Выводы. Дошкольники 4-5 лет г. Гродно демонстрируют статистически значимую внутригородскую вариабельность как абсолютных антропометрических показателей, так и распределения типов телосложения. Дети из микрорайона Ольшанка характеризуются более высокими значениями длины и массы тела, а также достоверно большей долей гиперстеников по сравнению со сверстниками из центрального района. Полученные результаты обосновывают необходимость учета конституциональных особенностей при разработке локальных нормативов физического развития и адресных профилактических программ для дошкольников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козловский, А. А. Динамика базовых антропометрических показателей детей раннего и дошкольного возраста в Республике Беларусь на рубеже XX-XXI веков / А. А. Козловский, В. А. Мельник // Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология. – 2023. – № 2. – С. 18–29. – doi: 10.32521/2074-8132.2023.2.018-029.

2. Дронова, В. М. Анализ показателей физического развития детей дошкольного и младшего школьного возраста Г. Пинска и Пинского района Беларуси / В. М. Дронова, Н. В. Руденко // I Российско-Белорусский молодежный конгресс по физической культуре и спорту "ВМЕСТЕ" : сб. материалов конгр., Псков, 19–20 окт. 2023 г. – Псков, 2023. – С. 42–47.

3. Метод оценки гармоничности физического развития детей и подростков проживающих в крупных промышленных городах : инструкция по применению № 018-0213 / В. А. Мельник, А. А. Козловский, Н. В. Козакевич ; УО «Гомел. гос. мед. ун-т». – Гомель : ГомГМУ, 2016. – 24 с.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Маркач И. С., Соколюк П. Р., Шагай К. А.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Врожденные пороки развития гепатобилиарной системы занимают значимое место в структуре перинатальной и детской заболеваемости и смертности. Среди множества аномалий развития печени и желчевыводящих путей отдельного внимания заслуживает атрезия желчевыводящих протоков – тяжелое прогрессирующее заболевание, которое без своевременного хирургического вмешательства приводит к биллиарному циррозу, печеночной недостаточности и, как результат, гибели ребенка на первом, втором году жизни [1, с. 34; 3, с. 124]. Диагностика осуществляется поэтапно и включает оценку клинической картины,

Репозиторий ГомГМУ

лабораторных данных и результатов аппаратных методы визуализации. Трудности дифференциальной диагностики возможны в связи с затянувшейся физиологической желтухой, гемолитическими желтухами, врожденным гепатитом, механическими закупорками желчных ходов слизью или желчью у новорожденных. УЗ-исследование, в том числе с допплерографией для оценки сосудистых патологий, а также для выявления признаков портальной гипертензии и анатомических изменений – важнейший неинвазивный метод. Магнитно-резонансная томография (МРТ) с гепатоспецифическим контрастом используется для диагностики фокальной нодулярной гиперплазии печени, кист и гемангиом. Для оценки состояния внепеченочных желчных протоков и уровня их облитерации наиболее информативна интраоперационная холангиография. В качестве инвазивного метода порой невозможно обойтись без диагностической лапароскопии (лапаротомии), пункционной биопсии печени, ФГДС со стимуляцией желчеотделения, которые зачастую и становятся ключевыми в постановке диагноза. Для исключения злокачественного процесса, при объемных образованиях, необходимо морфологическое исследование и консультация онколога, а при кистах выполняется иммуноферментный анализ с целью исключения паразитарной этиологии (эхинококк, альвеококк и др.) [2, с. 33].

Лечебная тактика при атрезии желчевыводящих путей определяется исходя из ее анатомического типа и выполняется не позднее 2-3 месячного возраста ребенка [1, с. 31]. Согласно классификации по M. Kasai (1974 г.) при корригируемом типе (выявлении атрезии общего желчного или печеночного протоков) возможно выполнение прямой гепатикоеюностимии или холедохоеюностомии, а при некорригируемом типе (атрезия протоков у ворот печени) показана операция гепатопортоэнтеростомии по M. Kasai с иссечением фиброзной пластинки и анастомоза на уровне микроскопических желчных протоков. В случае неэффективности оперативного лечения и прогрессировании печеночной недостаточности показана трансплантация печени [4].

Фокальная нодулярная гиперплазия и гемангиомы печени, как правило, не требуют хирургического вмешательства.

Цель. Проанализировать эпидемиологические данные детей с врожденными пороками развития печени и атрезией желчевыводящих путей, рассмотреть методы диагностики и хирургического лечения.

Методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ 216 историй болезни детей с патологией печени, находившихся на обследовании и лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ ГОДКБ) в период с 2021 по 2025 год. Для дальнейшего изучения отобраны 18 историй болезни. Проанализирована актуальная литература по заявленной теме.

Результаты и их обсуждение. За рассмотренный период было выявлено 18 пациентов с врожденными пороками развития печени и атрезией

Репозиторий ГрГМУ

желчевыводящих путей, что составило около 8 % в общей структуре заболеваний печени среди пациентов УЗ ГОДКБ.

