

ISSN 2224-6959

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ



Сборник научных статей  
Республиканской научно-практической конференции  
с международным участием, посвященной 30-летию юбилею  
Гомельского государственного медицинского университета  
(Гомель, 12–13 ноября 2020 года)

*Основан в 2000 г.*

*Выпуск 21*

**В 5 томах**

**Том 1**

Гомель  
ГомГМУ  
2020

## УДК 61.002.5

Сборник содержит результаты анализа актуальных проблем медицины в Республике Беларусь с целью совершенствования организации медицинской помощи населению и формированию принципов здорового образа жизни по следующим разделам: радиационная медицина, радиобиология, кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, психиатрия, туберкулез, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, общественное здоровье, здравоохранение, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

В 1-й том сборника вошли материалы секций: «Хирургия, онкология и интенсивная терапия», «Нормальная и патологическая физиология», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Патологическая анатомия. Судебная медицина».

**Редакционная коллегия:** *И. О. Стома* — доктор медицинских наук, доцент, ректор; *Е. В. Воронаев* — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; *А. Л. Калинин* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней; *И. А. Новикова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики, иммунологии и аллергологии; *А. А. Лыжиков* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии; *З. А. Дундаров* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2; *Д. П. Саливончик* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 3, с курсами лучевой диагностики, лучевой терапии, ФПКиП; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП; *Е. Г. Малаева* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии; *Л. А. Мартельянова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии; *А. И. Зарякина* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии; *Э. Н. Платошкин* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКиП; *Г. В. Новик* — кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой физического воспитания и спорта; *С. Н. Бордак* — кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой социально-гуманитарных дисциплин; *В. Н. Бортиковский* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; *Т. Н. Захаренкова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП; *Н. Н. Усова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии; *И. А. Никитина* — кандидат биологических наук, заведующий кафедрой общей, биоорганической и биологической химии; *Е. И. Михайлова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии; *Е. Л. Красавцев* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней; *Д. В. Тапальский* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии; *В. В. Потенко* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой биологии с курсами нормальной и патологической физиологии; *В. В. Берещенко* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней № 3; *И. В. Буйневич* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой физиопульмонологии с курсом ФПКиП; *И. А. Боровская* — кандидат филологических наук, доцент, заведующий кафедрой иностранных языков; *Т. С. Угольник* — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры биологии с курсами нормальной и патологической физиологии.

**Рецензенты:** доктор биологических наук *С. Б. Мельнов*; кандидат медицинских наук, доцент, проректор по лечебной работе *Д. Ю. Рузанов*.

**Актуальные проблемы медицины:** сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию юбилею Гомельского государственного медицинского университета (Гомель, 12–13 ноября 2020 года) / И. О. Стома [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 4,02 Мб). — Гомель: ГомГМУ, 2020. — Т. 1. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

УДК 61.002.5

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2020

Учащийся, в интерактивной системе «Телементор», может работать в трех режимах — «Учебный режим», «Экзаменационный режим» и «Режим самоконтроля». В учебном режиме учащиеся знакомятся с материалом по теме, повторяют порядок выполнения работы вслед за виртуальным лектором. В экзаменационном режиме учащиеся с помощью программы демонстрируют полученные ранее навыки по выполнению той или иной манипуляции, при этом учитывается не только качество выполнения, но и затраченное время. Видео регистрация обеспечивает получение максимально объективной оценки. Режим самоконтроля позволяет оценить уровень подготовки и усвоения знаний самостоятельно, без фиксации результата в базе данных.

Преподаватели в интерактивной системе «Телементор», также работают в специальном режиме — «Режим преподавателя», который позволяет проверить уровень знания студента с помощью просмотра записи экзамена, проверить соответствие выполнения базовому алгоритму, что помогает оценить качество выполнения операции и выставить итоговую оценку. Сюда входят такие параметры как время, затраченное на выполнение, наличие ошибок.

Таким образом, внедрение симуляционного обучения профессиональной деятельности помогает выработать клинический и практический опыт без риска для пациента. Преимуществами симуляционных технологий является безопасность обучения для учащегося и пациента, реализация индивидуального подхода к обучению, высокая усвояемость материала за короткий промежуток времени, возможность проследить динамику когнитивного роста, возможность управлять медицинскими рисками.

