

рии позволяют на ранних этапах заподозрить нарушение дыхания у пациентов, оценить степень тяжести бронхиальной астмы, при ее наличии у пациентов, эффективность проводимой терапии. Проводятся бактериологические исследования назального секрета и мокроты. Иммуный статус исследуется методами иммунографии.

Пациенты с ЭоЭ по показаниям консультируются оториноларингологом, аллергологом, неврологом, психологом, другими специалистами.

Учитывая плодотворную совместную работу кафедры педиатрии и ГОДКБ, в настоящее время разрабатывается приказ о создании регионального центра ЭоЭ для детей Гомельской области. С образовательной целью планируется открытие «Школы ЭоЭ», где будут проводиться семинары с пациентами и врачами-специалистами по данной патологии с привлечением врачей-аллергологов, гастроэнтерологов и диетологов.

Выводы

Таким образом, новая организация работы позволит оказывать помощь детскому населению с ЭоЭ на качественно ином уровне, а также может быть использована при разработке мероприятий по организации медицинской помощи детям с ЭоЭ в других регионах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bredenoord, A. J. Clinical esophagology: alive and kicking! / A. J. Bredenoord // *Neurogastroenterol Motil.* — 2015. — № 27(2). — P. 157–159.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / В. Т. Ивашкин [и др]. — М., 2013.
3. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults / A. J. Lucendo [et al.] // *United European Gastroenterol J.* — 2017. — № 5(3). — P. 335–358.
4. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood / A. Papadopoulou [et al.] // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* — 2014. — № 58(1). — P.107–118.
5. Эозинофильный эзофагит: учеб. пособие / В. Т. Ивашкин [и др]. — М.: АИСПИ РАН, 2013. — 80 с.
6. Pathophysiology of Eosinophilic Esophagitis / K. M. O'Shea [et al.] // *Gastroenterology.* — 2018. — 154(2). — P. 333–345.
7. Чеченкова, Е. В. Анализ клинических согласованных рекомендаций по лечению пациентов с эозинофильным эзофагитом / Е. В. Чеченкова, И. И. Саванович // *Проблемы здоровья и экологии.* — 2020. — № 4. — С. 12–22.
8. Endoscopic of the esophageal features of eosinophilic esophagitis : validation of a novel classification and grading system / I. Hirano [et al.] // *Gut.* — 2012. — № 62 (4). — P. 489–495.
9. Диагностика и лечение эозинофильного эзофагита: обзор Европейских рекомендаций 2017 г. / И. В. Маев [и др.] // *Consilium Medicum.* — 2019. — № 8. — С. 9–14.
10. Systematic review with meta-analysis: the incidence and prevalence of eosinophilic oesophagitis in children and adults in population-based studies / A. Arias [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* — 2016. — № 43. — P. 3–15.

УДК 616.34-007.44

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА

Шачикова Т. А., Балыев Б. А., Алиферович В. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из актуальных проблем современной хирургии является острая кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника — выделяемый в отдельную нозологическую форму вид непроходимости кишечника, причиной которого является внедрение одной части кишечника в просвет дру-

гой. Инвагинация кишечника является самым частым видом приобретенной непроходимости кишечника у детей до года [3]. Более того, это самая частая острая хирургическая абдоминальная патология в этом возрасте [4]. Несвоевременная диагностика и позднее лечение приводит к объемным оперативным вмешательствам и тяжелым последствиям здоровью ребенка.

