

Операцией выбора при желчнокаменной кишечной непроходимости являлась энтеролитотомия. Конкремент по возможности смещали проксимальнее для того, чтобы произвести вскрытие просвета кишки на менее измененном участке. После извлечения конкремента тонкая кишка ушивалась двухрядным швом. У одной пациентки наступил некроз кишки в зоне ущемления конкремента. Кишка на этом уровне признана нежизнеспособной. Произведена резекция тощей кишки вместе с конкрементом в пределах на 30 см выше и 15 см ниже участков некроза с наложением анастомоза «конец в конец». Ни в одном случае не выполнялась операция по разобщению билиодигестивного свища, так как это представляло большой риск для жизни пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в тяжелом состоянии. Из 4 пациентов умерла 1 пациентка 91 года, страдавшая тяжелой сопутствующей кардиальной патологией. В остальных случаях, в том числе у пациентки 77 лет, которой выполнялась резекция тощей кишки, наступило выздоровление.

Выводы. Результаты лечения желчнокаменной кишечной непроходимости могут быть улучшены за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов проведенных исследований, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства.

Литература:

1. Особенности течения, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости / М.Д. Дибиров [и др.] // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 13-19.

БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Голенко К.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Волкова М.П.

Актуальность. Одна из самых частых жалоб, предъявляемых детьми и подростками - боли в животе. Жалоба на боль в животе является наиболее частой при обращении за медицинской помощью [1].

Цель исследования - оценить частоту встречаемости абдоминального болевого синдрома у детей и подростков среди госпитализированных пациентов.

Было проанкетировано 269 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Анкета включала 48 вопросов, касающихся характера болевого абдоминального синдрома, частоты болей в животе, наследственности, характера питания и режима дня, сопутствующих заболеваний. Среди опрошенных было 57% мальчиков и 43% девочек. В возрасте : 7-11 лет было 36% детей, 12-14 лет – 22%, 15-17 лет – 42% пациентов. Все дети находились на стационарном лечении, из них по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы – 26%, органов дыхания – 21%, органов желудочно-кишечного тракта – 28%, органов мочевыделительной системы – 8% и других заболеваний – 16%. На боли в животе предъявили жалобы 54% детей, из них периодические боли отмечали 86% детей, частые боли беспокоили 18% опрошенных детей. Боли отмечены в равной степени, как у мальчиков, так и у девочек. Чаще всего болевой абдоминаль-

ный синдром встречался в возрасте 15-17 лет у обоих полов. Длительность болевого синдрома с момента его возникновения варьирует от месяца до 3-х лет и более. У 46% пациентов частота болевого синдрома составляет 1-2 раза в месяц. Сезонности в возникновении болей не выявлено. Чаще абдоминальные боли возникают днем и вечером. Самая распространённая характеристика болей в животе это ноющая (34%) и режущая (24%). У большинства опрошенных боли возникают натощак (39%) и через 1-2 часа после приёма пищи (34%), их продолжительность составляет в среднем 20-30 минут. У большинства детей болевой синдром проходит после приёма пищи либо после приёма определённых лекарственных средств. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта у родственников были выявлены в 50% случаев. У 42% детей была обнаружена пищевая аллергия, в основном на молочные продукты и цитрусовые. По нашим данным только 44% опрошенных детей соблюдает режим дня. Ежедневно на свежем воздухе находится менее половины опрошенных детей, прогулка составляет в среднем 1,5-2 часа. Правильный режим питания имеет только 39 % детей. Не завтракает дома 51% детей. В школе питается 59% детей. Только 40% детей ежедневно употребляет с пищей овощи и фрукты. 43% детей получает избыточное количество соли. 26% употребляет газированные напитки. 49% злоупотребляет жареной пищей. 47% пациентов увлекается фастфудом. 32% подростков 15-17 лет курят.

Выводы:

1. 60% детей ведут неправильный образ жизни и питаются не рационально.
2. Болевой абдоминальный синдром встречается вдвое чаще, чем выставлен диагноз хронического заболевания органов желудочно-кишечного тракта.
3. Дети, имеющие абдоминальный синдром, нуждаются в дополнительном обследовании для постановки диагноза и назначения им соответствующего лечения.
4. Необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди детей и подростков, для формирования правильных представлений о здоровом образе жизни.

Литература:

1. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. — Харьков: ИД «ИНЖЭК», 2005. — 256 с.

БОЛЕВОЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Голенко К.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Волкова М.П.

Актуальность. Одна из самых частых жалоб, предъявляемых детьми и подростками - боли в животе. Жалоба на боль в животе является наиболее частой при обращении за медицинской помощью [1].

Цель исследования - оценить частоту встречаемости абдоминального болевого синдрома у детей и подростков среди госпитализированных пациентов.

Было проанкетировано 269 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Анкета включала 48 вопросов, касающихся характера болевого абдоминального син-