

аппендицитах и хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) с холедохолитиазом после лапароскопической операции, а при традиционной операции, кроме этого, при гангренозном аппендиците. Однако стратификационный анализ риска ИОХВ в зависимости от способа выполнения операции с учетом диагноза основного заболевания подтвердил, что ЭВХ-операции значительно реже осложняются ИОХВ. В итоге, можно констатировать, что широкое внедрение в хирургическую практику ЭВХ-методов позволяет снизить число ИОХВ при аппендэктомиях в 2,5 раза, а при холецистэктомиях — в 4 раза. Отмечено общее снижение поверхностных и глубоких ИОХВ при ЭВХ-вмешательствах по сравнению с традиционными доступами. При традиционных аппендэктомиях наибольшее количество ИОХВ отмечено при флегмонозном (9,8 %) и гангренозном аппендиците (13 %). При малоинвазивных операциях при флегмонозном аппендиците отмечено снижение ИОХВ до 4,9 %. При холецистэктомии снижение частоты развития ИОХВ было с 16,7 % при традиционном способе до 3 % при ЭВХ-операциях, а при холецистэктомии с холедохолитотомией — с 17,9 до 9,4 %, соответственно. Таким образом, применение малоинвазивных оперативных вмешательств позволяет достоверно снизить частоту развития ИОХВ при некоторых хирургических заболеваниях брюшной полости. Необходимо продолжить дальнейшие исследования, направленные на изучение сравнительной частоты и факторов риска ИОХВ после ЭВХ-операциях.

#### **Вывод**

Частота возникновения инфекционных осложнений области хирургического вмешательства при эндовидеохирургических аппендэктомиях и холецистэктомиях значительно ниже, чем при операциях традиционным доступом. А также эндовидеохирургические методы лечения хирургических заболеваний брюшной полости перед открытыми обладают следующими преимуществами: низкой травматичностью, меньшим числом послеоперационных инфекционных осложнений, сокращением длительности послеоперационного периода.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Видеондоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства: рук.-во для врачей. — СПб.: Янус, 2002. — 416 с.
2. Еремин, С. Р. Актуальные проблемы интраабдоминальных инфекций / С. Р. Еремин, Л. П. Зуева // Инфекции в хир. — 2003. — Т. 1. — С. 58–61.
3. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective comparative study of 227 patients / M. Marzouk [et al.] // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17(5). — P. 721–724.

**УДК 616.36-002-08-036.22«2011/2018»**

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТАТИСТИКА ГЕПАТИТА А ЗА ПОСЛЕДНИЕ 7 ЛЕТ**

*Варганова К. М., Лапицкая Е. С.*

**Научный руководитель: к.м.н. А. П. Демчило**

**Учреждения образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Вирусный гепатит А (далее ВГА) до настоящего времени сохраняет важное социально-экономическое значение и для многих стран остается одним из самых распространенных инфекционных заболеваний [5, 6, 8]. Удельный вес ВГА в суммарной заболеваемости вирусными гепатитами в мире колеблется в широких пределах [7]. За последние десять лет в мире стала наблюдаться тенденция к снижению заболеваемости во всех регионах, кроме Африки и Азии. Высокоразвитые страны Европы и США относятся к регионам со средней и низкой заболеваемостью. Доля ВГА в суммарной диагностируемой заболеваемости острыми гепатитами в этих странах не превышает 30 % [6]. Низкие показатели заболеваемости напрямую коррелируют со значительным уровнем развития экономики, культуры и гигиены, а также санитарно-коммунального благополучия [6, 7].

В Республике Беларусь вирусы гепатита А встречаются редко. Эпидемиологические данные указывают, что им инфицированы 1–2 человека из 100 тыс. населения. При этом каждый пятый заболевший заражается во время туристической или деловой поездки за границу, где ВГА распространен широко, особенно в жарких странах Азии и Африки.

Заболеваемость ВГА в Республике Беларусь в 2017 г. составила 1,5 случая на 100 тыс. населения, в 1 полугодии 2018 г. — 0,55 случаев на 100 тыс. населения.

Вирусный гепатит А (ВГА), несмотря на доброкачественность течения, преобладание легких форм, сохраняет свою актуальность для практического здравоохранения и в настоящее время. Значимость этого заболевания определяется как глобальным нозоареалом, так и вовлечением в эпидемический процесс социально значимых групп (дети и подростки) [2, 3].

