

незначительно повышает его плотность, но при этом снижается эластичность тканей корня, значит, корень становится более хрупким и подверженным переломам, что важно учитывать в процессе удаления.

Литература

1. Рogaцкий, Д. В. Программное обеспечение челюстно-лицевых компьютерных томографов. Основные функции и их практическое применение : в 3 ч. / Д. В. Рogaцкий // Клиническая стоматология. Ч. 3. – 2010. – № 1. – С. 24–29.

2. Ружило-Калиновска, И. Трехмерная томография в стоматологической практике / И. Ружило-Калиновска// Т.-К. Ружило; пер. с польск. Львов: ГалДент. – 2012. – С. 584.

3. Alsaady, A. A. Evaluation of fracture resistance and fracture pattern of roots following canal preparation by hand and rotary instrumentation / A. A. Alsaady, M. K. Gholam, F. S. Oglah // Mustansiria Dental Journal. – 2012. – № 9(1) – С. 16-21.

IATROGENIC CHANGES IN THE DIAMETER OF THE ROOT CANAL AND THEIR INFLUENCE ON TOOTH EXTRACTION OPERATION

Lushik M. D., Letsko E. A., Uminsky M. V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

lizaletsko@gmail.com

An important parameter when assessing the condition of a tooth before an extraction operation is the usefulness of the walls of the root canal. It is known that after endodontic treatment and orthopedic restorations, the walls of the root canal become radially thinner. In this regard, measurements were taken of the diameters of root canals and tooth roots, as well as the average tissue density of healthy and treated teeth.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

Маркова А. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

markova.alina029@gmail.com

Введение. Стенотические изменения 1-го сегмента подключичной артерии (ПКА) часто носят бессимптомный характер, однако формирование окклюзии/критического стеноза 1-го сегмента может сопровождаться ишемическими поражениями головного мозга. Причиной вертебробазилярной недостаточности (ВБН), помимо препятствия кровотоку в ПКА и позвоночной артерии, является позвоночно-подключичное обкрадывание/стилл-синдром, проявляющийся не только острым нарушением мозгового

кровообращения/транзиторной ишемической атакой (ОНМК/ТИА), но и хронической артериальной недостаточностью (ХАН) верхних конечностей. Такое состояние – основное показание для хирургической коррекции в объеме сонно-подключичного шунтирования (СПШ)/подключично-сонного переключения (ПСП) [1].

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения стено-окклюзивного поражения 1-го сегмента ПКА.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 14 пациентов с критическим стенозом или окклюзией 1-го сегмента ПКА, находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко» г. Минска в период с 2019 г. по 2024 г. (табл. 1).

Таблица 1. – Данные, характеризующие пол и возраст, в исследуемой группе

Показатель	Исследуемая группа
Количество пациентов, n (%)	14 (100,0)
Количество пациентов мужского пола, n (%)	9 (64,29)
Количество пациентов женского пола, n (%)	5 (35,71)
Возраст пациентов, лет (Me [Q1; Q3])	61[56,75; 64,75] Мужчины 59 [55; 61] Женщины 68 [61; 69]

До оперативного вмешательства стеноз ПКА 70-90% определен у 9 (64,29%) пациентов, окклюзия у 5 (35,71%). Поражение 1-го сегмента ПКА слева обнаружено у 6 (42,86%) пациентов, справа – у 8 (57,14%). Хроническое нарушение мозгового кровообращения (ХНМК) 1-й степени наблюдалось у 5 (35,7%) пациентов, 2-й – у 2 (14,3%), 3-й – у 4 (28,6%), 4-й – у 3 (21,4%).

При проведении анализа учитывались демографические данные пациентов (пол, возраст), результаты ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных сосудов (БЦС), хирургическое вмешательство по поводу поражения 1-го сегмента ПКА, осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах, исход заболевания. Для оценки степени клинических проявлений ВБН все пациенты тестировались по шкале Тинетти. Качество жизни пациентов до и после хирургической коррекции оценивалось по опроснику SF-36. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы Microsoft Excel и программного пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft, Inc.). Статистические данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильных размахов 25-й и 75-й перцентилей [Q1; Q3]. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Пяти (35,71%) пациентам выполнено СПШ, ПСП – 9 (64,29%). В раннем послеоперационном периоде у 13 (83%) пациентов

зона реконструкции проходима без стено-окклюзивного поражения. В 1-м случае в раннем послеоперационном периоде после ПСП у пациентки развилось арозивное кровотечение из ПКА, которое привело к развитию инфаркта мозга в правом каротидном бассейне артерий, что стало причиной летального исхода (табл. 2).

Таблица 2. – Результаты оперативного лечения в раннем послеоперационном периоде у пациентов в исследуемой группе

Показатели в раннем послеоперационном периоде	Исследуемая группа
Количество пациентов с проходимым шунтом, n (%)	5(38,46)
Количество пациентов с проходимым анастомозом, n (%)	8 (61,54)
Послеоперационная летальность, n (%)	1(7,14)

В отдаленном послеоперационном периоде (24-60 месяцев) у 9 (69,23%) пациентов зона реконструкции проходима без стено-окклюзивного поражения, у 1-го пациента – окклюзия шунта после СПШ без развития ХАН верхней конечности и ВБН, у 3-х пациентов после ПСП обнаружен стеноз в зоне анастомоза 80-85% с неполным стилл-синдромом без развития ХАН верхней конечности и ВБН (табл. 3).

