

вает 1–2 часа, в которые они включают переезды из одного корпуса в другой во время учебы и занятия физкультурой, проводимые на улице.

С сожалением, что большинство наших юношей и девушек имеют вредные привычки (курение и употребление алкоголя). По результатам анкетирования установлено, что 25 % юношей курят ежедневно, 37,5 % — иногда, 37,5 % не курят вообще. Среди девушек показатели еще хуже: 40 % из них курят ежедневно, 25 % — иногда и только 35 % не курят вообще. По употреблению алкоголя картина складывается следующим образом: 20 % девушек и 48 % юношей допускают потребление алкоголя 1–2 раза в неделю или 1 раз в две недели. Общеизвестно, что для формирования крепкого здоровья необходимы систематические занятия спортом. 65 % юношей и 73 % девушек занимаются спортом только на занятиях физкультуры.

Среди опрошенных студентов только 63,5 % не имеют хронических заболеваний. Остальные опрошенные имеют заболевания различных органов и систем. Так 9 % имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, 4,4 % — сердечно-сосудистой системы, 2 % — эндокринной, 7,8 % — аллергические заболевания, 13,3 % отмечают наличие 2 и более хронических заболеваний.

Выводы

1. У студентов-первокурсников выявлен ряд факторов риска возникновения неинфекционных заболеваний. Нарушения в режиме и рационе питания порядка 50 % опрошенных имеют те или иные отклонения, которые могут стать причиной заболеваний пищеварительной системы. Малоподвижный образ жизни, курение, употребление алкоголя, которые отмечаются у 35 %, могут привести в будущем к заболеваниям сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и эндокринной системы. Длительное пребывание у компьютера, недостаточное пребывание на свежем воздухе, переутомляемость (у 33 % первокурсников) являются факторами риска заболеваний нервной системы.

2. У 36,5 % студентов уже имеются те или иные хронические заболевания.

3. По итогам исследования установлена группа студентов с факторами риска развития заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта. Воздействия данных неблагоприятных факторов на фоне уже имеющихся или формирующихся нарушений со временем может привести к утрате здоровья и трудоспособности будущих врачей, а также неблагоприятно сказаться на их обучении. В связи с этим требуется немедленная коррекция факторов риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / под ред. Н. Д. Ющука, И. В. Маева, К. Г. Гуревича. — М.: Перо, 2012. — С. 165–183.
2. Давыденко, Д. Н. Здоровый образ жизни студентов: учеб. пособие / Д. Н. Давыденко, Ю. Н. Щедрин, В. А. Щеголев; под общ. ред. проф. Д. Н. Давыденко. — СПб.: ГУИТМО, 2005. — С. 85–124.
3. Яшин, В. Н. ОБЖ. Здоровый образ жизни: учеб. пособие / В. Н. Яшин. — 3-е изд. перераб. — М.: ФЛИНТА: Наука, 2011. — С. 17–25.

УДК 616.136/.137-089

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕННЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БРЮШНОЙ АОРТЕ И ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЯХ

Тычина Ю. К.

Научный руководитель: к.м.н. М. Л. Каплан

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

Введение

Реконструктивные операции на брюшной аорте и подвздошных артериях позволяют предотвратить прогрессирование хронической артериальной недостаточности и сохранить

конечность при критической ишемии, возникающей при атеросклеротическом поражении дистального отдела брюшной аорты и подвздошных артерий. Своевременно выполненная резекция аневризм аорты и подвздошных артерий позволяют предотвратить развитие опасных для жизни осложнений [1]. Реконструктивные хирургические вмешательства на аорто-подвздошном сегменте сопровождаются риском развития осложнений. В раннем послеоперационном периоде встречаются: острый тромбоз бранш протеза, дистальные тромбоэмболические осложнения, кровотечение, лимфорей. В позднем послеоперационном периоде возможно развитие: тромбоза шунта (протеза), ложной аневризмы проксимального и дистального анастомозов, стеноза в области наложения анастомоза, инфицирование протеза [2].

