

Показатели ЧСС в пределах возрастной нормы наблюдались у 20 % исследуемых, выше нормы – у 2 %, ниже нормы – у 78 % детей.

Изменение параметров QTc выше 441 мс у спортсменов в зависимости от выбранного вида спорта: в 1-й группе – у 12 %, во 2-й группе – у 14 %, в 3-й группе – у 14 %, 4-й группе – 20 %, в 5-й группе – у 20 % детей.

Выводы. Удлинение интервала QT выявлено у 18 % юных спортсменов, при этом у девочек изменения параметров QT не наблюдалось вовсе. Максимальные показатели QTc определены среди детей, занимающихся греко-римской борьбой и баскетболом, а минимальные – при занятии велоспортом. У большинства спортсменов показатели ЧСС были ниже возрастной нормы, что подтверждает факт о наличии брадикардии при развивающемся «синдроме спортивного сердца».

ЛИТЕРАТУРА

1. Юнисова, А. С. Спортивное сердце и дисперсия QT / А. С. Юнисова – М. : Академия медицины и спорта, 2021. – С. 20–23.
2. Ивянский, С. А. Некоторые особенности ЭКГ у детей, занимающихся спортом / С. А. Ивянский, Л. А. Балыкова. – М. : Практическая медицина, 2015. – С. 109–112.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С РЕЗЕКЦИЕЙ И ПЛАСТИКОЙ ДИАФРАГМЫ

Харламова П. А., Карасик Е. Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Белюк К. С.

Актуальность. В связи со сложностью диагностики и выбора хирургического вмешательства лечение опухолевидных образований забрюшинного пространства является актуальным вопросом хирургии [1].

Цель. Продемонстрировать результаты хирургического лечения пациента с опухолью забрюшинного пространства.

Методы исследования. Пациент Х. поступил в отделение панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей в УЗ «Гродненская университетская клиника» по направлению из областной поликлиники с жалобами на периодические боли в правом подреберье, болеет длительно. На амбулаторном этапе было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, в результате чего был выставлен диагноз: желчнокаменная

болезнь, хронический калькулезный холецистит, киста шестого сегмента правой доли печени.

Был выполнен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, включающих в себя магнитно-резонансную томографию (МРТ) брюшной полости.

По данным МРТ у пациента выявлены признаки желчнокаменной болезни: конкремент в желчном пузыре, жидкостное образования по нижней поверхности печени (вероятно паразитарного характера). В связи с чем пациенту было показано выполнение лапароскопической холецистэктомии, лапароскопической резекции шестого сегмента правой доли печени с кистой. Под общей анестезией через разрез в околопупочной области введен троакар и лапараскоп. При ревизии: желчный пузырь с признаками хронического воспаления. Введены дополнительные инструменты, с помощью которых произведена холецистэктомия с клипированием пузырного протока и артерии. Ложе желчного пузыря коагулировано. При отведении правой доли печени визуализировано опухолевидное образование заднебоковой стенки около 5 см в диаметре, расположенное забрюшинно и связанное перемычками с правой долей. При дальнейшей мобилизации было установлено, что опухоль интимно связана с правым куполом диафрагмы. Тупо и остро с применением аппарата Ligasure выполнено удаление образования в пределах здоровых тканей с резекцией и пластикой правого купола диафрагмы.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период протекал с положительной динамикой без осложнений. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на седьмые сутки послеоперационного периода для дальнейшего амбулаторного наблюдения и лечения у хирурга по месту жительства. Повторных обращений и поступлений пациента отмечено не было. Анализируя данный клинический случай, несмотря на интимную связь опухоли с диафрагмой, хирургическое вмешательство удалось завершить миниинвазивным лапароскопическим путем.

Выводы. Таким образом, с учетом широкого спектра гистологического строения и генеза внеорганных забрюшинных образований диагностика данной патологии является весьма затруднительной.

При выборе метода хирургического лечения приоритет следует отдавать современным миниинвазивным вмешательствам даже при распространении патологии в смежные органы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шепетько, М. Н. Опухоли забрюшинного пространства : учеб.-метод. пособие / М. Н. Шепетько, В. В. Барьяш. – Минск : БГМУ, 2008. – С. 3.