Следует сказать, что, естественно, симуляционные технологии не заменяют в полной мере клиническую практику будущих средних медицинских специалистов. Однако предоставляют возможность для постоянной и безопасной тренировки учащихся, что значительно повышает уровень их практической подготовки. В будущем это непременно отразится на качестве оказываемой медицинской помощи, повысит уровень конкурентоспособности и востребованности выпускников медицинского колледжа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Симуляционное обучение в медицине / А. А. Свистунов [и др.]; под общ. ред. А. А. Свистунова. — М.: издательство Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013 — 288 с.
2. Специалист медицинского симуляционного обучения / А. А. Свистунов [и др.]; под общ. ред. А. А. Свистунова. — М.: РОСМЕД, 2016 — 319 с.

УДК 617.551-009.7

### ПРОФУЗНОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОДСЛИЗИСТОЙ АНГИОДИСПЛАЗИИ ЖЕЛУДКА

*Побылец А. М., Цилиндзь И. Т.*

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»,**

**Учреждение здравоохранения**

**«Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

#### *Введение*

Сосудистые аномалии гастродуоденальной зоны являются относительно редкой причиной желудочно-кишечного кровотечения, в то время как установить источник кровотечения при данной патологии бывает довольно трудно.

В литературе описывают следующие сосудистые аномалии гастродуоденальной зоны, которые наиболее часто являются причиной кровотечения: ангиодисплазии, син-

дром Делафуа, сосудистые эктазии антрального отдела желудка. Непоследовательная терминология сосудистых аномалий в желудочно-кишечном тракте привела к значительной путанице в медицинской литературе. В частности, термины ангиодисплазия, артериовенозная мальформация, ангиоэктазия и сосудистая эктазия часто используются как синоним. Ангиодисплазия является наиболее распространенной сосудистой аномалией, встречающейся в желудочно-кишечном тракте. Наиболее частая ее локализация — слепая и восходящая ободочная кишка. Ангиодисплазии желудка и двенадцатиперстной кишки являются источником кровотечения в 4–7 % всех случаев гастроинтестинальных кровотечений. С гистологической точки зрения ангиодисплазия представляет собой скопление расширенных, тонкостенных сосудов, стенка которых представлена эндотелием с небольшим количеством гладкой мышечной ткани, что напоминает венозное сплетение. В крупных ангиодисплазиях может встречаться и артериальный компонент, такие дисплазии часто называют артерио-венозными мальформациями. Интенсивность кровотечения из ангиодисплазии может быть разной и проявляться как клиникой железодефицитной анемии, так и явными признаками желудочно-кишечного кровотечения. В 90 % случаев кровотечения из данного вида сосудистых аномалий останавливаются спонтанно, однако склонны к рецидивам.

Приблизительно 40–60 % пациентов имеют более одной ангиодисплазии, которые расположены обычно в одном отделе желудочно-кишечного тракта. Синхронные поражения других отделов желудочно-кишечного тракта выявляются примерно в 20 % случаев. Поэтому точно сказать, что источник кровотечения является данная ангиодисплазия можно только в случае, если есть признаки кровотечения из нее на момент осмотра [1].

На синдром Делафуа приходится 1–2 % всех случаев гастроинтестинальных кровотечений. При данном синдроме кровотечение возникает из артерии, которая не имеет гистологических аномалий строения артериальной стенки, таких как истончение или аневризматическое расширение. Но в отличие от нормальных сосудов стенки желудочно-кишечного тракта, которые уменьшаются в калибре подходя к слизистой, данная артерия не подвергается нормальному ветвлению и сохраняет свой калибр несмотря на поверхностную локализацию (артерия персистирующего калибра). В результате диаметр артерии в слизистом слое колеблется от 1 до 3 мм, что в 10 раз больше диаметра капилляра слизистой оболочки. Поэтому при эрозии такой артерии часто возникает массивное кровотечение, сопровождающееся гемодинамической нестабильностью пациента и требующее гемотрансфузий. В 75 % случаев данная аномалия расположена в желудке, чаще всего в пределах 6 см от желудочно-пищеводного перехода, вдоль малой кривизны. Однако стоит отметить, что причина синдрома Делафуа может локализоваться и в двенадцатиперстной, и в пищеводе, а в единичных случаях — в тонкой или толстой кишке [2].

