

77 респондентов (89,5%) ответили «Да», а 4 (4,7%) – «Нет». При планировании конструкции ретейнера данный фактор учитывают 94,3% ортодонт в группе 1 и 95,2% ортодонт в группе 2 ($F=1$; $p>0,05$).

При размещении ретейнера анатомию зуба учитывают 75 респондентов (86,2%), уровень гигиены полости рта – 61 респондент (70,1%), глубину рецезового перекрытия – 79 респондентов (90,8%), одновременное использование съёмного ретейнера – 54 респондента (62,1%), состояние периодонта – 62 респондента (71,3%), активность кариеса – 50 респондентов (57,5%). Между группами 1 и 2 статистически значимые отличия по факторам, учитываемым при размещении ретейнера, не были обнаружены ($p>0,05$).

Выводы.

1. При планировании конструкции несъёмного ретейнера большинство респондентов учитывает анатомию поверхности (89,7%) и высоту коронок зубов (89,5%).

2. Наиболее часто учитываемыми факторами при размещении несъёмного ретейнера являются глубина рецезового перекрытия (90,8%), анатомия зуба (86,2%), состояние периодонта (71,3%).

3. Отличия по факторам, учитываемых респондентами групп 1 и 2 при планировании и изготовлении несъёмного ретейнера, не обнаружены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bearn, D. R. Bonded orthodontic retainers: a review / D. R. Bearn // Am J Orthod Dentofac Orthop. – 1995. – Vol. 108, N 2. – P. 207-213. [https://doi.org/10.1016/S0889-5406\(95\)70085-4](https://doi.org/10.1016/S0889-5406(95)70085-4)

2. The Effect of Material Type and Location of an Orthodontic Retainer in Resisting Axial or Buccal Forces / J. Ohtonen [et al.] // Materials. – 2021. – №9 (14). doi: 10.3390/ma14092319.

3. Персин, Л. С. Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий / Л. С. Персин. – М.: Ортодент-инфо, 1996. – 237 с.

4. Tamilkumaran, S. Fixed retainers Vs Removable retainers: which is better? / S. Tamilkumaran, F. Sumathi // J Dent Med Sci. – 2013. – №6 (11). – P. 33-35.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ

**Василевский В. П.¹, Иоскевич Н. Н.¹, Горячев П. А.², Труханов А. В.²,
Рум Т. Т.², Рунге А. Е.¹**

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Актуальность. Традиционная хирургическая резекция аневризмы с протезированием аорты является стандартом лечения аортальных дилатационных трансформаций [1].

Цель. Проследить превалирующие особенные клинические статусы послеоперационного периода при традиционной хирургии аневризм брюшной аорты (АБА) и определить ассоциированность результатов с плановым и экстренным характером реконструкций аорты.

Методы исследования. 15 (50%) пациентов оперированы планово, у другой половины наблюдаемых было выявлено расслоение или разрыв АБА: у 4 (13,33%) по данным визуализации (УЗИ, КТ) наблюдалось расслоение аорты (группа пациентов оперированных по срочным показаниям), у 7 (23,33%) – разрыв аневризмы, у 4 (13,33%) – расслоение аорты и разрыв аневризмы.

Результаты и их обсуждение. Все классические операции для данной патологии выполнены лапаротомным доступом и средняя продолжительность хирургического вмешательства составила $229,2 \pm 9,86$ мин. Среди проведенных операций наиболее часто была в большинстве случаев выполнена резекция аневризмы аорты с аортобифemorальным протезированием – у 27 пациентов (90%), также применено аортобилияльное протезирование – у 1 пациента (3,33%), у 1 (3,33%) – перевязка аорты в области шейки аневризмы и аксиллобифemorальное протезирование и у 1 (3,33%) аортобифemorальное протезирование с резекцией аорты на выключение аневризмы за счет длительно сохранявшейся организованной обширной гематомы. Дополнительно в 2 случаях (6,66%) проводилась имплантация нижней брыжеечной артерии в протез, в 2 (6,66%) – висцеролиз, в 1 (3,33%) – бедренно-подколенное шунтирование реверсированной аутовеной, в 1 (3,33%) – ушивание диссекции левой доли печени и спленэктомия.

Наиболее частыми послеоперационными особенными клиническими статусами послеоперационного периода оказалась гематома забрюшинного пространства, которая наблюдалась 8 случаях (26,67%) и уретерогидронефроз – у 5 пациентов (16,67%), Другие послеоперационные особенности статуса оперированных встречались значительно реже гидроторакс – у 2 (6,67%), у 2 (6,67%) – пояснично-крестцовая плексопатия с грубым и вялым парезом нижней конечности, у 2 (6,67%) – пневмония. Послеоперационные психические расстройства наблюдались у 4 пациентов (13,33%): у 3 (10%) – делирий и у 1 (3,33%) – легкое когнитивное расстройство. По 1 клиническому наблюдению (3,33%) составили: динамическая кишечная непроходимость, желудочно-кишечное кровотечение, ТЭЛА, гнойный псоит, тромбоз бранши протеза с острой ишемией 2Б степени, инфекция Covid-19 и ДН 1 ст.

Пациенты, оперированные планово и по срочным показаниям, характеризовались удовлетворительным течением послеоперационного периода (срок выписки после операции составил $11 \pm 1,3$ дня). Летальность имела место только в группе экстренно оперированных по поводу разрыва абдоминальных аневризм и составила 64% (7 пациентов).

Выводы. Результаты открытых вмешательств намного хуже после разрыва АБА, чем таковые при плановых операциях и подавляющее большинство

неблагоприятных исходов лечения обусловило позднее поступление пациентов в стационар.

Превалирующими (примерно в 43% случаев) особенными клиническими статусами послеоперационного периода при хирургии АБА являются забрюшинные гемоскопления и пропитывания, а также преходящие расстройства дренажной функции почек, патогенетически обусловленные дооперационными осложнениями и особенностями интраоперационной техники реконструкции. Ретроперитонеальные обуславливают специфику клиники после операции и определяют коррекцию при формировании тактико-терапевтического алгоритма после плановых и особенно экстренных реконструкций аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Analysis of risk factors for abdominal aortic aneurysm in a cohort of more than 3 million individuals [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630687/>. – Дата доступа: 14.11.2020

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ХОЛОДОВЫХ ТРАВМ ОТ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКРЭКТОМИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Валентюкевич А. Л., Меламед В. Д., Голошумова К. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Одним из вопросов, определяющим исход лечения пациентов с глубокими отморожениями, является определение оптимальных сроков выполнения некрэктомии [1]. На современном этапе развития комбустиологии не определены и не оговорены в официальных документах четкие показания и сроки выполнения оперативного пособия при глубоких отморожениях. Ряд исследователей считают эффективным выполнять раннюю некрэктомию не позднее трёх суток с момента получения холодовой травмы, аргументируя это минимизацией риска развития инфекционных осложнений и благоприятным влиянием на репаративные процессы в ране [2]. Другие считают, что наиболее оптимальное время для выполнения хирургического вмешательства – это период стихания острых воспалительных явлений и начало формирования демаркационной линии вокруг погибших тканей [3]. Учитывая взаимоисключающие мнения, решено провести предварительное экспериментальное исследование влияния некрэктомии во временном срезе на заживление холодовых травм.

Цель. Определить допустимые сроки выполнения некрэктомий при экспериментальных отморожениях.

Методы исследования. Исследование проведено на 15 белых беспородных лабораторных крысах в возрасте 5-7 месяцев массой тела 190 ± 20 грамм в условиях операционной вивария УО «Гродненский государственный медицинский