

Таблица 2 — Основные жалобы пациентов при госпитализации

Жалобы	Общее количество (n, %)	Распределение по группам			
		до 1 года	1–7 лет	7–15 лет	15 и старше
Боль	100	3	22	69	6
Увеличение мошонки	43	3	15	23	2
Гиперемия	35	2	20	12	1

Болевой синдром являлся доминирующим среди всех жалоб, он был выявлен у 100 % пациентов. На увеличение мошонки жаловались 43 %, на гиперемию — 35 %.

Длительность госпитализации всех пациентов составила в среднем 5,53 дня, причем пациенты до года и от 15 лет и старше находились на стационарном лечении дольше, чем остальные (10,3 и 10,1 день), что говорит о более тяжелом протекании синдрома острой мошонки у младенцев и подростков. Средняя продолжительность госпитализации в группе от 1 года до 7 лет составила — 4,7 дней, у детей от 7–15 лет — 5,17 дней.

90 (90 %) пациентов были оперированы. Консервативно лечились 10 пациентов, из них: со 2-й группы — 3 пациента с перекрутом гидатиды, из 3 группы — 2 пациента с орхитом и 2 пациента с перекрутом гидатиды, из 4 группы — 1 пациент с орхитом и 1 пациент с перекрутом гидатиды. Всем пациентам с перекрутом яичка выполнялись органосохраняющие операции, деторсия яичка и орхидопексия перекрученного яичка, одному пациенту бралась биопсия оболочек и ткани яичка. У пациента 1 группы наблюдался правосторонний гнойный орхоэпидимит — было выполнена санация и дренирование мошонки. Также у пациента 3 группы наблюдался осложненный правосторонний гнойный эпидимит, ему было выполнено удаление гидатиды справа. При орхоэпидимите в остальных случаях выполнялась диагностическая ревизия мошонки.

#### **Выводы**

1. Наиболее часто данный синдром наблюдается у мальчиков в возрастной группе 7–15 лет.
2. Основной жалобой являлась боль в мошонке — у 100 % пациентов, реже жалоба была на гиперемию мошонки — у 35 % пациентов.
3. Наиболее частой причиной синдрома острой мошонки является перекрут гидатиды левого (44 %) яичка и перекрут гидатиды правого (34 %) яичка.
4. В 90 % случаях пациенты подвергаются оперативному лечению.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Абаев, Ю. К. Синдром острой мошонки у новорожденных / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. 2007. Т. 2, № 2. С. 21–25.
2. Комяков, Б. К. Урология: учебник / Б. К. Комяков. М., 2012. 464 с.
3. Руденко, Д. Н. Синдром «острой мошонки» у детей: учеб.-метод. пособие / Д. Н. Руденко, И. А. Скобеюс, А. В. Строчкин. Минск : БГМУ, 2015. 16 с.

**УДК 616.366-002.2-003.7-036.22**

### **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

**Сиваков Е. А., Романенко Е. Д.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Б. Богданович**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

С заболеваниями желчевыделительной системы регистрируется 294 человека на 100 тыс. населения, они составляют более 25 % (до 50 %) больных с пато-

логией органов пищеварения. Хроническому холециститу принадлежит центральное место среди болезней билиарной системы [1].

По данным хирургов, в 60–80 % у больных с холециститами выявлены камни желчного пузыря. ЖКБ — одно из весьма распространенных заболеваний. Хронический калькулезный холецистит — воспалительное заболевание стенки желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями желчевыводящей системы.

Субстратом для образования камней являются билирубин, холестерин и соли кальция. Чаще встречаются камни смешанного типа. При преобладании одного из компонентов говорят о пигментных, холестериновых и известковых камнях. Выделяют 3 основные причины камнеобразования: застой желчи в пузыре, нарушение обмена веществ, воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. Важнейшее значение имеет соотношение концентрации холестерина, фосфолипидов (лецитина) и желчных кислот. Желчь становится литогенной при увеличении в ней концентрации холестерина и уменьшении концентрации фосфолипидов и желчных кислот [2].

Общепризнанным является правило 5F: женский пол (female), возраст старше 40 лет (forty), ожирение при индексе массы тела более 30 (fat), множественные беременностями (fertile), диспепсия с метеоризмом (flatulent) [3].

Хронический холецистит встречается во всех возрастных группах, но преимущественно страдают лица среднего возраста (от 40 до 60 лет). Точно определить время начала образования желчных камней довольно трудно, поскольку первые клинические проявления отнюдь не совпадают со временем инициации камня. Однако четко установлено, что с каждым десятилетием жизни частота желчнокаменной болезни увеличивается. Желчнокаменной болезнью болеют чаще женщины. В 30–40 годах, по данным большинства авторов, у женщин холелитиаз встречался в 5–6 раз чаще, чем у мужчин. Заболевание чаще отмечается в экономически развитых странах [3].

