

3) Грыжи выявлены у подавляющего большинства пациентов (82 %), и частота встречаемости колеблется в зависимости от пола (у 18 женщин и у 23 мужчин, 69,23 и 95,83 % соответственно) и возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сравнительный анализ морфотопометрических параметров структур поясничного отдела позвоночного столба в норме и при дегенеративно-дистрофических изменениях / Е. А. Анисимова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-morfotopometricheskikh-parametrov-struktur-poyasnichnogo-otdela-pozvonochного-stolba-v-norme-i-pri-degenerativno> (дата обращения: 03.11.2021).
2. Антонов, И. П. Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты / И. П. Антонов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 12. – С. 4–8.
3. Дривотинов, Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника / Б. В. Дривотинов, М. Д. Панкова, Хамед Мохамед С. Абдельмажид ; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Минск : БГУФК, 2010. – С. 48–53.
4. Маркин, С. П. Задняя динамическая фиксация в хирургическом лечении поясничного остеохондроза: автореф. дис.... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2010. – 20 с.
5. Скоблик, В. Р. Возрастные и половые соотношения пациентов с поражением межпозвонковых дисков / В. Р. Скоблик, В. Н. Жданович // Инновации и актуальные проблемы морфологии: сб. науч. ст., посвящ. 100-летию каф. норм. анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Респ. Беларусь, окт. 2021 г. – Минск: БГМУ, 2021. – С. 292–295.
6. Тонков, В. Н. Учебник нормальной анатомии человека / В. Н. Тонков. – Изд. 7-е, перераб. и доп. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2021. – 856 с.

УДК 616. 137-089

В. А. Скурковская

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Введение

Атеросклероз – генерализованное заболевание, проявляющиеся изменением интимы артерий, включающие накопление липидов, сложных углеводов, фиброзной ткани, компонентов крови, кальцификацию и сопутствующие изменения меди. Определение тактики лечения является актуальной проблемой несмотря на то, что повышается уровень диагностики поражений и внедряются новые технологии лечения [1, 2].

При поражении подвздошного сегмента зачастую у пациентов имеются трофические нарушения нижних конечностей. Учитывая это, операции сопровождаются повышенным риском гнойно-септических осложнений, поэтому выбор адекватной тактики реваскуляризации подвздошного сегмента имеет значение не только в контексте благоприятного лечения, но и в отношении исхода операции и течения раннего послеоперационного периода [3].

Цель

Провести анализ реконструктивных операций на подвздошном сегменте при атеросклеротических поражениях.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней и операционных журналов пациентов, оперированных на базе «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в отделении сосудистой хирургии.

В исследование включено 80 пациентов с атеросклеротическими поражениями подвздошного сегмента с последующими реконструктивными операциями.

Обработка и статистический анализ данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

На базе «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в отделении сосудистой хирургии были проведены реконструктивные вмешательства пациентам: 1-я группа – 22 пациента с полузакрытой петлевой эндартерэктомией, 2-я группа – 25 пациентов с шунтированием, 3-я группа – 15 пациентов со стентированием и 4-я группа – 18 пациентов с открытой эндартерэктомией (таблица 1).

Таблица 1 – Характеристика операционных вмешательств у пациентов

Критерии	Операционные вмешательства			
	полузакрытая	открытая	шунтирование	стентирование
Койко-день	22 дня	19 дней	24 дня	18 дней
Длительность операции	2,5 часа	3,6 часа	5 часов	3,7 часа
Объем кровопотери	310 ml	620 ml	1500 ml	1300 ml

Выбор реконструктивной операции при окклюзионно-стенозных поражениях артерий зависит от многих факторов. Основными из них являются: локализация и распространенность поражения, травматичность и длительность вмешательства, материально-техническое обеспечение, общее состояние больного, а также уровень подготовки операционной бригады для выполнения той или иной операции [5].

Одним из вариантов вмешательства является полузакрытая петлевая эндартерэктомия, которую используют при реконструкции сосудов крупного и среднего калибра. Преимуществами полузакрытого способа является большая физиологичность операции, так как представляется возможным сохранить собственную стенку сосуда; не нужно использовать синтетические протезы, а, следовательно, уменьшается риск инфекционных осложнений. Эти обстоятельства создают благоприятные условия для регенерации сосудистого эндотелия. И главным достоинством данного типа вмешательства является меньшая затрата материальных ресурсов (протезы и т. д.) [4].

