

ранней госпитализацией, своевременной диагностикой и началом лечебных мероприятий.

2. Консервативная терапия показана при стерильном панкреонекрозе. При распространенности процесса поражения забрюшинной клетчатки на площади более 3 областей и явлениях перитонита целесообразно выполнение лапароскопических и пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем. При этом дренирование полостных образований и забрюшинной клетчатки без признаков инфицирования должно сводиться к минимуму, т.к. эти дренажные операции неизбежно приводят к инфицированию дренируемых образований.

3. Прогноз заболевания при поражении 2 областей при ОДП относительно благоприятный, при большем распространении процесса – неблагоприятный, ввиду резко возрастающей токсемии и высокой степени вероятности гнойно-некротических изменений в забрюшинной клетчатке.

4. Инфицированный ОДП, подтвержденный клинικο-томографическими и пункционными исследованиями, является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

ПОРАЖЕНИЕ ТИМУСА КАК КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Беловешкин А.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.И.Герасимович

Цель работы – показать патогенетическую роль поражения тимического эпителия в возникновении, развитии, исходе врожденной вирусной инфекции, разработать способ оценки состояния системы иммунитета путем морфометрического анализа тимуса. Особо выделена врожденная цитомегаловирусная инфекция (вЦМВИ).

В процессе исследования проводились морфометрические исследования всех структурных компонентов тимуса, реакция иммунофлуоресценции к антигенам ЦМВ и ВПГ-1,2. В результате исследования получены оригинальные данные, морфологически и иммуногистохимически подтверждена внутритимическая репликация вирусов, выявлены остаточные морфологические изменения тимического эпителия и стромы, являющиеся субстратом для возникающего стойкого иммунодефицита. Доказано, что вЦМВИ вызывает стойкие характерные изменения тимической стромы и эпителиального компонента (липоматоз тимуса, разрастание соединительной ткани, дисплазия тимуса, пролиферация ретикулоэпителия).

Изменения телец Гассаля включают уменьшение количество телец в дольке на 30-40%, дисплазию телец, псевдофолликулы в строме. В тимусе при вЦМВИ найдены маркеры вирусной репликации (поражаются преимущественно клетки телец Гассаля), включающие РИФ-определение вируса и микроскопическое обнаружение вирусных включений.

Основываясь на полученных данных, мы высказываем предположение о том, что в основе способности вируса вызывать повреждения тимуса лежит первичное поражение тимического эпителия, причем степень поражения максимальна при вЦМВИ.

Литература:

1. Беловешкин А.Г. Патоморфология телец Гассаля при первичных и вторичных иммунодефицитах. Вестник НАНБ. - 2005. - №5 - стр. 51-53.
2. Вартанян Р.В. Проблемы цитомегаловирусной инфекции \\\ Природа. – 2003. – № 4.
3. Гусева Л.Н., Рогова Л.А., Егорова Н.Ю. Цитомегаловирусная инфекция: классификация и варианты течения \\\ Детские инфекции. – 2003. – №1. – стр. 23-26
4. Герпесвирусная инфекция: Пособие для врачей. Под редакцией

Гранитова В.М. и Султанова Л.В. Барнаульский гос. мед. институт.
Барнаул, 1996, с. 46-63

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Белоус П. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – ассистент В. П. Василевский

Критическая ишемия нижних конечностей - персистирующая рецидивирующая ишемическая боль, требующая постоянного адекватного обезболивания длительностью более 2-х недель при снижении систолического давления в дистальной трети голени менее 50 мм.рт.ст. и/или систолического давления на пальцевых артериях ниже 30 мм.рт.ст. или наличия трофических язв или гангрены стопы или пальцев при таких же показателях систолического артериального давления [1]. Изучение способов диагностики и лечения критической ишемии нижних конечностей, а также их эффективности является важной и актуальной задачей в современной хирургической практике.

За последние 2 года в отделении хирургии сосудов клиники хирургических болезней №1 Гродненского государственного медицинского университета выполнены 201 реконструктивная и восстановительная операции по поводу окклюзии аорто-подвздошного (45) и бедрено-подколенно-берцового сегмента (147). 9 пациентам выполнены «многоэтажные» реконструкции магистрального сосудистого русла, 33 больным ранее уже было осуществлено ангиохирургическое лечение, т.е. операции носили повторный характер. Возраст больных составил от 42 до 79 лет. Обследование пациентов состояло из поэтажного определения пульсации магистральных артерий в местах общепринятых локализаций (в области папуловых связок – бедренная артерия; подколенной области