

хирургии при операциях по поводу осложненной дивертикулярной болезни, что подтверждается результатами исследований. Важным аспектом является общее состояние пациента. Операция по поводу формирования превентивной илеостомы является трех-этапной, поэтому рекомендуется пациентам с низким операционным риском [1, 2].

Выводы

В случае оперативного вмешательства по поводу осложненной дивертикулярной болезни целесообразно использование метода петлевой колостомии или формирование анастомоза с превентивной илеостомией. Отсутствие превентивной илеостомы значительно повышает риск возникновения несостоятельности кишечных анастомозов.

Выбор метода предотвращения несостоятельности кишечных анастомозов зависит от типа операции, локализации патологического процесса, а так же общего состояния пациента (его возраст, иная соматическая патология и т. д.).

В случае если у пациента оперативный риск минимален, рекомендуется повторное формирование анастомоза с выведением превентивной илеостомы. Наиболее длительное пребывание в стационаре пациентов группы «1» обусловлено более частым развитием несостоятельности кишечных анастомозов без применения превентивной илеостомы.

В условиях ургентного стационара целесообразно выведение концевых колостом в случае высокого оперативного риска по сопутствующим патологиям. Если же оперативный риск минимален, рекомендуется формирование анастомоза с выведением превентивной илеостомы. Формирование анастомоза без выведения превентивной илеостомы не рекомендовано.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ерохин, И. А.* Кишечная непроходимость / И. А. Ерохин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. — СПб.: Питер, 1999. — 443с.
2. *Карякин, А. М.* Контроль за состоянием анастомозируемых сегментов пищеварительного тракта / А. М. Карякин, А. Е. Барсуков, М. А. Иванов // Вестн. хир. — 1995. — № 1. — С.27–28.

УДК 616.346.2-002.1-056.23-055-053.8(476.2)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМТ, ПОЛА И ВОЗРАСТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

Сотникова В. В., Колесникова К. И.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый аппендицит является самым распространенным хирургическим заболеванием брюшной полости. Частота заболевания составляет 1 случай на 200–250 человек ежегодно [1].

Наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в 1,5–2 раза чаще, чем мужчины. В экстренной хирургии до 30–40 % всех операций приходится на острый аппендицит [2].

Цель

Установить заболеваемость различными формами острого аппендицита в зависимости от индекса массы тела (ИМТ), пола и возраста у взрослого населения Гомельского региона.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализировано 952 истории болезней пациентов, прооперированных по поводу острого аппендицита в учреждении «Гомельская областная клиническая больница» (У «ГОКБ») в период с 2014 по 2018 гг.

Изучены следующие показатели: пол, вес, рост, ИМТ, форма острого аппендицита. ИМТ вычислялся по следующей формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}$$

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения «Stat Soft Statistica» 10.0 (USA), уровень значимости определяли при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов равен $36,1 \pm 16,9$ лет.

Соотношение по полу составило 1:1,25 (женщины и мужчины, соответственно).

ИМТ, в среднем, равен $25,67 \pm 5,37$ кг/м².

Результаты исследования представлены на рисунке 1.

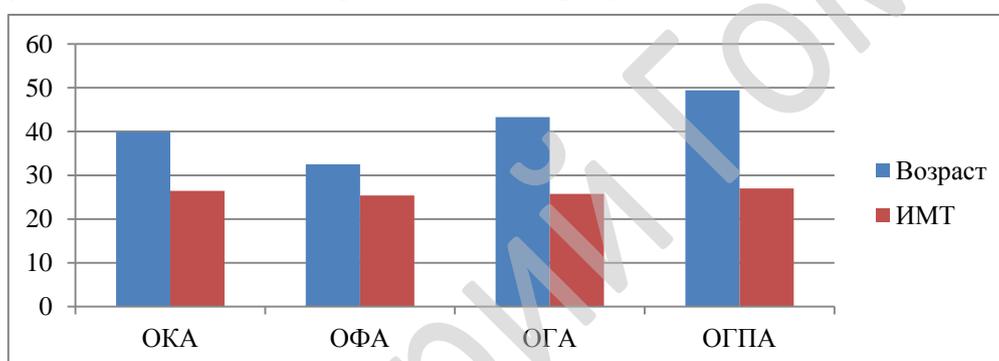


Рисунок 1 — Зависимость возникновения различных форм острого аппендицита от пола, возраста и ИМТ у взрослого населения Гомельского региона

Большинство пациентов прооперированно по поводу острого флегмонозного аппендицита (ОФА) — 687 (72,16 %) человек. По поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита (ОГПА) — 114 (11,97 %) человек, острого гангренозного аппендицита (ОГПА) — 105 (11,03 %) человек, острого катарального аппендицита (ОКА) — 46 (4,83 %) человек.

