

делах от 2 до 15 см. Из них у 67 % пациентов первичный тромбоз локализовался в глубоких и у 20 % пациентов — в поверхностных венах, 13% составили тромбозы ветвей НПВ. В 5 % случаях ФТ развивался на фоне посттромбофлебитических изменений глубоких (4) и поверхностных (1) вен.

Выводы

Таким образом, тромбозы ВНК выявлены в 7,7 % случаев патологии венозной системы, из них флотирующие тромбы визуализировались в 6,8 % случаев, которые в 4 (31 %) случаев развивались на фоне выраженных постфлебитических изменений. Клинически значимые флотирующие тромбы диагностировались в глубоких ВНК и проксимальных сегментах большой подкожной вены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Небылицын, Ю. С. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей: современное состояние проблемы / Ю. С. Небылицын // Новости хирургии. — 2006. — № 4. — С. 107–116.

УДК 616.329-002-053.2

ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНОРЕФЛЮКСНО-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ЭРОЗИВНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ

Петросян В. Э., Холзакова С. С.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы эрозивного эзофагита обусловлена значительной распространенностью гастроэнтерологических болезней в детском и подростковом возрасте, большая часть которых приходится на воспалительные поражения верхних отделов пищеварительного тракта. В последние годы регистрируется рост болезней пищевода среди широкого спектра патологии органов пищеварения. До недавнего времени в структуре патологии пищевода преобладали различные аномалии и пороки развития, химические и термические повреждения, в настоящее время все чаще встречаются изменения структуры слизистой оболочки пищевода [1, 2, 3].

Цель

Изучить особенности клиники, диагностики и лечения эрозивного эзофагита у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинской документации пациентов детского гастроэнтерологического отделения Гомельской областной клинической больницы за 2016, 2017 гг., находившихся на стационарном лечении по поводу эрозивного эзофагита (К 22.1 по МКБ-10). Оценивались результаты клинического и инструментального обследования (ЭФГДС с биопсией), гистологический метод — исследование биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка, а также ИФА на Нр-инфекцию.

Результаты исследования и их обсуждение

В группу исследования включены 34 ребенка: 21 (61,8 %) мальчик и 13 (38,2 %) девочек. Возрастной состав: 9–10 лет — 5 (14,7 %) детей, 11–12 лет — 11 (32,4 %), 13–15 лет — 12 (35,3 %), 16–17 лет — 6 (17,6 %). Из них 31 (91,2 %) человек проживает в г. Гомеле, 3 (8,8 %) — жители Гомельской области. Отягощенный по гастропатологии наследственный анамнез выявлен у 15 (44,1 %) детей. В клинике эрозивного эзофагита у всех пациентов исследуемой группы имел место болевой абдоминальный синдром: у 7 (20,6 %) человек — боли после приема пищи, у 3 (8,8 %) — «голодные боли» и боли натощак, остальные дети — 24 (70,6 %) — не связывали боли в животе с приемом пищи. Диспепсический

синдром: тошнота и рвота отмечались у 11 (32,4 %) человек, изжога — у 6 (17,6 %), отрыжка — у 4 (11,8 %), послабляющий стул — у 3 (8,8 %). Вегетативный синдром (головные боли, эмоциональная лабильность, тахикардия) выявлен у 4 (11,8 %) детей.

Обследование на Нр-инфекцию проведено у 24 пациентов. Положительный результат на инфицированность Нр у 3 (12,5 %) человек (у 2 — методом ИФА, у 1 — Нр(+) — гистологическим методом).

У детей исследуемой группы наряду с эрозивным эзофагитом выявлены: аксиальная грыжа — у 4 (11,8 %); полип кардии — у 5 (12,8 %); хронический гастрит — у 28 (82,4 %); дуоденогастральный рефлюкс — у 13 (38,2 %); патология желчного пузыря — у 8 (23,5 %); кишечный дисбиоз — у 12 (35,3 %) человек.

Результаты эндоскопического метода исследования (ЭФГДС): эрозия пищевода более 5 мм в диаметре — у 3 (8,8 %) человек; до 5 мм — у 4 (11,8 %); до 3 мм — у 7 (20,6 %); единичные линейные эрозии — у 20 (58,8 %). По степени выраженности ГЭР с эзофагитом выделены следующие группы: А (зона поражения слизистой оболочки пищевода не более 5 мм в диаметре и ограничена складками слизистой оболочки, легкое течение) — 30 (88,2 %) детей; Б (один или несколько дефектов слизистой более 5 мм в диаметре, ограничены складками слизистой оболочки, среднетяжелое течение) — 4 (11,8 %) ребенка. При лечении использовались спазмолитики, прокинетики, антациды, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов. Эрадикационная терапия проведена у 3 пациентов с Нр-инфекцией: у 2 человек — четырехкомпонентная схема (омепразол, кларитромицин, амоксициллин, де-нол), у 1 — трехкомпонентная (омепразол, кларитромицин, амоксициллин). Из физиотерапевтических процедур 5 (14,7 %) пациентов проходили сеансы ГБО; 10 (29,4 %) получали квч-терапию на нижнюю треть грудины; 19 (55,9 %) — лазеротерапию на эпигастральную область; 3 (8,8 %) — магнитотерапию на эпигастральную область; 3 (8,8 %) — озокерит-парафиновые аппликации на эпигастральную область; 6 (17,6 %) — электрофорез бромида натрия по Щербак на шейно-воротниковую зону; 26 (76,5 %) — массаж шейно-воротниковой зоны; 5 (14,7 %) — ЛФК.

Выводы

Эрозивный эзофагит чаще диагностируется у городских мальчиков 13–15 лет. В клинической картине доминируют болевой абдоминальный и диспепсический синдромы. Более чем у половины детей наследственность по гастропатологии не отягощена. ГЭР с эзофагитом часто диагностируется у пациентов с хроническим антральным гастритом, Нр(-); эрозии пищевода в большинстве случаев — единичные линейные. ГЭР нередко сочетается с дуоденогастральным рефлюксом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Енгибарьянц, Г. В.* Болезни желудочно-кишечного тракта у детей / Г. В. Енгибарьянц. — СПб.: Феникс, 2013. — 186 с.
2. *Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко.* — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.
3. *Дронова, О. Б.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О. Б. Дронова, И. И. Каган, А. А. Третьяков. — М.: Бино, 2014. — 192 с.

УДК 616.8-008.6-009.12-053.2

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Петушенко И. В., Фомченко Ю. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вегетативная дисфункция — комплекс функциональных расстройств, в основе которого лежит нарушение регуляции сосудистого тонуса вегетативной нервной системы.