

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Миколайчук В.А., Мамедли С.А., Шаркунова А. В

Научный руководитель: к. м. н., Скворцова Т.Э.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса
Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И. Мечникова

Актуальность исследования: дивертикулез толстой кишки относится к числу наиболее распространенных нарушений структурной архитектоники в этом отделе [1]. Доступным методом диагностики является фиброколоноскопия. Сложность выявления дивертикулярной болезни определяется длительным бессимптомным течением [2].

Цели исследования: изучить особенности возрастного состава, локализации поражений и структуры сопутствующей патологии толстой кишки.

Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ 138 протоколов фиброколоноскопии, проведенных в СЗГМУ им. И.И. Мечникова у пациентов с установленным диагнозом Дивертикулярная болезнь толстой кишки (женщин — 74 [54%], мужчин — 64 [46%]; средний возраст женщин — 66+-10 лет, мужчин — 67+-9 лет).

Результаты: распределение по возрастным группам представлено следующим образом: до 40 лет — 1%, 40–49 лет — 4%, 50–59 лет — 18%, 60–79 лет — 70%, старше 80 лет — 7%. Локализация дивертикулов: чаще всего наблюдалось поражение сигмовидной кишки — 64%, на протяжении всей толстой кишки — 22%, нисходящей ободочной кишки — 2%, поперечно-ободочной кишки — 1%, поражения всей ободочной кишки — 8%, сочетанное поражение сигмовидной и ободочной кишки — 2%, сигмовидной и прямой кишки — 1%. При анализе встречаемости сопутствующей патологии: геморрой встречался в 52% случаев, полипоз — в 22% случаев, колит — в 11% случаев, долихосигма — в 9%, отсутствие патологии — у 9% пациентов.

Выводы: дивертикулярная болезнь чаще выявляется среди пациентов старше 60 лет. Наиболее частая локализация дивертикулов — сигмовидная кишка. У подавляющего большинства пациентов дивертикулярная болезнь сопровождалась геморроем, в 2 раза реже полипозом толстой кишки.

Литература

1. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: учебное пособие / И.Г. Бакулин, Е.В. Сказываева, С.И. Ситкин и др. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. 40 с.
2. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки // РЖГГК. 2016. № 1. С. 65–80.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО (НЕКРОТИЧЕСКОГО) ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Спахова Т.А.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Коротаева Н.В.

Кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность исследования: некротизирующий энтероколит (НЭК) является наиболее серьезным приобретенным заболеванием желудочно-кишечного тракта у новорожденных [1]. Частота развития НЭК у новорожденных составляет от 1 до 5 на 1000 живорожденных детей [2]. До 7% детей с массой тела при рождении менее 1500 г переносят НЭК [3].

Цели исследования: выявить факторы риска развития и методы профилактики НЭК.

Материалы и методы: объектом исследования были 240 детей, с 2012 по 2018 г. находившихся на лечении в Перинатальном центре «ВОКБ № 1». Работа включала анализ соматического и акушерско-гинекологического анамнеза матери; проанализировано 126 предикторов раннего неонатального периода; статистическая обработка результатов.

Результаты: все больные были разделены на 2 группы по 120 детей: 1 — с НЭК и 2 (контрольную) — без НЭК. Средний гестационный возраст в обеих составил 29 ± 2 недели. Средняя масса при рождении — 1151 ± 213 г, 25% новорожденных имели вес до 1 кг. Анализируя течение беременности и родов, была выявлена высокая корреляционная взаимосвязь НЭК с угрозой прерывания ($r=0,56$), хронической внутриутробной гипоксией плода ($r=0,51$) и хронической фетоплацентарной недостаточностью ($r=0,67$). В группе детей с НЭК почти все родились в асфиксии (72,5%), тогда как в контрольной группе только половина детей (51,7% $p < 0,005$). Стадия заболевания определялась по клиническим проявлениям, согласно Walsh and Kliegman. У обследуемых детей наблюдались I-IIА стадии. Проводя анализ раннего неонатального периодов, была отмечена отрицательная взаимосвязь с началом и длительностью энтерального вскармливания грудным молоком ($r = -0,78$, $r = -0,64$), положительная корреляция с инфекционным процессом (сепсис $r=0,75$), пневмония ($r=0,54$).

Выводы: факторами риска развития НЭК являются: отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез матери, острая асфиксия при рождении, внутриутробное инфицирование. Профилактикой развития НЭК является грудное вскармливание с рождения.

Литература

1. Некротизирующий энтероколит у новорожденных: новые взгляды и тенденции / Ю.А. Козлов, В.А. Новожилов, К.А. Ковальков [и др.] // детская хирургия. 2016. No 20(4). С. 188–194.
2. Holman R.C., Stoll B.J., Curns A.T. et al. Necrotising enterocolitis hospitalisations among neonates in the United States. *Pediatr Perinat Epidemiol.* 2006;20;498–506.
3. Fitzgibbons S.C., Ching Y., Yu D. et al. Mortality of necrotizing enterocolitis expressed by birth weight categories. *J Pediatr Surg.* 2009;44:1072–1076.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шомина К.П., Кряжева В.Р.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Шестакова М.Д.

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ухода за детьми

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: ранее диагноз синдром Жильбера (СЖ) ставился методом исключения или при помощи проведения тестов [2]. Особенностью заболевания являлось отсутствие информативных методов диагностики. В современной практике используются другие методы диагностики.

Цель исследования: оценить современные методы лабораторной диагностики синдрома Жильбера.

Материалы и методы: в ДДЦ № 2 проанализированы истории болезни детей, поступивших в дневной стационар с предположительным диагнозом СЖ, за 3 месяца таких историй было 5 из них отобраны для работы 3. Условием определения пациентов в исследуемую группу было комплексное обследование, а также — генетическая экспертиза.

Результаты: рассмотрены 3 клинических случая (КС): 1 КС — классический случай проявления СЖ у подростка (мальчик 14 лет) после голодания. На момент первого обращения показатель общего билирубина (далее ОБ) 30,22 мкмоль/л, прямого билирубина (далее ПБ) 6,14 мкмоль/л, непрямого билирубина (далее НБ) 24,08 мкмоль/л. 2 КС — нетипичный, про-