

Рецидивы наблюдались преимущественно у пациентов с клипированием (3 пациента). Все случаи рецидива кровотечений в стационаре были купированы консервативными мероприятиями и повторным эндоскопическим гемостазом. Произведен комбинированный гемостаз (клипирование, инъекционный метод). Оперативного вмешательства не потребовалось.

Время пребывания в стационаре было от 2 до 28 дней, средний койко-день составил $10,8 \pm 4,2$ дня.

Согласно данным медицинских карт, все пациенты выписаны с улучшением, летальных исходов не было.

Выводы

Проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений сохраняет актуальность в настоящее время. Кофейная гуща и мелена являются классическими признаками данной патологии, но встретились соответственно лишь у 21 пациента (35 %) и 33 пациентов (55 %). Цифровое значение индекса Альговера и стандартные показатели коагулограммы не дают четкого представления о степени тяжести кровопотери. Практически у половины (28 пациентов, 46,7 %) пациентов гемостаз удалось достичь только консервативными мероприятиями. Потребность в эндоскопическом гемостазе составила 53,3 %. Рецидивы в стационаре отмечены у 5 пациентов (8,3 %), все были купированы консервативными мероприятиями и повторным эндоскопическим гемостазом, оперативное лечение по срочным показаниям не потребовалось. В целом, результаты лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями соответствуют литературным данным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рецидивы кровотечения при гастродуоденальных язвах. Причины, диагностика, тактика / А. И. Стуков [и др.] // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet». – 2022. – № 5. – С. 3713–3721.
2. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / З. В. Тотиков [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2022. – Т. 17, № 1. – С. 70–77.

УДК 616.137.83-77-022-089

А. В. Ластовка

Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ИСКУССТВЕННЫМ СОСУДИСТЫМ ПРОТЕЗОМ В АОРТО-ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОЙ ПОЗИЦИИ

Введение

По статистике частота присоединения инфекции к искусственным сосудистым протезам после реконструктивных сосудистых операций встречается редко (0,5–6 %), но последствия протезной инфекции часто приводят к гибели или инвалидизации пациента. Факторами риска протезной инфекции у пациентов являются: возраст более 60 лет, тяжелое состояние, сопутствующие заболевания, интраоперационная кровопотеря, разрез в паховой области, экстренные операции, длительные и повторные операции, высокое количество хирургических манипуляций при операции, повреждение лимфатических узлов и сосудов, раневая инфекция, гематома и другие. Главная проблема в лечении инфицированного сосудистого протеза это – бактериальная биопленка, образующаяся на поверхности

протеза в результате его инфицирования в момент имплантации, что обуславливает отсутствие эффекта при антибактериальной терапии [1, 2, 3]. Выявление факторов риска позволяет определить пути профилактики протезной инфекции и алгоритм ее лечения [1, 3, 5].

Цель

Проанализировать исходы хирургического лечения пациентов с инфицированным искусственным сосудистым протезом в аорто-подвздошно-бедренной позиции.

Материал и методы исследования

Исследование походило на базе ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Был проведен ретроспективный анализ 24 медицинских карт пациентов, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии с инфицированными искусственными протезами (3–5 степени по классификации R. Samson) после реконструктивных сосудистых вмешательств на аорто-подвздошно-бедренном сегменте в объеме шунтирования или протезирования пораженного участка искусственным сосудистым протезом в период с января 2015 года по декабрь 2020 года. В исследовании принимали участие 24 мужчин, что составляет 100 % от общей выборки исследования. Возраст пациентов составил от 46 до 74 лет. Был проведен статистический анализ между группами с использованием программы Statistica 10.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

20 пациентам после реконструктивных сосудистых вмешательств выполнено удаление инфицированного сосудистого протеза с выполнением повторного реконструктивного вмешательства. Проведено аорто-бедренное (АБШ) 14 пациентам, подвздошно-бедренное (ПБШ) 1 пациенту, перекрестное бедренно-бедренное (ПББШ) 1 пациенту шунтирование (протезирование) аутовеной. Ауто-артериальное шунтирование (ААШ) с использованием аллографта выполнено 4 пациентам. Перевязка сосудов и ампутация нижней конечности (АНК) проведена четырем пациентам по причине отсутствующих условий для проведения реконструктивной операции (рисунок 1). Стоит отметить, что одному пациенту ампутация нижней конечности выполнена после аорто-бедренного протезирования аутовеной.