Таблица 3. – Результаты оперативного лечения в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов в исследуемой группе

Показатели в отдаленном послеоперационном периоде	Исследуемая группа
Зона реконструкции проходима без стено-окклюзивного поражения, n (%)	9(69,23)
Окклюзия шунта после СПШ без развития ХАН верхней конечности и ВБН, n (%)	1 (7,69)
Стеноз в зоне анастомоза около 80-85% после ПСП с неполным стилл-синдромом без развития ХАН верхней конечности и ВБН, n (%)	3 (23,08)

По анализу опросника “SF-36 Health Status Survey” до оперативного вмешательства физический компонент здоровья составил 34,42 [32,42; 36,35] балла, после – 43,10 [37,26; 50,03], статистически значимы (p=0,021). До оперативного лечения психологический компонент здоровья составил 40,80 [38,95; 41,45] балла, после – 52,22 [44,30; 53,43], статистически значимы (p=0,002) (табл. 4).

Таблица 4. – Результаты опросника “SF-36 Health Status Survey” у пациентов до и после оперативного вмешательства в исследуемой группе

Опросник “SF-36 Health Status Survey”	Количество до оперативного вмешательства	Количество после оперативного вмешательства
Физический компонент здоровья, балл (Me [Q1; Q3])	34,42 [32,42; 36,35]	43,10 [37,26; 50,03]
Психологический компонент здоровья, балл (Me [Q1; Q3])	40,80 [38,95; 41,45]	52,22 [44,30; 53,43]

У пациентов в исследуемой группе купировались симптомы ВБН, тем самым снизился риск развития осложнений, в особенности ТИА/ОНМК, что привело к улучшению качества жизни. Балл по шкале Тинетти до оперативного вмешательства составил 17,5 [14; 18,5], после – 25 [20,5; 26,25], статистически значимы ($p=0,001$).

Интерпретация оценки:

- 1) >24 баллов – низкий риск падений;
- 2) 19-23 балла – умеренный риск падений;
- 3) <19 баллов – высокий риск падений (табл. 5).

Таблица 5. – Результаты оценки шкалы Тинетти у пациентов до и после оперативного вмешательства в исследуемой группе

Шкала Тинетти	Количество до оперативного вмешательства	Количество после оперативного вмешательства	Критерий соответствия, р
Равновесие, балл (Me [Q1; Q3])	10,5 [8,75; 11]	14,5 [12,5; 15,25]	$p=0,004$
Ходьба, балл (Me [Q1; Q3])	7 [6,5; 7,25]	10,5 [8,75; 11]	$p=0,008$
Общий балл (Me [Q1; Q3])	17,5 [14; 18,5]	25 [20,5; 26,25]	$p=0,001$

По анализу результатов шкалы Тинетти наблюдается положительная динамика со стороны неврологического статуса, что позволяет сделать вывод об эффективности данных реконструктивных вмешательств.

У пациентов исследуемой группы с возникшими рестенозами/окклюзией на момент последнего осмотра наблюдалась положительная динамика по клиническим характеристикам и по результатам тестирования, что позволяет на данное время не прибегать к хирургическим методам лечения. Даны рекомендации по здоровому образу жизни (отказу от курения, гипохолестериновой диете), регулярному контролю липидограммы, приему гиполипидемических препаратов, обязательному УЗИ БЦС 1 раз в год, а также при появлении симптомов ВБН – обращение к сосудистому хирургу для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Выводы. Реконструктивные оперативные вмешательства на первом сегменте подключичной артерии позволяют улучшить качество жизни и купировать симптомы вертебробазилярной недостаточности.

Литература

1. Factors for the unfavorable prognosis of various surgical strategies for treating patients with concomitant lesions of coronary and brachycephalic arteries in a distant postoperative period/ LS Barbarash [et al.] // Cardiology and cardiovascular surgery. – 2017. – № 2. – P. 22–32.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LESIONS OF THE FIRST SEGMENT OF THE SUBCLAVIAN ARTERY

Markova A. V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

markova.alina029@gmail.com

The treatment of 14 patients with critical stenosis/occlusion of the 1st segment of the SCA, who were hospitalized in the vascular surgery department of the “4th City Clinical Hospital named after N.E. Savchenko” in Minsk in the period from 2019 to 2024, was analyzed. Before surgical intervention, the stenosis of the SCA 70-90% was determined in 9 (64.29%) patients, occlusion in 5 (35.71%).

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Масюк О. В., Зеневич О. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродно, Беларусь

dismalfoxx@gmail.com

Введение. Иммуная тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) представляет собой аутоиммунное заболевание, при котором организм вырабатывает антитела, направленные против собственных тромбоцитов. Это приводит к их разрушению и, как следствие, к снижению уровня тромбоцитов в крови. Иммуные формы тромбоцитопений встречаются наиболее часто, причем у детей чаще наблюдаются гетероиммунные варианты, у взрослых – аутоиммунные [2]. Клинические проявления ИТП могут варьировать от легкой пурпуры до тяжелых кровотечений, что требует внимательного подхода к диагностике и терапии. Основная задача терапии ИТП заключается в повышении числа тромбоцитов и уменьшении риска осложнений.

Иммуная тромбоцитопения диагностируется только в том случае, если количество тромбоцитов неоднократно ниже $100 \times 10^9/\text{л}$ при наличии нормальных параметров лейкоцитов и эритроцитов и исключения других