

дня своей остроты и актуальности не утратила. Наличие в забрюшинном пространстве многих жизненно важных органов, специфика их анатомического строения, сосудистой архитектоники и иннервации - повреждение их приводят к быстрому развитию необратимых изменений.

Цель исследования: проанализировать частоту повреждений органов забрюшинного пространства у детей и результаты их лечения.

Материал исследования. Нами проведен анализ карт выбывшего из стационара пациентов, находившихся в хирургическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы с 2011 по 2015 год с травматическими повреждениями органов забрюшинного пространства. При исследовании учитывались возраст, пол, время госпитализации с момента получения травмы, место проживания, исход заболевания. Клинический материал включает 33 пациента. В возрастных группах от 0 до 3 лет – 6 (18,2%), от 3 до 7 – 7 (21,2%), от 7 до 14 – 15 (45,4%), от 14 до 18 – 5 (15,2%).

Результаты. Частота получения повреждений забрюшинного пространства составила в 2011 – 4 (12,1%), в 2012 – 5 (15,2%), в 2013 – 5 (15,2%), в 2014 – 7 (21,2%), в 2015 – 12 (36,3%) случаев. У 23 пациентов (69,7%) травма приходится на весенний и летний период, у 10 (30,3%) приходится на осенний и зимний период. Количество городских детей – 30 (97,5%), сельских - 3 (2,5%). Травматизм среди мальчиков – 22 (66,7%) случаев, среди девочек – 11 (33,3%). У 19 (57,6%) пациентов диагноз – ушиб поясничной области, у 13 (34,4%) детей – ушиб почки и у 1 (8%) ребёнка – сочетанная травма (ушиб почки с отрывом мочеточника). 19 детей (57,6%) госпитализированы в течение первых 6 часов, 9 пациентов (27,3%) в течение 7-24 часов и 5 детей (15,1%) позднее 24 часов. Исход заболевания у 14 (42,4%) с улучшением, у 19 (57,6%) с выздоровлением. Среднее количество койко-дней в стационаре – 5.

Выводы:

1. Наибольшее количество травм забрюшинного пространства у детей наблюдается в весеннее-летний период.
2. Мальчики в 2 раза чаще травмируются, чем девочки.
3. Основная часть детей госпитализированы в течение первых 6 часов.
4. Частота повреждений забрюшинного пространства у городских детей выше, чем у сельских.
5. Наблюдается высокий уровень травматизации в возрастной группе от 7 до 14 лет.

Литература:

1. Рудин Ю. Э., Горицкий М. И. Травматические повреждения почек у детей: учебное пособие для врачей. – Москва, 2008. – 36 с.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА

Пята Н.С., Крень Ю.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Плавский Д.М.

Актуальность. По данным ВОЗ, число врожденных пороков развития уха в последние годы не уменьшилось. Выделяют ряд тератогенных факторов, влияющих на развитие пороков уха: экзогенные, биологические, психогенные, эндогенные [1].

Цель и задачи исследования: оценка эффективности хирургического лечения пороков развития уха путём выполнения реконструктивной отоластики.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 14 пациентов с ВПР уха в возрасте от 7 до 32 лет.

Существует большое количество различных методик реконструктивной отоластики, однако общепризнанными считаются две: по R.C.Tanzer - B.Brent и по S.Nagata. Мы использовали технику R.C.Tanzer - B.Brent, включающую:

- создание каркаса ушной раковины и ее размещение;
- поворот мочки в нужную позицию;
- приподнятие реконструированной ушной раковины и создание позадиушной борозды;
- углубление раковины и создание козелка.

Результаты и их обсуждение. Совместно с бригадой детских хирургов или торакальных хирургов первым этапом мы выполняли забор хрящевого трансплантата реберной дуги, противоположной отсутствующему уху. Далее из хрящевого фрагмента формировали каркас ушной раковины по макету нормально сформированного уха и имплантировали его подкожно в область, где должна была быть сформирована ушная раковина. Через 2,5-3 месяца выполняли пересадку свободного кожного лоскута для формирования задней поверхности ушной раковины. И заключительным этапом было формирование анатомического элемента наружного уха.

Нами выполнена трехэтапная отоластика по Брэнту 14 пациентам. Все пациенты перенесли оперативное вмешательство хорошо. В послеоперационном периоде ушная раковина была сформирована правильно и находилась в соответствии к другим анатомическим ориентирам.

Выводы:

1. У пациентов, которым выполнялась трехэтапная реконструктивная отоластика, удалось сформировать отсутствующую ушную раковину и различные ее анатомические структуры (козелок, противозавиток, мочка).
2. Использование различных модификаций методов Brent и Nagata для реконструкции ушной раковины при пороках ее развития позволяет получить положительный психоэмоциональный результат у пациента.
3. Прогнозирование конечного результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии.
4. Пациенты должны быть информированы о возможных альтернативных методах перед выбором тактики лечения.

Литература:

1. Балясинская, Г. Л. Хирургическое лечение врожденных пороков развития наружного и среднего уха / Г. Л. Балясинская, М. Р. Богомилский, Ю. М. Овчинников. – Москва, 1999. – 126 с.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Равданович А. Ю., Толочко В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Алешик И.Ч.

Актуальность. Лимфомы - неоднородная группа злокачественных опухолей, включающая лимфому Ходжкина и неходжкинские лимфомы (НХЛ). Лимфомы составляют около 4% от всех злокачественных опухолей и занимают 6-е место по смертности от онкологических заболеваний [1]. Лимфома Беркитта – одна из разновидностей В-клеточных НХЛ с высокой фракцией пролиферирующих клеток (Ki-67 80-100%). Среди всех вариантов НХЛ этот тип опухоли составляет 2%. Характерными клиническими особенностями sporadicческой лимфомы Беркитта являются преимущественное поражение органов брюшной полости (печень, желудок, тонкий и толстый кишечник, селезенка), центральной нервной системы, костного мозга, лимфатических узлов, чаще встречается у мужчин в возрасте 35-40 лет. У детей составляет 30-50% всех лимфом, средний возраст пациентов 8-12 лет [2]. Поражение опухолью костей лицевого черепа – редкость. Описаны единичные случаи поражения костей ниж-