

Выводы. В исследовании установлены исходные показатели военно-профессиональной направленности студентов до начала обучения на военной кафедре и в течение первого года обучения по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса. Несмотря на сложную внутри- и внешнеполитическую обстановку, большинство студентов, обучающихся по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса, имеют высокий и средний уровень военно-профессиональной направленности (85-90%) и соответствуют первой и второй группе профессионального психологического отбора (80-85%).

Полученные результаты могут быть использованы при планировании учебной и идеологической работы военных кафедр медицинских университетов, а также при подборе кандидатов для укомплектования воинских подразделений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие. / Райгородский Д. Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2015. – 672 с.
2. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: учебное пособие / Г. С. Никифорова [и др.] ; под ред. Г. С. Никифоровой, М. А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2007. – 448с.
3. Змановская, Е. В. Девиантное поведение личности и группы: учеб. пособие. / Е. В. Змановская, В.Ю. Рыбников – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. / О. Ю. Реброва – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Ковальчук В. И., Басалыга Е. С., Новосад В. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Инвагинация кишечника является одним из видов кишечной непроходимости, при которой один, выше расположенный участок кишки, внедряется в просвет ниже расположенного отдела кишечника. Особенно часто (до 80%) она является причиной острой кишечной непроходимости у детей 1-го года жизни.

Цель. Изучить и выявить особенности клиники и диагностики данной патологии у детей.

Методы исследования. за период с 2014 по 2022гг. в клинике детской хирургии ГрГМУ на базе ГОДКБ находилось на лечении 55 детей с инвагинацией кишечника. Из них в возрасте до 1 года – 21 (38%), 1-3 года – 24 (44%), 4-5 лет – 8 (15%), 6 лет и старше – 2 (4%). Соотношение мальчиков и девочек составило: 39

(71%) и 16 (29%) соответственно. Средняя продолжительность лечения составила 11 дней.

Результаты и их обсуждение. Основные клинические признаки инвагинации по частоте встречаемости: схваткообразная боль в животе – 39 пациентов (70,1%); рвота – 38 (69%), при пальпации живота – болезненное образование (инвагинат) – 24 (43,6%). выраженное беспокойство – 23 (41,8%), стул с примесью крови типа “малиновое желе” – 17 (31%),

При УЗИ органов брюшной полости у 40 пациентов (72,7%) были выявлены эхографические признаки инвагинации кишечника: (в брюшной полости визуализируется объемное образование округлой формы, имеющее сложную неоднородную структуру с концентрическими эхосигналами в виде колец из чередующихся слоёв слизистой и мышечной оболочки от стенок кишки (инвагинат): симптом «мишени», «псевдопочки»).

Осложненное течение с перитонеальной симптоматикой было выявлено у 6 детей (11%).

Изменения, наблюдаемые в общем анализе крови у пациентов при поступлении в стационар: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево – у 28 пациентов (50,9%), ускоренное СОЭ – у 22 пациентов (40%), анемия лёгкой степени тяжести – у 14 пациентов (25,4%) и показатели были в норме – у 3 (5,4%).

В дальнейшем было выявлено, что у всех детей инвагинация кишечника была связана с:

1. Нарушением пищевого режима (некорректное введение прикорма – у 15 пациентов – 27,2%).

2. Кишечными инфекциями (у 32 пациентов инвагинация кишечника сочеталась с диагнозами ОРВИ, острый брыжеечный лимфаденит – 58,1%).

3. Механический фактор (дивертикул Меккеля — у 8 пациентов – 14,7%).

Выводы. 1. Наиболее часто кишечная инвагинация наблюдается в возрасте 6-9 месяцев жизни, у мальчиков.

2. Причинные факторы инвагинации кишечника: нарушение пищевого режима, кишечные инфекции и дивертикул Меккеля.

3. У большинства пациентов основными клиническими проявлениями инвагинации кишечника являлись схваткообразная боль в животе (70,1%); рвота (69%) и симптом «пальпируемой опухоли» (43,6%).

4. При УЗИ органов брюшной полости кишечная инвагинация выявлена у 40 пациентов (72,7%)

5. Инвагинация кишечника чаще сопровождается лейкоцитозом (50,9%), ускоренным СОЭ (40%) и анемией лёгкой степени тяжести (25,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Русак, П. С., Рыбальченко, В. Ф., Стахов, В. В. Современные аспекты диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. / Актуальные вопросы детской хирургии: сборник материалов VII Республиканской научно-практической

конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры детской хирургии /отв. ред. В. И. Ковальчук. – Гродно : ГрГМУ, 2015. С 277-278.

ГИДРОСТАТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНВАГИНАЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ковальчук В. И., Басалыга Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. «Золотым стандартом» консервативного лечения инвагинации кишечника в настоящее время является гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ. Метод впервые описан в 1982 году Y.O.Kim [2]. Однако даже при высокой эффективности консервативного лечения в ряде случаев необходимо хирургическое лечение. Число оперативных вмешательств по поводу инвагинации колеблется от 15% до 85,3% [1].

Цель. Изучить результаты использования гидростатической дезинвагинации под контролем УЗИ в лечении инвагинации кишечника у детей по материалам нашей клиники.

Методы исследования. В клинике детской хирургии ГрГМУ за период 2014-2022 гг. находилось на лечении 55 пациентов с инвагинацией кишечника. Из них в возрасте до 1 года – 21 (38%), 1-3 года – 24 (44%), 4-5 лет – 8 (15%), 6 лет и старше – 2 (4%). Соотношение мальчиков и девочек составило: мальчики – 39 (71%), девочки – 16 (29%).

Результаты и их обсуждение. Пациентам проводилось консервативное – 28 детей (51%) и оперативное – 27 детей (49%) лечение. При этом оперативное лечение можно разделить на 3 группы:

1. Лапароскопическая дезинвагинация – 21 ребёнок (77,7%);
2. Лапароскопия с конверсией в лапаротомию – 4 ребёнка (14,8%);
3. Лапаротомическая дезинвагинация – 2 ребёнка – (7,5%).

Основанием для хирургического лечения послужило: подозрение на аппендицит – 7 детей (25,9%), положительные перитонеальные симптомы – 5 пациентов (18,5%), рецидив инвагинации – 1 ребенок (3,7%), у остальных пациентов – длительность заболевания составляла более 24 часов.

Консервативный метод. Успешная дезинвагинация была выполнена 18 детям (64,3%), потребовалась операция – 10 детям (35,7%). При этом применялось 2 метода консервативного лечения: ирригоскопия под рентген контролем – 8 детей (28,5%) и гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ – 20 детей (71,5%).

Успешность метода ирригоскопии бариевой взвесью составила 50% (4 ребёнка), а гидростатической дезинвагинации под контролем УЗИ – 70% (14 детей). Среднее количество койко-дней составило 11 дней.