

Таблица 2 — Количественное распределение пациентов по проведенным операциям

Название операции	Количество пациентов
Ангиопластика и стентирование ПБА	46
Баллонная ангиопластика ПБА	9
Ангиопластика и стентирование ПБА и ПкА	3
Баллонная ангиопластика ПБА и ПкА	3
Ангиопластика и стентирование ПБА с баллонной ангиопластикой передней большеберцовой артерии	3
Другие единичные сочетания ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей	27

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Интраоперационных летальных исходов не было, но были послеоперационные осложнения: в 3 случаях образовалась гематома в области артерии доступа, в 1 случае произошла диссекция интимы с развитием острой ишемии ноги, что потребовало выполнения экстренного бедренно-подколенного шунтирования. У 85 пациентов РЭВ завершились адекватным восстановлением кровообращения. У 1 пациента реканализацию артерий выполнить не удалось.

### **Выводы**

На основании данных, приведенных выше, прослеживается повышенная предрасположенность к развитию ХАННК у мужчин и у городского населения, в основном, в возрасте 50–80 лет. В инфраингвинальном артериальном сегменте в большинстве случаев РЭВ производятся на ПБА. РЭВ являются эффективным методом лечения ХАННК, позволяющим восстановить и сохранить проходимость артерий в раннем послеоперационном периоде в 98,8 % случаев.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Профундопластика в лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей / А. В. Гавриленко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2019. — Т. 25, № 3. — С. 122–126.
2. Выбор реконструктивной операции при поражениях артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента и сомнительных путях оттока / Б. С. Суковатых [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2019. — Т. 25, № 2. — С. 111–115.
3. Отдаленные результаты эндоваскулярного лечения поражений поверхностной бедренной артерии типов С и D по классификации TASC II / С. А. Папоян [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2018. — Т. 24, № 1. — С. 73–78.
4. Этажная артериализация венозного русла в лечении критической ишемии нижних конечностей / С. А. Иванов // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2020. — Т. 26, № 3. — С. 116–119.

УДК 616.13/.14-089-06-022

## **КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ СОСУДИСТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**Шацева П. Д., Салицкая М. Дж., Салмина Е. А., Юрчук Я. С.**

**Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко**

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из главных причин смертности среди населения развитых стран мира. Эта группа довольно обширная, но три заболевания из данной группы, включая инфаркт миокарда, артериальная гипертензия и цереброваскулярные дают 80 % летальных исходов [1].

Сердечно-сосудистые заболевания являются результатом векторного приложения различных факторов риска. Некоторые из основных факторов риска, такие как наследственность, возраст, не могут быть изменены, но другие имеют демографический характер, т.е. их влияния на сердечно-сосудистую систему можно избежать путем изменения привычек и образа жизни пациентов [1].

В Республике Беларусь болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности, что влечет к дополнительным затратам в сфере медицины, экономики, негативно влияя на государственный бюджет, т. к. подразумевает дополнительный отток финансовых средств, которые могли быть потрачены на лечение и реабилитацию болезней, имеющих другие причины [2].

### **Цель**

Изучить клинико-демографические характеристики пациентов с инфекционными осложнениями после реконструктивных сосудистых вмешательств.

### **Материал и методы исследования**

Использованы статистические данные архивов на базе ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» с 2015 по 2020 гг. Всего было выявлено 25 пациентов с инфекционными осложнениями после реконструктивных сосудистых вмешательств в объеме шунтирования или протезирования пораженного участка. В данном исследовании факт наличия инфицирования искусственного сосудистого протеза констатировался при выявлении признаков 3–5-й групп по классификации, предложенной R. Samson [3]. Верификация возбудителя инфекционного процесса подтверждалась микробиологическим исследованием раневого отделяемого [4].

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Все пациенты в исследуемой группе были мужского пола. Средний возраст исследуемых составил 60 лет, максимальный и минимальный — 76 и 46 соответственно.

В ходе реконструктивных сосудистых вмешательств использовались протезы — 22 текстильных и 3 из политетрафторэтилена; по виду шунтирования — 2 линейных и 23 бифуркационных.

