

Длительность пребывания пациентов сравниваемых групп в отделении реанимации имеет достоверное различие ($p=3,3$) и в среднем составило 2,85 для лапароскопической группы, и 3,25 соответственно для пациентов второй группы. Общее количество койко-дней в хирургическом стационаре для пациентов первой группы не имело достоверной разницы и составило 11,9 и 12,25 дней соответственно.

Таблица 1 — Результаты, полученные при расчете средних арифметических величин

Группы	Койко-дней	Нахождение в ОИТР	Обезболивание	Перистальтика	Энтеральная нагрузка
Лапароскопическая	11,9	2,85	1,5	1,5	2
Лапаротомическая	12,25	3,25	1,8	1,83	2,4

Ранний послеоперационный период у пациентов второй группы осложнился продолжающимся перитонитом, потребовавшим лапароскопической санации, у троих детей. Еще у четверых пациентов выявлен послеоперационный инфильтрат брюшной полости, что потребовало смены антибиотиков. У троих пациентов наблюдались осложнения со стороны операционной раны — инфильтрат и гематома — лечение консервативное, с выздоровлением. У пациентов группы лапароскопического лечения осложнение раннего послеоперационного периода выявлено у одного ребенка — продолжающийся перитонит, требующий релапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. Все пациенты выписаны из стационара, летальности в обеих группах не наблюдалось.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей с применением миниинвазивных и традиционных методов выявил отсутствие достоверной разницы по срокам пребывания пациентов в ОИТР и хирургическом стационаре. Однако, отсутствие ранних послеоперационных осложнений, меньшие потребности пациентов в обезболивающих препаратах, более быстрое восстановление перистальтики кишечника и косметический эффект делают лапароскопические операции у детей при аппендикулярном перитоните предпочтительными. Полученные данные позволяют рекомендовать лапароскопию к более широкому применению в детских хирургических стационарах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острый аппендицит / Д. Г. Кригер [и др.]. — 2002. — 244 с.
2. Савельев, В. С. Перитонит / В. С. Савельев — 2006. — 208 с.
3. Пронин, В. А. Патология червеобразного отростка и аппендоэктомия / В. А. Пронин, В. В. Бойко. — 2007. — 287 с.
4. Аверин, В. И. Диагностическая и лечебная лапароскопия в детской хирургии / В. И. Аверин, В. А. Катько, А. А. Свирский // Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии: матер. симпозиума. — М., 1994. — С. 10–11.
5. Абушкин И. А. Неинвазивная диагностика отграниченных гнойно-воспалительных процессов живота у детей / И. А. Абушкин // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: матер. I Всероссийского конгресса, 2002. — С. 340.

УДК 617.758.11:617.753] – 08(476.2)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СХОДЯЩЕГОСЯ КОСОГЛАЗИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ЖИВИЦА»

Якимец Я. А.

Научный руководитель: к.м.н. Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

К наиболее часто встречающимся глазным заболеваниям детского возраста относится косоглазие — постоянное или периодическое отклонение одного из глаз. Оно яв-

ляется не только косметическим недостатком, но и сопровождается серьезными нарушениями зрительной функции. У ребенка может быть двоение, снижение остроты зрения косящего глаза, ухудшение восприятия объема и удаленности предметов. Кроме того, нарушения совместной работы глаз при косоглазии может ограничивать профессиональную пригодность во многих гражданских профессиях и военных специальностях. Ошибки в пространственной ориентировке при косоглазии могут привести к дефектам в профессиональной работе и к несчастному случаю на производстве и в быту [1]. Наличие данной патологии часто отрицательно сказывается на психике ребенка, формировании характера и личности в целом. У ребенка на всю жизнь формируется комплекс «неполноценности», что ведет к психоэмоциональным проблемам ребенка и его родителей, в частности к проблемам в общении со сверстниками и недооценке своих возможностей [2]. Поэтому особенно большое значение имеет своевременное выявление и раннее начало комплексного лечения данного заболевания. Предупреждение и устранение косоглазия с одновременным восстановлением утраченных функций — важная задача научной и практической офтальмологии [3].

Цель работы

Изучить эффективность плеопто-ортоптического лечения детей со сходящимся косоглазием на фоне гиперметропической рефракции.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 52-х пациентов, находившихся на лечении в отделении реабилитации больных с болезнями глаз Гомельской областной больницы в 2011 году. Из них 25 мальчиков, 27 девочек в возрасте от 6 до 17 лет (средний возраст составил $10,5 \pm 5,5$). Все дети на догоспитальном этапе осмотрены педиатром. У 73 % выявлен сколиоз I–II степени.

Дизайн офтальмологического исследования включал: визометрию, определение угла косоглазия, фузии и фузионных резервов на синоптофоре, фиксации на безрефлексном офтальмоскопе, характера зрения на цветотесте. Исследование проводилось до и после лечения. Статистическая обработка проводилась с помощью критерия Вилкоксона.

