

создания национальных педиатрических референтных нормативов. У здоровых детей отмечается высокая активность, сопряженность и однонаправленность процессов костного формирования и резорбции. Существуют половые различия в содержании исследованных маркеров у здоровых детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение дефицита костной массы и остеопороза у детей: учебно-методическое пособие / А. С. Почкайло [и др.] — Минск, 2011. — 56 с.
2. Почкайло, А. С. Комплексная оценка и коррекция состояния костной ткани у детей с хроническими аллергическими заболеваниями: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / А. С. Почкайло. — Минск, 2009. — 24 с.
3. Состояние метаболизма костной ткани и распространенность остеопенического синдрома у здоровых детей Приморского края / Т. Г. Васильева [и др.] // Pacific Medical Journal. — 2006. — № 4. — P. 51–54.
4. Способ комплексной диагностики низкой костной массы и остеопороза у детей и молодых взрослых: инструкция по применению № 154-1208: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 13.02.2009 / В. Ф. Жерносек, Э. В. Руденко, И. В. Тарасюк, Н. А. Гресь, Е. В. Руденко, А. С. Почкайло, Г. Н. Романов, О. В. Баранова. — Минск: БелМАПО, 2009. — 34 с.
5. Bone mass and metabolism markers during adolescence : the HELENA study / L. Gracia-Marco [et al.] // Horm.Res. Paediatr. — 2010. — № 7. — P. 1–11.

УДК 616.342-002.44-007.271-08-089

ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ГИПОХЛОРЕМИЕЙ

Призенцов А. А., Лобанков В. М., Скуратов А. Г., Линкевич Е. Е.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Самым тяжелым проявлением дуоденальных стенозов язвенной этиологии является гипохлоремия (ахлоргидрия) с последующим развитием гипохлоремической комы. Последняя обусловлена алкалозом, гипокалиемией, гипокальциемией, гипохлоремией, азотемией и без срочной коррекции приводит к гибели всех больных. По нашим данным, частота встречаемости этого осложнения составляет около 2 % среди всех пациентов с дуоденальным стенозом.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения пациентов с декомпенсированным дуоденальным стенозом, осложненным гипохлоремией.

Материалы и методы исследования

Мы обладаем опытом гастроэнтеростомии у 4 пациенток с гипохлоремией на фоне декомпенсированного язвенного дуоденального стеноза. Возраст женщин был 48, 52, 77 и 80 лет, в трех случаях была диагностирована инфильтративная форма стеноза, в одном – инфильтративно-рубцовая. Язвенный анамнез у одной пациентки был менее 1 года, а у трех других язвенного анамнеза не было вообще. Длительность клиники гастростазы при этом составила от 1 до 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение

Все пациентки поступали в тяжелом состоянии, и трое из них были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, одна в хирургическое отделение ввиду наличия клиники кишечной непроходимости. У всех преобладающими были водно-электролитные нарушения. Также у всех пациенток выявлен значительный дефицит массы тела, максимальное снижение веса — 40 кг за 1,5 месяца. Все жаловались на парестезии, судорожное сведение пальцев рук.

Все женщины были с выраженной сопутствующей патологией, в том числе у одной в анамнезе мастэктомия по поводу рака молочной железы, метастазы в головной мозг.

В качестве предоперационной подготовки проводилась интенсивная терапия в течение 4–6 суток. Выполнялась фракционная зондовая декомпрессия желудка, инфузионная терапия, противовоспалительное лечение, коррекция белковых нарушений, симптоматическая терапия. У госпитализированных в отделение интенсивной терапии, несмотря на проводимое лечение, отчетливая положительная динамика отсутствовала. Учитывая тяжелое состояние, по жизненным показаниям выполнено минимальное по травматичности вмешательство — гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем. Во всех случаях наблюдался благоприятный исход.

Ввиду редкой интраоперационной находки приводим историю болезни четвертой пациентки.