Цель

Проанализировать результаты реконструктивных операций на брюшной аорте и подвздошных артериях, а также выявить характерные осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ результатов реконструктивных вмешательств на брюшной аорте и подвздошных артериях 55 пациентов, госпитализированных в отделение сосудистой хирургии ГОККЦ впервые и 12 пациентов, госпитализированных по поводу поздних осложнений. Первичные пациенты были разделены на две группы, в зависимости от этиологии и оперативного вмешательства на аорто-подвздошном сегменте: первая группа ($n = 19$) — пациенты с неосложненной аневризмой дистального отдела брюшной аорты, вторая группа ($n = 36$) — с атеросклеротическим поражением аорто-подвздошного сегмента. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica» 8.0. Сравнение количественных показателей в независимых группах проводилось с помощью критерия Манна — Уитни (U), данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q_1 ; Q_3). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов обеих групп, основную массу составляли мужчины — 54 (98,2 %) человек, женщины — 1 (1,8 %). Отмечаются статистически значимые различия по возрастной структуре пациентов: первая группа — 65 (62; 72) лет, вторая группа — 59 (53,5; 62,5) лет ($p = 0,0001$). Сравнительный анализ хирургических операций в двух группах показал, что время, затраченное на реконструкцию при неосложненной аневризме, составило 165 (130; 205) мин, при атеросклеротическом поражении аорто-подвздошного сегмента — 147 (107,5; 177,5) мин ($p = 0,02$). Интраоперационная кровопотеря у пациентов первой группы составляет 600 (500; 900) мл, второй группы — 300 (200, 675) мл ($p = 0,009$). В зависимости от распространенности аневризматического расширения было выявлено, что у пациентов первой группы, в 12 (63 %) случаях наблюдалось изолированное расширение инфраренального отдела аорты, в 7 (37 %) — аневризма брюшной аорты с переходом на одну или обе общие подвздошные артерии. В зависимости от локализации атеросклеротического процесса у пациентов второй группы, было выявлено, что в 29 (80,5 %) случаях наблюдаются стеноз или окклюзия преимущественно подвздошных артерий, в 7 (19,5 %) случаях — поражение подвздошных артерий с вовлечением брюшной аорты. При этом окклюзирующее поражение аорты и подвздошных артерий наблюдалось у 24 (67 %) пациентов, стеноз — у 12 (33 %) пациентов. Общее количество пациентов с ранними послеоперационными осложнениями 5 человек, что составило 9 % от всех первичных реконструктивных вмешательств. Структура ранних осложнений представлена на рисунке 1.

У 3 (5,5 %) пациентов произошел тромбоз бранши протеза (шунта), у 1 (1,8 %) пациента — аррозивное кровотечение в месте наложения анастомоза, осложнение со стороны раны в виде лимфорей возникло у 1 (1,8 %) пациента. Поздние послеоперационные осложнения, развившиеся у 12 пациентов в срок от 5 до 10 лет, составляют 2,4 % от общего количества прямых реконструкций аорто-подвздошного сегмента за 10 лет. Варианты осложнений представлены на рисунке 2.

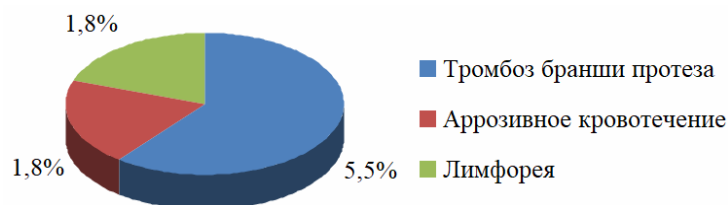


Рисунок 1 — Структура ранних осложнений реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте

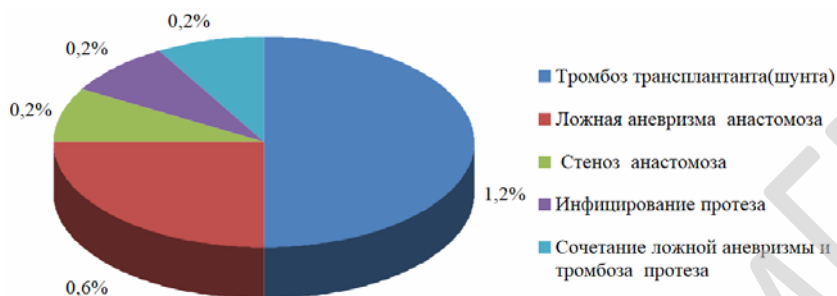


Рисунок 2 — Структура поздних осложнений реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте

В 6 случаях был выявлен тромбоз трансплантата (шунта), что составило 1,2 % от всех реконструктивных вмешательств; в 3 (0,6 %) случаях — ложная аневризма дистального анастомоза; у 1 (0,2 %) пациента — гемодинамически значимый стеноз в области наложения анастомоза; инфицирование ветки протеза развилось у 1 (0,2 %) пациента, сочетание ложной аневризмы дистального анастомоза и тромбоза ветки протеза так же у 1 (0,2 %) пациента.

Выводы

1. Длительность и интраоперационная кровопотеря при хирургическом лечении неосложненной аневризмы аорты выше, чем при лечении пациентов с атеросклеротическим поражением аорто-подвздошного сегмента ($p < 0,05$).

2. Ранние осложнения возникли лишь у пациентов второй группы у 5 человек, в структуре преобладал тромбоз ветки протеза, возникший у 3 пациентов.

3. Среди поздних осложнений преобладают тромбоз трансплантата (шунта), который возникает в 1,2 % случаях, ложная аневризма дистального анастомоза в 0,6 % случаев. Все осложнения развились через 5–10 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусинский, А. В. Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения атеросклероза сосудов нижних конечностей / А. В. Гусинский // Мед. академич. журн. — 2007. — № 1. — С. 158–165.

2. Восканян, Ю. Э. Отдаленные результаты хирургического лечения поздних окклюзий аорто-бедренного трансплантатов у пациентов с рецидивом критической ишемии нижних конечностей / Ю. Э. Восканян // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2011. — № 4. — С. 81–85.

УДК 618.2:616-056.52]-06

ОЦЕНКА ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Тышко Е. Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Е. П. Гнатко

Учреждение образования

**«Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца»
г. Киев, Украина**

Введение

Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества, актуальность которой определяется, в первую очередь, распространен-