

Если индекс составляет менее 3-х условных единиц — физическая работоспособность высокая, 4–6 — хорошая, 7–10 — посредственная, 10–15 — удовлетворительная, 15 и более — плохая [1].

Исследования проводились на кафедре физического воспитания и спорта в октябре 2011 г. В тестировании приняли участие 205 студенток второго курса ГомГМУ. Оценка результатов проводилась по таблице результатов индекса Руфье в условных единицах.

Исследования показали, что оценку «отлично» не получила ни одна студентка. На «хорошо» выполнили пробу 2 студентки, что составило 1 % от общего количества, «посредственно» — 37 (18 %) студенток, «удовлетворительно» — 99 (48 %), «плохо» — 67 (33 %) студентки. Полученные данные говорят о том, что ЧСС у девушек находится на уровне «плохо», «удовлетворительно», «посредственно», что говорит о низком уровне их физической работоспособности. Результаты отражены на рисунке 1.

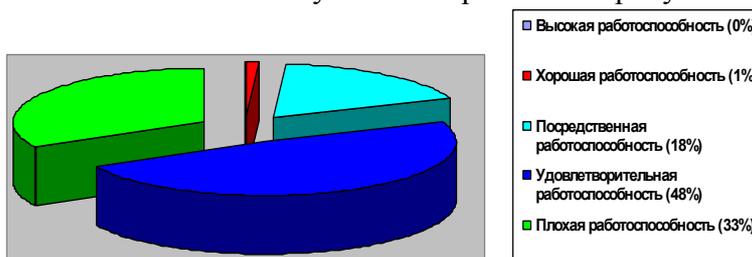


Рисунок 1 — Результаты исследования по таблице результатов индекса Руфье

### **Заключение**

Объективная оценка физической работоспособности важна для правильного подбора средств и методов физической культуры, применяемых на занятиях по физической культуре. На данный момент учебные занятия не компенсируют в полной мере их двигательный дефицит. Для повышения работоспособности необходимо широко использовать в учебном процессе циклические виды спорта, которые способствуют укреплению кардиореспираторной системы. Дополнительные самостоятельные занятия, выбор той или иной методики занятий физическими упражнениями с оздоровительной направленностью необходимо соотносить с реальными возможностями студента.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Медведев, В. А.* Методы контроля физического состояния и работоспособности студентов: учеб. пособие / В. А. Медведев, О. П. Маркевич. — Гомель: ГГМУ, 2004. — С. 32.
2. *Новик, Г. В.* Теоретические аспекты физической культуры в высшем учебном заведении: метод. рекомендации по физическому воспитанию для студентов 2 курса лечебного, медико-диагностического и медико-профилактического факультетов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Медико-диагностическое дело», «Медико-профилактическое дело»: в 4 ч. / Г. В. Новик, Н. В. Карташова, Т. Ф. Геркусова. — Гомель: УО «ГГМУ», 2006. — Ч. 2. — С 14.

УДК 616.37-002.-036.11-091.5

## **ПАРАПАНКРЕАТИТ КАК ВЕДУЩЕЕ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ**

**Майоров В. М., Дундаров З. А., Адамович Д. М., Батюк В. И.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Уровень летальности, достигающий 85 % при инфицированных формах острого деструктивного панкреатита (ОДП), ставит задачу улучшения результатов лечения в

этой категории больных в ранг приоритетной [1]. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечения асептического течения процесса и профилактику его инфицирования. Актуальность обсуждаемой проблемы определяют прогрессивно увеличивающееся число больных ОДП, высокая частота развития разнообразных внутрибрюшинных и экстраабдоминальных гнойно-септических осложнений, закономерно определяющих высокий процент неблагоприятных исходов [2]. Следует учитывать и то обстоятельство, что сегодня больные редко погибают от первичного повреждения. По мере совершенствования диагностики и управления критическими состояниями, возрастает летальность от вторичных осложнений [3, 4]. Следует отметить то обстоятельство, что проблема лечения парапанкреатита незаслуженно «остаётся в тени» при обсуждении тактических лечебных решений.

#### ***Цель исследования***

Выявление закономерностей развития и эволюции морфологических изменений в парапанкреатической клетчатке (ППК) при ОДП.

#### ***Материалы и методы***

В ходе работы был выполнен сплошной ретроспективный анализ 132 протоколов вскрытий умерших от ОДП.

#### ***Результаты и их обсуждение***

Тотальный панкреонекроз обнаружен в 3,78 % наблюдений. Во всех наблюдениях было отмечено поражение ППК в виде диффузного геморрагического пропитывания. Субтотальное поражение ПЖ зарегистрировано в 24,2 %. В отличие от истинного тотального поражения при макроскопическом осмотре препарата обнаруживались участки сохраненной паренхимы. Также при визуальном осмотре железа была плохо отличима от окружающей ее ППК, которая была резко отечной с пластинчатыми кровоизлияниями по типу небольших гематом. В дальнейшем в результате гемолиза эритроцитов жировая клетчатка принимала буровато-коричневый или шоколадный оттенок. У неоперированных умерших продольное рассечение ткани железы выявило тот факт, что в большей степени поражались кортикальные отделы различной толщины и протяженности от 3 до 12 мм. Выявленная особенность объясняет тот факт, что во время ранней лапаротомии, предпринятой по поводу некротизирующего панкреатита, визуальный осмотр ПЖ не дает достоверного представления о реальном масштабе поражения ткани. Отторжение поверхностно расположенных участков некротизированной паренхимы ПЖ, закономерно приводит к разгерметизации протоковой системы и формированию транзиторных панкреатических свищей, дебит которых определяется диаметром пораженного протока.

