

Результаты исследования

Средний возраст пациенток составил $30,9 \pm 2,5$ года. При оценке сопутствующей генитальной патологии была установлена следующая частота встречаемости различных заболеваний: хронический аднексит — 42,9 %, хронический цервицит — 35,7 %, кольпит — 21,4 %, диффузная мастопатия — 14,3 % случаев. Установлено частое сочетание патологии шейки матки с вирусом папилломы человека (35,7 % пациенток). По данным кольпоскопии, выполненной до хирургического вмешательства, были выявлены основные показания к радиоволновому лечению: эктопия эпителия шейки матки (64,3 %), ретенционные кисты шейки матки (28,6 %), эрозированный эктропион и полип цервикального канала (14,3 %), лейкоплакия и дисплазия шейки матки (7,1 %). От момента операции до полной эпителизации шейки матки в среднем прошло $50,2 \pm 5,9$ дней. Кроме того, отмечено благоприятное течение послеоперационного периода и отсутствие выраженных осложнений. Подтвержден факт отсутствия рубца на шейке матки после проведенного лечения.

Выводы

1. Радиоволновой метод является приоритетным в лечении патологии шейки матки у нерожавших женщин, так как не оставляет после себя рубцов и тем самым сохраняет хороший репродуктивный потенциал.
2. Обладая стерилизующим действием, данный метод является эффективным в лечении воспалительных процессов шейки матки.
3. Средний срок полной эпителизации шейки матки составил $50,2 \pm 5,9$ дней, что подтверждает атравматичность и безопасность радиоволнового метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарито, Д. Радиохирurgia прошлое, настоящее, будущее / Д. Гарито // Радиоволновая хирургия на современном этапе: материалы Междунар. конгр. — М., 2004. — С. 10–11.
2. Елисеева, С. В. Опыт применения радиохирургии в лечении фоновых заболеваний шейки матки / С. В. Елисеева, Н. К. Гуляева // Радиоволновая хирургия на современном этапе: материалы Междунар. конгр. — М., 2004. — С. 127–133.
3. Радиохирургический метод лечения в гинекологической практике: пособие для врачей. — М.: МЕДпресс, 2003. — 16 с.

УДК 616.36 – 002.951.21 – 089 – 085.28

СПОСОБ АНТИПАЗИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мартынюк В. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. В. Аничкин

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира. Основным методом лечения эхинококкоза печени — хирургический. Одним из важнейших мероприятий в ходе оперативного вмешательства является антипаразитарная обработка эхинококковой кисты, поскольку от выбора способа обработки зависит количество послеоперационных осложнений и вероятность развития рецидива заболевания. Большинство из применяемых в хирургической практике противоэхинококковых гермицидов обладают рядом недостатков: высокая токсичность, прижигающее и раздражающее действие на ткань печени, необходимость длительной экспозиции, невысокая степень

антипаразитарной активности и др. Все вышеперечисленное ограничивает применение этих средств и диктует необходимость изыскания новых эффективных и безопасных способов для обезвреживания зародышевых элементов эхинококка [1].

Цель

Разработать новый способ интра- и послеоперационной антипаразитарной обработки смесью глицерина и 1–2 % раствора альбендазола в димексиде в соотношении 2,3:1 при хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Материалы и методы исследования

В обследование включено 18 пациентов с эхинококкозом печени в возрасте от 18 до 45 лет. При хирургическом лечении эхинококкоза печени выполняли следующие оперативные вмешательства: перцистэктомию, закрытую эхинококкэктомию, полужакрытую эхинококкэктомию, открытую эхинококкэктомию, анатомическую резекцию левой доли печени. Во всех случаях оперативное вмешательство дополнялось интраоперационной антипаразитарной обработкой фиброзной капсулы кисты и печеночной ткани смесью глицерина и 1–2 % раствора альбендазола в димексиде в соотношении 2,3:1 с экспозицией 7–10 минут. После полужакрытых и открытых эхинококкэктомиий в послеоперационном периоде осуществляли ежедневную антипаразитарную обработку остаточных (фиброзных) полостей печени путем приточно-аспирационного промывания через трубчатые дренажи. Эффективность обезвреживания зародышевых элементов эхинококка оценивали путем микроскопии смывов до и после антипаразитарной обработки [2]. В послеоперационном периоде всем пациентам независимо от типа выполненной операции проводили курс общей химиотерапии альбендазолом из расчета 10–15 мг/кг (максимальная доза 800 мг/сут) в течение 1 месяца и количеством курсов не менее трех [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Предложенный способ использован при хирургическом лечении 18 пациентов с эхинококкозом печени. При микроскопии смывов до проведения антипаразитарной обработки в содержимом кист выявляли множество жизнеспособных протосколексов и ацефалоцист эхинококка, которые имели нормальную структуру и проявляли двигательную активность. После обработки кист антипаразитарной смесью глицерина и 1–2 % раствора альбендазола в димексиде в соотношении 2,3:1 с экспозицией 7–10 минут в смывах из остаточных (фиброзных) полостей и с поверхности печени обнаруживали только погибшие и разрушенные зародышевые элементы эхинококка. Длительность пребывания пациентов в стационаре варьировала от 10 до 21 суток. Пациенты, получавшие сочетанное (хирургическое и химиотерапевтическое) лечение по предложенному методу, имели хорошие и удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. В наших наблюдениях не отмечены случаи послеоперационных осложнений и летальности. При комплексном обследовании, выполненном через 3 и 6 лет после операции, признаков рецидива не обнаружено.

