

Таблица 3 — Структура хирургических операций у пациентов с острым панкреатитом

Методы лечения	1-я группа		2-я группа		3-я группа		4-я группа	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Только консервативное	41 (84 %)	13 (72 %)	20 (63 %)	9 (75 %)	14 (74 %)	12 (60 %)	—	5 (56 %)
Диагностическая лапароскопия. Дренаживание сальниковой сумки	6 (12 %)	3 (16 %)	6 (19 %)	—	1 (5 %)	2 (10 %)	—	—
Лапаротомия, санация и дренирование полости абсцесса	—	—	3 (9 %)	—	—	—	—	—
Лапаротомия, некрэсеквэтрэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки	—	1 (6 %)	2 (6 %)	—	3 (16 %)	1 (5 %)	—	—
Холедохостомия	—	—	1 (3 %)	1 (8 %)	—	—	—	—
Лапароскопическая холэцистэктомия	2 (4 %)	1 (6 %)	—	2 (17 %)	1 (5 %)	5 (25 %)	3 (100 %)	4 (44 %)

### Выводы:

1. В структуре заболеваемости острым панкреатитом преобладают мужчины молодого возраста. Это может быть связано со злоупотреблением алкоголя, как основной причиной развития острого панкреатита у данной категории пациентов.

2. С увеличением возраста доля женщин с острым панкреатитом возрастает. Это, вероятно, связано с большей распространенностью желчекаменной болезни, как основного этиологического фактора острого панкреатита у женщин старше 40 лет.

3. Среди осложнений острого панкреатита наиболее часто встречается оментобурсит.

4. Доля пациентов, которым потребовалось какое-либо хирургическое лечение острого панкреатита, составила 29,6 %. Наиболее частыми операциями являлись диагностическая лапароскопия с дренированием сальниковой сумки (1-я и 2-я группа) и лапароскопическая холэцистэктомия (3-я и 4-я группа).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Стоцик, Н. А. Острый панкреатит в клинике внутренних болезней / Н. А. Стоцик. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2017. — 140 с.
2. Недашковский, Э. В. Острый панкреатит: рук-во для врачей / Э. В. Недашковский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 648 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: рук-во для врачей / под ред. акад. РАН и РАМН В. С. Савельева; ред.-сост. акад. РАМН А. И. Кириенко. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Медицинское информационное агентство, 2016. — 544с.

УДК 616.137.83-089.844-052-08«2016»

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ В 2016 Г.

**Борисова З. И., Лапушанская А. Ф., Мозакова В. А.**

**Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы по данным ВОЗ занимают лидирующее место в мире по причинам смертности среди населения и количество умерших по этой причине только увеличивается [1].

В 2016 г. от заболеваний данной группы умерло около 18 млн человек, то есть более 30 % всех случаев смерти в данном году пришлось на сердечно-сосудистые заболевания [2]. Болезни периферических артерий так же согласно Всемирной организации здравоохранения входит в группу сердечно-сосудистых заболеваний [2].

#### **Цель**

Изучить клинические особенности пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, подвергшихся реконструктивному хирургическому вмешательству в аорто-бедренном сегменте в объеме протезирования или шунтирования в 2016 г.

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

Использованы статистические данные архивов за 2016 г. На базе ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» было произведено ретроспективное исследование 128 пациентов. Пациенты были разделены на две группы согласно основному диагнозу: группу «А» составили пациенты с аневризмой в аорто-подвздошно-бедренном сегменте, а группу «В» пациенты с атеросклерозом в аорто-подвздошно-бедренном сегменте. Статистический анализ полученных данных проводили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 8.0 (StatSoft, USA). Для статистической обработки количественных данных применялись методы вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли ( $p$  %) изучаемого признака, стандартной ошибки доли (SP %) и критерия Манна — Уитни. Для величин, распределение которых не соответствовало нулевой гипотезе закона нормального распределения по результатам теста Шапиро — Уилка, вычислены медиана и квартили (Me; 25–75-й). Различия между группами оценивали с помощью критерия согласия Пирсона ( $\chi^2$ ) с учетом поправки Йетса, статистически значимым признавали при  $p < 0,05$ .

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

В группе «А» было обследовано 38 человек. Из них 35 составили лица мужского пола и 3 лица женского. В группе «В» — 82 лица мужского пола и 8 женского,  $\chi^2 = 0,06$ ,  $p = 0,80$ . Средний возраст пациентов группы «А» составил 60 (60–69) лет,  $W = 0,95$ . Средний возраст пациентов группы «В» — 59 (55–64),  $W = 0,98$ ;  $Z = 0,00$ ,  $p = 1,00$ .

