

## *Литература*

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний / Воронин С.В. [и др.] - Владивосток, 2008. – 51

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕЛЕЗЕНКИ**

***Ковган Н.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – Шило Р.С.*

**Актуальность.** Прогресс медикаментозного лечения аутоиммунных гематологических заболеваний не уменьшил актуальности операции спленэктомии, которая до сих пор остается важным звеном комплексной терапии данных пациентов, а в ряде случаев является единственным способом достижения быстрого лечебного эффекта.

**Цель:** провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов с гематологическими заболеваниями, которым были выполнены лапароскопические и открытые спленэктомии.

**Материалы и методы исследования.** На базе хирургического отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 2016 году было выполнено 5 спленэктомий. Из них по поводу тромбоцитопенической пурпуры прооперировано 2 пациента, по поводу волосатоклеточного лейкоза (спленомегалия с гиперспленизмом) – 1 пациент, по поводу лимфомы селезенки – 1 пациент, 1 пациент с кистой нижнего полюса селезенки с подкапсульной гематомой. В 2 случаях была выполнена лапароскопическая спленэктомия (по поводу тромбоцитопенической пурпуры), а в 3 случаях – открытая спленэктомия. Мужчин было 4, женщин – 1. Средний возраст пациентов составил 48 лет. Время лапаротомной операции колебалось от 70 мин. до 120 мин., а среднее время лапароскопической спленэктомии составило 240 минут. При опухолях селезенку удаляли через мини-лапаротомный разрез, в других случаях орган удаляли фрагментированием в контейнере.

**Результаты.** Пациенты после лапароскопической спленэктомии были выписаны из стационара на 6-е сутки, после открытой операции – на 8-10 сутки. Ближайших послеоперационных осложнений у всех пациентов выявлено не было, раны у всех зажили первичным натяжением. Пациентам после лапароскопической спленэктомии не потребовалось введение наркотических анальгетиков, уже с 1-х суток после операции они активно передвигались по палате. Открытая спленэктомия потребовала введения пациентам в первые сутки промедола для адекватного обезболивания.

**Выводы.** Лапароскопическая спленэктомия является высокоэффективным малоинвазивным оперативным пособием в лечении аутоиммунных гематологических заболеваний селезенки. Однако, при спленомегалии и перисплените операцией выбора является открытая спленэктомия.

### *Литература*

1. TerrosuG., VaccaraniU., BresadolaV. et al. The impact of splenic weight on laparoscopic splenectomy for splenomegaly. Surg Endosc 2002; 16 (1): 103—107.

## **ИЗУЧЕНИЕ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

***Кожемякина С.Р., Крутикова Н.Ю.,***

*Смоленский государственный медицинский университет,  
Смоленск, Россия*

*Научный руководитель - д.м.н., доцент Крутикова Н.Ю.*

**Актуальность.** Ожирение у детей и подростков является одной из актуальных проблем детского здравоохранения, как в России, так и за рубежом. Ожирение – это хроническое нарушение обмена веществ, сопровождающееся избыточным отложением жировой ткани в организме. На сегодняшний день ожирение признано новой хронической неинфекционной «эпидемией». Примерно 15% детского населения имеют избыточную массу тела. В последних зарубежных исследованиях показано снижение скорости формирования кости за счёт того, что увеличение жировых отложений подавляло образование новых коллагеновых структур.

**Материалы и методы.** Проведено клиничко-анамнестическое и лабораторно-инструментальное обследование детей от 5 до 16 лет, всего обследовано 70 детей, из них 35 детей с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением 1-3 степени. В исследование были включены дети от одноплодной беременности, матери, которых не имели хронических болезней, которые в силу патогенеза могли привести к нарушению костного метаболизма и минерального обмена, снижению прочности кости у детей.

1 группа (n=35) – дети с ожирением (группа основная);

2 группа (n=35) – дети с нормальным весом (группа контроля).

Проводились: Сбор анамнеза, анализ форм 112/у, консультации врача-эндокринолога, врача-ортопеда. Уровень физического развития детей определялся с использованием комплекса устройств для антропометрии, центельных таблиц. Костную прочность оценивали методом количественной ультрасонометрии (КУС) на ультразвуковом денситометре «SunlightMiniOmni» по скорости ультразвуковой волны (м/с) и интегральному показателю Z-score, который выражается в единицах стандартного отклонения (SD) скорости ультразвуковой волны (SOS) по отношению к средневозрастной норме детей того же пола и возраста. Костную прочность диагностировали в дистальном отделе лучевой кости не доминирующей верхней конечности и середине диафиза левой большеберцовой кости.

**Результаты.** Установлено, что в 1 группе 11 детей (31,4%) имели очень высокое физическое развитие (перцентиль 97<), 8 детей (22,8%) – высокое физическое развитие (перцентиль 90-97), 9 детей (25,8%) – физи-