При эндоскопическом исследовании, как правило находят точечный дефект слизистой, бугорок или пенек сосуда с небольшим изъязвлением вокруг, окруженный неизменной слизистой. Его часто трудно найти, поэтому при первичном эндоскопическом обследовании источник кровотечения выявляется только в 70 % случаев, иногда требуется более трех эндоскопий. Некоторые авторы синдромом Делафуа обозначают не кровотечение из выше описанного аномального сосуда, а любое кровотечение из точечного дефекта, окруженного нормальной слизистой, что может быть, и при ангиодисплазии. Хотя синдром Делафуа и ангиодисплазия имеют различную гистологическую картину в некоторых случаях эти понятия соприкасаются. Так в некоторых гистологических препаратах возле артерии персистирующего калибра находят слегка расширенные вены и даже артериовенозные шунты, хотя это не характерно для данной патологии. Так и в составе ангиодисплазии могут быть относительно крупные артерии и артериовенозные шунты, такое бывает в крупных ангиодисплазиях — артериовенозных мальформациях [3].

### **Цель**

Проанализировать клинический случай профузного рецидивирующего желудочно-го кровотечения и его лечение.

Описание случая. Мужчина 60 лет (история болезни № 2791) доставлен в приемное отделение УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» с направляющим диагнозом: «Язва желудка. Желудочно-кишечное кровотечение». При поступлении жалобы на общую слабость, тошноту, рвоту темным содержимым, темный кал.

Состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Пульс 92 ударов в 1 мин. АД — 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области, перитонеальные симптомы отрицательные. *Per rectum* — патологических образований в ампуле нет, кал обычного цвета. Проведена ФГДС. В нижней трети пищевода найдены линейные эрозии до 0,5 см, в желудке обилие застойного отделяемого, слизистая гиперемирована на доступных осмотрах участках, привратник спазмирован, проходим с трудом, луковица 12-перстной кишки деформирована, слизистая гиперемирована. Данных за желудочно-кишечное кровотечение не найдено, пациент госпитализирован с диагнозом хронический панкреатит, обострение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эрозивным эзофагитом, рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки. Назначено: ранитидин, ципрофлоксацин, инфузионная терапия, омепразол, амоксициллин, кларитромицин. На 2 сутки отмечено ухудшение состояния пациента: усилилась слабость, головокружение, АД 90/50 мм рт. ст. Отрицательная динамика лабораторных показателей (эритроциты  $3,38 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 95 г/л, лейкоциты  $25,4 \times 10^9/л$ ). В связи с этим проведен контроль ФГДС. Пищевод проходим в виде «песочных часов» с ярко красными мелкими эрозиями в брюшном отделе, с налётом гематина на слизистой. В желудке наличие темной жидкости по типу «кофейной гущи» и обильное количество промывных вод. Слизистая желудка с налётом изменённой крови, отмечены множественные острые мелкие эрозии в кардиальном отделе. Через несколько часов после обследования у пациента повторно развилось коллаптоидное состояние. В связи с этим пациент переведен в отделение реанимации. На фоне интенсивной терапии гемодинамика стабилизирована. При контроле ОАК выявлено снижение гемоглобина до 77 г/л, произведена гемотрансфузия. Гемоглобин после гемотрансфузии — 106 г/л. Повторно выполнена ФГДС: в абдоминальном отделе пищевода — острые эрозии. В желудке — наличие темной жидкости по типу «кофейной гущи» и острых эрозий в антральном отделе с налётом гемосидерина. Луковица 12-перстной кишки деформирована, стенки эластичные с очаговой гиперемией слизистой и налётом гемосидерина. Продолжена консервативная гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, викасол, этамзилат, витамин С), омепразол, инфузионная терапия. К 4-м суткам гемоглобин снова снизился до 77 г/л без явных клинических признаков рецидива ЖКК. В связи с этим выполнено ФГДС. В желудке найдено светлое содержимое без патологических примесей. Продолжено проводимое лечение, произведена трансфузия эритроцитов. Ночью на 5-е сутки у пациента снова появилась резкая слабость, гипотония. Срочно выполнена ФГДС: в желудке — свежая кровь. В области свода желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне — фиксированный к стенке факелообразный сгусток. Активного кровотечения из-под сгустка нет. В области сгустка контурируется подслизистый сосуд. С превентивной целью выше и ниже сгустка на сосуд наложены 2 гемостатические клипсы.

