

Макро- и микроскопические изменения тканей тонкой и толстой кишки были обнаружены в 60 % случаев. Наиболее выраженные изменения отмечались в слизистой и подслизистой оболочках. В материале больных с гнойными осложнениями ОДП слизистая оболочка тонкой кишки теряла органотипические черты строения. Микроскопически тяжелые гемодинамические расстройства характеризовались переполнением венул и капилляров эритроцитами, образованием сладжей и микротромбов. Ворсинки тонкой кишки были резко полнокровны, с участками кровоизлияний. В слизистой оболочке наблюдались процессы диффузной воспалительной инфильтрации, десквамация эпителия, очаги некрозов ворсин и крипт, нарушения кровообращения в виде кровоизлияний. Мышечная пластинка слизистой оболочки не определялась или определялась слабо. В подслизистой оболочке выявлялись очаги выраженного отека, полнокровия и пристеночного тромбоза кровеносных сосудов.

Таким образом, результаты исследования изменений в парапанкреатической клетчатке демонстрируют фазовость развития патологического процесса, которая заключается в последовательной смене патоморфологических изменений. Распространенность патологических изменений в парапанкреатической клетчатке определяется масштабом первоначального повреждения паренхимы поджелудочной железы.

Выводы

1. Парапанкреатит является облигатным морфологическим компонентом ОДП. На основании вышеизложенного следует считать, что определение панкреатита как изолированного повреждения только паренхимы поджелудочной железы следует признать не весьма корректно отображающим сущность патоморфологических изменений при ОДП.

2. Выявленные морфологические изменения обуславливают нарушение барьерной функции слизистой оболочки тонкой кишки, создают предпосылки для транслокации кишечной микрофлоры в системный кровоток. Кроме того, указанные структурные нарушения являлись морфологическим субстратом энтеральной недостаточности, приводящей к синдрому мальабсорбции и метаболической недостаточности при панкреонекрозе.

3. Забрюшинная клетчатка составляет основную массу пораженных тканей при деструктивном панкреатите. В ней секвестрируется наибольшая часть экссудата, в динамике заболевания из нее резорбируются в системный кровоток токсины, усиливая эндогенную интоксикацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балныков, С. И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / С. И. Балныков, Т. Ф. Петренко // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 57–59.
2. Beger, H. G. Natural history of necrotizing pancreatitis / H. G. Beger, B. Rau, R. Isenmann // Pancreatology. — 2003. — № 3. — P. 93–101.
3. Багненко, С. Ф. Острый панкреатит — современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С. Ф. Багненко, В. П. Гольцов // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — 2008. — № 3. — С. 104–112.
4. Шотт, А. В. Выбор метода лечения острого панкреатита / А. В. Шотт, С. И. Леонovich, Г. Г. Кондратенко // Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». — 2008. — Т. 2. — С. 226–228.
5. Завада, Н. В. Эндовидеохирургические аспекты лечения панкреонекроза / Н. В. Завада, И. И. Пикиреня // Проблемы хирургии в современных условиях: материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь. — Гомель, 2006. — Т. 1. — С. 160.

УДК 616-089.23-089.5:615.212.7

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ МОРФИНА ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА КАЧЕСТВО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Дундаров Э. З.

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

Введение

Открытие того, что опиоидные рецепторы локализованы во 2 пластине в заднем роге центральной нервной системы (ЦНС) дало клиницистам идею о возможном применении опиоидов для обезболивания через нейроаксиальный путь [1]. Протезирование коленного сустава — хорошо отработанная и распространенная операция. Наиболее оптимальным анестезиологическим пособием при ее выполнении является спинномозговая анестезия. Добавление морфина для интратекального введения к раствору местного анестетика позволяет улучшить качество послеоперационной анальгезии [2]. Анальгетический эффект опиоидов, введенных нейроаксиальным путем, по сравнению с системным, длится дольше, с эффектом до 12–24 ч [3], а иногда и больше [4].

