

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 региональной анестезии.

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

надключичной блокады. Пациентов случайным способом рандомизировали на 2 группы по 48 и 49 человек соответственно, в зависимости от используемой техники выполнения блокады. Пациенты в группах не различались достоверно по полу, возрасту. В первой группе введение местного анестетика контролировали с помощью ультразвука. Во второй группе надключичную блокаду выполняли «вслепую» методом Куленкампа. В исследовании сравнивали успешность блокады и необходимость дополнительного введения анальгетиков, время его выполнения и количество уколов иглы при выполнении манипуляции, так же регистрировали количество осложнений. При надключичной блокаде использовали. Для ультразвуковой визуализации использовали аппарат «Самсунг» с линейным датчиком, введение иглы проводили методом «in plane». Сплетение определяли в надключичной области исходя из анатомических ориентиров – подключичная артерия, плевра, 1 ребро. Всем пациентам вводилось 20 мл 0,5% бупивакаина.

**Результаты и их обсуждение.** При проведении анестезиологического обеспечения у 4 пациентов из 97 пришлось перейти от регионарной анестезии к наркозу из-за неразвившейся блокады. Адекватный блок в первой группе отмечен у 48 пациентов, во второй группе у 45. Потраченное время на выполнение процедуры достоверно меньше при использовании УЗИ, чем при применении метода «парестезии» ( $p < 0,01$ ). В первой группе пациентов для проведения анестезии врачу понадобилось в среднем 4 [2,5–6] минут, а во второй 10 [8–14] минут. Также у 48 пациентов благодаря визуализации с помощью ультразвука количество уколов было ограничено одним, что не приносило существенного дискомфорта пациентам. При использовании метода «парестезии» среднестатистическое количество уколов доходило до 4 [2–7], что статистически достоверно больше ( $p < 0,05$ ).

При проведении регионарной анестезии «вслепую» без использования ультразвука у 2% возникло такое осложнение, как пневмоторакс. Непреднамеренная пункция подключичной артерии была произведена в 7% случаев. Данные осложнения не привели к значимым изменениям в состоянии пациентов. Под контролем УЗИ в первой группе данных осложнений не было.

Полученные результаты исследования указывают на то, что использование ультразвукового контроля при проведении блокады плечевого

сплетения надключичным доступом позволяет увеличить частоту успешной региональной анестезии, а также сократить время выполнения манипуляции и количество уколов иглы при поиске сплетения, что снижает частоту осложнений и уменьшает дискомфорт пациента.

---

Волчкевич О.М.<sup>1</sup>, Янович Р.А.<sup>2</sup>, Волчкевич Д.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Актуальность.** В последние годы все большее внимание исследователей привлекает вопрос о роли бактериохолии в возникновении заболеваний билиарной системы и ее влиянии на результаты оперативных вмешательств. Отмечено, что в физиологических условиях стерильность желчи в значительной степени обеспечивается ее бактерицидными свойствами, обусловленными антибактериальным эффектом желчных кислот. Микробная колонизация желчевыводящих путей является одним из факторов, способствующих развитию билиарной инфекции. Частота выделения микробов, степень обсемененности желчи коррелируют со степенью выраженности морфологических изменений желчного пузыря и достоверно выше при деструктивном холецистите, чем при катаральном.

**Цель.** Изучить микробиологический компонент в этиологии острого холецистита

**Методы исследования.** В нашем исследовании, проводимом в период с 2017 по 2021 гг. в Гродненской университетской клинике, мы изучили 500 пациентов в возрасте 23–59 лет с острым холециститом. У 323 из них (187 мужчин – 58% и 136 женщин – 42%) была обнаружена микрофлора в содержимом желчного пузыря. Исследование проводилось на Автоматическом микробиологическом анализаторе Vitek 2 Compact.

**Результаты и их обсуждение.** Было установлено, что вне зависимости от характера поражения желчевыводящих путей, доминирующими билиарными культурами являлись энтерококки (в 33,4%). Чуть