

общего числа больных. Среди осложнений у пациентов с диагнозом ОБСО этиловым спиртом на 1 месте стоит алкогольная кома (АК) 18,8 %; ЗЧМТ 12,5 %; ушибы и ссадины тела 12,5 %; дисметаболическая миокардиодистрофия 12,5 %; отек головного мозга 6,25 %; ацидоз 6,25 %; органическое расстройство личности 6,25 %; ДВС-синдром 6,25 %. Достаточное количество осложнений, развилось у пациентов с диагнозом ОБСО щелочью: химические ожоги полости рта 11,1 %, пищевода 44,5 %, желудка 44,5 %. Особый интерес представляют мотивы, ставшие причиной острого отравления у исследуемой категории лиц. 94,6 % отравлений являются случайными или следствием передозировки; 5,4 % — суицидальные попытки, из них 3,73 % приходится на подростков.

Из 56 пациентов 32 (57 %) имеют полное выздоровление; 4 (7,2 %) — неполное; 17 (30 %) — тенденцию к полному выздоровлению; 3 (5,4 %) — летальный исход. Причиной смерти стало: 1) отравление суррогатами алкоголя; 2) отравление этиловым спиртом; 3) отравление неуточненным веществом (предположительно суррогаты алкоголя).

Выводы

1. Среди пациентов отчетливо прослеживается тенденция к увеличению лиц мужского пола (встречаемость лиц мужского пола в 2 раза чаще лиц женского пола).

2. Наибольшее количество отравлений приходится на группу лиц в возрасте от 1 до 5 лет — 32,1 % (ОБСО ЛС) и от 20 до 60 лет 30,3 % (ОБСО этиловым спиртом). На долю этилового спирта приходится 23,2 %; лекарственных средств 23,1 % от общего количества отравляющих веществ.

3. Наиболее распространенной группой среди ЛС является группа симпатомиметиков 23 % и НПВС 23 %, которые являются одними из самых общедоступных препаратов.

4. Из 56 пациентов у 27 (48,2 %) развились соответствующие осложнения: ЦНС (34,5 %), ЖКТ (18,2 %), травмы тела (11 %), выделительной 7,3 % и дыхательной системы 7,3 %; сердечнососудистой системы 5,45 %; печени — 3,6 %; инфекционные осложнения — 3,6 %; нарушение терморегуляции 3,6 %; кровотечения 3,6 %; нарушения кислотно-основного состояния и органов зрения по 1,8 %.

5. Из 3 случаев суицидальных попыток 2 приходится на отравления НПВС, 1 — на отравление пестицидами БИ-52.

6) Из 56 пациентов 3 (5,4 %) имели летальный исход, в результате наличия сопутствующих заболеваний и осложнений: АК в стадии III, отек головного мозга, ДВС-синдром, тромбоз кавернозных синусов, инфекционно-токсический шок, острое повреждение почек, РДСВ. Возраст умерших от 57 до 67 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников, Е. А. Медицинская токсикология. Национальное руководство, 2012. — 434 с.

УДК 616.13-002-004.6-005.6-089.87

ВЛИЯНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Фещенко А. В., Горвая А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

Введение

Актуальность профилактики цереброваскулярных заболеваний возрастает с каждым годом, ввиду высокой заболеваемости, смертности и инвалидности после них, а также высокой стоимости лечения и реабилитации пациентов. Около 30 % инфарктов мозга (ИМ) обусловлены патологией брахиоцефальных артерий (БЦА): стенозом общей сонной арте-

рии, и внутренней сонной артерии, а также патологической извитостью данных сосудов. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) достоверно снижает риск развития ИМ у пациентов с атеросклеротическим поражением БЦА, что было доказано в ряде крупных исследований [1].

В результате операции КЭАЭ происходит значительное изменение объема и скорости перфузии головного мозга артериальной кровью, вследствие чего возможен частичный регресс неврологической симптоматики у пациентов с ОНМК и ПНМК в анамнезе [1]. Тем не менее, вопрос об изменении когнитивных функций (КФ) вследствие реперфузии головного мозга после операции остается открытым. Знание динамики когнитивных функций после КЭАЭ сможет помочь врачам и пациентам более точно определить послеоперационный прогноз и показания к данному вмешательству.

Цель

Изучение и резюмирование научно-исследовательской литературы по вопросу динамики когнитивных функций у пациентов до и после проведения каротидной эндартерэктомии.

Материал и методы исследования

Анализ научной литературы и результатов проведенных научных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень когнитивных функций значительно влияет на функциональное состояние человека и занимает центральное положение в формировании качества жизни.

Данные исследований, посвященных изучению влияния КЭАЭ на когнитивные функции у пациентов, противоречивы [2]. С одной стороны, в результате данной операции происходит значительное изменение объема и скорости перфузии головного мозга артериальной кровью, что положительно влияет на неврологический статус и когнитивные функции пациентов [3]. В то же время, снижение КФ может произойти из-за интраоперационной микроэмболической ишемии во время хирургической диссекции сосуда, а также из-за гипоперфузии головного мозга во время пережатия внутренней сонной артерии [4]. В результате действия перечисленных факторов образуются новые ишемические очаги в веществе мозга, которые, при целенаправленной нейровизуализации, выявляются у 10 % пациентов, подвергшихся КЭАЭ. [5]. Вопрос о том, ведет ли комплексное взаимодействие перечисленных факторов к чистому улучшению или ухудшению когнитивных функций остается открытым.

