

Анализ проведенных исследований позволяет сделать следующие выводы:

Факторами риска рождения ребенка с перинатальной патологией ЦНС являются: незапланированная беременность (56 %) и стрессовые факторы (47 %). В структуре соматической патологии во время беременности наиболее часто отмечено ОРВИ (40 %) и сахарный диабет (14 %). В структуре гинекологической патологии во время беременности доминирует кольпит (35 %) и уреаплазмоз (11 %). Из осложнений беременности наиболее неблагоприятными являлись угроза прерывания беременности (45 %), хроническая фетоплацентарная недостаточность (27 %) и анемия (22 %). К факторам высокого риска относятся: осложнения в родах — аномалии родовой деятельности (22 %), преждевременное излитие околоплодных вод (23 %) и гипоксия плода (16 %). Указанная патология чаще встречается при перенесенной беременности (35 %) и при срочных родах (17 %).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Перинатальные инфекции: практич. пособие / под ред. А. Я. Сенчука, З.М.Дубоссарской. — М.: МИА, 2005. — 318 с.

**УДК616.37-002.4-089**

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Астапович Е. С.**

**Научный руководитель: к.м.н. В. М. Майоров**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### ***Введение***

При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечение асептического течения процесса и профилактики его инфицирования.

#### ***Цель исследования***

Выполнить сравнительный анализ эффективности МИТ на различных стадиях развития острого деструктивного панкреатита.

#### ***Материал и методы исследования***

У 132 пациентов в зависимости от преобладания деструктивных изменений в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке были выполнены МИТ. В 1 группу вошли пациенты, которым была выполнена только лечебно-диагностическая видеоассистированная лапароскопия (ЛДЛ). Вторую группу составили пациенты, которым наряду с ЛДЛ выполняли различные (МИТ). В 3 группу вошли пациенты, оперированные по поводу гнойных осложнений ОДП.

#### ***Результаты и их обсуждение***

Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 36 пациентов как окончательный метод лечения. При микробиологическом исследовании роста микрофлоры выявлено не было. Дренажи удаляли по мере исчезновения отделяемого из брюшной полости. Индекс Glasgow-Imrie при поступлении составил  $1,67 \pm 0,12$ . В течение первых двух дней послеоперационного периода получена достоверная ( $p < 0,05$ ) депрессия этого показателя до  $0,94 \pm 0,09$ . Вторую группу составили 44 пациента с ОДП, у которых были применены различные малоинвазивные вмешательства (МИВ). При этом первично поступившие пациенты были в количестве 12 (27,3 %), остальные были переведены из районных ЦРБ. в связи с осложненным течением заболевания. Сравнение тяжести эндотоксикоза по индексу Glasgow-Imrie показало, что тяжесть состояния пациентов при поступлении объективно отличалась от пациентов 1 группы, что свидетельствовало, вероятно, о большем масштабе поражения поджелудочной железы. Одномомент-

ный объем удаленного выпота колебался от 130 до 1600 мл с высоким уровнем амилазы (от 850 до 11800 единиц). Дренажи извлекались после исчезновения отделяемого и резорбции жидкостного компонента при динамическом сонографическом контроле. В третью группу вошли пациенты с гнойно-некротическими осложнениями ОДП. При поступлении балл тяжести по Glasgow-Imrie достоверно превышал таковой показатель пациентов 1 и 2 группы. В ходе оперативного вмешательства у пациентов, ранее перенесших малоинвазивные вмешательства, в обязательном порядке уточняли локализацию проведенных дренажных конструкций. Дренажная функция была эффективна в отношении лишь жидкостного компонента парапанкреатита. Неокончательным нукционно-дренирующее лечение оказалось у больных с многокамерными жидкостными образованиями, имевшими множество внутренних перегородок, делавших невозможным их адекватную санацию и дренирование через чрескожно установленные тонкопросветные дренажи.

### **Заключение**

Таким образом, клинические наблюдения, данные динамической УЗИ, сопоставленные с интраоперационной верификацией позволяют констатировать, что при формировании крупномасштабной деструкции в забрюшинной клетчатке на первой неделе заболевания жидкостной компонент проявляется диффузным пропитыванием девитализированных тканей экссудатом. При наличии высокой ферментативной активности выпота в сочетании с незавершенным процессом секвестрации и демаркации формирование жидкостных парапанкреатических скоплений, доступных интервенции под контролем УЗИ представляется маловероятным. В связи с этими выявленными изменениями нам представляется маловероятным применение малоинвазивных вмешательств в этой стадии заболевания как окончательного метода лечения, ввиду их ограниченной эффективности применительно к тканевому компоненту распространенного парапанкреатита. Летальность в 3 группе составила 23,1 %.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Багненко, С. Ф.* Острый панкреатит — современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов // Альманах Института хирургии им. Вишневского. — 2008. — № 3. — С. 104–112.
2. *Шотт, Л. В.* Выбор метода лечения острого панкреатита / А. В. Шотт, С. И. Леонович, Г. Г. Кондратенко // Проблемы хирургии в современных условиях: матер. XIII съезда хирургов Республики Беларусь. — Т. 2. — С. 226–228.
3. *Ярема, И. В.* Аутоиммунный панкреатит / И. В. Ярема, С. В. Колобов, В. П. Шевченко. — М.: ГОУ ВИНЦ МТ РФ, 2003. — 208 с.
4. *Пугаев, А. В.* Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. — М.: Профиль. 2007. — 336 с.
5. *Tolstoy, A. D.* First experience in treating severe acute pancreatitis with recombinant human interleukin-2 / A. D. Tolstoy, M. N. Smirnov, M. I. Andreev // Int. J. Immunorehabilit. — 2000. — Vol. 2(3). — P. 126–130.

**УДК 618.1-007.274**

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Ачинович Д. Ю., Петрушко А. И.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. И. Дуда**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Спаечная болезнь (перивисцерит) — это отдельная нозологическая форма, характеризующаяся наличием внутрибрюшинных соединительнотканых сращений, которые образуются в ответ на повреждение брюшины и являются избыточными по отношению к нормальной репарации. Тазовые спайки, изменяя расположение и морфологию органов малого таза, служат основными факторами бесплодия, эктопической беременности, а также тазовой боли и кишечной непроходимости. В настоящее время единственным способом устранения сформировавшихся спаек является их рассечение. Но поскольку