

большая часть курящих девушек выкуривает 1 - 3, максимум до 5 сигарет в день. На ФМС более половины курящих девушек выкуривают до 10 сигарет в день. Наибольшее число злостных курильщиков (57,1%) оказалось в группе юношей, обучающихся на ЛФ, затем следовали юноши МПФ и ФМС. В большинстве случаев как юноши, так и девушки курить начали в школе. Причем, не только в старших классах, но и в более раннем возрасте. Поступление в ВУЗ медицинского профиля не явилось преградой к дальнейшему распространению табакокурения. Так, 70,0% курящих первокурсников на МПФ начали курить именно в стенах университета. На ФМС на первом курсе к вредной привычке приобщились 57,1% курящих девушек и 25,0% юношей. На ЛФ – 7,1% девушек и 18,2% юношей. Полученные данные показывают, что во-первых, часть молодых людей изменение своего общественного статуса, возросшую социальную и материальную самостоятельность обратила против собственного здоровья; во-вторых, дальнейшее распространение курения указывает на недостаточность или неэффективность антитабачной и антеникотиновой информационной и воспитательной работы среди студентов-первокурсников; в-третьих, результаты исследований свидетельствуют, что современная средняя школа не справляется с задачей воспитания здорового молодого поколения.

Следовательно, у значительной части студентов-первокурсников устойчивая привычка к курению не сформировалась. На первом курсе достаточно таких, которые под влиянием активной и грамотно построенной антеникотиновой пропаганды могут без проблем отказаться от курения. Поскольку злостных курильщиков среди студентов первокурсников меньшинство, совершенствование информационно-пропагандистской и воспитательной работы, в сочетании с адресной лечебной медико-психологической помощью, способно существенно повлиять на ситуацию с распространенностью табакокурения среди студентов [1]. Студенты, попавшие в данную группу, нуждаются в медико-психологической реабилитации, как страдающие от вредной привычки и имеющие никотиновую зависимость [2].

Литература

1. Амиров Н.Х., Галиуллин А.Н. Ахметьянова Г.З., Романенко А.Г. Качество жизни в студенческой среде//Здоровые дети - здоровое будущее: Сб. докладов конференции. М., 2005, с. 50-53.
2. Дыхан Л.Б., Кукушин В.С. Педагогическая валеология. – М. 2004.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ПАНКРЕАТОЦИСТОВИРСУНГОЕЮНОСТОМИИ

Безмен И.А., Токунов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.

Актуальность. Одной из наиболее важных проблем в лечении хронического панкреатита является проблема устранения панкреатической гипертензии путем дренирования кист или главного панкреатического протока. Однако, несмотря на многообразие существующих методов, нет оптимального способа лечения. Поэтому поиск новых, более эффективных методов дренирования панкреатических кист и главного протока не теряет своей актуальности.

Цель исследования. Разработать метод оперативного лечения, сочетающий возможность адекватного внутреннего дренирования панкреатических кист, расположенных по задней поверхности поджелудочной железы, и главного панкреатического протока у больных с хронической панкреатической гипертензией.

Материал и методы. Под общим обезболиванием (положение больного на спине с подложенным под спину валиком в области последних ребер) выполняют верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. После визуализации и пункции главного панкреатического протока производят его продольное вскрытие на возможно максимальном протяжении. По задней или боковой стенке вскрытого главного панкреатического протока через ткань поджелудочной железы производят пункцию кисты. Затем по направлению иглы с помощью диатермокоагулятора или ультразвукового скальпеля на всем протяжении прилегания к железе вскрывают кисту. При необходимости производится санация полости кисты с удалением секвестров и некротических измененных тканей. Кровоточащие сосуды прошиваются рассасывающимся материалом.

После контроля гемостаза приступают ко второму этапу операции, которым является наложение изоперистальтического продольного панкреатоеюноанастомоза на выключенной из пищеварения по РУ петле тощей кишки длиной не менее 30 см. Брюшную полость ушивают наглухо, дренируют несколькими дренажами (левое поддиафрагмальное пространство и малый таз)

Результаты. С использованием данного метода успешно прооперировано 18 больных. Осложнений во время операции, в ближайшем и отдаленном периодах не отмечено. Пациенты повторно в стационар не поступали.

Заключение. Таким образом, при использовании данной методики значительное улучшение результатов хирургического лечения хронического панкреатита достигается за счет одновременного адекватного дренирования кисты и кистоподобных расширений главного протока поджелудочной железы в просвет тощей кишки, а при восстановлении естественного пути оттока и в просвет двенадцатиперстной кишки.

ПРОГРАМИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Безмен И.А., Токунов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.

Актуальность. В последние годы отмечается широкое распространение деструктивных форм поражения поджелудочной железы (ПЖ), и, как следствие тяжелых осложнений, таких как гнойно-некротический панкреатит, абсцесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Существуют способы дренирования и санации гнойно-некротических полостей, но все они обладают рядом недостатков. В связи с этим возникает необходимость разработки более эффективных способов лечения постнекротических полостей при остром деструктивном панкреатите (ОДП).

Цель исследования. Разработать эффективный эндоскопический способ дренирования гнойно-некротических полостей с их программированной санацией и выявить его преимущества перед рутинными методами, применяемыми в хирургической практике.

Материалы и методы. Больные с ОДП после поступления в стационар помещались для проведения интенсивной консервативной терапии с методами экстракорпоральной детоксикации в отделение реанимации. Всем пациентам выполнялись общеклинические и специальные методы исследования, включающие УЗИ, КТ и МРТ в динамике. В 2006 году разработан и успешно применен у 12 больных