

вмешательство выполнялось преимущественно под эндотрахеальным наркозом при прямой микроларингоскопии и заключалось в проведении ревизии гортани и полном удалении новообразования под микроскопом.

Оценку результатов лечения проводили по совокупности признаков: нормализация ларингоскопической картины, голосовой функции, исчезновения или уменьшения очагов патологического процесса. Использовалась трехбальная система: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные. При лечении больных с острым ларингитом хорошие результаты отмечены у 22 (100%) пациентов. У больных с ХГЛ хорошие результаты отмечены у 65 (84,42%), удовлетворительные — у 15,58%, с доброкачественными новообразованиями гортани хорошие результаты отмечены у 37 (82%), удовлетворительные — у 17,78%. При гистологическом подтверждении диагноза органического заболевания гортани все больные направлены в онкологический диспансер для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

#### **Выводы**

1. Острые воспалительные заболевания гортани возникают преимущественно у лиц женского пола (72,73%) в возрасте 41–50 лет.

2. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования выявляются преимущественно у мужчин, не имея существенной зависимости от возрастного показателя.

3. Наиболее эффективным методом лечения доброкачественных новообразований гортани является микроэндоларингиальное удаление под эндотрахеальным наркозом на фоне

консервативных воздействий, что позволяет значительно снизить процент возникновения злокачественных новообразований гортани.

4. ХГЛ встречается преимущественно у лиц мужского пола в возрасте 51–85 лет. ХГЛ и папилломы являются наиболее распространенной формой предраковых заболеваний гортани.

5. Раком гортани болеют мужчины в подавляющем большинстве случаев (95,55%).

6. Фиброларингоскопический и гистологический методы исследования являются важными и ценными по выявлению распространенности процесса, определению морфологических признаков новообразования на ранних стадиях.

7. По нашим данным, Гомельский район Гомельской области доминирует по количеству случаев заболеваний гортани (25%).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шляга И.Д., Садовский В.И., Тимошенко П.А. Классификация хронического гиперпластического ларингита // *Здравоохранение*. — 1995. — № 12. — С. 34–38.

2. Дайняк Л.Б. Особые формы острых и хронических ларингитов // *Вестник оториноларингологии*. — 1997. — № 5. — С. 45.

3. Ваккер А.В. Предраковые заболевания гортани // *Мед. новости*. — 2002. — № 1. — С. 36–38.

4. Аверкин Ю.И. Рак гортани в Республики Беларусь // *Мед. новости*. — 2005. — № 7. — С. 83–85.

5. Ваккер А.В. Консервативное лечение больных раком гортани // *Здравоохранение*. — 2001. — № 3. — С. 47–48.

6. Шляга И.Д. Хронический гиперпластический ларингит, классификация и лечение. — Мн., 1995. — 20 с.

*Поступила 22.02.2006*

**УДК 616-089(476):371.13**

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕПОДАВАНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**А.А. Лызиков**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующими в структуре смертности и инвалидности в мире. В Республике Беларусь начался бурный прогресс в области хирургического лечения данной патологии. Однако успех лечения зависит от своевременного ее выявления и направления больных в специализированные стационары. Во многом исход заболевания решает подготовка врача общей практики. Существующие учебные программы по хирургии рассматривают вопросы сердечно-сосудистой хирургии в недостаточном объеме. В статье приводятся недостатки преподавания сердечно-сосудистой хирургии в вузах Республики Беларусь. Изложен наш опыт преподавания и даны предложения по изменению учебной программы.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистая хирургия, новые подходы, учебная программа.

## NTW APPROACHES TO TEACHING OF CARDIOVASCULAR SURGERY IN MEDICAL UNIVERSITIES OF REPUBLIC OF BELARUS

A.A. Lyzikov

Gomel State Medical University

Cardiovascular diseases are leading in structure of mortality and morbidity in the world. Significant progress in development of cardiovascular surgery is started recently in Republic of Belarus. But success of treatment of the patients is strongly depends on in-time revealing and direction to specialized surgical center. Disease outcome mainly decided by basic knowledge of general practitioner. Existing programs in surgery do not open all basic points of cardiovascular surgery sufficiently. Defects of teaching of cardiovascular surgery in medical universities are reviewed in the article. Our experience and propositions are described.

Key words: cardiovascular surgery, new approaches, teaching program.

### **Введение**

Как известно, сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующими причинами смертности в мире. По мере старения населения количество данной патологии будет только воз-

растать. По данным ВОЗ, при существующих тенденциях роста сердечно-сосудистой заболеваемости экономический ущерб от нее в таких странах, как Индия, Китай и Россия к 2015 году составит около 500 млрд. долларов США [1].

