

Цель

Представить клинические случаи синдрома Рапунцель у детей.

Материал и методы исследования

Были проанализированы истории болезни двух пациентов с диагнозом инородное тело желудка, синдром Рапунцель.

Результаты исследования и их обсуждение

Случаи трихофагии в ГОДКБ регистрировались в 2020 и 2021 гг. Обе пациентки были девочками 10 лет. В первом случае трихобезоар был относительно небольших размеров 3×5 см, пациентку перевели для дальнейшего лечения в РНПЦ Детской хирургии г. Минска. Спустя год поступила еще одна девочка с жалобами на ассиметричное увеличение живота. До этого амбулаторно было выполнено УЗИ ОБП, визуализировалось образование плотной структуры больших размеров. При осмотре хирургом в ГОДКБ было выявлено увеличение живота в основном за счет выбухания эпигастрия и мезогастрия, пальпировалось плотное безболезненное образование размером 30×20 см в проекции желудка. Ребенку была выполнена ФГДС. При исследовании в желудке обнаружен конгломерат из пищи и волос. Спустя 9 дней после поступления в стационар выполнена полостная реконструктивная операция на желудке: лапаротомия, гастротомия, удаление трихобезоара, дренирование брюшной полости. Исход операции положительный. Из операционной ребенок доставлен в отделение реанимации. Дальнейшее лечение консервативное: инфузионная терапия, обезболивающие, гастропротекторы (омепразол), антибактериальные и противогрибковые средства, антипиретики, 10 % альбумин, частичное парентеральное питание, Вامين для предотвращения аутокатаболизма белков, прозерин и метоклопрамид для стимуляции перистальтики. В течение пяти суток после операции сохранялся субфебрилитет. Спустя 6 дней пациентка стала пить воду, а через неделю ввели пищу. Перевод в хирургическое отделение осуществлен через 8 дней после оперативного вмешательства. Ребенок выписан из ГОДКБ в удовлетворительном состоянии, рекомендовано наблюдение психиатром и хирургом. Пациентка провела в ГОДКБ 21 койко-день.

Выводы

Синдром Рапунцель встречается в практике детского хирурга крайне редко и требует дифференцировки с опухолями желудка, ввиду схожей симптоматики. Благодаря современным методам исследования, таким как ФГДС и УЗИ возможно быстрое установление природы образования желудка и избрание необходимой тактики лечения. При любых размерах трихобезоара возможно только оперативное лечение с дальнейшим наблюдением у психиатра и возможным приемом седативных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская хирургия: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1040 с.
2. Еловой, М. М. Трихобезоары желудка и тонкой кишки у детей / М. М. Еловой [и др.] // Новости хирургии. 2012. № 2. С. 96–100.

УДК 616.61-036.12-037

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Бурда Е. А., Беланова Ю. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает среди хронических неинфекционных болезней особое место, поскольку она широко распространена, связана с

резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения перитонеального диализа (ПД). ХБП — синдром, поэтому необходимо выявление его причины [1].

Выделяют факторы риска развития ХБП, которые делят на предрасполагающие, инициирующие повреждение почек и влияющие на скорость прогрессирования [2].

Цель

Провести анализ заболеваний, которые привели к развитию ХБП у пациентов, находящихся на ПД.

Материал и методы исследования

Ретроспективно изучены стационарные карты пациентов с ХБП, находящихся на ПД в учреждении здравоохранения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за 2020–2021 гг. На отчетный период времени перитонеальный диализ получало 59 пациентов. Данные были обработаны с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2016» (Microsoft Corporation, США). Полученные результаты представлены в виде абсолютных, средних величин и процентов.

Результаты исследования и их обсуждение

На выживаемость, длительность и качество жизни пациентов, находящихся на ПД, влияют многочисленные факторы, такие как возраст, транспортная функция перитонеальной мембраны, техника имплантации катетера для ПД, состояние питания, анемия, сердечно-сосудистые и инфекционные осложнения, остаточная почечная функция, финансовое состояние, психологические факторы и др. [3].

Средний возраст исследованных пациентов составил 58 лет. Из них преобладали пациенты трудоспособного возраста (20–65 лет) — 52,5 % (31 пациент), старше 66 лет — 47,5 % (28 пациентов). Женщин было 30 (50,8 %), мужчин — 29 (49,1 %) пациентов. Из 59 пациентов, находящихся на ПД, на сентябрь 2021 г. умерших составило — 44,07 % \pm 6,46 (26 человек), живых — 55,93 % \pm 6,46 (33 человека). Причины выписки: удален катетер — 24,24% \pm 7,46 (8 человек), трансплантация почки — 9,09 % \pm 5,004 (3 человека), гемодиализ — 3,03 % \pm 2,98 (1 человек).

