

УДК 616.334-007.271-07-089

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ  
ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА  
В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»****Баранов С. Ю.<sup>1,2</sup>**<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение**

Врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГП) является одной из форм частичной непроходимости, наблюдающейся у детей первых недель и месяцев жизни, передающейся рецессивным или аутосомно-доминантным путем наследования. Частота заболеваемости среди новорожденных в настоящее время колеблется около 3,5–4:1000 [1, 2], при этом чаще наблюдается у мальчиков (в 5 раз) [1, 4, 5].

Характерное появление рвоты «фонтаном» в кинической картине заболевания чаще на 2–4 неделе жизни и развитие соответствующих последствий обусловлено врожденным сужением в пилорическом отделе [2, 5].

Современная диагностика ВГП основана не только на рутинном «пальпаторном» обнаружении патологии, но, в спорных ситуациях, и на применении современных эндоскопических и ультразвуковых методов, изредка рентгенологических, согласно протоколам обследования детей. Доступность и распространенность этих методов в сочетании с их высокой эффективностью облегчает скрининг патологии [3, 4, 5].

Своевременность диагностики и лечения ВГП направлена на предупреждение появления 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 на базе 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 мальчиков к девочкам соответственно составило 5 к 1. Большинство пациентов поступили в ДХО своевременно, нередко после предшествующего обследования и лечения в других стационарах области, что снизило затраты 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 включала как рентгеноконтрастное 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 аппаратов 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 в отделении остается оперативный. В ДХО по данным нашего исследования в вышеуказанный период в начале выполнялась только пилоромиотомия традиционным лапаротомным доступом Робертсона (составив 56 % от общего числа всех последующих вмешательств), однако в августе 2011 г. в отделении была впервые 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 в ДХО ГОКБ основывается как на традиционной «рутинной» общеклинической диагностике, так и на применении неинвазивных инструментальных методов исследования (преимущественно УЗИ пилоруса, а в спорных ситуациях и с применением рентгеноконтрастных методик).

«Сегодняшним стандартом» оперативного лечения в ДХО ГОКБ при врожденном гипертрофическом пилоростенозе прочно стала лапароскопическая пилоромиотомия.

Применение современных малоинвазивных технологий 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 вмешательства, «косметичность» ран-проколов, более лучшие клинические 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 // Настоящее и будущее детской хирургии: матер. конф. — М., 2001.
5. Шабалов, Н. П. Основы перинатологии / Н. П. Шабалов, Ю. В. Цвелев. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 576 с.

УДК 616.346.2-002-07-089-053.2

## **ТАКТИЧЕСКИЕ ПЕРЕМЕНЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В УЧРЕЖДЕНИИ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Баранов С. Ю.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Острый аппендицит (ОА) — сегодня самое распространенное хирургическое заболевание у детей, являющееся причиной 75 % экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости у детей. Возможность разнообразной локализации отростка в животе определяет «многоликость» клинической картины ОА, указывает на сложности диагностиче-