Из 25 пациентов 7 (28 %) имели диагноз «Генерализованный или неуточненный атеросклероз», 16 (64 %) — атеросклероз артерий нижних конечностей, 2 (8 %) — аневризма в аорто-подздошно-бедренном сегменте.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась ишемическая болезнь сердца (у 18 (72 %) пациентов); артериальная гипертензия (у 9 (36 %), сердечная недостаточность (у 4 (16 %) пациентов). У 2 (8 %) пациентов сопутствующей патологией была ОНМК, сахарный диабет — у 1 (4 %) пациента, коронавирусная инфекция (COVID-19) — у 1 (4 %) пациента.

По результатам микробиологического исследования раневого отделяемого был выявлен золотистый стафилококк у 9 (36 %) пациентов, эпидермальный стафилококк — у 3 (12 %), гемолитический стафилококк — у 1 (4 %) пациента. Рост микроорганизмов не наблюдался у 7 (28 %) пациентов. Отсутствуют результаты исследования у 5 (20 %) пациентов.

### **Выводы**

Таким образом, пациенты с инфекционными осложнениями после хирургических вмешательств в изучаемой группе все мужского пола, чаще с атеросклерозом (92 % случаев) в аорто-подздошно-бедренном сегменте, с ишемической болезнью сердца (72 % случаев), которым выполнялось бифуркационное шунтирование или протезирование текстильным сосудистым протезом (8,8 % случаев). Более чем в половине случаев (52 %) инфицирование происходило бактериями рода *Staphylococcus*.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Dua, A. Epidemiology of Peripheral Arterial Disease and Critical Limb Ischemia / A. Dua, C. J. Lee // *Tech Vasc Interv Radiol.* — 2016. — № 2. — С. 5–91.
2. Гланц, С. А. Медико-биологическая статистика / С. А. Гланц // *Практика.* — 1999. — С. 81–119.
3. Recurrent stroke in symptomatic carotid stenosis awaiting revascularization / Elias Johansson [et al.] // *American Academy of Neurology.* — 2016.
4. Алексеев, С. В. *Ангиология* / С. В. Алексеев, М. А. Хаймович, Г. Я. Суворов. — Л.: Медицина, 1991. — 136 с.

**УДК 616.33/.34-005.1:[614.21:617-089]-052**

**СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ  
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Шестакова А. С.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Желудочно-кишечные кровотечения — одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Задача хирурга при кровотечении из желудочно-кишечного тракта состоит в стабилизации состояния пациента, остановке кровотечения и проведении необходимых лечебно-диагностических мер, цель которых — предотвращение рецидивов желудочно-кишечных кровотечений [1].

***Цель***

Изучить нозологическую структуру и результаты хирургического лечения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями.

***Материал и методы исследования***

Методом сплошной выборки ретроспективно изучены результаты хирургического лечения 61 пациента, проходившего лечение в хирургическом отделении №1 Гомельской городской клинической больницы № 3 за период 01.01.2019 по 31.12.2019 гг. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ).

***Результаты исследования и их обсуждение***

Удельный вес пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями среди всех поступивших в отделение за 2019 г. составил 2,8 %. По полу пациенты распределились следующим образом: 40 (65,6 %) мужчин и 21 (34,4 %) женщина. Возраст пациентов составил от 21 до 91 года, среднее значение  $58,9 \pm 14,8$  лет. У 39 (63,9 %) пациентов диагностировано кровотечение из верхних отделов, у 17 (27,9 %) — из нижних отделов, у 5 (8,2 %) — источник не установлен. Распределение пациентов по причине ЖКК отражено в таблице 1.

При поступлении состояние было расценено как удовлетворительное у 7 (11,5 %) пациентов, средней степени тяжести — у 49 (80,3 %) пациентов, тяжелое — у 5 (8,2 %) пациентов.

Основными жалобами при поступлении были общая слабость (29 (47,5 %) пациентов), наличие мелены (18 (29,5 %)), стул с кровью (8 (13,1 %)), тошнота (12 (19,7 %)), рвота с примесью крови (7 (11,5 %)), рвота «кофейной гущей» (3 (4,9 %) пациента). У одного пациента отмечен коллапс (1,6 %).

Среднее значение пульса у пациентов при поступлении составило  $85,4 \pm 10,3$  уд/мин. Среднее значение систолического давления  $134,2 \pm 21,7$  мм рт. ст., диастолического —  $82,2 \pm 9,5$  мм рт. ст.