### Прогноз мировой смертности в разбивке по причинам, все возрастные группы, 2005 г.

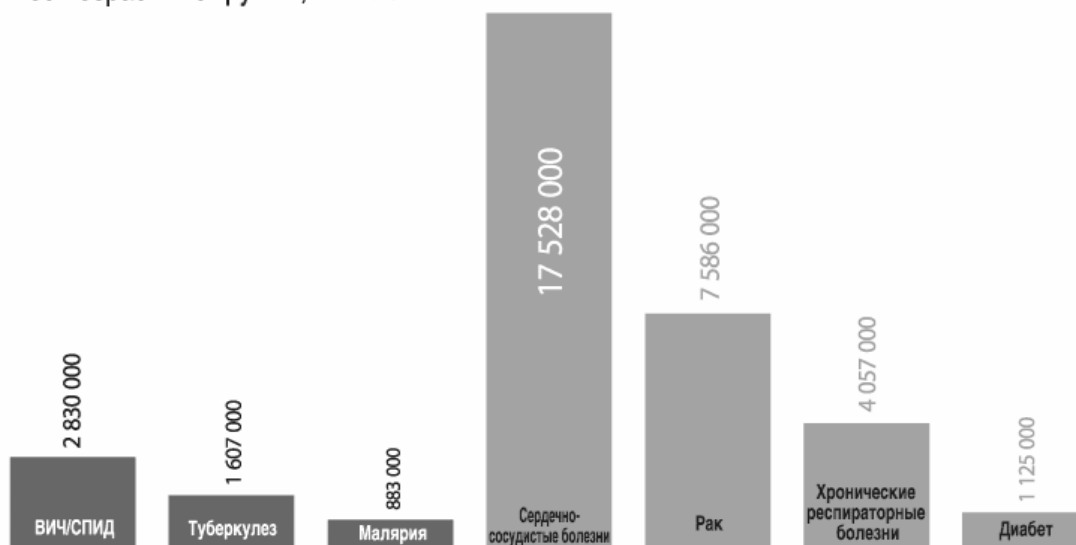


Рис. 1. Причины смертности по данным ВОЗ. [1]

### **Материалы**

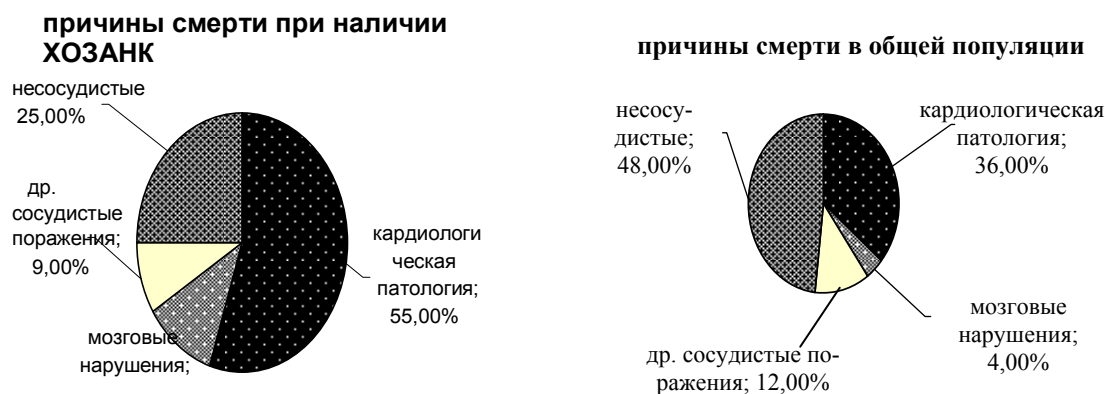
Основная доля данных заболеваний приходится на атеросклероз. По классификации М. De Bakey, выделяют 4 категории поражения аорты и ее ветвей: 1-я категория — это коронарное русло, окклюзирующие изменения в котором приводят к ишемической болезни сердца, 2-я категория — ветви дуги аорты, поражение которых приводит, в основном, к развитию

ишемической болезни мозга, связанной с патологией экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий [2]. По данным А.В. Покровского [3], более 90% ишемических инсультов имеют причиной своего развития изменения в данной зоне. 3-я категория — висцеральные ветви аорты, проявляющиеся в развитии вазоренальной гипертензии и ишемии органов пищеварения. И, наконец, 4-я категория — терми-

нальный отдел брюшной аорты, окклюзии которого приводят к развитию хронической ишемии нижних конечностей. Распространенность перемежающейся хромоты составляет около 20 случаев на 1000 населения [4], критической ишемии нижних конечностей — 400–1000 случаев на 100000 населения [5], инсультов — около 500 случаев на 100000 населения [3], распространенность ИБС еще больше. Начиная с 50-х годов XX века, огромный прогресс был достигнут в области хирургического лечения патологии сердца и сосудов. В настоящее время осложнения при плановом оперативном лечении большинства нозологических форм не превышают 5%. Казалось бы, что проблема начала решаться. Однако различные проявления атеросклероза по-прежнему лечат врачи разных специальностей по анатомическому признаку, причем медицинская помощь таким больным изначально ориентируется на лечение последствий, а не при-

чины. Неврологи занимаются лечением инсультов, не задумываясь над тем, что причиной 90% ишемических инсультов является атеросклеротические изменения в каротидном синусе (категория 2) [7, 8], которые успешно оперируются практически во всех областных центрах Республики Беларусь. Ишемия органов пищеварения также, как правило, констатируется абдоминальными хирургами на стадии гангрены кишечника как следствие мезентериального тромбоза.

