

насчитывают многие столетия своего развития. Традиционно наши ведущие медицинские учреждения страны являются и базами медицинских кафедр университетов.

В целом, к реформам высшего медицинского образования в контексте Болонского процесса в нашей стране следует подходить поэтапно, с учетом развития экономики нашего государства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Болонский процесс: Википедия. [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>. — Дата доступа: 22.01.2011.

2. Ковалев, М. Реформа экономического образования в Беларуси в контексте Болонского процесса / М. Ковалев // Экономический факультет БГУ. [Электронный ресурс]. — 2003. — Режим доступа: <http://www.economy.bsu.by/pdf/articles/Kovalev/2003/105.pdf>. — Дата доступа: 22.01.2011.

УДК 616.366-089.085:616.381-072.1

### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Берещенко В. В., Дундаров З. А., Шебушев Н. Г., Красюк О. Н.,  
Кабешев Б. О., Марочкин А. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Несмотря на внедрение современных хирургических методов лечения механической желтухи (стентирование, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия), в ряде случаев, операцией выбора остается холецистостомия.

#### *Цель*

Изучение применения лапароскопической холецистостомии в настоящее время.

#### *Методы*

Проведен ретроспективный анализ хирургических операций на желчном пузыре с 2007 по 2010 гг. включительно на базе областного центра хирургической гепатологии.

#### *Результаты*

В отделении оказывается плановая хирургическая помощь больным с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны как доброкачественного, так и злокачественного характера. За последние три года было выполнено 711 холецистэктомий, в том числе лапароскопически — 681 (95,78 %), из мини-доступа — 21 (2,95 %), традиционных холецистэктомий как симультантных операций (операции Сугиура, резекции желудка, селективные проксимальные ваготомии, панкреатодуоденальные резекции) при наличии ЖКБ — 9 (1,27 %). У 99 (13,92 %) пациентов изменения в стенке желчного пузыря, несмотря на плановый характер операций, носили острый характер. Им всем была произведена лапароскопическая холецистэктомия.

За этот период выполнено 7 лапароскопических холецистостомий как самостоятельных операций. Показаниями для их выполнения являлась механическая желтуха с «низким блоком» общего желчного протока: при наличии протяженной стриктуры терминального отдела холедоха, при хроническом панкреатите с поражением головки железы, при множественном холедохолитиазе. При поступлении пациентов в центр уровень связанного билирубина в крови превышал 200 мкмоль/л. Следующим показанием для выполнения холецистостомии был острый холецистит с плотным инфильтратом в области шейки желчного пузыря, сочетание острого холецистита с тяжелой сопутст-

вующей патологией у пациентов. Мужчин было 5 (71,43 %), женщин — 2 (28,57 %). Средний возраст составил 60,2 лет. Холецистостомия проводилась под спинномозговой, эпидуральной или местной анестезией. Время выполнения операции не превышало 15 минут. Пункция желчного пузыря выполнялась через 5 мм троакар под контролем лапароскопа в правом подреберье с последующим дренированием катетером Фолея № 9–12, который под натяжением плотно фиксировался к брюшной стенке. В правое подпеченочное пространство устанавливали дополнительный дренаж. Карбоксиперитонеум за время операции не превышал 10 мм рт. ст. Осложнений не было.

Вторым этапом радикальные операции были выполнены у 6-ти пациентов. У одной пациентки с высоким операционным риском через 1,5 месяца сделана фистулохолецистография. Контраст в холедох не поступал. Дренаж был удален. Через 2 месяца на контрольном УЗИ — сморщенный желчный пузырь, свища нет. Больная осмотрена через 1 год — жалоб со стороны гепатопанкреатодуоденальной зоны нет.

#### **Выводы**

Таким образом, лапароскопическая холецистостомия и на сегодняшний день является операцией выбора у ряда пациентов, страдающих тяжелой сопутствующей патологией. Она позволяет подготовить пациентов с механической желтухой к радикальной операции, избежать тяжелых интраоперационных осложнений при остром холецистите, а, в ряде случаев, является и окончательным оперативным пособием у отдельной категории больных.

**УДК 617.7-007.681-08**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМАТОЗНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ**

**Бобр Т. В., Куриленко А. Н.**

**Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр радиационной  
медицины и экологии человека»**

**Учреждение  
«Гомельская областная специализированная больница»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

Зрительный нерв, как и любая область мозга, очень чувствителен к снабжению кислородом и питательными веществами, которые приносит кровь. Поэтому его окружает густая сеть кровеносных сосудов. Но бывают случаи, когда эта мощная система снабжения отказывает. Исследования показали, что лишенный питания зрительный нерв погибает не полностью. Небольшая часть волокон сохраняет способность передавать сигналы. Но эти волокна связаны с отдельными разбросанными участками сетчатки глаза и по сигналам от них мозг не может составить цельную картину. Воздействуя на зрительный нерв электроимпульсами, можно «раскачать» его [1].

С целью повышения жизнедеятельности нервных элементов сетчатки, проводящих волокон зрительного нерва и зрительных центров, восстановления нарушенных адаптационно-компенсаторных процессов в зрительной системе и в организме в целом перво-степенное значение имеет системный подход к формированию оптимального комплекса терапевтических методов воздействия при частичной атрофии зрительного нерва (ЧАЗН), в который органически входит метод электростимуляции [2].

#### **Цель работы**

Оценка эффективности использования чрескожной электростимуляции зрительно-го нерва в лечении глаукоматозной оптической нейропатии.