

билирубина был повышен в 1,5 раза у 16,6% пациентов, в 2 раз – у 12,3 % детей, в 3 раза и выше – у 65,8%; у детей школьного возраста уровень непрямого билирубина превышал норму в 1,5 раза у 62,9% пациентов, в 2 раз – у 37,1% детей. Средняя продолжительность гипербилирубинемии составила 28 дней у детей раннего возраста, у пациентов с синдромом Жильбера – 12 дней.

Повышение уровня АЛТ в 1,5 раза отмечалось у 31,6% (59) детей раннего возраста, в 2 раза – у 3,2 % (6), в 3 раза – у 1,6% (3). У пациентов с синдромом Жильбера повышение уровня АЛТ в 1,5 раза было выявлено у 29,6% (8). В группе детей раннего возраста уровень АСТ превышал норму в 1,5 раза у 40,1% (75), в 2 раза – у 11,2% (21), в 3 раза – у 3,7% (7), а в группе пациентов с синдромом Жильбера повышение АСТ в 1,5 раза отмечалось в 22,2% (6). Повышение щелочной фосфатазы было выявлено в 58 случаях из 214, причем в 10 случаях у пациентов с синдромом Жильбера и в 48 случаях у детей раннего возраста.

УЗИ органов брюшной полости было проведено 168 пациентам, при этом увеличение размеров печени выявлено у 13 детей, 9 из которых дети раннего возраста; повышенная эхогенность – у 6 пациентов раннего возраста; S-образный желчный пузырь выявлен у 27 детей: 9 – дети раннего возраста, 18 – школьного возраста с синдромом Жильбера; уплотнение желчных протоков отмечалось у 13 детей раннего возраста и у 8 – школьного возраста. В наблюдаемой группе средний койко-день составил $10,7 \pm 1,3$ у детей раннего возраста; $7,8 \pm 1,2$ – у пациентов с синдромом Жильбера. Все пациенты получали медикаментозное лечение: гепатопротекторы, желчегонные средства, ферментные препараты, энтеросорбенты. Выписаны с выздоровлением 187 детей, с улучшением – 27.

Выводы. Таким образом, неконъюгированная гипербилирубинемия чаще наблюдается у детей раннего возраста, в 2 раза чаще у мальчиков; она носит доброкачественный характер и заканчивается выздоровлением. У детей старшего возраста неконъюгированная гипербилирубинемия верифицируется как синдром Жильбера, все дети были выписаны с улучшением.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Артюкевич Д.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель - ассистент Пакульневич Ю.Ф.

Актуальность. Лечение пациентов с острым деструктивным панкреатитом является одной из сложных проблем экстренной хирургии. Это связано с трудностями в определении формы острого панкреатита, прогнозировании течения заболевания, выбором сроков и методов оперативного лечения, высокой летальностью. Внедрение в хирургическую практику новых технологий, совершенствование инструментальных методов исследования, использование малоинвазивных вмешательств позволяет пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

Цель. Проведение анализа и оценки современных возможностей хирургического лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. С 2006 г. по 2013 г. в клинике общей хирургии ГрГМУ на лечении находились 2809 пациентов с панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1473 (52,4%), острый у 1173 (41,75%), острый некротический панкреатит установлен у 163 (5,803%) чел. Возраст пациентов варьировал от 17 до 96 лет. Средний возраст больных женщин составил $51,9 \pm 1,63$ лет и мужчин – $47,03 \pm 1,43$ лет. Установлено, что у пациентов пожилого возраста основной причиной острого деструктивного панкреатита была

желчнокаменная болезнь и ее осложнения, у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов.

Результаты. Проведен анализ результатов лечения 193 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Лечение пациентов в стадии токсемии было преимущественно консервативным. Лапароскопия выполнялась при появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 106 (54,9%) пациентов. Во время лапароскопии проводилась санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, с последующим перитонеальным диализом. У 36 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы. При наличии желчной гипертензии и механической желтухи выполнялось чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке также осуществлялась их пункция и дренирование под УЗ-наведением.

Выводы. Применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной и посиндромной терапией во многих случаях позволило отказаться от лапаротомий, уменьшить количество гнойных осложнений и снизить летальность при остром деструктивном панкреатите.

Литература:

1. Минушкин, О.Н., Масловский, Л.В./ Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов / Consilium Medicum : научная статья. – Москва: Медиа Медика, 2005. – Т. 7. – № 6.
2. Охлобыстин, А.В., Ивашкин, Т.В. /Алгоритмы ведения больных острым и хроническим панкреатитом / Consilium-Medicum : обзорная статья. – Москва: Медиа Медика, 2000. – Т. 2. – № 7

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ

Астапович Т.Л., Кисель В.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, асс. Лапотко М.Л.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения беременности и родов у женщин с консервативной миомэктомией в анамнезе.

Материалы и методы. На базе УЗ 1 ГКБ за период с 2008 по 2012 гг. был проведен ретроспективный анализ 62 историй родов женщин. Консервативная миомэктомия в анамнезе (основная группа – 33 (53,2%)) и женщины после кесарева сечения в сочетании с консервативной миомэктомией (контрольная группа – 29 (46,8%)).

Результаты исследования. Возраст беременных в основной группе составил от 29 до 36 лет, возраст женщин в группе контроля – от 27 до 40 лет. Исходя из данных акушерско-гинекологического анамнеза основной группы, было выявлено, что бесплодие отмечалось у 42,4% женщин до проведения консервативной миомэктомии, в группе контроля бесплодие не наблюдалось. Среди сопутствующей гинекологической патологии у пациенток основной и контрольной групп отмечались: эрозия шейки матки (14,5%), кольпит (29%), хронический аднексит (19,3%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: киста яичника (4,8%), искусственное прерывание беременности (30,6%) и невынашивание беременности (25,8%). В течение беременности у 17,2% женщин контрольной группы отмечался рост миоматозных узлов, в среднем миоматозный узел увеличивался на $2,2 \pm 1,5$ см за период беременности.

Продолжительность от проведения консервативной миомэктомии до наступления беременности составила от 6 мес. до 2 лет.