

Спасокукоцкому, Шоулдайсу), IV группа (20 пациентов) - лапароскопическая пластика с использованием сетки по методике TEP-repair экстраперитонеально. Проводилась оценка ранних и отдаленных послеоперационных результатов в представленных группах сравнения. Результаты. Анализ гендерной структуры в группах показал, что наибольшая доля прооперированных женщин (9 (28,1 %)) была в группе III, а мужчин – в группе I (231 (96,7 %)). Возрастная характеристика больных свидетельствует о том, что наибольшая доля пациентов молодого возраста (25-44 лет) отмечена в группе III (12 (36,4 %)) и в группе IV (7 (35,0 %)), а пожилого и старческого возраста – в группе I (100 (41,8 %)). Средняя продолжительность пребывания в стационаре была наибольшей в III группе (7±3,6 суток), а наименьшей – в I группе (6±3,0 суток). Тогда как продолжительность оперативного лечения была максимальной в IV группе (135,8±37,7 минут), а минимальной в III группе (70,0±35,0 минут). Доля больных (3 (15,0 %)) с выраженным болевым синдромом, потребовавшим применения наркотических анальгетиков, была наибольшей после лапароскопической пластики с использованием сетки по методике TEP-repair (группа IV), тогда как наибольшая доля больных (15 (100,0 %)) с незначительным болевым синдромом, который эффективно купировался применением НПВС, выявлена во II группе. Наибольшее количество осложнений в раннем послеоперационном периоде отмечено в I группе (4 (1,8%)): гематома послеоперационной раны – у 3 больных (1,4%), водянка яичка – у 1 (0,4%). В IV группе диагностировано только 1 осложнение, представленное послеоперационным внутрибрюшным кровотечением. В II и III группах ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. В отдаленном послеоперационном периоде было отмечено 4 рецидива грыжи (1,8 %) в I группе, во II, III и IV группах рецидивов отмечено не было. Наибольшая доля больных с выраженным болевым синдромом в отдаленном послеоперационном периоде выявлена в IV группе (2 пациента (10,0 %)), в I группе их количество составило – (11 пациентов (4,6 %)), во II и III группах болевой синдром в отдаленном послеоперационном периоде отсутствовал. Наибольшее количество пациентов оценили свое состояние как отличное и очень хорошее в группе II (4 пациента (26,7%)) и в группе III (3 пациента (9,4%)), хорошее в группе I (25 пациентов (10,5%)) и в группе IV (2 пациента (10%)), посредственное и плохое в I группе (20 пациентов (8,4%) и 2 пациента (0,8%) соответственно). Выводы. Наиболее распространенной методикой хирургического лечения паховых грыж является пластика с использованием полипропиленовой сетки по методике Лихтенштейна. Преимуществами ее применения являются техническая доступность, высокая эффективность и хорошие отдаленные результаты. Использование лапароскопической пластики по методике TEP-repair и пластики по методике Rives не уступают по эффективности пластике по методике Лихтенштейна, однако их применение ограничено более высокой технической сложностью. Приоритетным показанием к выполнению пластики собственными тканями считаем молодой (25-44 лет) возраст. Анализ отдаленных результатов применения полипропиленовой сетки подтверждает безопасность ее использования при пластике паховых грыж.

## **ПОКАЗНИКИ ЗБІЛЬШЕННЯ ВАГИ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ПЕРЕДЧАСНО.**

Левчук Т.О.

Науковий керівник: Шумна Т.Є.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дитячих хвороб

Мета: оцінити прибавку ваги дітей, народжених передчасно, на першому році життя.

Матеріал і методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз 102 форм № 112 дітей, народжених передчасно з вагою тіла 1500-2499г і розподілених на 3 групи: I група – діти, народжені передчасно з вагою 1500-1999г (38 дітей), II - діти, народжені передчасно з вагою 2000-2499г (42 дітей), III - доношені діти з вагою більше 2500г (20 дітей) з групи порівняння. Отримані результати. На 1-у місяці життя діти (I та II групи), мали достовірно більшу прибавку порівняно з дітьми III групи. На 2-у місяці життя діти I групи мали достовірно більшу прибавку, ніж діти інших груп. На 3-у місяці життя достовірно меншу прибавку мали діти, народжені з II групи порівняно з дітьми I та III групи. На 4 місяці меншу прибавку мали діти II групи (p<0,05), в порівнянні з іншими. На 5 місяці достовірно більшу прибавку мали діти I та III груп. На 6 місяці достовірно меншу прибавку мали діти I групи. Серед дітей II та III

