

1 (5,9 %) случай. При острой кишечной непроходимости проведено 8 видеолапароскопических операций (1,01 %). Переход к лапаротомии осуществлен у 2 (25 %) пациентов. В 1 (12,5 %) случае из-за выраженного спаечного процесса видеолапароскопическое оперативное вмешательство продолжать было невозможно: выполнена лапаротомия, висцеролиз, устранение причины кишечной непроходимости. Видеолапароскопическое дренирование брюшной полости при остром панкреатите проведено у 26 (3,12 %) больных. Причем у 20 (76,9 %) больных этого было достаточно, процесс затормозился. У 6 (23,1 %) больных развился инфицированный панкреонекроз, что привело к повторным оперативным вмешательствам. 162 (20,5 %) видеолапароскопических оперативных вмешательств проведено при ургентной гинекологической патологии (внематочная беременность, разрыв кисты, пиосальпинкс), выполнялась энуклеация кист, тубэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре с острым аппендицитом — $3,4 \pm 0,2$ дня, с острым холециститом составляла $6,9 \pm 0,3$ дня, при спаечной кишечной непроходимости — $9,8 \pm 0,7$ дня, а при остром панкреатите, только лапароскопически дренированном — $12,7 \pm 0,9$ дня. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было.

Выводы

Анализируя полученные данные можно сделать вывод, что видеолапароскопические оперативные вмешательства все шире используются в ургентной хирургии, позволяют выполнить более качественную диагностику и значительно снижают риск послеоперационных осложнений. Минимальная операционная травматизация позволяет активизировать больных в раннем послеоперационном периоде, снижает сроки пребывания пациентов в стационаре и улучшает качество жизни. Видеолапароскопия не оказывает отрицательное воздействие на течение беременности, состояние матки и плода и может проводиться в разные сроки гестации. Противопоказанием к ургентному видеолапароскопическому оперативному вмешательству, по нашим данным, является разлитой гнойный перитонит, выраженная спаечная болезнь брюшной полости (3 и более перенесенных лапаротомии). Во всех остальных случаях видеолапароскопия показана и желательна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кригер, А. Г. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита / А. Г. Кригер, Б. К. Шуркалин, А. А. Шогенов // Хирургия. — 2000. — № 8. — С. 14–19.
2. Острый аппендицит / А. Г. Кригер [и др.]. — М.: Медпрактика, 2006. — 244 с.
3. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев. — М.: Триада X, 2004. — 640 с.
4. Ставинский, Р. А. Способ диагностики острого аппендицита / Р. А. Ставинский, Ю. А. Долгов, Г. Д. Лефтер // Хирургия. — 2010. — № 12. — С. 49–52.
5. Тутченко, М. И. Эффективность миниинвазивных технологий в неотложной хирургии / М. И. Тутченко, О. В. Васильчук, С. М. Пиотрович // Хирургия Украины. — 2013. — № 2(46). — С. 86–88.

УДК 616.233-002-036.11-053.2:613.22

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИТАНИЯ

Петрова М. Н., Сергейчик Л. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

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

Введение

Несмотря на современные достижения медицины, в XXI в. распространенность респираторных инфекций не только не снижается, а все больше возрастает. Распространенность острых респираторных заболеваний в детском возрасте обусловлена как контагиозностью инфекционного фактора, так и анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Бронхообструктивный бронхит в практике врача-педиатра встречается довольно часто. Нередко бронхиальная обструкция может быть первым проявлением различных заболеваний органов дыхания и зачастую определяет как тяжесть течения основного заболевания, так и его прогноз. Так, частота развития бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных заболеваний у детей первых лет жизни составляет, по данным разных авторов, от 5 до 50 %. Наиболее часто обструктивные бронхиты отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания.

Хронические расстройства питания у детей (дистрофии) — результат недостаточного либо избыточного поступления, либо усвоения питательных веществ. Эти заболевания характерны для детей раннего возраста и сопровождаются нарушением физического развития ребенка, нарушениями метаболизма, иммунитета.

Гипотрофия и паратрофия являются самыми распространенными формами хронического расстройства питания у детей. В постнатальном периоде в этиологии данной патологии чаще играет роль алиментарный фактор, при этом извращается деятельность всех систем организма, развивается нарушение всех видов обмена веществ. Так, нарушения метаболизма белка приводят к снижению иммунитета в связи с изменением синтеза иммуноглобулинов.

Цель

Изучить особенности клинического течения обструктивного бронхита у детей с хроническими расстройствами питания.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница (ГОДКБ).

Было проанализировано 47 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне хронических расстройств питания (19 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с гипотрофиями; 28 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с паратрофиями), которые находились на лечении в инфекционном отделении № 1 ГОДКБ с февраля 2015 г. по февраль 2016 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно медицинской документации среди пациентов с обструктивным бронхитом протекающим на фоне хронических расстройств питания преобладали паратрофии различной степени (59,57 %, 28 детей), количество пациентов с гипотрофией составило 40,42 % (19 детей). по половому признаку преобладали мальчики (61,7 %, 29 детей), девочки с обструктивным бронхитом на фоне хронических расстройств питания госпитализировались гораздо реже — 38,3 % (18 детей). Причем, при обструктивном бронхите на фоне гипотрофии для стационарного лечения чаще поступали девочки (21,28 %, 10 детей), а при обструктивном бронхите на фоне паратрофии — мальчики (42,55 %, 20 детей).

