

УДК 616.334-007.271-053.1-053.2-07-08«2007-2015»(476.2)

**ПРОИЗОШЕДШИЕ ПЕРЕМЕНЫ В СКРИНИНГЕ И ЛЕЧЕНИИ
ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА
У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007–2015 ГГ.**

Данильченко Ю. С., Кремень Н. А.

**Научный руководитель: ассистент, заведующий курсом
«Детской хирургии» кафедры хирургических болезней № 2 С. Ю. Баранов**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Учреждение
«Гомельская областная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГП) является одним из тяжелых врожденных пороков развития верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей, передающееся рецессивным или аутосомно-доминантным путем наследования. Среди новорожденных в настоящее время заболеваемость составляет 3,5–4:1000 [1, 2], причем у мальчиков встречается в 5 раз чаще [1, 4, 5].

Для заболевания клинически характерным является появление рвоты «фонтаном» чаще на 2–4 неделе жизни и развитие соответствующих осложнений. ВГП является типичным представителем локальных аганглиозов пищеварительного тракта [2, 5].

Эволюция диагностики ВГП позволяет сегодня, кроме традиционной «пальпаторной» диагностики подтверждать наличие патологии, особенно в спорных случаях, с применением современных эндоскопических и ультразвуковых методов, а изредка и рентгенологически, что прописано современными протоколами его дифференциальной диагностики. Сегодня эти методы достаточно доступны, распространены и высокоэффективны [3, 4, 5].

Актуальность своевременной диагностики и лечения ВГП, направлена на предупреждение развития таких осложнений, как аспирационная пневмония, прогрессирующая гипотрофия, энтероколит, нарушение водно-солевого баланса и многих других, обусловленных проявлением высокой формы врожденной кишечной непроходимости в раннем детском возрасте [5].

Цель

Изучение произошедших изменений в диагностике и лечении ВГП в условиях детского хирургического отделения (ДХО) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ).

Материал и методы исследования

Ретроспективно нами были проанализированы 72 истории болезни пациентов, пролеченных в ДХО ГОКБ за период 2007–2015 гг. с диагнозом ВГП. Анализ проводился унифицированным методом.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно данным, подавляющее количество пациентов с ВГП — 51 (70,8 %) поступили в клинику в возрасте от 2 нед. до 1 мес.; 19 (26,4 %) — в возрасте старше месяца до 2 мес.; 2 (2,8 %) — старше 2 мес. Соотношение лиц мужского и женского пола соответственно составило 5:1. Большинство пациентов поступило в ДХО своевременно, что потребовало минимальной предоперационной подготовки.

Основные клинические проявления, позволяющие заподозрить диагноз ВГП, наблюдались у наших пациентов начиная с возраста 3–4-й нед.

В диагностике было применено рентгеноконтрастное исследование эвакуаторной функции желудка (в 12 случаях, в основном в начале периода нашего исследования и спорных ситуациях) и у 63 детей диагноз был верифицирован при ультразвуковом исследова-

нии (УЗИ) пилоруса (с достоверными признаками — толщиной стенки привратника более 4 мм, общей толщиной пилорического отдела более 10 мм, отсутствием эвакуации содержимого из желудка). Внедрение в ГОКБ в практику современных аппаратов УЗИ и их модернизация в динамике, как и совершенствование качества подготовки врачей-диагностов позволили значительно сократить время исследования, а также исключить или минимизировать ранее применяемые рентгенологические методы при обследовании детей на ВГП.

Основным методом лечения врожденного гипертрофического пилоростеноза и сегодня остается оперативный. Хотя за этот период почти в 63 % случаев в ДХО была выполнена пилоромиотомия традиционным лапаротомным доступом Робертсона, однако с августа 2011 г. в отделении была внедрена лапароскопическая пилоромиотомия по Fredet-Ramstedt с использованием лапароскопического пилоромиотома и специальных зажимов. За период 2011–2015 гг. было проведено 27 лапароскопических операций (в 2 ситуациях потребовалась конверсия в минилапаротомный доступ по техническим причинам), практически полностью заменив открытые доступы. Это позволило минимизировать как тяжесть самой операции, так и сократить срок послеоперационной реабилитации маленьких пациентов, по сравнению с ранее применявшимися традиционными лапаротомными операциями, качественно улучшить послеоперационные результаты.

Выводы

Своевременный скрининг ВГП основывается как на «рутинной» общеклинической диагностике, так и на применении инструментальных методов исследования (преимущественно УЗИ пилорического отдела желудка, а в спорных ситуациях — и рентгенологические методики с контрастом).

«Золотым стандартом» оперативного лечения в отделении детской хирургии при ВГП в настоящее время является лапароскопическая пилоромиотомия.

Применение современной лапароскопической техники позволяет создать «комфорт» как для хирурга во время операции (более лучшая визуализация области пилоруса и брюшной полости), так и для пациента (минимизация травматичности вмешательства, более лучшие отдаленные результаты в послеоперационном периоде).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров, Г. А. Срочная хирургия у детей. Руководство для врачей / Г. А. Баиров. — СПб., 1997. — 462 с.
2. Исаков, Ю. Ф. Хирургические болезни у детей / Ю. Ф. Исаков. — М.: Медицина, 1988. — 701 с.
3. Кишковский, А. Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии / А. Н. Кишковский. — М.: Медицина, 1984. — 279 с.
4. Разиньков, А. Г. Результаты клинико-лучевой диагностики и оперативного лечения врожденного пилоростеноза у детей / А. Г. Разиньков, О. В. Ришт: материалы конф. «Настоящее и будущее детской хирургии». — М., 2001.
5. Шабалов, Н. П. Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 576 с.

УДК 616.853+616.831-002

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕННОКСА — ГАСТО ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Дедкова О. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром Леннокса — Гасто (миоклонически-астатическая эпилепсия, СЛГ) представляет собой комбинацию, включающую атипичные абсансы, тонические судороги, атонические или астатические судороги (drop attacks), задержку умственного развития и медленные спайк-волны на ЭЭГ с началом заболевания в возрасте 1–5 лет. У маленьких детей за-