

этоксисклерола, спирта, физраствора, глюкозы, диатермокоагуляцию, орошение местными гемостатиками, клипирование кровоточащих сосудов. Параллельно с эндогемостазом проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия с учетом гемодинамических и гематологических показателей. Принципиально важным при лечении таких больных считаем поддержание круглосуточно рН желудочного содержимого в пределах 5,0-6,0.

При эндогемостазе 192 пациентам первичное кровотечение удалось остановить у всех. Однако нестабильный гемостаз имел место у 18 (9,4%) больных, что проявлялось неоднократными рецидивами кровотечения. В этих случаях повторно применялся эндогемостаз с использованием разнообразных методик. У 6 больных данной группы справиться с рецидивом кровотечения эндоскопическим методом не удалось. Данным пациентам выполнены экстренные операции: субтотальная резекция желудка (3 чел.), иссечение кровоточащей острой эрозии с дуоденопластикой (1 чел.), клиновидная резекция желудка (1 чел.), прошивание кровоточащего сосуда в острой язве (1 чел.). Всего умерло 5 человек. Общая летальность среди больных с неязвенными гемorragиями составила 2,1%.

Выводы. Современная хирургическая тактика при неязвенных ГДК должна предусматривать обязательное использование разнообразных эндоскопических методик. Эндоскопия относится к эффективным способам локального гемостаза, что позволяет довольно часто воздерживаться от опасных экстренных операций и снизить общую летальность.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ

Ведник Г. А., Курлович Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. В.М.Шейбак

По данным различных авторов, в развитых странах хроническим колостазом страдают 30 - 40% населения. В 46% случаев причиной хронического колостаза является именно болезнь Пайра. Синдром Пайра - непроходимость ободочной кишки на уровне селезеночного угла, обусловленная перегибом в этом месте чрезмерно длинной кишки. Но определённые трудности в диагностике и недостаточная осведомлённость врачей о данном заболевании приводят к тому, что люди, страдающие болезнью Пайра, длительное время лечатся с диагнозами различных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Цель: Выявление наиболее оптимальной схемы диагностики и лечения болезни Пайра у детей.

Материал и методы исследования

Были обработаны журналы рентгенологических исследований с 1.01.2003 по 1.01.2008 года. Проанализированы все 9 случаев болезни Пайра за 5 лет по принципу: а) ключевой момент в выставлении диагноза, б) проведённое лечение, в) исход заболевания.

Результаты

Во всех исследованных нами случаях решающим фактором в диагностике стала ирригография в вертикальном положении. Результаты приведены в таблице:

	2003	2004	2005	2006	2007
Долихоколон	8	11	18	9	17
Болезнь Пайра	-	1	2	-	6

Всем больным назначалось консервативное лечение в виде диетотерапии, очистительных клизм, ЛФК, массажа, слабительных препаратов. Все они выписывались с улучшением состояния и рекомендациями по диете и наблюдению у хирурга. Но со временем имели место повторные обращения в стационар с жалобами на болевой синдром, запоры, снижение аппетита, тошноту и рвоту, головную боль, раздражительность.

В клинике детской хирургии гродненского государственного медицинского университета проведено впервые в РБ оперативное лечение болезни Пайра у ребёнка 13 лет по специальной методике: срединная лапаротомия, мобилизация и резекция средней части поперечной ободочной кишки в пределах сфинктера Гирша справа и Пайра - Штрауса слева, с наложением прямого анастомоза. Поперечная ободочная кишка перемещается вместе с анастомозом под основание мобилизованной желудочно-ободочной связки, которой прикрывают кишку вместе с анастомозом, а свободный край ее подшивается под кишкой к заднему листку брюшины, с захватом фасциальных листков заднебоковых отделов брюшной стенки в поперечном направлении с таким расчетом, чтобы левый и правый углы кишки оставались закругленными. У больного рана зажила первичным натяжением и он был выписан с полным выздоровлением. Данный ребёнок обследован через 2 недели: жалоб нет, стул в норме.

Заключение: Решающим методом диагностики болезни Пайра является ирригография в вертикальном положении, а наиболее эффективным методом лечения – оперативный.

Литература:

1. Куш Н.Л. Болезнь Пайра у детей // Вестник хирургии 1990 - № 11
2. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М.: Медицина, 1999
3. Мехдиев Д.И., Рахматуллин С.И., Галлямов А.Х. Эндоскопические методы лечения синдрома Пайра // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2000 - № 4.

ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

Веренич Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель: к.м.н. ассистент Матиевская Н.В.

Вакцинация против гепатита В (ГВ) вошла в плановый прививочный календарь с 1999 г. При отсутствии противопоказаний вакцина вводится в первые 48 часов жизни ребенка. Прививка вводится в 3 этапа: при рождении, в 1 и 6 месяцы жизни детей. Соблюдение данной схемы вакцинации является условием формирования напряженного поствакцинального иммунитета. Проведенные ранее исследования (В.М. Цыркунов, Н.В. Матиевская, 2005) показали значительный рост с 1999 года затяжных неконъюгированных гипербилирубинемий и гиперферментемий у детей первого года жизни по сравнению с довакцинальным периодом.

Цель исследования: изучить особенности вакцинации против гепатита В детей, перенесших затяжные неконъюгированные гипербилирубинемии и гиперферментемии.

Материал и методы. Проведено динамическое наблюдение 28 детей, перенесших неконъюгированные гипербилирубинемии и гиперферментемии на первом