

(35,7 %), при РОК-3 (25,3 %). Поражение мелких ветвей определялось реже: при РПК — 3 (11 %), при РОК — 2 (18,2 %).

При КРР выявлялись факторы высокого риска (относительный риск > 10): обширная хирургическая операция (РПК 88 %, РОК 65 %); факторы умеренного риска (относительный риск 2–9): установка центрального венозного катетера (РПК 28%, РОК — 25 %), проведение химиотерапии (РПК 8 %, РОК 0 %), хроническая сердечная недостаточность (РПК 20%, РОК 5%), гормонозаместительная терапия (РПК 6 %, РОК 0 %), наличие злокачественного новообразования 17 (РПК 100 %, РОК 100 %); наличие венозных тромбозов в анамнезе (РПК 18 %, РОК 5 %), факторы низкого риска (относительный риск <2): постельный режим более трех дней (РПК 80 %, РОК 75 %); возраст более 65 лет — (РПК 70%, РОК 55 %), ожирение — (РПК 22 %, РОК 18 %), варикозное расширение вен ног — (РПК — 15,5 %, РОК 9 %). Больше предрасполагающих факторов, как связанных с пациентом, так и внешних, было выявлено при РПК по сравнению с РОК. В среднем, на одного пациента с РПК приходилось $8,4 \pm 1,6$ факторов риска ($p = 0,035$), на одного пациента с РОК — $3,8 \pm 1,1$ факторов риска ТЭЛА ($p = 0,041$). Были рассчитаны прогнозные параметры летальности в течение 30 дней среди пациентов с острой ТЭЛА с оценкой 11 клинических параметров (в баллах), позволяющих разделить пациентов на пять классов риска смерти в течение 30 дней по любой причине, начиная от очень низкого (класс I) и заканчивая очень высоким риском (класс V). Категории риска (смертность в течение 30 дней по любой причине, %): класс I < 65 баллов (0 %); класс II 66–85 баллов (1 %); класс III 86–105 баллов (3,1 %); класс IV 106–125 баллов (10,4 %); класс V > 125 баллов (24,4 %). Были получены следующие результаты: класс I: РПК 0 %, РОК 6 %; класс II: РПК 1 %, РОК 7%, класс III: РПК 10 %, РОК 7 %, класс IV: РПК 20 %, РОК 9 %, класс V: РПК 20 %, РОК 9 %.

Выводы

1. Почти в четверти случаев непосредственной причиной смерти в стационаре у пациентов с раком прямой кишки явилась тромбоэмболия легочных артерий.
2. Тромбоэмболия легочных артерий, как причина смерти, у пациентов с раком ободочной кишки встречалась в два раза реже, чем у умерших с раком прямой кишки

П. П. БАКАНОВ, В. И. САННИКОВ, Д. Г. ФИЛИПЧУК

ВРОЖДЕННАЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ: НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Врожденные расщелины верхней губы («заячья губа») доставляют много огорчений родителям ребенка, а в последствии и ему самому. По данным ВОЗ каждый десятый ребенок рождается с пороками развития. Академиком Г. Лазюком и сотрудниками НИИ наследственных и врожденных заболеваний установлено достоверное превышение частот ВПР только в районах жесткого радиационного контроля (уровень загрязнения территории — 15 Ки/км²). На каждую тысячу обследованных беременных выявляется, в среднем, один случай расщелины верхней губы или неба. У новорожденных с расщелинами верхней губы до 75 % наблюдаются односторонние расщелины, чаще слева.

Цель: провести анализ способов оперативного лечения врожденной расщелины верхней губы (ВРВГ) в аспекте эффективности и эстетичности по материалам отделения. В Гомельской области, число новорожденных с ВРВГ уменьшилось и встречается в среднем до 9 в год. В период 1978–1998 гг. частота встречаемости порока в среднем

составляла 14. Снижение числа новорожденных с ВРВГ объясняется рациональной пренатальной УЗ — диагностикой, а при выявлении врожденных пороков — прерыванием беременности.

Материалы и методы. За период 2008–2013 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии произведено 43 хейлопластики. Из них по поводу двухсторонних расщелин — 12, односторонних — 31. При выписке — у всех пациентов наблюдался удовлетворительный косметический и функциональный эффект. В тоже время, у 2 пациентов было частичное заживление ран вторичным натяжением. К пластическому устранению ВРВГ предъявляются высокие функциональные и косметические требования. Губа должна быть подвижной и по своему внешнему виду соответствовать нормальной. Нами используются методики операций, основанные на перемещении лоскутов мягких тканей, окружающих края расщелины. Как правило, эта методика Millard и Miro, способствующие физиологичной реконструкции измененной расщелинной верхней губы. Обязательным является тщательная реконструкция расщепленной круговой мышцы рта для ее полного включения в функцию, обеспечивающую благоприятное воздействие на развитие всей средней зоны лица. Весь интерес и сложность данной операции заключается в индивидуальном подходе к каждому ребенку. Для получения хорошего результата хирург заранее определяется с операционной методикой, а во время операции должен модифицировать ее в той или иной степени. Большое значение, при проведении хейлопластики, придается восстановлению физиологичного положения крыла носа на больной стороне. Известно, что при полных формах расщелины крыло носа не только оттянуто кнаружи и уплощено, но и приращено к краю грушевидного отверстия носа. Для устранения этого изъяна необходимо мобилизовать большой крыльный хрящ от грушевидного отверстия, через заранее созданный Г-образный разрез на тканях в области слизистой преддверия рта. Только достаточная мобилизация позволит сместить ткани и сшить их без натяжения. Однако, практически всегда, необходимо производить реконструктивные операции на носу после полного формирования хрящей носа. При двусторонних расщелинах ушиваются поочередно обе стороны. Слизистая оболочка губы сшивается «выворотными швами». Мышцы выделяются и опрокидываются в горизонтальном направлении, сшиваются «конец в конец». Красная кайма губы формируется, взаимно перемещенными треугольными лоскутами, по методике Miro. Фрагмент кожи на стороне расщелины всегда укорочен, поэтому необходимо обеспечить симметричный прирост кожи.

