

2. Дудин, М.Г. Идиопатический сколиоз: диагностика, патогенез / М.Г. Дудин, Д.Ю. Пинчук. – СПб.: Человек, 2009. – 336 с.
3. Никитин, С. С. Магнитная стимуляция в диагностике и лечении болезней нервной системы / С.С. Никитин, А.Л.Куренков. – Москва, 2003. – 374 с.
4. Тесаков, Д.К. Особенности структурального поражения и ортостатической мобильности основных дуг деформации позвоночника при идиопатическом сколиозе / Д.К. Тесаков // ARSmedica. – 2011. – № 17. – С. 316–323.

УДВОЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Стенык Р.В.¹, Переяслов А.А.², Мыкыта Н.Н.²,
Билобрывка Т.Р.²

¹Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ»,

²Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого Львов, Украина

Введение. Удвоение может встречаться во всех отделах желудочно-кишечного тракта – от ротовой полости до анального отверстия [1]. Удвоение желудочно-кишечного тракта – достаточно редкая аномалия развития, которая может протекать бессимптомно, а может маскировать другую патологию органов брюшной полости, в частности инвагинацию, заворот, острый аппендицит, дивертикулит, болезнь Гиршпрунга и другие [3].

Целью данного исследования было обобщить собственный опыт диагностики и лечения пациентов с удвоением различных отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. Работа основывается на результатах обследования и лечения 8 детей с удвоением различных отделов желудочно-кишечного тракта в Львовской областной клинической больнице «Охматдет» с 2008 по 2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Среди наших пациентов удвоение желудка было выявлено у 3 детей, также у 3 пациентов диагностировано удвоение тонкой кишки и у 2 детей выявлено удвоение толстой кишки. Возраст пациентов колебался в широких пределах от 11 дней до 10 лет, с незначительным преобладанием девочек (5 пациентов), хотя, по данным литературы, эту патологию чаще выявляют у мальчиков [1, 3, 5]. Удвоение желудочно-кишечного тракта может сочетаться с другими врожденными пороками, в частности с патологией позвоночника [3]. Среди наших пациентов только у одного было выявлено частичное сращение 2 и 3 поясничных позвонков. Периодические боли в животе отмечали 75% пациентов, 37,5% – увеличение в объеме живота и 25% – периодическую рвоту. Таким

образом, каких-либо специфических жалоб не было выявлено, что совпадает с результатами других исследователей [3, 4]. В нашем исследовании, основным методом диагностики была ультрасонография (УСГ), которая проведена у 87,5% пациентов, а у 37,5% детей она дополнена компьютерной томографией (КТ). При УСГ у всех пациентов выявлено кистозное образование в брюшной полости, однако точно установить его связь с конкретным органом не удалось, что совпадает с результатами других исследователей [5]. Подобные результаты получены и при КТ. У одного ребенка с удвоением желудка при фиброгастроскопии (ФГДС) выявлено полиповидное выпячивание в антральном отделе, а по результатам УСГ – дивертикул антрального отдела, что соответствует данным литературы [2], а еще у одного ребенка при ФГДС – патологии не выявлено.

Все дети оперированы. У 7 пациентов на операции выявлено кистозное удвоение: у 3 – желудка, также у 3 – тонкой кишки и у одного – поперечно-ободочной кишки. У одного пациента было тубулярное удвоение толстой кишки. По данным литературы, чаще всего встречаются именно кистозное удвоение, а тубулярное или комбинированное (кистозно-тубулярное) выявляются реже [1, 5]. У всех пациентов с кистозным удвоением кишечника, образование локализовалось в брыжейке кишки и не было связано с просветом кишки. У трех пациентов это кистозное образование имело общее кровоснабжение с кишкой, что обусловило необходимость проведения резекции соответствующей петли кишки с кистозным образованием. У одного ребенка удалось удалить кистозное образование без резекции кишки, а при гистологическом исследовании подтвержден диагноз удвоения кишки. У двух детей с удвоением тонкой кишки дубликатура локализовалась в области подвздошной кишки, а у одного – в месте перехода тощей в подвздошную кишку, что совпадает с результатами других исследователей [1, 4].

У ребенка с тубулярным удвоением нисходящего отдела толстой кишки, образование располагалось параллельно просвету основной кишки и в дистальной части сообщалось с ним.

Удвоение желудка у всех детей локализовалось по большой кривизне желудка и у всех удалось иссечь это образование без необходимости выполнения резекции желудка, что соответствует данным литературы [2]. У одного пациента с удвоением желудка, при гистологическом исследовании выявлена эктопия ткани поджелудочной железы.

Выводы. Удвоение желудочно-кишечного тракта может иметь различную анатомическую локализацию. Отсутствие патогномоничных симптомов может усложнять диагностику данной патологии. Дети с труднообъяснимыми и нетипичными симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта требуют дополнительного инструментального (УСГ, КТ) исследования для подтверждения/исключения удвоения, хотя точный диагноз в большинстве случаев устанавливается интраоперационно.

Литература:

1. Enteric duplication in children: clinical presentation and outcome / Rasool N., Safdar C.A., Ahmad A., Kanwal S. // Singapore Med. J.–2013.–Vol.54.–P.343–346.
2. Gastric duplication cyst: two case reports and review of the literature / Singh J.P., Rajdeo H., Bhuta K., Savino J.A. // Case Rep. Surg.–2013.–Vol.–2013.–Article ID 605059.–4 pages.
3. Gastrointestinal duplications: experience in seven children and a review of the literature / Olajide A.R., Yisau A.A., Abduraseed N.A. et al. // Saudi J. Gastroenterol.–2010.–Vol.16.–P.105–109.
4. Intestinal duplications – experience in 6 cases / Ćavar S., Bogović M., Luetić T. et al. // Eur. Surg. Res.–2006.–Vol.38.–P.329–332.
5. Use of diagnostic imaging in the evaluation of gastrointestinal tract duplications / Laskowska K., Gałazka P., Daniluk–Matraś I. et al. // Pol. J. Radiol. – 2014. – Vol. 79. – P. 243–250.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОЖГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Струнович А.А., Лобан Е.К., Ширяев А.В.,
Инфарович С.А., Романов М.П.**

Могилёвская больница № 1, Могилёв

Введение. Проблема детского ожогового травматизма не теряет своей актуальности. По нашим наблюдениям, на фоне снижения ожогового травматизма в Могилёвской области с 39,6 случаев на 10000 населения в 2001 году до 21 случая в 2014 году в целом, отмечается и снижение детского ожогового травматизма с 31 случая в 2003 году, 24 – в 2009 году до 15,4 в 2014 году. Однако тяжесть ожоговой травмы у детей на протяжении последних лет сохраняется на постоянном уровне и не имеет тенденции к снижению.

Материал и методы исследования. В ожоговом отделении УЗ «Могилёвская больница №1» ежегодно проходят лечение по поводу ожоговой травмы около 200 детей, 90–95 госпитализируются в отделение реанимации:

Госпитализировано в ожоговое отделение	2001 год	2009 год	2012 год	2013 год	2014 год
С ожогами всего	202	223	217	193	223
С последствиями ожогов	57	25	49	60	71