, от 10 до 15 лет - 62 ребенка.

Результаты. нами проанализирована зависимость получения травмы от времени года и времени суток. Чаще повреждения грудной клетки встречались летом - 46, осенью - 32, весной - 25 и зимой - 16. Зависимость получения

травмы от времени суток была следующей : да 8 ч утра - 5 пациентов, 8- 14 ч - 26 пациентов, 14 -20 ч - 69 пациентов, 20-24 ч - 20 пациентов. Анализируя повреждения грудной клетки, было выяснено, что наиболее частыми причинами их получения являлись: падение с высоты - 57, ранения острым предметом 24, автоавария - 10, удар тупым предметом - 13, спортивная травма - 7 и другие причины - 11. Характер повреждений грудной клетки: ушиб мягких тканей - 56, непроникающие ранения - 18, проникающие ранения - 8, переломы костей - 15, пневмоторакс - 4, гемопневмоторакс - 3, подкожная эмфизема - 2, ранения легкого - 3, разрыв легкого - 4, ушиб легкого - 2, разрыв диафрагмы - 1, разрыв перикарда - 3, межмышечная гематома - 1. После выставления окончательного клинического диагноза консервативное лечение получали 89 пациентов. Также выполнялись следующие оперативные вмешательства: торакотомия, ушивание разрыва легкого - 6, ПХО раны грудной клетки - 33, пункция плевральной полости - 6, постановка иглы в подкожную жировую клетчатку при подкожной эмфиземе - 2, дренирование плевральной полости - 1, дренирование перикарда - 1, ушивание диафрагмы и перикарда - 1. Части пациентам выполнялось по несколько оперативных вмешательств. Средний койко-день составил 15, 6. Исход заболевания был следующим: выписались с выздоровлением - 76 пациентов, с улучшением (переведены на амбулаторное лечение) 43 пациента. Отмечался один летальный исход: умерла девочка с сочетанной травмой органов грудной клетки и открытой черепно-мозговой травмой.

Выводы. Повреждения грудной клетки у детей относятся к редкому виду травм, что связано с анатомическими особенностями детского организма. Большинство травм дети получают в свободное от занятий время, когда они остаются вне контроля со стороны старших. Наибольшее количество пострадавших встречается в среднем школьном возрасте (10-15 лет). Сравнительный анализ по годам показывает тенденцию к росту травм летом и осенью. Основным контингентом, получившим травмы грудной клетки, являются мальчики. За анализируемый период отмечается утяжеление характера травм, что требует использования современных методов диагностики (МРТ, КТ) и усовершенствования техники оперативных вмешательств.

Литература:

1. Стручков В. И. Пугачев А. Г. Детская торакальная хирургия – Москва, 1975 - С. 355.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – Москва, 1978 г – С. 138.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕТЛЕВОЙ УРЕТРОПЕКСИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ: ДИАГНОСТИКА И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

***Бондарчук Ю.М.***

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Нечипоренко Н.А.

Актуальность. В последние годы в клиническую практику активно внедряются методы лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин петлевыми операциями трансвагинальным доступом с использованием синтетических