В наиболее обширном проспективном когортном исследовании сравнивались результаты когнитивных функций у пациентов со стенозом сонных артерий ($\geq 60\%$), которым была выполнена КЭАЭ ($n = 159$), и у пациентов контрольной группы, без стеноза БЦА, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия ($N = 68$). Пациенты с контралатеральным тяжелым стенозом или окклюзией сонной артерии, а также с деменцией, депрессией или обширным инсультом в анамнезе в исследование не включались. Когнитивные функции оценивались с помощью двух нейропсихологических тестов (Mini-Mental State Examination [MMSE] и Montreal Cognitive Assessment [MoCA]). Исследование показало улучшение оценок когнитивных функций по обоим тестам по сравнению с контрольной группой через 3 месяца после каротидной эндартерэктомии у пациентов, имеющих клинические симптомы до вмешательства, но через 12 месяцев улучшения по сравнению с исходным уровнем наблюдалось только по тесту MoCA ($P \leq 0,01$). В группе пациентов с бессимптомным стенозом БЦА не было выявлено значимых изменений по сравнению с исходными данными [3].

Выводы

Данные исследований, посвященных изучению влияния КЭАЭ на когнитивные функции у пациентов, противоречивы. Часть исследований выявила стойкое улучшение КФ у пациентов, перенесших КЭАЭ, но в то же время в ряде исследований не было выявлено каких-либо изменений, и даже наблюдалось стойкое снижение КФ. Отчасти это обусловлено отсутствием единой методики проведения исследований: использованием разных тестовых систем при оценке КФ пациентов, разным временем наблюдения после операции.

На динамику КФ пациентов после КЭАЭ влияют такие факторы как значительное изменение перфузии головного мозга артериальной кровью [1, 3], интраоперационная микроэмболия, гипоперфузия головного мозга во время пережатия внутренней сонной артерии

[4]. Вопрос о том, ведет ли комплексное взаимодействие положительных и отрицательных факторов операции к чистому улучшению или ухудшению когнитивных функций остается открытым и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. AHA/ASA Guideline 2015 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment / W. J. Powers [et al.] // Stroke. — July 8, 2015. — 46 p.
2. Impact of carotid endarterectomy upon cognitive functioning. A systematic review of the literature / S. Lunn [et al.] // Cerebrovasc Dis. — 1999. — № 9. — P. 74–81.
3. Carotid endarterectomy protects elderly patients from cognitive decline: a prospective study / C. Baracchini [et al.] // Surgery. — 2012. — № 151. — P.99–106.
4. Lal, B. K. Cognitive function after carotid artery revascularization / B. K. Lal // Vasc. Endovasc. Surg. — 2007. — № 41(1). — P. 5–13.
5. New Brain Lesions After Carotid Stenting Versus Carotid Endarterectomy. A Systematic Review of the Literature / S. Schnaudigel [et al.] // Stroke. — 2008. — № 39. — P. 1911–1919.

УДК 617-089.844

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Фисенко О. А., Щукевич П. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Д. Маслакова*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

История развития абдоминальной хирургии подтверждает тот факт, согласно которому послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) являются неизбежным следствием оперативного вмешательства. Известно, что они возникают у 5–14 % пациентов, перенесших лапаротомию [1, 2]. В литературе все чаще отмечают, что данные полученные при осмотре, пальпации и измерении внешнего выпячивания, объективно не отражают многие параметры грыжи. Исходя из этого, особую актуальность приобретает использование ультразвукового исследования (УЗИ) в предоперационном обследовании, которое позволит решить вопросы индивидуальной оценки анатомо-функционального состояния передней брюшной стенки, возникающие у хирурга в конкретной клинической ситуации [2, 3].

Цель

Разработать балльную систему оценки состояния мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, для обеспечения индивидуального подхода в тактике лечения ПОВГ, основываясь на данных предоперационного УЗИ.

Материал и методы исследования

В исследование вошли пациенты, которым за период с 2013 по 2016 гг. на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» выполнялась герниопластика: собственными тканями, с использованием аллотрансплантата, с фиксацией за костные структуры, в плановом порядке — 23 пациента. Возраст пациентов составил от 50 до 72 лет. 13 пациентов составили мужчины, 10 пациентов — женщины. Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось изучение анатомо-функционального состояния передней брюшной стенки в два этапа. Первый этап — клиническое изучение — выявление признаков деформации передней брюшной стенки: тургор кожи, окружность живота, функциональное состояние мышц брюшного пресса. На втором этапе осуществляли УЗИ передней брюшной стенки, при котором определяли следующие параметры: толщина и структура подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), ширина грыжевых ворот, ширина гипоехогенной зоны, толщина прямых мышц живота. В режиме цветовой доплеровской эхографии оценивали тип кровотока в артериях передней брюшной стенки по следующим параметрам: максимальная скорость кровотока (V_{max}), индекс