ВГА — типичная кишечная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Пути передачи: водный, пищевой и бытовой. Факторами передачи, как при всех кишечных инфекциях, являются различные пищевые продукты (в том числе морепродукты, замороженные овощи и фрукты), не подвергающиеся термической обработке, а также вода и грязные руки. [9] ВОЗ сообщает приблизительно **1,4 млн** случаев вирусного гепатита А в мире, регистрируемых ежегодно [1].

Иммунитет после перенесенного гепатита А прочный и длительный, практически пожизненный.

### **Цель**

Анализ заболеваемости вирусным гепатитом А в Гомеле и Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Изучены показатели заболеваемости гепатитом А на территории Гомеля и Гомельской области за период с 2011 по 2018 гг. Проанализировано течение гепатита А у 59 человек г. Гомеля и Гомельской области, получавших лечение в «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период с 2011 по 2018 гг.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

1. Распределение пациентов с вирусным гепатитом А по возрасту (рисунок 1):

- до 18 лет — 15 человек;
- от 18 до 30 — 11 человек;
- после 30 лет — 33 человек.

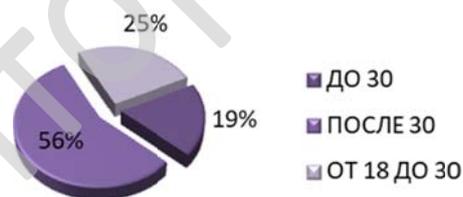


Рисунок 1 — Распределение пациентов с вирусным гепатитом А по возрасту

**Вывод:** Заболеваемость ВГА регистрируется, в настоящее время, значительно чаще у взрослых, чем у детей.

2. Сезонность заболеваемости вирусным гепатитом А (рисунок 2):

- зима — 26 человек;
- весна — 18 человек;
- лето — 6 человек;
- осень — 9 человек.

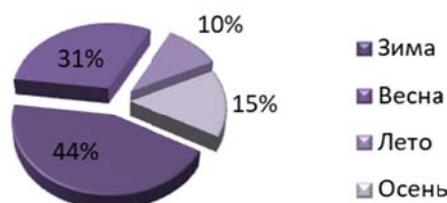


Рисунок 2 — Сезонность заболеваемости вирусным гепатитом А

*Вывод:* нет тенденции к заболеванию в определенную пору года.

3. Заболеваемость вирусным гепатитом А в зависимости от пола (рисунок 3):

- мужчины — 34;
- женщины — 15.

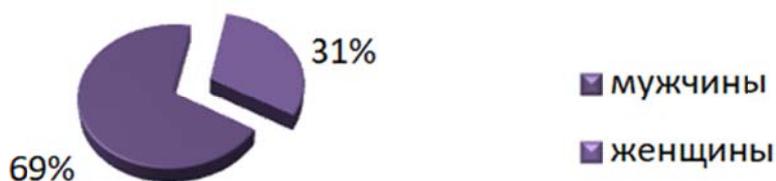


Рисунок 3 — Заболеваемость вирусным гепатитом А в зависимости от пола

*Вывод:* 69 % переболевших вирусным гепатитом А являются мужчины.

4. Заболеваемость вирусным гепатитом А в зависимости от места жительства (рисунок 4):

- жители города — 52;
- сельские жители — 7.



Рисунок 4 — Заболеваемость вирусным гепатитом А в зависимости от места жительства

*Вывод:* 88 % переболевших людей – городские.

5. Анализ эпидемиологического анамнеза (рисунок 5):

- Инфицирование произошло на территории РБ — 41;
- Инфицирование произошло за пределами РБ — 18.

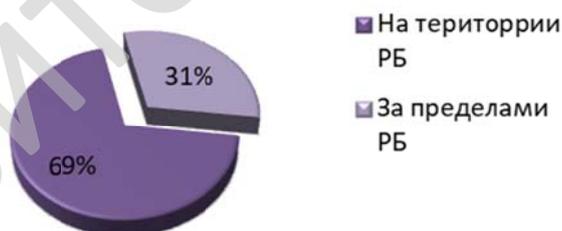


Рисунок 5 — Анализ эпидемиологического анамнеза

*Вывод:* Большой процент заражения вирусным гепатитом приходится на территорию РБ.