### **Заключение**

Синдром Деллафуа, состоявшееся кровотечение, нестабильный гемостаз, состояние после клипирования сосуда на протяжении. На 6–8 сутки пребывания в стационаре для поддержания показателей гемоглобина требовались многократные гемотрансфузии.

Клинически на фоне интенсивной терапии пациент оставался гемодинамически стабилен, стула не было, по назогастральному зонду периодически поступало геморрагическое отделяемое. В связи с этим трижды выполнялось ФГДС. ФГДС на 6 сутки ночью: в желудке — жидкость, в области дна и тела — большой фиксированный сгусток, водой не размывается. Подтекания свежей крови из под сгустка нет. В области дна — две гемостатические клипсы. Слизистая бледная, атрофичная. Эрозий нет. На момент осмотра на участках доступных осмотру данных за продолжающееся активное кровотечение нет. ФГДС на 7 сутки утром: в желудке наличие жидкости на стенках кофейная гуща, по большой кривизне тёмно-коричневый организованный сгусток. Эрозия: точечные во всех отделах. Геморрагический гастрит, состоявшееся кровотечение. ФГДС 8 сутки: в области дна желудка выявлены следы свежей крови. Ближе к большой кривизне определяется подслизистый сосуд с краевым дефектом и следами свежей крови. Сосуд на протяжении клипирован 3-мя гемостатическими клипсами. Гемостаз достигнут. На 9 сутки ночью рецидив кровотечения с поступлением алой крови по назогастральному зонду, АД 90/60 мм рт. ст. ФГДС: в желудке обилие свежей крови, частичная тампонада желудка без видимого источника. Вызван дежурный хирург, выставлены показания к операции. Пациент оперирован. Выполнена лапаротомия, гастротомия. При ревизии в дне желудка и верхней трети тела желудка имеются дефекты слизистой с активным кровотечением, которое остановлено прошиванием. На передней стенке желудка визуализируются наложенные ранее гемостатические клипсы и множество эрозий. Выполнена секторальная резекция передней стенки желудка. На 14-е сутки лечения в стационаре (на 4-е сутки после операции) рецидив желудочного кровотечения. При попытке ФГДС — в желудке крупный сгусток крови, затрудняющей осмотр. Пациент оперирован повторно. Релапаротомия. Во всех отделах кишечника и желудке — кровь. Учитывая многократные рецидивы желудочно-кишечного кровотечения без четко локализованного источника, противоречивые данные эндоскопий, повторный рецидив после резекции участка стенки желудка несущего предполагаемый источник кровотечения выполнена гастрэктомия. Двух рядным швом сформирована эзофагоэюноанастомоз конец-в-бок и брауновское соустье. Дальнейший послеоперационный период без осложнений. Дренаж брюшной полости удален на 2-е сутки после операции. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением.

Пациент выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Лабораторные анализы при выписке: Общий анализ крови WBC (лейкоциты): 5,97 тыс/мкл, эритроциты 4,43 млн/мкл, гемоглобин 122 г/л, гематокрит 36,9%, тромбоциты 437 тыс/мкл, СОЭ 41 мм/час, нейтрофилы палочкоядерные 8%, нейтрофилы сегментоядерные 62 %, лимфоциты 18 %, моноциты 9 %, эозинофилы 1 %, юные 2 %, анизоцитоз +, токсогенная зернистость +. За время пребывания в стационаре пациент перенес 15 гемотрансфузий. Суммарно перелито 7,3 л эритроцитарной массы и 4,8 л свежзамороженной плазмы.

Выполнено 10 эндоскопических исследований, среди них 2 попытки эндоскопического эндогемостаза клипированием предполагаемого источника.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Если суммировать все эндоскопические исследования проведенные пациенту, следующие потенциальные источники кровотечения были найдены: 1) эрозии в абдоминальном отделе пищевода; 2) мелкие точечные эрозии во всех отделах желудка; 3) в области свода желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне контурирующий подслизистый сосуд, который клипирован 2 клипсами, в области дна желудка ближе к большой кривизне подслизистый сосуд с краевым дефектом и следами свежей крови, который клипирован

3 клипсами. Во время первой операции в дне желудка и верхней трети тела желудка имеются дефекты слизистой с активным кровотечением. Которое остановлено прошиванием. Кроме того, произведена резекция участка передней стенки несущего клипсы.

