

Мелько Н.И.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИЛЬНИЦ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Заборовский Г.И., к.м.н., доцент

Охрана материнства и детства, совершенствование и развитие акушерско-гинекологической помощи, снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности в современных условиях остаются приоритетными направлениями деятельности органов управления и организаций здравоохранения. Неблагоприятные тенденции демографической ситуации в обществе являются поводом для проведения специальных социологических и клинических исследований. В связи с этим целью данного исследования явилось изучение медико-социальных факторов, влияющих на течение беременности и родов. Материалы и методы. Объектом исследования явились 124 родильницы, имеющие в анамнезе 2 беременности. Источником информации послужила медицинская документация женских консультаций и родильных домов (перинатальных центров), а также результаты анкетирования этого контингента. Результаты. Контингент обследуемых находился в возрастном интервале от 19 до 39 лет с превалированием в группах 25-29 лет (44,4%), 20-24 года (27,4%) и 30-34 года (19,4%). Большинство женщин состояли в браке (83,9%), остальные – разведены (1,6%) или в браке не зарегистрированы (14,5%). Три четверти родильниц имели высшее или неполное высшее (33,1%), среднее специальное образование (40,3%). Проведенный анализ состояния общего, гинекологического здоровья и репродуктивной функции показал, что 62,1% женщин страдали гинекологическими заболеваниями. Среди них наиболее часто регистрировалась патология шейки матки (39,9%), воспалительные болезни (32,5%). На протяжении последней беременности 7 женщин из каждых 10 подвергнуты лечению, в том числе 72,2% амбулаторно и 27,8% – стационарно. У 34,7% женщин имелась экстрагенитальная патология, обусловленная болезнями почек (8,1%), сердечно-сосудистой системы (6,5%), органов дыхания (4,8%), эндокринной системы (4,8%). Каждая вторая женщина перенесла за время беременности различные заболевания, в том числе вирусные инфекции (16,9%), анемию (10,5%), болезни почек (6,5%), а 8,1% – два и более заболевания. Как свидетельствует оценка репродуктивных установок респондентов, для них характерно раннее начало половой жизни (средний возраст 17,7 года). Причем, у каждой третьей женщины этот возраст менее 16 лет и почти у $\frac{3}{4}$ начало половой жизни приходится на возраст до 18 лет; каждая пятая женщина отмечает нарушение менструального цикла. Почти у каждой второй пациентки (45,2%) во время родов возникли осложнения в виде преждевременного излития околоплодных вод (12,1%), разрывов родовых путей (11,3%), слабости родовой деятельности (8,1%). Каждой третьей женщине потребовалось оперативное вмешательство в родах: кесарево сечение (14,5%), эпизиотомия (12,1%), амниотомия (6,5%). Таким образом, на состояние репродуктивного здоровья, которое обеспечивает функцию деторождения и воспроизводство населения, существенное влияние оказывают медико-социальные факторы, во многом формирующие соматическое здоровье населения. Полученные данные обуславливают необходимость более активного внедрения в практику программ по улучшению репродуктивных установок, пропаганде здорового образа жизни, включения в план ведения беременности определения и анализа факторов, выделения наиболее значимых из них.

Мелько Н.И., Дюрдь В.К., Кузнецов А.Г.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Кузнецов А.Г.

Варикозное расширение вен нижних конечностей в настоящее время встречается у 25-30% населения. В настоящее время в связи с повышением требований к косметичности оперативных вмешательств, актуальным является разработка и внедрение эффективных альтернативных методик, обладающих меньшей инвазивностью. Цель исследования: оценить эффективность комбинированного метода лечения варикозной болезни с применением миниинвазивных техноло-

гий. Материалы и методы. За период с 2006г. по 2011г. в хирургическом отделении БСМП г. Гродно было оперировано 376 больных с варикозной болезнью. Клинический класс по CEAP соответствовал от C2 до C6. В 94 (25%) случаях больные госпитализировались в отделение по экстренным показаниям в связи с наличием острого тромбофлебита (87 больных) и кровотечением из варикозного узла (7 пациентов). До 2009 года основным видом хирургического лечения варикозной болезни являлась радикальная флебэктомия, включающая операцию Троянова-Тренделенбурга и стриппинг большой, а при показаниях, и малой подкожной вены на всем протяжении. С середины 2009г. выбор тактики хирургического лечения стал основываться не только на клинической картине, но и на данных ультразвуковой доплерографии. За основу хирургического лечения варикозной болезни были приняты комбинированные операции с использованием миниинвазивных технологий. Первым этапом операции, как правило, являлась кроссэктомия из мини-доступа по УЗ-метке. В комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей нашло применение отечественного лазерного аппарата «Пульсар», длина волны рабочего излучателя 1064 нм. Методом эндовенозной лазерной коагуляции обрабатывались боковые и добавочные ветви. Мелкие притоки подвергались паравазальной коагуляции путём чрескожной пункции. При рассыпном варианте строения венозной системы удаление мелких венозных стволов, несостоятельных перфорантных вен осуществляли из мини-разрезов, с помощью модифицированных стоматологических крючков (типа Варади). На раны в этих случаях накладывался внутрикожный шов, либо асептическая наклейка. В ряде случаев, с целью сокращения сроков операции и большей косметичности коррекция оставшихся варикозно измененных вен осуществлялась методом склеротерапии через 3-4 недели после основного хирургического вмешательства. Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения проводили по наличию стойкой облитерации вен, учитывали также частоту и тяжесть развившихся осложнений, длительность стационарного лечения. В 2010-11 годах во всех случаях (125 пациентов) оперативное лечение выполнялось комбинированным способом с применением указанных выше методик. Средний койко-день за четыре предыдущих года составлявший 9,2 дня, в 2010-11 годах снизился до 7,8 дней. Отмечены снижение выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде, лучший косметический результат. Вывод. Метод комбинированного хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей с применением миниинвазивных технологий позволяет значительно уменьшить травматичность операции, улучшить косметический эффект, снизить среднюю длительность пребывания больного в стационаре и ускорить последующую социальную реабилитацию.

Мелько Н.И., Якимчик О.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНГИОФИБРОМ ГОРТАНИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Из всех доброкачественных опухолей гортани на первом месте по частоте стоят ангиофибромы. Ангиофибромы – образования розового или насыщенно-красного цвета, часто сочетаются с наличием инъецированных кровеносных сосудов по всей поверхности голосовой складки или по ее свободному краю[1]. Цель работы: доказать отсутствия связи ангиофибромы гортани с особенностями профессиональной деятельности и установить другие закономерности в этиологии данной патологии: половые, возрастные, иммунологические, наличие сопутствующих заболеваний ЛОР-органов. Материал и методы: нами были проанализированы истории болезни 95 пациентов с диагнозом «фиброма гортани» оториноларингологического отделения для взрослых УЗ ГОКБ за период с 2006г. по 2009г. Были исследованы следующие показатели: возраст, пол, профессия, группа крови, клинические проявления, особенности ЛОР-статуса, гистологическая характеристика, размеры. Результаты: За 2006-2009гг. было пролечено 95 пациентов с диагнозом фиброма гортани в возрасте от 19 до 80 лет, при этом в возрасте до 45 лет было 30% пациентов, старше 45 лет – 70% пациентов, из них женщин до 45 лет – 41%, мужчин – 75%, после 45 – женщин 59%, а мужчин – 25%. Среди пациентов мужчин было 75%, женщин 25%. 21% имели I(0)группу крови, 39% – II(A), 35% – III(B) и только 5% – IV(AB). Профессия больных была с вредностями (голос-