

калибра — утолщение за счет гомогенных масс, аналогичного вида отложения в строме между кардиомиоцитами.

Таким образом, учитывая специфический внешний вид органов, сразу после вскрытия заподозрен амилоидоз. Была проведена гистохимическое и иммуногистохимическое исследование для подтверждения диагноза амилоидоз и верификации типа амилоида. Иммуногистохимическое исследование дало следующий результат λ -, κ -легкие цепи иммуноглобулина: миокард — в стенках сосудов, между кардиомиоцитами в строме позитивное окрашивание; селезенка — позитивное окрашивание в участках отложения гомогенных масс в фолликулах, в стенках сосудов, в красной пульпе.

Учитывая данные патоморфологического исследования и иммунофенотипирования амилоида у больной имеет место первичный (системный) амилоидоз с преимущественным отложением λ -, κ -легких цепей иммуноглобулинов, окрашивание с АА-амилоидом было негативным.

Выводы

При системном первичном амилоидозе сердце является доминирующим органом-мишенью, с преимущественным поражением правых отделов сердца, особенно правого предсердия. Определяются трудности, как в прижизненной, так в определенных случаях, и в посмертной диагностике, что, соответственно, требует тщательно морфологической верификации с привлечением гистохимического и иммуногистохимического исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амилоидоз сердца: трудный диагноз / М. И. Лутай [и др.] // Здоровье Украины. — 2012. — № 12. — С. 34–37.
2. Макаревич, А. Э. Амилоидоз сердца: патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение / А. Э. Макаревич, Н. И. Аргишевская, А. Ю. Почтавец // Медицинский журнал БГМУ. — 2006. — № 4. — С. 115–125.
3. Системный амилоидоз с преимущественным поражением сердца: оригинальное наблюдение / Е. А. Дядык, О. С. Балтёнок // Morphologia. — 2016. — Т. 10, № 3. — С. 139–143.
4. Definition of organ involvement and treatment response in immunoglobulin light chain amyloidosis (AL): a consensus opinion from the 10th International Symposium on Amyloid and Amyloidosis / M. A. Gertz [et al.] // American Journal of Hematology. — 2005. — № 79. — P. 319–328.

УДК 616.34-007.44-053.2(476.2)

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Бандель В. Е.¹, Старостина Е. В.²

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

Внезапные сильные крики маленького ребенка, плач и сучение ножками, и последующее повторение ситуации после кратковременного успокоения требуют обязательного обращения внимания взрослых для разрешения вопроса.

Инвагинация кишечника (ИК) является одним из наиболее частых видов приобретенной кишечной непроходимости у детей, преимущественно грудного возраста (85–90 %). Среди мальчиков наблюдается в 2 раза чаще. По данным литературы, в основном заболевание у детей носит случайный характер и лишь у 6 % — обусловлено органическими причинами (мезаденит, опухоли и аномалии фиксации кишечника, дивертикул Меккеля и т. д.). [1, 2].

В настоящее время при лечении ИК чаще применяют консервативные способы, из них наиболее чаще — гидростатическая дезинвагинация (ГД) под ультразвуковым (УЗ) контролем. Данный метод имеет более низкий риск перфорации кишечника в сравнении с пнев-

матической методикой, а качественная УЗ-визуализация позволила заменить традиционные рентгенологические методы. [3] ГД под УЗ-контролем впервые была описана в 1982 г. (Y. G. Kim). В У «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ) эта методика применяется с 1997 г.

Но даже при высокой эффективности консервативного подхода (76–95 %) все равно могут возникать показания и к операции. [1, 2, 3].

Цель

Оценить структуру современного лечения ИК у детей в ДХО ГОКБ.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный статистический анализ по историям болезней 185 пациентов с ИК, пролеченных в отделении детской хирургии (ДХО) ГОКБ за период 2009–2016 гг. При поступлении всем детям по срочным показаниям было выполнено УЗИ органов брюшной полости с подтверждением типичной картины «инвагината» и после предварительной подготовки были определены подходы к устранению патологии. Все случаи вмешательств детям выполнялись под общей анестезией. У 173 детей с ИК была применена ГД под УЗ-контролем.

Результаты исследования и их обсуждение

Более 91 % детей были доставлены в стационар по срочным показаниям бригадами скорой медицинской помощи, реже обращались самостоятельно или были переведены из других стационаров. Дети преимущественно являлись жителями города. Мальчиков поступило в 2 раза больше.

В 169 (91,3 %) случае расправление инвагината наступило во время ГД под УЗ-контролем (чаще с первой-второй попытки, в редких ситуациях — с третьей). Из этого числа детей подавляющее большинство оказались дети первого года жизни, в основном грудного возраста, две трети из них — мужского пола.