Макроскопическое описание макропрепарата после первой операции следующее: фрагмент желудка  $12 \times 5 \times 0,4$  см. В центре вдоль лоскута сквозной щелевидный дефект с относительно ровными краями длиной 9 см (гастротомический разрез). Слизистая сглажена, серого цвета с едичными точечными кровоизлияниями. В краевых отделах металлические клипсы (3 шт) и фрагменты шовного материала. Микроскопическое описание препарата: фрагменты отечной стенки желудка с очаговыми слабореактивными кровоизлияниями в толще слизистой оболочки и подслизистой оболочки с участками эрозирования, наличие едичных сосудов с явлениями эндovasкулита. Макроскопическое описание после второй операции: удаленный фрагмент  $9,2 \times 12$  см вскрыт. Толщина стенки 0,4 см. Слизистая оболочка складчатая. Мышечная и серозная оболочка без особенностей. Со стороны слизистой оболочки в 2 см от первого операционного разреза 2 металлические клипсы, под которыми наблюдается эрозированная слизистая. В 3 см от второго операционного разреза линейный шов через всю толщу стенки длиной 12 см. На протяжении слизистой единичные эрозии 0,1–0,2 см. Микроскопическое описание после второй операции: фрагмент стенки желудка с участками концентрации порочных тонкостенных сосудов в подслизистом подслизистой оболочке.

Таким образом при гистологическом исследовании стенки желудка в препарате после первой операции не найдено патологических сосудистых образований, в то время как гистологическое описание стенки желудка после гастрэктомии в большей степени соответствует картине ангиодисплазии.

Учитывая, что сосудистая аномалия располагалась глубоко в подслизистой оболочке желудка ее локализацию, границы, объем поражения стенки желудка было невозможно установить при эндоскопических исследованиях. При интраоперационном обследовании со стороны серозной оболочки так же не визуализировалось патологических изменений. При отсутствии технической возможности провести ангиографию, поставить точный топический диагноз на основании клинических данных и результатов инструментальных исследования либо интраоперационно не представлялось. Таким образом гастрэктомия, выполненная по жизненным показаниям, в указанной клинической ситуации является оправданной мерой, которая спасла жизнь пациенту.

### **Выводы**

Подслизистая ангиодисплазия стенки желудка может являться источником кровотечения, который невозможно визуализировать при эндоскопическом исследовании.

При многократных рецидивах желудочного кровотечения из неустановленного источника гастрэктомия, может по жизненным показаниям рассматриваться как один из методов хирургического лечения пациента.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. John R Saltzman, Lawrence S Friedman, Anne C Travis: Angiodysplasia of the gastrointestinal tract [Internet] [updated Aug 24, 2018; cited 2019 Dec 4]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/angiodysplasia-of-the-gastrointestinal-tract?search=Angiodysplasia%20of%20the%20gastrointestinal%20tract&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank](https://www.uptodate.com/contents/angiodysplasia-of-the-gastrointestinal-tract?search=Angiodysplasia%20of%20the%20gastrointestinal%20tract&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank).
2. 1 Don C Rocky, Mark Feldman, Anne C Travis: Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet] [updated Sep 11, 2018.; cited 2019 Dec 4]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=GI%20bleeding&source=search\\_result&selectedTitle=6~150&usage\\_type=default&display\\_rank=6](https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=GI%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6).
3. Fiona H. Gordon, A. Watkinson, Humphrey Hodgson: Vascular malformations of the gastrointestinal. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2001. — Vol. 15 (1). — P. 41–58.

## СОДЕРЖАНИЕ

### СЕКЦИЯ 1. «ХИРУРГИЯ, ОНКОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»

*Безводицкая А. А., Климук С. А.*

Современные подходы к лечению обширных дефектов кожи у пациентов, страдающих деструктивными формами рожистого воспаления нижних конечностей с применением препаратов гиалуроновой кислоты..... 3

*Бобр Т. В., Предко О. М.*

Анализ эффективности панретинальной лазеркоагуляции сетчатки при препролиферативной диабетической ретинопатии в отдаленном периоде..... 5

*Большов А. В., Козлов В. Г., Грибок А. С., Сокольчук Д. И.*

Псевдомембранозный колит — обратная сторона антибиотикотерапии..... 7

*Бондарчук Ю. М., Хоров О. Г.*

Взаимосвязь отосклероза с субъективным тиннитусом. Эффективность применения хирургического лечения (по материалам клиники)..... 10

