

гипертензии развиваются нарушения состояния периферической гемодинамики, свидетельствующие о развитии эндотелиальной дисфункции. Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского Республиканского Фонда фундаментальных исследований по договору Б10М-206.

Лученок А.А.

ХОЛЕРА И ВОЙНЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Флюрик С.В.

Холера – острая кишечная антропонозная инфекция, вызываемая бактериями вида *Vibrio cholerae*. Характеризуется фекально-оральным механизмом заражения, поражением тонкого кишечника, водянистой диареей, рвотой, быстрой потерей организмом жидкости и электролитов с развитием различной степени обезвоживания вплоть до гиповолемического шока и смерти. В наши дни распространяется, как правило, в форме эпидемий в бедных странах, и особенно при массовых стихийных бедствиях. Если сопоставить историю войн с историей крупных эпидемий холеры, легко убедиться, что именно войны были одним из основных факторов распространения холеры в странах, ведущих боевые действия. Это вызвано движением большой массы войск и мирного населения, резкого снижением социально-экономических условий и санитарного обеспечения. Во время первой пандемии холеры, инфекция распространялась английскими колониальными войсками, беженцами. В 1821 холеру занесли в Аравию, оттуда инфекция распространилась в Индостан, Иран, Месопотамию, Турцию, с выносом в Европу. Войнами холера распространилась практически на все континенты, заражая как военный состав, так и мирное население. Еще в древние времена существовали некоторые противозидемические методы, основанные на жизненном опыте. В начале V в. римский военный теоретик Флавий Ренат Вегетий написал трактат «О военном деле», где приводились указания по профилактике заразных болезней. В России противозидемические меры против эпидемий появились во времена Ивана IV. В 19в. В Русской армии было принято во время эпидемий холеры выводить войска из населенных пунктов в лагеря. Также против заноса холеры извне применялись специальные санитарные кордоны. Однако данные карантинные меры не приносили ожидаемых результатов: произвольное назначение сроков карантина, неправильный режим содержания, лихоимство карантинного начальства сильно скомпрометировали результаты противозидемических мер. Тем не менее известно, что на протяжении длительного времени и до наших дней карантинные рекомендации и применялись в войсках как мера борьбы с инфекционными заболеваниями, в частности с холерой. Первая мировая война сопровождалась значительным распространением холеры как в войсках, так и среди мирного населения, так в Русской армии только за 1914 было зафиксировано 8758 заболеваний холеры. В 1919 г. приказом Революционного военного совета РСФСР были введены специальные инфекционные госпитали, а Советом народных комиссаров был издан декрет «Об образовании особой Всероссийской комиссии по улучшению общего санитарного состояния в республике». Великая Отечественная война вызвала колоссальную миграцию как военных, так и мирных масс людей и стала тяжелым испытанием для всей системы здравоохранения. Так первые случаи холеры были зафиксированы уже на второй месяц войны в Харькове среди личного состава строительного батальона. С 1942 года на местах были созданы чрезвычайные противозидемические комитеты, в которые вошли представители органов здравоохранения, военного командования, партийных органов. За время Великой Отечественной войны вспышки холеры наблюдались в Сталинграде, Казани, Саратове, Астрахани в 1942 году.

Лушко А.В., Ложко П.П.

ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ: АНАЛИЗ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Цилиндзь И.Т., к.м.н., доцент

В настоящее время видеолароскопия получила широкое распространение в хирургии для диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости. Но, к сожалению, ещё не во всех

лечебных учреждениях применяются видеолaparоскопические вмешательства при urgentных состояниях. Одной из наиболее распространенных хирургических патологий является острый аппендицит, для диагностики и лечения которого применяется видеолaparоскопия – диагностическая и лечебная (видеолaparоскопическая аппендэктомия), являющаяся эффективным и малотравматичным методом лечения острого аппендицита, наряду с основными преимуществами видеолaparоскопической хирургии метод также позволяет более детально изучить состояние органов брюшной полости и малого таза, что в открытой хирургии затруднительно, и связано с большей травматизацией тканей пациента. Цель исследования. Выявить преимущества лечебной видеолaparоскопии при остром аппендиците. Материалы и методы. Нами было изучено и проанализировано 60 оперативных вмешательств, выполненных при лечении острого аппендицита. Возраст оперированных больных составлял от 18 до 57 лет (средний возраст 37,5 лет). Среди пациентов было 44 (73%) женщин и 16 (27%) мужчин. Видеолaparоскопическая аппендэктомия выполнялась по стандартной методике, с интракорпоральной перевязкой червеобразного отростка и обязательным дренированием брюшной полости. Результаты. При гистологическом исследовании морфологически подтверждены следующие формы острого аппендицита: флегмонозный 50 (83,3%), катаральный 6 (10%), гангренозный 4 (6,7%). Средняя продолжительность видеолaparоскопической аппендэктомии составила – 60 ± 15 минут. Осложнения отмечены у 1 (1,6%) больного: острая спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая срочного оперативного вмешательства, каких-либо других осложнений среди оперированных не выявлено. Длительность пребывания оперированных в стационаре составила 4-5 суток. Выводы. Таким образом, видеолaparоскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционной операцией: высокая диагностическая ценность метода (позволяет избежать или сократить до минимума время динамического наблюдения; снизить процент диагностических ошибок и снизить число необоснованных аппендэктомий); небольшая травматичность операции; короткий период пребывания в стационаре и восстановления трудоспособности (после метода видеолaparоскопической аппендэктомии по сравнению с аппендэктомией традиционным доступом число больных раньше приступивших к выполнению повседневной домашней работы возрастает на 21%, испытывающих затруднения в профессиональной сфере уменьшается на 15,75%). В заключении надо отметить, что оперативные вмешательства, выполняемые по поводу подозрения на острый аппендицит, должны начинаться с диагностической лaparоскопии.

Лушко А.В., Козловская А.В.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Кузнецов А.Г.

Одной из причин высокого уровня летальности при гнойно-некротических формах синдрома диабетической стопы (СДС), является высокая степень эндогенной интоксикации, обусловленная всасыванием продуктов жизнедеятельности патогенных микроорганизмов и распада некротических тканей. Цель исследования – оценить клиническую значимость различных интегральных гематологических индексов интоксикации у больных с гнойно-некротическими формами СДС. Материалы и методы. Объектом исследования явились показатели общего анализа крови 63 больных с гнойно-некротическими формами СДС, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2010-11 годах. На основе показателей общего анализа крови, взятого при поступлении больного в стационар, мы производили вычисление следующих индексов: 1. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) (по формуле Я.Я. Кальф-Калифа). 2. Модифицированный лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИм) (по формуле В.К.Островского). 3. Ядерный индекс (по формуле Г.Д. Даштаянца). 4. Индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК). 5. Реактивный ответ нейтрофилов (РОН) (по формуле Т.Ш. Хабирова). 6. Индекс резистентности организма (ИРО). По выявленным гнойно-некротическим изменениям стопы мы разделили больных согласно классификации F. Wagner на 5 групп. Первая группа: очаговые некрозы кожи или поверхностные трофические язвы – 10; вторая группа: глубокие гнойно-некротические язвы – 15;