

разрушительном поведении, в таких формах, как причинение себе увечий, суицидальных реакциях и мыслях и вовлечении в антиобщественную деятельность [3, 1].

У детей из педагогически некомпетентных семей возникают проблемы в учебно-практических и социально-этических знаниях, дефектах в развитии черт и качеств личности, во взаимоотношениях с окружающими, что влияет на социализацию ребенка в будущем.

Заключение

Таким образом, семьи, находящиеся в социально опасном положении, создают неблагоприятный фон для развития ребенка. Поэтому особое значение имеют превентивные меры и работа по выявлению детей, находящихся в социально опасном положении. Только совместными усилиями и в тесном сотрудничестве всех заинтересованных служб (образования, органов опеки и попечительства, правоохранительных, медицинских и др.) можно добиться соответствующих результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шилова, О. В. Роль семьи в формировании эмоциональных расстройств у детей и подростков / О. В. Шилова // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы II Международной научно-практической конференции, выпуск 2, Гомель ГоГМУ. — 2008. — С. 197–200.
2. Роль системы здравоохранения Республике Беларусь в государственной защите детей в неблагополучных семьях / Е. Л. Богдан [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2013. — № 3.
3. Экстерович, А. И. Взаимодействие подростка в семейном социуме / А. И. Экстерович // Сацыяльна-педагагічная работа. — 2011. — № 6. — С. 20–27.
4. Здоровье детей в условиях социальной дифференциации общества / Т. М. Максимова, О. Н. Гавенко, В. Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 1. — С. 9–14.
5. Пятницкая, И. В. Проблема насилия над детьми в семьях (последствия и профилактика) / И. В. Пятницкая, О. В. Лисковский // Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей, том 4, Гомель 2014. — 2014. — С. 11–13

УДК 617.582+617.557] – 007. 43: 616-007.17

ЧАСТОТА ВНЕШНИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ И БЕДРЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

Чернобаев М. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Берещенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Герниопластика является одной из самых распространенных операций в плановой хирургии и составляет до 24 % всех хирургических вмешательств [1]. Грыжи встречаются у до 7 % взрослого населения. Широкое внедрение современных методов герниопластики позволяет снизить частоту послеоперационных рецидивов до 0,1–2 % [2].

В настоящее время, ряд авторов указывают, что в формировании грыж различных локализаций, в том числе и рецидивов, имеет значение состояние соединительной ткани больного. В связи с этим представляет интерес изучения маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у пациентов с грыжами живота. Длительное время считалось, что эти признаки проявляются в детском и юношеском возрасте и носят врожденный характер [3, 4]. Однако по мере накопления результатов исследований пришло понимание, что ДСТ имеет место во всех возрастных группах, и с возрастом ее частота увеличивается [5].

Цель

Изучить частоту встречаемости внешних проявлений ДСТ у пациентов с паховыми и бедренными грыжами.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди пациентов с паховыми и бедренными грыжами, находящихся на лечении в хирургическом отделении ГУЗ «Гомельская городская боль-

ница № 4» за период 2011–2013 гг. Пациенты были распределены по полу, возрасту, рецидивам заболевания. Оценка ДСТ проводилась на основании внешних проявлений – астенического типа конституции, арахнодактилии, деформации грудной клетки и позвоночника, гипермобильности в суставах, наличия плоскостопия и варикозного расширения вен нижних конечностей. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения данных пациентов на протяжении с 2011 по 2014 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Ретроспективно было изучено 244 пациента, которые были оперированы в плановом порядке в течение 2011–2013 гг. в хирургическом отделении ГУЗ «Гомельская городская больница № 4» по поводу паховых и бедренных грыж. Большинство из них (57,79 %) составляли лица трудоспособного возраста от 20 до 60 лет (таблица 1). Женщин было 39 (15,98 %), мужчин — 205 (84,02 %). Наиболее часто встречались косые — 128 (52,46 %) и прямые — 63 (25,82 %) паховые грыжи у мужчин. И соответственно косые были у 19 (7,78 %) и прямые паховые грыжи у 18 (7,38 %) женщин. Тринадцать (5,33 %) мужчин имели двухсторонние паховые грыжи. У женщин такая локализация грыж выявлена лишь в одном случае (0,41 %). Пациентов с бедренными грыжами было только двое (0,82 %) — одна женщина и один мужчина. У двух пациентов было сочетание паховых и пупочных грыж.

