

Таблица 1 — Распределение краниотипа среди исследуемых

Показатели	Общее количество, %	Общее количество, человек	Среднее значение черепного указателя
Долихоцефалы ($ЧУ \leq 75$)	4,65	4	$0,73 \pm 0,02$
Мезоцефалы ($ЧУ = 75-79,9$)	23,26	20	$0,78 \pm 0,01$
Брахицефалы ($ЧУ = 80-84,9$)	44,19	38	$0,82 \pm 0,01$
Гипербрахицефалы ($ЧУ = 85-89,9$)	25,58	22	$0,86 \pm 0,02$
Ультрабрахицефалы ($ЧУ \geq 90$)	2,32	2	$1,11 \pm 0,26$

Установлено, что 44,19 % (38 человек) исследуемых имеют брахицефалическую форму головы, являющуюся преобладающей в исследуемой группе; 25,58 % (22 человека) — гипербрахицефалическую; 23,26 % (20 человек) — мезоцефалическую; 4,65 % (4 человека) — долихоцефалическую и 2,32 % (2 человека) — ультрабрахицефалическую, что можно принять за соотношение разных типов формы черепа в популяции г. Гомеля.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что в популяции жителей города Гомеля и Гомельского района наибольшее количество брахицефалов, наименьшее — мезоцефалов и ультрабрахицефалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степаненко, А. Ю. Влияние линейных размеров мозга на величину мозжечка человека / А. Ю. Степаненко // Вестник ВГМУ. Анатомия человека. — 2014. — С. 37–44.

УДК 616.346.2-002-053.2-073

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ АППЕНДИЦИТОВ У ДЕТЕЙ

Сотникова В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов

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

Введение

Острый аппендицит (ОА) — сегодня самое распространенное хирургическое заболевание, являющееся причиной 75 % экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости в детском возрасте. Возможность любой локализации аппендикса в животе определяет «многоликость» клинического проявления ОА, показывает на возникающие сложности диагностического скрининга, приводящие к риску развития диагностических ошибок и развитию его осложненных форм (до 5 %) [1, 2].

Ранняя диагностика ОА, как наиболее «коварного» заболевания органов брюшной полости у детей, является актуальной проблемой современной детской хирургии. Современная сонография с ее преимуществами (неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, отсутствия противопоказаний и др.) перед другими методами исследования является наиболее применимой в дифференциальном скрининге острой абдоминальной хирургической патологии детского возраста [3].

Цель

Ретроспективно проанализировать истории болезни детей, оперированных по поводу ОА. Определить удельный вес и результативность применения сонографии в диагностике данной патологии.

Материал и методы исследования

Ретроспективно за период 2014–2016 гг. был проведен статистический анализ историй болезней 900 пациентов (535 мальчиков и 365 девочек (1:1,5)) с ОА, оперированных в от-

делении детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (ГОКБ), в 246 случаях (27,33 %) из которых в диагностике была применена сонография.

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

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов отделения составил $9,41 \pm 3,63$ лет.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости целенаправленно было применено для диагностики ОА, а также контроля течения послеоперационного периода при его осложненных формах стали применять с 1999 г. Сегодня в ГОКБ данный метод является одним из основных методов исследования маленьких пациентов, поступающих с подозрением на ОА.

После проведенного ретроспективного анализа, было установлено, что средняя размерность увеличенных лимфатических узлов брюшной полости при выполнении сонографии у детей с подозрением на острый аппендицит — $12,80 \pm 3,24$ мм (увеличение диагностировано в 28,05 % случаев). Наблюдалось увеличение размеров брыжеечных (в 34,78 % случаев), мезентериальных (11,59 %) и паховых (2,90 %) групп лимфоузлов.

Кроме того, было обнаружено небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости или малом тазу — в 16,67 % случаев, умеренное количество — в 2,85 %.

При этом, только в 74 случаях из 246 (30,08 %) был поставлен диагноз «ОА». Было установлено, что средняя длина аппендикулярного отростка составила $16,93 \pm 10,03$ мм, средний диаметр — $12,25 \pm 12,14$ мм, средняя толщина стенки — $2,58 \pm 1,81$ мм. В 14,87 % случаев были обнаружены копролиты в просвете червеобразного отростка (средний размер — $11,42 \pm 2,71$ мм).

Выводы

Хотя в настоящее время в отделении детской хирургии ГОКБ основной остается клиническая диагностика острого аппендицита, однако в сомнительных случаях врачи все равно прибегают к сонографии, что составило почти треть от числа оперированных пациентов.

При выполнении сонографии немаловажную роль играет уровень подготовленности пациента, длительности заболевания, локализации аппендикса, уровня подготовки врачей-диагностов, их нагрузки, качество применяемой аппаратуры. Возможно, это и привело ультразвуковому выявлению патологии лишь в 30 % случаев, применения УЗИ у оперированных пациентов. При этом часто выявлялись другие признаки (увеличение лимфоузлов, наличие свободной жидкости в брюшной полости) при отсутствии визуализации измененного отростка.

Дополнение клинического обследования пациентов сонографией позволяет улучшить диагностику острого аппендицита у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ротков, И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. — М.: Медицина, 1988. — 208 с.
2. Острый аппендицит у детей / Я. Б. Юдин [и др.]. — М.: Медицина, 1998. — 256 с.
3. Возможности ультразвукового исследования в диагностике острого флегмонозного аппендицита у детей / Е. В. Дмитриева [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2012. — № 2. — С. 34–41.

УДК 611.81:611.714]-073.756.8

ОБЪЕМ МОСТА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧЕРЕПНОГО УКАЗАТЕЛЯ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Сотникова В. В., Азёма Е. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мост — часть мозгового ствола, расположенная между продолговатым и средним мозгом [2]. Мост на основании стволовой части мозга имеет вид поперечно расположенно-