Как метод выбора при невозможности выполнения петлевой эндартерэктомии применяют открытую эндартерэктомию, где окклюзированный сегмент артерии выделяют на всем протяжении. В настоящее время этот метод используют редко – при коротких окклюзиях крупных или средних артерий обычно в сочетании с боковой пластикой или как дополнительное вмешательство при реконструкции методом обходного шунтирования. Достоинством открытого способа является то, что измененную интиму тщательно удаляют под визуальным контролем, и обеспечивается относительно гладкая внутренняя поверхность сосуда. Однако метод имеет ряд недостатков: риск послеоперационного кровотечения; травматичность; риск к тромбозу вследствие рассечения стенки на значительном протяжении с последующим ее ушиванием; большая продолжительность оперативного вмешательства в связи с выделением всего окклюзированного участка сосуда и ушиванием большого дефекта.

Наиболее травматичной при распространенных окклюзиях, а в техническом отношении наиболее простой операцией считается шунтирование. В качестве шунтирующего сосуда может быть использована аутовена и протезы (синтетические или биологические). Шунтирование с использованием синтетических протезов невозможно выполнять при

гнозных осложнениях, т. к. инфекционный процесс будет сопровождаться формированием ложных аневризм-анастомозов и фатальных для больного аррозивных кровотечений. Альтернативой могут являться биологические протезы. По сравнению с аутовенозными и синтетическими, они в большей степени могут быть подвергнуты аневризматическому расширению и последующему тромбообразованию [3].

При лечении окклюзии подвздошного сегмента могут использовать первичное стентирование. Для минимизации дистальной эмболии, вызванной баллонной дилатацией после реканализацией, служит установка стента. Установка стентов, особенно баллоно-расширяемых, в явно извитых сосудах противопоказана. Для лечения поражений в извитых сосудах больше подходят саморасширяющиеся стенты с их более высокой продольной гибкостью. Преимуществами стентирования являются меньшая травматичность и небольшой риск развития осложнений по отдаленным результатам послеоперационного вмешательства (поздний тромбоз, кальциноз, дегенеративные изменения сосудистой стенки и др.). Однако данный метод является довольно затратным по материальным ресурсам.

Достоинства одновременного интроперационного выполнения баллонной ангиопластики и/или стентирования с операцией дистального шунтирования являются более низким уровнем осложнений и более короткая продолжительность госпитализации.

Выводы

Проблема выбора метода хирургического вмешательства при поражении подвздошного сегмента остается актуальной, поскольку каждый из них имеет определенные преимущества и недостатки. Выполнение эверсионных и петлевых эндартерэктомий являются вариантом выбора по причине того, что требуют более детального изучения отдаленных результатов лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашер, А. Сосудистая хирургия по Хаймовичу / А. Ашер, А. В. Покровский. – М. : БИНОМ, Лаборатория знаний, 2012. – 256 с.
2. Ашер, А. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Том 1 / А. Ашер, А. В. Покровский. – М. : БИНОМ, Лаборатория знаний, 2012. – 141 с.
3. Новые перспективы сосудистой хирургии – сочетанные эндоваскулярные и открытые операции в реконструкции артериального русла / И. И. Затевахин [и др.]. – М. : Анналы хирургии, 1999. – 34 с.
4. Цветовое дуплексное сканирование после шунтирующих операций на артериях нижних конечностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.medison.ru/si/art426.htm>. – Дата доступа: 23.03.2023.
5. Шалимов, А. А. Хирургия аорты и магистральных артерий / А. А. Шалимов, Н. Ф. Дрюк. – М. : БИНОМ, 1979. – 16 с.

УДК 616.233/.24-08

А. А. Соснок

Научный руководитель: старший преподаватель О. Н. Купченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Введение

Существует огромное число заболеваний, которые представляют серьезную опасность для здоровья человека. Одно из ведущих мест занимают болезни верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы [2, 3].