

ственные — в 57 % случаев. Пассаж бария произведен 54 (55,1 %) пациентам. Однократный рентген-контроль пассажа проведен 34 пациентам, двукратный 14 пациентам, трехкратный 6 пациентам.

Консервативное лечение проводилось согласно клиническим протоколам. Производилась инфузионная терапия, вводились антибиотики, анальгетики и спазмолитики. Всем пациентам назначалась декомпрессия постановкой желудочного зонда и сифонными клизмами.

У 62 (63,3 %) пациентов непроходимость была купирована консервативными мероприятиями в средние сроки $5,9 \pm 2,5$ дня (при минимальном сроке 2 и максимальном 14 дней).

У 36 (36,7 %) пациентов при проведении консервативного лечения и динамического наблюдения были выявлены показания к срочной операции. Из них у 35 пациента ликвидация непроходимости произведена путем лапаротомии и рассечения спаек. В 1 случае при адгезиолизисе кишечная петля была признана нежизнеспособной, в связи с чем произведена резекция кишки с анастомозом конец в конец.

Из указанных вмешательств 12 были начаты с диагностической лапароскопии, однако ни в одном случае лапароскопический адгезиолизис технически осуществить не удалось.

Минимальная продолжительность хирургического вмешательства составила 40 мин, максимальная 180 мин, средняя — $105 \pm 62,3$ мин.

Средний послеоперационный койко-день составил $11,6 \pm 2,9$ дня (от 9 до 16 дней). Послеоперационных осложнений выявлено не было. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Среднее время пребывания в отделении составило $7,9 \pm 3,8$ дня при минимуме 2 и максимуме 17 дней.

Выводы

Таким образом, 57,1 % пациентов с острой кишечной непроходимостью неопухолевого генеза были в возрасте старше 60 лет. 68,4 % пациентов поступило позже 6 ч от начала заболевания, а в среднем это время составило $25,4 \pm 21,9$ ч.

Отмечена относительная редкость патогномичных признаков непроходимости. Симптом Спярова выявлен у 63,2 %, задержка стула — у 42,9 %, вздутие живота — лишь у 24,5 % пациентов.

Потребность в оперативном лечении кишечной непроходимости составила 36,7 %, при этом все вмешательства произведены в срочном порядке. Основным вмешательством было устранение непроходимости путем рассечения спаек. Необходимость в резекции кишки составила 1,0 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков, О. Б. Диагностические и тактические вопросы ранней острой спаечной непроходимости кишечника / О. Б. Зубков // Хирургия. — 2015. — № 6. — С. 18–22.
2. Алексеев, С. А. Хирургические болезни: учеб. пособие: в 2 ч. / С. А. Алексеев, В. Н. Бордаков. — Минск: Выш. шк., 2017. — Ч. 2. — 247 с.

УДК 616.137.83-089.844-77-052:314.144

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМИ СОСУДИСТЫМИ ПРОТЕЗАМИ В АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ

Лемачко Е. В., Минкова В. В.

Научный руководитель: ассистент Е. Ю. Дорошко

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

Введение

При заболеваниях артериальной системы нижних конечностей отмечается преобладание аорто-бедренного сегмента [1]. Непосредственный успех хирурги-

ческого лечения аорто-бедренных окклюзий с купированием симптомов ишемии конечностей возвращает к трудоспособности значительную часть больных в ближайшие сроки после реконструктивных операций [2]. В настоящее время известны три основных типа конструкции текстильного сосудистого протеза: вязанный, тканый, плетеный. Положительными качествами вязаных сосудистых протезов являются их значительная эластичность и гибкость. Основное преимущество тканого протеза — небольшая кровопотеря при его применении вследствие низкой проницаемости стенки протеза, но существенным недостатком является их ригидность и жесткость. При применении плетеной конструкции протеза отмечается небольшая кровопотеря при имплантации, хорошая эластичность и растяжимость в продольном и поперечном направлениях [3].

Применяются в сосудистой хирургии синтетические протезы из политетрафторэтилена. Для них характерны высокая пористость, гибкость, подвижность, прочность, выраженная биологическая инертность. Такие протезы могут быть использованы для реконструкции артерий различных диаметров [3].

Цель

Изучить клинические и демографические характеристики пациентов с использованием искусственных сосудистых протезов при поражении аорто-бедренного сегмента.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 259 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» за период 2017–2018 гг. с поражением аорто-бедренного сегмента. Исследуемую группу составили люди в возрасте от 41 до 80 лет, из них: 249 (96,1 %) мужчин и 10 (3,9 %) женщин.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди госпитализированных пациентов преобладали люди в возрасте 61–70 лет (121 человек, 46,7 %). В возрасте 51–60 лет было 87 (33,6 %) человек. Пациенты более старшего возраста, 71–80 лет, встречались в 13,9 % случаев (36 человек). Пациентов возрастной категории 41–50 лет было значительно меньше — 15 человек, 5,8 %. Среднее значение возраста пациентов в 2017 г. составило 72,85, в 2018 г. — 62,25.

