

13. Association of serum uric acid with incident atrial fibrillation (from the Atherosclerosis Risk in Communities [ARIC] study) / L. Tamariz [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2011. – Vol. 108, № 9. – P. 1272-1276.
14. Krishnan, E. Hyperuricemia and incident heart failure / E. Krishnan // Circ. Heart Fail. – 2009. – Vol. 2. – P. 556-562.
15. Association between hyperuricemia and incident heart failure among older adults: A propensity-matched study / O.J. Ekundayo [et al.] // Int. J. Cardiol. – 2010. – Vol. 142, № 3. – P. 279–287.
16. Serum level of uric acid, partly secreted from the failing heart, is a prognostic marker in patients with congestive heart failure / H. Sakai [et al.] // Circ. J. – 2006. – Vol. 70. – P. 1006–1011.
17. Mechanistic insights into the therapeutic use of high-dose allopurinol in angina pectoris / N.S. Rajendra [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2011. – Vol. 58, № 8. – P. 820-828.
18. High-dose allopurinol reduces left ventricular mass in patients with ischemic heart disease / Rekhraj [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013. – Vol. 61, № 9. – P. 926-932.
19. Effect of high-dose allopurinol on exercise in patients with chronic stable angina: a randomised, placebo controlled crossover trial / A. Noman [et al.] // Lancet. – 2010. – Vol. 375, № 9732. – P. 2161-2167.
20. Gavin, A.D. Allopurinol reduces B-type natriuretic peptide concentrations and haemoglobin but does not alter exercise capacity in chronic heart failure / A.D. Gavin, A.D. Struthers // Heart. – 2005. – Vol. 91, № 6. – P. 749-753.
21. Uric acid-lowering treatment with benzbromarone in patients with heart failure: a double-blind placebo-controlled crossover preliminary study / K. Ogino [et al.] // Circ. Heart Fail. – 2010. – Vol. 3, № 1. – P. 73-81.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ**

***Довнар И.С., Дубровщик О.И., Заневская Е.Л., Панасюк Е.Г.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Острый аппендицит на протяжении длительного времени остается одним из самых распространенных и достаточно изученных заболеваний в неотложной хирургии. Заболевание диагностируется в 1- 4 случаях на 1000 населения. Наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте от 20 до 40 лет. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1-0,3%, послеоперационные осложнения - 5-9% (1). Единственным способом лечения острого аппендицита является оперативное вмешательство.

До начала 90-х годов прошлого столетия «золотым» стандартом операции являлся доступ Волковича - Дьяконова с последующей аппендэктомией и погружением культи червеобразного отростка в кисетный и Z-образный шов. Внедрение в хирургическую практику лапароскопических вмешательств позволило использовать их не только в диагностике, но и при лечении острого аппендицита. Существует большое количество свидетельств поддерживающих использование лапароскопической техники для лечения простого аппендицита. Однако вопрос о выборе наиболее предпочтительного метода аппендэктомии остается до сих пор дискуссионным. Стремительно развивающаяся в последнее время эндоскопическая хирургия предлагает новые подходы к лечению хирургических заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на то, что в ряде клиник лапароскопическая аппендэктомия посте-

пенно становится рутинной операцией, многие авторы указывают на высокий риск развития осложнений. Основной причиной недоверия к данной технике является, по мнению авторов, недостаточная асептичность лигатурного метода обработки культи отростка, являющегося основным при лапароскопической аппендэктомии (2).

**ЦЕЛЬ:** провести сравнительный анализ стандартной (открытой) и лапароскопической аппендэктомии.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов мужского пола с острым аппендицитом оперированных в 2012 году. Все больные путем «слепого» метода разделены на 2 группы. В первой группе (38 пациентов) была выполнена открытая аппендэктомия разрезом Волковича-Дьяконова. Во второй группе (45 больных) произведена лапароскопическая аппендэктомия.

Все операции выполнялись под общей анестезией.

Были изучены: возраст, диагноз, длительность операции, морфологический анализ крови до и после оперативного вмешательства, уровень гипертермии после операции, время снятия кожных швов, длительность госпитализации.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Средний возраст больных в первой группе равнялся  $32,8 \pm 2,2$  лет, а во второй группе -  $31,6 \pm 2,1$  лет ( $p > 0,5$ ).

