

различных условиях, например, при ответе на занятия и в разговоре с другом. В первом случае необходимо следить за своей речью, тщательно подбирать слова, стараться строить полные предложения. А в разговоре с другом можно говорить, не задумываясь, короткими репликами: «А ты?» - «Я тоже» (ведь обоим собеседникам отлично известно, о чём идёт речь).

В зависимости от стиля речи мы одно и то же понятие можем выразить по-разному. Стилистическая грамотность предполагает, что говорящий (и пишущий) использует каждый раз те слова, которые в наибольшей степени подходят к обстановке речи, принадлежат тому стилю, который наиболее соответствует данному случаю.

Наконец, есть ещё одно требование, которое мы должны предъявлять к нашей речи, - умение строить свою речь (и устную и письменную) так, чтобы форма речи помогала донести содержание до слушателей (и читателей).

Итак, речь должна быть:

разнообразной – не повторяющей без необходимости одно и то же слово или выражение;

выразительной – использующей образные средства языка: фразеологизмы и крылатые слова, пословицы и поговорки, метафоры и сравнения;

точной – употребляемые слова и выражения должны называть именно то, о чём мы действительно хотим сказать;

логичной – последовательной (последующее вытекает из предыдущего);

краткой – экономной, не содержащей ничего лишнего;

ясной – чётко формулирующей передаваемую мысль;

доступной – выраженной в понятной форме, известными словами.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ

ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Гребень С.А., Литвинович С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Брестская областная детская больница

Детский церебральный паралич (ДЦП) продолжает оставаться одной из важнейших проблем детской невропатологии как в научно-исследовательском, так, и особенно, в организационно-практическом, социальном плане. Популяционно-эпидемиологические исследования показывают, что частота церебрального паралича составляет 2 – 2,5 на 1000 населения. Тем не менее, до настоящего времени этиология этого заболевания до конца не изучена и нет ясности в вопросе, какие патологические факторы и при каких условиях приводят к развитию ДЦП. Можно констатировать только полиэтиологичность ДЦП и необходимость большего внимания к изучению различных маркеров, позволяющих формировать группы риска, что дает наиболее ощутимые результаты лечения, которые могут быть получены только при ранней диагностике.

Исходя из вышесказанного, целью нашего исследования является установление конституциональных особенностей у больных детским церебральным параличом.

Нами было изучено 112 больных детским церебральным параличом в возрасте от 3 до 13 лет. Исследование выполнялось в г. Бресте в два этапа: первый в 2002 г. (Литвинович С.Н.), второй в 2007 г. (Гребень С.А.)

Статистическая обработка осуществлялась при помощи пакета Statistica5.5.

Результаты исследования.

Распределение групп крови системы АВО у здоровых и больных ДЦП представлено в таблице.

Группа крови	Здоровые (n= 518)	Больные ДЦП (n=112)
O(I)	35,2	31,25
A(II)	36,7	52,68*
B(III)	19,4	13,39
AB(IV)	8,7	2,68

* - отличие от здоровых $p < 0.05$

Из таблицы видно, что группа крови A(II) у больных ДЦП встречается в полтора раза чаще по сравнению со здоровыми.

Традиционно считается, что одной из основных причин развития ДЦП является родовая травма. Мы изучили характер родоразрешения у 90 больных детским церебральным параличом. Оказалось, что естественные роды имели место в 76,7% случаев, операция кесарева сечения в 22,2% и акушерские щипцы накладывались только 1 раз (1,1%). Это свидетельствует о том, что родовая травма не может являться основной причиной заболевания, так как этот фактор полностью исключен в случае кесарева сечения, а частота этой операции практически одинакова как у больных ДЦП, так и у здоровых.

Весьма интересные данные были получены нами при изучении показателя доношенности. Мы проанализировали истории 10221 родов, из которых 309 были преждевременными, что составляет всего 3,02% от общего числа родов. В то же время процент недоношенных детей из числа больных ДЦП составляет 53,8%.

Этот факт нуждается в углубленном изучении, но уже сейчас можно сказать, что недоношенные дети являются группой риска по ДЦП и нуждаются в более внимательном наблюдении в течение первого года жизни.

Полученные данные обеспечивают дальнейшее развитие учения о конституции человека и указывают на наследственные механизмы

предрасположенности к ДЦП, что может использоваться в теории и практике медицины для формирования групп риска до клинического проявления заболевания.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Гричик Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра детской хирургии

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

Обструктивные уropатии занимают третье место по частоте среди аномалий и врожденных пороков мочевыделительной системы. Уретерогидронефроз – это врожденный порок развития мочевой системы, характеризующийся резким расширением почечной лоханки, мочеточника на всем протяжении вследствие анатомического стеноза дистального отдела мочеточника или функциональной обструкции. Различают обструктивный, рефлюксирующий, не обструктивный и не рефлюксирующий. По данным литературы, истинная обструкция (с анатомическим стенозом терминального отдела мочеточника) встречается в 12% случаев, у остальных же нарушение уродинамики носит не обструктивный характер.

Цель. Изучить результаты лечения уретерогидронефроза у детей по материалам клиники детской хирургии Гродненский областной детской больницы (ГОДКБ).

Материал и метод. В основу работы положен анализ 46 историй болезни пациентов с уретерогидронефрозом, лечившихся в ГОДКБ в 2000 – 2006 гг. Среди обследованных 24 (52%) мальчика и 22 (48%) девочки. Все пациенты были разделены на 4 группы по возрасту. Группу до года составило 16 (34,8%) пациентов. От года до трех лет – 20 (43,5%) пациентов. От четырех до семи лет – 8 (17,4%) человек. Старше восьми лет – 2 (4,3%) пациента. Пациентам первой и второй групп диагноз был поставлен внутриутробно. Всем больным