

значит, дети именно этого возраста вносили основной вклад в структуру заболеваемости, и поэтому анализ проводился только в этой группе обследованных. В 1 группе девочек было 17,5%, мальчиков 31,1%, во 2-й – 19,3% и 32,1% соответственно. Достоверных различий по полу в группах не было. В структуре заболеваемости детей до 3 лет наиболее часто в качестве основного выставлялся диагноз «острый бронхит» (простой или обструктивный) – 123 человека, что составило 58% случаев. С одинаковой частотой выставлялся детям основной диагноз «острый ринофарингит» и «острый ларингит» – по 16,5% случаев. Наиболее редко у госпитализированных детей в качестве основного диагноза встречалась «внегоспитальная пневмония» – всего 19 человек, что составило только 9%. Структура основных нозологических форм у госпитализированных детей отличалась в группах по возрасту. У детей обеих групп первое место по частоте встречаемости занимают «острые бронхиты» (простые и обструктивные) – соответственно 52,4% и 63,3%. Второе место по частоте у детей до года занимает «острый ринофарингит» – 32,0%, третье место – «острый ларингит» – 11,7%, и только 3,88% детям в качестве основного диагноза была выставлена «внебольничная пневмония». У детей старше года резко уменьшается частота госпитализаций по поводу «острого ринофарингита» – только 1,8% случаев, но растет частота встречаемости «острого ларингита» – до 21,1% и «внегоспитальной пневмонии» – до 13,8%. Средняя продолжительность госпитализации по поводу ОРЗ у детей 1 и 2 групп не различалась, не зависела от пола и вида антибактериальной терапии, но была высоко достоверно ($p < 0,01$) связана с основным диагнозом, по поводу которого ребенок лечился в стационаре. Таким образом, структура основных нозологических форм ОРИ у детей разного пола не различается, но имеются некоторые отличия в возрастных группах: у детей в возрасте до года более часто по сравнению с детьми старше года встречаются острые ринофарингиты, у детей старше года – пневмонии и ларингиты. Дети старше трех лет госпитализируются в стационар по поводу ОРИ гораздо реже, что объясняется, вероятно, меньшей частотой заболеваемости ОРИ, а также более частым амбулаторным лечением пациентов этого возраста.

Рощевская Г.М.; Любич В.Н.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ УО

«Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Мармыш Г.Г., д.м.н., профессор

В настоящее время острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) составляет 60–70% от всех форм непроходимости кишечника, а послеоперационная летальность колеблется от 13% до 60% (Ерьюхин И.А. и соавт., 1999). Не случайно профилактика и лечение спаечной болезни является одной из ведущих проблем абдоминальной хирургии. Цель исследования: оценка результатов оперативного лечения ОСКН с использованием алгоритма хирургической тактики, разработанной в клинике общей хирургии УО «УО «Гродненский государственный медицинский университет»». Материалы и методы. Проведён анализ и оценены результаты обследования, оперативного лечения 22 больных с ОСКН в УЗ «ГКБ №4 г. Гродно». Мужчин было 12 (54,5%), женщин – 10 (45,5%). Средний возраст составил 54,6 – +1,2 года (от 25 до 81 года). Диагностический алгоритм у данных больных включал: обзорную рентгенографию органов брюшной полости; пассаж бария с регистрацией скорости эвакуации из желудка и двенадцатиперстной кишки, оценку динамики и клинической симптоматики (схваткообразные боли, вздутие живота, рвота, отхождение стула и газов). Всем больным выполняется лечебно-диагностический комплекс, включающий назогастральное дренирование, новокаиновые блокады (по Роману, перидуральная), спазмолитики и ненаркотические анальгетики, сифонные клизмы. Показаниями к экстренной операции явились признаки странгуляционной кишечной непроходимости, а также острая obturационная спаечная кишечная непроходимость, в том случае, когда интенсивная консервативная терапия была безуспешна. Результаты. Лапаротомия с тотальным энтеролизом выполнена у 12 (54,5%) больных, частичным энтеролизом – у 2 (9,1%), энтеролизом с назоинтестинальной интубацией – у 8 (36,4%). У 1 пациента висцеролиз сочетался с резекцией участка тонкой кишки, еще в одном случае выполнена симультанная аппендэктомия. Висцеролиз проводился только острым путем с

