

потребовалось: 1 сеанс ДУВЛ в 38 случаях (39,5 4,9%); 2 сеанса – в 25 случаях (20,0 4,0%); 3 сеанса – в 21 случае (21,8 4,2%); 4 сеанса – в 11 случаях (11,4 3,2%) и 5 сеансов проведено 1 больному (1,0 1,0%).

В 15 случаях (15,6 3,7%), когда потребовалось для фрагментации камня 3–4 сеанса ДУВЛ, добиться самостоятельного отхождения фрагментов камня не удалось, часто повторявшиеся почечные колики потребовали выполнения УРС с контактной лазерной литотрипсией фрагментов. Остальные 81 больной и из-за обтурации нижней трети мочеточника фрагментами камня заставили в были выписаны из клиники, причем 51 из них на день выписки не имели конкрементов в мочевой системе, а 30 пациентов выписаны с наличием "каменной дорожки" в нижней трети мочеточника или фрагментами камня в чашечно-лоханочной системе почки. Продолжительность пребывания пациента в клинике составила в среднем 2,5 дня.

Через месяц после ДУВЛ при контрольном обследовании признаков камня в мочевой системе, по данным УЗИ и рентгеноскопии, не выявлено у 72 пациентов, у остальных 24 отмечено наличие фрагментов камня в чашечно-лоханочной системе (у 15) или в мочеточнике (нижняя треть) – у 9 человек. 11 из них проведен сеанс ДУВЛ с целью элиминации конкрементов из мочевой системы, что оказалось эффективным в 9 случаях.

Вывод. ДУВЛ камней мочеточника является эффективным методом лечения, сопровождается малым количеством осложнений и только в 15% случаев требуются эндоскопические манипуляции для элиминации фрагментов камня в нижней трети мочеточника.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Водчиц Т.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Плоцкий А.Р.

В настоящее время наблюдается увеличение встречаемости патологии молочной железы. Для разных возрастных категорий женщин характерны различные патологические состояния, соответственно, различаются и методы их диагностики. Среди этих методов важную роль играет ультразвуковое исследование, позволяющее дифференцировать кистозные и солидные образования, не прибегая к рентгенологическим методам обследования. Это особенно важно у беременных женщин, когда речь идёт о возможном неблагоприятном воздействии на плод.

Целью нашей работы явилось ультразвуковое исследование молочных желёз у беременных женщин для выявления различной патологии.

Материал и методы. Проведено ультразвуковое обследование молочных желёз у 46 беременных женщин на аппарате Philips En Viser.

Результаты и обсуждение. Средний возраст беременных женщин составил $28 \pm 5,4$ лет. У 17 женщин это была первая беременность, у 14 – вторая, у остальных в анамнезе было 3 и более беременностей. Первородящих и повторнородящих было по 23, 30 беременных родоразрешено через естественные родовые пути, 16 – путем операции кесарева сечения. Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению были острая интранатальная гипоксия плода, слабость родовых сил, неправильные положения плода, а также наличие рубца на матке после предшествовавшего кесарева сечения. Средняя масса родившихся детей составила 3580 ± 350 г, длина туловища – $53 \pm 1,6$ см.

Из 46 обследованных пациенток у 12 (26%) выявлены очаговые изменения в структуре молочных желез, т.е. у каждой четвертой пациентки имели место ультразвуковые находки. Интересно отметить, что только у одной из беременных ранее выявлялась патология молочных желез, во всех остальных случаях это был впервые установленный диагноз. Причем при пальпации, предварительно проведенной всем пациенткам, подозрение на наличие образова-

ния возникло только у 2-х. Преобладающими находками были кистозные изменения в молочных железах – 9 наблюдений, следует указать, что в 2 случаях кисты были множественными. Диаметр кистозных образований составил от 0,5 см до 2,4 см. В остальных случаях были выявлены фибroadеномы молочных желез небольших размеров и мастит добавочной доли молочной железы.

Таким образом, ультразвуковое исследование молочных желез при беременности является довольно эффективным методом выявления патологии молочных желез. Данный метод позволяет визуализировать непальпируемые образования с последующей дифференцировкой их на солидные и кистозные. Безусловно, окончательный диагноз ставится на основании морфологических методов исследования, однако ультразвуковая диагностика позволяет эффективно выявить группу пациенток с минимальными изменениями молочных желез для последующей углубленной диагностики.

Литература:

1. Митькова В.В., Медведева М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – Москва, «ВИДАР», 1996.
2. Гуртовой Б.Л., Емельянова А. И., Воропаева С.Д. Послеродовой мастит. Научно-практические итоги по диагностике и лечению.// Акушерство и гинекология. – 2008– №5.
3. Озерова О.Е. Ультразвуковая маммография (дисплазия и возрастные особенности молочной железы в норме).// Акушерство и гинекология. – 2004– №8.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХОСПИСНЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Войтович С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Губарь В.В.

Внедрение новых технологий в практику лечения хосписных больных, начиная с неонатального периода, значительно увеличило выживаемость и продолжительность жизни пациентов с врожденной патологией органов дыхания, которые ранее приводили к гибели. Среди причин ранней гибели пациентов – врожденная патология бронхо-легочной системы и пороки развития кровообращения – занимают ведущее место.

Цель исследования: определить ведущие направления (методы), которые позволяют добиться сохранения витальных функций при длительном лечении больных с врожденной патологией систем дыхания и кровообращения.

Нами проанализированы результаты лечения 20 больных в возрасте 1,5 мес–15 лет за период 2006–2010 гг. с дыхательной недостаточностью в связи с врожденной патологией легочной системы: прогрессирующей мышечной дистрофией, амиотрофией Вернике-Гоффмана и миелопатией, детским церебральным параличом, бронхо-легочной дисплазией, поражением мозга после менингоэнцефалита. Формирование неотложных состояний у этих больных было связано с нарушением процессов регуляции дыхания и развитием гиповентиляции, а также поражением паренхиматозной функции легких (пневмонии) на фоне нарушения выработки сурфактанга и развитием бронхо-легочной дисплазии.

Ведущим методом лечения этих пациентов была респираторная поддержка, которая требовала применения различных режимов ИВЛ. Выбор респираторной поддержки основывался на оценке нарушения дыхательной функции и газового состава крови. Характерно, что у всех больных с признаками гиперкапнии и гипоксии развился дыхательный и метаболический ацидоз на этом этапе. Применение оксигенотерапии с FiO_2 0,21 до 0,7 не позволяло ликвидировать вышеуказанные нарушения. Рассматривая результаты применения различных режимов ИВЛ, можно заключить, что у детей достаточно эффективно применение режимов PSIMV и VIPAP с поддержанием положительного давления в дыхательных путях к концу выдоха величиной 3–5 см вод.ст. У данных пациентов применялись методы ухода по под-