

сужение границ поля зрения отмечено на 1 глазу (2%). Отмечается стабилизация ВГД у всех пациентов (ниже 27 мм рт.ст.). Улучшение показателей гемодинамики у 5 больных (17%).

Таким образом, применение тимолола в комплексной терапии ПОУГ является необходимым компонентом для стабилизации глаукоматозного процесса.

## **СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ)**

*Сахарчук Е.Ю., Бурак Е.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Лашковская Т.А.*

Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) – тяжелые аутоиммунные заболевания, проявляющиеся поражением многих органов и систем. К этим заболеваниям относятся системная красная волчанка (СКВ), системный склероз и дерматомиозит [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинической картины СКВ у детей, находившихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» в 2004-2007 годах.

Нами проанализированы все истории болезни детей с СЗСТ (13 случаев). Из них – 3 мальчика и 10 девочек. Диагноз СКВ был выставлен 6 детям (3 мальчикам и 3 девочкам), склеродермии - 5, дерматомиозита – 2 детям. 11 детей с системными заболеваниями проживают в городах и только двое в сельской местности.

На момент начала заболевания средний возраст детей с СКВ составил  $10,4 \pm 2,16$  лет.

У всех детей с СКВ начало заболевания приходилось на весенне-летний период. Продолжительность заболеваний составила –  $4,41 \pm 1,28$  года.

У 5 детей СКВ манифестировала II или III степенью активности и сопровождалась поражением сердца у всех детей: у 3 диагностирован миоперикардит, у 2 – панкардит с сердечной недостаточностью IIА степени.

Изменения на ЭКГ выявлены у 5 детей с СКВ: изменения в миокарде левого желудочка; признаки гипертрофии левого желудочка; нарушение процессов реполяризации; брадикардия (у 1 ребенка).

Поражение кожи в виде волчаночного дерматита имело место у всех детей.

Артриты отмечены у 2 детей с СКВ, у остальных детей – артралгии.

У 4 из наблюдаемых детей диагностировано поражение почек в виде люпус-нефрита: у 2 – нефротический синдром и у 2 – на нефробиопсии выявлен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (IV класс).

У 2 детей диагностирован люпус-гепатит, у 1 ребенка панкреатит. Пневмонит имел место у 3 детей.

В протеинограмме у детей с СКВ отмечалась диспротеинемия с увеличением  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$  и  $\gamma$ -глобулинов; увеличение серомукоида и положительный С-реактивный белок у всех детей.

В общем анализе крови у каждого ребенка отмечались ускорение СОЭ, лейкопения, анемия у 2 детей, у 4 – тромбоцитопения.

При изучении сопутствующих заболеваний у 2 детей диагностирован хронический тонзиллит; у 2 - аденоиды I-II ст.; у 1 ребенка - диффузный эутироидный зоб I ст.; у 3 - дискинезия желчевыводящих путей.

**Выводы:**

1. Системная красная волчанка чаще диагностируется в весенне-летний период у

городских детей.

2. Наиболее частыми клиническими проявлениями системной красной волчанки являются: люпус-дерматит, поражения сердца в виде миоперикардита, люпус-нефрит, манифестирующие на фоне II-III степени лабораторной активности воспалительного процесса.

Литература:

1. Батян Г.М., Кажарская Л.Г. Диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани у детей: Методические рекомендации. – Мн., 2002. - 23с.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЗОТЕЛИОМ**

*Селешук Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Силяева Н.Ф.*

Мезотелиома – редкая опухоль, источником которой является мезотелий – уплощенные полигональные клетки, выстилающие серозные оболочки. Самая частая локализация мезотелиом – плевра (90%), затем – брюшина (6-10%), крайне редко – перикард (И.М.Аничков, 1990). К мезотелиомам относят также аденоматоидные опухоли половых органов – маточных труб и придатков яичек (А.И.Смольяников, 1993).

Различают доброкачественный и злокачественный варианты мезотелиом. Доброкачественная мезотелиома, называемая фиброзной, является локализованной опухолью в виде четко отграниченного плотного узла на ножке или широком основании, чаще располагается в плевре, имеет на разрезе слоистое строение, микроскопически соответствует структуре многоклеточной фибромы.

