

назваць выхад з друку дапаможніка «Беларуская мова. Медыцынская лексіка» (для спецыяльнасці «Медыка-дыягнастычная справа») з грыфам ВМА па медыцынскай адукацыі Рэспублікі Беларусь (2014 г.), а таксама першага і пакуль адзінага ў рэспубліцы дапаможніка «Беларуская мова. Прафесійная лексіка для медыкаў» з грыфам Міністэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь (2018 г.). Аўтар абодвух падручнікаў старшы выкладчык кафедры Варанец В.І. Не спынялася праца і над распрацоўкай беларускай медыцынскай лексікі. У 2005 годзе выходзіць «Русско-белорусский медицинский словарь» (аўтар Варанец В.) на пяць тысяч тэрмінаў. Улічваючы яго запатрабаванасць, у 2017 друкуецца 2-е выданне, выпраўленае і дапоўненае. Упершыню ў гісторыі беларускай лексікаграфіі ў 2013 годзе выдавецтва «Чатыры чвэрці» (Мінск) друкуе «Тлумачальны слоўнік медыцынскіх тэрмінаў» В.Варанца. Далей бачаць свет «Руска-беларускі слоўнік – даведнік лекавых раслін» (2018 г.) В.І.Варанца і А.В.Варанца, «Асацыятыўны слоўнік медыцынскай лексікі» В.І.Варанца і М.А.Валько.

Вынікі і іх абмеркаванне. Такім чынам, можна зрабіць вывад, што на сённяшні дзень дысцыпліна «Беларуская мова: прафесійная лексіка» на ўсе сто адсоткаў забяспечана неабходнай асноўнай і дадатковай літаратурай, якая, таксама актыўна выкарыстоўваецца аспірантамі, саіскальнікамі, асобамі, зацікаўленымі развіццём беларускай мовы.

Василевский В.П.¹, Дайнович В.А.², Рум Т.Т.², Ждонец С.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность. При выполнении операций по поводу злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстого кишечника, а также острой патологии брюшной полости, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом, хирурги вынуждены закончить хирургическое вмешательство наложением кишечной стомы. Более того от 40% до 60% радикально оперированных оказываются стомированными, что причиняет им моральные и физические

страдания. В этой связи восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой их реабилитации пациентов.

Цель. Оптимизация хирургической реабилитации стомированных пациентов на основе анализа оптимального срока восстановления целостности кишечника и оценки результатов вариантов формирования анастомозов.

Материалами исследования послужили результаты лечения 38 пациентов, поступивших в Гродненскую университетскую клинику за период с января 2020 по март 2023 гг., которым были выполнены операции по восстановлению целостности кишечника. Среди них было 16 (42,1%) женщин и 22 (57,9%) мужчины в возрасте от 28 до 85 лет, в среднем возраст составил 58 ± 08 года. Восстановительные операции выполнены в сроки от 10 суток до 4 лет после перенесенной первичной операции. У 2 пациентов стома функционировала менее 3 месяцев (5,3%); у 21 (55,3%) 3–6 месяцев, у 14 (36,8%) более 6 месяцев, и более 1 года – у одного пациента (2,6%). По видам стомы распределились: петлевая илеостома – 26,3% пациентов, петлевая трансверзостома – 10,5%, концевая илеостома – 10,5%; петлевая сигмостома – 13,2%; концевая сигмостома – 39,5%.

Результаты и их обсуждение. Причины формирования стом: осложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки – 11 пациентов (28,9%), странгуляционная спаечная кишечная непроходимость 6 оперированных (15,8%), мезентериотромбоз – 13,2% (5 пациентов), перфорация кишки – 10,6% (4 клинических наблюдения), колоректальный рак с явлениями колостазы и деструкция кишки при панкреонекрозе составили по 7,9% (3 пациента), огнестрельные и ножевые ранения живота – 2 пациентов (5,3%), болезнь Крона, ущемленная грыжа с некрозом, осложненный деструктивный аппендицит, инородное тело кишки – по 1 пациенту (2,6%).

Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции с восстановлением непрерывности кишечника и наложением следующих видов анастомозов: подвздошно-толстокишечные в 26,6% случаев, закрытие петлевой стомы в $\frac{3}{4}$ по Мельникову – 29,9%, толсто-толстокишечные – 29,9%, прямокишечно-толстокишечных с низведением ободочной кишки – 13,6%. В одном случае закрытие кишечной стомы

выполнялось лапароскопическим методом, остальным 37 пациентам ликвидация стом производилась с помощью классической срединной лапаротомии либо из локального доступа.

Несостоятельность анастомоза имела место у одного оперированного (2,6%). Наиболее частым осложнением явилось нагноение послеоперационной раны (5 пациентов – 13,2%), которое было в дальнейшем ликвидировано местными консервативными лечебными манипуляциями. Послеоперационная летальность составила 2,6% (1 пациентка).

Таким образом, индивидуальный подход к выбору наиболее приемлемого срока восстановления непрерывности кишки (в нашем наблюдении 3–6 месяцев более 55% случаев) и показанного, технически выверенного варианта межкишечного соустья являются определяющими аспектами реконструктивной хирургии кишечных стом.

Виноградов С.В., Предко В.А.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Актуальность. При проведении операций на верхней конечности используют общую и регионарную анестезию. Регионарная анестезия по сравнению с общей анестезией имеет ряд преимуществ: вызывает длительную послеоперационную анальгезию, имеет меньше побочных эффектов и сопровождается большей удовлетворенностью пациентов. Одним из наиболее часто используемых доступов при вмешательствах на верхней конечности является надключичный доступ. При надключичном доступе поиск нервных стволов и сплетения возможен 3 способами: методом «парестезии», с использованием нейростимулятора, под контролем ультразвука.

Цель. Сравнить эффективность различных методов регионарной анестезии.

Методы исследования. В исследование вошло 97 пациентов, которым выполнялось анестезиологическое пособие с использованием