

чения, индивидуализация обучения. Данные факторы должны учитываться при разработке новой методологии обучения.

Воспитательную работу необходимо сосредоточить в студенческих группах и проводить ежедневно, без отрыва от основной работы. Методика воспитания студентов может быть разная, а методология должна быть одна: гуманизм, гуманитарная направленность.

### **Литература**

1. Антипов, Н.В. Роль практических навыков в преподавании оперативной хирургии и топографической анатомии и формировании умений врачей / Н.В. Антипов, Д.В. Сироид, И.В. Жук // Актуальные вопросы оперативной хирургии и топографической анатомии: Материалы Всерос. Науч. конф. С международным участием, посв. 100-летию со дня рожд. акад. РАМН, проф. В.В. Кованова. Москва, 2009. – С. 141-143.

2. Семенова, Т.В. Опыт внедрения кредитно-модульной системы обучения на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Т.В. Семенова, Д.В. Сироид // Університетська клініка. – ДонНМУ ім. М.Горького, 2007. – Т.3. – №2. – С.11-14.

3. Семенова, Т.В. Обоснование необходимости изучения оперативной хирургии и топографической анатомии при вхождении в Болонский процесс / Т.В. Семенова [и др.] // Вісник Вінницького національного мед. університету. – 2006. – №2. – С. 296-298.

4. Сироид, Д.В. Проблемы преподавания оперативной хирургии и топографической анатомии в свете присоединения к Болонскому процессу и пути их преодоления / Д.В. Сироид, Т.В. Семенова, И.В. Жук // Таврический мед.-биол. Вестник. – 2006. – Т.9. – №3. – ч.11. – С. 166-169.

5. Старенька, И. Болонський процес Перспективи викладання в Україні / И. Старенька. – Здоровье Украины, 2005. – №1. – С.100-110.

## **АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТМС КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ИХ ВЫЖИВАЕМОСТИ**

**Крыжова Е.В., Турчинова А.А., Копунова А.О.**

*Белорусский государственный медицинский университет*

*г. Минск, Республика Беларусь*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

**Цель исследования:** демонстрация алгоритма ведения пациентов с различными гемодинамическими вариантами транспозиции магистральных сосудов (ТМС), доказательство роли и эффективности его применения в повышении выживаемости детей с данной патологией.

**Материалы и методы.** Анализ историй болезни пациентов с ТМС, операционных журналов и отчетов о работе отделений ДКХЦ (2005г. – 1-й квартал 2011г.), операционных журналов и отчетов кардиохирургического отделения ДХЦ(1995–2004гг.). Всего исследовано 203 клинических случая.

**Результаты:**

1. Половая структура: 152 мальчика (74,87%) и 51 девочка 25,13%.

2. Таблица 1 – Возрастная структура исследуемых

| 0 – 14 суток | 15 суток – 1 месяц | Больше 1 месяца |
|--------------|--------------------|-----------------|
| 105 (51,7%)  | 40 (19,7%)         | 58 (28,6%)      |

3. Таблица 2 – Гемодинамические формы ТМС

| ТМС+ОАП+ООО/ДМПП    | ТМС+значимый ДМЖП  | ТМС+стеноз легочной артерии+ДМЖП |
|---------------------|--------------------|----------------------------------|
| Форма 1             | Форма 2            | Форма 3                          |
| 114 человек (56,2%) | 71 человек (34,9%) | 18 человек (8,9%)                |

4. Выполненные операции:

Операция артериального переключения – 149 (73,4%) – показана при 1-й и 2-й формах ТМС.

Операция Растелли – 8 (3,9%) – показана при 3-й форме ТМС.

Другие операции – 46 (22,7%).

Процедура Рашкинда – показана при 1-й форме ТМС с недостаточной атриальной коммуникацией (внедрена с 2000г.) – 44 (38,6%).

5. Назначение простагландинов группы Е (Простин): с 2005г. – 95% (начало внедрения 2002–2003г.) – необходимо для поддержания функционирования Баталова протока.

