

Музей играет весьма важную роль также и в формировании современного научного мировоззрения. Благодаря наглядности музей помогает глубже понять особенности работы ученых и сути, применяемых ими методов исследований, что развивает одну из форм проявления самостоятельности и инициативы студентов — приобщения их к исследовательской работе, к выполнению творческих заданий.

Знание истории своей профессии и истории вуза формирует также высокие этические и деонтологические качества, неразрывно связанные с нравственным статусом будущего врача. На опыте поколений воспитываются лучшие качества, присущие отечественным медикам: любовь к избранной профессии, милосердие, отзывчивость к чужим бедам, высокое чувство долга, бескорыстное стремление оказать помощь больному...

По достоинству музей истории и развития университета вносит вклад в проведении идеологической и воспитательной работы. Посещение музея не «иллюстрирует» историю, не учит ей, а формирует у студентов личные отношения к тем или иным историческим фактам.

Таким образом, посещение музея делает обучение более осмысленным, соотносит идеологические, научные и эстетические понятия с чувственным опытом студентов.

В заключение хочется отметить, что одна из главных задач, которая стоит сегодня перед музеем университета — это воспитание и формирование нравственно сознательного специалиста с присущими ему лучшими качествами нравственности, порядочности, совестливости, ответственности, милосердия, которых очень недостает нашему обществу, и которые всегда ценились человеком, осведомленного в вопросах медицинских знаний, небезразличного к наследию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Левыкин, К. Г.* Музей исторического профиля: учеб. пособие для вузов / К. Г. Левыкин, В. Хербс. — М.: Высш. шк., 1998. — 431 с.
2. *Шляхтина, Л. М.* Основы музейного дела: учеб. пособие / Л. М. Шляхтина. — М.: Высш. шк., 2005. — 183 с.

УДК 616.133.31-089.87-089.168(043.2)

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

*Печенкин А. А.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

На сегодняшний момент каротидная эндартэктомия (КЭЭ) является самым распространенным хирургическим вмешательством на экстракраниальных сосудах головы при окклюзирующих поражениях брахиоцефальных артерий.

В 1989 году были сформулированы стандарты «качества» выполнения КЭЭ, т. е. такие результаты, при которых оперативное лечение при клинически значимых стенозах внутренней сонной артерии (ВСА) оказывается в любом случае предпочтительнее для пациентов — всегда, нежели консервативная терапия.

В 1991 году были опубликованы результаты первых рандомизированных исследований NASCET(США) и ECST(Европа) [1, 2], включивших более 3500 пациентов, которые позволили сделать однозначный вывод: хирургическое лечение больных с симптомными стенозами безусловно показано и имеет преимущество перед медикаментозным лечением в плане профилактики острого нарушения мозгового кровообращения.

На современном этапе наиболее распространены: КЭЭ с аутовенозной пластикой из сегмента БПВ, КЭЭ с заплатой из ПТФЭ и эверсионная КЭЭ. КЭЭ считается операцией с

долговременным эффектом, однако в определенном числе случаев возможно развитие рестеноза сонной артерии, при котором иногда появляется неврологическая симптоматика. Проблема снижения их частоты до сих пор является актуальной, поскольку по разным литературным до 13,5 % рестенозов ведут к возобновлению неврологической симптоматики на фоне кажущегося полного благополучия. Частота рестенозов после КЭЭ по данным разных публикаций составляет от 0,9 до 36 %, не зависимо от вида вмешательства [3].

Рестеноз в настоящее время рассматривается не только как процент сужения в зоне реконструкции, а так же изменение спектральных характеристик кровотока и клинической картины [4].

#### **Цель**

Определить частоту развития рестеноза в зависимости от вида оперативного лечения и вида пластического материала использованного при проведении каротидной эндартерэктомии.

#### **Методы**

Было изучено 80 случаев лечения и дальнейшего динамического наблюдения у пациентов страдающих стенозами сонных артерий. Исследование проводилось в отделении хирургии сосудов учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер» за период 2006–2009 гг.

В группу исследования вошли 80 человек: из них 71 мужчина и 9 женщин в возрасте от  $61 \pm 8$  лет. Изучались следующие показатели в до операционном периоде: пол, возраст, хроническая мозговая недостаточность (ХНМК), сторона поражения, пиковая систолическая скорость (ПСС) в зоне поражения и степень стеноза в зоне поражения (аппарат Phillips IE 33). Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от вида проведенной операции: 1 группа 39 человек — выполнена эверсионная КЭЭ, 2 группа 20 человек — выполнена КЭЭ с заплатой из политетрафторэтилена (ПТФЭ), 3 группа 21 человек — выполнена КЭЭ с аутовенозной заплатой.

