

мой острого холецистита). При этом в 54 (68,5 %) случаях высевались различные микроорганизмы, а 25 посевов дали отрицательный результат. В структуре полученных микроорганизмов преобладали Г-отрицательные 42 (77,7 %). При этом в 26 (48,1 %) случаях высевалась кишечная палочка. Анализируя результаты посевов в зависимости от сроков оперативного лечения, установлено, что при операциях в первые трое суток от поступления в стационар в желчи лишь в 56,3 % высевались микроорганизмы, а в более поздние сроки в 91,6 % посевы дали положительный результат.

Выводы

1. Диагностическими критериями малосимптомной формы острого холецистита следует считать:

- Отсутствие или крайне скудная клиническая картина острого холецистита.
- Увеличение ЛИИ.
- Отсутствие ССВР при сохранении ускоренного СОЭ.
- Относительная лимфоцитопения.
- Наличие УЗ признаков острого холецистита в сочетании со вторым вариантом УЗ картины.

2. Удлинение сроков консервативного лечения больных с острым холециститом достаточно часто приводит к развитию малосимптомных форм острого холецистита с выраженным воспалительным перипроцессом и скудными клинико-лабораторными проявлениями, увеличивает количество интраоперационных и послеоперационных осложнений, повышает стоимость лечения.

3. При выявлении малосимптомных форм острого холецистита оперативное лечение целесообразно выполнять из минилапаротомного доступа, что уменьшает количество интраоперационных осложнений и количество конверсий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков, А. В. Активная хирургическая тактика у пожилых больных с острым холециститом / А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, С. Ф. Захаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7. — № 1. — С. 92–93.
2. Гальперин, Э. И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. В. Волкова. — М., Медицина, 1988. — 265 с.

УДК 616.36-003.4-08

ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Дундаров З. А., Берещенко В. В., Красюк О. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Киста печени — это полость в печени, заполненная жидкостью. Выявляются примерно у 0,8 % населения. У женщин кисты печени встречается в 3–5 раз чаще, чем у мужчин, преимущественно проявляется в период между 30 и 50 годами жизни. Кисты печени делят на истинные и ложные. Истинные кисты в печени возникают во время эмбрионального развития. Ложные — развиваются после травматического разрыва печени, после лечения абсцесса печени, удаления эхинококка.

До широкого внедрения в клиническую практику малоинвазивных методов лечения, хирургические вмешательства на кистах печени выполнялись только из лапаротомного доступа. В последующем операции, проводимые с использованием лапаротомии, получили название традиционных хирургических вмешательств. Анализ литературы последних лет свидетельствует о том, что до настоящего времени не существует

единой точки зрения в отношении выбора оптимального хирургического пособия из открытого доступа у больных с кистами печени. Хирургическая тактика, характер и объем операции при различных вариантах распространенности патологического процесса остаются предметом дискуссии.

Цель исследования

Проведение сравнительной оценки эффективности и отдаленных результатов различных оперативных вмешательств по поводу непаразитарных кист печени, выполненных из лапаротомного и эндовидеолапароскопического доступов на базе областного центра хирургической гепатологии.

Результаты и обсуждение

Проведен анализ результатов хирургического лечения 32 пациентов с кистами печени, оперированных в период с 1990 по 2011 гг. в областном отделении хирургической гепатологии ГОСКБ. Женщин было 29 (90,6 %), мужчин — 2 (9,4 %), в возрасте от 27 до 66 лет.

Оперативные вмешательства по поводу солитарных кист были выполнены 22 (68,7 %) больным, а при множественных кистах печени и поликистозе — 10 (31,3 %). В 9 (28 %) случаях у пациентов было сочетание кист печени и желчнокаменной болезни. Были выполнены следующие оперативные вмешательства по поводу кист печени (таблица 1).

