

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Н.Д. Ващенко

Научный руководитель – к.м.н., доцент *И.А. Скобеус*
Белорусский государственный медицинский университет

Цель исследования – современная концепция восстановления полноценной жизни детей с гипоспадией.

Методы. За период с 2001 по 2002 год в 4 ГКБ города Минска оперировано 58 детей в возрасте от 1 до 18 лет с дистальными формами гипоспадии. Все больные подвергнуты одномоментной оперативной коррекции с применением следующих методик:

Методики продвижения. Операция MAGPI предложенная Duckett в 1981г. Ход операции:

1. Поперечный разрез кожи проксимальнее меатуса уретры и мобилизация кожи.
2. Продолжить разрез от меатуса уретры до верхушки головки с последующим его поперечным сшиванием. Таким образом, меатус подтягивается на верхушку головки.
3. Боковые части головки сшиваются между собой в продольном направлении.
4. Ушивание раны.

Лоскутные методики. Операция предложенная Mathieu в 1932 г. Ход операции:

1. Двумя параллельными разрезами от верхушки головки до меатуса уретры и продлением разрезов на такое же расстояние проксимально выкраивается кожный лоскут. Ширина лоскута равна полуокружности уретры.

2. Проксимальная часть лоскута отсепаровывается до меатуса и опрокидывается кверху.

3. Уретра формируется путем сшивания обеих частей лоскута.

4. Закрытие кожной раны.

Методика тубуляризации. В 1994 году Snodgrass предложил модификацию операции Дюплея. В основе модификации – концепция продольного релаксационного разреза уретральной площадки на головке.

1. Выкраивается прямоугольный лоскут, из которого путем тубуляризации необходимо сформировать уретру при условии дефицита ткани на головке.

2. Затем выполняется продольное срединное рассечение лоскута на всю глубину до кавернозного тела.

3. После этого выполняется тубуляризационная уретропластика и ушивание кожной раны.

Результаты. Операция MAGPI применена в 13 случаях при головчатой и венечной гипоспадии. При околовенечных и дистальных стволовых формах у 18 больных выполнена операция Mathieu. По методикам Duplay и Snodgrass оперировано 27 детей с околовенечной, дистальной и средней стволовой гипоспадией. Отведение мочи после операции осуществлялось в течение 7 – 12 дней (после MAGPI – 24 часа) путем промежностной уретростомии, пункционной цистостомии или уретрального катетера. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Кожно-уретральные свищи диагностированы у 5 детей после операций Duplay и Mathieu. У одного больного после Snodgrass выявлен меатальный стеноз и произведено бужирование. После методики MAGPI осложнений не было. Таким образом, при лечении дистальной гипоспадии целесообразно применение операций MAGPI и Snodgrass. Эти операции дают хороший косметический результат при минимальном числе осложнений.

ЖИРООТЛОЖЕНИЕ У МУЖЧИН С НЕКОТОРЫМИ СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Л.П. Вильчинская

Научный руководитель – д.м.н., профессор *С.С. Усоев*
Гродненский государственный медицинский университет

Инсульт - одна из самых актуальных медицинских проблем Беларуси, так как он является одной из основных причин смерти взрослого населения нашей страны. Основное внимание в первичной профилактике инсульта уделяется выявлению и оценке факторов риска. Пожилой

возраст, мужской пол и наследственная предрасположенность - известные факторы риска инсульта, но, к сожалению, их коррегировать невозможно. Однако их наличие помогает идентифицировать больных с более высоким риском развития инсульта, у которых необходимо устранять модифицируемые факторы риска. Ожирение относится к основным коррегируемым факторам риска развития инсульта.

Цель исследования – изучить степень ожирения у мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Методы исследования – антропометрия, неврологический осмотр, статистическая обработка полученных данных. Материал исследования – 461 мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Результаты исследования: Величины индекса массы тела, которые хорошо отражают запасы жира в организме, рассчитывались по формуле Кетле: $ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{длина тела (м)}^2$. При значении индекса находящимся в интервале от 20 до 24,99 масса тела считалась нормальной; 25 – 29,99 – I степень ожирения; 30 – 40 – II степень ожирения; >40 – III степень ожирения, 15 – 19,99 – I степень истощения.

Таблица

Распределение степени ожирения мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга (%)

Заболевания	Исхудание I ст.	Нормальное	Ожирение I ст	Ожирение II ст	Ожирение III ст
Геморрагический инсульт (n=94)	2,1	21,3	45,7	29,8	1,1
Ишемический инфаркт в правом полушарии головного мозга (n=103)	4,9	31,1	41,7	21,4	0,9
Ишемический инфаркт в левом Полушарии головного мозга (n=147)	1,4	19,7	53,1	23,1	2,7
Ишемический инфаркт в области ствола головного мозга (n=82)	1,2	26,8	46,3	25,6	0
Транзиторная ишемическая атака (n=35)	0	28,6	45,7	25,7	0

Из таблицы видно, что большинство мужчин с сосудистыми заболеваниями головного мозга имеют определенную степень ожирения. Наиболее часто встречается ожирение 1-ой степени, затем ожирение 2-ой степени. Следует отметить, что по индексу массы тела достоверные отличия наблюдались при 1-ой степени ожирения у мужчин с ишемическим инфарктом в правом и левом полушариях головного мозга (37,4% и 51,2% соответственно).

Следовательно, увеличение массы тела повышает риск развития инсульта возможно за счет более высокого уровня артериальной гипертензии, глюкозы в крови, гиперлипидемии. Поэтому целесообразно рекомендовать лицам пожилого возраста гипокалорийную сбалансированную диету и физическую активность.

КОСТНЫЙ КОМПОНЕНТ У МУЖЧИН С НЕКОТОРЫМИ СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Л.П. Вильчинская

Научный руководитель – д.м.н., профессор *С.С. Усоев*
Гродненский государственный медицинский университет

Сосудистые поражения нервной системы являются одной из важнейших проблем клинической неврологии. Предрасположенность к тому или иному заболеванию связана с генотипом организма, частично выражающегося в его конституциональных, в том числе антропометрических, особенностях. Многочисленными исследованиями в медицине и антропологии подтверждены связи между конституцией и болезнями, а также характером их течения. Для определения соматотипа используют костный, мышечный и жировой компоненты. В отличие от мышечного и жирового компонентов конституции - костный компонент - является наиболее постоянным и менее подверженным влиянию факторов внешней среды и образа жизни и также может быть показателем особенностей соматотипа в любом возрасте. Цель исследования – установление связи костного компонента у мужчин с сосудистыми заболеваниями головного моз-