Распределение по полу в вышеуказанных группах следующее: ОКА — 1,93:1 (женщины и мужчины, соответственно); ОФА — 1:1,37 (женщины и мужчины, соответственно); ОГА — 1,05:1 (женщины и мужчины, соответственно); ОГПА — 1:1,28 (женщины и мужчины, соответственно).

Средний возраст в зависимости от формы острого аппендицита составил: ОКА — $39,39 \pm 19,43$ лет, ОФА — $32,5 \pm 14,44$ года, ОГА — $43,29 \pm 18,83$ года, ОГПА — $49,43 \pm 18,48$ лет.

ИМТ в зависимости от формы острого аппендицита составил: ОКА — $26,46 \pm 5,59$ лет, ОФА — $25,39 \pm 5,23$ года, ОГА — $25,78 \pm 5,83$ года, ОГПА — $26,99 \pm 5,55$ лет.

Выводы

1. Большинство пациентов имели флегмонозную форму острого аппендицита.
2. Наибольший возраст и ИМТ наблюдался у пациентов с ОГПА, наименьший — с ОФА.
3. Установлены следующие особенности по половой принадлежности: у пациентов с ОКА — женщины болеют чаще, нежели мужчины; среди пациентов с ОГПА и ОФА преобладают мужчины. Равное соотношение по полу наблюдалось в группе пациентов с ОГА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Берещенко, В. В.* Острый аппендицит и его осложнения: учеб.-метод. пособие / В. В. Берещенко. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 48 с.
2. *Призенцов, А. А.* Атипичные формы и осложнения острого аппендицита: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов, В. Анджум; под общ. ред. проф. В. М. Лобанкова. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 28 с.

УДК 616.617-007.271-07-089

**РЕФЛЮКСИРУЮЩИЙ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ:
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Трухан О. Ю., Добрук Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент К. М. Иодковский

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

По данным популяционных исследований, количество новорожденных с врожденными пороками увеличивается. В их структуре доля врожденных пороков почек и органов мочевыделительной системы составляет 26–30 %. Мегауретер в общей структуре врожденных пороков мочевой системы составляет 10–20 % [1]. Впервые термин «мегауретер» был введен в 1923 г. J. Coulk, и к настоящему времени насчитывается более 20 рабочих классификаций. В повседневной работе придерживаются сводной международной классификации, которая выделяет следующие формы мегауретера: обструктивный, рефлюксирующий, необструктивный, нерефлюксирующий и пузырнозависимый. Каждая из форм может быть первичной и вторичной. Наиболее тяжелым является обструктивный и первично-рефлюксирующий мегауретер, особенно его двусторонние формы, которые служат причиной хронической почечной недостаточности или артериальной гипертензии [2].

Цель

Провести анализ результатов диагностики и хирургического лечения пациентов с рефлюксирующим уретерогидронефрозом.

Материал и методы исследования

Изучены материалы 24 медицинских карт стационарных пациентов, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» в 2006–2016 гг. Все пациенты были разделены на 4 группы по возрасту. Группу до 1 года составили 6 (25 %) пациентов, 1–4 года — 8 (33 %), 4–7 лет — 8 (33 %), старше 8 лет — 2 (9 %), мальчиков было 12 (50 %), девочек — 12 (50 %). Пациентам первой и второй групп диагноз был поставлен внутриутробно. Для установления диагноза выполнялись УЗИ исследование в динамике, экскреторная урограмма с отсроченными рентгенограммами, микционная цистография, динамическая нефросцинтиграфия.

Результаты исследования и их обсуждение

Рефлюксирующий уретерогидронефроз справа локализовался у 4 (16,7 %) пациентов, слева — у 11 (45,8 %), с двух сторон — у 9 (37,5 %). По данным динамической нефросцинтиграфии экскреторная функция почек нарушена у 12 (75 %) пациентов. Скорость клубочковой фильтрации снижена у — 9 (56 %). Все больные лечились оперативно. Операция по наложению уретерокутанеостомы, как первый этап, была выполнена у 2 пациентов, причиной явилось резкое снижение функциональной активности паренхимы обеих почек и нарушение их экскреторной функции. Уретеронеоцистоанастомоз (УНЦА) по Ледбеттеру-Политано выполнен 1 пациенту. УНЦА по Коэну —