Таблица 1 — Оперативные вмешательства по поводу кист печени

Операция	Число наблюдений	%
Атипичная резекция печени с кистой	12	37,5
Вскрытие кисты с иссечением капсулы и тампонадой большим сальником	6	18,8
Цистэктомия с холецистэктомией	5	15,6
Фенестрация кист печени с холецистэктомией	4	12,5
Эндовидеолапароскопическая фенестрация с частичным иссечением капсулы кист при поликистозе	4	12,5
Правосторонняя гемигепатэктомия	1	3,1
Всего	32	100

В послеоперационном периоде у пациентов при лапаротомном доступе развились следующие осложнения: подпеченочный абсцесс — 2, длительное желчеистечение — 1, правосторонняя нижне долевая плевропневмония с плевритом (у больного с подпеченочным абсцессом) — 1. Таким образом, общий процент ранних послеоперационных осложнений при лапаротомном доступе составил 8,8 %. Открыто вскрывали и дренировали абсцесс у одного больного, пункционное дренирование абсцесса с торакоцентезом выполнили у пациента с подпеченочным абсцессом и плевропневмонией.

После выполнения эндовидеолапароскопической фенестрации осложнений не было.

При контрольном ультразвуковом исследовании в различные сроки — от 1 месяца до 3 лет, выявлено прогрессирование заболевания только у больных с поликистозом за счет появления множества новых мелких кист, местами солитарного характера.

Выводы

Резекция печени и цистэктомия являются радикальными операциями и показаны в случаях больших и гигантских кист печени при невозможности выполнения малоинвазивных вмешательств.

Фенестрация является малотравматичным и достаточно эффективным оперативным пособием при одиночных и множественных кистах печени, расположенных поверхностно.

Фенестрация при поликистозе печени носит паллиативный характер и обоснована в случаях невозможности выполнения более радикальной операции.

Дренирование полости кисты под УЗИ-контролем в сочетании с ее многократной санацией антисептиками, как самостоятельное вмешательство, оправдано при абсцедировании кистозного содержимого.

УДК: 613.6

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛЮДЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО ШУМОВОГО ФОНА

Евтухова* Л. А., Галкин Л. П., Игнатенко В. А.

Учреждение образования*

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Шум оказывает вредное воздействие на организм человека быстро развивается утомляемость, понижается внимание, снижается общая работоспособность и производительность труда и связанные с этим нарушения со стороны ЦНС рассматриваются как один из факторов, способствующих развитию гипертонической болезни [1].

Под влиянием шума возникают явления утомления слуха и ослабления слуха. Эти явления с прекращением шума быстро проходят. Если же переутомление слуха повторяется систематически в течение длительного срока, то развивается тугоухость [2].

Начальные проявления профессиональной тугоухости чаще всего встречаются у лиц со стажем работы в условиях шума около 5 лет. Риск потери слуха у работающих при десятилетней продолжительности воздействия шума составляет 10 % при уровне 90 дБ, 29 % — при 100 дБ, и 55 % — при 110 дБ [3].

Аналогичным образом можно рассматривать и опосредованное действие вибрации, которое изменяет возбудимость вестибулярного анализатора и через его многочисленные связи влияет на другие органы и системы [4].

Выявление начальных поражений слухового анализатора является решающим фактором в профилактике профессиональной сенсоневральной тугоухости (СНТУ), позволяющей направить медицинские и гигиенические изыскания на защиту слухового анализатора от вредного воздействия шума и вибрации [4].

Функциональные нарушения деятельности нервной и сердечнососудистой системы развиваются при систематическом воздействии интенсивного шума [5].

Характер и степень изменений нервной и сердечнососудистой системы в значительной мере зависят от интенсивности шума. При воздействии интенсивного шума чаще отмечается инертность вегетативных и сосудистых реакций, а при менее интенсивном шуме преобладает повышенная реакция нервной системы [4].

Изменения, происходящие в сердечно-сосудистой системе человека под воздействием шума, имеют следующие симптомы: болевые ощущения в области сердца, сердцебиение, неустойчивость пульса и артериального давления, иногда наблюдается склонность к спазмам капилляров конечностей и глазного дна. Функциональные сдвиги, возникающие в системе кровообращения под влиянием интенсивного шума, со временем могут привести к стойким изменениям сосудистого тонуса, способствующим развитию гипертонической болезни [5].

В неврологической картине воздействия шума сопровождается головной болью, чувством тяжести и шума в голове, головокружением, быстрой утомляемостью, снижением внимания, нарушением сна — все это приводит к снижению трудоспособности [6].