

до 15 лет. Умеренный рост числа операций с резекцией БС отмечался с 5 летнего возраста, достигая максимума в возрасте 8–14 лет. Большинство пациентов составили горожане, в основном, из г. Гомеля. Удельный вес оперируемых в плановом порядке детей с хроническим аппендицитом и патологией БС составил 2,6 %. Более половины детей по экстренным показаниям были доставлены бригадами скорой помощи, остальные поступили из поликлиник, стационаров или обратились самостоятельно. Сроки от начала заболевания до операции у значительного количества пациентов составили более 24 часов.

При выполнении аппендэктомий с резекцией участка большого сальника использовались доступы: Волковича-Дьяконова — в 85,6 % случаев (из которых в 29 случаях предшествовал ВЛ скрининг). Лапароскопически аппендэктомия с последующей резекцией участка БС была выполнена 35 больным.

УЗ-диагностика в до- и послеоперационный период была выполнена у трети больных с высоким (до 92 %) уровнем диагностики, что помогло в выборе хирургической тактики.

Посевы выпота брюшной полости были взяты у более 40 % оперированных детей: в 25 % — роста микрофлоры не было получено, в остальных отмечалось наличие условно-патогенной кишечной флоры (*E.coli* в 56 %, реже — *Str.epidermidis*, энтеробактеры и т. д.).

В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, физиолечение (магнитотерапия, электрофорез с антибиотиками или КИ, ЛФК). Продолжительность койко-дней, чаще, варьировала от 10 до 16 дней, реже и дольше.

У 2 % больных в послеоперационном периоде развились местные воспалительные процессы со стороны раны и брюшной полости, наблюдались несколько случаев ранней спаечной кишечной непроходимости. Применение ВЛТ первично позволило уменьшить травматизм и число осложнений до единичных местных воспалительных раневых реакций. В большинстве случаев, осложнения были купированы консервативно.

Выводы

Активная информированность населения о своевременности врачебного осмотра при болях в животе может способствовать снижению числа осложненных форм острого аппендицита, а соответственно, и развитию связанных с ними последствий.

Применение в качестве скрининга УЗИ брюшной полости позволило улучшить дооперационную диагностику и послеоперационное ведение больных.

Интраоперационное выявление деструктивных изменений со стороны большого сальника является показанием к обязательной его парциальной резекции. Наилучшая визуализация этих изменений осуществляется с помощью или достаточного лапаротомного доступа или применения видеолапароскопической техники.

Выполнение видеолапароскопических или видеоассистированных операций позволило снизить уровень развития послеоперационных осложнений, повысить качество жизни и адаптацию пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров, Г. А. Инфильтративный подострый оментит при остром аппендиците у детей / Г. А. Баиров, Я. С. Голованов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1988. — № 1. — С. 116–119.
2. Голованов, Я. С. Первичные острые заболевания большого сальника у детей / Я.С. Голованов, В. А. Кудрявцев, Г. А. Баиров // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1990. — № 10. — С. 68–70.
3. Ганцев, Ш. Х. Первичный гнойный оментит / Ш. Х. Ганцев, М. А. Мустафин // Клиническая хирургия. — 1991. — № 2. — С. 56–58.
4. Барская, М. А. Диагностика и лечение оментитов при остром аппендиците у детей / М. А. Барская, Н. Л. Осипов // Детская хирургия. — 2008. — № 3. — С. 16–17.
5. Большой сальник: пер. с англ. / под ред. Д. Либерманн-Медфферт, Х. Уайта. — М.: Медицина, 1989. — 336 с.

УДК 614.37-053.2/6

КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ОТКЛОНЕННОЙ ОТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Симонова В. А., Семенова Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Товары детского ассортимента в связи с анатомо-физиологическими особенностями и незрелостью регуляторных систем организма детей и подростков должны отвечать ряду специфических требований. При выявлении опасных для жизни и здоровья свойств, несоответствия условий изготовления и оборота санитарно-гигиеническим нормативам продукция отклоняется от государственной гигиенической регистрации [2].

Изучить структуру отклонений от государственной гигиенической регистрации (ГГР) товаров детского ассортимента в ГУ «Гомельский областной ЦГЭ и ОЗ» за период 2008–2009 гг.

Материалы и методы исследования

В работе использовались данные учетно-отчетной документации отделения гигиенической регламентации и регистрации, результаты собственных исследований. Оценка и обработка проводилась с применением общепринятых статистических методов исследования, компьютерной программы Microsoft® Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение

За 2008 г. от ГГР отклонено 165 наименований товаров детского ассортимента (28 % от числа поданных заявлений). 69 % отказов составила одежда, 13 % — канцтовары и школьные принадлежности, 11 % — игрушки, 7 % — обувь.

Одежда для детей не соответствовала санитарно-гигиеническим нормативам по воздухопроницаемости и гигроскопичности (97 %), уровню миграции красителя на кожу (3 %). Канцтовары и школьные принадлежности — по интенсивности запаха, уровню миграции красителя на кожу, массе (по 33,3 %). Игрушки — по уровню миграции красителя на кожу, фенола и формальдегида (80 %), интенсивности запаха (20 %). Обувь — по интенсивности запаха и уровню миграции хрома (по 50 %).