*Валентиюкевич А. Л., Меламед В. Д.*

Моделирование контактного отморожения в условиях общего переохлаждения..... 13

*Гарелик П. В., Мармыш Г. Г., Дешук А. Н., Шевчук Д. А.*

Хроническая эмпиема желчного пузыря..... 16

*Гороховский С. Ю., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Тихманович В. Е.*

Функциональный контроль в определении объема реконструкции при окклюзирующих поражениях артерий нижних конечностей..... 18

*Гуща Т. С., Кудло В. В.*

Экспериментальное обоснование применения местных аппликационных средств гемостаза раневой поверхности печени после резекции..... 21

*Дешук А. Н., Мармыш Г. Г., Кояло С. И., Троян А. А.*

Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика в лечении неосложненных паховых грыж..... 23

*Довнар Р. И., Васильков А. Ю., Соколова Т. Н., Юнусова Е. Р.*

Антибиотикорезистентный стафилококк в хирургии и наночастицы серебра..... 25

*Дорошко Е. Ю., Лызиков А. А., Маканин А. Я.*

Лечение трофической язвы правой пятки у пациентки с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей..... 28

*Дубровицк О. И., Мармыш Г. Г., Красницкая А. С., Жук Д. А.*

Этапное лечение трофических язв нижних конечностей при декомпенсированных формах варикозной болезни: преемственность в лечении и диспансеризация..... 30

*Жидков С. А., Клюйко Д. А., Корик В. Е., Петеко А. В.*

Диагностика и лечение острого холецистита у пациентов старше 75 лет..... 34

*Жук С. А., Новицкая В. С., Копыцкий В. А., Кузнецов Б. К., Смотрин С. М.*

Возможности интраоперационной морфометрии в выборе метода паховой герниопластики у пациентов пожилого возраста..... 35

*Зыблева С. В., Зыблев С. Л.*

Метод прогнозирования начальной функции почечного трансплантата в раннем послеоперационном периоде..... 39



<b>Илюкевич Г. В., Карамышев А. М., Гринкевич М. В., Козлова И. М.</b> Инструментальное обоснование объема местного анестетика и контроль каудальной анестезии у детей при помощи УЗИ.....	41
<b>Илюкевич Г. В., Карамышев А. М., Гринкевич М. В., Предко С. Н.</b> Роль УЗИ в определении объема крестцового пространства у детей.....	43
<b>Ковальчук-Болбатун Т. В.</b> Термические ожоги кожи у крыс в раннем периоде беременности и их влияние на состояние гомеостаза организма матери и преимплантационную и постимплантационную гибель плода .....	46
<b>Колоцей В. Н., Страпко В. П., Кузнецов А. Г., Якимович Д. Ф.</b> Желчнокаменная кишечная непроходимость: особенности диагностики и лечения .....	48
<b>Куликович Ю. К., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Тихманович В. Е., Панкова Е. Н., Стрельцов В. А., Артюшков Е. Л.</b> Анализ пациентов с острой артериальной недостаточностью нижних конечностей .....	51
<b>Мацевич Д. И., Лашковский В. В.</b> Гематологические показатели интоксикации при оценке тяжести течения перелома проксимального отдела большеберцовой кости .....	54
<b>Мисевич А. А., Берещенко В. В., Правдикова В. А., Гостев Р. О., Батт Т. А.</b> Основные хирургические аспекты лечения доброкачественных новообразований толстой кишки .....	57
<b>Молодой Е. Г., Призенцов А. А., Дмитриенко А. А., Воробьев С. А., Машук А. Л., Никифоров И. В., Платонова Т. А., Скуратов А. Г., Осипов Б. Б., Сильвистрович В. И., Артюшков Е. Л.</b> Результаты лечения пациентов с механической желтухой различной этиологии .....	60
<b>Мосолова А. В.</b> Современные способы лечения распространенного перитонита (обзор литературы).....	63
<b>Мурашко К. Л.</b> Радиочастотная абляция опухолей печени под ультразвуковым контролем с применением коагуляции прилегающих и/или питающих сосудов опухоли в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере.....	66
<b>Мурашко К. Л., Кудряшов В. А.</b> Сравнительный анализ данных (выполнения) резекций образований печени и радиочастотной абляции в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере .....	68
<b>Панкова Е. Н., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Тихманович В. Е., Куликович Ю. К., Сильвистрович В. И.</b> Распространенность и результаты лечения декомпенсированных форм венозной недостаточности .....	72
<b>Парфенова Н. Н.</b> Использование технологий симуляционного обучения на занятиях по учебной дисциплине «сестринское дело в хирургии и травматологии» .....	75
<b>Побылец А. М., Цилиндзь И. Т.</b> Профузное рецидивирующее кровотечение из подслизистой ангиодисплазии желудка.....	77