Цель

Изучить влияние дозы морфина для интратекального введения на интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ историй болезни 24 пациентов, которым проводилось тотальное эндопротезирование коленного сустава. Все пациенты были разделены на 2 группы. Сравнимые группы были однородны по возрасту, степени анестезиологического риска. Пациентам первой группы ($n = 11$, 46 %) к раствору местного анестетика (бупивакаин), вводимого интратекально добавлялся морфин для интратекального введения в дозе 50 мкг. Пациентам второй группы ($n = 13$, 54 %) к раствору местного анестетика (бупивакаин), добавлялся морфин для интратекального введения в дозе 100 мкг. В обеих группах оценивалась интенсивность болевого синдрома через 6 и 12 ч после операции по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где 0 — полное отсутствие боли, а 10 — боль, которую невозможно переносить. Так же проводился непрерывный мониторинг ЧСС в тот же период времени. Так, в 1-й группе ВАШ 6 и ВАШ 12 составили 3 ± 1 (2–4) и 7 ± 1 (6–8) соответственно, когда во второй группе ВАШ 6 и ВАШ 12 были равны 2 ± 1 (1–3) и 5 ± 1 (4–6). Среднее значение ЧСС к 6 и 12 ч было 57 ± 6 и 83 ± 4 в 1-й группе, и 52 ± 4 и 72 ± 5 — во 2-й. Первое введение анальгетика в 14-й группе потребовалось через 4 ч после операции, во 2-й — через 7 ч. Осложнений, связанных с системным действием морфина (депрессия дыхания, эйфория, брадикардия) в обеих группах не было.

Заключение

Добавление морфина для интратекального введения к раствору местного анестетика при проведении спинномозговой анестезии уменьшает интенсивность болевого синдрома у пациентов, которым выполнялось тотальное эндопротезирование коленного сустава. Длительность анальгезии имеет выраженный дозозависимый эффект: с увеличением дозы морфина увеличивается продолжительность анальгезии [5]. Используемые дозы безопасны для пациентов. Ни в одной из групп не было зарегистрировано каких-либо осложнений, связанных с системным действием морфина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Spinal cord distribution of 3H-morphine after intrathecal administration: relationship to analgesia / Y. Nishio [et al.] // *Anesth Analg.* — 1989. — Vol. 69 (3). — P. 323–327.
2. Wang, J. K. Pain relief by intrathecally applied morphine in man / J. K. Wang, L. A. Nauss, J. E. Thomas // *Anesthesiology.* — 1979. — Vol. 50 (2). — P. 149–451.
3. Intraoperative and postoperative analgesic efficacy and adverse effects of intrathecal opioids in patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia: a qualitative and quantitative systematic review of randomized controlled trials / J. B. Dahl [et al.] // *Anesthesiology.* — 1999. — Vol. 91 (6). — P. 1919–1927.
4. Mathews, E. T. Intrathecal morphine in open heart surgery [letter] / E. T. Mathews, L. D. Abrams // *Lancet.* — 1980. — Vol. 2. — P. 527–528.
5. Plasma pharmacokinetics of morphine after i.m., extradural and intrathecal administration / M. Chauvin [et al.] // *Br J Anaesth.* — 1982. — Vol. 54 (8). — P. 843–847.

УДК 618.39-036.8

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СПОНТАННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Дядичкина О. В.¹, Радецкая Л. Е.¹, Ковалева А. И.²

¹Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения

«Брестский областной родильный дом»

г. Брест, Республика Беларусь

Введение

Проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Это связано с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности [1]. В Республике Беларусь за последние 5 лет уровень преждевременных родов остается стабильным: в 2010 г. составил 3,9 % от общего количества родов, в 2014 г. — 4 % [2]. В то же время отмечается увеличение доли недоношенных новорожденных в структуре мертворождаемости, перинатальной смертности и заболеваемости. Анализ случаев смерти плодов и новорожденных в Республике Беларусь показал, что в структуре мертворождаемости и перинатальной смертности недоношенные плоды и новорожденные в 2010 г. составили 53,5 и 55,9 %, в 2014 г. — 56,9 и 58 % соответственно. Перинатальные осложне-