

Кровотечение останавливают коагуляцией кровоточащих сосудов петель резектоскопа или шариковым электродом. При рассечении гемокоагуляция не требуется. Масса удаленной ткани находится в пределах 5-10 гр. Длительность операции – 30-40 мин. Операция завершается установлением катетера Фоли на 24-48 часов.

**Результаты и их обсуждение.** После ТУР урологические осложнения наблюдались у 3(4%) больных: перфорация капсулы предстательной железы – 1, кровотечение из простатического отдела уретры – 2. Пневмония диагностирована у 1 пациента, инфаркт миокарда – у 2. Никто из пациентов не умер. Случаев тромбоэмболии легочной артерии зафиксировано не было. Урологические осложнения были купированы консервативно, терапевтические – путем назначения соответствующей терапии. Всем больным удалось устранить инфравезикальную обструкцию и ликвидировать цистостому.

**Выводы.** Представленный опыт нашей работы показывает, что при соответствующей предоперационной подготовке, адекватной послеоперационной терапии, хорошем владении техникой трансуретральных операций не следует бояться выполнять последние пожилым пациентам с сопутствующими сердечно-сосудистыми, неврологическими, эндокринными заболеваниями в стадии компенсации. Однако к выполнению ТУР и трансуретральному рассечению простаты у пожилых людей следует относиться с большим вниманием, четко соблюдать хирургическую технику, т.к. осложнения могут быть весьма серьезными

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы о рака предстательной железы. –Л.:Медицина, 1988.
2. Мартин И. Резник, Эндрю К. Новик. Секреты урологии. Перевод с английского под редакцией проф.С.Х.Аль-Шахри. Санкт-Петербург, 2003. с 130-133.

## ИНФОРМАТИВНОСТЬ АНАЛИЗА МИКРОКРИСТАЛЛИЗАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ТЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ

**Флерьянович М.С.<sup>1</sup>, Походенько-Чудакова И.О.<sup>2</sup>**

*Витебский государственный ордена Дружбв народов медицинский университет<sup>1</sup>,*

*Белорусский государственный медицинский университет<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Одним из наиболее распространенным воспалительным заболеванием кожи являются фурункул. Вопрос, связанный с развитием

фурункула, по-прежнему актуален не только для стоматологов, но и для общих хирургов и дерматологов. Из всех инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области фурункулы челюстно-лицевой области составляют около 30%, из которых в 5-27% возможно развитие осложнений (тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, сепсис и т. д.) [1]. Одним из наиболее простых, доступных и быстрых методов диагностики и наблюдения при различных воспалительных процессах является кристаллографическое исследование ротовой жидкости. Применение этого метода в клинической практике показало его высокую диагностическую информативность при различных заболеваниях. Целесообразность использования данной биологической среды в качестве объекта исследования объясняется ее значимой физиологической ролью в организме, а также доступностью получения диагностического материала [2,3,4].

**Цель.** Оценить информативность и возможность использования кристаллографического анализа ротовой жидкости для мониторинга течения воспалительного процесса у пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области при стандартной комплексной терапии и с включением в схему лечения электроаккупунктуры

**Методы исследования.** Для оценки микрокристаллизации ротовой жидкости при изготовлении и оценке препаратов использовали методику П.А. Леуса (1977). Оценка кристаллографической картины препаратов ротовой жидкости проводилась у 20 человек с диагнозом фурункулы челюстно-лицевой области. Все пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа получала стандартное комплексное лечение, с проведением первичной хирургической обработки гнойной раны, последующими ежедневными перевязками, курсом антибактериальной терапии. Также после купирования острой фазы воспаления пациентам назначалось физиолечение. Как правило, это высокочастотная терапия в атермической дозе на зону поражения. Далее пациент посещает физиотерапевтический кабинет ежедневно на протяжении всего периода стационарного лечения. Продолжительность процедуры составляет не более 15 минут. Второй группе пациентов также проводилось лечение по стандартной схеме, однако, вместо физиотерапии, проводился курс электроаккупунктуры. Воздействие осуществляли в накожной проекцией акупунктурных точек (АТ) широкого спектра действия (общих), локализованных, как правило, дистально — на конечностях и АТ расположенных локально в непосредственной близости к послеоперационной ране. Последние АТ включались в рецепт процедуры не ранее, чем начинался рост грануляций в области дна раны, свидетельствующий о ее очищении. Также исследовались образцы ротовой жидкости 10 практически здоровых лиц. Для определения типа микрокристаллизации забор ротовой жидкости у всех пациентов производили непосредственно в полости рта, под языком, при помощи стерильной пипетки в количестве 0,2-0,3 мл в утренние часы, натощак. Исследование выполнялось в динамике: при поступлении

