

пациентов, находящихся на лечении ПГД и ПД. *Материал и методы.* В исследование включены 50 пациентов, лечившихся ПГД и ПД в отделении гемодиализа УЗ «Гродненская областная клиническая больница». На лечении ПГД находилось 35 больных (I группа), 25 мужчин и 10 женщин, ПД – 15 (II группа), 10 мужчин и 5 женщин. Средний возраст больных на ПГД составил $55,2 \pm 8,3$ лет, на ПД – $57,3 \pm 9,2$ лет. Длительность лечения на ПГД, в среднем, составила $49,4 \pm 6,7$ мес., на ПД – $29,7 \pm 2,8$ мес. КЖ. изучали с помощью опросника KDQOL-SF™ (Kidney Disease Quality of Life Short Form, версия 1.3) [1], АФР – с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии [2]. *Результаты и обсуждение.* Анализ выраженности АФР показал большие частоту и уровень депрессивных переживаний среди больных изучаемой диализной группы. Субклинически выраженная депрессия наблюдалась у 35 (36%) больных на ПГД и у 26 (30%) больных на ПД, клинически выраженная депрессия у 25 (26%) больных на ПГД и 24 (27%) на ПД. Частота встречаемости депрессивных переживаний у больных на ПГД достоверно выше, чем у больных на ПД ($p < 0,01$). Выживаемость больных с депрессивными симптомами снижена по сравнению с больными без признаков депрессии ($p < 0,05$), что согласуется с данными исследований Riezebos et al. (2010), свидетельствующих об увеличении в 3 раза летальности среди больных с терминальной уреимией, имевших депрессивную симптоматику. По данным нашего исследования, летальность у больных с выраженной депрессией в 2,6 раза выше по сравнению с больными без депрессии. У всех больных по опроснику KDQOL-SF™ отмечались неудовлетворенность общим состоянием здоровья и влиянием ЗПТ на повседневную жизнь. У больных, находящихся на ПД, показатели КЖ выше, чем у пациентов на ПГД. На лечении ПГД снижены выполнение деятельности, связанной с повседневными физическими нагрузками, показатели ролевого и физического функционирования, что связано с психофизической зависимостью больных от медицинского персонала и аппаратуры. Показатели обремененности и влияния заболевания почек на повседневную деятельность, социального и эмоционального функционирования выше у больных на ПД по сравнению с больными на ПГД ($p < 0,01$). У больных на ПД до года параметры КЖ по общему разделу опросника достоверно выше, чем у больных на ПГД. По разделу, связанному с заболеванием почек, независимо от времени лечения, КЖ выше у больных на ПД. При сравнении значений КЖ у больных на ПД и ПГД выявлены статистически значимые различия в оценке ролевого эмоционального функционирования ($56,7 \pm 12,8$ против $45,3 \pm 12,0$) и социальной поддержки ($79,5 \pm 11,6$ против $62,3 \pm 11,2$). *Выводы.* У больных с ТПН, получающих ЗПТ снижены параметры КЖ. Более высокие показатели КЖ у больных на ПД обусловлены лучшим их психоэмоциональным и социальным функционированием, меньшим влиянием хронического заболевания почек, более высокой степенью их трудоспособности. Большинство пациентов, получающих ЗПТ, имеют депрессивные симптомы, причем более четверти из них страдают клинически выраженной депрессией.

Литература: 1. Васильева И. А. Российская версия опросника Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) – ценного диагностического инструмента для оценки качества жизни больных на диализе / И.А. Васильева // Нефрология. – 2007. – № 11. – С. 64-70.

2. Полякова А. Г. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Г. Полякова // М.: Медицина. – 2002. – С. 81-83.

3. Quality of Life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients / J. A. Diaz-Buxo et al. // Am J. Kidney Dis. – 2000. – Vol. 35. – P. 293-300. Quality of Life and instruments in end-stage renal disease / P. Mosconi et al. // J. Nephrology. – 2008. – Vol. 21. – Suppl. 13. – P. 107-112.

