

3. По нашим данным, наиболее эффективным методом эндоскопической остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода является склерозирование.

4. Несмотря на применение современных медикаментозных средств и новых технологий эндоскопического гемостаза, летальность от осложнений цирроза печени остается очень высокой.

Литература

1. Огороков, А.Н. Руководство по лечению внутренних болезней: т.3 / А.Н. Огороков. – 3-е изд. – М:Мед.лит, 2010. – 336 с.
2. Силивончик, Н.Н. Болезни печени в таблицах: Справочник врача / Н.Н. Силивончик. – Минск: «Ковчег», 2009. – 234 с.
3. Якубчик, Т.Н. Клиническая гастроэнтерология. / Т.Н. Якубчик. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – 307 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕЙ

**Сычевский Л.З., Сергей О.А., Аносов В.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»*

Среди врожденных заболеваний опорно-двигательной системы доминируют дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра, затем следует врожденная косолапость и врожденная кривошея (врожденная мышечная кривошея – 12,4%).

В зависимости от характера и степени изменений в грудино-ключично-сосцевидной мышце необходимо проводить консервативное либо оперативное лечение. Ведущая роль принадлежит консервативному лечению.

Цель исследования – изучить эффективность как консервативного, так и оперативного лечения при врожденной мышечной кривошеи у детей различного возраста.

Было опрошено 17 и осмотрено 7 пациентов, получавших соответствующее лечение на базе Учреждения здравоохранения «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с ноября 2003 по декабрь 2011 года.

Метод исследования: анкетирование пациентов (было

составлено 2 вида анкет, одна из которых для получения субъективных данных о состоянии здоровья ребенка, а вторая – объективных данных).

Среди опрошенных 17 пациентов (35% женского пола и 65% мужского), возраст которых составил от 2 до 20 лет, врожденная мышечная кривошея локализовалась в 58% случаев слева, в 42% – справа. 7 пациентам (41%) было выполнено оперативное вмешательство, 10 пациентов (59%) получали консервативное лечение в возрасте до 1 года.

Субъективно патологические изменения (слабая боль при движении в области пораженной грудино-ключично-сосцевидной мышцы – 6%, видимое утолщение грудино – ключично – сосцевидной мышцы – 18%, асимметрия лица – 6%, асимметричное положение ключиц и лопаток (выше на пораженной стороне) – 18%, сколиотическая осанка – 6%) были выявлены; у детей, которым было произведено оперативное вмешательство, у детей, лечившихся консервативно, какой-либо патологии не было выявлено.

Среди 7 осмотренных пациентов (43% женского пола, 57% мужского), возраст которых составил от 2 до 14 лет, врожденная мышечная кривошея локализовалась в 86% случаев слева, в 14% – справа. 5 пациентам (71%) было выполнено оперативное вмешательство, 2 пациента (29%) получали консервативное лечение в возрасте до 1 года.

У 2 детей (возраст на момент осмотра 2 и 4 года) не было выявлено никакой патологии. У 5 детей (возраст на момент осмотра 7, 10, 11, 13 и 14 лет), которым было выполнено оперативное вмешательство в возрасте 4, 3, 5, 7 и 8 лет, соответственно, было выявлено следующее: уменьшение толщины, определяемой при пальпации, пораженной грудино – ключично – сосцевидной мышцы (57%), истончение и напряжение ножек пораженной грудино – ключично – сосцевидной мышцы (57%), наклон головы в пораженную сторону и поворот головы в сторону, противоположную поражению (57%), ограничение объема активных движений в шейном отделе позвоночника (43%), асимметрия лицевого скелета (57%), асимметричное положение ключиц и лопаток (86%), наличие гиперэхогенных участков различной протяженности в пораженной мышце при проведении

УЗИ (гиперэхогенные участки в нижней трети мышцы (28%), гиперэхогенный участок занимал 2/3 мышцы, располагаясь в нижней и средней трети (28%), гиперэхогенный участок был выявлен на всем протяжении пораженной мышцы (14%)) – наиболее характерные клинические признаки, выявляемые у детей после оперативного лечения в более поздние сроки.

Таким образом, лечение необходимо начинать как можно раньше для предотвращения возникновения необратимых деформаций. Патологические изменения, необратимые деформации были выявлены у детей, которым было произведено оперативное вмешательство в более старшем возрасте.

Литература

1. Юмашев, Г.С. Травматология и ортопедия / Г.С. Юмашев // М: Медицина, 1983. – 576 с.

РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ АТЛАНТА И ДИСТОРЗИО ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Сычевский Л.З., Сергей О.А, Аносов В.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**УЗ «ГКБ СМП г. Гродно»*

Ротационный подвывих атланта и дисторзио шейного отдела позвоночника являются наиболее часто встречающимися травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника как у детской, так и у взрослой части населения.

По данным ВОЗ, травма шейного отдела позвоночника встречается в 2- 4,6% случаев от общего количества закрытых травм. Среди этого числа на долю травмы С1-С2 позвонков приходится около 25%.

Цель работы – определить частоту, с которой встречаются ротационный подвывих атланта и дисторзио шейного отдела позвоночника среди различных групп населения; рассмотреть основные причины и механизмы, которые приводят к возникновению данных состояний, и характерные клинические проявления последних.

В работе применены ретроспективный и статистический методы. Материалом для данного исследования послужили