

ки тироксина вызывает возбуждённость, беспокойство, нервозность, плаксивость, бессонницу. Гипофункция щитовидной железы сопровождается апатией, сонливостью, психической инертностью. Избыток паратгормона приводит к депрессии, нарушению памяти и внимания. Избыток или недостаток гормонов коры надпочечников оказывает влияние на настроение и приспособленность человека к реальной жизни. Больные, страдающие аддисоновой болезнью, часто испытывают депрессию или тревогу, причем эти симптомы исчезают при адекватной заместительной терапии гормонами. Длительное применение кортикостероидов при лечении, например, артрита может вызвать эйфорию и даже психоз у лиц, предрасположенных к этим состояниям. Таким образом, многие гормоны, воздействуя на головной мозг, влияют на психику человека (память, внимание, мышление, поведение, настроение), что необходимо учитывать в практической деятельности врача.

Чилимцев А. М., Глуткин А.В.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Термические поражения у детей одна из актуальных проблем здравоохранения, что обусловлено высоким уровнем данного вида повреждений, тяжёлым клиническим течением, сопровождающимся развитием осложнений, угрожающие жизни пациента [1]. Цель данной работы изучить варианты местного лечения термических ожогов у детей. Методы и материалы исследования: Проведён ретроспективный анализ 105 историй болезни пациентов с термическими ожогами, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2011г. Результаты: В зависимости от возраста, механизма травмы, площади и глубины поражённого участка выставляли клинический диагноз. Причинами получения ожогов явились горячие жидкости и непосредственный контакт с горячими предметами. Максимальная госпитализация в весенне-летний период. Дети из города были доставлены в течение первого часа от момента получения травмы. Возраст пострадавших детей колебался от 9 месяцев до 3-х лет. Наиболее частая локализация ожоговых ран: верхние конечности, грудная клетка, нижние конечности. По глубине поражения преобладали поверхностные ожоги. При обращении в приёмный покой детям оказывалась медицинская помощь: первичный туалет ожоговой раны с последующим наложением асептических повязок. На вторые сутки после ожоговой травмы осуществляли ведение раны закрытым или полукрытым методом, а ожоги на лице и промежности – открытым. При закрытом методе использовали мазь левомеколь. Полукрытый метод: формирование односторонней повязки с обработкой иодонатом и подсушкой феном в течение 3-4 дней. При поверхностных ожогах сформированный струп отторгался на 8-9 сутки либо самостоятельно или после химической некрэктомии (30% салициловая мазь). При ожогах IIIБ степени очищали рану до формирования мясистой, кровоточащей грануляционной ткани с последующей аутодермопластикой свободным расщеплённым кожным лоскутом. Все дети выписаны с выздоровлением. Выводы: Своевременное оказание медицинской помощи на всех этапах с использованием принципов стадийности и современных методов лечения при ожогах, позволяют снизить клинические проявления и предотвратить развитие осложнений, что способствует эффективным результатам лечения и сокращению сроков заживления ожоговых ран. При глубоких ожогах (IIIБ-IV) степени лечение ожоговой раны аутодермопластикой свободным расщеплённым кожным лоскутом.

Литература: 1.Ханенко, О.Н. Причины ожоговой травмы у детей/ О.Н., Ханенко//. Науч.-практ. ежемес. журнал. Здравоохранение. – 2010. – №2. – С.78-80.

Чилимцев А.М., Ложко П.П.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Циляндзь И.Т., к.м.н., доцент

В настоящее время видеолaparоскопия получила широкое распространение в хирургии для диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости. Цель исследования. Выявить диаг-