

применяются шкала ком Глазго (ШКГ), скандинавская шкала оценки инсульта (SSS) и шкала угнетения сознания (FOUR) [2]. Сравнение эффективности данных шкал является актуальной проблемой клинической реаниматологии.

**Цель исследования.** Сравнить шкалы и их компоненты у выживших и умерших пациентов с различными формами инсульта.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы истории болезни 32 пациентов, страдавших инсультом и лечившихся в отделении реанимации ГОКБ МР. 18 выжили, 14 умерли. Значения оценочных шкал и их компонентов при поступлении и по окончании курса интенсивной терапии сведены в электронные таблицы. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica10.0».

**Результаты.** При поступлении в отделение реанимации значения APACHE II ( $8,0 \pm 2,99$  и  $10,64 \pm 4,13$   $p < 0,04$ ) и SAPS ( $7,11 \pm 2,97$  и  $9,5 \pm 3,3$   $p < 0,04$ ) были достоверно ниже (лучше) у выживших пациентов. Шкалы, отражающие состояние нервной системы были достоверно выше (лучше) у выживших пациентов, как при поступлении (ШКГ -  $12,11 \pm 1,91$  и  $8,57 \pm 2,79$   $p < 0,001$ ; FOUR -  $14,11 \pm 2,7$  и  $9,07 \pm 4,46$   $p < 0,001$ ), так и при окончании курса интенсивной терапии (ШКГ -  $13,33 \pm 1,64$  и  $5,86 \pm 2,91$ ; SSS -  $36,89 \pm 15,45$  и  $15,29 \pm 12,03$ ; FOUR -  $15,39 \pm 1,54$  и  $5,57 \pm 4,01$   $p < 0,001$ ). Причем, это превышение часто было двух- или трехкратным и достоверно возрастало по мере пребывания в отделении. Следовательно, при инсультах лучшими предикторами исхода заболевания являются шкалы состояния нервной системы.

**Выводы.** Шкалы APACHE II и SAPS адекватно прогнозируют исход заболевания. Неврологические шкалы (ШКГ, SSS, FOUR) более четко показывают эффективность проводимой терапии.

#### *Литература*

1. Александрович, Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. – М: Сотис, 2007. - 140 с.
2. Шкалы в общей и детской неврологии / О.С. Евтушенко [и др.]; под общ. ред. О.С. Евтушенко. – Киев: Заславский А.Ю., 2015. – 104 с.

## **МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

***Пухов Д.Н.***

*Гродненский медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Смотрич С.М.*

**Актуальность.** Операция пахового грыжесечения составляет 10 – 15 % от числа всех оперативных вмешательств в общехирургических стационарах, а

выбор метода герниопластики при открытых операциях должен базироваться на результатах интраоперационной морфометрии [1,2].

**Цель.** Провести и дать оценку результатам интраоперационной морфометрии топографо-анатомических параметров пахового канала при грыжах у лиц пожилого возраста.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 37 пациентов с паховыми грыжами старше 60 лет. Из них у 13 пациентов имели место паховые грыжи II типа, у 15 пациентов - IIIа типа и у 9 пациентов – IIIб типа по L.Nyhus. Измерялись: высота (Н) пахового промежутка, совокупная толщина внутренней косой и поперечной мышц живота (СТМ) верхней стенки пахового канала, а также диаметр глубокого пахового кольца (ДГПК). Полученные цифровые данные обрабатывали с помощью лицензионной компьютерной программы Statistica 6.0 для Windows с применением описательной статистики.

**Результаты.** Установлено, что у лиц пожилого возраста высота пахового промежутка и диаметр глубокого пахового кольца зависели от типа паховой грыжи [II тип грыж – Н = 30(27;31) мм, ДГПК = 15(14;16)мм; IIIа тип грыж – Н = 35(30;41)мм, ДГПК = 10(10;11)мм; IIIб тип грыж – Н = 38(35;40) мм, ДГПК = 18(18;20)мм], а СТМ верхней стенки пахового канала находилась в пределах 3-4 мм. Были выявлены статистически значимые различия в высоте пахового промежутка между пациентами со II и IIIа типом грыж ( $p=0,0315$ ), а также II и IIIб типом грыж ( $p=0,0011$ ). Наряду с этим были выявлены статистически значимые различия по ДГПК между следующими типами паховых грыж I и IIIб ( $p<0,001$ ), IIIа и IIIб типами грыж( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Топографо-анатомические параметры пахового канала у лиц пожилого возраста зависят от типа паховой грыжи, а их метрическая характеристика должна лежать в основе выбора метода паховой герниопластики.

#### *Литература*

1. Алиев, С.А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж / С.А.Алиев // Вестник хирургии.- 2010.- № 5. – С.109-113.
2. Смотрин, С.М. /Морфометрическая характеристика пахового канала при грыжах II типа/ С.М.Смотрин, С.А.Жук, В.С.Новицкая// БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: сб. реценз. работ/ М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; редкол.: А.В.Сикорский, О.К.Доронина. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – Вып. 7. – С.70 – 72.