

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ковальчук, В. И. Детская хирургия: учебник для студентов учреждений высшего образования по специальностям "Педиатрия", "Лечебное дело" / В. И. Ковальчук. – Минск : Новое знание, 2020. – 667 с.
2. Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов». Клинические рекомендации РФ. Гидронефроз. – 2023. – 42с.
3. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов, 2020. – 1512с.
4. Демикова, Н. С. Возраст матери как фактор риска врожденных пороков развития / Н. С. Демикова, М. А. Подольная, А. С. Лапина // Рос вестн. Перинатол. и педиат. – 2020. – №2.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чернейко А. А., Дрожжа С. Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Мацюк Т. В.

**Актуальность.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) или холелитиаз – это дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях [1].

По распространенности ЖКБ занимает одно из первых мест, уступая заболеваниям сердечно-сосудистой системы и сахарному диабету. Холелитиаз позиционируют как вторую проблему в гастроэнтерологии, отдавая первое место язвенной болезни [2]. Согласно статистическим данным, частота холелитиаза в Европейских странах и США составляет 15–20% населения с отчетливой тенденцией к росту [3], что объясняется, помимо существенного вклада генетических факторов, особенностями питания населения.

Несмотря на то, что ЖКБ встречается преимущественно у лиц старше 40 лет, на современном этапе наметилась отчетливая тенденция к ее омоложению. Все чаще диагноз «Холелитиаз» ставится в детском и подростковом возрасте, причем с уверенной тенденцией к росту; что вероятно связано с увеличением у этой категории пациентов распространенности таких факторов риска, как ожирение, особенности питания, гиподинамия, сахарный диабет [3]. Официальной статистики по распространенности ЖКБ в детской популяции Республики Беларусь нет. Таким образом, в настоящее время проблема ЖКБ представляет собой серьезную медико-социальную проблему и является одной из наиболее актуальных для современной медицины.

**Цель.** Выявить клинико-эпидемиологические особенности желчнокаменной болезни у детей и подростков Гродненской области.

**Методы исследования.** Клинико-анамнестические данные, полученные при выкопировке из 138 медицинских карт стационарного пациента (форма № 003/у) детей и подростков, находившихся на обследовании и лечении в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом «Холелитиаз», за период с 2014 по 2021 гг; статистические данные о структуре и частоте ЖКБ у пациентов за указанный период. Обработка данных проводилась с помощью программ Microsoft Excel и STATISTIKA (V. 10.0).

**Результаты и их обсуждение.** Количество пациентов с холелитиазом за анализируемый период составило 138 человек. Анализ динамики частоты ЖКБ по годам показал двукратное увеличение количества пациентов за 8-ми летний период: в 2014 году – 7 детей, в 2021 году – 15 детей.

По гендерному признаку дети и подростки распределились следующим образом: девочки составили 70,28% (97 детей), мальчики – 29,72% (41 ребенок) ( $p < 0,001$ ). В 81,15% случаев (112 человек) пациенты являлись жителями г. Гродно и районных центров области.

Частота встречаемости холелитиаза увеличивалась с возрастом пациентов: у детей до года заболевание не встречалось, в возрастной группе 1-3 года холелитиаз диагностирован у 6 (4,37%) детей, 4-6 лет – у 9 (6,5%); 7-12 лет – у 28 (20,29%); 13-17 лет – у 95 (68,84%) ( $p < 0,001$ ).

Анализ физического развития пациентов с холелитиазом показал, что 83 ребенка (60,14%) имели показатель ИМТ, находящийся в пределах возрастной нормы (50-90 перцентиль), у 34 детей (24,6%) установлен избыток массы тела (ИМТ 90-97 перцентиль), у 13 (9,4%) – ожирение (ИМТ  $> 97$  перцентили), у 8 (5,7%) – дефицит массы тела.

#### **Выводы.**

1. Установлено двукратное увеличение частоты ЖКБ у детей и подростков Гродненского региона за 8-ми летний период (с 2014 по 2021 гг).

2. ЖКБ чаще диагностируется у детей младшего школьного возраста и подростков, что связано с накоплением в этих возрастных группах факторов риска холелитиаза (избыток массы тела, ожирение, особенности питания, гиподинамия), ведущих к застою желчи и камнеобразованию.

3. Частота встречаемости ЖКБ зависит от пола ребенка, чаще холелитиаз диагностируется у девочек.

4. Установлена взаимосвязь между местом жительства ребенка и частотой ЖКБ (81,15% пациентов с холелитиазом – жители г. Гродно и районных центров области); почти треть пациентов с ЖКБ имеют избыток массы тела или ожирение, что связано с характером питания пациентов и образом жизни (гиподинамией).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – № 26 (3). – С. 64–80.

2. Селезнева, Э. Я. Особенности клинического течения сочетания желчнокаменной и язвенной болезни у больных в пожилом и старческом возрасте / Э. Я. Селезнева // Клиническая геронтология. – 2006. – № 1. – С. 66–68.

## ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Черняк Л. А.

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Резистентные к антибиотикам микроорганизмы являются серьезной проблемой в стационарах хирургического профиля [1,2].

**Цель.** Проанализировать особенности микробиологического спектра и антибиотикорезистентность основных возбудителей, выделенных у пациентов с флегмонами челюстно-лицевой и шеи.

**Методы исследования.** Проведен анализ результатов бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры раневого отделяемого к антимикробным препаратам у 92 пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области.

Видовую идентификацию микроорганизмов и определение чувствительности к антибактериальным препаратам проводили на автоматизированном анализаторе «Vitek 2 Compact» производства BioMerieux (Франция). Обработка данных выполнялась с помощью компьютерной программы «WHONET 5,6».

**Результаты и их обсуждение.** При посевах раневого отделяемого выделены культуры возбудителей у 88% в чистом виде и у 12 % – ассоциации микроорганизмов, в количестве, превышающем этиологически значимый порог 10<sup>5</sup>-10<sup>6</sup> КОЕ/г. Ведущее место в монокультуре и в ассоциациях заняли стрептококки (42,7%), стафилококки (25,2%), микрококки (16,5%), энтерококки (6,8%). Стрептококки представлены такими видами, как *Streptococcus mitis*, *St. sanguinis*, *St. pyogenes*, *St. acidiminimus* и др. Среди стафилококков доминировали *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, *S. hominis*, *S. haemolyticus* и др. Энтерококки представлены *Enterococcus faecalis*. Грамотрицательные палочки в основном относятся к семейству Enterobacteriaceae. Среди энтеробактерий идентифицированы *Klebsiella pneumoniae*. Остальные микроорганизмы встречались в небольшом количестве в монокультуре или в ассоциациях с основными микроорганизмами.

Микробные ассоциации характеризовались как участием двух видов бактерий факультативных анаэробов или облигатных аэробов и их сочетанием с грибами. У 11 (12%) пациентов выявлены ассоциации: *Streptococcus mitis* +