

При изучении корреляции между исследуемыми группами использовали U-критерий Манна – Уитни. Статистических различий между группами исследования не выявлено ($U = 278,5$; $p = 0,16$).

Выводы

Частота протезной инфекции после реконструктивных хирургических вмешательств в аорто-подвздошно-бедренном сегменте составляет 2,8 %.

На развитие протезной инфекции продолжительность операции при аорто-подвздошно-бедренной реконструкции статистически значимого влияния не оказывает ($p > 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дорошко, Е. Ю. Биомеханические свойства, патогенетические механизмы и пути инфицирования тканых сосудистых протезов в ангиохирургии / Е. Ю. Дорошко, А. А. Лызиков // Проблемы Здоровья и Экологии. – 2020. – Т. 66, № 4. – С. 79–86.
2. Клинико-демографическая характеристика пациентов и факторы риска инфицирования искусственных сосудистых протезов после реконструктивных операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте / Е. Ю. Дорошко [и др.] // Журнал ГрГМУ. – 2021. – № 5. – С. 506–510.
3. Анализ инфекционных осложнений искусственных сосудистых протезов после операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте / Е. Ю. Дорошко [и др.] // Хирургия. Восточная Европа. – 2021. – Т. 10, № 4. – С. 508–516.
4. Романович, А. В. Парапротезная инфекция в сосудистой хирургии: современное состояние проблемы / А. В. Романович, В. Я. Хрыщанович // Новости хирургии. – 2017. – Т. 25, № 3. – С. 292–299.

УДК 616.381-002.1

М. Ю. Деркач, Е. Г. Молодой, А. А. Демиденко

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Введение

Острый аппендицит – острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки, обусловленное различными причинами, но во всех случаях сопровождающееся внедрением в его стенку патогенной микрофлоры и развитием характерных патоморфологических изменений [1]. Является одним из самых распространенных заболеваний органов брюшной полости и занимает первое место по оперативной активности в ургентной хирургии. В связи с многообразием клинических проявлений, обусловленных, как правило, различной локализацией червеобразного отростка, диагностика аппендицита, несмотря на использование различных инструментальных методов, представляет значительные трудности [2].

Цель

Изучить клиническую структуру и результаты лечения пациентов с острым аппендицитом.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты лечения 56 пациентов с диагнозом острого аппендицита, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «ГГКБ № 3» за период с 01.01.2020 по 31.12.2022 г. Сравнительно небольшое число наблюдений объясняется оказанием в данный период помощи пациентам с ковидной инфекцией. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета при-

кладных программ Microsoft Excel. Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемой выборки пациентов было 29 женщин (51,8 %) и 27 мужчин (48,2 %), соотношение 1,1: 1. Возраст пациентов с колебался от 18 до 64 лет (средний составил $35,5 \pm 13,5$ лет). В таблице 1 представлено распределение пациентов по половозрастному критерию.

Таблица 1 – Половозрастная структура пациентов с патологией аппендикса

До 20 лет		21–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		> 60 лет	
9 (16,1 %)		14 (25,0 %)		15 (26,8 %)		7 (12,5 %)		8 (14,3 %)		3 (5,4 %)	
м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
3	6	10	4	10	5	2	5	2	6	2	1

Наибольшее число пациентов находилось в возрастных группах 21 – 30 и 31 – 40 лет, т.е. в трудоспособном возрасте.

Среднее время от появления первых симптомов заболевания до момента госпитализации составило $18,5 \pm 5,2$ часа. Ведущим симптом – боль в правой подвздошной области, наблюдался у всех пациентов. Классический признак Кохера – Волковича наблюдался лишь в 13 (23,2 %) случаях. У 21 пациента (37,5 %) выявлено повышение температуры тела до субфебрильных значений, а у 13 пациентов (23,2 %) была однократная рвота. Перитонеальные симптомы Щеткина – Блюмберга и Воскресенского вызывались у 36 человек (64,3 %).

