

экстракраниальных артерий (модифицированный вариант), пациентов с МФА – 106(45%), без МФА – 126(54%). Через год оценивалась частота развития неблагоприятной комбинированной конечной точки (ККТ) (инфаркт миокарда, инсульт, III–IV ФК стенокардии и сердечной недостаточности, смерть).

Результаты. Частота развития неблагоприятной ККТ среди пациентов с баллом по EuroScore в «классическом» варианте: 0 баллов – 17 (53%) пациентов, 1 балл – 4 (36%) больных, 2 балла – 27 (34,6%) пациентов, 3 балла – 26 (60,4%) больных, 4 балла – 19 (70,3%) пациентов, 5 баллов – 14 (70%) пациентов, 6 баллов – 9 (75%) больных, 7 баллов – 3 (100%) пациентов, 8 баллов – 6 (100%) пациентов. Частота развития неблагоприятной ККТ по EuroScore в «модифицированном» варианте: 0 баллов – 8 (35%) больных, 1 балл – 0 (0%), 2 балла – 22 (32%) пациентов, 3 балла – 16 (50%) пациентов, 4 балла – 27 (68%) больных, 5 баллов – 19 (73%) больных, 6 баллов – 13 (81%) пациентов, 7 баллов – 12 (100%) больных, 8 баллов – 7 (100%) больных, 10 баллов – 1 (100%) пациентов. Для «классической» модели шкалы EuroScore χ^2 составил 17,2 ($P=0,000036$), для «модифицированной» модели – 51,2 ($P=0,00001$).

Выводы. Шкала EuroScore в «модифицированном» варианте с учетом стенозов от 30% ЭКА обладает большей чувствительностью по сравнению с «классическим» вариантом EuroScore, в котором учитываются стенозы от 50% и более ЭКА.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Шашкина Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., доцент Смотрин С.М.

Цель исследования: изучить результаты и определить эффективность используемых методов диагностики и лечения повреждений печени.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 38 пациентов, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней № 2 с 2001 по 2010 год. Среди поступивших мужчин было 26 (68,4%), женщин – 12 (31,6%). Это были в основном люди молодого и среднего возраста [до 30 лет – 17 человек (44,7%), от 30 до 50 лет 10 человек (26,3%)]. В состоянии алкогольного опьянения находились 23 пострадавших (60,8%). 18 пациентов (47,4%) поступили в состоянии шока с политравмой. У них наряду с повреждением печени была диагностирована тяжелая черепно-мозговая травма, травма груди, переломы таза, конечностей. Кроме того, у 3 пациентов были повреждены селезенка, почка и тонкая кишка.

Для диагностики повреждений печени использовались клинические методы исследования, УЗИ, лапароскопия, КТ.

Результаты. Причинами повреждений печени явились: проникающие ножевые ранения живота – 12 пациентов (31,6%), дорожно-транспортная травма – 12 пациентов (31,6%), падения с высоты – 8 пациентов (21%), тупая травма живота – 6 пациентов (15,5%).

Клинические признаки внутрибрюшинного кровотечения отмечены у 22 пациентов (57,9%). УЗИ проводилось всем пострадавшим. Лапароскопия и КТ выполнялась лишь в сложных диагностических ситуациях.

Время от момента получения травмы до операции у 24 пациентов (63,1%) составило 1 – 1,5 часа, у 13 пациентов (34,2%) – 1,5–4 часа. Один пациент с подкапсульным разрывом печени поступил из другого лечебного учреждения, через 48 часов после травмы.

Объем кровопотери у 18 пациентов (47,4%) составил от 200 до 1500 мл и у 10 пациентов превысил 1500 мл. При отсутствии повреждения полых органов производилась реинфузия крови.

При ножевых ранениях и линейных разрывах печени использовались в основном П-образные матрачные швы с тампонадой раны прядью сальника на ножке. Атипичная резекция печени выполнена 2 больным. При значительном разрушении обеих долей вокруг печени создавали каркас из сетчатых полипропиленовых эндопротезов с пришиванием зон повреждения П-образными швами. Капиллярное кровотечение останавливали с помощью гемостатических губок и тахокомба. Гемобилия отмечена в 1 случае.