Для определения результатов после проведенных реконструкций на СА проводилось УЗДС (аппарат Phillips IE 33) зоны интереса на следующие либо вторые сутки после перевода пациентов в отделение сосудистой хирургии из реанимационного блока. При УЗДС определялись следующие параметры:

- а) % стеноза в зоне операции;
- б) ПСС в зоне операции.

Для определения исходов по прошествии 1 года пациенты приглашались на амбулаторный прием в поликлиническое отделение «ГОККД». Исследовались те же показатели на том же аппарате и при возможности одним и тем же специалистом.

#### **Результаты и обсуждение**

В первой группе было 37 мужчин и 2 женщины. Средний возраст в группе составил  $60,4 \pm 7,7$  года. У мужчин этот показатель составил  $60,3 \pm 7,8$  года, а у женщин  $59,7 \pm 7,4$  г. ХНМК в группе распределилось I ст. — 77 % (3 человека), II ст. — 56,4 % (22 человека), III ст. — 25,6 % (10 человек), IV ст. — 10,3 % (4 человека). По стороне поражения: справа 56,4 % (22 человека), слева 43,6 % (17 человек), у мужчин 59,4 % (22 человека) и 40,6 % (15 человек) соответственно, а у женщин 0 % (0 человек) и 100 % (2 человека) соответственно. ПСС в зоне поражения была  $2,88 \pm 0,23$  м/с; у мужчин  $2,88 \pm 0,23$  м/с., а у женщин  $2,89 \pm 0,22$  м/с. Процент стенозирования в среднем у группы составил  $83,7 \pm 6,6$  %; у мужчин этот показатель равен  $83,7 \pm 6,6$  %, а у женщин  $83,6 \pm 6,6$  %.

Во второй группе было 16 мужчин и 4 женщины. Средний возраст в группе составил  $63,5 \pm 7,4$  года. У мужчин этот показатель составил  $63,5 \pm 7,5$  года, а у женщин  $63,9 \pm 7,4$  г. ХНМК в группе распределилось I ст. — 5 % (1 человек), II ст. — 65 % (13 человек), III ст. — 25 % (5 человек), IV ст. — 5 % (1 человек). По стороне поражения: справа 45 % (9 человек), слева 55 % (11 человек), у мужчин 37,5 % (6 человек) и 62,5 %

(10 человек) соответственно, а у женщин 75 % (3 человека) и 25 % (1 человек) соответственно. ПСС в зоне поражения была  $3,01 \pm 0,26$  м/с; у мужчин  $3,01 \pm 0,26$  м/с., а у женщин  $3,03 \pm 0,26$  м/с. Процент стенозирования в среднем у группы составил  $82,95 \pm 5,87$  %; у мужчин этот показатель равен  $82,95 \pm 5,87$  %, а у женщин  $82,94 \pm 6,10$  %.

В третьей группе было 18 мужчин и 3 женщины. Средний возраст в группе составил  $59,6 \pm 8,4$  года. У мужчин этот показатель составил  $59,6 \pm 8,4$  года, а у женщин  $56,7 \pm 6,6$  г. ХНМК в группе распределилось I ст. — 9,5 % (2 человека), II ст. — 52,4 % (11 человек), III ст. — 28,6 % (6 человек), IV ст. — 9,5 % (2 человека). По стороне поражения: справа 52,4 % (11 человек), слева 47,6 % (10 человек), у мужчин 55,5 % (10 человек) и 44,5 % (8 человек) соответственно, а у женщин 33,5 % (1 человек) и 66,5 % (2 человека) соответственно. ПСС в зоне поражения была  $2,95 \pm 0,31$  м/с; у мужчин  $2,95 \pm 0,31$  м/с., а у женщин  $3,06 \pm 0,20$  м/с. Процент стенозирования в среднем у группы составил  $83,3 \pm 6,4$  %; у мужчин этот показатель равен  $83,3 \pm 6,4$  %, а у женщин  $84,2 \pm 6,5$  %.

При статистической обработке (программа «Statistica» 6.0) данной информации различий между всеми тремя группами по всем изучаемым показателям не выявлено. Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что результаты полученные после оперативных вмешательств будут достоверными и будут иметь минимальную погрешность.

