

## **Выводы**

Таким образом, выявлено, что по многим важным вопросам, которые касаются применения лекарственных средств до и во время беременности, их положительных и негативных влияниях, больше половины респонденток правильного ответа не дали, по причине отсутствия знаний по этим вопросам. Поэтому можно сделать вывод, что необходимо принять меры для осведомления населения в вопросах планирования беременности и профилактики патологии беременности и плода.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кудрин, А. Н. Плод, новорожденный и лекарства / А. Н. Кудрин, Н. П. Скакун. — М.: Знание, 1982. — 64 с.
2. Нариманян, Н. К. Лекарственные средства при беременности / Н. К. Нариманян // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2014. — № 1. — С. 237–239.
3. Дуда, В. И. Акушерство: учебник для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. образования по специальности «Лечебное дело» / В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, И. В. Дуда. — 2-е изд., испр. и доп. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2007. — 656 с.
4. Сидорова, И. С. Течение и ведение беременности по триместрам / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. — М.: «Медицинское информационное агенство, 2007. — 304 с.

**УДК 616.38-002.951.21-089-06+[616.34:616.995.132.8]**

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АСКАРИДОЗА КИШЕЧНИКА И ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

*Аничкин В. А.*

**Научный руководитель: В. В. Мартынюк**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Несмотря на то, что изучением паразитарных заболеваний занимаются преимущественно врачи-паразитологи, в процессе жизнедеятельности гельминтов нередко развиваются осложнения, требующие хирургического вмешательства. В настоящее время некоторые паразитарные заболевания широко распространены среди населения, что зачастую вызывает развитие тяжелых хирургических осложнений, приводящих к длительной утрате трудоспособности и инвалидности, а значит, представляют собой важную медико-социальную проблему. К наиболее значимым в этом плане гельминтозам человека относится аскаридоз кишечника и эхинококкоз печени, причем в последнем случае оперативное вмешательство является единственным методом радикального лечения [1]. Специалисты различных медицинских направлений сталкиваются с вопросами диагностики и лечения осложнений гельминтозов, что диктует необходимость изучения данной проблемы.

## **Цель**

Изучить хирургические осложнения, наиболее часто развивающиеся при аскаридозе кишечника и эхинококкозе печени.

## **Материал и методы исследования**

В основе работы положен анализ более 80 клинических наблюдений, представляющих собой обобщение опыта лечения пациентов с эхинококкозом печени и аскаридозом кишечника, пролеченных в стационарах г. Гомеля за период с 2002 по 2015 гг.

Все осложнения аскаридоза кишечника можно разделить на экстраабдоминальные и интраабдоминальные.

Экстраабдоминальные осложнения аскаридоза возникают преимущественно в тех органах и системах, функциональный уровень компенсации которых снижен в результате возрастных изменений (атеросклероз сосудов, нарушение нервной и гуморальной регуляции), сопутствующих заболеваний (СД, бронхиальная астма), вредных привычек (алкоголизм, курение), нарушенной реактивности организма (аллергическая сенсibilизация) и др.

По анатомо-функциональному принципу экстраабдоминальные осложнения аскаридоза можно классифицировать следующим образом: нервно-психические расстройства (астено-вегетативный и астено-невротический синдромы, истерические припадки, симптомокомплекс Меньера, снижение интеллекта, нарушения сна и др.); токсико-аллергические реакции (рецидивирующая крапивница, атопический дерматит, зуд кожных покровов и перианальной области, отек Квинке и др.); респираторные нарушения (респираторный аллергоз, эозинофильная пневмония); иммунодефицитные состояния (снижение резистентности человека к инфекциям, увеличение их частоты, более затяжное течение и формирование бактерионосительства); патология беременности (авитаминозы и анемия беременных, задержка развития плода, повышение перинатальной смертности и заболеваемости у новорожденных).

В кишечную стадию аскаридоза приблизительно в 5–7 % случаев развиваются осложнения, требующие хирургического вмешательства.

Наиболее часто встречаются следующие интраабдоминальные осложнения аскаридоза кишечника: острая кишечная непроходимость (в 60 % случаев); перфорация кишечника аскаридами (в 15 % случаев); аскаридозный аппендицит (в 10 % случаев) [2]; аскаридоз желчных путей (в 10 % случаев); острый аскаридозный панкреатит (в 5 % случаев).

При развитии того или иного вида хирургических осложнений аскаридоза по показаниям выполняют следующие оперативные вмешательства: ликвидация кишечной непроходимости путем дезинтеграции (разминания) клубка аскарид по просвету кишки (энтеротомию, как правило, не выполняют из-за опасности проникновения паразитов между швами кишки); резекция поврежденного сегмента кишки с наложением анастомоза; аппендэктомия; холецистэктомия (в сочитании с холедохотомией или без нее); ЭРХПГ с эндоскопическим удалением паразитов и др.