Проводимое лечение включало окклюзию ведущего глаза для устранения конкуренции и активизации работы амблиопичного глаза; засветы сетчатки для активизации биохимических процессов в пигментном эпителии; электростимуляцию зрительного нерва и сетчатки; тренировки тонкой моторики пальцев рук в сочетании с увеличением зрительной нагрузки на плохо видящий глаз. С целью формирования бинокулярного зрения проводились тренировки на синоптофоре фузии и фузионных резервов под объективным углом косоглазия; тренировки с помощью компьютерной программы «Ай». Наличие сопутствующей соматической патологии у детей (73 % имели сколиоз I–II степени) стало основанием для включения в лечебный процесс занятий лечебной физкультурой, массаж позвоночника, лекарственный электрофорез с сосудорасширяющими препаратами. Психологическая реабилитация состояла из индивидуальных бесед с психологом или групповых занятий, основной задачей которых являлось снижение уровня личной тревожности пациента, уменьшение фиксации его внимания на дефекте здоровья и повышение заинтересованности ребенка в собственном выздоровлении. Курс лечения в среднем составил 21 день.

Результаты и обсуждения

В зависимости от степени гиперметропии дети распределены на 3 группы. **1 группа** — дети с гиперметропией слабой степени (32 глаза) средняя острота зрения до лечения составила $0,66 \pm 0,62$, после лечения — $0,77 \pm 0,68$. Разница остроты зрения (дельта) до и после лечения равна 0,11. **2 группа** — дети с гиперметропией средней степени (54 глаза) средняя острота зрения до лечения составила $0,59 \pm 0,54$, после лечения — $0,68 \pm 0,6$. Разница остроты зрения (дельта) до и после лечения равна 0,083. **3 группа** — гиперметропия высокой степени (18 глаз) Средняя острота зрения до лечения составила

0,477 ± 0,45, после лечения — 0,607 ± 0,55. Разница остроты зрения (дельта) до и после лечения равна 0,13. Таким образом, острота зрения во всех 3-х группах достоверно увеличилась ($p < 0,05$).

В зависимости от угла косоглазия сформировано 4 группы детей. **1 группа (20 детей)** — с углом косоглазия 5 градусов после проведенного лечения угол косоглазия составил 0–2°; **2 группа (13 детей)** угол косоглазия равный 5–10°, в результате лечения произошло уменьшение угла косоглазия до 5–7°. **3 группа (6 детей)** с углом косоглазия 15° после лечения перешли в группу детей с углом равным 5–10°; **4 группа (6 человек)** с углом косоглазия 25° после лечения перешли в группу детей с углом косоглазия 10–15°. Во всех группах после курса комплексной терапии произошло достоверное уменьшение угла косоглазия в среднем на 5° ($p < 0,05$). В группе детей с углом косоглазия от 10 до 15 градусов $p = 0,068$, следовательно находится на уровне тенденции статистической значимости.

Уменьшение угла косоглазия и остроты зрения повлекло за собой формирование бинокулярного зрения у 15,2 % детей и уменьшение детей с монокулярным косоглазием с 67,40 до 57,20 % (рисунок 1), что свидетельствует об эффективности проводимого комплексного лечения.

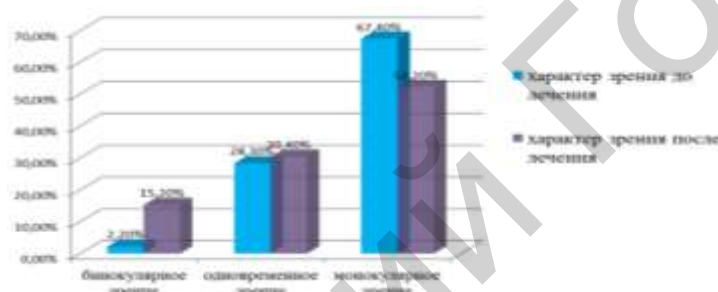


Рисунок 1 — Изменение характера зрения у детей на фоне проводимой терапии (%)

Выводы

1. Острота зрения во всех группах обследуемых детей с гиперметропией достоверно увеличилась в среднем на 0,1 ($p < 0,05$).

2. Угол косоглазия достоверно уменьшился на 5° ($p < 0,05$). В группе детей с углом косоглазия от 10 до 15 градусов $p = 0,068$, следовательно находится на уровне тенденции статистической значимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дымшиц, Л. А. Основы офтальмологии детского возраста / Л. А. Дымшиц. — 1970, Медицина, Л. — С. 544.
2. Егоров Е. А., Басинский С. Н. Клинические лекции по офтальмологии [2007 г., RTF/FB2/PDF, RUS], Издательство ГЭОТАР-Медиа. — С. 320.
3. Аветисов, Э. С. Содружественное косоглазие / Э. С. Аветисов. — М., «Медицина», 1977. — 312 с.
4. Бирич, Т. А. Офтальмология: учебник / Т. А. Бирич, Л. Н. Марченко, А. Ю. Чекина. — Минск: Выш. шк., 2007. — 555 с.

УДК 616.32-007.253-053.2-085.849.19

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ.

Якимкова Т. Н., Кашпар О. А.

Научный руководитель: В. М. Рустамов

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

При выборе хирургического метода лечения патологии пациента, предпочтительны методы с минимальной травматизацией организма и максимальным положительным эф-