группе). Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями является буллезная болезнь легких и эмфизематозная болезнь. В большинстве случаев СПТ с малой областью поражения не нуждается в хирургическом лечении, однако выполняются такие манипуляции как дренирование, плевродез, а также резекция легкого.

Литература

1. Gilday, C. Spontaneous pneumothorax: pathophysiology, clinical presentation and diagnosis / C. Gilday, A. Odunayo, A. M. Hespel // Top Companion Anim Med. – 2021. – Vol. 45. – P. 100563.

2. Михеев, А. В. Этиология первичного спонтанного пневмоторакса (обзор литературы) / А. В. Михеев // Земский Врач. – 2015. – № 4 (28). – С. 14-19.

3. Тимофейчик, Е. С. Гипохолестеринемия как фактор риска спонтанного пневмоторакса / Е. С. Тимофейчик, К. О. Ковалевский ; науч. рук. С. Е. Алексейчик // Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2019 : сб. тез. докл. LXXIII Междунар. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Минск, 15-17 апр. 2019 г. / под ред. А. В. Сикорского, В. Я. Хрыщановича. – Минск : БГМУ, 2019. – С. 258. – 1 CD-ROM.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Скорина А.В.

Научные руководители: Смирнова Г.Д., Якубчик А.А.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Кишечная непроходимость (КН) – острое и жизнеугрожающее нарушение пассажа по кишке, вызванное механическим препятствием или нарушением двигательной функции, которое приводит к выраженной боли, рвоте, вздутию живота, невозможности отхождения газов и стула. Она встречается с частотой около 5 случаев на 100 000 населения, встречается в 2-3% всех экстренных заболеваний органов брюшной полости. Наиболее частой причиной диагностируется спаечная КН (50-80% случаев), несколько реже (20-30%) – обтурационная. Из общего числа пациентов, страдающих острой непроходимостью кишечника (ОКН), у 88% из них отмечается механическая непроходимость и у 12% – динамическая (функциональная). Заболевание наблюдается преимущественно у мужчин (соотношение мужчин и женщин составляет 2:1). ОКН встречается во всех возрастных группах. Наиболее часто она наблюдается в возрасте от 30 до 60 лет. Странгуляционные формы КН наблюдаются преимущественно у пациентов старше 40-летнего возраста. КН как результат развития опухоли кишки – обтурационная непроходимость, более часто наблюдается у пациентов старше 50 лет. Послеоперационная летальность у пациентов с КН колеблется от 5 до 30% [1]. Различие форм КН, сложность патогенетических механизмов, трудность выявления патогномичных признаков при нередко весьма обширной клинической информации и ограниченность сроков установления диагноза, выработка тактического решения - все эти обстоятельства определяют высокие требования к лучевым методам диагностики. Рентгенодиагностика КН

Репозиторий ГрГМУ

заключается в обзорной рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости. В рентгенодиагностике КН имеются некоторые особенности: исследование в горизонтальном положении позволяет выявить локальную или распространённую пневматизацию петель тонкой и толстой кишки, оценить степень растяжения кишечных петель. Ранние рентгенологические признаки ОКН – это скопления газа над горизонтальными уровнями жидкости в виде перевёрнутых чаш (чаши Клойбера), по их размерам, форме и локализации можно судить об уровне непроходимости и характерные тонкокишечные арки с поперечной исчерченностью, обусловленной отечными складками Керкринга (круговые складки), горизонтальные уровни жидкости обычно с различной шириной и высотой газа над ними; определяются при исследовании в латеропозиции брюшной полости и в вертикальном положении (или сидя) [2]. Для диагностики механической тонкокишечной непроходимости важен симптом перемещения – «переливания» жидкости из одной петли в другую, который является отражением усиленной перистальтики выше уровня препятствия. В качестве косвенных рентгенологических признаков КН отмечают деформацию и смешение желудка и толстой кишки петлями тонкой кишки, а также наличие свободной жидкости, определяемое по затемнению боковых каналов.

Цель. Проанализировать возможности различных лучевых методов для диагностики КН.

Материалы и методы. По данным историй болезни проведена оценка использованных методов лучевой диагностики у 93 пациентов УЗ «Гродненская университетская клиника» за промежуток времени с 2019 по 2024 года (из них лиц мужского пола было 46 (49,46%) человек, женского – 47 (50,53%). Возраст пациентов от 28 до 90 лет.

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты исследования основные диагнозы при возникновении проблем с КН показали преобладание причин спаечной КН: спаечная ОКН (71%), хроническая обтурационная толстокишечная кишечная непроходимость (13%), инвагинация (3%), каловый камень сигмовидной кишки с развитием хронической КН (1%) и илеус, вызванный желчным камнем (1%). Среди сопутствующих заболеваний, основной у пациентов оказались заболевания сердечно-сосудистой системы, что учитывалось при лечении и прогнозе: артериальная гипертензия (8%), ишемическая болезнь сердца (7%), атеросклероз аорты, коронарных артерий (5%), комбинированный порог сердца (1%). Также встречались некоторые пациенты с заболеваниями ЖКТ (хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), заболеваниями эндокринной и выделительной систем.

