

Основным видом лечения цирроза печени, осложненного синдромом портальной гипертензии, при проходимой воротной вене является трансплантация печени (ТП). Однако не все пациенты могут быть кандидатами на ТП. С другой стороны даже в ожидании трансплантации рефрактерный асцит и гидроторакс, рецидивирующее варикозное кровотечение и гепаторенальный синдром ограничивают выживаемость этой категории больных. В данном случае трансъюгулярное внутривенное порто-системное шунтирование (TIPS) является тем инструментом, который позволяет эффективно корректировать проявления портальной гипертензии в обеих указанных группах больных.

Цель. Показать первый опыт выполнения операции TIPS в Республике Беларусь.

Материалы и методы. С августа 2010 по март 2012 гг. в УЗ «9-ГКБ» г. Минска было выполнено 15 операций TIPS. Мужчин было 9, женщин – 6, средний возраст составил 44,1 лет (24-68), Child-Pugh C (n=12), B (n=3). Этиология: ПБЦ (n=1), хронический вирусный гепатит С (n=1), криптогенный (n=2), алкоголь (n=7).

Причина выполнения операции: рецидивирующие кровотечения из варикознорасширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) (n=8), резистентный к диуретической терапии асцит (n=2), диуретик-резистентный асцит в сочетании с рецидивирующими кровотечениями из геморроидальных вен (n=1), диуретик-резистентный асцит в сочетании с рецидивирующими кровотечениями из ВРВП (n=3), частичный тромбоз воротной вены (n=1).

Операция выполнена успешно с первого подхода 13 пациентам, 1 пациенту со второго и 1 пациентке с 3-го подхода.

Профилактика печеночной энцефалопатии выполнялась – в течении первых послеоперационных суток внутривенной инфузией препарата Гепамерц, далее – длительным приемом лактулозы.

Результаты. Средняя длительность операции TIPS составила  $3,5 \pm 0,7$  часов (2,5-5); средний срок нахождения в стационаре после операции – 12 дней (от 3-х до 43-х). Выживаемость после TIPS составила 80%.

Умерли 3 (20%) пациента: на 8 и 17 сутки после TIPS от прогрессирования печеночной недостаточности; и на 27 сутки – от рецидива кровотечения из ВРВП. Осложнения развились у 1 пациента: гемобилия вследствие интраоперационного повреждения желчного протока (остановлена консервативно).

Двоим пациентам было выполнено повторное оперативное вмешательство по поводу стеноза анастомоза (через 3 и 7 месяцев) – баллонная ангиопластика анастомоза.

Средний срок наблюдения после установки TIPS составил 8 месяцев. По данным литературы, годовая выживаемость неоперированных пациентов класса тяжести C составляет около 50%.

Среди оперированных 3 пациента находятся в листе ожидания трансплантации печени.

Выводы. Операция TIPS является эффективным малоинвазивным методом лечения осложненного синдрома портальной гипертензии.

Литература:

Юджин Р. Шифф, Майкл Ф. Соррел, Уиллис С. Мэддрей. Цирроз печени и его осложнения. Трансплантация печени – 2012

В.Н. Шиповский. Техника операций TIPS – 2010

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОХЛЕОИМПЛАНТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

**Бабарика Н.Н., Ляхович Н.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хоров О.Г.

Актуальность. Кохлеарная имплантация (КИ) – это система мероприятий, включающая отбор пациентов, комплексное диагностическое обследование, хирургическую операцию и послеоперационную слухоречевую реабилитацию пациентов. Это основной и единственный способ абилитации слуха у родившихся глухими детей или потерявших слух в раннем детском возрасте. Представляет интерес клиническая характеристика кохлеоимплантированных детей в Гродненской областной клинической больнице.

Цель работы: изучить клиническую характеристику детей, которые были отобраны в качестве кандидатов для КИ по данным Гродненской областной клинической больницы.