В группе «А» количество работающих составило 8 человек, в группе «В» — 31,  $\chi^2 = 0,73$ ,  $p = 0,39$ .

Пациенты группы «А» в среднем провели в стационаре 19 (16–24) койко-дня,  $W = 0,87$ . Пациенты группы «В» — 17 (14–21) койко-дня,  $W = 0,75$ ;  $Z = 1,44$ ,  $p = 0,15$ .

Пациенты из 1-й группы провели в реанимационном отделении 2 (2–3) дня,  $W = 0,56$ , при чем минимальное количество дней пребывания составило 1 день, максимальное — 7. Пациенты из 2-й группы — 2 (2–3),  $W = 0,65$ , минимум — 1 день, максимум — 20,  $Z = 0$ ,  $p = 1,00$ .

Время операции для пациентов группы «А» составило — 2:53 (2:20–3:45) ч,  $W = 0,93$ , для группы «В» — 2:30 (2:00–3:10) ч,  $W = 0,19$ ;  $Z = 0,00$ ,  $p = 1,00$ .

Кровопотеря в 1-й группе составила 700 (500–1000) мл,  $W = 0,85$ ; для 2-й — 350 (200–550) мл,  $W = 0,70$ ;  $Z = 0,00$ ,  $p = 1,00$ .

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто в обеих группах встречалась ишемическая болезнь сердца: у 25 пациентов группы «А» и 30 пациентов группы «В»,  $\chi^2 = 0,85$ ,  $p = 0,05$ ; и артериальная гипертензия: у 21 и 27 пациентов соответственно,  $\chi^2 = 2,73$ ,  $p = 0,10$ .

#### **Выводы**

В ходе проведения ретроспективного анализа данных было установлено, что у пациентов с аневризмой и атеросклерозом в аорто-бедренном сегменте статистически значимых различий по полу, возрасту, проведенных днях в стационаре, в реанимационном отделении, во времени проведения реконструк-

тивных операций и объеме послеоперационной кровопотери не имеется. Дополнительно выявлено, что из сопутствующих заболеваний в обеих группах чаще встречалась ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Десять ведущих причин смерти в мире // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — 2020. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. — Дата доступа: 21.03.2021.
2. Сердечно-сосудистые заболевания // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — 2017. — Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). — Дата доступа: 21.03.2021.

**УДК 616.345-007.64-06-08**

### **АНАЛИЗ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

**Гаркуша А. В., Коноваленко М. А., Мельник Д. В.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Берещенко**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Дивертикулы — мешковидное выпячивание стенки полого органа. Данная патология наиболее характерна для толстой, тонкой кишки и пищевода. Часто дивертикулы не беспокоят человека на протяжении всей жизни и обнаруживаются случайно во время проведения эндоскопического или рентгенологического исследования. Дивертикулы могут образовываться в различных отделах кишечника, но чаще поражаются дистальные отделы толстого кишечника. Дивертикулез сигмовидной кишки встречается примерно в 30 % случаях, дивертикулез ободочной кишки — примерно в 15 %. Тотальное поражение встречается гораздо реже — в 5 % случаев [1, 2, 3].

Одна из главных причин дивертикулеза кишечника — дистрофическое изменение мышечной стенки кишки и нарушение ее моторики. Помимо этого у некоторых людей имеется врожденная или приобретенная «слабость» соединительной ткани, связанная с нарушениями синтеза коллагена I типа. Дивертикулез толстой кишки также возникает из-за хронического повышения внутрипросветного давления в кишке вследствие уменьшения количества клетчатки в рационе и преобладания в питании мяса и мучных блюд, что приводит к запорам. На развитие заболевания оказывает влияние и сосудистый фактор. При спазмах сдавливаются внутривисцеральные сосуды и нарушается их микроциркуляция. Данная патология не теряет своей актуальности по сегодняшний день, так как количество пациентов с данной болезнью близится к одной трети среди населения старше 60 лет [4, 5].

#### **Цели**

Исследовать встречаемость данной патологии и провести сравнительный анализ пациентов с осложненными дивертикулами толстого кишечника.

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

Проведен ретроспективный анализ 175 истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Гомеля за 2019 г. Статистический анализ проводился с использованием программ «Microsoft Excel 2016» (Microsoft Corporation, США). Результаты представлены в абсолютных цифрах и процентах.

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

В течение 2019 г. в хирургических отделениях ГКБСМП г. Гомеля по поводу дивертикулеза было пролечено 175 больных. Из них 30 (17,14 %) мужчин и