Выводы

1. В настоящем исследовании установлено, что антипаразитарная обработка эхинококковых кист и остаточных (фиброзных) полостей печени после эхинококкэктомиий по предложенному нами способу обеспечивает надежность обезвреживания зародышевых элементов эхинококка и не оказывает какого-либо побочного действия на организм пациента.
2. Возможность антигельминтного воздействия на зародышевые элементы эхинококка не только во время оперативного вмешательства, но и в послеоперационном периоде значительно повышает эффективность лечения.
3. Дополнение оперативного вмешательства применением антипаразитарной смеси глицерина и 1–2 % раствора альбендазола в димексиде в сочетании с курсом химиотерапии альбендазолом по общепринятой схеме является высокоэффективной комбинацией хирургического и химиотерапевтического методов лечения эхинококкоза печени, которая обеспечивает полное излечение больных и позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ветшев, П. С.* Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев // *Анналы хирург. гепатологии.* — 2006. — Т. 11, № 1. — С. 111–116.
2. *Liver hydatid diseases morphological changes of protoscoleces after albendazole therapy / P. Stankovic [et al.] // Vojnosanit. Pregl.* — 2005. — Vol. 62, № 3. — P. 175–179.
3. *Химиотерапия эхинококкоза / Ю. Л. Шевченко [и др.] // Анналы хирургии.* — 2005. — № 2. — С. 15–20.

УДК 617.753.2:617.7-073.178:617.713-007.64.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ, ДЛИНЫ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНЕЙ ОСИ ГЛАЗА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТОЛЩИНЫ РОГОВИЦЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НА ФОНЕ МИОПИИ

Марушко А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Первичная открытоугольная глаукома на протяжении многих лет остается важной медико-социальной проблемой в большинстве развитых стран мира, составляя 15 % в нозологической структуре слепоты на планете [1]. Одним из ведущих факторов риска развития глаукомы, по мнению большинства исследователей, является миопическая рефракция (М. Ж. Абдулкадырова, 1974; Е. Ф. Бару, 1986). Сочетание глаукомы и миопии, имеющее место у 34 % пациентов, не только значительно затрудняет раннюю диагностику глаукомы, но и утяжеляет ее клиническое течение [2]. Многочисленные исследования показывают, что как при глаукоме, так и при миопии имеет место нарушение биомеханических характеристик фиброзной оболочки глазного яблока [1]. По мнению ряда исследователей именно изменения фиброзной оболочки под влиянием двух процессов при сочетании глаукомы и миопии утяжеляют как диагностику, так и течение заболевания. Если изучению морфологии склеры при обеих нозологиях посвящено большое количество работ [1, 2], то исследования состояния биомеханики роговицы при глаукоме и миопии немногочисленны, а их результаты противоречивы.

Цель

Изучить различия и взаимосвязи между величинами внутриглазного давления, длины передне-задней оси глаза и центральной толщины роговицы у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой на фоне миопии и пациентов с миопической рефракцией.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 2 группы пациентов в возрасте $56 \pm 6,7$ лет. Исследуемую группу составили пациенты с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) на фоне миопической рефракции — 56 человек (112 глаз), в контрольную группу вошли 44 (88 глаз) пациента с миопией разных степеней. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту и полу. Всем пациентам были проведены следующие обследования: тонометрия по Маклакову, пахиметрия, УЗИ-исследование длины передне-задней оси глаза. Результаты проанализированы с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни для двух независимых выборок. Для корреляционного анализа использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа данных было выявлено, что величина передне-задней оси (ПЗО) в группе пациентов с ПОУГ на фоне миопической рефракции составила $25,6 \pm 2,38$ мм, в то время как у пациентов с миопией она равнялась $26,4 \pm 3,17$ мм,