

за счет удаленных, а третье уравнение – прибыль удаленных за счет тех, кто не может попасть в разряд инфицированных.

Выводы. По результатам проведенного исследования получена формула, позволяющая определить скорость распространения инфекции в нормальных условиях, построены графики. В условиях нашего случая описание распространения инфекций осуществляется на уровне простых пространственно однородных моделей с эмпирическими коэффициентами.

Литература

1. Лобоккая, Н. Л. Морозов, Ю. В. Дунаев, А. А. Высшая математика / Н. Л. Лобоккая, Ю. В. Морозов, А. А. Дунаев. – Минск.: Высшая школа, 2007. – 319 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФИКСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОГО АРТРОРИЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА

Потапович Д. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – канд. мед. наук, ассистент Кошман Г. А.

Актуальность. Врождённые и приобретённые ортопедические заболевания стопы относятся к наиболее частой патологии опорно-двигательной системы. По данным ряда авторов встречаемость плоскостопия колеблется в широких пределах и может достигать 77,9% и составлять 26,4% среди всей ортопедической патологии [1,2].

В настоящее время наибольшую популярность приобретают малоинвазивные хирургические методы коррекции продольного плоскостопия [3].

Цель. Изучить результаты лечения нефиксированной формы продольного плоскостопия у детей методом латерального артрориза подтаранного сустава.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ рентгенографических и фотоплантографических показателей у 25 пациентов (50 стоп) с нефиксированной формой продольного плоскостопия. Средний возраст пациентов составлял 12 ± 3 лет, 68% – мальчики, 32% – девочки.

Результаты. Улучшение рентгенографических показателей произошло у всех прооперированных пациентов. Наибольшему изменению подверглись таранно-основной угол, таранно-1-плюсневый угол и угол продольного свода, на 24%, 9% и 8% соответственно. Из фотоплантографических показателей наиболее изменяемыми оказались индекс продольного свода и угол Кларка, на 10,2% и 18% соответственно.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности артрориза подтаранного сустава при лечении нефиксированной

формы плоскостопия у детей. Оценка отдаленных результатов выявила улучшение практически по всем изучаемым показателям.

Литература

1. Малахов, О.А. Особенности хирургического лечения плосковальгусной деформации стоп у детей / О.А. Малахов, В.В. Лола // Рос. педиатр. журнал. – 2011. – № 4. – С.49–51.
2. Pfeiffer, M. Prevalence of flat foot in preschool-aged children / M. Pfeiffer [et al.] // Pediatrics. – 2006. – Vol. 118, № 2. – P. 634-639.
3. Blitz, N.M. Flexible pediatric and adolescent pes planovalgus: conservative and surgical treatment options / N.M. Blitz [et al.] // Clin. Podiatr. Med. Surg. – 2010. – Vol.27, № 1. – P. 59–77.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Потапович А. С., Маркевич Т. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Колоцей В. Н.

Актуальность. В связи с неуклонным увеличением частоты возникновения калькулезного холецистита хирурги все чаще сталкиваются с осложненными формами этих заболеваний. Нет единого мнения о выборе вида оперативного пособия при необходимости выполнения внутреннего дренирования желчных протоков [1].

Цель. Проанализировать подходы к хирургическому лечению пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и стенозом БДС.

Методы исследования. Нами был проведен анализ результатов лечения 661 пациента, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно, в 2009-2018 годах, которым наряду с холецистэктомией выполнялись вмешательства на внепеченочных желчных протоках.

Результаты. В качестве оперативного доступа использовали верхнесрединную лапаротомию. Показаниями для выполнения супрадуоденальной холедохотомии явились холедолитаз, холедохолитиаз в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка, изолированный стеноз большого дуоденального сосочка выявлен только у 27 (4,2%) пациентов.

При выполнении оперативного вмешательства использовалась стандартная методика с выполнением холецистэктомии, холедохотомии, дуоденотомии на передней стенке 12-перстной кишки, трансдуоденальной папиллосфинктеротомии на зонде, проведенном в дистальную часть холедоха. Операцию заканчивали наружным дренированием холедоха.