6. Таблица 3 – Динамика послеоперационной летальности

| Год       | Смертность | Год               | Смертность    |
|-----------|------------|-------------------|---------------|
| 1995-2000 | 100%       | 2007              | 11,1%         |
| 2001-2002 | 92,3%      | 2008              | 10,3%         |
| 2003-2004 | 72,0%      | 2009              | 13,3%         |
| 2005      | 31,8%      | 2010-2011         | 0%            |
| 2006      | 15,6%      | Σсмертность:38,9% | Средняя:43,3% |

При анализе данных клинических случаев были выявлены следующие основные причины высокой летальности на этапах освоения тактики ведения больных с ТМС:

1. В период с 1995 по 2000 г. отмечалось слишком позднее поступление детей с ТМС в специализированный хирургический центр в силу разных причин (поздняя диагностика, нехватка опыта и др.) и выполнение необходимого хирургического вмешательства не представлялось возможным, либо было неэффективным вследствие упущенного времени; отсутствие опыта в хирургической тактике также приводило к несоблюдению сроков выполнения операций.

2. Отсутствие пренатальной и дефекты постнатальной диагностики, а также отсутствие опыта транспортировки, в т.ч. и использование «Простина», обуславливали высокую смертность еще до поступления в кардиохирургическое отделение; наиболее значимо в период с 1995 по 2002 г.

3. Отсутствие должного опыта и техники выполнения сложных хирургических вмешательств на сердце и сосудах у новорожденных и детей более старшего возраста также значительно отразилось на уровне летальности детей с данной патологией, этот фактор постепенно снижал своё влияние к 2005 году.

4. Тяжелое исходное состояние перед операцией из-за закрывающихся коммуникаций, в том числе неэффективность процедуры Рашкинда после 2-х недель жизни новорожденного (1995–2003 гг.).

Анализ причин высокой летальности доказал необходимость внедрения единого алгоритма ведения пациентов с ТМС:

1.А. Пренатальная диагностика ВПС, в т.ч. ТМС и направление данной группы беременных женщин в специализированный центр родовспоможения (роддом № 1).

1.В. Ранняя диагностика ТМС у новорожденных без пренатального диагноза.

2. Постоянное титрование Простина сразу после рождения ребенка.
3. Перевод в ДКХЦ специализированной бригадой реаниматологов.
4. Уточнение диагноза с использованием ЭХОКГ, определение гемодинамической формы ТМС и определение хирургической тактики.



Схема 1 – Тактика хирургического лечения детей с ТМС

Примечание\* – операция проводится с коррекцией сопутствующей патологии (ДМПП, ДМЖП, ОАП и др.); \*\* – после данной операции по мере роста ребенка необходимы реоперации по замене кондуита.

## **Выводы**

1. ТМС – часто встречающийся «синий» врожденный порок сердца, несовместимый с жизнью без хирургического лечения.
2. На сегодняшний день в Детском Кардиохирургическом Центре Республики Беларусь успешно освоены все этапы хирургической коррекции данного порока развития с минимальной послеоперационной летальностью.
3. Владение даже в совершенстве хирургической техникой коррекции разных форм ТМС не может полностью решить проблему летальности детей с данной патологией.
4. Для максимального повышения выживаемости таких больных необходимо внедрение единого алгоритма ведения пациентов с различными формами ТМС, предполагающего тесное взаимодействие и преемственность в работе между разнопрофильными ЛПУ.
5. Повышение выживаемости детей с ТМС в РБ до мирового уровня демонстрирует роль и высокую эффективность применения алгоритма, представленного в данной работе.

## **Литература**

1. Бураковский, В.И. Простая ТМС. ТМС в сочетании с ДМЖП. ТМС с ДМЖП и стенозом легочной артерии / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия // Сердечно-сосудистая хирургия. – М.: Медицина. – 1989. – С. 207-230.
2. Белозеров, Ю.М. Транспозиция магистральных сосудов / Ю.М. Белозеров // Детская кардиология. – Москва. – 2004. – С. 127-130.
3. Moss and Adams. Transposition of the great arteries // Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents. – 1995. – Vol. II – P. 1154-1215.

## **ВАРИАНТНАЯ ТОПОГРАФИЯ СОСУДОВ И НЕРВОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА, ЗНАЧИМАЯ ДЛЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**Кузьменко А.В., Шкварко М.Г.**

*Витебский государственный медицинский университет*

*г. Витебск, Республика Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

При проведении оперативных вмешательств на нижней конечности практические хирурги, травматологи, онкологи с целью предупреждения послеоперационных осложнений должны учитывать варианты особенности строения основного сосудисто-нервного пучка бедра в пределах приводящего канала. В последние годы большое внимание уделяется селективной медикаментозной терапии, осуществляемой посредством катетеризации сосуда, кровоснабжающего область, что позволяет вводить лекарственные препараты, обладающие высокой токсично-