

Окончание таблицы 1

Вопросы анкеты	4 курс (73 человека)	5 курс (77 человек)	6 курс (40 человек)
5. Наличие прививочного статуса против гриппа	90 % — ежегодно; 4 % — 1 раз за всю жизнь; по 3 % — нет (2) и хотели бы, но имеются противопоказания (2)	65 % — ежегодно; 17 % — 1 раз за всю жизнь, 17 % — нет; 1 % — имеются противопоказания	90 % — ежегодно; 2,5 % — 1 раз за жизнь; 5 % — нет; 2,5 % — имеются противопоказания
6. Наличие побочных реакций (наиболее частых)	52 % — не имели; 11 % — болезненность в месте инъекции; 15 % — слабость	46 % — не имели; 5 % — болезненность в месте инъекции; 8 % — слабость	65 % — не имели; 17 % — болезненность в месте инъекции
7. Мнение об эффективности иммунопрофилактики	71 % — да; 7 % — нет; 22 % — затрудняюсь ответить	58 % — да; 7 % — нет; 35 % — затрудняюсь ответить	85 % — да; 5 % — нет; 10 % — затрудняюсь ответить
8. Осуществлялась ли вакцинопрофилактика в прошлом предэпидемическом сезоне	79 % — да; нет — 18 %; 3 % — нет из-за противопоказаний	69 % — да; 25 % — нет; 6 % — нет из-за противопоказаний	90 % — да; 7 % — нет; 3 % — нет из-за противопоказаний
9. Нужна ли вакцинация беременных от гриппа	82 % — да; 18 % — нет	71 % — да; 29 % — нет	75 % — да; 25 % — нет
10. Тактика вакцинации беременных женщин проводится в каком триместре	59 % — 1; 9 % — 2; 11 % — 3; 3 % — 2 и 3	51 % — 1; 7 % — 2; 15 % — 3; 1 % — 1 и 2, 3 % — в течение всей беременности	27 % — 1; 19 % — 2; 19 % — 3; 10 % — в течение всей беременности; 8 % — 2 и 3
11. Оказывает ли вакцинация неблагоприятное воздействие на плод	64 % — нет; 36 % — да	61 % — нет; 39 % — да	62 % — нет; 38 % — да
12. Вакцинация беременных создаст защиту ребенка от гриппа	51 % — да; 49 % — нет	43 % — да; 57 % — нет	50 % — да; 50 % — нет
13. Оказывает ли грипп во время беременности неблагоприятное влияние на плод	96 % — да; а 4 % — нет	95 % — да; 5 % — нет	70 % — да; 30 % — нет
14. Получили ли вы достаточный объем информацией о вакцинации в медицинских организациях	96 % нет и хотели бы получить больше информации о вакцинации; 4 % — да	82 % — да; 18 % — нет	82 % — да; 18 % — нет

Выводы

Существует острая необходимость повышения информированности студентов медицинского университета об эффективности и безопасности вакцинации в целом и в отношении беременных женщин для увеличения числа лиц, приверженных данному мероприятию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Influenza vaccination in high-risk groups: a revision of existing guidelines and rationale for an evidence-based preventive strategy / C. Costantino [et al.] // Journal of preventive medicine and hygiene. — 2016. — № 57(1). — P. 13–18.

УДК 616.36-002.951.21-089.87:615.284

СПОСОБ АНТИПАРАЗИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЛИЦЕРИНА И ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Аничкин В. А.

Научный руководитель: В. В. Мартынюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Паразитарные заболевания органов брюшной полости нередко вызывают осложнения, требующие хирургического лечения [1, 2]. К наиболее значимым в этом плане гельминто-

зам человека относится эхинококкоз печени. Наиболее частым вариантом хирургического вмешательства при эхинококкозе печени является эхинококкэктомия с различными вариантами ликвидации остаточной полости. Многочисленные случаи послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания свидетельствуют о недостаточной эффективности и безопасности применяемых в хирургической практике способов антипаразитарной обработки остаточных (фиброзных) полостей печени после эхинококкэктомии [1].

Цель

Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования

В статье представлены результаты применения способа антипаразитарной обработки с применением глицерина и плазменной коагуляции при хирургическом лечении 17 пациентов с эхинококкозом печени, оперированных за период с 2002 по 2016 гг.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета статистических программ «Statistica» 7.0 с использованием методов непараметрической статистики. Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха с описанием значений (Q_{25}) и (Q_{75}) процентилей.

Диагностика эхинококкоза печени базировалась на комплексном клинико-лабораторном и лучевом обследовании пациентов.

В обследование включено 17 пациентов с эхинококкозом печени в возрасте от 18 до 45 лет, медиана возраста составила 40 (37; 43) лет. Соотношение мужчин к женщинам — 1:0,7, что не противоречит данным литературы.