Всем умершим пациентам выполнялись реконструктивные операции: троим проведено аорто-бедренное шунтирование аутовеной и одному пациенту ауто-артериальное шунтирование с использованием аллографта.

Средний возраст выписанных из стационара составил 56 лет, а умерших в стационаре 66 лет. Таким образом, на исход хирургического лечения в стационаре пациентов с протезной инфекцией большое влияние оказывает возраст пациента.

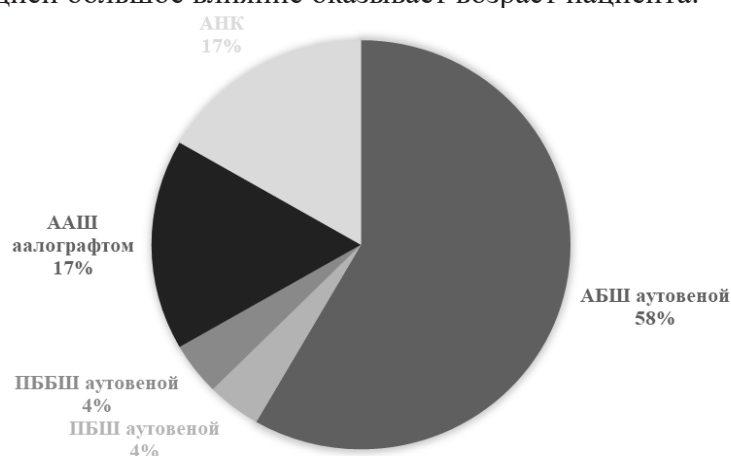


Рисунок 1 – Выполненные реконструктивные вмешательства после инфицирования сосудистого протеза

Выводы

Результаты исследования показывают, значительную частоту летального исхода пациентов с протезной инфекцией после хирургического лечения в 16,7 %. Такой высокий уровень летальности требует тщательного отбора пациентов для реконструктивных операций с использованием синтетических искусственных протезов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинико-демографическая характеристика пациентов и факторы риска инфицирования искусственных сосудистых протезов после реконструктивных операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте / Е. Ю. Дорошко [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2021. – Т. 19, № 5. – С. 506–510.
2. Vascular Graft Infections, Mycotic Aneurysms, and Endovascular Infections: A Scientific Statement From the American Heart Association / Walter R. Wilson [et al.] // J. of Circulation. – 2016. – Vol. 134, iss. 20. – P. 412–417.
3. Дорошко, Е. Ю. Биомеханические свойства, патогенетические механизмы и пути инфицирования тканых сосудистых протезов в ангиохирургии / Е. Ю. Дорошко, А. А. Лызикив // Проблемы Здоровья и Экологии. – 2020. – Т. 66, № 4. – С. 79–86.
4. Анализ инфекционных осложнений искусственных сосудистых протезов после операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте / Е. Дорошко [и др.] // Хирургия. Восточная Европа. – 2021. – Т. 10, № 4. – С. 508–516.

УДК 616-089-06

Е. И. Левкович

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Носик

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

Введение

Трансплантация почки является оптимальным методом заместительной почечной терапии у пациентов с хронической болезнью почек, позволяющим значительно повысить качество жизни и ее продолжительность [1]. Одной из основных причин, отрицательно влияющих на результаты трансплантации почки, является развитие осложнений со стороны мочеточника трансплантата. Наиболее частые из них – формирование стриктуры мочеточника [2]. Основным методом коррекции данного типа осложнений до настоящего времени остается выполнение реуретеронеоцистоанастомоза [3]. Согласно литературе методы малоинвазивного лечения, в виде чрезкожной антеградной баллонной дилатации и стентирования мочеточника под рентген контролем, обладают сопоставимой эффективностью в коррекции стриктур мочеточника трансплантата, при неоспоримо более легком течении реабилитационного периода [4].

Цель

Оценить результаты лечения стриктур мочеточника почечного трансплантата в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

Было выполнено ретроспективное, когортное, сравнительное исследование, включавшее 62 реципиента трансплантата почки, с развившейся стриктурой мочеточника аллогraftа. Все пациенты проходили лечение на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии в период с 2012 по 2022 год. Средний возраст участников варьировал в диапазоне от 19 до 74 лет (46 (33–58)). Выборка была разделена на две группы. Для лечения 1-й группы пациентов (27 пациентов) использовалась баллонная дилатация со стентированием мочеточника, во 2-й (35 человек) – выпол-