Задачи исследования: 1) отобрать медицинскую документацию детей-кандидатов для КИ;

2) составить алгоритм данных для внесения в базу исследования; 3) внести данные в таблицы и проанализировать полученный материал.

Материал исследования: медицинская документация (амбулаторные карты, истории болезни детей-кандидатов для КИ).

Методы исследования: сбор данных, обработка результатов, анализ полученных результатов, оценка полученной информации.

Результаты: Оценены клинические данные 39 пациентов. Из них было 18 (46,2%) мальчиков и 21 (53,8%) девочка. Средний возраст обнаружения патологии слуха составил 9 месяцев, а средний возраст на момент подтверждения диагноза 1 год и 2 месяца. Средний возраст на момент клинического обследования составлял 5,7 лет, при этом 22 (56,4%) пациента в возрасте до 3 лет. Факторы риска по тугоухости имеют 20 (51,3%) детей, у 19 (48,7%) детей в анамнезе их выявлено не было. 36 (92,3%) детей занимались с сурдопедагогом, из них 31 (79,5%) был слухопротезирован до операции. При этом отмечено отсутствие выраженного улучшения слухового восприятия речи от применения оптимально подобранных слуховых аппаратов на протяжении не менее 3-6 месяцев. При акустической импедансометрии у 37 (94,9%) обследованных была определена кривая типа А, у 2 (5,1%) детей – кривая типа С. При регистрации вызванной отоакустической эмиссии у 100% обследованных выявлено угнетение наружных волосковых клеток с обеих сторон. При ЭхоЭГ смещение М-эхо и гипертензионных знаков не было выявлено ни у одного (0%) из обследованных. При регистрации КСВП у 34 (87,2%) из 39 обследованных потенциалы отсутствуют с обеих сторон на 100 дБ при частоте 1 и 2 кГц. У 100% обследованных по результатам МСКТ анатомия среднего и внутреннего уха соответствует норме. При оценке нейропсихического развития у 100% обследованных была определена задержка речевого развития, кроме того у 3 (7,7%) была выявлена задержка психоневрологического развития, у 2 (5,1%) – задержка психоневрологического развития и патология опорно-двигательного аппарата, у 1 (2,6%) выявлена неврологическая микросимптоматика. В результате обследования всем детям (100%), участвовавшим в исследовании, был выставлен диагноз двусторонняя нейросенсорная тугоухость 4 степени. Всем обследованным (100%) были установлены показания к оперативному лечению с целью восстановления слуха: операция КИ с последующей абилитацией слуха.

Выводы. Все обследованные по своей клинической характеристике соответствовали общепринятым показаниям для операции КИ и не имели противопоказаний к её применению. Это позволяет прогнозировать эффективность выполнения КИ и их последующую успешную абилитацию.

Литература:

1. И.В. Королева «КИ и слухоречевая реабилитация глухих детей и взрослых», Санкт-Петербург, КАРО, 2009 г., 192 с.

2. И.В. Королева «КИ глухих детей и взрослых. Электродное протезирование слуха», Санкт-Петербург, КАРО, 2009 г., 752 с.

3. Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи: <http://lornii.ru/vmp/ki.php>

## **МИР ОСОБЕННОГО ДЕТСТВА**

**Бабашко С.А.**

Гродненский государственный медицинский колледж, Беларусь  
Научный руководитель – преподаватель Сарлай И.С.

Актуальность. По статистике Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) число детей-инвалидов в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками) всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий – это могут быть специальные волонтерские проекты, центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.).

Задачи. Изучение особенностей образа жизни детей с ограниченными возможностями – воспитанников «Центра коррекции, реабилитации, обучения и развития», структуры их повседневности, круга общения, социального статуса и материального положения, отношения к проблеме инвалидности медработников, волонтеров и учащихся колледжа, родителей и самих детей-инвалидов для использования полученных результатов в волонтерской деятельности.

Материалы и методы. С помощью социологического метода и диагностического