групи різниці в збільшені ваги на 6 місяці життя не було. Прибавка ваги у дітей I та III була менше, ніж діти II групи ( $p < 0,05$ ). На 7 місяці найменша прибавка була виявлена у дітей 1, 2 та 3 груп різниці у збільшені ваги не було ( $p > 0,05$ ). На 8 та 9 місяці достовірно менша прибавка серед дітей II групи ( $p < 0,05$ ), найбільша прибавка – у дітей III групи. На 10 місяці діти II достовірно більшу прибавку, ніж діти I і IV груп. На 11 міс більша прибавка була у дітей II та III груп ( $p < 0,05$ ). На 12 міс достовірно більша прибавка ваги відмічалась серед дітей II групи ( $p < 0,05$ ), найменша - серед дітей I групи. Діти III груп більшу прибавку, ніж діти I групи ( $p < 0,05$ ). Висновки. Діти I та III груп мають показники прибавки ваги подібні до показників доношених дітей.

## **ТИПОЛОГИЯ ГЕБЕФРЕНИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Лежнюк А.С.

Научный руководитель: доц. Саржевский С.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и мед. психологии, наркологии и сексологии

Актуальность исследования. Гебефренная форма шизофрении является наиболее редко встречающейся формой данного недуга. При диагностике сталкиваются с трудностями квалификации отдельных её проявлений. С одной стороны это психологические особенности возраста, с другой – клиническая незавершённость психопатологической симптоматики. Цель – изучение разновидностей гебефренной формы шизофрении для уточнения характера её преманифестных проявлений и динамики развития симптоматики. Материалом являлись 10 пациентов, находящихся на учёте в ЗОПБ с диагнозом гебефренная шизофрения (F20.1). Пациенты разделены на 3 группы: Г1 – манифест в 13-15 лет (6 пациентов), Г2 – 18-19 лет (3 пациента), Г3 – более 20 лет (1 пациент). Методы исследования – клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, катамнестический. Полученные результаты. Удалось определить как общие признаки, так и проявления, обусловленные различным возрастным дебютом заболевания. Общие: грубость и неадекватность поведения при отсутствии любой коррекции; диссоциация между быстрым формированием эмоционального дефекта и интеллектуальной сохранностью; сохранение стереотипной картины психопатологических расстройств на протяжении многих лет; отсутствие тенденций к развитию личности с признаками фиксации психического развития на подростковом уровне. В Г1 в раннем периоде начала заболевания к общим проявлениям присоединялось патологическое фантазирование, выраженная аутизация, аутоагрессия. В Г2 – психопатоподобные нарушения в виде склонности к дромомании, мифомании, беспорядочных сексуальных связей с перверсиями; периодическим употреблением спиртного или ПАВ, стремление к написанию стихов или прозы с полным отходом от реально значимой действительности в сочетании с оформленными аффективными синдромами, метафилософическая интоксикация. В Г3 – склонность к дипсо- и наркомании, антисоциальное поведение с привлечением к уголовной ответственности. Все пациенты имели в анамнезе органическое поражение ЦНС, включая пароксизмы. Выводы. В результате проведенного исследования обозначены ведущие признаки гебефрении, а также особенности, связанные с возрастными аспектами заболевания, что позволит улучшить диагностику этой редкой формы шизофрении.

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КЛІТИННИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ХІРУРГІЇ ОПІКІВ**

Летнянчин П.И.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Пономаренко Е.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії

В структурі термічних ушкоджень хімічні опіки становлять 2,5 - 5%. Близько 60% таких випадків відбувається на виробництві, 30% в побуті і 10% як наслідок навмисного хуліганства. При контакті з кислотою відбувається коагуляційний некроз тканин з подальшим формуванням струпа. Виникає виражена набряклість і параранова гіперемія. Природне виділення тепла, яке відбувається у відповідь на кислотний опік, ще більше підсилює ушкодження шарів шкіри і слизових оболонок. Відсутність ран шкірного покриву не означає можливість повернення до активної трудової діяльності. Хворий, який отримав глибокі