

Литература

1. Истоки славянской письменности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tistoriya.livejournal.com/357758.html>. – Дата доступа: 22.11.2017.
2. Додонов, И. Ю. Кириллица и глаголица: возникновение и взаимоотношение двух славянских азбук [Электронный ресурс] / И. Ю. Додонов. – Режим доступа: <http://litresp.ru/chitat/ru/Д/dodonov-igorj-yurjevich/istoki-slavyanskoj-pisjmenosti/3>. – Дата доступа: 22.11.2017.
3. Додонов, И. Ю. Тайны славянской письменности. [Электронный ресурс] / И. Ю. Додонов. – <http://www.libros.am/book/read/id/260680/slug/istoki-slavyanskojj-pismennosti>. – Дата доступа 22.11.2017.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Алиферович В.И.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Шейбак В.М.*

Актуальность. Инвагинация кишечника – один из наиболее часто встречающихся видов кишечной непроходимости у детей. Поздняя диагностика приводит к объемным операциям и тяжелым последствиям для здоровья ребенка.

Цель: изучить результаты лечения детей с инвагинацией кишечника в ГОДКБ.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели проанализированы 26 историй болезни пациентов, получавших лечение в ГОДКБ в 2013-2017 гг. по поводу инвагинации кишечника.

Результаты. В результате исследования выявлено, что из 26 пациентов с инвагинацией кишечника 20 (77%) были мальчики, 6 (23%) – девочки. Возраст детей: до 1 года – 11 (42%), от 1 до 3 лет – 8 (31%) пациентов, от 3 до 6 лет – 7 (27%) детей. Средний возраст составил 21 месяц. Сельскими жителями оказались 4 (15%) пациента, городскими – 22 (85%) ребёнка. При объективном осмотре инвагинат пальпировался у 11 (42%) детей. При ректальном исследовании головка инвагината определялась в 1 (4%) случае, выделение крови из прямой кишки обнаруживалось у 7 (27%) детей, у 18 (69%) пациентов ректальное исследование патологии не выявило. Среднее значение ЛИИ по Кальф-Калифу при поступлении – 1,09. Ультразвуковое исследование проводилось в 19 (73%) случаях, в 16 (84%) из которых выявлено наличие признаков инвагинации. Рентгеновское исследование проводилось 7 (27%) пациентам, у 5 (71%) из которых были выявлены признаки инвагинации. Консервативное лечение (гидростатическая дезинвагинация) получили 16

(62%) детей, 10 (38%) пациентов лечились оперативно (лапароскопическая дезинвагинация). Среднее пребывание пациента в стационаре составило при консервативном лечении 2,9 койко/дня, при оперативном – 9,2 койко/дня. С выздоровлением были выписаны 19 (73%) детей, с улучшением – 7 (27%) пациентов.

Литература

1. Лосев, А.А. Детская хирургия: учебное пособие / А.А. Лосев – О. : ОГМУ, 2009. – 265с.
2. Подкаменев, В.В. Хирургические болезни у детей: учебное пособие. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432с.

РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Алиферович В.И.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Кузнецов А.Г.*

Актуальность. Холецистэктомия давно признана стандартом лечения холелитиаза. Однако в 10-18% случаев различные клинические проявления после операции возобновляются вновь [1]. Такое клиническое состояние традиционно именуют «постхолецистэктомическим синдромом». Одним из вариантов постхолецистэктомического синдрома является резидуальный желчный пузырь, который встречается у 0,8- 2,7% случаев пациентов после холецистэктомий [2].

Цель. Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения пациентов с резидуальным желчным пузырем.

Материалы и методы исследования. В 2017 году в хирургическом отделении БСМП г. Гродно нами наблюдалось 3 пациента с диагнозом «резидуальный желчный пузырь».

Результаты. В наблюдаемой группе всем пациентам (2 женщины и мужчина) ранее выполнялись оперативные вмешательства по поводу острого холецистита. В одном случае – открытая и в двух случаях лапароскопическая холецистэктомия. У одной пациентки заболевание сопровождалось периодическими коликами в правом подреберье и диспепсическими расстройствами, в двух случаях однократный сильный приступ болей в эпигастрии завершился клинически определяемой желтухой. Во всех случаях УЗИ гепатобилиарной системы патологических изменений не выявило. При МРТ у двоих пациентов выявлены признаки холедохолитиаза и билиарной гипертензии. Что же касается желчного пузыря, то в одном случае в ложе визуализировалось жидкостное образование, а в другом – заброс желчи в