

Выводы

Таким образом, на основании клинического исследования историй болезней пациентов с калькулезным холециститом, установлено, что наиболее подвержены данному заболеванию женщины, среди которых данная патология встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин. Данное заболевание лечится преимущественно хирургическим путем. Анализируя данные за 2020–2021 гг. основным методом, используемым среди оперативных вмешательств, являлась лапароскопическая холецистэктомия. При осложненном течении острого холецистита проведена лапаротомия.

По данным 2020 г. преобладают катаральный и флегмонозный формы острого калькулезного холецистита, тогда как в 2021 г. превалирует гангренозная форма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургические болезни: учеб. пособие для вузов / М. И. Кузин [и др.]; под ред. М. И. Кузина. 3-е изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 2002. 784 с.
2. Кукош, М. В. Острый холецистит / М. В. Кукош, А. П. Власов. М.: Наука, 2009. 307 с.

УДК 616.137.8/.83-089.005.1 «2020»

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА НА ОБЪЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ АОРТО-ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЯХ В 2020 Г.

Башлакова А. Ю., Говор В. А.

Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко

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

Введение

При заболеваниях артериальной системы нижних конечностей отмечается преобладание аорто-подвздошно-бедренного сегмента [1]. Оклюзионные поражения аорто-подвздошно-бедренного сегмента являются одной из главных причин госпитализации в сосудистый стационар. По данным А. В. Покровского хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей составляют 3–4 % от числа всех хирургических заболеваний, занимая второе место среди всей сердечно-сосудистой патологии, и уступая лишь ишемической болезни сердца [2]. Операции по поводу синдрома Лериша составляют от 7–12 % хирургического объема отделений сосудистой хирургии. Операциями выбора, несмотря на развитие современных технологий, остаются аорто-подвздошное или аорто-бедренное шунтирование (протезирование) сосудистыми протезами [3].

Цель

Провести ретроспективный анализ корреляции между объемом интраоперационной кровопотери и оперативными доступами при аорто-подвздошно-бедренной реконструкции.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Был проведен ретроспективный анализ 90 медицинских карт пациентов, которые находились на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии с облитерирующим атеросклерозом, аневризмой брюшной аорты, которым выполняли сосудистые реконструктивные вмешательства на аорто-подвздошно-бедренном сегменте в объеме шунтирования или протезирования пораженного участка синтетическим сосудистым протезом в период с января по декабрь 2020 г. Был проведен статистический анализ с

использованием программы «Statistica» 10.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании принимали участие 83 мужчины, что равняется 92 % от общей выборки исследования и 7 женщин — 8 % от общей выборки исследования. Возрастная фокус-группа от 39 до 84 лет. При реконструктивных хирургических вмешательствах в аорто-подвздошно-бедренном сегменте для изучения объема интраоперационной кровопотери были выбраны два вида оперативных доступа:

1. Тотальная срединная лапаротомия встречалась в 79 (87,8 %) случаях.
2. Забрюшинный доступ выявлен в 11 (12,2 %) случаях.

Средний объем интраоперационной кровопотери при тотальной срединной лапаротомии составил $400,9 \pm 275,8$ мл, а при забрюшинном доступе $393,6 \pm 251,7$ мл.

При изучении корреляции двух видов оперативных доступов от объема кровопотери использовали U-критерий Манна — Уитни. Статистических различий между группами исследования не выявлено ($U = 423$; $p = 0,89$).

Выводы

1. Поражение аорто-подвздошно-бедренного сегмента чаще отмечается у мужчин (92 %).
2. Вид оперативного доступа (тотальная срединная лапаротомия или забрюшинный) на объем интраоперационной кровопотери статистически значимого влияния не оказывает ($U = 423$; $p = 0,89$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Масенко, В. А. Атерокальциноз и остеопороз. Связи и условия взаимного влияния. Обзор / В. А. Масенко, С. Е. Семенов, А. Н. Коков // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2017. № 2. С. 93–102.
2. Покровский, А. В. Клиническая ангиология: рук-во: в 2 т. / под ред. А. В. Покровского. М.: Медицина, 2004. Т. 2. С. 888.
3. Инфекционные осложнения аорто-подвздошно-бедренных реконструкций / Ю. А. Коновец [и др.] // Бюллетень ВШЦ РАМН. 2005. № 3. С. 53–54.

УДК 616.366-002-003.7-037

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Башлакова А. Ю., Говор В. А.

Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко

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

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и (или) билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчном пузыре и (или) в желчных протоках. По данным различных авторов, желчнокаменная болезнь выявляется у 10–20 % населения европейских стран и имеет неуклонную тенденцию к росту [1]. Клинико-морфологические формы холецистита: катаральный, флегмонозный, гангренозный [2].

Общепризнанным является «правило 5F»: женский пол (female), возраст старше 40 лет (forty), ожирение при индексе массы тела более 30 (fat), множественные беременности (fertile), диспепсия с метеоризмом (flatulent) [3].