Облитерирующий атеросклероз является единственным системным заболеванием, связанным с обменом веществ, при котором больной сразу попадает к хирургу, минуя терапевтический этап. При этом, учитывая системность заболевания, необходим комплексный подход к лечению таких больных [9, 10]. Как правило, появление у больного симптомов перемежающейся хромоты является началом целого каскада сердечно-сосудистых катастроф [6, 11] (рис. 2).



**Рис. 2.** Структура смертности у больных хроническими окклюзирующими заболеваниями нижних конечностей (ХОЗАНК) и в общей популяции [6]

Несмотря на наличие хорошо оснащенных отделений сосудистой хирургии в каждой области Республики Беларусь, большинство общих хирургов до сих пор искренне считают, что единственным средством борьбы с критической ишемией нижних конечностей является ампутация, хотя для постановки топического сосудистого диагноза и успешного специализированного лечения в большинстве случаев со стороны врача общего профиля требуется только пальпация, аускультация и знание возможностей регионального центра сосудистой хирургии. Отдельную группу атеросклеротических поражений составляют аневризмы аорты и артерий. Успех оперативного лечения во многом зависит от своевремен-

ной диагностики и направления на оперативное лечение [12]. Течение заболевания обычно малосимптомно. Ситуация кардинально меняется в случае развития осложнений: разрыв, расслоение, эмболия нижележащего сосудистого русла. В этой ситуации от врача требуется быстрая оценка ситуации и принятие решения о дальнейшей тактике лечения, поскольку эффективная специализированная помощь возможна в очень коротком периоде времени.

Из большой группы заболеваний венозного русла рассматривается только варикозная болезнь подкожных вен и ее осложнения, причем наиболее грозное осложнение — ТЭЛА рассматривается в программе по внутренним болезням [13].

Таким образом, успех лечения большинства заболеваний сердца и сосудов определяется своевременностью выявления и правильной дальнейшей тактикой. Очевидно, что, учитывая распространенность этих заболеваний, основная нагрузка ложится на первичное звено медицинской помощи и врачей общего профиля.

На наш взгляд, все перечисленное в определенной мере связано с недостаточным вниманием к преподаванию вопросов сердечно-сосудистой хирургии в медицинских вузах. В существующих типовых программах по хирургии вопросы сердечно-сосудистой патологии преподаются разрозненно [14]. На каждом курсе этим темам посвящено не более двух занятий. Поскольку обучение ведется на базе общехирургических отделений, продемонстрировать возможности специализированного лечения крайне затруднительно.

Более того, тематические планы вообще не затрагивают заболевания лимфатической системы, патологию брахиоцефальных артерий. Вопросам кардиохирургии, которая бурно развивается в стране, посвящено одно занятие. Общее количество учебных часов с четвертого по шестой курсы — сорок.

### **Результаты**

В 2004 году в Гомельском государственном медицинском университете было принято решение об организации курса сердечно-сосудистой хирургии, что позволило сосредоточить преподавание на клинической базе Гомельского областного кардиологического диспансера. Это дает возможность:

1. Ознакомить студентов со всеми аспектами лечения заболеваний сердца и сосудов, начиная с консультативного приема ангио- и кардиохирурга и до отделения послеоперационной реабилитации.

2. Поскольку преподавание ведется на 6-м курсе, в полной мере выработать представление о дифференциальной диагностике. Такой подход позволяет создать комплексное представление о первичной диагностике сердечно-сосудистых заболеваний и дальнейшей тактике консервативного и оперативного лечения.

3. Увеличить количество учебных часов с сорока до семидесяти.

4. Читать студентам лекционный курс в объеме десяти часов.

5. Создать в результате подобной реорганизации учебного процесса рабочую программу, которая комплексно охватывает вопросы основной сердечно-сосудистой патологии.

Поскольку в Республике Беларусь до сих пор не существует специальности «ангиология» и ангиологических отделений, консервативным лечением вынуждены заниматься сосудистые хирурги [15]. В дальнейшем планируется преподавать вопросы сосудистой терапии совместно с сердечно-сосудистой хирургией на базе отделений сосудистой и кардиохирургии.