Поражение ППК при ОДП было выявлено у всех пациентов. Эволюция парапанкреатита определялась сроком заболевания и преобладающим морфологическим компонентом ОДП. В первую неделю заболевания у неоперированных диагностирован ферментативный инфильтративный с геморрагическим пропитыванием парапанкреатит различной распространенности. Имелись особенности поражения ППК в зависимости от пораженного отдела ПЖ. Так, при наличии крупноочагового поражения правых отделов ПЖ явления парапанкреатита были более выражены в области параколон и парадуоденум. При поражении левых отделов железы выраженная инфильтрация и геморрагическое пропитывание ЗБК наблюдалась в области параколон по ходу нисходящей ободочной кишки и в паранефральной клетчатке слева. При аутопсии умерших, оперированных по поводу развившихся гнойных осложнений ОДП, в ППК и ЗБК также были обнаружены значительные морфологические изменения. Источником формирования гнойно-некротической формы распространенного парапанкреатита служили массивные кровоизлияния со свертыванием излившейся крови и крупные колликвационно трансформированные очаги жирового некроза в ЗБК. При развитии распространенного гнойно-некротического парапанкреатита клетчатка была представлена серой зловонной бесструктурной расплавленной массой, пропитанной мутным гноем и содержащей множественные секвестры на разных стадиях организации.

Интраоперационный и патологоанатомический анализ изменений в пораженной ППК позволяет выделить ряд факторов, которые, по нашему мнению, могут способствовать генерализации инфекционного процесса и обуславливать длительную персистенцию инфекционного процесса в ЗБК. У всех пациентов в стадии секвестрации гнойно-некротического пара-панкреатита выявлена многофокусность очагов поражения в ЗБК. Это выражалось в одновременном поражении как непосредственно прилегающей к ПЖ (собственно парапанкреатической), так и в отдаленных ее участках, вплоть до клетчатки малого таза. Сложные топографо-анатомические взаимоотношения органов и тканей забрюшинного пространства затрудняют обеспечение адекватных доступов ко всем зонам поражения ЗБК. Кроме того, адекватному дренированию гнойных очагов часто препятствует наличие очагов некроза сложной формы и неодновременность сроков созревания и отторжения некротических очагов на стадии септической секвестрации. При патологоанатомическом исследовании стенок артерий и вен в очагах гнойной секвестрации выявлялась морфологическая картина тромбозов и тромбоваскулитов, что являлось патогенетической предпосылкой для гематогенной генерализации инфекционного процесса.

Еще одной важной особенностью являются оперативные аспекты хирургического лечения. Выполняемая после некрсеквестрэктомии широкая тампонада забрюшинного пространства марлевыми тампонами создает идеальные условия для дополнительного быстрого экзогенного инфицирования.

#### **Выводы**

1. Развитие парапанкреатита обусловлено закономерностями фазовой эволюции заболевания ОДП. Поздние осложнения манифестируют на этапе расплавления деструктивно измененной поджелудочной железы и окружающей ее парапанкреатической клетчатки.

2. Анализ оперативных вмешательств показал, что вмешательство заключалось в санации пораженной парапанкреатической клетчатки. Таким образом, следует считать, что объектом операции является собственно парапанкреатит.

3. В связи с этим перспективным представляется разработка способов ранней диагностики распространенных форм поражения парапанкреатической клетчатки и вариантов ранней декомпрессии забрюшинного пространства с целью профилактики развития в нем обширных нагноительных процессов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шотт, А. 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.
2. Поташов, Л. В. Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ в современной абдоминальной хирургии / Л. В. Поташов, Д. Ю. Семенов, В. В. Васильев // Вестник хирургии. — 2006. — № 5. — С. 117–118.
3. Howard, T. J. Prophylactic antibiotics alter the bacteriology of infected necrosis in severe acute pancreatitis / T. J. Howard, M. B. Temple // J. Am Coll Surg. — 2002. — Vol. 195. — P. 759–767.
4. Zhou, Y. M. Antibiotic prophylaxis in patients with severe acute pancreatitis / Y. M. Zhou, Z. L. Xue, Y. M. Li // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. — 2005. — № 4. — P. 23–27.

**УДК 616.37-002.1+616.341**

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ОДП) И ПАРАПАНКРЕАТИТЕ**

**Майоров В. М., Дундаров З. А., Подольский А. Л.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острый панкреатит занимает в настоящее время третье место после острого аппендицита и острого холецистита в структуре острой хирургической патологии [1]. Ле-