

83,0% - 2 поток лечфака, 64,1% - на педфаке, 80,0% - на медико-психологическом факультете и (что очень важно, ибо студенты 5 курса учатся на клинических базах и имеют непосредственный контакт с больными) – 71,4% - на 5 курсе.

В результате нашего исследования обнаружено существенное обновление общей траектории процесса социализации молодежи, подтверждающей определенное преодоление унифицированной модели идентификации. Социально направленные жизненные траектории студенческой молодежи, ее оценка собственной миссии в обществе претерпевают определенную трансформацию. В отличие от гуманитарного студенчества, которое почти поголовно (75-80%) заинтересовано в гуманитарном знании, медицинское студенчество отдает приоритет профессиональным знаниям при сохранении интереса к гуманитарным знаниям и в подавляющей своей части признаёт их значение для профессионального образования.

Литература:

1. Моисеев Н.Н. Судьба цивилизации. Путь разума. М., 2000, с. 102.
2. Яковец Ю.В. Циклы. Кризисы. Прогнозы. М., 1999, с.184.

ОТГРАНИЧЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ

Корпан С.А., Чечетт Г.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.И.Аверин

Диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата и периаппендикулярного абсцесса у детей до настоящего времени остаются трудными.

Цель. Анализ структуры заболеваемости и клинической картины у детей с отграниченным перитонитом, лечившихся в Детском хирургическом центре г.Минска.

Материал и методы. Материал - истории болезней 61 пациента за период с 2000 по 2004 год. Использовался метод выборочного статистического исследования.

Результаты исследования.

Структура заболеваемости. Среди пациентов детей до 1 года не было (0,00%), 1-3 года – 9 (14,75%), 4-6 лет – 11 (18,03%), 7-9 лет – 8 (13,11%), 10-12 лет – 12 (19,67%), 13-15 лет – 16 (26,23%), 16-17 лет – 5 (8,20%). Мальчиков было 39 (63,93%), девочек – 22 (36,07%). Осенью поступили 8 (13,11%) детей, зимой – 8 (13,11%), весной – 22 (36,07%), летом – 23 (37,70%). У 57 больных (93,44%) от начала болезни до операции прошло более суток.

Жалобы. Боль в животе наблюдалась у всех больных (100%). Температура была нормальной у 6 больных (9,84%), 37,0°-37,9° – у 34 (55,74%), 38,0°-38,9° – у 15 (24,59%), 39,0°-39,9° – у 5 (8,20%), 40,0° и выше – у 1 (1,64%). Тошнота и рвота наблюдались у 37 больных (60,66%), только тошнота – у 2 (3,28%) Жидкий стул был у 16 детей (26,23%), задержка стула – у 4 (6,56%). Болезненное мочеиспускание отмечалось у 8 больных (13,11%).

Объективное исследование. Локальная болезненность была у 58 больных (95,08%). Дефанс выявлен у 14 поступивших (22,95%), сомнительным он был у 2 (3,28%). Симптомы раздражения брюшины были положительны у 22 больных (36,07%), сомнительны - у 30 (49,18%). Вздутие живота выявлено у 4 (6,56%) больных. Объемное образование в брюшной полости определялось у 13 больных (21,31%).

Общий анализ крови. Нейтрофильный лейкоцитоз отмечался у 52 больных (85,24%).

УЗИ было проведено 43 (70,49%) больным.

Диагноз “периаппендикулярный абсцесс” был поставлен 50 больным (81,97%), а “аппендикулярный инфильтрат” - 11 (18,03%).

Лечение. Всем больным с периаппендикулярными абсцессами проводилась экстренная операция. Среди больных с

аппендикулярными инфильтратами 4 (36,36%) лечились консервативно и 7(63,64%) – оперативно.

Выводы:

1.Соотношение мальчиков и девочек среди пациентов составило 1,8:1.

2.Наибольшее количество детей (73,77%) поступило в весенние и летние месяцы.

3.У 93,44% больных от начала болезни до операции прошло более суток.

4.Все дети жаловались на боль в животе. В 90,16% случаев отмечалась температура (чаще субфебрильная), в 60,66% - тошнота и рвота.

5.У 95,08% детей была локальная болезненность при пальпации живота, у 36,07% - положительные симптомы раздражения брюшины.

6.В общем анализе крови у 85,24% детей отмечался нейтрофильный лейкоцитоз.

7.Соотношение периаппендикулярных абсцессов и аппендикулярных инфильтратов среди пациентов составило 4,5:1.

Литература:

1.Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. М.:Медицина, 1993.-624с. С.334-344.

2.Альхимович В.Н. Классификация перитонита: семантическое и патогенетическое обоснование. Детская хирургия 2001 №3. С.21-26.

3.Юдин Я.Б., Габинская Т.А. Локализованные формы аппендикулярного перитонита у детей. Хирургия 1987 №8. С.26-30.

РАННЯЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ СТОП

Кошман Г.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель - д.м.н., профессор С.И. Болтрукевич