пациента в стационар, на 5 сутки после начала лечения и при завершении курса стационарного лечения. На предметное стекло, предварительно обработанное спиртом, наносили три капли ротовой жидкости. Высушивание микропрепаратов проводили при комнатной температуре. Микропрепараты во время сушки не перемещались и были защищены от попадания пыли. Структуру образцов РЖ исследовали с помощью оптического микроскопа Leica DLMS-LS (Германия) и лазерного сканирующего конфокального микроскопа Leica TCS SPE с программным обеспечением LAS AF. Анализ полученных изображений проводился на компьютере с помощью программы LAS F 3.6. Полученное изображение передавалось на экран монитора. Вначале при малом увеличении сканировалась вся поверхность высушенной капли-образца на предмет плотности кристаллов, а затем, при большом увеличении, исследовались отдельные участки поверхности кристаллограмм с различной морфологией с целью проведения количественной и качественной характеристики кристаллов. Выбранные участки кристаллограммы записывались в виде графического файла на компьютере. Файлы сохранялись как растровое изображение с разрешением RGB 24 bit в формате BMP. Размеры пятен определялись визуально-графическим методом, путем нанесения на фотографическое изображение пятна специальной сетки, и высчитывались в мм<sup>2</sup>.

**Результаты и их обсуждение.** Кристаллическая структура ротовой жидкости в первый день ее забора у представителей исследуемых групп пациентов претерпевает выраженные изменения, характернее преимущественно для III типа микрокристаллизации. На исследуемых препаратах отсутствуют очаги кристаллизации, что связано с воздействием метаболических нарушений, сопровождающих воспалительный процесс. Имеет место перпендикулярный рост кристаллов, их деструкция, присутствуют включения аморфной формы (дополнительные признаки воспаления). Однако на 5-е сутки наблюдения были выявлены следующие различия в микрокристаллографической структуре ротовой жидкости. У 80% пациентов из первой группы был II тип микрокристаллизации, у остальных 20% – I тип. Кристаллографический анализ ротовой жидкости пациентов, которым кроме основного лечения был проведен курс электрорефлексотерапии, показал, что у 60% человек определился I тип, а в 40% – II тип. Обращает на себя внимание то, что у контрольной группы лиц в 85% наблюдений был констатирован I тип микрокристаллизации ротовой жидкости.

**Выводы.** Результаты исследования микрокристаллизации ротовой жидкости у пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области указывают на различную динамику определяемого биофизического показателя в зависимости от вида проводимого лечения, следовательно, являются информативными и говорят о возможности его использования для мониторинга течения данного воспалительного процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Батраков, А.В. Фурункулы лица. Часть I: уч. пособие / А.В. Батраков, – Спб.: Человек, 2017.
2. Казакова, Ю. М. Изменение микрокристаллизации ротовой жидкости у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в процессе стандартного лечения / Ю. М. Казакова - Труды молодых ученых 2005: сб. науч. работ / БГМУ; под ред. С. Л. Кабака. – Минск, 2005. – С. 59 – 63.
3. Походенько-Чудакова, И. О. Влияние препарата «Мексидел» на биохимические и биофизические параметры ротовой жидкости пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / И. О. Походенько-Чудакова, А. А. Кабанова - Военная медицина. – 2011. – № 3 (20). – С. 66 – 69.
4. Шевела, Т. Л. Динамика показателя микрокристаллизации ротовой жидкости в послеоперационном периоде у больных после проведения дентальной имплантации / Т. Л. Шевела, И. О. Походенько-Чудакова - Материалы 7-й междунар. науч.-практ. конф. по стоматологии в рамках 4-й междунар. специализ. выставки «Стоматология Беларуси 2008», Минск, 28 – 31 октября 2008 г. / под ред. С. А. Наумовича. – Минск: Тесей, 2008. – С. 154 – 155.

## ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

**Хворик Н.В.<sup>1</sup>, Амбрушкевич Л.П.<sup>2</sup>, Биркос В.А.<sup>2</sup>, Кучук Д.О.<sup>2</sup>,  
Шишловская В.С.<sup>1</sup>**

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
ГКБСМП г. Гродно<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Опушение и выпадение внутренних половых органов является серьёзной медицинской и социальной проблемой, которая занимает одно из ведущих положений среди гинекологических патологий. Данное состояние непосредственно не угрожает жизни пациента, однако из-за анатомической и функциональной связи с различными органами и системами, приводит к снижению качества жизни, социальной дезадаптации. Доля данной патологии в структуре гинекологических заболеваний занимает до 28%, а 15% всех гинекологических операций проводят именно по данному поводу [1, 2, 4]. Согласно данным, опубликованным Американской ассоциацией урологов, в хирургическом лечении пролапса гениталий и/или стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина, а у каждой четвёртой женщины старше 60 лет встречаются различные формы пролапса внутренних половых органов, причём отмечается тенденция к увеличению рецидивных форм пролапса гениталий [3, 4]. Хирургическое лечение пациенток с пролапсом гениталий - это прежде всего реконструкция тазового дна, целью которой является устранение