В послеоперационном периоде умерло 11 больных (28,9%). Причиной смерти у 10 больных явилась тяжелая черепно-мозговая травма. Один больной умер от кровотечения на этапе оказания хирургической помощи.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Шепелевич Т.С., Лещева О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доцент Пронько Н.В.

Ротавирусная инфекция (РВИ) является одной из ведущих причин гастроэнтеритов у детей и выходит на первое место среди других ОКИ (Р. Gianino et al, 2007).

Цель работы: анализ заболеваемости, определение клинико-эпидемиологических особенностей течения РВИ у детей, по данным Гродненской инфекционной клинической больницы за 2008 г.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 192 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет с верифицированной РВИ. Диагноз РВИ устанавливали на основании изучения анамнеза, клинико-эпидемиологических данных и обнаружения ротавирусного антигена в фекалиях методом ИФА.

Как показали наши исследования, РВИ составила 30,28% от числа всех ОКИ, госпитализированных в стационар в 2008 году. Больные в возрасте до 1 года составили 66 человек (34,38%), от 1 года до 3 лет – 118 больных (61,46%), 4–6 лет – 7 больных (3,64%), 7–10 лет – 1 больной (0,52%). Мальчиков было 103 (53,64%), девочек – 89 (46,36%), организованных детей – 47 (24,78%), неорганизованных – 145 (75,22%). Легкая форма отмечена у 5 больных (2,60%), среднетяжелая – у 185 больных (96,35%), тяжелая – у 2 больных (1,05%). Неблагоприятный преморбидный фон выявлен у 32 больных (16,67%). Для данной инфекции была характерна зимне-весенняя сезонность: у 178 человек (92,71%) заболевание зарегистрировано в период с ноября по март. РВИ начиналась остро с появления рвоты, изменения характера и кратности стула, повышения температуры. Рвота чаще возникала в 1-й день болезни одновременно с диареей, реже предшествовала ей, рвота повторная – у 124 детей (64,58%). Длительность рвоты составила $2,7 \pm 0,3$ дня. Рвота отсутствовала у 8,85% детей. Жидкий водянистый стул до 5 раз в сутки был у 59 детей (30,73%), от 5 до 10 раз у 133 детей (69,27%). Продолжительность диареи составила $3,8 \pm 0,2$ дня. Симптомы интоксикации у 72,92% детей были выражены умеренно. Повышение температуры до $37,5\text{--}38^\circ\text{C}$ отмечалось у 143 больных (74,48%), до $38\text{--}39^\circ\text{C}$ у 25 человек (13,02%). Длительность температурной реакции составляла в среднем $2,5 \pm 0,6$ дня. Респираторный синдром регистрировался у 48,44% детей. Длительность катарального синдрома составила $3,9 \pm 0,5$ дня. В составе периферической крови у больных РВИ отмечались в 12,50% случаев умеренный лейкоцитоз с нейтрофилизом, в 22,92% случаев лейкопения с лимфоцитозом, у 64,06% больных формула крови не менялась. Умеренное ускорение СОЭ отмечалось у 23,96% больных. Всем больным назначалась общепринятая базисная терапия, которая включала диету, оральную (при отсутствии рвоты) или парентеральную регидратацию, ферментотерапию. Нарушение биоценоза кишечника у больных ротавирусным гастроэнтеритом обуславливало применение в комплексной терапии бактериальных биологических препаратов.

Таким образом, РВИ является распространенной кишечной инфекцией и одной из ведущих причин инфекционных гастроэнтеритов у детей первых трех лет жизни. РВИ наиболее тяжело протекает у детей с неблагоприятным преморбидным фоном, находящихся на искусственном вскармливании. У детей первых 3 лет жизни РВИ протекает в среднетяжелой форме, характеризуется наличием интоксикации, быстроразвивающимся эксикозом, циклическостью течения. Отсутствие специфической профилактики, легкость инфицирования создали предпосылки для роста заболеваемости. Катаральный синдром наблюдается у каждого второго ребенка. Ранняя диагностика способствует выбору адекватной терапии, быстрому купированию симптомов заболевания, а также позволяет своевременно осуществить профилактические меры.