

одному оперируемому перенесли инфаркт миокарда или головного мозга и страдали синдромом Шерешевского — Тернера. Всем была проведена тромбэкстракция стент-ретривером в сроки от 40 мин до 7,5 ч после поступления. При контрольной церебральной ангиографии кровотоков было полностью восстановлено у 12 пациентов, была достигнута полная антеградная реперфузия. У пяти пациентов была достигнута антеградная реперфузия более чем половины ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии. У двух оперированных было совершено несколько попыток восстановить перфузию, из-за отсутствия результатов было принято решение прекратить вмешательство. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Все пациенты переведены в отделение реанимации в тяжелом стабильном состоянии, которое соответствовало хирургическому вмешательству. В семи случаях наблюдался летальный исход, в связи с развитием несовместимых с жизнью осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, внутримозговое кровоизлияние, из ранее существовавшей аневризмы, отек и дислокация структур головного мозга, пневмония, ассоциированная с COVID-19).

Выводы

Методика артериальной эндолюминальной тромбэкстракции при лечении ИИ в остром периоде показала хорошие возможности восстановления интракраниального внутримозгового кровотока и может использоваться в качестве основного метода лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association / E. C. Jauch [et al.] // Stroke. — 2013. — Vol. 44(3). — P. 870–947.
2. Management of tandem occlusion stroke with endovascular therapy / H. Dababneh [et al.] // Neurosurg. Focus. — 2012. — May; 32(5): E16. — doi:10.3171/2012.1.FOCUS11350.

УДК 616.37-002-06:614.44

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О СИМПТОМАХ И ОСЛОЖНЕНИЯХ ПАНКРЕАТИТА

Епифанова В. С., Станкевич Е. Н., Сеница К. В.

Научный руководитель: ассистент Е. А. Артюшков

Учреждение образования

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

Введение

Острый панкреатит занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, составляя до 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля, причем в 15–20 % случаев процесс носит тяжелый деструктивный характер. Это заболевание поражает преимущественно людей активного трудоспособного возраста. Среди причин смерти от острой хирургической патологии органов брюшной полости острый панкреатит находится на первом месте, опережая острый холецистит, кишечную непроходимость, перфоративные и кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. [1–4]. Данные литературы показывают, что этиология данного заболевания остается не до конца изученной. Ряд авторов свидетельствуют о том, что в развитии патологического процесса играет роль не один, а множество факторов, учесть роль, которых весьма затруднительно. Общепринятое в литературе понятие, характеризующие панкреатит как «полиэтиологическое» заболевание, является, по меньшей мере, неопределенным. Американские авторы причиной панкреатита считают алкоголизм, немецкие — желчнокаменную болезнь (ЖКБ), а

китайские и вьетнамские — аскаридоз. Таким образом, среди основных этиологических факторов панкреатита можно выделить следующие: заболевания желчных путей, ЖКБ, алкоголизм, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ, инфекции, интоксикации [5].

Цель

Изучить осведомленность населения о симптомах и осложнениях острого панкреатита. Провести анализ и дать оценку полученным статистическим данным.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 70 респондентов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения «MS Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст респондентов составил от 16 до 79 лет. Распределение респондентов по полу представлено на рисунке 1.

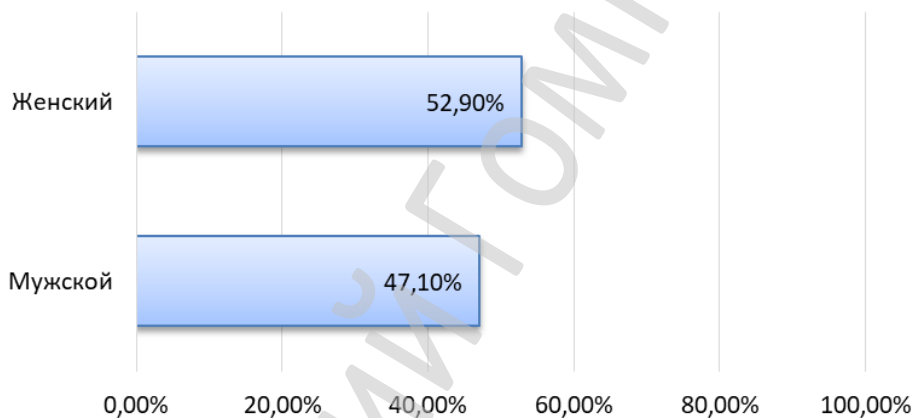


Рисунок 1 — Распределение респондентов по полу

Данное исследование показало, что 22,8 % опрошенных не знают такого заболевания как панкреатит.