<i>Садовская О. П., Дравица Л. В., Альхадж Хусейн А., Шестакова Н. А.</i> Корреляционный анализ метрических показателей толщины экстраокулярных мышц и диаметра зрительного нерва по данным магниторезонансной томографии и ультразвукового исследования у пациентов с эндокринной офтальмопатией.....	82
<i>Семенчук И. Д., Безводицкая А. А., Нехаев А. Н., Климух С. А.</i> ТЭП-методика в лечении паховых грыж.....	84
<i>Славников И. А., Ярец Ю. И., Дундаров З. А.</i> Особенности клинического статуса и морфологических критериев у пациентов с острыми и хроническими ранами различной этиологии.....	87
<i>Суковатых Б. С., Блинков Ю. Ю., Валуйская Н. М., Дубонос А. А., Щекина И. И., Геворкян Р. С.</i> Профилактика эвентрации в экстренной абдоминальной хирургии.....	90
<i>Тихманович В. Е., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Куликович Ю. К., Панкова Е. Н., Стрельцов В. А., Артюшков Е. Л.</i> Анализ оперативных вмешательств с применением кондуитов различного происхождения у пациентов с острой артериальной недостаточностью нижних конечностей.....	93
<i>Федянин С. Д.</i> Применение провизорного шва и аутомиелоаспиратов в комплексном лечении гнойных ран.....	96
<i>Чур С. Н., Безводицкая А. А., Роговой Н. А., Попков О. В.</i> Комплексный подход к лечению синдрома диабетической стопы.....	99
<b>СЕКЦИЯ 2. «НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»</b>	
<i>Амбрушкевич Ю. Г., Банцевич В. В., Дричиц Ю. Г.</i> Маркеры предрасположенности к этанолиндуцированной гепатопатии: роль системы перекисного окисления липидов и биотрансформации этанола в печени.....	103
<i>Е. И. Бонь, С. М. Зиматкин</i> Влияние антенатальной алкоголизации на гистологические характеристики нейронов фронтальной коры 90-суточных и двухлетних крыс.....	106
<i>Бонь Е. И., Максимович Н. Е.</i> Гистологические изменения нейронов филогенетически разных отделов коры головного мозга крыс в динамике субтотальной церебральной ишемии.....	109
<i>Бонь Е. И., Максимович Н. Е.</i> Влияние введения омега-3 полиненасыщенных жирных кислот на гистологические характеристики нейронов теменной коры и гиппокампа крыс после субтотальной церебральной ишемии.....	111
<i>Брель Ю. И.</i> Гендерные особенности динамики показателей биоимпедансного анализа состава тела спортсменов, занимающихся греблей.....	114
<i>Гладкова Ж. А., Кузнецова Т. Е., Пашкевич С. Г.</i> Влияние хронической аппликации липополисахарида <i>Escherichia coli</i> на ядро солитарного тракта у крыс.....	117