Время на ПД составил: 1–3 года — 50,85 % \pm 6,51 (30 человек); 3–5 лет — 30,51 % \pm 5,99 (18 человек); > 5 лет — 10,17 % \pm 3,93 (6 человек); > 10 лет — 8,47 % \pm 3,63 (5 человек).

Количество госпитализаций за последний год составило: 1 — 15,25 % \pm 4,68 (9 человек); 2 — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); 3 — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); 6 — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек).

Основной нозологической причиной, которая привела к развитию терминальной ХБП у пациентов, являются различные виды гломерулонефрита (мазангиально-пролиферативный гломерулонефрит, мембранозо-пролиферативный гломерулонефрит, хр. гломерулонефрит, хр. тубулоинтерстициальный нефрит) — 23,73 % \pm 5,54 (14 человек). Второе и третье место занимают, соответственно, различные виды ишемической болезни (хр. ишемический нефрит, ИБС, ишемическая нефропатия (АН)) — 20,34 % \pm 5,24 (12 человек) и хр. пиелонефрит — 16,95 % \pm 4,88 (10 человек).

Остальные заболевания в порядке убывания расположились следующим образом: СД (диабетическая нефропатия) — 11,86 % \pm 4,21 (7 человек); поликистоз почек и печени — 6,78 % \pm 3,27 (4 человека); подагра, подагрическая нефропатия — 5,08 % \pm 2,86 (3 человека); ВИЧ-инфекция — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); двухсторонняя полисегментарная пневмония –COVID-19 — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); хр. лимфолейкоз — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); ОПП — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); врожденный нефротический синдром — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); заболевание простаты — 1,69 % \pm 1,68 (1 человек); нейрогенное расстройство мочеис-

пускания — 1,69 % ± 1,68 (1 человек); атипичный гемолитико-уремический синдром — 1,69 % ± 1,68 (1 человек); ХРБС — 1,69 % ± 1,68 (1 человек).

Наиболее частыми сопутствующим заболеваниями были хр. пиелонефрит 6,78 % ± 3,27 (4 человека), СД 3,39 % ± 2,36 (2 человека) и АГ 3,39 % ± 2,36 (2 человека). Другие сопутствующие заболевания, которые встречались реже: ангиомиолиптома почки 1,69 % ± 1,68 (1 человек), ИБС 1,69 % ± 1,68 (1 человек), двухсторонняя полисегментарная пневмония (Covid-19) — 1,69 % ± 1,68 (1 человек), ВИЧ-инфекция 1,69 % ± 1,68 (1 человек).

За последний год диализных перитонитов перенесло 33,9 % ± 6,16 (20 человек).

В общем анализе крови были следующие изменения: повышено количество лейкоцитов у 9 пациентов (39 % ± 10); снижено количество эритроцитов у 20 пациентов (86,95 % ± 7); гемоглобин снижен у 21 пациента (91,3 % ± 5,87); тромбоциты снижены у 2 пациентов (8,7 % ± 5,9); повышение СОЭ было отмечено у 22 пациентов (95,65 % ± 4,65).

В биохимическом анализе отмечаются следующие изменения: мочевины повышена у 22 пациентов (95,65 % ± 4,65); креатинин снижен у 20 пациентов (86,95 % ± 7); снижение билирубина было выявлено у 7 пациентов (30,4 ± 9,6); при этом АсАт и АлАт не выходили за пределы нормы; К, Na, Fe и Са снижены у 3 пациентов (13 % ± 7).

Выводы

Основной причиной развития ХБП, на сегодняшний день, остается гломерулонефрит — 23,73 %. ИБС (20,34 %) и хр. пиелонефрит (16,95 %) занимают соответственно второе и третье место. Основной сопутствующей патологией, сопровождающей ХБП является хр. пиелонефрит (6,78 %).

Наиболее частыми изменениями в ОАК являются: повышение СОЭ (95,65 %), снижение уровня гемоглобина (91,3 %), снижение количества эритроцитов (86,95 %), что указывает на развитие анемии.

В биохимическом анализе крови наблюдалось повышение уровня мочевины (95,65 %) и снижение креатинина (86,95 %).

Диализных перитонитов за последний год перенесло 33,9 % ± 6,16 (20 человек).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маколкин, В. И.* Внутренние болезни : учеб. пособие / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАРМедиа, 2015. 768 с.
2. *Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А. В. Смирнов [и др.].* СПб.: Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т. им. акад. И. П. Павлова, 2012. 51 с.
3. *Даников, Н. И.* Заболевания почек и мочевыводящих путей. Лечение и профилактика / Н. И. Даников. М.: Лада, 2009. 316 с.

УДК 616.137.83/.87-004.6-089

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Вольская О. В., Левада А. В., Куликович Ю. К.

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Лызиков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей — это заболевание, характеризующееся окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей, приводящее к недостаточности кровообращения различной