На вопрос «Бывает ли у Вас нарушения стула?» большинство опрошенных (52,8 %) ответили утвердительно при погрешностях в питании, редко отмечают у себя 21,4 % и часто ответили 11,2 %.

В ходе исследования респондентам задавались такие вопросы, как «Употребляете ли вы алкоголь?», «Какие осложнения вы знаете?».

Распределение ответов респондентов на вопрос «Употребляете ли вы алкоголь?» представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение ответов респондентов на вопрос «Употребляете ли вы алкоголь?»

Ответ	Количество	
	человек	%
По праздникам	30	42,8
Чаще 2 раз в неделю	3	4,2
1-2 раза в неделю	10	14,2
1-3 раза в месяц	5	7,1
Нет	22	31,4

Большая часть респондентов (42,8 %) отметила, что употребляет алкоголь по праздникам. Так же значительная часть респондентов (31,4 %) отметила, что не употребляют алкоголь.

Распределение ответов респондентов на вопрос «Какие осложнения острого панкреатита вы знаете?» представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение ответов респондентов на вопрос «Какие осложнения острого панкреатита вы знаете?»

Ответ	Количество	
	человек	%
Рак	15	21,4
Перитонит	11	15,7
Кисты	11	15,7
Некроз	6	8,5
Сепсис	5	7,1
Импотенция	3	4,2
Бесплодие	3	4,2
Деменция	2	2,8
Не знаю	14	20

Большая часть респондентов (21,4 %) указывает рак, как осложнение острого панкреатита. Так же часть респондентов указывает импотенцию (4,2 %), бесплодие (4,2 %) и деменцию (2,8 %) как осложнение острого панкреатита.

На вопрос «Болеете ли Вы сахарным диабетом?» 5,7 % опрошенных ответили утвердительно. По результатам опроса 42,8 % респондентов отметили у себя склонность к перееданию, частое употребление жирной и жареной пищи.

Выводы

Данное исследование показало, что большая часть респондентов знают о существовании такого заболевания как панкреатит. Уровень осведомленности населения о клинике и возможных осложнениях острого панкреатита находится на среднем уровне.

Отмечаются такие неблагоприятные факторы, как переедание, избыточное употребление алкоголя, жареной и острой пищи, нерациональное питание, что увеличивает риск возникновения данного заболевания.

Профилактика панкреатита и повышение осведомленности населения о причинах его возникновения и возможных осложнениях являются актуальной задачей, которая поможет скорректировать факторы риска уже на начальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конорев, М. Р. Ингибиторы протонной помпы: свойства и применение / М. Р. Конорев, Г. Д. Тябут // Медицинские новости. — 2011. — № 9. — С. 58–60.
2. Костюченко А. Л., Филли В. И. // Неотложная панкреатология. — 2001. — С. 58–100.
3. Лечение острого деструктивного панкреатита / Н. Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 4–7.
4. Решетников, Е. А. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии / Е. А. Решетников, А. С. Миронов, Ю. Я. Малов // Хирургия. — 2005. — № 11. — С. 25–27.
5. Чаплинский, В. В. Острый панкреатит / В. В. Чаплинский, А. И. Гнатьшак. — М.: Медицина, 2011. — С. 78.

УДК 616.36-003.4-089

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ

Касько М. И., Никонова Ю. А.

**Научные руководители: ассистент В. А. Плашков,
к.м.н., доцент В. В. Берещенко**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Непаразитарная киста печени (НКП) относится к доброкачественным очаговым образованиям печени и представляет собой полость в печени, заполненную жидкостью. Различают единичные и множественные кисты печени. В пер-