

месте. У шести из них работа связана с повышенными требованиями к голосу. Четверо пенсионеров и четверо пациентов физического труда вполне удовлетворены своим состоянием и являлись на приемы только после вызова. Выводы. 1. ХКТАА – универсальная и эффективная амбулаторная операция для восстановления функций гортани при синдроме ООПГ, возникшего после операции на ЩЖ у пациентов с максимальным временем фонации более 6 сек. 2. Эффективность ХКТАА зависит от способа забора аутожира, его модификации и введения.

Окунь А.С., Шупеник Т.П.

КАТАРАКТА У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Лашковская Т.А., к.м.н., доцент

Катарактой называют любое помутнение хрусталика и его капсулы. Накопленный к настоящему времени данные свидетельствуют о том, что помутнение хрусталика является следствием сложных многофакторных причин. Из-за большой распространенности и резкого снижения зрения катаракта остается актуальной проблемой для офтальмологов всего мира. Около 45 процентов слепых в мире потеряли зрение вследствие этого заболевания. Наиболее частыми причинами катаракты у детей являются: наследственность, недоношенность, внутриутробные инфекции (краснуха), нарушения обмена (галактоземия, болезнь Вильсона), хромосомная патология и моногенные синдромы (синдром Марфана и др.). Актуальность работы обусловлена тем, что врожденное помутнение хрусталика и его капсулы является самым частым пороком, составляющим 60 процентов от всех врожденных аномалий глаз. Цель – анализ причин врожденной катаракты у детей Гродненской области. В Гродненской области на диспансерном учете состоит 101 ребенок с катарактой. Из них врожденная катаракта диагностирована у 71 (70,3 процентов) ребёнка в возрасте от 0 до 17 лет, у 30 (29,7 процентов) детей – приобретенная катаракта. Нами проанализированы 23 медицинские карты детей с катарактой в возрасте от 3 до 17 лет, находящихся в Гродненском областном интернате для слабовидящих. Из них мальчиков 7 (30,4 процентов), девочек 16 (69,6 процентов). Врожденная катаракта выявлена у 16 (69,6 процентов) обследованных, приобретенная – у 7 (30,4 процентов) детей. 13,3 процентов детей родились недоношенными: масса тела при рождении недоношенных детей составила 1850 плюс/минус 235 г. От первой беременности родились 16 (69,2 процентов) детей, от последующих – 7 (30,8 процентов). Острота зрения у наблюдаемых нами детей с катарактой колебалась от 0,2 до 0,01 на оба глаза. У 10 (43,5 процентов) детей выявлено сочетание катаракты с другими заболеваниями органа зрения: частичная атрофия зрительного нерва диагностирована у 3 (13,04 процентов); нистагм – у 2 (8,7 процентов); глаукома – у 2 (8,7 процентов); частичная атрофия зрительного нерва и ретинопатия недоношенных, а также частичная атрофия зрительного нерва и микрофтальм по одному ребёнку. У 6 (26,9 процентов) детей выявлено сочетание катаракты с патологией других органов и систем: врожденный порок сердца (коарктация аорты, дефект межпредсердной перегородки) диагностирован у 2 детей, хронический пиелонефрит – у 3 (13,04 процентов) детей. У 1 ребенка выявлено перинатальное поражение центральной нервной системы вследствие хронической внутриматочной гипоксии плода. 12 (52,3 процентов) детей были прооперированы по поводу катаракты. Выводы: 1. Среди всех детей с катарактой, находящихся в Гродненском областном интернате для слабовидящих, врожденная катаракта диагностирована у 69,6 процентов. 2. Катаракта в 2,3 раза чаще выявляется у девочек. 3. У 43,5 процентов детей катаракта сочетается с другими аномалиями органов зрения.

Омельченко С.Г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

УЗ «Барановичская центральная городская больница»

Проблема хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки далека от разрешения. В настоящее время консервативная терапия значительно вытеснила хирургические методы. Однако проблему язвенной болезни медикаментозная терапия в современных

условиях не может решить полностью, так как не предупреждает развитие осложнений: кровотечение, перфорацию, малигнизацию и, что особенно важно, затрудняет возможность их раннего распознавания. По литературным данным за последние годы частота перфораций возросла в 3 раза, кровотечений – в 5 раз, число плановых операций уменьшилось на 40 процентов, общая летальность при язвенной болезни увеличилась до 2,8 процентов, т.е. фактически – на 25 процентов. Цель исследования: определить структуру осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также объем оперативного вмешательства у больных в условиях городской больницы. 45 больных с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, находившихся в хирургическое отделение Барановичской городской больницы. В хирургическое отделение Барановичской городской больницы в течение 2011 года поступило 45 больных с прободной язвой желудка (17 пациентов) и 12-перстной кишки (28 случаев), что больше, чем в 2010 г. в 1,5 раза (30 больных). Все больные были оперированы. Следует отметить, что 8 пациентов (17,8 процентов) поступили в стационар через 24 часа от начала первых симптомов заболевания, в связи с чем, 6 выполнена резекция 2/3 желудка. Как правило, в случае прободной язвы, как желудка, так и 12-перстной кишки выполнены органосохраняющие оперативные вмешательства. Наиболее часто в условиях хирургического отделения городского стационара проводили иссечение язвы с дуоденопластикой – 16 (35,5 процентов), иссечение язвы с пилоропластикой – 14 (31 процент) случаев, ушивание язвы – 9 (20 процентов). Осложнений не было ни у одного пациента. С гастродуоденальными язвенными кровотечениями поступило 149 пациентов, что больше, чем в 2010 году в 1,5 раза (95 больных). Оперировано 22 больных (14,8 процента). Прошивание язвы выполнено у 3, иссечение язвы у 4, резекция двух третей желудка произведено у 15 пациентов. При анализе характера сопутствующей патологии была обнаружена существенная зависимость язвенных кровотечений с числом системных поражений органов. У 92 процентов пациентов наблюдалась сопутствующая патология: сочетание двух и более заболеваний. Наиболее частыми были проявления ишемической болезни сердца, хронических неспецифических заболеваний легких и cerebro-васкулярной болезни, а также декомпенсированный цирроз печени с печеночной недостаточностью и хроническая почечная недостаточность. Таким образом, проблема диагностики и лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Поэтому для них наиболее справедливо положение о том, что проще эту патологию предупредить, чем лечить ее проявления. Профилактика рецидивов болезни состоит не только в проведении адекватной антисекреторной терапии, необходимой большинству пациентов, но и в лечении органной недостаточности и стабилизации состояния больного. Важным является предупреждение диагностических, тактических, технических ошибок на всех этапах оказания медицинской помощи, что будет способствовать улучшению результатов лечения.

Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Данилевич Н.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Научный руководитель: Парфенчик И.В.

Среди больных острыми кишечными инфекциями (ОКИ) детей, госпитализированных в реанимационные отделения, острая почечная недостаточность (ОПН) выявляется у 11% пациентов, включая одно из ее проявлений – гемолитико-уремический синдром (ГУС) [1]. ГУС считается заболеванием преимущественно детей грудного и младшего возраста, однако заболеть им могут и дети старшего возраста. Общая заболеваемость ГУС составляет примерно 2,1 на 100 000 населения в год с пиком заболеваемости у детей до 5 лет (6,1:100 000). ГУС – полиэтиологический синдром, вторичный по отношению к другим заболеваниям. По причинам возникновения он может быть разделен на инфекционные и неинфекционные формы. Типичной формой, встречающейся в основном у детей, является ГУС, ассоциированный с диареей – (ГУС-D+). Цель исследе-