Цель

Провести анализ историй болезней на предмет поло-возрастной структуры пациентов получавших лечение по поводу инвагинации кишечника, сезонности их поступления, сроков поступления от начала заболевания, а так же способов их лечения.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели были отобраны и проанализированы 39 историй болезней пациентов, получавших лечение в ГОДКБ с августа 2018 по апрель 2021 гг. по поводу инвагинации кишечника.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследований выявлено, что из 39 пациентов с инвагинацией кишечника 27 (69,2 %) оказались мальчиками, 12 (30,8 %) — девочками. Инвагинация чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, в соотношении примерно 3:1 [1], 3:2 [3]. Среди наших пациентов относительное распределение по гендерному признаку составило: 3:2 в пользу мужского пола. Среди всех инвагинаций кишечника у детей 2/3 возникают на первом году жизни [3]. Количество детей первого года жизни, госпитализированных по поводу инвагинации кишечника, по данным наших исследований приблизилось к 1/2 (48,8 %). Инвагинация редко возникает у детей старше 3 лет [4]. По возрастам дети распределились следующим образом: до года было госпитализировано 15 (38,5 %) детей, от 1 года до 3 лет поступило 19 (48,7 %) пациентов, от 3 до 6 лет — 5 (13 %) детей. Процент девочек в возрастной группе младше года 25 % (5 девочек из 15 детей), в средней возрастной группе девочек от 1 года до 3 лет девочек было 32 % (6 девочек из 19 детей), и 25 % (5 девочек) от общего числа детей в старшей возрастной группе от 3 до 6 лет. Следовательно, так как процентное соотношение девочек к мальчикам в разных возрастных группах близко по значению, то связи заболеваемости определённого пола с возрастным периодом не прослеживается. Статистические данные показывают, что относительное большинство инвагинаций у детей наблюдается в весенние и летние месяцы: весна 33 %, лето 25 %, осень 20,1 %, зима 21,9 % [2]. Среди наших пациентов относительное большинство инвагинаций наблюдалось в приведенные выше времена года: весна: 9 (26,4 %) детей, лето: 14 (41,1 %) детей, осень: 4 (12 %) ребенка, зима: 7 (20,5 %) детей. Относительный рост числа инвагинаций в летние месяцы, вероятно, связан с увеличением в рационе количества продуктов, содержащих клетчатку. Существует два основных способа дезинвагинации — консервативный и оперативный. Безуспешность консервативной дезинвагинации определяется наличием осложнений в виде некроза ущемленной кишки с риском перфорации и последующим развитием перитонита, что связано со временем, прошедшим от начала заболевания — больше суток в виду несвоевременной обращаемости роди-

телей, а так же диагностическими ошибками. Консервативная тактика лечения (гидростатическая дезинвагинация под УЗИ контролем) была применена ко всем пациентам поступившим в стационар в сроки не превышающие суток с момента начала заболевания — 37 (94,9 %) детей. В 89,2 % (33 ребенка) консервативная дезинвагинация увенчалась успехом. В 4 (10,8 %) случаях из них консервативная дезинвагинация оказалась безуспешной и потребовала оперативного вмешательства (лапаротомия с открытой дезинвагинацией). Оперативная тактика, как первичная мера, была применена к 2 (5,1 %) детям, поступившим в сроки превышающие сутки от начала заболевания. В обоих случаях выполнялась лапаротомия с резекцией некротизированного участка ущемленной кишки. Среднее пребывание пациента в стационаре при консервативном лечении составило 3,6 койко/дней, а при оперативном — 16,3 койко/дней.

Выводы

1. Инвагинация кишечника чаще возникает у детей первого года жизни.
2. Изучаемой патологии более подвержены мальчики, чем девочки.
3. Большинство инвагинаций у детей наблюдается в весенние и летние месяцы.
4. В случае своевременно начатого лечения, даже оперативная тактика является органосохраняющей

ЛИТЕРАТУРА

1. Jain, S. ChildIntussusception.2020 Jul 17.In: StatPearls [Internet]. TreasureIsland (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 28613732.
2. Фельдман, Ф. И. Инвагинация и эвагинация кишок в детском возрасте / Ф. И. Фельдман. — М.: Медицина, 1977. — 152 с.
3. Катко, В. А. Справочник детского хирурга / В. А. Катко. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2013. — 568 с.
4. Hutson, J. M., & Beasley, S. W. (2013). The Surgical Examination of Children. — doi:10.1007/978-3-642-29814-1.

УДК 616-053.1/3-008.9:612.398.192

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Шейбак А. Н.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Организм плода и новорожденного характеризуется высокой потребностью в свободных аминокислотах, которые являются предшественниками целого ряда гормонов, нейромедиаторов, кофакторов и других биологически активных регуляторов метаболизма. Они оказывают влияние на созревание и функционирование практически всех структур организма новорожденного ребенка [1, 2].

Цель

Исследование аминокислотного пула сыворотки пуповинной крови у недоношенных новорожденных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ).