

С учетом проведенного визуализирующего алгоритма и для оптимизации сохранения нижней конечности были применены различные хирургические стратегии. В 41% (21) случаев были выполнены локальные санационные хирургические манипуляции. Классическими вариантами реваскуляризации у пациентов с клиникой тканевой ишемии в 43% (22) — явились открытые шунтирующие операции (бедренно–подколенного сегмента – 15 и бедренно–большеберцового – 7 операций), а в 16% (8) — эндоваскулярные восстановления кровотока.

В результате реализации вышеописанного диагностического и тактико–технического алгоритма лечения у 29 пациентов конечность сохранена и не подвергалась даже сегментарным ампутационным манипуляциям. В 13 (25,5%) клинических случаях пациентам была выполнена ампутация пальцев стопы, а у 9 (17,6%) пациентов пришлось ампутировать нижнюю конечность на уровне бедра из–за сохраняющейся или прогрессирующей ишемии конечности с необратимыми тканевыми поражениями.

Выводы. Современные способы визуализации (субтракционная или КТ–ангиография и артериальное ультразвуковое дуплексное сканирование) являются определяющими методами, иллюстрирующими, какая хирургическая тактика может быть использована для оперативного лечения пациента. Результаты рентгенографии и магнитно–резонансной томографии показывают, что длительный анамнез сахарного диабета у более чем 37% приведет к остеоартропатиями и как финальный вариант поражения – к остеонекрозу или вторичному остеомиелиту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Csore, J. Peripheral arterial disease treatment planning using noninvasive and invasive imaging methods/ J. Csore, M. Drake, T. L. Roy // Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques.– 2023.– Vol.9, №4.– P. 64–71.

ВАРИАНТНАЯ ТОПОГРАФИЯ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Виноградов С.В., Жук А.И., Хильмон В.И., Шеляг М.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Данные о вариантной анатомии правой внутренней яремной вены – важный аспект для анестезиологов–реаниматологов, так как неучтенное расположение данного сосуда при катетеризации может привести к повреждению общей сонной артерии.

Цель. Изучить варианты топографии правой внутренней яремной вены (ВЯВ) у людей реанимационного профиля; вывести корреляцию между параметрами шеи у мужчин и женщин, средним диаметром вены и ее расположением относительно общей сонной артерии (ОСА).

Методы исследования. Изучены данные УЗИ сосудов шеи 40 пациентов (22 мужчин, 18 женщин) на базе отделения анестезиологии и реанимации УЗ «ГКБСМП» г. Гродно. Исследуемым сканировали правые ВЯВ УЗИ аппаратом GE LOGIQ лежа на спине с поворотом головы в противоположную сторону линейным датчиком 12L-RS 4,2–13МГц. Окружность и длину шеи измеряли сантиметровой лентой.

Результаты и их обсуждение. По данным источников имеются 4 типа положения ВЯВ относительно ОСА у взрослых: заднелатеральное – 53%, латеральное – 27%, переднелатеральное – 19% и заднее – 1% [1].

По нашим результатам у 23 обследованных (57,5%) – переднее расположение, у 17 (42,5%) – латеральное. Наиболее часто встречаемое положение – переднее, заднее не выявлено.

Анализ результатов осуществлялся с применением программы STATISTICA 10.0.

Для оценки различий между группами использован критерий Уилкоксона. Результаты отражены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха: Me [LQ;UQ]. Статистически значимыми межгрупповые различия принимали при $p < 0,05$.

У группы №1 (23 человека) с передним расположением ВЯВ среднее значение окружности шеи – 38 [36;40,5] см, среднее значение длины шеи – 10 [9;11] см.

У группы №2 (17 человек) с латеральным расположением сосуда среднее значение окружности шеи – 41 [39;46] см, среднее значение длины шеи – 7 [6;8] см.

При сравнении групп №1 и №2 окружность шеи достоверно больше у пациентов с латеральным расположением ВЯВ ($p=0,014$).

При сравнении групп №1 и №2 длина шеи достоверно больше у пациентов с передним расположением ВЯВ ($p=0,0006$).

Также была изучена зависимость диаметра данного сосуда от форм шеи. Методом УЗИ мы измерили наибольший и наименьший диаметр ВЯВ справа и вывели средний показатель. У пациентов с длинной и узкой шеей средний показатель – 0,14–1,15 см, с короткой и широкой шеей – 0,29–1,41 см. Таким образом, конституциональные признаки шеи не дают представление о диаметре ВЯВ.

Зависимость диаметра вены от возраста пациентов не выявлена. Однако, диаметр данного сосуда напрямую зависит от волемического статуса исследуемых.

Выводы. 1) По нашим данным существует 2 типа положения ВЯВ справа относительно ОСА. Наиболее часто встречаемое – переднее (57,5%), при этом не выявлено заднее.

2) У пациентов с большой окружностью шеи достоверно чаще встречается латеральное расположение ВЯВ ($p=0,014$), а переднее – у пациентов с длинной шеей ($p=0,0006$).

3) Конституциональные признаки шеи и возраст исследуемых не дают представление о диаметре ВЯВ, который преимущественно зависит от волемического статуса пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самотёсов, П.А. Топографо–ангиометрические особенности внутренних яремных вен человека / П.А. Самотёсов, А.А. Левенец, И.В. Кан //Оренбургский медицинский вестник. – 2014. – №4, Т.2. – С. 74–78.

СИСТЕМА BI-RADS В МАММОЛОГИИ

Вишневская Е.И.¹, Маркевич Н.Б.², Маркевич Я.З.¹

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Точная диагностика рака молочной железы (РМЖ) зависит от опыта и навыка лучевого диагноста и его преемственности в работе с маммологом. Система BI-RADS позволяет стандартизировать лучевые методы исследования молочной железы (МЖ) и определить алгоритм дальнейшей тактики диагностики и лечения [1].

Цель. Изучить применение системы BI-RADS в маммографии (МГ) на примере Гродненской университетской клиники.

Методы исследования. Проведен анализ литературы в PubMed по применению системы BI-RADS в диагностике РМЖ.

Результаты и их обсуждение. Система BI-RADS принята во всем мире в качестве стандарта – система интерпретации и протоколирования визуализации МЖ методами ультразвукового исследования (УЗИ), МГ, магнитно–резонансной томографии (МРТ), разработанная Американским Колледжем Радиологии [1]. Основная цель – разработка унифицированного языка/терминов интерпретации результатов визуализации МЖ и адекватных рекомендаций к дальнейшей клинической тактике, основанных на полученных результатах.

Исследованиям визуализации МЖ присваивается одна из семи категорий оценки: BI-RADS 0: необходимо дополнительное обследование методами визуализации и/или пересмотр предшествующих МГ для сравнения. BI-RADS 1: отрицательное: МЖ симметричные, без очагов и образований, без нарушения архитектоники и без кальцинатов. BI-RADS 2: доброкачественное образование, 0% вероятность злокачественности. BI-RADS 3: вероятно доброкачественное образование, рекомендуется короткий интервал наблюдения. BI-RADS 4: подозрение на злокачественность, 2–95% вероятность злокачественности. Для МГ и УЗИ их дополняют: BI-RADS 4А: низкое подозрение на злокачественность (2–9%), BI-RADS 4В: умеренное подозрение на злокачественность (10–49%), BI-RADS 4С: высокое подозрение на злокачественность (50–94%), необходима биопсия. BI-RADS 5: с высокой