

УЗИ через 6 месяцев, каждой третьей (32,7%) – маммография. Лечение фитопрепаратами было назначено 48,1% пациенток, комбинированное лечение фитопрепаратами и антиоксидантами – 52%. У 7,3% женщин с мастопатией имелась сопутствующая гинекологическая патология. В дальнейшем половина (55,3%) пациенток обращалась повторно к маммологу. 47 пациенткам было выполнено первичное и повторное УЗИ. При этом у 36,2% пациенток наблюдалась положительная динамика, а у 34,1% отмечалась отрицательная динамика жалоб, 29,8% женщин не отметили изменений. В результате обследования 78,1% женщин установлен диагноз фиброзно-кистозной мастопатии, 20,1% женщин – диффузной мастопатии (без уточнения формы) и 1,5% женщин – очаговой мастопатии. По данным анкетирования к маммологу обращались 85,4% респондентов, в то время как 14,6% ни разу его не посещали. У 29% опрошенных постоянно возникают боли в молочных железах в предменструальный период, у 32,2% иногда, у 18,8% редко и у 20,1% никогда не возникала боль. 20,7% респондентов отмечают регулярное возникновение отека молочных желез в предменструальный период, 19,4% иногда, 18,1% редко, 41,8% никогда не замечали. 9,5% опрошенных принимали фитогомеопатические препараты в лечебных и профилактических целях. Из них 51,4 % принимали препарат в течении месяца, 11,4% в течении 2 месяцев, 17,1% в течении 3 месяцев, 2,8% в течении 6 месяцев. Значительное улучшение от фитотерапии отметили 31,4% респондентов, незначительное 31,4% и 37,1% улучшений не отмечали. 27% опрошенных респондентов принимали другие препараты с профилактической и лечебной целью (витамины и антиоксидантные комплексы).

Выводы. На основании анкетирования установлен высокий процент женщин, которые нуждались в специализированной маммологической помощи. Фитогомеопатические препараты и антиоксидантная терапия эффективны при лечении диффузных форм мастопатий, сопровождающихся выраженным болевым синдромом. Существует реальная необходимость в грамотной диагностики и терапии доброкачественной патологии молочной железы, что приведет к улучшению качества жизни пациенток, а также поможет в эффективной профилактике рака молочной железы.

Литература:

1. Кулаков, В.И., Волобуев, А.И., Сеницын, В.А., Руднева, Т.В. Заболеваемость молочных желез у гинекологических больных: Материалы Всерос. Конф. «Научно-организационные аспекты и современные лечебно-диагностические технологии в маммологии» - М. 2003. – С.72-73.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИБРИДНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кайма Е.А., Жук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-ая кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Василевский В.П.

Актуальность. Несмотря на очевидный прогресс ангиологии и сосудистой хирургии в лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) эта проблема остается весьма актуальной. На сегодняшний день со-

временным методом оперативного лечения ХИНК является использование сочетанных малоинвазивных оперативных вмешательств. Эндоваскулярные вмешательства в сочетании с открытыми артериальными реконструкциями, оптимально выполняемые в одной операционной без временной экспозиции, носят название гибридные [1].

Целью работы явилась оптимизация хирургических методов лечения многоуровневых стенотических поражений нижних конечностей атеросклеротического генеза.

Материал и методы. Были проанализированы результаты клинических наблюдений 13 пациентов с многоуровневыми атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей, которым впоследствии были проведены гибридные операции, сочетающие стентирование и ангиопластику подвздошных артерий с бедренно-подколенным шунтированием *in situ*. Возраст пациентов колебался от 52 до 75 лет. Сопутствующие заболевания – ИБС, АГ, СД, диффузный и постинфарктный кардиосклероз, хронический гастродуоденит. Перед операцией пациентам выполнялось ангиографическое исследование аорты и артерий нижних конечностей. У всех пациентов имела место хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. У 7 пациентов – 2Б стадии, у 3 пациентов – 3 стадии и у 3 пациентов – 4 стадии по Фонтейну-А.В.Покровскому.

Результаты и обсуждение. Больные прооперированы по абсолютным показаниям. Первым этапом пациентам была выполнена баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий. В ОБА ретроградно был установлен интрадьюсер INPUT 6 Fr-11cm Medtronic, по которому проводник был проведен через зону стеноза ОПА в аорту. Затем по проводнику в зоне ангиопластики позиционирован и имплантирован периферический баллоно-раскрываемый стент Expres LD Vascular 5.0x37 mm Boston Scientific и имплантирован на давлении 16 атм. Далее по проводнику в зону стентирования проведен баллонный периферический катетер FoxPlus 7.0x40 mm Abbott. Выполнена ангиопластика стеноза ОПА на давлении 8-20 атм. Достигнут оптимальный ангиографический результат. Система доставки и проводник были удалены. Осложнений не наблюдалось. В ходе второй операции под спинномозговой анестезией в верхней трети голени пораженной конечности была выделена бифуркация подколенной артерии ниже места окклюзии, а в верхней трети бедра выделены сафено-фemorальное соустье и бифуркация ОБА. Артерии были взяты на турникеты и пережаты, после чего произведена мобилизация БПВ с формированием проксимального анастомоза с разрушением клапанов БПВ с помощью вальвулотомы. Формирование дистального анастомоза было дополнено перевязкой крупных притоков БПВ. После пуска кровотока был получен отчетливый пульс дистальнее зоны реконструкции. Выполнен гемостаз и ушивание ран. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Вывод. Высокая эффективность и малая травматичность гибридных вмешательств позволяет рассматривать их как рациональную альтернативу обширным хирургическим реконструкциям пациентам с окклюзионно-стенотическими мультифокальными поражениями магистральных сосудов нижних конечностей.

Список литературы:

1. Бокерия, Л.А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии / Л.А. Бокерия. - Т2. - М.: Издательство НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. - 1999. - 145с.