

поступления в стационар. 5 пациентов были оперированы открытым путем на 2-3 сутки от момента поступления в стационар по причине острого холецистита вследствие неэффективности консервативной терапии.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 186 пациентам (91,2%).

48 пациентов (19,0%) были пролечены консервативно. Такая тактика применялась по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста, страдавшим тяжелой сопутствующей патологией, прежде всего легочно-сердечной.

**Выводы.** Преимущества применяемой нами в настоящее время тактики очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 520-535.

## ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Басальга Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Ковальчук В. И.

**Актуальность.** Инвагинация кишечника является одним из видов кишечной непроходимости, при которой один участок кишки внедряется в просвет ниже или выше расположенного отдела кишечника. Особенно часто (до 80%) она является причиной острой кишечной непроходимости у детей 1-го года жизни.

**Цель.** Проанализировать результаты лечения данной патологии у детей.

**Методы исследования.** Анализу подвергнуты истории болезней 43 пациентов, находившихся на лечении в 2015-2021 гг. в ГОДКБ. Из них в возрасте до 1 года - 24 (55,8%), 2 года - 5 (11,6%), 3 года - 6 (13,9%), 4 года - 5 (11,6%), 5 лет - 1 (2,3%), 6 лет - 1 (2,3%), 17 лет - 1 (2,3%).

Дети до 1 года жизни (24 ребёнка): 2 мес. - 1 (4,2%), 4 мес. - 3 (12,5%), 5 мес. - 2 (8,3%), 6 мес. - 4 (16,7%), 7 мес. - 3 (12,5%), 9 мес. - 4 (16,7%), 10 мес. - 2 (8,3%), 1 год - 5 (20,8%).

Соотношение мальчиков и девочек с данной патологией: мальчиков - 31 (72%), девочек - 12 (27,9%).

У детей до года инвагинация кишечника была связана с:

1) нарушением пищевого режима (некорректное введение прикорма – у 7 пациентов);

2) кишечными инфекциями (у 16 пациентов инвагинация кишечника сочеталась с диагнозами ОРВИ, острый брыжеечный лимфаденит);

У детей старше года причиной инвагинации являлись:

1) механический фактор (дивертикул Меккеля – у 8 пациентов, полип слепой кишки – у 2, опухоль (MALT-лимфома кишечника) – 1);

2) кишечные инфекции (у 8 пациентов инвагинация сочеталась с ОРВИ, острым брыжеечным лимфаденитом, острым энтеритом).

**Результаты и их обсуждение.** Основные жалобы: схваткообразная боль в животе – 39 пациентов (90%), беспокойство – 30 (75%), вялость – 26 (60%), рвота – 12 (30%), жидкий стул с примесью крови – 7 (16%), отсутствие отхождения газов – 5 (11%).

У 35 детей (87,5%) при пальпации живота определялось болезненное эластическое образование в правом подреберье и запустевание правой подвздошной области.

При УЗИ ОБП у 31 пациентов (72%) были выявлены эхографические признаки инвагинации кишечника: (в брюшной полости визуализируется объёмное образование округлой формы, имеющее сложную неоднородную структуру с концентрическими эхосигналами в виде колец из чередующихся слоёв слизистой и мышечной оболочки от стенок кишки (инвагинат): симптом «мишени», «псевдопочки»).

На обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 12 пациентов (27%) были определены уровни жидкости, соответствующие кишечной непроходимости.

Изменения, наблюдаемые в ОАК у пациентов при поступлении в стационар: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево – у 34 пациентов (79%), ускорение СОЭ – у 18 пациентов (41%), показатели в норме – у 3 (7,5%).

24 пациента (55%) подверглись консервативному лечению. Выполнялась гидростатическая дезинвагинация под контролем УЗИ. При контроле УЗИ ОБП – патологические образования в брюшной полости не определялись.

У 19 пациентов (44%) дезинвагинация проводилась с помощью лапароскопической дезинвагинации и устранения кишечной непроходимости (выполнялась в 10 случаях при отсутствии визуализации инвагината при УЗИ ОБП; у 5 пациентов при наличии клиник разлитого перитонита, и в одном случае лапароскопическая дезинвагинация была выполнена пациенту с повторной кишечной инвагинацией через 1 месяц после консервативной дезинвагинации).

Осложнений оперативного лечения не наблюдалось. Все пациенты были выписаны на 7-10 сутки после проведённого лечения.

#### **Выводы.**

1. Наиболее часто кишечная инвагинация наблюдается в возрасте 6-9 месяцев жизни, у мальчиков.

2. Причиной инвагинации кишечника являлись нарушение пищевого режима, кишечные инфекции.

3. У большинства пациентов определялись схваткообразная боль в животе, слабость, при пальпации живота – болезненное образование (инвагинат) и запустевание правой подвздошной области.

4. При УЗИ ОБП кишечная инвагинация выявлена у 30 пациентов (75%)

5. Успешное консервативное лечение выполнено у 24 пациентов (60%).

6. Лапароскопическая дезинвагинация применялась в случаях затруднений УЗИ-диагностики и при тяжёлом клиническом течении с развитием клиники разлитого перитонита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковальчук, В. И. Практические навыки в детской хирургии: учебно-методическое пособие / В. И. Ковальчук. – Гродно: ГрГМУ, 2012.

## БЫТОВЫЕ ОТХОДЫ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ И СОСТОЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Бахонко П. С.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преподаватель Смирнова Г. Д.

**Актуальность.** В последнее время всё чаще любая деятельность человека становится основным источником загрязнения окружающей среды, в частности бытовыми отходами. В Беларуси ежегодно образуется более 3 млн тонн бытового мусора. Современная цивилизация в действительности является цивилизацией мусора. Вывезенный мусор, разлагаясь, выделяет опасные спирты и альдегиды, а они затем проникают в почву, жилые дома и загрязняют воздух. Свалки увеличиваются, вытесняя человека. По данным ВОЗ, экологические факторы, обусловленные загрязнением окружающей среды, формируют до 25% патологий человека. С одной стороны, катастрофически ухудшается здоровье людей: появились ранее неизвестные заболевания, причины их бывает очень трудно установить, а с другой стороны, многие болезни стали излечиваться труднее, чем раньше [1].

**Цель.** Изучить отношение населения к влиянию бытовых отходов на здоровье человека и окружающую среду.

**Методы исследования.** Валеолого-диагностическим методом исследованы 82 респондента (*жители г. Гродно и студенты 2 курса ГрГМУ*) в возрасте 18-40 лет (из них лиц 59,8% мужского пола и 40,2% женского) на сайте webanketa.com. Критерии включения: наличие информированного согласия.