

уменьшение размеров полости кисты. Данные результаты сопоставляли с количеством и качеством выделяемого из кисты содержимого, что являлось оценкой целесообразности дальнейшего дренирования. Дренажи извлекались при прекращении выделений содержимого из кисты и остаточных размерах кист 2-3 см. В большинстве случаев данный метод позволил купировать воспалительный процесс и достичь выздоровления.

Длительность госпитализации больных перенесших оперативное лечение в среднем составила 27 дней, а при консервативном лечении -16 дней. Повторное УЗИ исследование выполнялось больным через 10-14 дней. Кисты поджелудочной железы после оперативного лечения у 35 (46,1%) больных не обнаруживались, у 41 (53,9%) пациентов кисты выявлялись, но размеры кист были значительно меньше - в 2 - 3 раза.

Средняя длительность лечения пациентов при использовании пункционно-дренажного метода под контролем УЗИ составила 17 дней.

Выводы. Консервативное лечение больных с малыми размерами (до 7 см) кист поджелудочной железы без признаков осложнений должно быть приоритетным. Малотравматичные пункционно-дренирующие оперативные пособия, выполняемые под местной анестезией, позволяют в кратчайшие сроки и без серьезной травматизации окружающих тканей дренировать полости, устраняя интоксикацию организма и болевой синдром. Данный метод является высокоэффективным в лечении больных с кистами поджелудочной железы.

Литература

1. Ачкасов, Е.Е. Пункционное лечение ложных кист поджелудочной железы / Е.Е Ачкасов, А.Л. Харин, Д.Ю. Каннер // Хирургия. 2007.- №7.- с. 65-68.
2. Нестеренко, Ю.А. Лечение больных с острыми жидкостными образованиями поджелудочной железы и сальниковой сумки / Ю.А. Нестеренко, С.В.Михайлуков, А.В.Черняков. // Анналы хирургической гепатологии. 2006.- Т. 11.- №3.- с.23-28
3. Гришин, И.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.Н. Гриц, С.Н. Лагодич.- Минск : Выш. шк., 2009.-272 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ ПРИ ПУНКЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Довнар И.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: Основными факторами развития острого деструктивного холецистита являются застой желчи и наличие инфекции. Общеизвестно, что радикальным методом лечения заболевания является холецистэктомия. Однако в ряде случаев у больных пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией или при формировании паравезикального инфильтрата

выполнение данной операции сопряжено с высоким риском. У данных пациентов в настоящее время достаточно широко применяется метод чрескожной чреспеченочной пункции желчного пузыря (ЧЧПЖП) под контролем УЗИ, с целью билиарной декомпрессии и введения антибиотиков в место воспаления.

В литературе не нашел должного освещения вопрос о выборе антибиотиков для введения в полость желчного пузыря и прогнозируемости течения воспалительного процесса в желчном пузыре на фоне ЧЧПЖП, а имеющиеся критерии эффективности пункции (клинические, рентгенологические и лабораторные) достаточно субъективны.

Этиологические аспекты хирургической инфекции при деструктивном холецистите характеризуются наличием широкого спектра возбудителей и их изменчивостью, что нередко определяет особенности клинических проявлений хирургической инфекции на современном этапе. Антибактериальная терапия деструктивного холецистита до операции в большинстве своем проводится без микробиологического исследования и назначается эмпирически.

Цель исследования: Изучить микрофлору желчного пузыря при деструктивных холециститах для рационального назначения антибактериальных препаратов у данных пациентов и введения антибиотиков во время пункции желчного пузыря.

Материалы и методы: Были исследованы 13 больных острым калькулезным холециститом, поступивших в хирургический стационар УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», которым под контролем УЗИ выполнялась пункция желчного пузыря и проводилось микробиологическое исследование желчи. Из них 7 мужчин и 6 женщин, средний возраст которых составил 70 лет. У данных пациентов из-за сопутствующей патологии воздерживались от сложных хирургических вмешательств. ЧЧПЖП контролем УЗИ выполнялась в среднем на 2 – 3 сутки стационарного лечения. Из 13 пунктируемых больных микрофлора в желчном пузыре была выявлена в 10 (77%) случаях. При анализе антибиотикограммы у 70 % больных была выявлена грамотрицательная микрофлора семейства Энтеробактерий, у 30% - грамположительная микрофлора, представленная стафилококками и стрептококками.

При микробиологическом исследовании проводилась исследование на чувствительность и устойчивость микроорганизмов к 12 антибиотикам. В 60% случаев выявленные микроорганизмы были наиболее чувствительны к ципрофлоксацину, а в 30% - к гентамицину. По антибиотикограмме грамотрицательные микроорганизмы наиболее устойчивы к фурадонину, а грамположительные - к доксициклину.

Заключение: Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в качестве антибактериальной терапии острого калькулезного холецистита, этиологически наиболее обосновано назначение ципрофлоксацина, до получения результатов микробиологического исследования и данный антибиотик целесообразно вводить в полость желчного пузыря при его однократной санационной пункции.

АНАЛИЗ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ

Дубовик А.И., Макуцевич Т.С., Саросек В.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В современном обществе меняется отношение людей к какой – либо работе. Люди теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения, в гарантированности рабочего места. Как следствие, растет психическое, эмоциональное напряжение, которое связано со стрессом на рабочем месте. Выявляются тревога, депрессия, синдром «эмоционального выгорания», психосоматические расстройства, зависимости от психоактивных веществ. За последние годы накоплено большое число данных, свидетельствующих об участии психосоциальных факторов, наряду с основными эпидемиологическими факторами риска, в возникновении и развитии многих заболеваний. Среди них особо может быть выделен синдром «эмоционального выгорания» (СЭВ).

Синдром «эмоционального выгорания» - один из механизмов, являющийся специфическим видом профессиональной дезадаптации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми, и представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического переутомления, вызванного воздействием длительно продолжающегося стресса, связанного с профессиональной деятельностью. Главной причиной СЭВ среди различных специальностей считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутреннее и внешнее) длительное время преобладают над ресурсами, у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ. Настоящий медик в представлении населения – это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью.

Материалы и методы исследования. В данной работе использовался метод анкетирования с помощью личностного опросника Айзенка, тестирования синдрома «эмоционального выгорания». Анкетирование проводилось среди студентов-медиков лечебного факультета 2 курса. Данные представлены за 2008 год.