

выносливости 10 % испытуемых имеют высокий показатель, 30 % - средний и 60 % – низкий. Полученные нами результаты свидетельствуют о крайне низком уровне развития у студенток ГрГМУ скоростных способностей. Общая выносливость в начале обучения находится на удовлетворительном уровне, а на старших курсах снижается до низких значений. Состояние скоростно-силовых способностей на протяжении всего периода обучения сохраняется, в среднем, на результате, оцениваемом в 4 балла. При этом следует отметить достаточно высокое развитие силовых способностей.

Таким образом, полученные результаты дают основание заключить, что физическая подготовленность студенток ГрГМУ находится на удовлетворительном уровне, при этом представляется необходимым на занятиях физической культуры увеличивать количество упражнений, направленных на развитие общей выносливости, скоростных и скоростно-силовых способностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев, Д.А. Физическое развитие и физическая подготовленность врачей-интернов к работе в экстремальных условиях / Д.А. Тимофеев, Л.К. Мадзигон // Военно-медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 33-34.
2. Артеменков, А.А. Физическое развитие и физическая подготовленность студентов экологически неблагоприятного города / А.А. Артеменков // Экология человека. – 2012. – № 4. – С. 39-44.
3. Квятковская, Н.А. Эффективность методики повышения общей выносливости у студенток не физкультурных ВУЗов / Н.А. Квятковская // Мир спорта. – 2011. – № 4. – С. 39-44.

ХОЛЕДОХОЦИСТОПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Жандаров К.Н., Белюк К.С., Камарец А.М., Кухарчик Е.И.,
Михайловский А.Н.*

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Частота хронического панкреатита и его осложнений неуклонно растет, что ставит проблему лечения данной патологии в число актуальных и значимых [1]. В отношении хирургической тактики при кистах поджелудочной железы единой точки прения нет. Характер, объем оперативного вмешательства зависят от этиологии, наличия или отсутствия связи их с протоковой системой, наличия осложнений. Применяются различные вмешательства: от чрескожных пункций, дренирования и склерозирования кист до резекции поджелудочной железы и панкреатодуоденальной резекции [2].

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения больных с кистой головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой.

Материалы и методы. Представляются результаты оперативного лечения 2 пациентов страдающих гипертензионно-протоковым типом хронического панкреатита осложненного кистой головки поджелудочной железы и протяженной стриктурой терминального отдела холедоха

с механической желтухой.

По новой разработанной в УЗ «ГОКБ» методике выполнено оперативное вмешательство. Производят верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. После пункции кисты головки поджелудочной железы производят ее вскрытие и иссечение передней стенки с субтотальной интрапаренхиматозной резекцией головки поджелудочной железы и продольной клиновидной резекцией тела и хвоста железы. Далее производят холецистэктомию. На металлическом зонду Долиотти, введенном через культю пузырьного протока проводят вскрытие холедоха в просвет кисты головки поджелудочной железы и накладывают швы для герметизации наложенного холедохоцистоанастомоза. Через культю пузырьного протока вводится дренаж в сформированное холедохоцистопанкреатическое соустье, при этом отверстия в дренаже располагаются как в просвете ОЖП, так и выходят в просвет кисты поджелудочной железы и полости образовавшейся в результате интрапаренхиматозной резекции головки поджелудочной железы и продольной клиновидной резекции тела и хвоста поджелудочной железы. Далее производится наложение продольного панкреатоцистоанастомоза по Ру.

Результаты. Во время операций и в раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Пациенты были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии и вернулись к прежней работе. Рецидива болевого синдрома, желтухи и повторных поступлений в стационар не было.

Выводы. При использовании данного способа оперативного лечения осуществляется адекватная декомпрессия протоковой системы поджелудочной железы и желчевыводящих путей и создание нового пути оттока панкреатического сока с сохранением физиологических условий пищеварения. Не требуется 2 изолированные петли тонкой кишки для формирования отдельных цистоверсунгоанастомоза и холедохоанастомоза, что уменьшает продолжительность операции и количество послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альперович, Б. И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай, Г. Н. Хабас // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2000.- Т.5, №1.- С.70- 76.
2. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей / М. В. Данилов, В. Д. Федоров М.: Медицина, 1995.- 512 с.