У пациентов с эхинококкозом печени выполняли следующие оперативные вмешательства: эхинококкэктомию с ликвидацией полости методом капитонажа — закрытая эхинококкэктомия (у 6 пациентов); эхинококкэктомию с капитонажем или тампонадой полости кисты сальником и оставлением дренажа в ней — полужакрытая эхинококкэктомия (у 4 пациентов); эхинококкэктомию с наружным дренированием кисты — открытая эхинококкэктомия (у 4 пациентов); эхинококкэктомию с частичным или тотальным иссечением фиброзной капсулы — перицистэктомия (у 3 пациентов). Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист во время операции применяли глицерин и плазменную коагуляцию. Эффективность обезвреживания зародышевых элементов оценивали путем микроскопии смывов до и после антипаразитарной обработки. У всех пациентов диагноз верифицирован морфологическим исследованием операционного материала.

Оперативное вмешательство во всех случаях было дополнено химиотерапией противопаразитарным препаратом широкого спектра действия – альбендазолом [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Длительность пребывания пациентов в стационаре варьировала от 10 до 21 суток, ее медиана составила 15 (12; 17) суток.

Пациенты, получавшие 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 заболевания выявлено не было.

Выводы

1. Дополнение оперативного вмешательства антипаразитарной обработкой с применением глицерина и плазменной коагуляции в сочетании с курсом общей химиотерапии является высокоэффективной комбинацией хирургического и химиотерапевтического методов лечения эхинококкоза печени.

2. Предложенный способ обеспечивает полное излечение пациентов, сокращает сроки лечения, позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

3. Доступность, эффективность и безопасность сочетанного применения глицерина и плазменной коагуляции обеспечивает широкие перспективы способа в хирургии эхинококкоза печени.

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. *Чернышева, Е. С.* Значение гельминтозов в развитии острого аппендицита / Е. С. Чернышева, Г. В. Ермакова, Е. Ю. Березина // *Хирургия.* — 2001. — № 10. — С. 30–32.
3. *Химиотерапия эхинококкоза / Ю. Л. Шевченко [и др.] // Анналы хирургии.* — 2005. — № 2. — С. 15–20.

УДК 616.31-006.6:611.311]:616.313-089.87

V-ОБРАЗНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЯЗЫКА ПРИ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Аничкин В. А.

Научный руководитель: В. В. Татчихин

Учреждение

**«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Ранние резекции языка с одномоментными реконструктивно-восстановительными операциями, дополненные шейной лимфодиссекцией при раке слизистой органов полости рта являются эффективными способами хирургического лечения, которые при достаточной онкологической радикальности максимально сохраняют анатомическую форму и функцию оперированного органа. За период с 2010 по 2011 гг. У «ГОКОД» прооперировано 14 пациентов со злокачественными опухолями языка [1, 2].

Показанием к выполнению V-образной эндооральной резекции — злокачественная опухоль у первичных пациентов соответствует стадии T1-2N0M0, или с рецидивирующей (резектабельной) злокачественной опухолью.

1. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке верхушки языка.
2. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке боковой или нижнебоковой поверхности передней трети тела языка.
3. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке нижней поверхности передней трети тела языка с распространением за срединную линию на противоположную сторону.
4. Злокачественная опухоль на нижней поверхности слизистой оболочке передней трети тела языка с распространением на слизистую оболочку дна полости рта.
5. Злокачественная опухоль на слизистой оболочке нижней поверхности передней трети тела языка с распространением на слизистую оболочку дна полости рта и слизистую альвеолярного отростка нижней челюсти.

Техника эндооральной резекции при раке передней трети тела языка с одномоментной глоссопластикой местными тканями.

После выполнения эндотрахеальной интубации больной находится в состоянии тотальной анестезии, перед началом резекции тела языка, производят окончательной измерение размеров опухоли, и намечают границы V-образной резекции, накладывают швы-держалки через всю толщу тела языка в трех местах: на верхушке, и боковых отделах тела языка в местах планируемого проведения разреза. Отступив от края локализованной в передней трети тела языка злокачественной опухоли на 1,5–2,0 см выполняют разрез слизистой оболочки верхней поверхности тела языка под углом 30–65° поэтапно с двух сторон.

Электроножом продолжают рассечение собственных мышц тела языка, слизистой оболочки нижней поверхности тела языка по направлению к срединной линии тела языка.

Далее производят поэтапно рассечение V-образной формы мягких тканей языка, вершина которого обращена кнутри, а основание кнаружи поэтапно с каждой стороны от верхушки языка, которое завершают удалением опухоли в пределах здоровых тканей.

Операцию завершают удалением треугольного участка языка с опухолью в пределах здоровых тканей.