

части экзокринных клеток отчетливо заметно уменьшение активности НАДН-ДГ. Активность СДГ более низкая и претерпевает менее существенное снижение. Цитофотометрические показатели активности ЛДГ по сравнению с контрольными животными возрастают.

Приведенные данные свидетельствуют, что так же, как в пренатальные сроки развития на 2-е сутки после рождения в поджелудочной железе крысят, развивавшихся в условиях эндогенной холестатической интоксикации, наблюдаются признаки задержки становления структурных компонентов экзокринной паренхимы органа и их цитохимической дифференцировки.

Литература

1. Ключарева, А.В. Внутрпеченочный холестаза беременных / А.В. Ключарева, Л.В. Вавилова // Здоровоохранение. – 2007. – № 3. – С. 72-73.
2. Кузьмин, В.Н. Состояние проблемы желтухи и холестаза у беременных в современном акушерстве / В.Н. Кузьмин // Гинекология. – 2009. – Т. 11, № 6. – С. 8-12.
3. Кулавский, Б.А. Беременность и заболевания гепатобилиарной системы / Б.А. Кулавский, М.А. Нартайлаков // Актуальные проблемы гепатологии: Материалы Межрегиональной конференции, посвященной 70-летию профессора И.А. Сафина. – Уфа, 2002. – С.142-146.
4. Структурно-цитохимические свойства органов плодов и потомства, развивавшихся в условиях холестаза беременных / Мацюк Я.Р. [и др.] // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научной конференции (15-16 декабря 2011 г.) / Отв. редактор М.Н. Курбат. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – 456 с.
5. Rathak, V. Cholestasis of pregnancy / V. Rathak, L. Sheibani, R. Lee // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2010. – V.37, № 2. – P. 269-282.

ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ

Можейко М.А.¹, Сушко А.А.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Введение. Опухоли средостения в Гродненской области составляют 1,5 – 2% от всех впервые выявленных опухолей. Чаще всего новообразования средостения выявляются у лиц 20-40 лет, т.е. у трудоспособной части населения. Около 80% выявленных новообразований средостения относятся к доброкачественным, а 20%-к злокачественным.

Целью работы являлась оценка ранних и отдалённых

результатов хирургического лечения больных с опухолями средостения.

Материал и методы. В 2002-2012 гг. в клинике торакальной хирургии первой кафедры хирургических болезней ГрГМУ на базе Гродненской областной клинической больницы оперировано 116 пациентов с опухолями средостения. Среди них мужчин было 43, женщин – 73. Средний возраст больных составлял $49,6 \pm 3,7$ лет. По поводу кист перикарда оперировано 15 пациентов, лимфом – 39, дермоидных кист – 9, липом – 12, липосарком – 2, тимом – 3, бронхогенных кист – 4, энтерогенных кист – 3, за грудиного зоба – 7, невrogenных опухолей (нейрофибромы – 6, феохромоцитомы – 4, шваномы – 3, ангиоперицитомы – 1).

Основную роль в диагностике новообразований средостения играет рентгенологическое исследование. Полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография органов грудной полости позволяет определить локализацию образования, отношение к соседним органам, форму и изменение его положения при дыхательных движениях. Информативным методом исследования является КТ. Этот современный метод исследования позволяет не только выявить образование, определить его размеры, но также оценить плотность опухоли, взаимоотношение с соседними анатомическими образованиями.

Другим современным методом исследования является сонография. С помощью этого распространенного, информативного, необременительного для пациента метода исследования удастся выявить тонкостенные, полостные, заполненные жидкостью образования, оценить их взаимоотношения с сердцем, другими органами средостения, выявить сообщение с полостью перикарда.

Применение в клинике комплексного современного исследования: рентгенография, МСКТ, МРТ – позволяет в большинстве случаев определить локализацию и распространенность процесса. Кроме клинических, рентгеномографических исследований в отдельных случаях выполнены ангиография, пункционная тонкоигольная трансторакальная или транстрахеальная биопсия.

У 65% пациентов опухоли и кисты средостения протекали бессимптомно и были выявлены на профилактических

рентгенологических исследованиях грудной клетки. У остальных больных заболевания проявлялись теми или иными изменениями функций рядом расположенных органов.

Лечение новообразований средостения – оперативное. Удаление опухолей и кист средостения необходимо производить как можно раньше, так как это является профилактикой их малигнизации или развития компрессионного синдрома. Однако лечение злокачественных опухолей средостения в каждом конкретном случае требует индивидуального подхода. Обычно в основе его лежит оперативное вмешательство. Консервативные методы составляют основу терапии при далеко зашедших стадиях опухолевого процесса, когда выполнение радикальной операции невозможно, а также при лимфомах средостения.

Результаты и их обсуждение. Кисты перикарда у 10 пациентов локализовались в правом, у 5-х в левом кардиодиафрагмальном углу и у 2-х – кисты исходили из передней поверхностной перикарда и достигали дуги аорты. С данной патологией 7 больных проявляли жалобы на ноющие боли в сердце, периодически возникающие экстрасистолы. Удаление кист у 8 пациентов выполнено видеоторакоскопически и у 7 – торакотомным доступом. У больных с загрудинным зобом основной патологией являлось затруднение дыхания. У всех пациентов зоб удален шейным доступом. Наиболее часто локализация лимфом отмечена в переднем средостении. При этом у 32 гистологически диагностирован лимфогранулематоз. У 12 больных удалось удалить пакеты лимфоузлов из переднего средостения. У остальных торакоскопически бралась биопсия с последующим лечением этой группы больных у химиотерапевтов. Бронхогенные кисты в 2-х случаях не сообщались и в одном сообщались с правым главным бронхом и удалены видеоторакоскопически. У 2-х больных феохромоцитома была гормонально активной и сопровождалась гипертонической болезнью с периодическими гипертоническими кризами. После видеоторакоскопического удаления опухоли давление у пациентов нормализовалось. Энтерогенные кисты исходили из стенки пищевода. У одного пациента киста в виде муфты охватывала пищевод от средней до нижней трети, у 2-х – локализовалась в нижней трети пищевода. У всех больных имелся

симптом дисфагии. Удалены видеоассистированно. Липомы у больных клинически не проявлялись и у 80% пациентов локализовались в заднем и у 4 переднем средостении. Удалены видеоассистированно. Липосаркома 10x8 см. исходила из клетчатки переднего средостения и была удалена из торакотомного доступа в 4-ом межреберье. Удаленные видеоторакоскопически дермоидные кисты размерами от 2 до 7 см. в диаметре локализовались, как правило, в переднее-среднем средостении.

Таким образом, клинические признаки новообразований, средостения весьма многообразны, однако они проявляются в поздних стадиях развития заболевания и не всегда позволяют установить точный диагноз. Важным для диагностики являются данные рентгенологических и инструментальных методов, особенно для распознавания ранних стадий заболевания.

Применённые ВТС и ВАТС вмешательства позволили получить хороший рентгенологический результат у 85,7% больных и хороший клинический результат у 99,1 % больных с опухолями средостения.

Использование ВТС и ВАТС позволяет эффективно лечить патологию органов средостения, уменьшает травматичность вмешательств и кровопотерю, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Мрочек А.Г., Адзерихо И.Э, Чур С.Н.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,

ГУО «Белорусская медицинская

академия последипломного образования»,

УЗ «Минская ордена Трудового Красного Знамени

областная клиническая больница»

Одним из наиболее частых осложнений сахарного диабета (СД) является синдром диабетической стопы (СДС). Известно, что на долю пациентов с СДС приходится до 40-60% всех ампутаций