

вить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые базируются не только на научном подходе специалистов, но и учитывают субъективную точку зрения пациента [2].

Целью нашего исследования явился анализ влияния заболевания на КЖ пациентов с экземой.

В исследование включено 65 пациентов, страдающих экземой, в возрасте от 16 до 81 года. Мужчин было 50 (76,9%), женщин – 15 (23,1%). В зависимости от формы экземы пациенты распределились: 58 (89,2%) с диагнозом «микробная экзема», 7 (10,8%) с истинной экземой. Продолжительность заболевания составила от 0,5 недели до 20 лет. Впервые возникшее заболевание было диагностировано у 30 (46,2%) пациентов, протекающее с рецидивами – у 35 (53,8%). Острое течение заболевания наблюдалось у 44 (67,7%) пациентов, а подострое – у 21 (32,3%). По площади поражения пациенты были распределены следующим образом: до 25% кожного покрова – 40 (61,5%) человек, от 26 до 50% – 22 (33,8%) человека, более 50% – 3 (4,6%). С легким течением заболевания было 4 (6,2%) пациента, среднетяжелым – 49 (75,4%), тяжелым – 12 (18,5%). Все больные проходили полное клиническое обследование, которое включало сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, получение данных физикального исследования, а также данных лабораторных методов исследования. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Исследование КЖ у пациентов с экземой и контрольной группы проводили при помощи опросника СКИНДЕКС-29 для оценки КЖ по трем шкалам: эмоции, функции, симптомы [0]. На момент поступления в стационар отмечалось значительное снижение КЖ пациентов. Получены следующие данные: по шкале «симптомы» – $41,9 \pm 1,3$ балла, «функции» – $38,4 \pm 1,4$ балла, «эмоции» – $34,9 \pm 1,0$ балла. При анализе опросников контрольной группы получены следующие данные: по шкале «симптомы» – $18,1 \pm 2,4$ балла, «функции» – $5,6 \pm 1,2$ балла, «эмоции» – $13,8 \pm 2,9$ балла. При сравнении данных в контрольной группе и группе пациентов с экземой получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по трем шкалам: «симптомы», «функции» и «эмоции».

Выводы:

1. На момент поступления в стационар отмечается ухудшение КЖ больных экземой по трем шкалам: «симптомы», «функции» и «эмоции».

2. Получено статистически значимое снижение КЖ у пациентов с экземой в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$) по трем шкалам: «симптомы», «функции» и «эмоции».

Литература:

1. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. – М. : Мед. книга, 2004. – 163 с.

2. Шеварова, В.Н. Качество жизни при заболеваниях кожи / В.Н. Шеварова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2000. – № 2. – С. 24.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Троцкий М.В., Парханович В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Иодковский К.М.

Актуальность: в структуре обструктивных уропатий гидро- и уретерогидронефроз занимают ведущее место [1,2].

Цель: изучение результатов хирургического лечения обструктивных уропатий у детей.

Задачи и методы исследования: количество детей, страдающих гидро- и уретерогидронефрозом, взятых для исследования в данной работе, – составляет 131. Использован сплошной метод наблюдения за промежутком времени от 2005 до

2010гг. Источником информации явились «Медицинские карты стационарного больного».

Результаты. Контингент госпитализированных составили 79% мальчиков и 21% девочек. Состав госпитализированных представлен уроженцами г. Гродно и Гродненской области. Средний возраст больных равен 1год 8мес. Большинство из них находилось в возрастной группе до 1 года – 64 чел. (49%), в возрасте от 1 до 3лет – 54 чел. (41,1%), остальное количество – 13 чел. (9,9%) пришлось на детей более старшего возраста.

Гидронефроз наблюдался у 71,8% детей, обструктивныйуретерогидронефроз у 28,2%.

Из всех госпитализированных оперативное лечение выполнено у 67 детей (51,1%), из них 49 операций было выполнено у детей с гидронефрозом, 18 операций у детей с обструктивнымуретерогидронефрозом.

Наиболее часто при гидронефрозе выполнялась резекция и пластика лоханочно-мочеточниковой системы по Хайнсу–Андерсену – 42 чел. (89,4%), пункционная нефростома составила – 4 чел. (8,5%). Нефрэктомия была выполнена у 2 детей; у 1 ребёнка с гидронефрозом удвоенной почки выполнена геминефрэктомия нижнего полюса.

При обструктивныхуретерогидронефрозах выполнялись следующие методы коррекции порока:

- Резекция дистального отдела мочеточника с уретероцистонеоанастомозомвнепузырным доступом – 8 детей.
- Резекция дистального отдела мочеточника с уретероцистонеоанастомозом по Ледбеттеру – Политано – 4 ребёнка.
- Резекция уретерокутанеостомы, наложение межмочеточникового анастомоза – 3 ребёнка.
- Пункционнаянефростома под контроле ультразвукового исследования – 3 ребёнка.
- Уретеронеоанастомоз по Козну с обеихсторон – 1 ребенок.

В раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения обструктивныхуропатий осложнений не наблюдалось. Все больные выписаны на амбулаторное лечение с улучшением.

Выводы:

1. Наиболее часто обструктивныеуропатии встречаются у детей до 3 лет.
2. Раннее лечение гидро- и уретерогидронефроза позволяет сохранить функциональное состояние органа.

Литература:

1. Лолаева Б.М. // Современные методы диагностики и лечения нефроурологическихзаболеваний у детей: Материалы 1-го конгресса. – М., 1998.- С. 54.
2. Паникратов К.Д. Хронические нарушения уродинамики верхних мочевых путей (причины, диагностика, лечение). – Иваново, 1992. – С. 17-127.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Тулько А.В., Ермак С.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доц. Лашковская Т.А.

Гемофилия – тяжёлая геморрагическая болезнь из группы коагулопатий. Распространенность гемофилии А составляет 1:10000, гемофилии В – 1:30000 – 50000 мальчиков.

Тяжесть заболевания и выраженность кровоточивости находятся в прямой зависимости от уровня антигемофильных глобулинов (АГГ). В зависимости от уровня активности в плазме крови факторов её свёртывания выделяют клинические формы гемофилии А, В, С: крайне тяжёлая форма – активность факторов VIII (IX или XI) от