

исследовании приняли участие пациенты мужского пола, сопоставимые по возрасту, индексу массы тела, стажу СД 2 типа. Группу 1 составили пациенты с НвА1с <7,0% , группу 2 – >7,0%.

Результаты. Анализируя результаты исследования, установлено, что пациенты в группах сравнения достоверно различались по значению НвА1с: в группе 1 показатель – 6,8% против 8,4% в группе 2 ($p<0,05$), что соответствует стадиям компенсации и декомпенсации СД 2 типа соответственно. По результатам PSQI определено, что в группе декомпенсации СД 2 типа суммарный балл – 10, что в 2,5 раза больше значения группы 1 – 4 балла ($p<0,01$). Оценка данных ПСГ выявила: в группе пациентов с декомпенсацией СД 2 типа регистрируется наименьшая продолжительность общего времени сна (ОВС) – 312 мин против 366 мин ($p<0,05$), также фаза быстрого сна (БС) в этой группе – 55,8% от ОВС, что в 2,15 раза продолжительнее БС группы 1 – 25,9% от ОВС ($p<0,01$). Длительность фазы МС при компенсации СД 2 типа – 71,0% от ОВС, что укладывается в общепринятые нормы, однако МС на 25% короче при декомпенсации – 46% от ОВС ($p<0,01$). Продолжительность бодрствования после засыпания (ПБПЗ) наиболее длительна в группе декомпенсации – 96 мин против 34 мин в группе сравнения ($p<0,01$). Индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) сна свидетельствует об апноэ сна средней степени тяжести в группе с декомпенсацией СД 2 типа – 29,0 эпизодов/час против 5,6 эпизодов/час в группе компенсации СД 2 типа ($p<0,01$). Также отмечено снижение насыщения крови кислородом в группе 2 (79,1% против 92,0%, $p<0,05$).

Выводы. Оценка шкалы PSQI свидетельствует о плохом качестве сна в группе декомпенсации СД 2 типа. В этой же группе пациентов отмечается сокращение ОВС, фазы МС и увеличение длительности фазы БС и ПБПЗ. Вероятно, ПБПЗ связано не только с декомпенсацией СД 2 типа, но и с наличием апноэ сна средней степени тяжести со снижением насыщения крови кислородом во время сна.

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА МЕТОДОМ КЛИПИРОВАНИЯ

**Лыщик П. В., Кевра В. В., Ковальчук Д. А., Федкевич М. М.,
Хмеленко А. В., Микутский Д. А.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Шейбак В. М.

Актуальность. В послеоперационном периоде у ряда пациентов после аппендектомии наблюдаются осложнения, частота которых зависит от метода обработки червеобразного отростка. Наиболее важной особенностью

применения клипс является простота использования. Таким образом, это позволяет сократить время работы.

Цель. Оценка результатов лечения пациентов, у которых был применен метод клипирования основания червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 29 детей, находившихся на лечении в ГОДКБ за период с 2015 по январь 2019 года с диагнозом острый деструктивный аппендицит.

Результаты. Из всех детей, находившихся на лечении, мальчики составили 14 (48%), девочки 15 (52%). Городские жители составили 24 (82%), сельские 5 (18%). Возраст детей следующий: дошкольники составили 3 (10%), дети младшего школьного возраста 19 (65%), подростки 7 (25%). Оперированные дети по поводу ОФА составили 27 (93%); ОГА, осложненный перитонитом 2 (7%); хронический аппендицит 1 (3%). Всем было выполнено клипирование червеобразного отростка. У 25 (86%) случаев клипирование осуществлялось одной клипсой, в 4 (14%) двумя в связи с широким основанием червеобразного отростка. У 4 (14%) пациентов отросток располагался ретроцекально, у 1 (3%) медиально, у 2 (6%) пациентов наблюдалось ретроперитонеальное расположение аппендикса, 1 (3%) – тазовое, 1 (3%) – подпеченочное. В лечении у 12 (41%) детей использовалась инфузионная терапия, АБ терапия использовалась у 27 (93%) пациентов. УЗИ ОБП после операции выполнялось 11 (38%), у четырех пациентов был обнаружен инфильтрат в правой подвздошной области. Клиника инфильтрата в послеоперационном периоде наблюдалась у одного пациента. Койко-день составил 9, все пациенты с выздоровлением были выписаны домой.

Выводы. После выполнения 29 аппендектомий методом клипирования клинически инфильтрат наблюдался у 1 пациента (3%). Метод клипирования червеобразного отростка не противопоказан в детской хирургии.

Литература

1. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов [и др.] – М: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 440 с.
2. Лапароскопическая хирургия / Теодор Н.Паппас [и др.] – М: ГЭОТАР-МЕД, 2012. – 370 с.