предварительной блокадой брыжеек тонкой и ободочной кишок, а также постоянным орошением десерозированных участков кишки полиглюкином (реополиглюкином) с целью образования мономолекулярной пленки, предупреждения выпадения фибрина на данных участках с последующим спайкообразованием. Для профилактики спайкообразования в послеоперационном периоде назначались электростимуляция, акупунктура, неспецифические противовоспалительные препараты (диклофенак), гепарин (фрикисипарин, фрагмин), ионофорез с димексидом, озокерит на переднюю брюшную стенку. Осложнений, летальных случаев в послеоперационном периоде не было. Средний срок пребывания в стационаре составил 12,4 дня. Заключение. Разработанный в клинике лечебно-диагностический алгоритм позволяет оптимизировать диагностику, повысить эффективность и сократить сроки лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Рудская Е.В., Ключко Т.А.

СТРУКТУРИРОВАНИЕ ПРИЧИН НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Кажина М.В., д.м.н., профессор

Невынашивание беременности (НБ) остается одним из наиболее актуальных вопросов современного акушерства. Особенности демографической ситуации в Республике Беларусь возводят проблему НБ в ранг не только сугубо биологической, но и медико-социальной. Причины НБ многообразны, и, зачастую, носят сочетанный характер. Несмотря на улучшение качества диагностики и лечения, процент репродуктивных потерь не имеет тенденции к снижению. Цель. Нами произведена попытка структурировать причины НБ сроке до 22 недель. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 585 историй болезней пациенток, находившихся на лечении в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в течение 2011 года. Обработка данных производилась с помощью статистического анализа программы Microsoft Excel 2007. Результаты и обсуждение. Диагностически все потери беременностей в сроке до 22 недель распределились следующим образом: самопроизвольный выкидыш – 44%, неразвивающаяся беременность 52%, аборт в ходу – 4%. Возраст больных представлен средней репродуктивной группой. Городские жительницы составили 90,3%, сельские – 9,7%. Только 59,3% пациенток состояло в браке, что также косвенно характеризует социальный аспект проблемы невынашивания беременности. Анамнез специфических функций женского организма не выявил особенностей. Средний возраст менархе составил $14 \pm 1,5$ года. Длительность менструаций – $5 \pm 1,5$ дня. Начало половой жизни $18 \pm 1,5$ года. Паритет родов характеризовался убывающей прогрессией: 1беременность – 33,3%, 2-я – 26,9%, 3-я – 0,17%, 4-я – 8,7%, 5-я – 5,6%, 6-я – 2,4%, 7-я – 1,5%, 8-я – 0,5%, 10-я – 0,01%. Анамнез репродуктивной функции выявил срочные роды у 72,8%, аборт у 22,2%, регуляции менструального цикла у 17,7%, выкидыши у 13,3%, неразвивающаяся беременность 56 у 9,9%, внематочная беременность у 2%. Гинекологическая патология характеризовалась общим превалированием инфекционной патологии: эрозия шейки матки – 38,6%, хронический аднексит – 15,7%, киста яичника – 6,5%, кандидозный вульвовагинит – 2,7%, фибромиома – 2,5%, дисфункция яичников – 1,7%, кольпит/цервицит – 1,5%, эндометриоз – 1,0%, двурогая матка – 0,51%, урогенитальные инфекции – 5,81%. Выявленная экстрагенитальная патология подтверждает данные литературы о возрастании частоты и значимости последней в генезе невынашивания. Не санированные очаги хронической инфекции могут быть важным этиологическим триггером прерывания беременности. Вклад острых и хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов, почек, вирусных инфекций составил более половины всех случаев потери беременности. У ряда больных выявлены метаболические нарушения (уровень тощачковой глюкозы крови превышал норму у 14,4%). Выводы: На основании вышеизложенных данных можно сделать заключение об отсутствии прямой корреляционной зависимости между НБ и возрастом, социально-географическим фактором, методом контрацепции, вредными привычками. Очевидным является факт влияния инфекционной патологии любой локализации на процесс пролонгирования беременности.