Как у мальчиков, так и у девочек паратрофия 1 степени диагностировалась у 9 (19,15 %) детей, паратрофия 2 степени — у 13 (27,66 %) детей, паратрофия 3 степени у 6 (12,77 %) детей; гипотрофия 1 степени диагностировалась наиболее часто (12 детей; 25,53 %), гипотрофия 2 степени диагностирована у 3 (6,38 %) детей, гипотрофия 3 степени — у 4 (8,5 %) детей.

Чаще госпитализировались в стационар дети второго полугодия жизни (34 ребенка, 72,34 %), в возрасте до 6 месяцев — 13 (27,66 %) детей. Время поступления в стационар определялось тяжестью состояния, а также преморбидным фоном. Дети поступали для стационарного лечения в среднем на 4,19 сутки, из них большинство детей поступало с третьих по седьмые сутки, что в совокупности составило 63,83 % (30 детей). При этом дети с гипотрофией для стационарного лечения поступают на 3,57 сутки, а при паратрофиях — на 4,79 сутки. В первые трое суток от начала заболевания госпитализировано 13 детей (27,66 %). Трое детей (6,38 %) поступило в стационар спустя 2 недели амбулаторного лечения в связи с отсутствием положительной динамики.

Степень тяжести, выраженность клинических проявлений зависит от степени гипотрофии, аллергологического анамнеза, возраста ребенка. Большинство детей (34 ребенка, 73,34 %) поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести вне зависимости от характера хронического расстройства питания, в тяжелом состоянии поступило 13 (27,66 %) детей. Ведущим клиническим синдромом у всех детей являлся бронхообструктивный, который протекал без дыхательной недостаточности у 23 (48,93 %) детей, дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 19 (40,43 %) детей, дыхательная недостаточность 2 степени — у 5 (10,64 %). Причем, у детей с гипотрофией дыхательная недостаточность 2 степени встречалась чаще (3 (15,83 %) детей), а при паратрофии — у 2 (7,14 %) детей. Интоксикационный синдром встречался одинаково часто как при гипотрофиях (12 (63,16 %) детей) так и при паратрофиях в 42,86 % (12 детей), гипертермический — у 1 (3,57 %) ребенка с паратрофией и у 1 (5,26 %) ребенка.

У 17 (36,17 %) детей обструктивный бронхит протекал без повышения температуры тела, субфебрильная температура отмечалась у 19 (40,53 %) детей, фебрильная — у 11 (23,4 %) детей. Причем, у детей с гипотрофиями наиболее часто острый обструктивный бронхит сопровождался повышением температуры тела до фебрильных цифр у 7 (36,84 %) детей, до субфебрильных — у 5 (26,23 %) детей. Средняя продолжительность лихорадочного периода у детей с гипотрофией составила 2,92 суток, а у детей с паратрофиями — 2 суток.

Аускультативная картина у большинства детей как при гипотрофиях так и при паратрофиях характеризовалась сухими свистящими хрипами (43 ребенка; 91,49 %). В 29,79 % (14 детей) сухие хрипы сочетались с разнокалиберными влажными, реже с мелкопузырчатыми влажными хрипами — 12,77 % (6 детей). В 100 % обструктивный синдром сопровождался экспираторной одышкой, в 55,32 % (26 детей) без участия вспомогательной мускулатуры. Степень тяжести как паратрофии, так и гипотрофии не оказывала влияние на аускультативную картину.

Выводы

Обструктивным бронхитом при паратрофиях чаще болеют мальчики старше 6 месяцев со второй степенью паратрофии. Мальчики и девочки второго полугодия жизни обструктивным бронхитом на фоне гипотрофии болеют одинаково часто.

Обструктивный бронхит у детей с паратрофией чаще протекает с субфебрильной температурой тела, дыхательной недостаточностью 1 степени, сухими «свистящими» хрипами при аускультации; при гипотрофиях — с фебрильной температурой тела, дыхательной недостаточностью 1 степени, сухими «свистящими» хрипами при аускультации. Различий в аускультативной картине при различной степени как паратрофии, так и гипотрофии не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острые респираторные заболевания у детей: пособие для врачей / С. О. Ключников [и др.]. — М., 2009. — 35 с.
2. Овсянникова, Е. М. Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е. М. Овсянникова // Педиатрия. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 13–14.

УДК 616.899.65

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА НА РАННИХ ЭТАПАХ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА И ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008–2015 ГГ.

Пивоварчик Л. И., Пестерняк Ю. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Пальцева

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Синдром Дауна (СД) — самая частая хромосомная патология (1:800), характеризующаяся полной или частичной трисомией хромосомы 21. Новорожденные с СД имеют по-