

При сравнении лабораторных показателей оказалось, что у детей II группы были достоверно ниже ( $p < 0,001$ ), чем в I гр., эритроциты ( $4,12 \pm 0,07$  и  $4,68 \pm 0,09$ ), гемоглобин ( $118,68 \pm 1,59$  и  $164,16 \pm 4,34$ ), лейкоциты ( $10,44 \pm 0,52$  и  $14,82 \pm 0,76$ ), сегментоядерные нейтрофилы ( $24,32 \pm 2,38$  и  $46,0 \pm 2,99$ ) и выше ( $p < 0,001$ ) лимфоциты ( $62,38 \pm 2,34$  и  $40,34 \pm 3,01$ ) и СОЭ ( $10,83 \pm 1,09$  и  $3,63 \pm 0,99$ ).

**Выводы:**

1. Дети с тимомегалией уже в грудном возрасте склонны к заболеваниям респираторного тракта, анемиям, нейтропениям.

2. Они нуждаются в более пристальном наблюдении не только педиатров, но и иммунологов, пульмонологов, гематологов.

**Литература:**

1. Ерофеева Л.М. Морфология тимуса человека в детские возрастные периоды // Успехи современного естествознания. – 2003. – №8. – С. 93.

2. Шабалов Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема // Педиатрия. – 2005. – №5. – С. 72-76.

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ЯГДК)**

**Мармыш В.Г., Басай Д.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Мармыш Г.Г.*

**Актуальность.** Тяжесть проявлений, существенные трудности, возникающие при решении диагностических, тактических и лечебных вопросов являются основными причинами неудовлетворительных результатов оказания помощи пациентам с ЯГДК.(1,2).

**Цель исследования.** Установить степень эффективности эндоскопических методов гемостаза при различных видах ЯГДК.

**Материал и методы.** Данная работа основана на анализе результатов лечения 121 больного. Все поступили в клинику с ЯГДК в 2010 году. Мужчин было 80 (66,1%), женщин – 41 (33,9%). Возраст больных варьировал от 17 до 86 лет, из них 70 лет и старше составили 25,1%. Показанием для проведения экстренной фиброгастроудоденоскопии (ФГДС) являлось наличие клиники желудочно-кишечного кровотечения.

**Результаты.** У 70 (57,9%) больных кровоточащая язва локализовалась в 12-перстной кишке (12ПК), а у 51 (42,1%) – в желудке. На момент выполнения экстренной ФГДС продолжающееся кровотечение выявлено у 85 (70,2%) пациентов: струйное артериальное кровотечение (Forest IA) – в 38 (44,7%) случаях, капиллярное (Forest IB) – у 47 (55,3%) больных. В группе с продолжающимся кровотечением использовались следующие методы эндогемостаза: клипирование кровоточащих сосудов (12 чел.); паравазальные инъекции 1–3% раствора этоксисклерола (14 чел.); глюкозо-адреналиновая смесь (44 чел.); комбинированный метод применен у 28 (32,9%) больных.

Эффективный эндоскопический гемостаз достигнут у 114 (94,2%) больных. Рецидив кровотечения возник у 7 (5,8%) пациентов, у которых гемостаз осуществлен инъекцией глюкозо-адреналиновой смеси, спирта, при этом у 3 больных с тяжелой сопутствующей патологией осуществлен повторный эндогемостаз комбинированным методом, 4 пациента оперированы по экстренным показаниям. Умер один больной.

Состоявшееся кровотечение на момент осмотра было отмечено у 36 (28,8%) пациентов. При осмотре в дне язвенного дефекта выявлялись: тромбированные сосуды (Forest IIА) у 22 (61%) больных, тромб-сгусток (Forest IIВ) – у 13 (36,2%) больных, точечные тромбы (Forest IIС) – у 1 (2,8%). Профилактика рецидива кровотечения в этой группе больных осуществлялась инъекционными методами (этоксискле-

рол, спирт, глюкозо-адреналиновая смесь) в сочетании с орошением язвы раствором аминокaproновой кислоты. Эндоскопические признаки нестабильного гемостаза были выявлены у 7 (5,8%) пациентов. У этой категории больных проводили динамическую ФГДС через 6,12,24,48,72 часа и повторно осуществляли эндогемостаз инъекционным методом. Применение современных эндоскопических методов остановки кровотечений в сочетании с комплексной консервативной терапией позволило снизить общую летальность при ЯГДК в 2010 г. до 0,83%.

**Выводы.** Внедрение новых методик – эндоскопического гемостаза в виде клипирования кровоточащих сосудов, паравазальных инъекций этоксисклерола – позволило достигнуть стабильного гемостаза при продолжающемся кровотечении у 114 (94,2%) пациентов.

Литература:

1. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия.- №7.- с.7–11.

2. Лебедев Н.В. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н. В. Лебедев, Д. Е. Климов, Т.В. Бархударова // Вестник хирургии.- №7. – с. 76–79.

## ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТИКОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Мармыш В.Г.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Ложко П.М.*

Панкреатогастродуоденальная резекция является операцией с высоким риском возникновения несостоятельности панкреатодигестивного соустья, встречающейся в 10–29% случаев. Анализ литературных данных показывает, что надежность панкреатикоэнтероанастомоза зависит, в частности, от наличия контакта культи поджелудочной железы в области ее среза с кишечным содержимым и характеристик шовного материала.

**Цель исследования.** Определение надежности панкреатодигестивного соустья, выполненного с использованием различных шовных материалов.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на 24 кроликах. На предмет степени выраженности воспалительной реакции в зоне лигатурного канала были проверены следующие шовные нити: шелк, пролен, дексон, максон. После лапаротомии под тиопенталовым наркозом всем экспериментальным животным накладывался прецизионный терминологический панкреатикоэнтероанастомоз (вшивание главного панкреатического протока в просвет тонкой кишки) с использованием вышеперечисленных нитей. Выведение животных из эксперимента и забор материала для морфологического исследования осуществлялся через 3, 7, 90 суток.

**Результаты.** При гистологическом изучении панкреатикоэнтероанастомозов через 3-е суток после операции в краях соустья наблюдались интерстициальный отек, воспаление и пропитывание фибрином, врастание отдельных фибробластов из соединительной ткани междолькового интерстиция. В соединительной ткани области среза поджелудочной железы имелись гемorragии. На 7-е сутки гистологически со стороны кишки прослеживалась полная эпителизация соустья. Зона контакта серозного покрова кишки и поджелудочной железы была представлена узкой прослойкой рыхлой соединительной ткани. Острые воспалительные изменения в ткани железы отсутствовали. Отсутствие дилатации просвета протоков поджелудочной железы и застойного содержимого в просвете протоков указывает на восстановление дренажной функции соустья. Таким образом, к 7-м суткам после операции наступает прочная консолидация анастомозируемых органов.

Через 90 суток после операции макроскопически панкреатикоэнтероанасто-