

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

**Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической  
конференции**

**11 декабря 2009 года**



**Минск БГМУ 2009**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической конференции

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады



Минск БГМУ 2009

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

А 43

**Актуальные** вопросы экстренной хирургии : сб. науч. тр. Республ. науч.-  
А 43 практ. конф. / под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. – Минск : БГМУ, 2009. –  
132 с.

ISBN 978-985-528-067-6.

Содержит статьи по актуальным вопросам экстренной хирургии в Республики Беларусь.  
Предназначен для врачей-хирургов, реаниматологов, научных сотрудников, преподавателей,  
аспирантов, студентов.

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

Научное издание

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

**Сборник научных трудов  
Республиканской научно-практической конференции**

**11 декабря 2009 года**

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады

Подписано в печать 30.11.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 7,67. Уч.-изд. л. 7,57. Тираж 210 экз. Заказ 682.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-067-6

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2009

Ушкевич А. Л., Жандаров К. Н., Прокопчик Н. И., Белюк К. С.

### СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

3023  
Целью исследования является создание экспериментальной модели острого гнойно-некротического парапанкреатита, которая наиболее полно отражает процессы, происходящие у больных с данной патологией в клинических условиях.

Моделирование парапанкреатита произведено у 45 кроликов, массой  $3,1 \pm 0,2$  кг. Разработанный нами способ моделирования гнойно-некротического парапанкреатита осуществлялся следующим образом: Животное вводилось в наркоз, после асептической обработки операционного поля производили послойное вскрытие брюшной полости косым доступом в правом подреберье. Мобилизовали дистальную часть поджелудочной железы на протяжении 4–5 см. В дистальной части в поперечном направлении на протяжении 3 см проводили раздавливание паренхимы железы зажимом 3 раза в разных местах. В паренхиму железы вводили 1 мл микробной взвеси (при микробиологическом исследовании которой получали протеи  $10^{4-5}$  или кишечную палочку  $10^5$  в одном миллилитре, гнойное отделяемое из дренажей, стоящих в парапанкреатическом пространстве, взятое накануне моделирования у больных с острым деструктивным панкреатитом, парапанкреатитом). Тупо формировали карман размером 4–3 см  $\times$  1,5–2,5 см в забрюшинной клетчатке. Дистальную часть поджелудочной железы протяженностью около 4 см с травмированным участком и введённой микробной взвесью помещали в сформированный карман в забрюшинной клетчатке. Pariетальную брюшину над участком железы ушивали. Брюшную полость послойно ушивали.

Таким образом, травмированная и инфицированная часть поджелудочной железы располагалась забрюшинно, как у человека, в которой происходило развитие острого гнойного панкреатита с распространением процесса на клетчатку забрюшинного пространства и развитием парапанкреатита. Доказательством служат общий и биохимический анализы крови, в которых с первых суток моделирования отмечалось нарастание лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, увеличение амилазы, щелочной фосфатазы. Данные макро- и микроскопических и микробиологических исследований свидетельствуют о развитии гнойно-деструктивных процессов в забрюшинной клетчатке и поджелудочной железе.

Используя данное техническое решение, появляется возможность моделирования такого грозного осложнения деструктивного панкреатита как острый гнойно-некротический парапанкреатит. Важным моментом предлагаемого способа является использование идентичной микрофлоры как и при данной патологии в клинике. Предлагаемое изобретение является дос-

тупным для выполнения и может использоваться в научно-исследовательских лабораториях для экспериментальной оценки вопросов патогенеза, диагностики и способов коррекции острого гнойно-некротического парапанкреатита, заболеваемость, которым, в последнее время неуклонно возрастает.

Хрыщанович В. Я., Глинник А. А., Баранов Е. В.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Варикозная болезнь (ВБ) нижних конечностей — самое распространенное сосудистое заболевание, характеризуется неуклонным прогрессирующим течением, приводит к ряду осложнений (тромбоэмболические, трофические) и потере трудоспособности у 15–70 % больных.

Цель настоящего исследования — поделиться собственным многолетним опытом комплексного лечения пациентов с ВБ нижних конечностей, провести ретроспективный анализ качества оказанной флебологической помощи и определить пути ее улучшения.

Исследование проводилось в 1999–2009 гг. на базе хирургических отделений УЗ «9-я ГКБ» и «ГК БСМП» г. Минска в группе из 682 пациентов, которым проводились оперативные вмешательства по поводу ВБ нижних конечностей и ее осложнений.

Возраст пациентов колебался от 19 до 69 лет, средний возраст составил  $44 \pm 12$  лет. Женщин было 418, мужчин — 264.

В проведенном исследовании использовали принятую в клинике трехстадийную классификацию ВБ: I стадия — компенсации (соответствует C0–2 стадиям классификации CEAP, 1994 г.), II стадия — субкомпенсации (C2–3 CEAP), III стадия — декомпенсации (C4–6 CEAP).

В диагностике ВБ использовали функциональные пробы (Троянова–Тренделленбурга, Вальсальвы, Пратта-1,2, Шейниса, Дельбе–Пертеса), ультразвуковое ангиосканирование, определяющее проходимость поверхностных и глубоких вен, состоятельность их клапанного аппарата и локализацию несостоятельных перфорантных вен.

Распространенный тип ВБ в системе большой подкожной вены (БПВ) выявлен у 650 пациентов, варикоз в бассейне БПВ и малой подкожных вен (МПВ) — у 30, изолированный варикоз МПВ — у 1, латеральный тип ВБ — у 1. Наибольшее количество пациентов — 621 (91,1 %) — имели стадию субкомпенсации ВБ; 43 (6,3 %) — стадию декомпенсации; 18 (2,6 %) — стадию компенсации. ВБ нижних конечностей с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам отмечена у 506 пациентов