Детей из Гродно – 9 (50%), 7 детей жители Гродненской области и они составили 38,9%, 2 пациента (11,11 %) из Минской области. Количество пациентов девочек – 7 (38,9%), мальчиков – 11 (61,1%).

Возраст пациентов варьировал от 1 дня до 16 лет. Однако мы посчитали возможным выделить лишь две возрастные группы: дети с рождения до 1 года и пациенты 13-16 лет по количеству примерно в равном соотношении. Продолжительность пребывания в стационаре от 1 до 31 дня, что в среднем составило 16 дней.

Атрезия желчевыводящих путей выявлена у 6 детей, что составило 33,3 % случаев. У 4 пациентов диагностирована гемангиома печени (22,2%). У 3 детей – фокальная нодулярная гиперплазия печени (16,7%). Это были пациенты из возрастной группы 13-16 лет. Одиночные кисты печени выявлены у 2 детей (11,1%). Также у 2 пациентов диагностированы аномалии воротной вены в виде дилатации и кавернозной трансформации. Редкое генетическое заболевание с аномальным кистозным расширением внутрипеченочных желчных протоков с застоем желчи, камнеобразованием и холангитом, получившее название болезнь Кароли – диагностировано в 1 случае.

Во всех 18 случаях у детей выполнялось УЗ – исследование органов брюшной полости. При фокальной нодулярной гиперплазии, гемангиоме и атрезии желчевыводящих путей дополнительно – МРТ с контрастированием. В случае болезни Кароли дополнительно потребовалась МРТ и КТ, что объясняется необходимостью точно установить – является ли поражение сегментарным или диффузным. При аномалиях воротной вены – мультиспиральная компьютерная томография.

Все 6 случаев атрезии желчевыводящих путей диагностированы в первую неделю либо не позднее 1 месяца после рождения. Уровень поражения варьировал от частичной атрезии желчевыводящих путей до тотального поражения внутрипеченочных желчевыводящих протоков. Таким образом, 4 выявленных случая – это внепеченочный уровень поражения желчевыводящих путей, 2 – внутрипеченочный уровень поражения. Такое анатомическое разделение напрямую определяет хирургическую тактику: внепеченочная обструкция потенциально корректируется операцией M. Kasai, тогда как тотальное внутрипеченочное поражение с отсутствием проходимых протоков делает единственным выходом трансплантацию печени. Есть данные, что в случае внутрипеченочного поражения желчевыводящих путей 1 ребенку проводилась трансплантация печени (левого латерального сектора) в возрасте 5 месяцев от живого родственного донора (отца). При внепеченочных поражениях операция M. Kasai выполнена в возрасте 2 месяцев 25 дней и 2 месяцев 21 дня. По другим пациентам информации об оперативных вмешательствах получить не удалось. Исходя из данных историй болезни,

Репозиторий ГрГМУ

хирургическое вмешательство проводилось только у пациентов с атрезией желчевыводящих путей. При остальных патологиях, пациентам рекомендовано ежегодно УЗИ печени с целью контроля течения заболевания.

Выводы. Врожденные пороки печени и атрезия желчевыводящих путей относятся к редким, но значимым состояниям новорожденных, исход которых напрямую зависит от своевременности и точности анатомической диагностики, а также выбранной стратегии консервативного и оперативного лечения с учетом таких факторов, как возраст и клиническая картина пациента.

ЛИТЕРУТУРА

1. Отдаленные результаты портоэнтеростомии по Касаи у детей с атрезией желчевыводящих путей / Д. А. Морозов, И. А. Комиссаров, С. А. Коровин [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2024. – Т. 183, № 1. – С. 30–36.

2. Атрезия желчных протоков: диагностика и хирургическое лечение / А. Ю. Разумовский, А. В. Дегтярева, Ю. И. Кучеров [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, № 4. – С. 29–35.

3. Чубарова, А. И. Врожденные пороки развития печени и желчных путей у детей / А. И. Чубарова, И. Е. Смирнов, Ю. И. Кучеров // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2019. – Т. 98, № 3. – С. 122–128.

4. Митупов, З. Б. Факторы прогноза эффективности портоэнтеростомии при билиарной атрезии / З. Б. Митупов, В. В. Воробьев, Г. П. Брюсов // Детская хирургия. – 2018. – Т. 22, № 1. – С. 24–29.

ОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Маркач И. С., Веруш А. С., Франчук К. М. В.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Закрытые травмы паренхиматозных органов брюшной полости составляют от 3 до 5% от всех повреждений у детей. Травмы селезёнки выявляются при этом в 20–60% случаев и представляют собой жизнеугрожающую патологию в детской хирургической практике, диктуют необходимость тщательной диагностики и индивидуального подхода при лечении данных пациентов. Селезёнка, будучи наиболее часто повреждаемым паренхиматозным органом при травме живота у детей, является ключевым иммунокомпетентным органом, что требует от врача принятия всех возможных мер для её сохранения. Защитный механизм, основанный на анатомо-физиологических особенностях органа и

Репозиторий ГрГМУ