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у исследуемой группы пациентов были: ишемическая болезнь сердца в 34 случаях (60,7 %), артериальная гипертензия в 20 случаях (36,2 %), желчнокаменная болезнь – в 11 (19,6 %), хронический бронхит в 9 (16,1 %), ожирение в 7 (12,5 %), сахарный диабет в 2 случаях (3,6%).

Диагностический алгоритм включал в себя общеклиническое обследование. При анализе лабораторных показателей лейкоцитоз был отмечен у 33 человек (58,9 %), средний уровень составил $10,2 \pm 3,7 \times 10^9/\text{л}$.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проведено всем пациентам. При анализе полученных данных лишь у 21 пациента (37,5 %) были выявлены ультразвуковые признаки острого аппендицита в виде утолщения и слоистости стенок аппендикса, увеличения его диаметра, наличия копролитов в просвете и/или периаппендикулярного выпота и инфильтрации клетчатки. В 6 случаях (10,7 %) описаны увеличенные брыжеечные лимфоузлы. У 29 пациентов (51,8 %) патологии выявлено не было.

Оперативное вмешательство было выполнено во всех случаях. Классическая аппендэктомия была произведена 5 пациентам (8,9 %). Операция с лапароскопии начата в 51 случае (91,1 %). У 6 пациентов потребовалась конверсия на лапаротомный доступ, из них в 2 случаях в связи с распространенным перитонитом, в 4 случаях – в связи с технической невозможностью проведения лапароскопической аппендэктомии из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрации тканей. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена в 45 случаях (80,4 %).

По результатам морфологического исследования операционных препаратов простой аппендицит диагностирован у 6 пациентов (10,7 %), флегмонозный у 33 пациентов (58,9 %), гангренозный – в 17 случаях (30,4 %).

Средняя длительность классической аппендэктомии составила $53,9 \pm 10,9$ мин, а лапароскопической – $44,6 \pm 8,7$ мин.

В 1 случае после лапароскопической аппендэктомии развилось осложнение в виде абсцесса послеоперационной раны. Смертельных исходов не было.

Средняя длительность пребывания пациентов в отделении составило $7,1 \pm 4,0$ койко-дня, послеоперационный койко-день составил $6,4 \pm 3,7$.

Выводы

Наибольшее число пациентов (29) пришлось на возрастные группы 21–30 лет и 31–40 лет (51,8 %). Жалобы и анамнез пациентов соответствовали литературным данным, однако классический признак Кохера – Волковича встретился лишь в 13 случаях (23,2 %). При анализе лабораторных показателей лейкоцитоз был отмечен у 33 человек (58,9 %). Ультразвуковые признаки острого аппендицита выявлены только у 21 пациента (37,5 %). Удельный вес лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците составил 80,4 %. В целом ближайшие результаты лечения данной патологии соответствуют литературным данным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузин, М. И. Хирургические болезни: учебник / под. ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017. – С. 801.
2. Соответствие морфологической и видеозендоскопической картин при остром аппендиците / М. С. Малгаждаров [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 1. – С. 370–372.

УДК 616.34-007.271-036.11-07-089

М. Ю. Деркач, Д. С. Невмержицкая

Научный руководитель: м.б.н. Е. Г. Молодой

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Введение

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – различных по патогенезу и течению патологических состояний, характеризующихся нарушением сократительной и эвакуаторной работы кишечника [1].

Данные заболевания остаются одной из актуальных и трудноразрешимых проблем ургентной абдоминальной хирургии. Так как, несмотря на внедрение новых методов диагностики и хирургического лечения пациентов с ОКН, сохраняется высокий процент неудовлетворительных результатов лечения и летальных исходов. Поэтому необходимы поиски усовершенствования существующих методов диагностики кишечной непроходимости, выбора адекватных оперативных пособий в каждом конкретном случае [2, 3].

Цель

Изучить клиническую структуру и проанализировать результаты лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены результаты лечения 25 пациентов с ОКН, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период с 01.01.2020 по 31.12.2022 гг. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel. Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).