

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).