За 2009 г. от ГГР отклонено 36 наименований товаров детского ассортимента (5 % от числа поданных заявлений), что в 5,6 раз меньше, чем в 2008 г. 71 % отказов составила одежда и 29 % — игрушки (рисунок 1).

Одежда не соответствовала санитарно-гигиеническим нормативам по воздухопроницаемости и гигроскопичности. Игрушки — по интенсивности запаха.

Большинство незарегистрированной в 2008–2009 гг. продукции было ввезено из стран дальнего зарубежья (Китай, Турция, Таиланд) индивидуальными предпринимателями-плательщиками единого налога для реализации на вещевых рынках и торговых объектах.

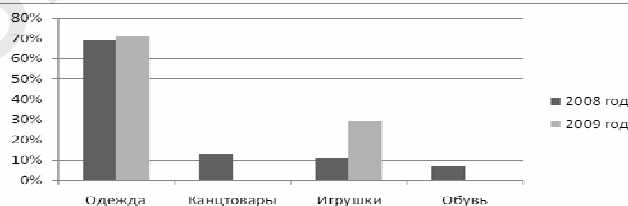


Рисунок 1 — Структура отказов в ГГР товаров детского ассортимента в 2008–2009 гг.

Заключение

Продукция, отклоненная от ГГР, может представлять опасность для здоровья детей и подростков, а также оказывать неблагоприятное воздействие на среду их обитания. Недостаточная воздухопроницаемость и гигроскопичность приводят к нарушениям теплообмена; красители вызывают раздражение кожи, зуд; фенол, формальдегид и хром — риниты, слабость, раздражительность, отсутствие аппетита, головную боль, бессонницу, аллергические реакции [3].

Вывод: необходимо проведение качественного надзора за производством и оборотом товаров, подлежащих государственной гигиенической регистра-

ции, и принятии мер воздействия по каждому установленному факту реализации продукции без удостоверений о ГГР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гигиена: учебник / под ред. Г. И. Румянцева. — 2-е изд., пер. и доп. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 380 с.
2. Постановление Совета Министров РБ от 14.12.2001 г. № 1807.
3. Постановление Министерства здравоохранения РБ от 08.10.2003 г. № 44.

УДК 616.98:578.828ЖВ

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Слесаренко Т. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

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

В настоящее время в РБ наряду с постоянным увеличением общего количества лиц, инфицированных ВИЧ, растет и число больных, страдающих различными оппортунистическими заболеваниями и имеющих заключительную стадию ВИЧ-инфекции — стадию СПИДа. Сохраняется и ежегодный рост количества ЦМВИ среди больных ВИЧ-инфекцией. В отечественной литературе имеются лишь единичные работы, посвященные определению частоты ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных больных и характеристике основных клинических проявлений [3]. Цитомегаловирусная инфекция может служить причиной тяжелой патологии у больных ВИЧ-инфекцией, вызывая ретинит с потерей зрения, пневмонии, эрозивно-язвенные поражения кишечника, энцефаловентрикулит с развитием глубокой деменции, миелит, полирадикулопатию, некротическое поражение надпочечников, поражение костного мозга. ЦМВИ является наиболее частой врожденной инфекцией. Для инфицированных ЦМВ детей характерны гипотрофия, недоношенность, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, поражение головного мозга, а также генерализованная органная патология с развитием шока, ДВС-синдрома [1]. ЦМВ служит основной причиной врожденной нейросенсорной глухоты,

Цель настоящей работы — определение частоты ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных больных и характеристика основных клинических проявлений.

Материалы и методы

В период с 2006 по 2009 гг. в Гомельской областной инфекционной клинической больнице обследовано 175 ВИЧ-инфицированных больных, состоящих на учете в консультативно диспансерном кабинете. Наиболее достоверным лабораторным критерием активной ЦМВИ является выявление ДНК ЦМВ в лейкоцитах крови методом на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР). Было проведено 175 исследований ПЦР крови и 15 исследований ПЦР мочи. Положительный результат был выявлен у 22 ПЦР крови и 7 мочи. Отрицательный результат — 153 ПЦР крови и 8 мочи.

ЦМВ инфекция была зарегистрирована во всех возрастных группах у 22 (12,6 %) лиц. В этой группе 53 % составили лица в возрасте до 25 лет, 5,8 % — в возрасте 36–45 лет, 23,5 % — в возрасте 31–35 и 17,7 % — в возрасте после 45 лет. Среди этих больных было 58,8 % мужчин, женщин — 41,2 %. Во всех случаях проводилось полное физическое, лабораторное исследование, а также консультации ряда смежных специалистов (офтальмолога, терапевта, гинеколога, невропатолога, фтизиатра, хирурга

Результаты исследования

У ВИЧ-инфицированных лиц ЦМВ инфекция встречалась наиболее часто в стадии С3 (63,6 %, 14 случаев), единичные наблюдения ЦМВИ встречались в других стадиях ВИЧ-инфекции В2 (2 случая) и В3 (1 случай) и сочеталась с другими вторичными инфекциями (герпетической — 1, токсоплазменной — 1, кандидозом — 18, волосатой лейкоплакией языка — 1). Наиболее частыми жалобами пациентов с обнаруженной ДНК ЦМВ были жалобы на резкое снижение остроты зрения, быстро прогрессирую-