Большинство пациентов являлись жителями г. Гомеля (208 человек, 80 %), и в 20 % случаев — жителями районов (51 человек).

В ходе проведенного исследования установлено, что в 65 % случаев (168 человек) сопутствующей патологией являлась ишемическая болезнь сердца (атеросклеротический кардиосклероз). У 141 (54,4 %) пациента отмечалась артериальная гипертензия. Атеросклероз аорты наблюдался у 9 (3,5 %) человек, фибрилляция предсердий в 2,7 % случаев (7 человек). Так же у 20 (7,7 %) пациентов отмечался сахарный диабет 2 типа.

Основным диагнозом у 97 (37,4 %) пациентов был «атеросклероз артерий конечностей». Аневризма брюшной аорты встречалась в 27 % случаев (78 человек), из них: без упоминания о разрыве у 58 (74 %) пациентов, разорванная — у 20 (26 %) пациентов. В 22,3 % случаев (58 человек) отмечался генерализованный и неуточненный атеросклероз. У 21 (8,1 %) пациента основной патологией стала эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей. Аневризма артерий нижних конечностей встречалась значительно реже (3 человека, 1,1 %).

Всем пациентам выполнялось протезирование, в ходе которого использовали текстильные протезы и протезы из политетрафторэтилена (ПТФЭ). Текстильные протезы применялись у 235 (90,7 %) пациентов, протезы из ПТФЭ использовали в 9,3 % случаев (24 пациента). Интраоперационная кровопотеря в большинстве случаев (175 человек, 67,6 %) составила до 500 мл. Кровопотеря от 500 до 1000 мл наблюдалась у 60 пациентов (23,2 %). Значительно реже интраопе-

рациональная кровопотеря составила 1000–1500 мл (20 пациентов, 7,7 %). И лишь в 1,5 % случаев (4 пациента) кровопотеря составила более 1500 мл.

При использовании текстильного протеза (235 человек, 90,7 %) интраоперационная кровопотеря в большинстве случаев (159 человек, 67,6 %) составила менее 500 мл. У 55 (23,4 %) пациентов кровопотеря составила 500–1000 мл. В 7,2 % случаев (17 человек) интраоперационная кровопотеря была от 1000 до 1500 мл. И только у 4 (1,7 %) человек наблюдалась кровопотеря более 1500 мл.

При использовании протеза из ПТФЭ (24 человек, 9,3 %) чаще наблюдалась интраоперационная кровопотеря в объеме до 500 мл (16 человек, 66,7 %), значительно реже наблюдалась кровопотеря от 500 до 1000 мл — 5 человек, 20,8 %. И в 12,5 % случаев (3 человека) интраоперационная кровопотеря составила 1000–1500 мл.

Длительность госпитализации в большинстве случаев составила 10–20 сут (145 человек, 56 %). Находились на госпитализации более 20 сут 100 пациентов (38,6 %), и лишь 14 (5,4 %) человек провели в стационаре менее 10 сут.

Выводы

1. Поражение аорто-бедренного сегмента чаще отмечается у мужчин (96,1 %).
2. Высокая заболеваемость отмечается у людей в возрасте 61–70 лет (46,7 %).
3. Основным диагнозом чаще всего выступал «атеросклероз артерий конечностей» (37,4 %). Сопутствующей патологией при поражении аорто-бедренного чаще являлась ишемическая болезнь сердца (65 %).
4. В ходе выполнения протезирования, преобладало использование текстильных протезов (90,7 %). При их применении, интраоперационная кровопотеря в большинстве случаев (67,6 %) составила менее 500 мл.
5. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре более чем в половине случаев (56 %) составила 10–20 сут.

ЛИТЕРАТУРА

1. Масенко, В. Л. Атерокальциноз и остеопороз. Связи и условия взаимного влияния. Обзор / В. Л. Масенко, С. Е. Семенов, А. Н. Коков // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. — 2017. — № 2. — С. 93–102.
2. Покровский, А. В. Клиническая ангиология: рук-во: в 2 т. / А. В. Покровский; под ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2. — 153 с.
3. Покровский А. В. Клиническая ангиология: рук-во: в 2 т. / А. В. Покровский; под ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 1. — С. 338–339.

УДК 616.381-002.157:616.346.2-002.1

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЕВОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ВЫПОТА ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ И ЕЕ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Листопад Д. И., Кириленко М. С.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным различных источников, в современном мире, от 20 до 85 % экстренных оперативных вмешательств приходится на аппендэктомию. Острый аппендицит занимает первое место по отношению к другим неотложным операциям [2, 3].

Эффективность лечения гнойной-воспалительных заболеваний зависит от многих факторов: видовой принадлежности возбудителя, его чувствительность к антимикробным препаратам, рационального подбора схемы лечения с учетом им-