В послеоперационном периоде изучались: степень стеноза и ПСС сразу после оперативного лечения, а так же степень стеноза и ПСС через 1 год после оперативного вмешательства. Результаты представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 — Степень стеноза после операции, Me (Q<sub>25</sub>: Q<sub>75</sub>)

	Группы			Уровень p		
	Эверсионная (39)	ПТФЭ (20)	Вена (21)	1–2	1–3	2–3
Стеноз до операции	85,0 (8,0; 90,0)	81,5 (78,0; 88,5)	83,0 (78,0; 88,0)	0,707	0,733	0,990
Стеноз сразу после операции	50,0 (50,0; 50,0)	50,0 (50,0; 50,0)	50,0 (50,0; 50,0)	1,000	1,000	1,000
Стеноз через год после операции	50,0 (38,0; 63,0)	56,0 (46,5; 63,0)	43,0 (26,0; 58,0)	0,461	0,116	0,032

Таблица 2 — Пиковая систолическая скорость после операции, Me (Q<sub>25</sub>: Q<sub>75</sub>)

	Группы			Уровень p		
	Эверсионная (39)	ПТФЭ (20)	Вена (21)	1–2	1–3	2–3
ПСС до операции	2,9 (2,7; 3,1)	3,0 (2,7; 3,2)	3,0 (2,8; 3,2)	0,080	0,299	0,667
ПСС сразу после операции	1,0 (0,9; 1,1)	1,0 (0,9; 1,1)	1,0 (0,9; 1,1)	0,608	0,664	0,917
ПСС через год после операции	1,1 (0,9; 1,9)	1,6 (1,0; 1,9)	1,0 (0,9; 1,7)	0,671	0,337	0,230

В раннем послеоперационном периоде во всех случаях процент стеноза был меньше 10 %, а ПСС составляла по группам: в первой  $1,12 \pm 0,44$  м/с., во второй  $1,01 \pm 0,14$  м/с., а в третьей  $1,0 \pm 0,14$  м/с.

По истечении года были получены следующие **результаты**:

В группе после произведенной эверсионной КЭЭ процент стеноза распределился следующим образом

от 10 до 25 % — 12,8 % (5 человек) от 51 до 70 % — 41,0% (16 человек)

от 26 до 50 % — 38,5 (15 человек) больше 71 % — 7,7 % (3 человека)

ПСС увеличилась > 2,25 м/с. В 3 случаях и составила 7,7 %, но в среднем составила  $1,47 \pm 0,66$  м/с., что соответствует норме.

В группе с пластикой протезом ПТФЭ получились следующие результаты:  
от 10 до 25 % — 5 % (1 человек)                      от 51 до 70 % — 45 % (9 человек)  
от 26 до 50 % — 40 % (8 человек)                    больше 71 % — 10 % (2 человека)  
ПСС увеличилась > 2,25 м/с. В 2 случаях и составила 10 %, но в среднем составила 1,54 ± 0,66 м/с., что соответствует норме.

В группе где в качестве пластического материала применялась БПВ получили следующие результаты:

от 10 до 25 % — 23,8 % (5 человек)                      от 51 до 70 % — 33,3 % (7 человек)  
от 26 до 50 % — 38,1 % (8 человек)                    больше 71 % — 4,8 % (1 человек)  
ПСС увеличилась > 2,25 м/с. В 2 случаях и составила 10 %, но в среднем составила 1,28 ± 0,60 м/с., что соответствует норме.

### **Заключение**

На сегодняшний день не смотря на существующий арсенал хирургических методик не существует однозначно приоритетного метода лечения, что диктует необходимость поиска новых пластических материалов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis: North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators // N. Engl. J. Med. — 1991. — Vol. 325. — P. 445–453.
2. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. Lancet. — 1991. — Vol. 337. — P. 1235–1243.
3. Сравнительная оценка классической и эверсионной методик каротидной эндартерэктомии / П. О. Казанчян [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2002. — Т. 8, № 3. — С. 81–86.
4. К вопросу о «рестенозе» после каротидной эндартерэктомии / В. В. Ахметов [и др.] // Матер. 8-го Всеросс. Съезда сердечно-сосудистых хирургов. — М., 2002. — С. 116.

**УДК 808.311:807.1-053.5**

## **НОРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ЕЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ВКЛАД В ОКИ**

*Поклонская Н. В., Амвросьева Т. В., Дедюля К. Л., Богуш З. Ф.,  
Барановская Н., Казинец О. Н., Ключко Н. Л., Кишкурно Е. П.,  
Дашкевич А. М., Борисевич С. И., Ходин Д. В.*

**РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, г. Минск, Республика Беларусь**

**Учреждение здравоохранения**

**«Городская детская инфекционная клиническая больница»**

**Учреждение образования**

**«Белорусская медицинская академия последипломного образования»**

**Государственное учреждение**

**«Минский городской центр гигиены и эпидемиологии»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

**Государственное учреждение**

**«Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»**

**г. Брест, Республика Беларусь**

**Государственное учреждение**

**«23 санитарно-эпидемиологический центр**

**Вооруженных Сил Республики Беларусь»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Норовирусная инфекция в настоящее время является одной из наиболее активно изучаемых вирусных инфекций. Большой интерес к ней обусловлен сочетанием нескольких факторов. Так, во-первых, норовирусы занимают лидирующее положение в