Хартанович В.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Ковальчук В.И., д.м.н., профессор

Более чем 150-летняя история развития современной гипоспадиологии характеризовалась многими пробами, ошибками и поисками оптимальных оперативных методик, которых на сегодняш-

ний день насчитывается более 200. Целью исследования явилось изучение основных методик хирургического вмешательства и результатов хирургического лечения детей с гипоспадией. Материал и методы. Обследовано 119 детей, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГОДКБ» с гипоспадией. Использован сплошной метод наблюдения за промежутком времени с 2007 по 2011 гг. Источником информации явились «Медицинские карты стационарного больного», ф. №003/у-07. Результаты. Средний возраст госпитализированных детей – 6 лет. 98 детей было госпитализировано по поводу данного заболевания впервые, остальные 21 – повторно, из них 5 детей – с рецидивами заболевания, 15 детей – для дальнейшего этапа хирургической коррекции, 1 ребенок поступал неоднократно со свищом уретры. Течение беременности у 95% матерей было без особенностей, 5 детей были рождены недоношенными (на 30,35 и 37 неделях гестации), 1 мать находилась на сохранении с угрозой выкидыша, ребенок был внутриутробно инфицирован. Встречаемость форм гипоспадии: головчатая – у 41 ребенка, стволовая – у 53, мошоночная – у 12 детей, с промежностной формой не было ни одного ребёнка, гипоспадия без гипоспадии – у 3 детей. 10 детей поступило с осложнением гипоспадии: свищ уретры – у 5 детей, рубцовое сужение наружного отверстия уретры – у 3 детей, острая задержка мочи – у 1 и некроз головки полового члена также у 1 ребенка. Для коррекции порока были использованы различные методики хирургического вмешательства. Основным методом явилась пластика дистального отверстия уретры по Снодграссу – у 77 детей. Пластика уретры по Дюплею выполнялась 5 детям, пластика дистального отдела уретры методом DUAGO – 5 детям, пластика уретры по MAGPi – 2 детям. Выпрямление полового члена с пластикой кожи по Майсу – Омбредану выполнялась 4 детям с мошоночной формой гипоспадии, как 1 этап коррекции порока. Учитывая время и сложность оперативного вмешательства, интраоперационно антибактериальная терапия назначалась 92,4% детей, как профилактика инфекционных осложнений. Средняя длительность оперативного вмешательства – 78 минут. Срок стояния катетера в среднем составил 6,5 дней, эпицистостомы – 11 дней. Средняя длительность пребывания в стационаре в 2007 году составила 12,7, а в 2011 – 10,7 дней, что свидетельствует о сокращении сроков пребывания в стационаре за 5 лет на 2 дня. Результаты исследования показали, что в большинстве случаев исходом лечения явилось выздоровление (77,3%), улучшение – у 14,3% детей, 1 ребёнок – без перемен. Заключение: результаты исследования свидетельствуют о том, что хирургическое лечение гипоспадий стало более эффективным и предсказуемым и менее обременительным для маленького пациента и его семьи. Основной методикой хирургического вмешательства в настоящее время является пластика дистального отдела уретры по Снодграссу. За 5 лет сократились сроки пребывания детей в стационаре.

Хартанович В.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГОСПИТАЛЯ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Уровень и состав госпитализированных больных позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую заболеваемость военнослужащих с дермато-венерологической патологией. Это необходимо для обеспечения преемственности в организации раннего выявления и диагностики данной патологии, в выборе стратегии и тактики профилактики. С этой целью проведено изучение структуры дерматовенерологической заболеваемости военнослужащих, послужившей причиной госпитализации. Исследованию подвергнуты 123 военнослужащих, лечившихся в кожно-венерологическом отделении одной из войсковых частей. Использован сплошной метод наблюдения за промежутком времени в один год. Источником информации явились «Учетные карточки стационарного больного», ф. №10. Контингент госпитализированных представлен в основном мужчинами и лишь одной женщиной. Состав лечившихся представлен в основном уроженцами Минской (21,1%), Витебской (21,1%), Гродненской (19,5%) областями и городом Минск (15,4%). Оставшаяся часть приходится на Брестскую (10,6%), Гомельскую (6,5%) и Могилевскую