<b>Городецкая И. В., Гусакова Е. А.</b> Влияние тиреоидного статуса на изменение вертикальной двигательной активности при стрессе .....	120
<b>Городецкая И. В., Маркевич Т. Н.</b> Влияние гипотиреоза на изменение жевательной эффективности, вызванное стрессом и переломом нижней челюсти .....	123
<b>Гусакова Е. А., Городецкая И. В.</b> Сопоставление стресс-протекторного эффекта L-тироксина и гидрокортизона при стрессе .....	127
<b>Жаворонок И. П., Ерофеева А.-М. В., Семёник И. А., Лисовская М. В.</b> Влияние производных 5-аминолевулиновой кислоты на динамику роста и жизнеспособность клеток асцитной карциномы Эрлиха у экспериментальных животных .....	130
<b>Жаворонок И. П., Семёник И. А., Лисовская М. В.</b> Влияние N-ацилэтаноламинов на заживление экспериментальных ран кожи различной этиологии.....	133
<b>Жадан С. А., Писарик Д. М., Висмонт Ф. И.</b> Выживаемость, особенности терморегуляции и изменения детоксикационной функции печени у гипотиреоидных крыс при перегревании .....	137
<b>Кизюкевич Л. С., Гуляй И. Э., Кизюкевич И. Л., Кизюкевич Д. Л., Мармыш В. Г., Амбрушкевич Ю. Г., Дрициц О. А., Левэ О. И., Шатрова В. О., Шелесный А. И., Шумчик В. К., Тетерятников М. В.</b> Влияние 72-часового подпеченочного обтурационного холестаза на процессы пол и антиоксидантной защиты в тканях внутренних органов .....	139
<b>Кизюкевич Л. С., Гуляй И. Э., Кизюкевич Д. Л., Мармыш В. Г., Кизюкевич И. Л., Дрициц О. А., Левэ О. И., Амбрушкевич Ю. Г., Шатрова В. О., Шелесный А. И., Тетерятников М. В., Шумчик В. К.</b> Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в крови крыс при остром подпеченочном обтурационном холестазе .....	142
<b>Кизюкевич Л. С., Гуляй И. Э., Мармыш В. Г., Кизюкевич И. Л., Кизюкевич Д. Л., Левэ О. И., Дрициц О. А., Амбрушкевич Ю. Г., Шатрова В. О., Шелесный А. И., Тетерятников М. В., Шумчик В. К.</b> Характер изменений процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в тканях внутренних органов при 24-часовом подпеченочном обтурационном холестазе.....	144
<b>Кравцова И. Л., Мальцева Н. Г., Шпаковская М. Ю., Шпаковский А. Ю.</b> Сосуды микроциркуляторного русла и Вирхов-Робеновские пространства коры головного мозга человека.....	147
<b>Куликович Д. Б., Петрова Е. С., Казущик А. Л., Савицкий А. И., Тельнова Е. М.</b> Фундаментальные аспекты гемодинамики в курсе медицинской и биологической физики .....	150
<b>Лобанова В. В., Висмонт Ф. И.</b> Роль аргиназы печени и клеток купфера в процессах детоксикации и формировании тиреоидного статуса у крыс при хронической этаноловой интоксикации .....	152

<b>Маркевич Т. Н., Городецкая И. В.</b> Влияние гипопункции щитовидной железы на вызванные стрессом и переломом нижней челюсти изменения показателей общей устойчивости организма.....	156
<b>Мельник С. Н., Белая Л. А.</b> Сравнительная характеристика уровней ситуативной и личностной тревожности у белорусских и иностранных студентов медицинского университета .....	159
<b>Ткаченко А. С., Наконечная О. А., Кот Ю. Г., Онищенко А. И.</b> Экспериментальное подтверждение захвата пищевой добавки каррагинан лейкоцитами .....	162
<b>Фащенко Я. И.</b> Исследование показателей внешнего дыхания студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» .....	164
<b>Чудиловская Е. Н., Мигалевич А. С., Митюкова Т. А.</b> Влияние высококалорийной диеты и гиподинамии на активность тиреопероксидазы в щитовидной железе крыс.....	167

### **СЕКЦИЯ 3. «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

<b>Будник Я. И., Шаршакова Т. М.</b> Роль команды врача общей практики в профилактическом консультировании пациентов .....	171
<b>Гапанович-Кайдалов Н. В.</b> Особенности отношения к здоровью студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» .....	174
<b>Каплиева М. П., Каплиев А. А.</b> Новые факты о первом руководителе здравоохранения Советской Беларуси — Илларионе Исаевиче Пузыреве.....	176
<b>Ковалевский Д. В., Шаршакова Т. М., Русаленко М. Г.</b> Приверженность лечению: взгляд врача и взгляд пациента.....	180
<b>Островский А. М., Коляда И. Н.</b> Характеристика «первичных» биоэтических представлений иностранных студентов-медиков.....	183
<b>Попова Т. М., Мельник О. Г., Рябоконт А. И.</b> Риск развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений у работников предприятий Харьковской области .....	186

### **СЕКЦИЯ 4. «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»**

<b>Шорманов В. К., Сухомлинов Ю. А., Баранов Ю. Н., Коваленко Е. Н.</b> Определение бенсултапа при судебно-химическом исследовании биологического материала .....	189
--	-----