### **Выводы**

1. Что большая часть заболевших (56 %) приходится на возраст старше 30 лет, это опровергает данные о том, что чаще болеют дети.
2. О том, что есть тенденции к увеличению заболеваемости в определенный период года, а именно, зимой (44 %), что опровергает данные, которые доказывают весенне-летнюю сезонность.
3. Есть тенденция к тому, что большая часть заболевших (69 %) мужчины.
4. Тенденция к тому, что больше склонны к заболеваемости вирусом гепатита А городские жители (88 %).
5. О том, что большинство (69 %), исследуемых нами, случаи заболевания вирусным гепатитом А не являются привозными.

## ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Гепатит А. Информационный бюллетень № 328. Электронная библиотека ВОЗ. — 2018.
2. Карцев, А. Д. Цикличность и сезонность заболеваемости вирусным гепатитом А / А. Д. Карцев, К. В. Блохин // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 6. — С. 26–30.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: государственный доклад. — М.: Федеральная служба по надзору и сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016. — 200 с.
4. Матказина, И. П. Анализ заболеваемости вирусным гепатитом А / И. П. Матказина // Научный форум: медицина, биология и химия: сб. ст. по материалам III междунар. науч.-практ. конф. — 2017. — № 1(3). — С. 29–37.
5. Шаханина, И. Л. Экономический ущерб от гепатита А в Российской Федерации / И. Л. Шаханина, Л. А. Осипова // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1999. — № 4. — С. 22–24.
6. Современные особенности эпидемического процесса гепатита А в России и странах Европы, определяющие стратегии его профилактики / В. П. Чуланов [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2012. — № 3. — С. 28–34.
7. Карцев, А. Д. Цикличность и сезонность заболеваемости вирусным гепатитом А / А. Д. Карцев, К. В. Блохин // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 6. — С. 26–30.
8. Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатита А (ГА) в период периодического подъема в 2012 г. / Г. С. Суранбаева // Медицина Кыргызстана. — 2013. — № 1. — С. 143–146.
9. Кареткина, Г. Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики / Г. Н. Кареткина // Медицина России. — 2012. — № 4. — С. 1–3.

УДК 616.36-002.17-092

### ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ЭЛАСТОМЕТРИИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ФИБРОЗА

*Волковец А. В., Архипенко Т. В.*

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Фиброз печени — это локальное или диффузное увеличение количества соединительной ткани, внеклеточного матрикса (коллагеновой волокнистой ткани в перисинусоидном пространстве) и основной путь прогрессирования хронических диффузных заболеваний печени. На ранних стадиях фиброза нет клинических проявлений, и лишь при гистологическом исследовании биоптата выявляется чрезмерное накопление соединительной ткани [1, 2]. Во многих развитых странах заболевания печени входят в первую пятерку причин смертности. В мире насчитывается более 2 млрд человек с хроническими заболеваниями печени (ХЗП), как вирусной, так и невирусной этиологии. Степень выраженности фиброза при хроническом заболевании печени отражает отдаленный прогноз и, следовательно, необходимость и срочность лечения. Фиброз печени имеет 5 степеней (стадий): F0, F1, F2, F3, F4 (цирроз). Для определения тяжести фиброза существуют различные методики: биопсия, анализ крови, при котором измеряются показатели биохимических маркеров формирования фиброза (ФиброТест, ФиброМакс). В настоящее время самым лучшим методом определения стадии фиброза печени считается эластометрия – прямое ультразвуковое определение плотности печеночной ткани на аппарате Фиброскан. Полученные в результате измерений плотности в нескольких точках (10–20) в килоПаскалях соответствуют степеням фиброза по шкале МЕТАВИР от F0 — здоровая печень, до F4 — цирроз [3].

#### **Цель**

Изучить частоту различных стадий фиброза печени по данным эластометрии и частоту сопутствующей патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза и различного возраста.

#### **Материал и методы исследования**

На базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы обследовано 189 пациентов в возрасте от 19 до 78 лет (средний возраст  $44,2 \pm 12,29$  лет). Проводилась эластометрия с целью определения наличия, стадии фиброза и сопутствующих патологий у паци-