Таблица 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Всего
20–25	3 (1,46 %)	1 (2,56 %)	4 (1,64 %)
26–30	3 (1,46 %)	1 (2,56 %)	4 (1,64 %)
31–40	18 (8,78 %)	3 (7,69 %)	21 (8,61 %)
41–50	35 (17,07 %)	7 (17,95 %)	42 (17,21 %)
51–60	63 (30,73 %)	7 (17,95 %)	70 (28,69 %)
61–70	55 (26,83 %)	8 (20,51 %)	63 (25,82 %)
71 и старше	28 (13,67 %)	12 (30,78 %)	40 (16,39 %)
Всего	205 (100 %)	39 (100 %)	244 (100 %)

Рецидивные паховые грыжи до операции были у 22 (9,02 %) пациентов. Они чаще встречались у мужчин — 19 (86,36 %). Следует отметить, что 15 пациентам были до этого проведены операции с укреплением передней стенки пахового канала, у 7 пациентов выполнялась пластика задней стенки пахового канала (по Бассини или по Постемски). Большинство рецидивов 13 (59,09 %) приходилось на возрастную категорию пациентов старше 61 года.

У 92 (37,7 %) пациентов с грыжами имелись внешние проявления ДСТ, причем в возрастной группе старше 40 лет (95,05 %) (таблица 2). Частота встречаемости не зависела от пола. У 27 (11,07%) пациентов с ДСТ их было более двух. В совокупности, значительно преобладали поражения позвоночника и стопы (71,78%), что можно связать со значительной механической нагрузкой на эти органы в процессе жизнедеятельности.

Таблица 2 — Внешние проявления ДСТ у пациентов с паховыми и бедренными грыжами

Признак	Мужчины			Женщины		
	20–40 лет	40–60 лет	старше 60 лет	20–40 лет	40–60 лет	старше 60 лет
Астенический тип конституции	1	5	2		1	4
Арахнодактилия		2			1	

Воронкообразная деформация грудной клетки		1				
Килевидная деформация грудной клетки			3			
Сколиоз позвоночника	1	11	7	1	15	12
Гиперкифоз грудного отдела позвоночника			2		1	2
Гиперлордоз поясничного отдела		2	4		3	3
Синдром прямой спины			1			
Спондилолистез		2	6		8	7
Гипермобильность суставов		2		1	1	
Стрии на коже			2		7	1
Продольное или поперечное плоскостопие	4	12	14	1	12	14
Варикозно расширенные вены нижних конечностей	1	7	6		5	4
	7 (3,47 %)	44 (21,78 %)	47 (23,27 %)	3 (1,49 %)	54 (26,73 %)	47 (23,27 %)

Все пациенты были оперированы в плановом порядке. При паховых грыжах применялась пластика пахового канала по Лихтенштейну с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза («Эсфил», «Surumesh», «Арма-Тура»). При пластике бедренных грыж использовали пластику бедренного канала по Руджи-Парлавеччио с укреплением задней стенки пахового канала у мужчин по Лихтенштейну. За время наблюдения в 2011–2014 гг. рецидивов грыж не отмечено.

Выводы

Свыше 30 % пациентов с паховыми и бедренными грыжами имеют признаки ДСТ, что необходимо учитывать при выполнении оперативного вмешательства. При этом данные грыжи наиболее часто встречаются у мужчин трудоспособного возраста.

При выявлении внешних признаков ДСТ необходимо дальнейшее обследование пациентов с целью выявления висцеральных проявлений ДСТ, особенно со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что позволит сформировать группы риска диспансерного наблюдения с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, в основе которых лежат возрастные нарушения образования соединительной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осложнения пластики пахового канала по Лихтенштейну / В. Н. Егнев [и др.] // Хирургия. — 2002. — № 7. — С. 37–40.
2. Хирургическое лечение паховых грыж / А. А. Бочкарёв [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2008. — № 4. — С. 53–55.
3. Верещагина, Г. Н. Системная дисплазия соединительной ткани. Клинические синдромы, диагностика, подходы к лечению. Метод. пособие для врачей / Г. Н. Верещагина. — Новосибирск: НГМУ, 2008. — 37 с.
4. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. — 480 с.
5. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. — СПб.: ЭЛБИ, 2009. — 714 с.

УДК 577.164.2:634

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО РАЗЛОЖЕНИЯ ВИТАМИНА С В ПЛОДОВООВОЩНОЙ ПРОДУКЦИИ

Чернышева А. Р.

Научный руководитель: к.х.н., доцент В. А. Филиппова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**