Среди 38 пациентов, оперируемых из открытого доступа, у 8 был острый катаральный аппендицит, у 24 - острый флегмонозный, у 4 - острый гангренозный аппендицит, у 2 - периаппендикулярный инфильтрат.

Среди 45 больных которым произведена лапароскопическая аппендэктомия у 6 наблюдался острый катаральный аппендицит, у 34 - острый флегмонозный, у 1 - острый гангренозная аппендицит, у 2 - периаппендикулярный инфильтрат, и у 2 - хронический аппендицит.

Таким образом, обе группы были приблизительно равны по возрасту и нозологии заболевания.

Средняя длительность оперативного вмешательства традиционной аппендэктомии составила  $66,5 \pm 4,2$  минут, а лапароскопической аппендэктомии -  $68,1 \pm 7,2$  минут ( $p > 0,05$ ).

Гипертермия после операции в первой клинической группе на 1-2 день наблюдалась у 23 (60,5%) пациентов, а на 3-5 сутки - у 14 (36,8%). Во второй группе гипертермия отмечена на 1-2 день у 26 (57,8%) больных, а на 3-5 сутки у 11 (24,4%) пациентов.

При анализе количества эритроцитов, лейкоцитов, величины гемоглобина и СОЭ при поступлении, на 1-2 день и на 3-5 сутки лечения достоверных различий данных величин в обеих группах не выявлено.

После открытой аппендэктомии средние сроки снятия кожных швов составили  $7,2 \pm 0,2$  дня, а после лапароскопической аппендэктомии -  $6,2 \pm 0,2$  дня ( $p < 0,05$ ).

Наиболее показательной была длительность госпитализации больных. Средняя длительность стационарного лечения больных опе-

рированных открытым способом составила  $7,4 \pm 0,2$  дней, а пациентов оперированных лапароскопически -  $6,5 \pm 0,2$  дней ( $p < 0,05$ ).

Гнойных раневых осложнений в обеих группах удалось избежать. Летальных исходов не было.

**ВЫВОДЫ.** Изученные клиничко-лабораторные признаки позволяют сделать заключение, что традиционная (открытая) и лапароскопическая аппендэктомии существенно не отличаются длительностью операции, степенью кровопотери в раннем послеоперационном периоде, частотой развития гнойно-септических осложнений.

Положительной стороной лапароскопической аппендэктомии является косметический эффект и снижение продолжительности стационарного лечения в среднем на 1 койко/день, что в условиях большого количества больных позволяет снизить амортизационные расходы на лапароскопическое оборудование.

Применение лапароскопии у женщин молодого возраста позволяет провести дифференциальный диагноз с гинекологическими заболеваниями и при необходимости провести лапароскопическую санацию.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Корняк Б.С. Лапароскопическая аппендэктомия / Б.С. Корняк, П.В. Ткачев, Р.С. Бабаев и соавт.- М. 2009.- С. 92.
2. Лысов А.Е. Опыт лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците у детей / А.Е. Лысов [и др.] //Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – Выпуск № 11 / том 22 / - С.77-79.

### **АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗОЛОТОСОДЕРЖАЩЕГО НАНОКОМПОЗИТНОГО ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА**

***Довнар Р.И., Авдей И.Ю., Прецкайло П.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Штаммы микроорганизмов, высеваемые в настоящее время из ран, обладают, по данным различных авторов, выраженной антибактериальной резистентностью ко многим применяемым антибактериальным препаратам [1, 2]. Это диктует необходимость не только производить поиск новых антибактериальных препаратов, но и искать возможную им альтернативу [3]. Современные достижения нанотехнологии позволяют создавать наночастицы металлов определенных размеров [4]. Последние могут обладать антибактериальными свойствами.

Цель: изучение антибактериального эффекта бинта медицинского марлевого, содержащего наночастицы золота на культуры грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов.

Материалы и методы исследований. В исследовании был использован бинт марлевый медицинский, содержащий наночастицы золота, размерами 4-30 нм. Он изготавливался путем пропитывания обычного бинта марлевого медицинского органосолями золота (в триэтилаmine или изопропанолe) или серебра (в изопропанолe), получен-