

Только у $19,3 \pm 5,5\%$ в анамнезе имели место указания на контакт с лихорадящими больными. Оценка клинической картины заболевания на догоспитальном этапе позволяет заподозрить нейроинфекцию только в $75 \pm 6,1\%$ случаев. При оценке данных клинического обследования отмечено, что только у $53,9 \pm 7,0\%$ больных отмечена полная «менингеальная триада». Так, головная боль отмечалась в $93,2 \pm 3,9\%$ случаев, лихорадка у $94,3 \pm 3,3\%$ больных, рвота только у $48,1 \pm 7,0\%$ больных. При проверке менингеальной симптоматики отмечено отсутствие ригидности шейно-затылочных мышц у $34,6 \pm 6,6\%$ больных, сомнения в наличии ригидности отмечены врачами в $25,0 \pm 6,1\%$ случаев. Симптом Кернига был отрицателен в $30,8 \pm 6,5\%$ случаев и трактовался как сомнительный в $40,4 \pm 6,9\%$ случаев. Трактовка данных ликворологического исследования в $21,6 \pm 5,8\%$ случаев была затруднительна. При МРТ исследовании у $11,1 \pm 7,6\%$ обследованных поданной методике больных выявлены признаки органической патологии ЦНС, неопределенная трактовка данных МРТ возможна была в $16,7 \pm 9,0\%$ случаев, а в $27,8 \pm 10,1\%$ случаев заключение соответствовало норме и только в $44,4 \pm 12,1\%$ случаев данные МРТ трактовались в пользу нейроинфекции. При этом МРТ выполнялась в среднем на $3,32 \pm 1,0$ день. При серологическом и ПЦР-исследовании признаки ВПГ инфекции подтверждены у $6,0 \pm 3,3\%$ больных, в то время как лечение ацикловиром получали $36,6 \pm 6,7\%$ больных. Результаты исследования на ВПГ поступали на $3,4 \pm 0,4$ день пребывания больного в стационаре. Признаки энтеровирусной инфекции выявлены у $37,8 \pm 8,1\%$ обследованных больных, отказ в исследовании получен в $19,6 \pm 5,4\%$ случаев. Результаты исследования на энтеровирусную инфекцию были известны в среднем на $6,6 \pm 0,7$ день пребывания больного в стационаре. Таким образом, существует ряд объективных и субъективных факторов, затрудняющих диагностику и дифференциацию нейроинфекций.

Сильчук Н. А.

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Милешко М.И., к.м.н.

В связи с прогрессирующим ростом гепатобилиарной патологии лечение больных с внепеченочным холестазом остается актуальной проблемой. Цель. Проанализировать результаты эндобилиарных вмешательств в лечении внепеченочного холестаза. Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 104 больных с внепеченочным холестазом, находившихся на лечении в клинике общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета с 2007 по 2011 годы. Больные разделены на 2 группы: I группа – 79 (75,96%) больных с механической желтухой, развившейся в результате доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных ходов и поджелудочной железы, из них: холедохолитиаз – 66 пациентов (у 14 он сочетался с холангитом); хронический псевдотуморозный панкреатит – 10; стриктура дистального отдела холедоха – 2; изолированный стеноз большого дуоденального сосочка имел место у 1 больного. II группа – 25 (24,04%) больных с механическим холестазом, вызванным злокачественными опухолями панкреатобилиарной системы. Из них: рак поджелудочной железы – у 18 больных; рак терминального отдела холедоха – 2; рак желчного пузыря с распространением на гепатодуоденальную связку – 3; рак большого дуоденального сосочка – 2. На первом этапе лечения холестаза всем пациентам были выполнены декомпрессия и санация билиарного тракта. Лапароскопическая холецистостомия – 14 (13,5%), транспеченочной пункции желчного пузыря и его наружного дренирования хлорвиниловыми и силиконовыми микроирригаторами по Роуэру – 21 (20,2%), чрескожной чреспеченочной холецистостомии под ультразвуковым наведением – 61 (58,7%), микролапаротомии с холецистостомией – 8 (7,7%). Больным с признаками острой печеночной недостаточности в стадии декомпенсации наружное дренирование желчных ходов было выполнено в течение первых суток. Второй этап операции производился через 12-14 дней. Больным с механической желтухой в стадии субкомпенсации с целью уточнения диагноза и коррекции нарушений гомеостаза наружное отведение желчи могло быть отсрочено до 2 суток. Результаты. У больных I группы после формирования холецистостомы механическую желтуху удалось полностью купировать у 5 больных (внепеченочный холестаз у них был обусловлен панкреатитом). 69