### **Заключение**

Мы полагаем, что подобный подход в сочетании с пересмотром типовых учебных программ позволит значительно повысить качество оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистой патологии населению РБ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Преждевременная смертность: проблемы и пути решения. — доклад ВОЗ. — 2005.
2. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии: в 2 т. / Под ред. Л.А. Бокерия. — М.: НЦССХ, 2001. — Т.2.
3. Покровский А.В. Что могут сегодня сосудистые хирурги? // Ангиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 24. — С. 45–57.
4. Gardner A.W., Poehlman E.T. Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain // JAMA. — 1999. — Vol. 374, № 12. — P. 234–247.
5. Dormandy J., Heeck L., Vig S. Predicting which patients will develop chronic critical leg ischemia // Seminars in Vascular Surgery. — 1999. — Vol. 12, № 2. — P. 138–14
6. Dormandy J., Heeck L., Vig S. The natural history of claudication: risk to life and limb // Seminars in Vascular Surgery. — 1999. — Vol. 12, № 2. — P. 123–137.
7. Moore J.P., Alberts G.P., Amarenco P. et al. Etiology of stroke // Stroke. — 1997. — Vol. 28, № 7. — P. 1501–1506.
8. Albers G.P., Hart R.G., Lutsep H.L. et al. Supplement to the guidelines for the management of transient ischemic attacks: a statement from the ad hoc committee on guidelines for the management of the transient ischemic attacks, stroke council, American heart association // Stroke. — 1999. — Vol. 30, № 11. — P. 2502–2511.
9. Feinglass J., Pierce W.H., Martin G.J. et al. Postoperative and amputation free survival outcomes after femorodistal bypass grafting surgery: findings from the department of veterans affairs national surgery

quality improvement program // Journal of vascular surgery. — 2001. — Vol. 34, № 2. — P. 283–290.

10. *Bowdeijn G., Vasbinder C., Nelemans P.J., Kessels A.G. et al.* Diagnostic tests for renal artery stenosis in patients suspected of having renovascular hypertension: a meta-analysis // Annals of internal medicine. — 2001. — Vol. 135. — P. 401–411.

11. *Eagle K.A., Berger P.B., Calkinset H. et al.* ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery — executive summary: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (Committee to update the 1996 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery) // Circulation. — 2002. — Vol. 105, № 10. — P. 1257–1267.

12. *Brewster D.G., Cronenwett J.L., W.Hallett J. et al.* Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms: report of subcommittee of the joint council of the American association for vascular surgery and society for vascular surgery // Journal of vascular surgery. — 2003. — Vol. 37, № 5. — P. 1145–1154.

13. *White R.H.* Risk factors for venous tromboembolism // Circulation. — 2003. — Vol. 107, № 4–8. — P. 342–374.

14. Типовая программа по хирургическим болезням №08-14/59 от 3 сентября 1997 г.

15. Решения XVIII конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов // Медицинская газета. — 2003. — № 91.

*Поступила 27.03.2006*

**УДК 616.34**

### **ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ**

**С.Л. Ачинович, Т.И. Пригожая, В.В. Бондаренко, О.А. Голубев,  
Э.А. Надыров, Э.В.Туманов, В.Э. Нитиш**

**Гомельский областной клинический онкологический диспансер  
Гомельское областное патологоанатомическое бюро  
Гомельский государственный медицинский университет**

Клинико-анатомический анализ по данным аутопсий является важным аспектом деятельности стационаров, который позволяет выявить причины смерти больных, возможные дефекты лечебно-диагностического процесса и широко используется для научных исследований. В работе проанализированы случаи смерти больных от тяжелой и неуправляемой патологии — тромбоза легочной артерии при раке прямой кишки.

Ключевые слова: тромбоз легочной артерии, аутопсия, рак прямой кишки.

### **TROMBOEMBOLY OF LANG ARTERIES AT THE CANCER OF RECTUM ON DATA AUTOPSY**

**S.L. Achinovich, T.I. Comely, V.V. Bondarenko, O.A. Golubev,  
E.A. Nadyrov, E.V. Tumanov, V.E. Nitish**

**Gomel Regional Oncological Clinic  
Gomel Regional Pathoanatomical Bureau  
Gomel State Medical University**

The clinical and anatomic analysis on the data autopsy is a prominent aspect of activity of hospitals which allows to reveal the reasons of death of patients, probable defects of medical-diagnostic process and is widely used for scientific researches. In work cases of death of patients from a heavy and unguided pathology — tromboemboly lang arteries are analysed at a cancer of rectum.

Key words: tromboemboly of lang arteries, autopsy, cancer of rectum.

#### **Введение**

Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) является актуальной проблемой современной медицины. Больные с раком прямой

кишки относятся к группе с повышенным риском заболевания ТЭЛА [2]. При колоректальных карциномах (КРК) ТЭЛА является непосредственной причиной смерти в