

УДК 616.334-007.271-053.1-053.2-07-08«2007-2016»(476.2)

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007–2016 гг.

Старостина Е. В., Бандель В. Е.

Научный руководитель: старший преподаватель, 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) — одна из причин частичной непроходимости, наблюдающейся у детей первых недель и месяцев жизни, передающаяся рецессивным или аутосомно-доминантным путем наследования. Заболеваемость среди новорожденных в настоящее время составляет 3,5–4:1000 [1, 2], при этом у мальчиков наблюдается в 5 раз чаще [1, 4, 5].

В клинической картине ВГП характерным является появление рвоты «фонтаном» чаще на 2–4 неделе жизни и развитие соответствующих последствий. Данная патология связана с наличием «локального аганглиоза» в пилорическом отделе [2, 5].

Современный скрининг ВГП основан не только на рутинном «пальпаторном» обнаружении патологии, но в спорных случаях и на применении современных эндоскопических и ультразвуковых методов, изредка рентгенологических, согласно протоколам обследования детей. Эти методы сегодня доступны, распространены и высокоэффективны [3, 4, 5].

Своевременность 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

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

Материал и методы исследования

Ретроспективно были проанализированы 80 историй болезни пациентов, пролеченных в ДХО ГОКБ за период 2007–2016 гг. с диагнозом ВГП. Анализ проводился унифицированным методом с использованием статистических программ.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным, наибольшее число пациентов с ВГП — 51 (64 %) поступили в клинику в возрасте от 2 недель до месяца; 24 (30 %) — в возрасте старше месяца до 2 месяцев; остальные — старше 2 месяцев. Соотношение лиц мужского и женского пола соответственно составило 5 : 1. Большинство пациентов поступило в ДХО своевременно, нередко после предшествующего лечения в других стационарах области, что потребовало минимальных затрат на предоперационную подготовку.

Основные клинические проявления, позволяющие заподозрить диагноз ВГП, наблюдались у наших пациентов, в основном, начиная с 3–4-й недели жизни.

Инструментальная диагностика при ВГП включало как рентгенконтрастное исследование эвакуаторной функции желудка (в 12 случаях, в основном в ранний период исследования либо в спорных ситуациях), так и у 71 детей диагноз был верифицирован ультразвуковым исследованием (УЗИ) пилоруса (достоверными признаками были: толщина стенки привратника более 4 мм, общая толщина пилорического отдела более 10 мм, отсутствие эвакуации содержимого из желудка). Внедрение в ГОКБ в практику современных аппара-

тов УЗИ и их этапная модернизация, как и накопление опыта врачей–диагностов позволили значительно сократить время исследования, а также исключить или уменьшить число ранее применяемых в диагностике рентгенологических методов.

Основным способом лечения ВГП и сегодня остается оперативный. По нашим данным в ДХО сперва выполнялась только пилоромиотомия традиционным лапаротомным доступом Робертсона (составив 56 % от общего числа всех последующих вмешательств), однако с августа 2011 г. в отделении была применена лапароскопическая пилоромиотомия по Fredet-Ramstedt с использованием лапароскопического пилоромиотома и специальных зажимов. За период 2011–2016 гг. было проведено 35 лапароскопических операций (однако из-за технических сложностей в 3 ситуациях потребовалась конверсия в минилапаротомный доступ), практически полностью заменив открытые доступы.

Результатом этих изменений в лечении ВГП явилась не только минимизация тяжести самой операции, но и сокращение сроков послеоперационной реабилитации маленьких пациентов, по сравнению с ранее применявшимися традиционными лапаротомными операциями, качественно улучшить послеоперационные результаты.

Выводы

Своевременный скрининг врожденного гипертрофического пилоростеноза основывается как на традиционной «рутинной» общеклинической диагностике, так и на применении неинвазивных инструментальных методов исследования (преимущественно УЗИ пилоруса, а в спорных ситуациях — применением рентгеноконтрастных методик).

«Современным стандартом» оперативного лечения в ДХО ГОКБ при врожденном гипертрофическом пилоростенозе является лапароскопическая пилоромиотомия.

Применение современной лапароскопической техники позволяет создать удобство как для работы хирурга во время операции (более лучшая визуализация области пилоруса и брюшной полости), так и непосредственно для пациента (снижением травматичности операции, «косметичность» разрезов, более лучшие отдаленные результаты послеоперационного ведения).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баиров, Г. А.* Срочная хирургия у детей: рук-во 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 // Настоящее и будущее детской хирургии: материалы конф. — М., 2001.
5. *Шабалов, Н. П.* Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 576 с.

УДК 616.89-008.428.1

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРИЧИН ДЕЛИРИОЗНОГО РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Степанов Д. Ю., Гринчук О. Ю., Титович В. Ю.

Научный руководитель: к.м.н. П. П. Протасевич

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Все более распространенным явлением в отделениях интенсивной терапии является увеличение частоты встречаемости расстройств сознания у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. Еще более стремительно наблюдается рост пациентов, поступающих в реанимацию с алкогольной зависимостью или в состоянии алкогольной интоксикации с последующим развитием алкогольного делирия отдельно или сочетанного с другими расстройствами сознания [2, 3]. Данная категория пациентов требует строгого наблю-