

напряжении. Характерно, что жесточайшие боли в грудной клетке при этом заболевании не сопровождались развитием острой левожелудочковой недостаточности. Не отмечалось в этих случаях и опасных, требующих медикаментозной коррекции аритмий. Возникновение аорталгии обусловлено раздражением нервных окончаний в стенке измененной атеросклеротическим процессом аорты или раздражением парааортальных нервных сплетений при перерастяжении стенки аорты. На ЭКГ не было зарегистрировано признаков очагового поражения миокарда.

Правильной диагностике расслаивающей аневризмы и разрыва аорты способствует тщательная детализация болевого синдрома и четкое представление о его особенностях у этих больных, выявление фоновых заболеваний (многолетнее повышение артериального давления, атеросклероз аорты) полноценное клиническое обследование (определение ширины сосудистого пучка в динамике, выявление и правильная трактовка шумов над аортой, поиск периферических «масок» заболевания), правильная трактовка ЭКГ изменений, своевременное рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

Выводы.

1. Расслаивающая аневризма аорты является прогностически неблагоприятным осложнением АГ в сочетании с атеросклерозом аорты.

2. Наиболее частой причиной расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов является нечеткое представление практическими врачами особенностей клинической картины расслаивающей аневризмы аорты, несвоевременное использование рентгенологического и ультразвукового методов исследования.

## **КОЛО- И ЭНТЕРОСТОМАМИЯ У ДЕТЕЙ**

**Полойко А.В.**

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии  
Научный руководитель - доцент Ю.Г.Дегтярев

За 2000-2005 г.г. в ЦДХ находились на лечении в Центре детской хирургии г. Минска 252 ребенка с коло- и энтеростомами. Можно выделить 5 групп больных с коло- и энтеростомами.

К первой группе мы отнесли детей с аноректальной патологией, у которых произведено наложение колостомы как промежуточный этап в лечении врожденной аномалии - 104 ребёнка . Колостомы этим детям накладывались на срок от 4 месяцев до 1 года и более в зависимости от необходимости хирургической коррекции порока. Учитывая, что контролируемый (осознанный) акт дефекации формируется у здорового ребенка к 2-2,5 годам жизни, функционально обосновано и является оптимальным как для больного, так и в техническом плане для хирурга радикальное лечение именно в этом возрасте. Операции в более раннем возрасте сложнее для хирурга и опаснее для больного. Откладывание радикальной операции на возраст старше 3-х лет также нецелесообразно, так как вторичные изменения в толстой кишке и тазовом дне значительно усложняют вмешательство и ухудшают прогноз.

Вторую группу составили больные с различной врожденной патологией толстого кишечника (81 ребёнок), в том числе с болезнью Гиршпрунга. Колостома им накладывалась в комплексе предоперационной подготовки по строгим показаниям: если трудно или невозможно отмыть кишечник сифонными клизмами, или требуется вывести ребенка из тяжелого состояния, обусловленного рецидивирующей кишечной непроходимостью. В некоторых случаях (4) приходилось перекладывать колостомы, выведенные по экстренным показаниям в других лечебных учреждениях для сохранения функционирующего участка толстой кишки и возможности проведения адекватной радикальной операции.

В третью группу включены дети с острой хирургической патологией брюшной полости (острый аппендицит, инвагинация кишечника, перитонит другого генеза), которым произведено наложение коло- или чаще энтеростомы по жизненным показаниям до стихания острых воспалительных явлений в брюшной полости- 39 больных.

Четвёртая группа больных- это больные с травмами прямой кишки, влагалища с наложенными временно колостомами для проведения этапных реконструктивных операций - 24 больных .

В отдельную группу нами включены больные с наложенными энтеростомами при неспецифическом язвенном колите с рубцовым стенозом толстого кишечника и тотальном полипозе толстого кишечника - 4 ребёнка.

Осложнения после энтеро- и колостомий развиваются в значительном проценте случаев. Чаще всего они наблюдаются в раннем послеоперационном периоде и обусловлены техническими трудностями. Из 252 детей осложнения после наложения энтеро- и колостом были у 64 (25 %). В ближайшем послеоперационном периоде они были у 58 детей. Это перитонит, связанный с некрозом стенки выведенной кишки у 8 , кишечная непроходимость - у 7, воспаление и отёк выведенного участка толстой кишки - у 14, нагноение и несостоятельность швов у кожного края стомы - у 12. абсцессы и свищи в области стом - у 17 больных. В отдалённом периоде также были осложнения - у 26 детей: стриктуры стомы - у 13, пролапс кишки - у 9, параколостомические грыжи - у 4 детей.

Анализ наших наблюдений позволяет сделать вывод, что энтеро- и колостома - это сложные и ответственные операции. При формировании стомы создаётся специфичная рана с линией кожно-кишечных швов, постоянно загрязняемая кишечным содержимым, что способствует развитию раневой инфекции. Применение в последнее время в раннем послеоперационном периоде различных типов стандартных калоприёмников (ConvaТес и др. ) значительно снизило

число гнойных осложнений.

## **УРОВЕНЬ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 25 ЛЕТ**

**Полюхович Ю.И.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.А.Добродей

Сегодня одной из приоритетных задач нашего государства является формирование у населения здорового образа жизни[1]. Наверное, нет человека, который бы не знал о вреде курения□ алкоголя и других факторов риска для здоровья[2]. Здоровая молодежь – это успешное будущее нашего народа, поэтому целью нашей работы стало изучение корреляции факторов риска и уровня работоспособности среди мужчин в возрасте от 18 до 25 лет.

Материал и методы исследования. На базе филиала 2-ой городской больницы г.Пинска была проведена у 90 призывников обработка данных медицинских карт стационарного больного: биохимический анализ крови (исследование уровня холестерина в крови)□ велоэргометрия (ВЭМ)□ электрокардиография (ЭКГ)□ центральная гемодинамика (ЦГД)□ измерение роста и массы тела. В возрастной группе преобладали: 21-летние юноши составили 17,7% (16 человек), 20-летние – 15,5% (14 человек)□ 19-летние – 13,3% (12 человек). Толерантность к нагрузке определялась на велоэргометре "М 32-В-1 Луч" (РБ) по стандартной методике, первая ступень составляла 300 кгм/мин, ЦГД, ЭКГ - на комплексе "Валента" (РФ), холестерин - ферментативным методом на аппарате "Solar" (РБ).

Результаты исследования: Из 90 человек: курят 52 (56%) человека□ употребляют алкоголь 27 (30%) человек□ ведут малоподвижный образ жизни (МПОЖ) 51 (56,7%) человек, избыточная масса тела (ИМТ>25) - у 36 (40%) человек, холестерин (более 5,5