

3 (14,3%) оперированных – тотальный мезентериотромбоз, у 2 (9,5%) пациентов диагностирован ферментативный перитонит как проявление острого панкреатита, у 1 пациента (4,8%) – гангренозный холецистит, у 2 (9,5%) обнаружена опухолевая перфорация толстой кишки. Таким образом, почти у одной трети (28,6%) пациентов старческого возраста с коморбидным состоянием при подозрении на острую хирургическую патологию брюшной полости, которую невозможно было исключить другими методами, при проведении диагностической лапароскопии такова была исключена; в свою очередь, у одной трети пациентов при диагностировании этой патологии (33,3%) необходимости в лапаротомии не возникло (в 20% случаев по причине неоперабельности, в 13,3% – по причине ненужности при ферментативном перитоните), у 66,7% пациентов диагностическая лапароскопия была трансформирована в лапаротомию для выполнения необходимого объема оперативного пособия.

Выводы. Диагностическая лапароскопия весьма важна у больных в коморбидном состоянии, у которых гомеостаз находится на грани срыва.

Литература

1. Стяжкина С. Н. Роль коморбидной патологии в хирургии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – № 8. – 2011. – С. 27-29.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Авдей К. Ю., Барцевич Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра дерматовенерологии
Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Новоселецкая А. И.

Актуальность. Распространенность этого заболевания во всех регионах мира неуклонно растет. По частоте встречаемости среди аллергических заболеваний у детей атопический дерматит занимает одно из первых мест. Несмотря на развитие медицинской науки, на активное изучение данного заболевания и факторов, способствующих его развитию, растет [1]. Атопический дерматит – это мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. В развитии атопического дерматита ведущую роль наряду с генетическими факторами играют и внешнесредовые. Среди многих прочих причин отведена особая роль заболеваниям матери и осложнениям течения беременности, которые являются фактором внутриутробной сенсибилизации плода [2].

Цель. Изучить факторы риска развития атопического дерматита.

Материалы и методы исследования. При помощи анкетирования нами были опрошены 26 респондентов. Ими являлись родители пациентов, страдающих атопическим дерматитом. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерной программы «Microsoft Excel». Данные представлены в процентном соотношении.

Результаты. На вопрос о времени манифестации атопического дерматита у ребенка 61,5% респондентов ответили, что это произошло в период от 2 до 6 лет, 19,2% указали младше 2 лет, у 8% – появилось сразу после рождения, остальные затруднились ответить. В столь раннем возрасте причиной зачастую является питание ребенка и матери, но 65,4% детей находились на грудном вскармливании. 80,8% матерей соблюдали гипоаллергенную диету во время грудного вскармливания. При уточнении вопроса о питании матери во время беременности выяснилось, что 88,5% не соблюдали гипоаллергенную диету и употребляли в пищу шоколад, цитрусовые фрукты, йогурты и полуфабрикаты.

Выводы. Несмотря на то, что в настоящее время информация о причинах и механизме развития атопического дерматита, его проявлениях и осложнениях является доступной, наблюдается недостаточная осведомленность среди населения по вопросам о данном заболевании.

Литература

1. Абек, Д. Болезни кожи у детей / Д. Абек [и др.] // Дерматовенерология. – 2007. – №1. – С. 16-18.
2. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич [и др.] // Медицинская литература. – 2006. – №1. – С. 246-250.

ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ У ДЕТЕЙ

Авкопашвили М. Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – ассистент Хотим О.А.

Актуальность. Вальгусная деформация первого пальца стопы представлена внутренним отклонением первой плюсневой кости, приводящее к расширению переднего отдела стопы; наружным отклонением первого пальца стопы; наличием экзостоза в области головки первой плюсневой кости и подвывиха в сесамовидном комплексе; гипертрофией суставной сумки плюснефалангового сустава [1]. Существует ряд оперативных вмешательств от минимально инвазивных до массивных с костной пластикой. Выбор техники зависит от степени и вида деформации, возраста пациента.