

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-

мозы представляли хорошо сформированные соустья, рубцовые деформации и явления острого или хронического воспаления отсутствовали. Дистальная часть поджелудочной железы, включенная в анастомоз, в эти сроки наблюдения сохраняла макроскопически нормальное строение. При наружном осмотре панкреатикоэнтероанастомозов через 90 суток обращало на себя внимание отсутствие воспалительных гранул вокруг проленовых нитей, нить максон на этот срок макроскопически в зоне анастомоза не определялась. Гистологически выявлялось отсутствие признаков внутрипротоковой гипертензии, отмечены незначительные склеротические и атрофические изменения только в субкапсулярных отделах.

**Заключение.** Таким образом, по результатам исследования во все сроки наблюдения установлено, что наименьшее воспаление в зоне лигатурных каналов в поджелудочной железе вызывают нити пролен и максон. Применение для наложения панкреатодигестивного анастомоза этих биологически инертных шовных нитей в сочетании с использованием прецизионной техники формирования соустья обеспечивает необходимый уровень интраоперационных профилактических мер несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза.

### **ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПРИ БАКТЕРИЕМИИ МИКРООРГАНИЗМОВ И АНАЛИЗ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К РАЗЛИЧНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ**

**Мартынюк С.А., Тайрова Е.Ш.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №1*

*Научный руководитель – ассист. Дагаева А.А.*

В современный период отмечается рост количества штаммов микроорганизмов, устойчивых к существующим антибактериальным препаратам (АБП). Следовательно, анализ чувствительности и резистентности возбудителя заболевания необходим для рационального выбора антибиотика в различных клинических ситуациях. Резистентность микроорганизмов бывает естественной и приобретенной. Актуальной проблемой является приобретенная резистентность, характеризующаяся способностью отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при концентрациях антибиотиков, подавляющих основную часть микробной популяции. Появление и распространение приобретенной резистентности составляет основную клиническую проблему, поскольку ее наличие у конкретной бактерии-возбудителя инфекционной болезни трудно прогнозировать.

Целью работы явилось выявление наиболее часто определяемых при бактериемии микроорганизмов и определение их чувствительности и резистентности к различным АБП.

Работа была проведена на базе УЗ «ГОДКБ» и КДЛ УЗ «ГОКБ» на бактериологическом анализаторе ВАСТЕС. Нами проанализирована 91 история болезни детей 2006 – 2009 года рождения с подозрением на бактериемию, проходивших лечение в соматических отделениях стационара. Возрастные группы были представлены детьми от 0 до 7 дня жизни – 22,0%, 8 – 28 дней жизни 40,7%, 29 – 180 дней 30,8% и более 180 дней жизни 6,5%. Из них девочек было 28 (30,8%), мальчиков – 63 (69,2%). С наибольшей частотой в диагнозе фигурировали такие заболевания, как – пневмония 56,1%, менингит 16,5%, остеомиелит 5,5%, из них у 18,7% имелись врожденные пороки развития, а у 67,0% установлена врожденная инфекция.

Наиболее часто высеваемыми из крови микроорганизмами явились *Staphylococcus epidermidis* у 17,6% обследованных, *Staphylococcus haemolyticus* у 14,3% и *Bacillus cereus* у 13,2%. Все названные микроорганизмы были чувствительны к тетрациклину (в 71% – 100%), причем чувствительность повышалась при более высоких цифрах АСТ ( $p=0,009$ ), рифампицину (в 84% -100%) с увеличением его эффективности при лимфоцитозе ( $p=0,08$ ), а также к линезалиду и гликопептидам (в 100% случаев). Тогда как к пенициллинам, цефалоспорином, аминогликозидам,