

Результаты исследований. Отмечалось наличие ассоциации между уровнем СвНб в плазме крови и АГ ($R_s=0,53$; $p<0,05$), заболеваниями мочевыделительной системы ($R_s =0,26$), железодефицитной анемией ($R_s =0,31$; $p<0,05$), избыточной массой тела и ожирением ($R_s =0,45$; $p<0,05$), сахарным диабетом ($R_s =0,25$; $p<0,05$), ранее перенесенными оперативными вмешательствами ($R_s =0,20$; $p<0,05$), а также рядом факторов риска: атерогенным питанием ($R_s =0,38$), курением ($R_s =0,55$; $p<0,05$), употреблением алкоголя ($R_s =0,43$; $p<0,05$), отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям ($R_s =0,37$; $p<0,05$), гиподинамией ($R_s =0,20$; $p<0,05$), стрессом ($R_s =0,26$; $p<0,05$), продолжительностью ИК ($R_s =0,72$; $p<0,05$), временем ишемии миокарда ($R_s =0,73$; $p<0,05$).

Выводы. Степень СвНб как показатель гемолиза в наибольшей степени ассоциировала с такими факторами риска, как курение и употребление алкоголя, избыточная масса тела и ожирение, продолжительность ИК и время ишемии миокарда. Профилактика высокой степени гемолиза как фактора риска возникновения осложнений операции КШ должна быть направлена на элиминацию факторов, с которыми отмечались наиболее высокие ассоциации, а также сокращение периода ИК и периода ишемии миокарда.

Литература

1. Козловский, В.И. Низкоинтенсивный внутрисосудистый гемолиз при атеросклерозе и артериальной гипертензии/ В. И. Козловский, А.В. Акуленок. – Витебск, 2016. – 290с.

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕРТИКАЛЬНЫХ «ВОЗВРАТНЫХ» ШВОВ

Малевиц Р.О., Коханский Е.В., Щегрикович А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доц. Маслакова Н.Д.*

Актуальность. В практике колопроктолога пилонидальные кисты (ПК) встречается у пациентов в 14-20% случаев. Доля данной нозологии от числа хирургических заболеваний колеблется от 1 до 2 процентов [1].

Цель. Внедрение тактики, улучшение результатов лечения ПК, а также проведение ретроспективного анализа клинических случаев.

Материалы и методы исследования. Данная тактика лечения ПК применялась на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» с 2011 по 2016 г. Было прооперировано 132 пациента. Первый этап: вскрытие абсцесса и противовоспалительная терапия, далее, через 7-10 дней, проводилось ее иссечение в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции (КФ), после

прокрашивания ходов красителем. При закрытии раны использовали 2-этажный многостежковый вертикальный «возвратный» П-образный шов без захвата КФ. Методика позволяет не включать КФ в рубец, что исключает возникновение хронических болей. Вкол иглы на расстоянии 1,5-2,0 см от края раны, затем выход иглы на середине глубины раны; далее, отступая около 1/3 от глубины раны, очередной вкол на противоположной стороне раны и проведение иглы на глубину до дна раны, не вовлекая КФ в шов, далее переход на противоположную сторону раны и выполнение аналогичных действий в обратном порядке, не выкалывая иглу на коже противоположной стороны, проводим иглу на исходную сторону на расстоянии 0,5-0,7 см от края раны. Рекомендуем наложение швов в «шахматном порядке» по отношению к длиннику раны, это обеспечивает оптимальные условия трофики раны и гарантирует наилучшее заживление раны.

Результаты. Средняя длительность госпитализации – 10-12 суток. Раны заживали первичным натяжением. Рецидивов не зарегистрировано. Послеоперационные осложнения: 4 – краевой некроз, 3 – серома, 2 – нагноение.

Выводы. Данная методика эффективна и отличается технической простотой исполнения. Описанный нами способ максимально адаптирует края раны, предотвращая образование полостей, также техника шва позволяет не оставлять в рубце лигатуры, что гарантирует отсутствие лигатурных свищей, а закрытие раны без вовлечения КФ – это профилактика хронических послеоперационных болей в области рубца, которая во многом улучшает качество жизни пациентов.

Литература

1. Жданов А.И., Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода: клинико-анатомические аспекты / А.И. Жданов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – Т.4. - №3. – 2013 – С. 385-391.

ТРЕВОЖНЫЙ СИНДРОМ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ (НЕВРОЛОГИЯ И КАРДИОЛОГИЯ)

Манишко Ю. О., Чубрик А. А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – д.м.н., проф. Королёва Е.Г.*

Актуальность темы исследования вытекает из положения о том, что тревожность рассматривается в качестве одного из основных параметров индивидуальных различий, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны – активацией автономной нервной системы. Как правило, она повышена при нервно-психических и хронических соматических заболеваниях.