

В основной группе без признаков гемолитической болезни новорожденного были 4 ребенка (26,7%). В группе сравнения у всех детей (100%) развилась ГБН различной степени тяжести (χ^2 (ОГ,ГС)=10,4, $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, в результате проведенной комплексной внутриутробной инфузионной терапии была достигнута стабилизация внутриутробного состояния плодов, что проявилось нормализацией гематологических и биохимических показателей крови. Патогенетическая терапия ГБП с использованием раствора иммуноглобулина человека нормального способствовало снижению показателей заболеваемости новорожденных на 26,7%. Применение данного метода лечения позволит снизить перинатальную смертность и заболеваемость, уменьшить экономические затраты на лечение, выхаживание и реабилитацию новорожденных с ГБ.

Литература:

1. Белуга, М.В. Новые аспекты диагностики гемолитической болезни плода / М.В. Белуга // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности: сб.науч.трудов. – Минск, 2011. – вып. 4. – С. 18-26.
2. Белуга, М.В. Резус-конфликт: прошлое и настоящее в решении проблемы / М.В. Белуга // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2012. – № 1(37). – С.24-29.
3. Коноплянников, А.Г. Новые технологии в диагностике, лечении и профилактики гемолитической болезни плода и новорожденного: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / А.Г. Коноплянников; Мин. здрав. и соц. разв. РФ – М., 2009. – 27 с.
4. Способ лечения гемолитической болезни плода: пат. №19395 РБ, МПК А 61К 39/395, А 61К 35/18 / Белуга М.В.; заявитель ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», заявл. 2012.05.14; опубл. 2015.08.30. – Режим доступа: <http://www.belgopatent.org.by/database/index.php?pref=inv&lng=ru&page=3&target=27474>; Дата доступа: 26.10.2015.
5. Mari, G. Noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization / G. Mari // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 342. – P. 9-14.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРОЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Белюк К.С., Жандаров К.Н., Камарец А.М., Русин И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

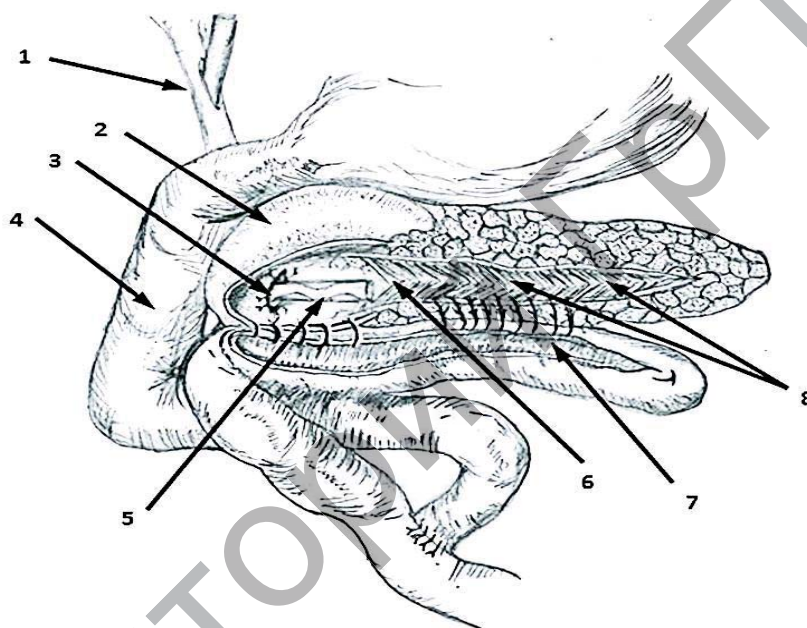
Частота хронического панкреатита и его осложнений неуклонно растет, что ставит проблему лечения данной патологии в число актуальных и значимых [1, 2, 3]. В отношении хирургической тактики при кистах поджелудочной железы единой точки прения нет. Характер, объем опера-

тивного вмешательства зависят от этиологии, наличия или отсутствия связи их с протоковой системой, наличия осложнений.

Цель – улучшение результатов хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита.

Материал и методы. Представляются результаты хирургического лечения трех пациентов, страдающих гипертензионно-протоковым типом хронического панкреатита, осложненного кистой головки поджелудочной железы и протяженной стриктурой терминального отдела холедоха с механической желтухой.

По разработанной в клинике методике выполнено оперативное вмешательство (рисунок).



- 1 – общий желчный проток, 2 – киста головки поджелудочной железы,
3 – холедохоцистопанкреатическое сообщение, 4 – двенадцатиперстная кишка,
5 – дренажная трубка, 6 – субтотально резецированная головка поджелудочной
железы, 7 – выключенная по Ру петля кишки,
8 – клиновидно резецированное тело и хвост поджелудочной железы

Рисунок – Холедохоцистопанкреатоеюностомия

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 пузырного протока, проводят вскрытие холедоха в просвет кисты головки поджелудочной железы и накладывают швы для герметизации наложенного холедохоцистоанастомоза. Через культю пузырного протока вводится дренаж в сформированное холедохоцистопанкреатическое соустье, при этом отверстия

в дренаже располагаются как в просвете общего желчного протока, 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 панкреатоеюноанастомоза по Ру.

Результаты и обсуждение. 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 при сроках наблюдения до 3-х лет.

Выводы. При использовании данного способа хирургического лечения осуществляется адекватная декомпрессия кисты, протоковой системы поджелудочной железы и желчевыводящих путей с сохранением физиологических условий пищеварения. Не требуется формирования отдельных панкреатоеюноанастомоза и холедохоеюноанастомоза, 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.
3. Кудряшова, И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни (уч.-метод. рекомендации) / И.В. Кудряшова. – Смоленск, 2003. – 23 с.

ОСОБЕННОСТИ КОНСТИТУЦИИ ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бобрик А.В., Цикман А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Определение типа конституции имеет большое значение для практической медицины, так как позволяет оценить настоящий статус конкретного человека и прогнозировать возможность возникновения у него определенных заболеваний в будущем. Учитывая особенности индивидуальной конституции человека, можно оценить степень риска эндо- и экзогенных факторов и рекомендовать образ жизни, исключая или ослабляющий их. В связи с этим по-прежнему представляется перспективным исследование в данном направлении с целью уточнения и дополнения имеющихся результатов.