Пациентка М., 77 лет, пенсионерка, поступила в клинику в экстренном порядке 30.11.2011 года с диагнозом: «Острая кишечная непроходимость». При поступлении жалобы на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту, выраженную слабость, парестезии. Выраженные боли беспокоят в течение нескольких часов. В течение 6 последних месяцев наблюдалась частая рвота съеденной накануне пищей, быстрая потеря веса. Неопределенное время отмечала периодические приступы болей в животе. Язвенный анамнез отрицает. За медицинской помощью не обращалась. Перенесла два нарушения мозгового кровообращения, страдает хронической ревматической болезнью сердца. Какхетична, тургор резко снижен. Живот симметричный, вздут, болезненный в мезогастррии. В эпигастрии и мезогастррии определяется симптом Склярова. Перитонеальных симптомов нет. На обзорной рентгенографии брюшной полости определяются чаши Клойбера с тонкокишечными уровнями жидкости. Консервативными мероприятиями кишечная непроходимость была купирована. При дальнейшем обследовании (фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка) выявлен декомпенсированный дуоденальный стеноз. После соответствующей подготовки 07.12.2011 года выполнено оперативное вмешательство под эндотрахеальным наркозом. При ревизии: спаечного процесса в брюшной полости нет, ободочная кишка без особенностей. Желудок значительно увеличен в размерах, стенка не истончена. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, дистальнее привратника определяется смещаемый плотный циркулярный инфильтрат диаметром и протяженностью до 30 мм. Желудочный зонд через зону сужения провести невозможно. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При дальнейшей ревизии обращено внимание на умеренную дилатацию подвздошной кишки и гипертрофию ее стенки. Пальпаторно в просвете тонкой кишки определяются смещаемые плотные инородные тела. В метре от илеоцекального угла выявлена рубцовая стриктура на 3/4 окружности подвздошной кишки протяженностью до 10 мм с сужением просвета до 8 мм. Нижележащие отделы кишки не изменены. При ревизии желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки патологии не выявлено. Произведена гастроэнтеростомия с межкишечным анастомозом, клиновидная резекция подвздошной кишки, биопсия инфильтрата двенадцатиперстной кишки. После резекции стриктуры из просвета подвздошной кишки извлечены 4 неправильной формы желто-коричневых конкремента от 20 до 25 мм в размерах.

В послеоперационном периоде на 3-и сутки развилось кровотечение из зоны гастроэнтероанастомоза, остановлено с использованием эндоскопического гемостаза. В дальнейшем течение послеоперационного периода без осложнений, рана зажила первичным натяжением, пациентка выписана с выздоровлением.

Гистологическое исследование биопсийного материала из бульбарного инфильтрата подтвердило доброкачественную природу патологии. Исследование иссеченной стриктуры подвздошной кишки показало наличие грубой волокнистой соединительной ткани в мышечном и подслизистом слоях при нормальном строении слизистой оболочки.

Заключение

Таким образом, при язвенном дуоденальном стенозе в стадии декомпенсации с гипохлоремией, а также на фоне выраженной сопутствующей патологии гастроэнтеростомия остается минимально травматичным вмешательством, позволяющим сохранить жизнь больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин, М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М. И. Кузин // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 27–32.
2. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза / Ю. М. Панцирев [и др.]. // Хирургия. — 2003. — № 2. — С. 18–21.

УДК 738(476)

ТРАДИЦИОННАЯ И СОВРЕМЕННАЯ КЕРАМИКА БЕЛОРУСОВ

Прокопенко О. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Керамические изделия издавна известны человечеству. Народное творчество на протяжении нескольких столетий своего развития сохранило мировоззрение, обычаи, выработанные в условиях борьбы с силами природы за выживание. Географические и климатические факторы формировали образ жизни людей с отличительными чертами. В Беларуси существовали особенности, созданные оседлым образом жизни и занятиями человека. Земледелие, животноводство, охота и рыбная ловля были главными в хозяйственной деятельности, которая давала возможность жить и добывать пищу. Именно отсюда исходит изобретение глиняной посуды, различное формообразование в зависимости от потребностей и целесообразности ассортимента. Глина — материал механически и физически устойчивый после обжига, гигроскопичный, и в то же время дешевый. Именно поэтому с развитием промышленности традиционная керамика белорусов не исчезает, не становится пережитком прошлого, получает своё дальнейшее распространение, зачастую развивается уже в русле декоративно-прикладного искусства. Выбранная тема является актуальной, ведь и сегодня керамические изделия присутствуют в повседневном обиходе белорусов, а традиционные формы глиняной посуды возрождаются и становятся все популярнее.

Цель работы

Изучить традиционную и современную керамику белорусов.

Исследование традиционной и современной керамики белорусов в этнографическом аспекте дает основание сделать следующие выводы.

В 19 – начале 20 вв. изготовление традиционной керамики белорусов достигает своего расцвета, потому что промышленные товары были малодоступны крестьянству и дешевая глиняная посуда пользовалась большим спросом [4].

На территории Беларуси в 19 – начале 20 вв. сложился богатый ассортимент керамических изделий, разнообразных по своей типологической характеристике, утилитарному назначению и местным названиям.

Самую обширную группу традиционных керамических изделий белорусов представляет кухонная посуда, связанная преимущественно с приготовлением горячей пищи — горшки, латки, сковороды, макитры, маслобойки, цедилки и т. д. Первое место по использованию в крестьянском хозяйстве занимал горшок; еще в неолите он послу-