Результаты и обсуждения. Используемая нами методика позволяет за счет перемещения и сшивания низведенных фрагментов круговой мышцы и несимметричных треугольных лоскутов кожи обеспечить хороший косметический эффект. Всякий результат пластической операции в челюстно-лицевой области у детей, в отдаленной перспективе, изменяется к худшему под влиянием двух факторов. Первый — врожденное отставание в развитии тканей в области расщелины и второй — операционное травмирование и сшивание тканей удерживающих их от физиологического роста. Наша лечебная тактика основана на тридцатилетнем опыте лечения более 252 детей с ВРВГ. Операцию проводим на шестом месяце жизни ребенка с учетом периодов роста оперируемых образований.

Выводы

Пластические операции при врожденных расщелинах верхней губы должны выполняться после шестимесячного возраста ребенка, учитывая физиологическую готовность ребенка.

Цель первичной хейлопластики заключается в восстановлении всех элементов губы, максимальное сохранение тканей, исправление положения оснований крыльев носа и создание свободного вестибулярного пространства. Необходимо устранить не только косметический дефект, но и восстановить функцию верхней губы.

Лицам детородного возраста, проживающих на загрязненных территориях после аварии на ЧАЭС, при планировании беременности необходимо получение медико-генетической консультации.

**С. Ю. БАРАНОВ, Ю. В. ДМИТРИЕВ, С. В. ШАЙДУЛИН, А. Н. БАРОВСКИЙ,
Н. В. АЧИНОВИЧ, С. Н. ПРЕДКО, Т. А. ШАЧИКОВА, В. В. ИВАНЕНКО**

**НАШИ ТРАДИЦИИ В МАЛОИНВАЗИВНОМ СКРИНИНГЕ И ЛЕЧЕНИИ
«ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА»
У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Отсутствие «специфических симптомов» при диагностике острого аппендицита (ОА) у детей придает клиническим проявлениям при заболевании «многоликость». Вследствие этого возможны более высокий уровень развития осложнений (до 5 %) и появления диагностических ошибок (до 12%) при ОА у детей. Это показывает актуальность данной патологии в структуре неотложной хирургии. Сомнительные случаи абдоминального болевого синдрома ранее многими хирургами чаще «разрешались» выполнением диагностических лапаротомий, при этом число катаральных форм ОА достигало 30–40 %.

Применение и совершенствование новых технологий в хирургии способствовало активному внедрению методов эндоскопической хирургии. Со временем благодаря республиканским программам и возможностям на местах доступность и распространенность видеолапароскопического оборудования в учреждениях хирургического профиля в РБ увеличилась.

Согласно имеющимся данным крупных хирургических клиник активное использование указанных технологий сопровождалось значительным снижением числа послеоперационных осложнений при деструктивных формах ОА (спаечная болезнь, инфилтраты, абсцессы).

Целью работы явилось изучение структуры оперированных urgently состояний с клиникой «острого аппендицита», показать сложности диагностического скрининга при абдоминальном синдроме у детей, выявить произошедшие количественные и качественные изменения в лечении ОА у детей по результатам работы отделения детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период 1997–2013 г.

Материалы и методы. Был проведен по унифицированным схемам ретроспективный анализ 6059 историй болезни детей, оперированных при острой абдоминальной патологии воспалительного генеза в отделении детской хирургии Гомельской областной клинической больницы за период 1997–2013 гг., в т. ч. и с использованием современной видеолапароскопической техники (ВЛТ) в 1789 случаях.

Сперва показаниями к применению ВЛТ в отделении (с 1998 г.) было проведение диагностического скрининга спорных ситуаций, выполнение санации брюшной полости, позже — проведение лапароскопически ассистированных операций, а с 2002 г. начали выполнение лапароскопических аппендэктомий лигатурным способом.

За период 2011–2013 годов удельный вес применения ВЛТ в структуре диагностики и лечения ОА у детей примерно составляет 98 %.

Результаты и обсуждение. Статистически среди оперированных детей преимущественное большинство составили городские жители (около 84 %), из них — в основном жители г. Гомеля. Удельный вес мальчиков несколько был больше (58 %). Чаще аппендэктомии выполнялись в возрасте 8–13 лет.

Основной интраоперационной находкой при воспалительном абдоминальном синдроме остается ОА, а среди его морфологических форм преимущественно доминирует «флегмонозная» (в 2013 г. почти 74 %). Частота «катаральных» форм ОА как интраоперационной находки уменьшилась с 20,2 % (в 1997 г.) до 2 % (в 2013 г.).