

Литература

1. Гудим, А. Л. Роль гемодинамических ограничений в снижении толерантности к физической нагрузке у пациентов с саркоидозом / А. Л. Гудим [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2019. – Т. 47, № 4. – С. 342–349.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Гнедова А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Шейбак В. М.

Актуальность. Частота встречаемости пилоростеноза 0,5-3:1000 новорожденных. Своевременное диагностирование и лечение детей с данным заболеванием является важнейшей задачей в работе детского хирурга и обеспечивает скорейшее выздоровление пациентов.

Цель. Изучить результаты диагностики и лечения врожденного пилоростеноза у детей.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные 41 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2019 год.

Результаты. Мальчиков было 31 (75,6%), девочек – 10 (24,4%). Возраст пациентов был следующий: до 1 месяца – 13 детей (31,7%), от 1 до 2 месяцев – 23 (56,1%), старше 2 месяцев – 5 (12,2%). УЗИ проведено всем пациентам, при этом длина привратника увеличена у 34 (82,9%), привратник утолщен у 37 (90,2%), перистальтическая волна отсутствует у 32 (78%). Фиброгастроэнтероскопия выполнена 37 пациентам (90,2%). Признаки пилоростеноза наблюдались у 31 (83,8%), пилороспазма – у 6 (16,2%). Рентгенография органов брюшной полости выполнена 18 пациентам (43,9%), у которых выявили признаки пилоростеноза. Атропинизация проведена 34 пациентам (82,9%). Оперативное вмешательство было выполнено через 1 сутки после поступления в стационар у 5 детей (12,2%), от 2 до 5 суток – у 28 (68,3%), более 5 суток – у 8 (19,5%). Лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту была проведена 39 пациентам (95,1%), открытая пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту – 2 (4,9%). Все пациенты были выписаны из стационара с выздоровлением. Койко-день составил: до 10 дней – у 8 пациентов (19,5%), от 10 до 15 дней – у 20 (48,8%), более 15 дней – у 13 (31,7%).

Выводы. Пилоростеноз чаще встречается у мальчиков (3,1:1). Проявляется данная патология преимущественно в возрасте от 1 до 2 месяцев. Для подтверждения диагноза ключевым методом является УЗИ. Ведущим методом лечения является лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде-

Рамштедту. Средняя длительность пребывания пациента в стационаре составила 15,1 койко-дней.

Литература

1. Исаков, Ю. Ф. Детская хирургия : национальное руководство / Ю. Ф. Исаков [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Исакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
2. Дронов, А. Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 440 с.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Гнедова А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Шейбак В. М.

Актуальность. Врожденный пилоростеноз является часто встречающейся патологией детского возраста. Раннее выявление симптомов, подтверждение инструментальными методами, своевременное и успешное оперативное лечение позволяет избежать осложнений у детей.

Цель. Изучить осложнения оперативного лечения врожденного пилоростеноза у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 41 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2019 год.

Результаты. Из 41 случая врожденного пилоростеноза у 5 детей выявлены осложнения лечения. У 3 пациентов была проведена баллонная дилатация привратника. Показаниями для её выполнения являлись сохраняющаяся рвота после проведенной операции, УЗИ и ФГС-признаки пилоростеноза. У 1 ребенка в ходе проведения лапароскопической пилоромиотомии выявлен дефект слизистой ближе к двенадцатиперстной кишке размером около 4 мм. Выполнена верхнепоперечная лапаротомия, дефект слизистой ушит, проведена репилоромиотомия. У 2 пациентов выявлено желудочное кровотечение. В 1 случае наблюдалась рвота «кофейной гущей» через 2 суток после операции, желудок промыт аминокапроновой кислотой с тромбином, проведена инфузия свежезамороженной плазмы. Далее продолжили консервативное лечение и использовали альбумин 10%, эритроцитарную массу, этамзилат натрия, конакион. При проведении ФГС выявлены 2 язвы антрального отдела желудка и множественные афтозные эрозии. Во втором случае отмечалась рвота по типу «кофейной гущи», желудок