больным был произведен второй этап операции. 3 больным в связи с высоким операционным риском, обусловленным некупировавшейся острой печёночной недостаточностью, тяжелой сопутствующей патологией и возрастом (старше 85 лет), второй этап операции решено было не производить. Умерло 2 больных. Во II группе второй этап операции выполнен у 11 больных. Из-за распространенности опухолевого процесса, наличия отдалённых метастазов у 13 больных второй этап не выполнялся, они выписаны с функционирующей холецистостомой. Умер 1 пациент из-за генерализации злокачественного процесса. Выводы. Целенаправленное разделение лечебного комплекса на два этапа позволяет полностью купировать недостаточность печени, сократить сроки предоперационной подготовки до 7-9 дней и в оптимальное время выполнить восстановительную желчеотводящую операцию.

Симоненко Е.В.

ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Плоцкий А.Р., к.м.н.

Аntenатальная гибель плода является серьезным осложнением беременности. В последнее время отмечается снижение неонатальной смертности и довольно малое количество интранатальной. Следовательно, антенатальные потери являются ведущими в структуре перинатальной смертности. Целью работы явились установление основных причин антенатальной гибели плода в современных условиях, анализ изменения их структуры и определение возможных способов предотвращения. Мы провели ретроспективный анализ 56 историй родов с антенатальной гибелью плода, произошедших в Гродненском областном клиническом родильном доме с 2003 по 2006 год. Основные причины антенатальной гибели распределились следующим образом. В 33 наблюдениях (59%) ведущей причиной явились патологические изменения последа. На втором месте оказались врожденные аномалии плода – 10 наблюдений (18%). Отмечено 5 случаев (9%) гибели от внутриутробного инфицирования плода и 5 случаев (9%) от гестоза тяжелой степени. Наконец, в 3 (5%) случаях выявлена водянка плода: 2 случая гемолитической болезни и неиммунная водянка, причину которой не удалось установить из-за выраженных посмертных изменений. Интересно обратиться к данным монографии Грищенко В.И., «Аntenатальная смерть плода» за 1978 год. Патология последа в то время не являлась ведущей причиной смерти, она имела такой же удельный вес как гестозы, инфекционная патология, иммунологические конфликты, перенашивание и врожденные аномалии. Это говорит о достижении серьезных успехов в профилактике и лечении перинатальных инфекций, диагностике врожденных аномалий, оптимизации тактики ведения гестозов, профилактике иммунологической несовместимости. В нашем исследовании в большинстве случаев отмечены различные виды патологической незрелости плаценты: наличие незрелых промежуточных ворсин – 9%, эмбриональных ворсин – 7%, диссоциированное созревание плаценты – 9%, децидуитов, петрификатов и инфарктов плаценты. Среди возможных причин доминируют перенесенные гестозы, инфекционные заболевания, а также эндокринопатии. Следует обратить внимание на то, что в 10 наблюдениях (18%) гибель плода связана с особенностями строения пуповины, а в 7 (13%) патологические изменения привели к преждевременной отслойке плаценты. Мы провели сопоставление результатов ультразвуковых и морфологических исследований. Эхо-признаки гиперэхогенных включений, так называемой отечности, неоднородности плаценты не отражались при морфологическом исследовании. Заключение «старая плацента» могла соответствовать и множественным инфарктам, и децидуиту, и повышенному отложению фибрина. Лишь в половине случаев ультразвуковой диагноз гипоплазии плаценты соответствовал морфологическому. Полученные данные свидетельствуют о том, что основной причиной внутриутробной гибели плода является асфиксия, обусловленная патологией плаценты и пуповины. Широкое внедрение в практическое акушерство ультразвукового исследования не привело к выявлению четких признаков приближающейся антенатальной гибели, что приводит к поиску иных более информативных методов диагностики. Однако значительное снижение смерти от других патологий говорит о правильном направлении в их диагностике и лечении, а последующее их усовершенствование и вовсе может превратить их в единичные случаи.