### **Цель**

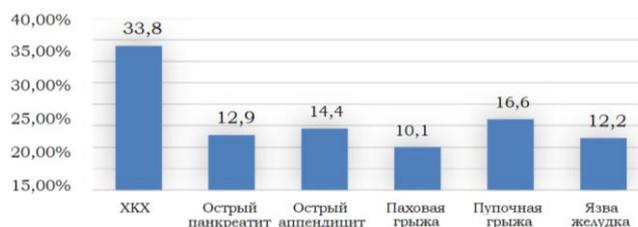
Определить группы лиц с наиболее высоким риском развития хронического калькулезного холецистита.

### **Материалы и методы исследования**

В работе использовались данные пациентов первого хирургического отделения УЗ «Могилёвская областная клиническая больница» с 2015 по 2020 гг. Было исследовано 136 историй болезни пациентов различного возраста от 19 до 88 лет. Данные обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel».

### **Результаты исследования и их обсуждения**

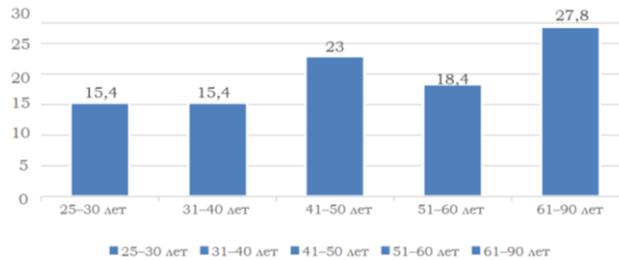
В результате исследования, установлено, что частота заболеваемости хроническим калькулезным холециститом среди пациентов первого хирургического отделения составила 33,8 % (n = 46). Наиболее часто встречаемые заболевания, по результатам исследования представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Наиболее часто встречаемые заболевания**

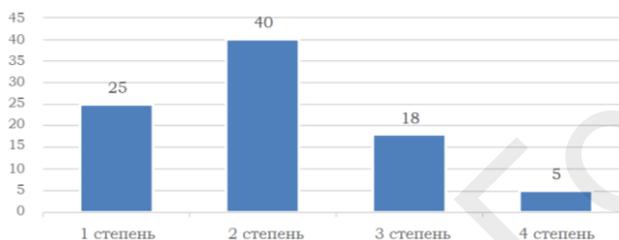
На основании проведенного исследования, установлено, что в 72 % случаев ХКХ наблюдался у женщин (n = 33).

Наиболее часто хронический калькулезный холецистит встречался у пациентов старше 40 лет. Результаты исследования представлены на рисунке 2.



**Рисунок 2 — Частота встречаемости хронического калькулезного холецистита по возрасту**

В результате исследования установлено, что у большинства пациентов 87 % ( $n = 40$ ) с хроническим калькулезным холециститом встречается ожирение. Результаты исследования представлены на рисунке 3.



**Рисунок 3 — Частота встречаемости ожирения у пациентов с хроническим калькулезным холециститом**

### **Выводы**

На основе полученных данных можно сделать вывод о том, что хронический калькулезный холецистит является самым распространенным заболеванием органов брюшной полости (33,8 %). Наиболее часто данное заболевание встречается в возрасте 40–90 лет (69,2 %), а также у людей, которые имеют ожирение (87 %). Женщины после 40 лет, имеющие ожирение, имеют наиболее высокий риск развития хронического калькулезного холецистита. По-видимому, этот контингент лиц подлежит диспансерному наблюдению с целью профилактики камнеобразования и своевременного выявления хронического калькулезного холецистита.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Маринич, Т. В.* Учебно-методическое пособие для студентов, интернов, ординаторов / Т. В. Маринич. под ред. д.м.н.А. В. Борсукова. Смоленск, 2014. 25 с.
2. *Кузин, М. И.* Хирургические болезни / М. И. Кузин. М. : ГЭОТАР, 2018. 784 с.
3. *Змачинская, И. М.* Хронический холецистит: учеб.-метод. пособие / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать, М. К. Церех. Минск : БГМУ, 2017. 20 с.

**УДК 616.316-003.7-089-72**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ИНСТРУМЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИАЛОЛИТИАЗА**

**Трухан Д. А., Кончак В. В.**

**Научный руководитель к.м.н., доцент Н. Н. Черченко**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Сиалолитиаз, или слюннокаменная болезнь, — это воспаление слюнной железы, характеризующееся образованием камня в выводных протоках. Слюннокаменная болезнь является наиболее распространенным заболеванием слюнных