Злокачественная мезотелиома, как правило, является диффузной опухолью в виде инфильтрата, утолщающего серозный покров, нередко приобретает вид панциря, окутывающего орган, реже, при локализации в брюшине, сальнике она может быть в виде одиночных или сливающихся узловатых образований с бугристой поверхностью, покрытой рыхлыми сосочками, секретирующими мукоидное вещество. В толще опухоли – множественные мелкие щели, полости с серозным, кровянистым или слизистым содержимым. По гистологическому строению наиболее характерной формой злокачественной мезотелиомы является эпителиоидный вариант с папиллярными, тубулярными структурами и тяжами полиморфных клеток среди фиброзной, нередко гиалинизированной стромы. Опухолевые клетки могут быть мономорфными, подобными на макрофаги, образовывать солидные скопления. Эпителиоидный вариант опухоли очень трудно отличим от аденокарциномы, скirroзного, солидного рака. Другой формой злокачественной мезотелиомы является саркоматозный вариант, подобный по структуре на ангиоэндотелиому, веретено-полиморфно-клеточную саркому. Возможен и смешанный вариант опухоли с участками эпителиоидного и саркоматозного строения. Диагностическим отличием всех видов злокачественной мезотелиомы является крайняя редкость митозов при выраженном клеточном полиморфизме (Д.И. Головин, 1990).

Для злокачественной мезотелиомы характерен медленный экзофитный рост на серозном покрове, сопровождающийся скоплением серозного, серозно-геморрагического экссудата в полостях, возможно врастание опухоли в прилежащие органы. Метастазирует злокачественная мезотелиома лимфогенно, гематогенные метастазы для нее не характерны.

Выделяют также пограничный вариант мезотелиомы- доброкачественную кистозную мезотелиому, чаще локализирующуюся в брюшине малого таза, которая может рецидивировать (Г.А.Галил-Оглы и др.,1985).

Приводится наблюдение злокачественной мезотелиомы брюшины у женщины 66 лет, клинически диагностированной как рак яичников с карциноматозом брюшины, по поводу которого больной проведена полихимиотерапия, произведена экстирпация матки с придатками и резекция сальника, затем – гормонотерапия и наложение илеостомы в связи с кишечной непроходимостью. При патоморфологическом исследовании операционного материала рак яичников, матки не обнаружен, выявленная опухоль в сальнике трактовалась как метастаз низкодифференцированной аденокарциномы. Причиной смерти больной явилась интоксикация, обусловленная диффузной злокачественной мезотелиомой брюшины, растущей в стенку толстой кишки, и легочно-сердечная недостаточность в связи с инфаркт-пневмонией на фоне истощения.

Клинико-анатомический анализ наблюдения свидетельствует о трудности как клинической, так и морфологической диагностики мезотелиомы, непременным условием которой является исключение рака внутренних органов.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Селешук Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ*

*Научный руководитель – к.м.н. ассист. Д.Б. Карев*

Переломы проксимального отдела бедра составляют 17% в структуре травм опорно-двигательной системы (на долю медиальных переломов приходится 50-55%).

По данным литературы, 70-75% травмы данной локализации отмечаются у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности этого контингента людей, анатомо-функциональные характеристики проксимального отдела бедренной кости и тазобедренного сустава, а также многочисленные осложнения общесоматического, психического и локального характера создают значительные трудности в реабилитации пациентов и являются предметом дискуссии специалистов, занимающихся данной проблемой на протяжении почти столетия. Все вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема лечения ППОБК остается актуальной не только в медицинском, но и социальном аспекте.

**Цель данной работы** - проведение сравнительного анализа способов лечения пациентов с медиальными переломами бедренной кости, который позволит выработать комплексный дифференцированный подход и хирургическую тактику в реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с данной патологией.

**Материалы и методы:** основаны на анализе результатов у 262 пациентов, находившихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ. По локализации: субкапитальные-91, трасцервикальные-141, базальные- 14, диагональные-16 (в 19,3% случаев отмечен оскольчатый характер перелома). У 88,2% отмечена 3-4 степень смещения по классификации Гарден, у 61,2% переломы отнесены к 3-й группе по классификации Павелс. Использована также оригинальная классификация, учитывающая степень выраженности сопутствующей патологии.

В хирургической реабилитации пациентов использованы следующие виды