

фасции производят уменьшая внутреннее паховое кольцо до размера диаметра семенного канатика пациента. Подкожную клетчатку при необходимости активно дренировали по Редону на протяжении 1–2 дней.

При наличии транслокации постоянного перитонеального катетера выполнялась одномоментная лапароскопическая ревизия органов брюшной полости, устранение транслокации катетера или его замена на новый с дополнительной точкой фиксации дистального конца к париетальной брюшине с последующей герниопластикой.

Первый сеанс перитонеального диализа проводили сразу после операции без оставления раствора в брюшной полости. В послеоперационном периоде заливки диализного раствора выполняли ежедневно от 1 до 1,5 л без экспозиции в брюшной полости. Постоянный перитонеальный диализ в полном объеме начинали проводить на 7–10 сутки после герниопластики. Послеоперационных осложнений и летальности не было. Рецидивов грыж, выполненных данным методом, отмечено не было.

Выводы

1. Применение данного метода герниопластики позволяет многослойно укрепить заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировать рецидив грыжи при повышении внутрибрюшного давления.

2. Пациентам после выполненной многослойной пластики пахового канала выполняются сразу сеансы ПД, тем самым отсутствует перерывы в почечно-заместительной терапии основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abdominal wall hernias in end-stage renal disease patients on peritoneal dialysis / G. Martínez-Mier [et al.] // Peritoneal Dialysis International. — 2008. — Vol. 28, № 4. — P. 391–396.
2. Shrestha, B. M. Surgical peritonitis in patients on peritoneal dialysis / B. M. Shrestha, P. Brown, M. Wilkie // Peritoneal Dialysis International. — 2008. — Vol. 28, № 4. — P. 331–334.
3. Emergency laparotomy in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis / C. Carmeci [et al.] // The American surgeon. — 2001. — Vol. 67, № 7. — P. 615–618.
4. Impact of Hernias on Peritoneal Dialysis Technique Survival and Residual Renal Function / S. Balda [et al.] // Peritoneal Dialysis International. — 2013. — Vol. 33, № 6. — P. 629–634.
5. Sustaining continuous ambulatory peritonealdialysis after herniotomy / T. Mettang [et al.] // Adv. Peritoneal Dialysis. — 2001. — Vol. 17. — P. 84–87.

УДК 616.145.74-089

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Берещенко В. В.¹, Майоров В. М.², Желюк А. В.², Перлов Е. Г.², Крот С. Я.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сегодня основными причинами развития синдрома портальной гипертензии у людей трудоспособного возраста является цирроз печени (ЦП), тромбоз воротной вены, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Наиболее тяжелым хирургическим осложнением данного синдрома является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Высокая смертность после эпизода кровотечения из вен, определяет актуальность профилактики данного осложнения. Сегодня основными методами паллиативной помощи для профилактики кровотечений из ВРВП являются трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS), эндоскопическое лигирование и склерозирование ВРВП. Трансплантация печени является радикальной опера-

цией при ЦП, но по объективным обстоятельствам она не может быть произведена всем нуждающимся пациентам.

Цель

Ретроспективное изучение опыта клинического применения эндоскопического лигирования ВРВП у пациентов с портальной гипертензией.

Материал и методы исследования

Ретроспективно была оценена эффективность эндолигирования у 21 пациента с варикозным расширением вен абдоминального и нижнего грудного отдела пищевода, за период 2012–2017 гг. Все пациенты поступали в отделение в плановом порядке. Средний возраст составил 55,36 лет, при этом мужчин было 14 (66,67 %), женщин — 7 (33,33 %). Эндолигирование проводили эндопетлями фирмы «Olympus» диаметром 13 мм и эндопетлями с кассетной системой фирмы «СООК». Осложнений после лигирования ВРВП не наблюдалось.

Результаты исследования и их обсуждение

Впервые эндоскопическое лигирование ВРВП в УЗ ГОСКБ было проведено в ноябре 2015 г. одиночными эндопетлями фирмы «Olympus», в последующем применяли кассетные эндопетли фирмы «СООК». За период 2012–2017 гг. всего выполнено 23 эндоскопических лигирования ВРВП. Основным заболеванием у 20 (95,24 %) пациентов с ВРВП явился цирроз печени. Цирроз печени вирусной этиологии В был у 3 (14,29 %), вирусной этиологии С — у 3 (14,29 %), сочетание В и С — у одного пациента. В состоянии класса тяжести А по Child-Pugh цирроз печени был у одного пациента, класса В — у 17 (80,95 %), класса С — у 3 (14,29 %). ВРВП как осложнение тромбоза системы воротной вены выявлено у двух пациентов. Степень ВРВП мы определяли по классификации А. Г. Шерцингера (1986 г.). ВРВ пищевода второй степени выявили у 4 (19,05 %) пациентов, третьей степени — 17 (80,95 %). У 8 (38,1 %) пациентов в анамнезе были эпизоды кровотечений из ВРВП, у 1 — в анамнезе более 2 лет назад операция азигопортального разобщения.

Эндолигирование было проведено 21 пациентам. Дважды в течение года лигирование вен проводилось двум пациентам. Ввиду неэффективности эндосклерозирования вен пищевода, после одного сеанса склерозирования лигирование было применено 6 пациентам, после 2-х сеансов склерозирования — 3 пациентам, после 3-х сеансов — одному пациенту. У 20 пациентов в отдаленном периоде рецидивов кровотечения не было. У 19 (90,47 %) человек отмечено снижение степени ВРВП. У одной пациентки через 4 месяца после лигирования возникли рецидивы кровотечения из ВРВП и ей была выполнена операция азигопортального разобщения.

Выводы

1. Эндоскопическое лигирование вен пищевода является методом выбора профилактики кровотечений при варикозной трансформации вен абдоминального отдела пищевода.
2. Эндолигирование позволяет снизить степень варикозного расширения вен в пищеводе и тем самым предотвратить вероятность гипертензивного портального криза и тяжелого кровотечения из них.

УДК 323.285

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ТЕРРОРИЗМ: ПРИЧИНЫ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕРЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

Бетанов И. О.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Терроризм представляет собой одно из самых опасных и сложных явлений современности, приобретающее все более угрожающие масштабы. Проблема международного терроризма волнует сегодня каждого человека, независимо от того, в какой стране он живет, кос-