При госпитализации пациентам проводили исследование органов брюшной полости, при этом изучались: наличие жидкости в брюшной полости; размер кишки; толщина кишечной стенки; структурные изменения стенки кишки; содержимое просвета кишечника; визуализация дилатированных петель кишки; локализация обнаруженных изменений; гаустральная видоизмененность; инфильтрация в брюшной полости. Для диагностики всем пациентам проводилась обзорная рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки и брюшной полости при этом также обращалось внимание на высоту стояния

Репозиторий ГрГМУ

диафрагмы, ее подвижность, наличие базального плеврита, дисковидных ателектазов легких. Результаты исследования брюшной полости в горизонтальном положении пациента у 89,6% показывали локальную или распространенную пневматизацию тонкой и толстой кишки, у них также оценивалась ее выраженность и степень перерастяжения кишечных петель. Исследование в латеропозииии и в вертикальном положении пациента проводилось у 78,9% пациентов. Главное внимание отводилось идентификации механических форм тонкокишечной непроходимости: наличие газа в тонкой кишке (94,3%); локальное скопление газа в тонкой кишке (86,6%); появление чаш Клойбера (77,5%); появление тонкокишечных арок (65,7%); появление симптома перемещения (63,2%); появление спадения кишки (54,3%); наличие свободной жидкости, определяемое по затемнению боковых каналов (48,3) и появление деформации и смешение желудка и толстой кишки петлями тонкой кишки (43,2%).

В ходе обследования с помощью методов лучевой диагностики решался ряд вопросов, важнейшими из которых являются следующие: выявление ОКН; распознавание формы ОКН, раннее выявление признаков странгуляции, диктующее необходимость неотложного хирургического вмешательства; дифференцированная оценка выраженности признаков ОКН; установление нарушений общеклинического статуса пациентов, вызванных основным и сопутствующими заболеваниями.

Наиболее частым хирургическим вмешательством при кишечной непроходимости является ликвидация острой кишечной непроходимости и рассечение спаек (20%), что свидетельствует о том, что спаечная болезнь брюшины является ведущей причиной данного острого состояния.

В зависимости от диагноза производятся следующие виды хирургических вмешательств: ликвидация острой кишечной непроходимости/рассечение спаек (20%), реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике с резекцией кишки (2%), резекция кишечника (8%), экстракция матки с придатками (1%), висцерролиз (1%), полиэктомия толстой кишки (1%), лапаротомия рассечения спаек (1 %). Стандартный срок лечения, включающий предоперационную подготовку, операцию и послеоперационное наблюдение составил 7-10 дней пребывания в медучреждении. Подавляющее большинство пациентов (97,85%) были выписаны с улучшением состояния, что демонстрирует высокую эффективность и своевременность оказанной хирургической помощи при кишечной непроходимости.

Вывод. Применение лучевых методов для диагностики исследование органов брюшной полости при КН дает следующие возможности: в ранние сроки диагностировать наличие острой спаечной кишечной непроходимости; дифференцировать с ХСББ на ранних стадиях заболевания и диагностировать уровень и причину патологического процесса и предупредить возникновение тяжелейших осложнений.

Литература

1. Калицова, М. В. Кишечная непроходимость / М. В. Калицова, В. З. Тотиков, М. К. Пагиева. – Владикавказ : Северо-Осетинская гос. мед. акад., 2025. – 17 с.

Репозиторий ГрГМУ

2. Кишечная непроходимость. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Кишечная_ _непроходимость (дата обращения: 06.08.2025).

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСЕ РАЗДЕЛЬНОГО СБОРА ОТХОДОВ

Скребунова С.Ю.

Научный руководитель: Башкирова Ю.В.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема загрязнения окружающей среды достигла масштабов глобального экологического кризиса. Индустриализация, рост численности населения и нерациональное использование ресурсов обусловили увеличение объёмов твёрдых коммунальных отходов (ТКО). Согласно данным Всемирного банка, ежегодно в мире образуется около 2 млрд тонн ТКО, из которых лишь треть подвергается переработке. Процесс утилизации включает следующие этапы: сортировку, сбор, транспортировку, складирование, переработку или ликвидацию. При этом сегрегация отходов на начальной стадии является ключевым, однако наиболее проблематичным звеном в технологической цепочке.

В Республике Беларусь ежегодно образуется порядка 4 млн тонн ТКО, что составляет 7% от общего объёма отходов. Более 80% этого количества приходится на бытовые отходы населения. Инфраструктура для их обработки включает 81 сортировочную линию и 9 мусороперерабатывающих заводов (Барановичи, Брест, Витебск и др.), совокупная мощность которых позволяет обрабатывать до 1,1 млн. тонн ТКО в год [1].

Система раздельного сбора организована по принципу цветовой маркировки контейнеров: чёрный или серый – для смешанных ТКО; жёлтый, зелёный, синий и металлик – для различных видов вторичных материальных ресурсов (ВМР) [2]. Каждый цвет соответствует определённому типу фракции (бумага, картон, стекло, пластик и т.д.), что оптимизирует процесс сортировки и последующего сбора перерабатываемых компонентов. Крупногабаритные отходы размещаются на специально оборудованных участках для предотвращения несанкционированного захоронения и загрязнения территорий [3]. С 2010 года количество контейнеров для раздельного сбора отходов (РСО) увеличилось в 9 раз, достигнув 358 тыс. единиц, а число пунктов приёма ВМР превысило 1630. Доступ к системе РСО имеют 85% населения [4]. Однако неперерабатываемая фракция продолжает поступать на полигоны, включая токсичные компоненты (ртуть, сложные химические соединения и др.), что способствует загрязнению почвы, атмосферы и повышению рисков для здоровья населения.

Цель. Анализ практик сегрегации отходов населением Беларуси и оценка отношения граждан к системе раздельного сбора в контексте экологической безопасности.

Репозиторий ГрГМУ