

хирургического лечения 250 пациентов с острым нагноением ЭКХ: мужчин 160 (64%); женщин 90 (36%).

Время поступления пациентов в стационар 3-6 суток от начала заболевания. Лечение острого нагноения ЭКХ во всех случаях было хирургическим и выполнялось в экстренном порядке в первые часы после госпитализации. Первым этапом производили вскрытие гнояника под местной анестезией.

Выбор препарата для местного лечения гнойной раны проводили с учетом характера инфекции и чувствительности ее возбудителя к антимикробным препаратам. Рост микрофлоры выявлен у всех 250 пациентов при исследовании гнойного содержимого из полости абсцесса. Среди микроорганизмов преобладали *S. epidermidis* (25%); *E. coli* (20%); *S. faecalis* (17%); *S. aureus* (18%)

Вторым этапом выполняли радикальную операцию через 2-3 месяца. Рассечение тканей под местной анестезией производилось через все слои до крестцово-копчиковой связки в зависимости от расположения первичных отверстий.

Измененные ткани иссекали в пределах жизнеспособной клетчатки, после чего края кожной раны подшивались ко дну ее отдельными узловыми швами или рана ушивалась швами Донатти.

Результаты и их обсуждение. Средние сроки стационарного лечения пациентов на первом и втором этапах составили 1,4 и 8,9 к/дней. Средние сроки нетрудоспособности пациентов составили: 20±2 дня.

Послеоперационные осложнения развились после радикальных операций у 16 (7%) пациентов:

Нагноение раны. Отмечено у 10 (4%) пациентов.

Кровотечение из раны. Возникло у 1 (из 250) (0,4%) пациента.

Некроз краев кожной раны. Отмечен у 5 (из 250) (2%) пациентов.

Неудовлетворительные отдаленные результаты (от 6 месяцев до 3 лет) имели место у 10 (4%) пациентов: рецидив острого нагноения – 7; хронический свищ крестцово-копчиковой области – 2; болевые ощущения – 1.

Выводы. Двухэтапный метод лечения пациентов с острым нагноением ЭКХ позволяет: 1. Сократить сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности пациентов; 2. Улучшить непосредственные результаты лечения; 3. Является наиболее оптимальным для данной категории пациентов.

Литература:

1. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология, -М, 1984
2. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файнс.Н., Руководство по колопроктологии. Медпрактика, 2001.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Попков С.О.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Попков О.В.

Введение. Геморрой занимает ведущее место в структуре заболеваний прямой кишки, составляя до 40% проктологической патологии. Лечение острого геморроя до сих пор остается актуальной и дискуссионной проблемой.

Острый геморрой подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на 3 степени:

I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции.

II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением.

III степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, некрозом слизистой оболочки.

Цель исследования: Анализ эффективности лечения пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов

Материалы и методы: За период с 2011 по 2013 гг. в Городском центре колопроктологии УЗ «3 ГKB им. Е.В. Клумова» находились на лечении 355 пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов, мужчин – 281 (80%), женщин 74 (20%). Возраст до 30 лет - 52(15%), 31-60 лет – 251 (70%), 61 и старше - 52(15%).

Диагностические мероприятия ограничивались наружным осмотром и пальцевым исследованием.

Результаты и обсуждение. Был использован дифференцированный подход к лечебной тактике в зависимости от вида тромбоза геморроидальных узлов.

Консервативное лечение проведено пациентам с ограниченным тромбозом наружных геморроидальных узлов, при отсутствии выраженного болевого синдрома – 255 (64%). Было рекомендовано соблюдение диеты, регуляция стула, водные процедуры, мазовые повязки, использование ректальных свечей, венотонизирующие препараты - детралекс, флебодиа, цикло-3-форт. Средние сроки лечения 7 дней.

При выраженном болевом синдроме, наличии дефекта в тромбированном узле, кровотечении выполняли тромбэктомию – 89 (25%). Болевой синдром купирован в течение суток.

При обширном тромбозе с развитием резкого отека выполняли параректальную блокаду и заднюю дозированную сфинктеротомию - 11(3%). Через двое суток явления тромбоза купировались.

Выводы:

Комплексное консервативное лечение пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов может быть как самостоятельным способом купирования острого процесса, так и этапом к проведению радикального хирургического лечения.

Дифференцированный подход к выбору метода лечения пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов позволяет сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

Литература:

1. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология, -М, 1984.
2. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., ФайнС.Н., Руководство по колопроктологии. Медпрактика, 2001.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Попова Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Мацюк Т.В.

Актуальность. Фенилкетонурия (ФКУ) – наследственная патология, в основе которой лежит нарушение аминокислотного обмена, главным образом фенилаланина (ФА) и тирозина. ФКУ объединяет несколько генетически гетерогенных форм заболевания, сходных по клиническим признакам. Чаще всего встречается классическая форма ФКУ. Диагноз ставится на основании клинической картины заболевания, результатов неонатального или селективного биохимического скрининга. Единственным эффективным методом лечения классической ФКУ является диетотерапия. При отсутствии своевременной диагностики и диетической коррекции заболевания развивается тяжелая умственная отсталость, вплоть до идиотии. Средняя частота ФКУ в мире составляет 1:10000. Наибольшая распро-