Оперативное вмешательство во всех случаях должно быть дополнено химиотерапией эффективными антигельминтными препаратами (альбендазол, пиперазина адипинат, пирантел, левамизол и др.).

Наиболее частыми осложнениями эхинококкоза печени являются: нагноение эхинококковой кисты (20–35 % случаев); сдавление желчевыводящих протоков с развитием механической желтухи (в 10–20 % случаев); обызвествление стенок кисты (в 1,8–18,7 % случаев); образование цистобилиарных свищей (в 7–15 % случаев); порталная гипертензия (в 5–10 % случаев); перфорация кисты в свободную брюшную полость (в 6–9 % случаев); цистоплевральные и цистобронхиальные свищи (в 3–6 % случаев); вскрытие кист в полые органы брюшной полости (в 1–3 % случаев); сдавление органов желудочно-кишечного тракта (в 1–3 % случаев); трансформация кисты в злокачественную опухоль (в 0,1–1 % случаев).

У пациентов с эхинококкозом печени наиболее часто выполняют следующие оперативные вмешательства: традиционную эхинококкэктомию с тем или иным вариантом ликвидации остаточной полости, тотальную и субтотальную перицистэктомию, резекцию печени, миниинвазивные вмешательства (перкутанная пункционно-аспирационная эхинококкэктомия под контролем УЗИ или КТ, видеолапароскопическая эхинококкэктомия); наложение цистодигестивных анастомозов.

Одним из важнейших мероприятий в ходе оперативного вмешательства, выполняемого по поводу эхинококкоза печени, является антипаразитарная обработка внутренней поверхности кисты. В хирургической практике наиболее часто применяют 80–100 % раствор глицерина, 20–30 % раствор хлорида натрия или 2–4 % раствор формалина [1].

В послеоперационном периоде всем пациентам с эхинококкозом печени независимо от вида выполненной операции проводят курс общей химиотерапии альбендазолом по общепринятым схемам из расчета 10–15 мг/кг (максимальная доза 800 мг/сут) [3].

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациенты с хирургическими осложнениями аскаридоза кишечника и эхинококкоза печени, которым проводили комбинированное (хирургическое и химиотерапевтическое) лечение имели хорошие и удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты.

Проведение интра- и послеоперационной антигельминтной химиотерапии способствовало раннему выздоровлению, предотвращению послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, сокращению сроков стационарного и амбулаторного этапов лечения.

### **Выводы**

1. Хирургический метод является основным в лечении абдоминальных осложнений паразитарных заболеваний. Вместе с тем применение хирургического метода в чистом виде возможно только в ограниченном числе случаев и может приводить к послеоперационным осложнениям и рецидивам заболевания. Поэтому хирургическое вмешательство должно дополняться химиотерапевтическим лечением в виде комбинированной или комплексной терапии.

2. Препаратом выбора для проведения курсов дооперационной и послеоперационной химиотерапии при хирургическом лечении осложнений аскаридоза кишечника и эхинококкоза печени является альбендазол.

### **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 616-053.3:[616.15:577.1]**

## **ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Анкудович А. С., Михалкова А. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Кислородная недостаточность у плода приводит к асфиксии и нарушению адаптации новорожденного, а также к мертворождению. Для диагностики состояния плода в антенатальном и интранатальном периоде одним из ведущих методов диагностики состояния плода является кардиотокография (КТГ). Но не всегда показатели, отображаемые на КТГ, позволяют объективно оценить состояние плода [1]. Более точными показателями, позволяющими говорить о метаболическом ацидозе, испытываемым плодом антенатально и интранатально, являются показатели кислотно-основного состояния (КОС) и уровень лактата. Лактемия меньше 5 ммоль/л и (или) дефицит оснований менее 10 ммоль/л не приводили к неврологическим осложнениям. Концентрация лактата более 9 ммоль/л была связана с умеренной или тяжелой энцефалопатией с чувствительностью 84 % и специфичностью 67 %. При сравнении информативности определения рН и лактата в образце крови из кожи головки плода при гипоксии было установлено, что оба метода были одинаково эффективны, однако способ определения уровня лактата из подлежащей головке плода требует меньшего количества крови для выполнения анализа [2].

### **Цель**

Изучить данные КТГ, уровень лактата и параметры КОС у новорожденных.

### **Материал и методы исследования**

Ретроспективный анализ 35 историй родов родового отделения ГОКБ за период апрель-июль 2015 при наличии патологических типов КТГ во время родов и (или) высокого уровня лактата у новорожденных. Статистическая обработка: с помощью прикладных программ Microsoft Office: качественных — Me (25;75 перцентилей), количественных —  $n, p \pm sp$  %.