16 пациентам потребовалось выполнение срочной операции. Из них: у 5 — наблюдалось отсутствие расправления при ГД (от 1 до 3 попыток), у 10 имелись противопоказания к консервативному расправлению (у 4 — длительность заболевания составила от 2 до 4 суток, у 1 — был рецидив ИК, выполнена диагностическая лапароскопия, у 3 — причиной инвагинации предполагался дивертикул Меккеля, у 1 — опухоль подвздошной кишки, у 1 — была тонко-тонкокишечная инвагинация) и у 1 — инвагинат был случайно обнаружен во время операции (из-за нетипичности клинических проявлений предполагался диагноз «острый аппендицит»).

Возраст оперированных детей с ИК колебался от 4 месяцев до 14 лет (в среднем около 5–5,6 лет). Численное соотношение девочек к мальчикам составило 4 к 9. Длительность заболевания у них варьировала от 1 часа до 12 дней (в среднем около 2,5 суток).

В 14 случаях операция пациентам выполнялась через лапаротомные доступы (у 7 — после диагностической лапароскопии). У 1 пациента оказалось эффективным лапароскопическое расправление инвагината путем его небольшой тракции. В 1 случае (при повторном рецидиве в течение года) диагностическая лапароскопия была выполнена после успешной ГД, была взята биопсия увеличенного лимфоузла брыжейки (в дальнейшем онкологами был выставлен диагноз «лимфоаденопатия»). Из числа оперированных пациентов у 5 инвагинация была расправлена «выдаиванием», а у 9 — потребовалась резекция измененного кишечника с наложением в последующем анастомозов.

Органические причины ИК наблюдались у 15 оперированных детей к: у 5 — дивертикул Меккеля, у 5 — опухоли тонкого кишечника, у 2 — наблюдались аномалии фиксации кишечника, у 3 пациентов — неспецифический мезаденит.

По окончании лечения домой с выздоровлением был выписан 182 пациента. Средняя продолжительность лечения после консервативного расправления (ГД) составила около 4 суток, для оперированных детей — 12 дней. Лишь трое детей (с опухолями кишечника) после операции на 8–14 сутки были переведены и продолжили лечение в РНПЦ ДОГиИ (п. Боровляны, Минский район).

Выводы

Инвагинация кишечника у детей до сих пор сохраняет свою актуальность из-за тяжести клинического течения и сложности диагностики у детей грудного возраста.

Настороженность родителей и медработников позволяют в большинстве случаев своевременно заподозрить патологию и обратиться за специализированной медицинской помощью.

Консервативное расправление (гидростатическая дезинвагинация под УЗ-контролем) в ДХО ГОКБ является «основным стандартом» в большинстве случаев ликвидации инвагинации кишечника у детей Гомельского района.

При неэффективности консервативных методов дезинвагинации можно применять диагностическую лапароскопию для исключения органических причин (дивертикул Меккеля, новообразования кишечника и других), и определиться с последующим тактикой лечения этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Исаков, Ю. Ф.* Абдоминальная хирургия у детей: руководство / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, Т. В. Красовская. — М.: Медицина, 1988. — 458 с.
2. *Подкаменев, В. В.* Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей / В. В. Подкаменев, В. А. Урусов. — Иркутск: ИГУ, 1986. — С. 32–36.
3. *Катько, В. А.* Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей / В. А. Катько, Ш. Ч. Шахья // Белорусский медицинский журнал. — 2003. — № 3. — С. 73–76.

УДК 616-006.6(476)«1975-2014»

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ С 1975 ПО 2014 ГГ.

Барabanова А. А., Ячник И. В.

Научный руководитель: ассистент *В. В. Концевая*

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

Введение

Проблема онкологии в Республике Беларусь не теряет своей актуальности на протяжении длительного времени. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Беларусь за последние 40 лет увеличилась в 3 раза и является второй по частоте причиной смертности в Беларуси после сердечнососудистых заболеваний. Из стран бывшего СНГ в ТОП-50 стран с максимальными показателями заболеваемости раком попала Беларусь (42-е место, 213 случаев рака на 100 тыс.). К основным факторам, способствующим возникновению онкологии, относят: курение (25–30 % случаев), неправильное питание и ожирение (30–35 %), инфекции (15–20 %), излучение (ионизирующее и неионизирующее — до 10 %), отсутствие физической активности, стресс, загрязнение окружающей среды (10–15 %), алкоголизм (5–10 %). Тем не менее общепринятой является мутационная теория канцерогенеза — согласно которой рак является результатом накопившихся мутаций в ДНК клетки. При воздействии химических канцерогенов происходит образование химических связей с ДНК и при этом образуются NNK-ДНК, NNN-ДНК, аминобифенил-ДНК, афлатоксин-ДНК, бензпирен-ДНК, аддукты ПАУ-ДНК и многие другие. В том случае, когда влияют биологические факторы, это могут быть вирусы, которые также меняют структуру ДНК и часто встраиваются в нее. Часто к канцерогенезу может привести хронические воспаления или инородные тела, но может быть причиной канцерогенеза и лекарственная терапия, особенно гормональная.

Цель

Проанализировать рост заболеваемости населения Республики Беларусь злокачественными заболеваниями в период с 1975 по 2014 гг. по материалам сборника «Официальный статистический сборник Республики Беларусь за 2015».